



Universitetet
i Stavanger

DET TEKNISK-NATURVITENSKAPELIGE FAKULTET

MASTEROPPGAVE

Studieprogram/spesialisering: MSAMAS MEN 255 MEN 115	Vår.....semesteret, 20...9 <input checked="" type="radio"/> Åpen/ <input type="radio"/> Konfidensiell
Forfatter: LIV INGRID BJØRNSEN MLB (signatur forfatter)
Fagansvarlig: BJØRN IVAR KRUGE Veileder(e): PREBEN LINDØE	
Tittel på masteroppgaven: ARBEIDSPRESSETS DOMINOEFFERT Engelsk tittel: THE DOMINO EFFECT OF THE WORK PRESSURE	
Studiepoeng: 30	
Emneord: SYKEFRAVÆR PSYKISK ARBEIDSMILJØ HELSESEKTOR SIKKERHET	Sidetall:59..... + vedlegg/annet:0..... Stavanger, ..13..06..2019 dato/år

”Arbeidspressets dominoeffekt”

En kvalitativ studie av helsesektoren og sykefravær – med fokus på psykisk arbeidsmiljø, og hvordan fraværet påvirker sikkerheten.

Forord

Jeg ønsker å gi en spesiell takk til virksomheten og informantene som tok meg og studiet godt imot. Dere har bidratt med gode innspill og utsagn, både ved samtale og underveis i prosessen. Takk for at jeg fikk et lite innsyn i deres arbeidsliv og opplevelser. Jeg ønsker også å takke min veileder for samarbeidet og ideer gjennom prosessen. Videre ønsker jeg å gi en hilsen til familien min som har støttet meg gjennom en krevende tid som student. Det har blitt mange søvnløse netter, og perioder hvor jeg har vurdert å gi opp. Uten dere hadde ikke oppgaven havnet i mål.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	3
1.1 BAKGRUNN FOR UNDERSØKELSEN	3
1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING	4
1.3 BEGREPER.....	5
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING VIDERE	6
2. TEORETISK RAMMEVERK	8
2.1 TIDLIGERE FORSKNING	8
2.1.1 Sykefraværstatistikk helse og sosialtjenester 2018, 4 kvartal.....	8
2.1.2 Helsenorge.....	9
2.2 EN DAG SOM SYKEPLEIER	10
2.2.1 Hvor lenge skal man klare å ha en slik jobb?.....	10
2.3 ULIKE PERSPEKTIVER PÅ RISIKO	11
2.3.2 Psykologisk perspektiv på risiko.....	13
2.3.3 Risiko for helseplager som sykepleier	14
2.4 SIKKERHET I ET SAMFUNNSFAGLIG PERSPEKTIV	14
2.4.1 Sikkerhet i høyrisikoteknologier	14
2.4.2 Sikkerhetskultur i organisasjoner	16
2.5 DET PSYKISKE ARBEIDSMILJØET	17
2.5.1 Karasek og Theorells stressmodell	19
2.5.2 Arbeidsrelatert stress.....	19
2.6 KVALITETSSIKRING I OFFENTLIG SEKTOR	19
2.6.1 Hvordan måle kvaliteten på helse- og sosialtjenester?	20
2.6.2 Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019.....	21
2.7 INTENSJONEN OM ET INKLUDERENDE ARBEIDSLIV	22
2.7.1 Ny IA-avtale.....	24
2.7.2 Samarbeidsavtalen.....	25
3.0 METODISK TILNÆRMING	26
3.0.1 Kvalitativ forskningsmetode	26
3.1 FORSKNINGSDESIGN	27
3.1.1 Innsamling av data	28
3.1.2 Forberedelsene	28
3.2 FORDELER OG ULEMPER MED KVALITATIVE METODE.....	29
3.3 VALG AV UNDERSØKELSESOBJEKTER	31
3.3.1 Informantenes pålitelighet	31
3.4 VALIDITET OG RELIABILITET I FORSKNINGEN	31
3.5 ETISKE PROBLEMSTILLINGER	32
4.0 EMPIRISKE FUNN	33
4.1 PRESENTASJON AV HELSESEKTOR	33
4.2 PRESENTASJON AV INFORMANTER	33
4.3 INTERVJU – DE VIKTIGSTE FUNNENE	34
4.3.1 Oppsummering.....	37
5.0 ANALYSE	40
5.1 SYKEFRAVÆR OG TILRETTELEGGING I HELSESEKTOREN	40
5.1.1 Tilrettelegging av sykefravær	42
5.2 DET PSYKISKE ASPEKTET PÅ ARBEIDSPLASSEN.....	43
5.3 UTFORDRINGER RUNDT KOMPETANSE OG KOMMUNIKASJONSUTVEKSLING.....	45
5.4 FINNES DET EN RISIKO FOR EN SLAGS DOMINOEFFEKT AV SYKEFRAVÆR?	47

5.4.1 Klassifisering av risikoen for sykefravær	47
5.4.2 Risikopersepsjon	49
6.1 KONKLUSJON PÅ FORSKNINGSSPØRSMÅL	51
6.2 KONKLUSJON PÅ PROBLEMSTILLING	53

SAMMENDRAG	55
ENGELSK SAMMENDRAG	56
LITTERATURLISTE	57

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for undersøkelsen

Jeg har valgt å skrive denne oppgaven som en oppfølging av min bacheloroppgave i Sosiologi med Personalledelse, hvor fokuset var å se sykefraværets påvirkning på resterende arbeidsstyrke i bedriften som ble studert. Videre ønsker jeg å grave dypere om hvorvidt fraværet kan ha en påvirkning på sikkerheten. Oppgavens tema er blitt inspirert av tidligere skolevenninner som arbeider innen helsesektoren, hvor de gir uttrykk for mye frustrasjon rundt sykefraværet. I tillegg leser en om utfordringer innen samme sektor, eksempelvis den pleietrengende mannen på 50 år døde da han ble feilbehandlet av helsepersonell. (Dagbladet, 2019) Til tross for at denne saken ikke er direkte knyttet til sykefravær, er temaet fortsatt noe som bør bli lagt fokus på. Helsesektoren handler om å ta vare på mennesker som ikke alltid er i stand til å ta vare på seg selv og eget liv, og nettopp derfor er det viktig at yrkene sees opp i mot psykisk utmattelse og økte arbeidsoppgaver per arbeider. Jeg anser derfor oppgaven som viktig for å grave opp erfaringer, for å skape fokus rundt temaet, i tillegg til å bygge opp sikkerheten ytterligere.

Vi lever i en tid hvor det stadig blir viktigere å fremme effektiviteten opp, og holde kostnadene ned. I de fleste bedrifter, og i samfunnet generelt det forventes det at en opprettholder et stort fokus på Helse-, miljø- og sikkerhetskrav, samtidig skal de ansatte strekke seg lenger for å gjennomføre sine arbeidsoppgaver på en tilfredsstillende måte. Ikke bare fører dette til slitasje hos de ansatte, men også gjerne hos lederne som skal være med å tilrettelegge samt følge opp de ansatte i arbeidet. Økt arbeidspress vises ofte igjen i økt sykefravær, som igjen er en utfordring som genererer nye problemer; da sykefravær og økt press i arbeidslivet kan føre til økt risiko for nye sykemeldinger og enda større underbemanning. Utfordringen med sykefravær er at det blir færre ansatte per arbeidsoppgave, og arbeidspresset forplanter seg videre, og kan føre til nye eller flere tilfeller av sykefravær. (Koren og Lindøe s.15-16) Bedriften havner gjerne i en ond sirkel som det kan være utfordrende å komme seg ut av. Sykefravær er en lederutfordring både for å få budsjettet til å gå opp, men også for å unngå tap av viktig kompetanse da den ansatte er borte fra arbeid. Ved høy grad av sykefravær vil det foregå mindre informasjonsutveksling, og viktig kompetanse vil kunne gå tapt. (Koren og Lindøe s. 15-16)

Bedrifter benytter gjerne prinsipper og målsettinger fra IA-avtalen (et inkluderende arbeidsliv) hvor målet er å styrke jobbnærvær og arbeidsmiljø, samt redusere sykefravær og frafall fra arbeidslivet. (Regjeringen *Samarbeidsavtalen*, 2014, s.1-2) Avtalen er et samarbeid mellom regjeringen og arbeidslivet, som sammen arbeider mot å skape et inkluderende arbeidsliv med fokus på det beste for samfunnet, arbeidstaker, og arbeidsgiver og den enkelte arbeidstaker. (Regjeringen *Inkluderende arbeidsliv*, 2014)

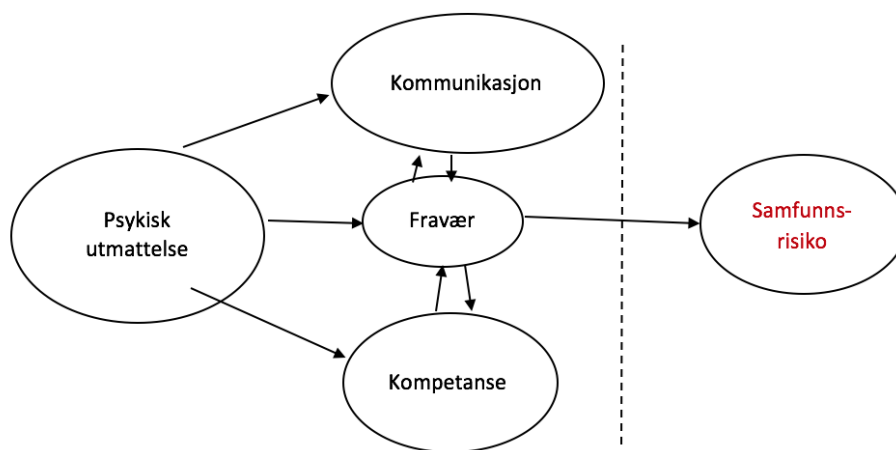
1.2 Formål og problemstilling

Formålet med oppgaven er å danne et helhetlig og forståelig bilde over hvordan sykefravær oppleves i praksis for helsepersonell, hvordan fraværet håndteres på arbeidsplassen og om det finnes en risiko for dominoeffekt av sykefravær. Det vil være viktig å ha innsikt i hva som er hovedproblemene for selve sykefraværet, da sykefravær er tidskrevende og kostbart for bedriften. I tillegg vil sykefraværet ofte gå utover sikkerheten til pasientene, i form av tapt kompetanse og stressende arbeidssituasjoner.

Sammenheng mellom psykisk arbeidsmiljø, sykefravær, og samfunnssikkerhet

Gjennom dette studiet ønsker jeg å undersøke hvorvidt det eksisterer en sammenheng mellom dårlig psykososialt arbeidsmiljø og sykefravær, og risiko for at det kan forekomme en dominoeffekt med økt sykefravær; som igjen kan medføre svikt i forhold til sikkerheten i helsesektoren. Når det er snakk om ”svikt av sikkerhet” menes tap av kommunikasjon, informasjonsdeling og kompetanse.

1.2.2 Hypotese psykisk utmattelse og risiko for samfunnssikkerheten.



På bakgrunn av tema og formål har det falt på følgende problemstilling:

Hvordan kan sykefravær i helsesektoren få konsekvenser for samfunnssikkerhet?

Forskningsspørsmål som vil legges vekt på videre i studien:

1. Hvordan påvirker sykefraværet det psykiske aspektet på arbeidsplassen?
- 2.a. Hvordan går sykefraværet ut over kommunikasjonsutveksling?
- 2.b. Hvordan går sykefraværet ut over kompetanse?
- 2.c. Hva betyr sykefraværet for å holde sikkerheten på et optimalt nivå?
3. Finnes det en risiko for en slags dominoeffekt av sykefravær?

Jeg vil forsøke å holde en rød tråd i oppgaven ved bruk av forskningsspørsmålene.

Hovedtemaene i spørsmålene er; sykefravær og psykisk arbeidsmiljø, og de konsekvenser det kan ha på sikkerhet i helsesektoren. Det psykiske aspektet er viktig for å besvare problemstillingen da den sier noe om hvorvidt arbeidstakerne takler underbemanningen som følge av sykefravær. Det kan også være nyttig for å besvare hvorvidt det kan skje en domino effekt av sykefraværet. Kommunikasjonsutveskling og kompetanse er viktig for å se hvorvidt sikkerheten opprettholdes i tilfeller med sykefravær. Dersom man for eksempel ikke snakker med hverandre, eller glemmer å nevne viktig informasjon til en vikar, kan det skje feil i arbeidssituasjonen. Eller dersom ingen vet hva som vil være riktig å gjøre i en kritisk situasjon, fordi kompetansen til de som er igjen på jobb ikke er tilstrekkelig eller mangelfull; kan det gå på bekostning av pasientens sikkerhet. Igjen vil tiltak for å redusere tap av sikkerhet vise til hva arbeidstakere, ledelsen eller virksomheten gjør for å opprettholde et godt og sikkert arbeidsmiljø i situasjoner med sykefravær og, eller underbemanning.

Det er gjennom forskningsspørsmålene at jeg vil få utfyllende informasjon og empirisk materiale for å kunne besvare problemstillingen. Videre vil jeg gå gjennom følgende begreper som vil bli benyttet i undersøkelsen.

1.3 Begreper

Det psykiske arbeidsmiljøet

Arbeidsmiljøet kan forklares som det arbeidstaker forholder seg til på arbeidsplassen. Eksempelvis fysiske, vernetekniske, yrkeshygieniske og velferdsmessige forhold. (Store norske leksikon, *Arbeidsmiljø*)

Det psykiske miljøet er blant tre ulike grupper innenfor det vi kaller HMS. Begrepet er delt inn under arbeidsmiljø (H), ytre miljø (M) og sikkerhet (S). Det psykiske arbeidsmiljøet går inn under helse og arbeidsmiljø, hvor det skilles mellom psykiske og fysiske forhold. (Koren og Lindøe, s.75)

Helsesektor

Det som i problemstillingen blir omtalt som ”helsesektoren” er det kvalitative, empiriske data som er samlet inn fra akuttmottak og intensivavdeling.

Sykepleier

En profesjon som omhandler psykisk og fysisk omsorg for syke, sårede og hjelpeløse og gamle mennesker. (Store norske leksikon, sykepleie)

Sykefravær

Sykefravær forklares som fravær fra lønnet arbeid på grunn av sykdom. (Store norske leksikon, sykefravær)

Risiko og samfunnsikkerhet

Risikobegrepet er komplekst og kan forklares på flere ulike vis. I denne oppgaven vil risiko defineres som ”usikkerhet om, og alvorligheten av, hendelser og konsekvenser av en aktivitet, med hensyn til noe mennesker verdsetter”. Det som menes med samfunnsikkerhet i oppgaven er evnen en bedrift eller virksomhet har, til å opprettholde viktige funksjoner og ivareta arbeidstakeres og pasientenes liv, helse og grunnleggende behov under ulike former for påkjenninger”. (Olsen, et. al., 2016 s. 80-81)

1.4 Oppgavens oppbygning videre

Innledningen er bygget opp med fokus på bakgrunn av hvorfor overnevnt tema er valgt, hva som er formålet og hva som skal komme ut av studien, det er oppgitt en konkret og avgrenset problemstilling som videre skal drøftes og til slutt konkluderes.

Neste del av oppgaven er basert på teoretisk materiale fra tidligere forskning og statistikk, ulike perspektiver på risiko og sikkerhet, det psykiske arbeidsmiljøet, kvalitetssikring i offentlig sektor og intensjonen om et inkluderende arbeidsliv.

Videre vil det gis en beskrivelse av valgt undersøkelsesmetode, forskningsdesign, forberedelse og innsamling av empirisk data, fordeler og ulemper av valgt metode, pålitelighet, validitet og reliabilitet i forskningen samt etiske problemstillinger. Neste kapittel tar for seg presentasjon av helsesektor og informant, i tillegg til de kvalitative data innsamlet gjennom intervjurundene.

Det empiriske materialet vil deretter argumenteres og sett opp i mot teorier nevnt i andre kapittel. Drøftingen er delt inn under temaene (1) sykefravær og tilrettelegging, (2) psykisk arbeidsmiljø på arbeidsplassen, (3) kompetanse og kommunikasjonsutveksling, (4) risiko for dominoeffekt av sykefravær og (5) sykefravær og sikkerhet.

Avslutningsvis vil oppgaven konkludere forskningsspørsmålene opp i mot empirisk data og egne tanker. Deretter vil problemstillingen besvares og konkluderes.

2. Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil det redegjøres for sykefraværstatistikken innenfor helsesektoren, en sykepleiers arbeidsdag, oversikt over ulike perspektiver på risiko og samfunnssikkerhet, arbeidsmiljø og det psykiske miljøet på arbeidsplassen, samt hva som legges til grunn i intensjonen om et inkluderende arbeidsliv.

2.1 Tidligere forskning

2.1.1 Sykefraværstatistikk helse og sosialtjenester 2018, 4 kvartal

Statistikken illustrert nedenfor er basert på helsesektoren som helhet, og vil ikke ha underkategorier som går direkte inn på stillingsbeskrivelse og yrke. Ved å se på sykefraværet i helse og sosialtjenesten som helhet, vil statistikken gi en pekepinn på sykefraværet i makroperspektiv, og vil være sammenlignbar med andre yrker og sektorer.

Helsesektoren er i gjennomsnitt den sektoren med desidert størst antall sykefravær på landsbasis. Statistisk sentralbyrå henviser til 47077 sykemeldte personer innenfor helse- og sosialtjenester,

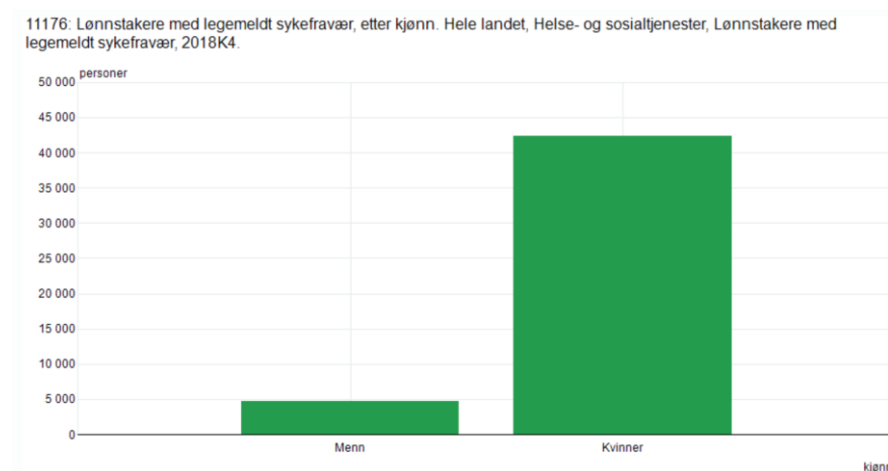
et høyt antall sykemeldte sammenlignet med andre yrker som eksempel bygg og anleggsbransjen (11745) og informasjon og kommunikasjon (3302).

11176: Lønnstakere med legemeldt sykefravær, etter region, kjønn, næring (SN2007), statistikkvariabel og kvartal				
region	kjønn	næring (SN2007)	statistikkvariabel	2018K4
0 Hele landet	Begge kjønn	86-88 Helse- og sosialtjenester	Lønnstakere med legemeldt sykefravær	47077
0 Hele landet	Begge kjønn	45-47 Varehandel, reparasjon av motorvogner	Lønnstakere med legemeldt sykefravær	18097
0 Hele landet	Begge kjønn	85 Undervisning	Lønnstakere med legemeldt sykefravær	15579
0 Hele landet	Begge kjønn	41-43 Bygge- og anleggsvirksomhet	Lønnstakere med legemeldt sykefravær	11745
0 Hele landet	Begge kjønn	10-33 Industri	Lønnstakere med legemeldt sykefravær	10960
0 Hele landet	Begge kjønn	84 Off. adm., forsvar, sosialforsikring	Lønnstakere med legemeldt sykefravær	9286
0 Hele landet	Begge kjønn	49-53 Transport og lagring	Lønnstakere med legemeldt sykefravær	7970
0 Hele landet	Begge kjønn	77-82 Forretningsmessig tjenesteyting	Lønnstakere med legemeldt sykefravær	7830
0 Hele landet	Begge kjønn	68-75 Teknisk tjenesteyting, eiendomsdrift	Lønnstakere med legemeldt sykefravær	6673
0 Hele landet	Begge kjønn	90-99 Personlig tjenesteyting	Lønnstakere med legemeldt sykefravær	4881
0 Hele landet	Begge kjønn	55-56 Overnattings- og serveringsvirksomhet	Lønnstakere med legemeldt sykefravær	4612
0 Hele landet	Begge kjønn	58-63 Informasjon og kommunikasjon	Lønnstakere med legemeldt sykefravær	3302
0 Hele landet	Begge kjønn	05-09 Bergverksdrift og utvinning	Lønnstakere med legemeldt sykefravær	2206
0 Hele landet	Begge kjønn	64-66 Finansiering og forsikring	Lønnstakere med legemeldt sykefravær	2107
0 Hele landet	Begge kjønn	35-39 Elektrisitet, vann og renovasjon	Lønnstakere med legemeldt sykefravær	1665
0 Hele landet	Begge kjønn	01-03 Jordbruk, skogbruk og fiske	Lønnstakere med legemeldt sykefravær	1082

Tabellen er innhentet fra Statistisk sentralbyrå

Det er kvinner som representerer den største delen av sykefraværet, med hele 42312 personer, kontra menn med 4765. Det er dog ikke til å legge skjul på at den skjeve fordelingen av sykefravær blant kjønnene trolig skyldes at det er flest kvinnelige arbeidere i helsesektoren. Forskning viser også at kvinner oftere rammes av psykiske lidelser som angst og depresjon enn menn. Malt (1999) viser til hvordan kvinners stressende hverdag og manglende egenskap til å si ”nei”, har mye av skylden for de psykiske problemene. Statistisk sentralbyrå, psykiske lidelser) Regjeringen viser sammenhengen mellom sykefravær og blant annet dårlig psykisk helse. (Fafø notat 2013: Saman om sykefravær – en kunnskapsstatus s. 8) I tillegg tydeliggjør forskningen at flere av risikoene ved sykefravær knyttes til arbeidsmiljøet på den bestemte arbeidsplass, og at så mye som 40-50 prosent av langtidssykefravær kan forklares gjennom arbeidsrelaterte faktorer. (Osborn Ose m.fl 2006) En studie av helsesektoren og psykiske plager fra 2016 viser til at 23 prosent av sysselsatte innenfor helsetjenesten opplever å kjenne seg psykisk utmattet etter endt arbeidsdag. Videre kjenner 2 prosent på følelsen av angst og depresjon på grunn av arbeid. (Statistisk sentralbyrå, *Levevilkårsundersøkelse*)

Helsetjenesten i Rogaland kommune



Søylediagrammet er hentet fra Statistisk sentralbyrå

I Rogaland er sykefraværet også høyest innenfor helse og tjenestesektoren med 3611 personer, over varehandel, reparasjon av motorvogner (1348) og undervisning (1242).

2.1.2 Helsenorge

Helsenorge (2017) konstaterer hvordan sykefravær blant ansatte i hjemmetjenesten medfører redusert tid til hver tjenestemottaker, og redusert kvalitet i arbeidet, da med forsinkelser og avlyste hjemmebesøk. Vikariater og nye ansatte som erstatning for fast ansatte fører gjerne til

tap av viktig erfaring og kompetanse. Høyt sykefravær blant helse- og omsorgstjenester kan ha bakgrunn i budsjett, nedbemanning, turnus samt kveld- og nattarbeid. (Helsenorge, *Kvalitetsindikator*)

2.2 En dag som sykepleier

I ”En dag på akuttmottaket” forteller sykepleier Juvik (2018) hvordan arbeidsdagen preget av en flod av arbeidsoppgaver som skal gjøres på en og samme tid, mangelfull plass til pasienter, overveldende og stressende arbeidsforhold. Hun forklarer at 3 stk sykepleiere skal ha ansvar for over 15 pasienter, og de skal alle ha den beste behandlingen de kan få ut i fra deres helseproblem. Problemene oppstår når de får for mange oppgaver som må løses på samme tid – eksempelvis pasienter som venter og trenger oppfølging, plutselig ringer telefonen, det kommer inn flere pasienter på venterommet, de for ordre om å ordne opp i administrative rapporter og lignende på datamaskinen. Da føles arbeidsdagen og arbeidsoppgavene som overveldende. De må også prioritere pasientene (triagere), noe som vil si at noen gjerne må vente i timesvis selv om de har vondt og trenger hjelp. Hun forklarer at den dårlige samvittigheten kommer når hun ikke får hjulpet alle gjennom en hel arbeidsdag. Det hender også at hun og kollegaene gjør den samme oppgaven dobbelt, da de ikke får sjansen til å kommunisere sammen. På mange måter er en slik måte å arbeide på både slitsomt og mindre effektivt enn det trenger å være. Matpausen må vente da det stadig dukker opp nye pasienter som trenger hjelp.

Feilmedisinering er fort gjort i en hektisk tilværelse, då sykepleierne bestemmer seg for å dobbeltsjekke med en tredjepart før medisinerer – de forklarer de er redd for å gjøre feil i en så stresset tilværelse. Etter endt arbeidsdag priser hun seg selv for at det ikke gikk liv tapt, eller at noen alvorlige feil ble gjort. (Juvik, 2018)

2.2.1 Hvor lenge skal man klare å ha en slik jobb?

Wisting (2019) skriver i sin artikkel at hun føler på et altfor stort ansvar, men liten tid å gi den beste omsorgen. En feil ble gjort på en travel arbeidsdag, som førte til at en pasient muligens ikke kunne opereres allikevel som først tenkt. Skyld følelse preger henne i hverdagen, og det er ikke første feilen hun har gjort i sin jobb som sykepleier. Blant annet har hun feilmedisinert, gjort feil i dokumentasjoner, gitt uriktig vurderinger og bestilt inn feil

hjelpemidler. Hun hevder problemet er at hun ofte må ta avgjørelser alene, på grunn av underbemanning og budsjettkutt. (Wisting, 2019)

2.3 Ulike perspektiver på risiko

Det finnes to ulike syn på hvordan vi begrepsfester og vurderer risiko. Det ene er et realistisk syn hvor beregningsmodeller blir favorisert, der risiko sees på som et produkt av sannsynlighet og konsekvens. (Olsen, et. al., s.78) Motsatt er synet på risiko i et samfunnsvitenskapelig, og historisk perspektiv. Her blir risikoen sett på som mer kompleks enn beregningsmodeller, da det er viktigere hvordan risikoen kollektivt og individuelt oppfattes, tolkes og forstås. (Olsen, et. al., 78-79) Begrepet risiko viser til en hendelse, eller noe usikkert som kan eller kunne skjedd, og hvordan disse hendelsene påvirker samfunnet og fremtiden. I tillegg vil risikobegrepet dekke to ulike kategorier, nemlig risikoen knyttet til ondsinnede (gjærne planlagte) handlinger, og ikke-planlagte handlinger. Som nevnt innledningsvis er det ikke en gyldig definisjon på risiko. Aven og Renns definisjon på risiko bærer preg av et samfunnsvitenskapelig perspektiv da den innebærer noe av menneskelige verdi – og utelukker derfor rene tallfestede risikodefinsjoner der menneskelige faktorer ikke har noe å si for risikoen. . (Olsen, et. al., s. 80-81)

2.3.1 Klassifisering av risiko

For å lettere klassifisere ulike risikoer, slik at vi lettere kan evaluere dem, har Renn (2018) utarbeidet en Tabell som viser til risikoens skadepotensiale og sannsynligheten av hvorvidt de vil inntreffe;

Vurderingskriterier av risikoer	Risikobeskrivelser
Skadeomfang	Hva er tilhørende effekter, fysisk skade, sårede, produksjonstap, osv.?
Sannsynlighet for hendelse	Hva er estimerte sannsynlighetsfordelinger, frekvensfordelinger av risikoene?
Usikkerhet	Hva er den konstruerte og overordnede og generelle indikatoren for usikkerhet?
Utstrekning	Hva er geografisk utstrekning av mulig skade, også på tvers av nasjoner?

Utholdenhet, varighet	Hva er varighet i tid av skadeomfang, også på tvers av generasjoner?
Reversibilitet	Er det mulighet til å reversere, det vil si bringe tilbake tilstanden før hendelsen?
Forsinket effekt	Hva er avstanden i tid mellom hendelsen og synlige effekter?
Ødeleggelse av egenkapital	Er det uoverensstemmelse mellom dem som har nytte av risikoene, og dem som bærer omkostningene?
Mobiliseringspotensialet	Vil hendelsen generere sosiale konflikter og/eller psykologiske reaksjoner?

(Olsen, et. al., s. 82-83)

Deretter kan risikoene deles inn under ulike kategorier, om hvorvidt de er lineære, komplekse, usikre og tvetydige risikoer. (Olsen, et. al., s. 83) Inndelingen av risiko vil være en fordel i utarbeidelse av risikoanalyser, og hvilken metode en bør benytte seg av.

Lineære risikoer vil si kjente hendelser eller situasjoner, hvor det allerede eksisterer allment akseptert kunnskap og data. Eksempler på lineære risikoer er konsekvenser av røyking, trafikkatferd og værphenomener. (Olsen, et. al., s. 83) Vi har for eksempel, etter flere års erfaring, forstått korrelasjonen mellom røyking og dårlig helse. Lineære risikoer vil i følge tabellen ovenfor ofte vise til et lite skadeomfang, lav usikkerhet (nettopp på grunn av all kunnskap og data angående situasjonen), reverserbare skader, nokså kort varighet og lite reaksjoner for andre enn en selv. (Olsen, et. al., s. 84)

Komplekse risikoer kjennetegnes med at det er mer utfordrende å se korrelasjon mellom årsak og effekt. Det vil ofte ta lengre tid mellom hendelse, eller situasjon og en eventuell effekt av hendelsen. I komplekse risiko situasjoner vil det gjerne være flere faktorer som spiller inn på konsekvens, og det kan være vanskeligere å avgjøre hvilken årsak man skal knytte konsekvensen til. Kjennetegn ved komplekse risikoer er gjerne også at de fører til stor reaksjon fra samfunnet. Eksempler på slike tilfeller av risiko finner man i teknologiske systemer, samt forholdet mellom utslipp og forurensning. (Olsen, et. al., s. 84)

Usikre risikoer knyttes gjerne til problemer med å kunne forutse en hendelse og konsekvensene som kommer deretter. Dette skyldes ofte mangel på kunnskap og uvitenhet. Eksempler er store naturkatastrofer, nye virus og bakterier og terrorisme. (Olsen, et. al., s. 84)

Tvetydig risiko handler om hvordan mennesker tenker om, mener og vurderer risikoene vi står ovenfor. Spørsmålet i tvetydige risikoer er gjerne hvordan man skal måle fenomener og se sammenhenger, og hva risiko har å si for menneskers helse, for miljøet og samfunnet. Vi skiller her mellom normativ tvetydig risiko, og fortolket risiko. Det vil si, med normativ risiko menes en uenighet om verdiene man ønsker skal ivaretas. Normativ tvetydighet i lys av klimadebatten handler om risikoen av klimaendringene, og om hva vi ønsker å beskytte. Fortolket tvetydighet vil si en uenighet om risiko, knyttet til sammenhengen mellom årsak og effekt, og ulike fortolkninger av metode og kunnskapsgrunnlag i det vitenskapelige miljøet. Det er gjerne i slike tilfeller man hører forskere, og vitenskapelige artikler komme ut med forskjellig resultat på samme temaområde. (Olsen, et. al., s. 85)

2.3.2 Psykologisk perspektiv på risiko

Et psykologisk syn på risiko er ofte utbredt i psykologien, da det dreier seg om de mentale risikovurderinger vi foretar oss som individer. Prosessene påvirker vår forståelse, oppfatning av rett og galt, og alvorlighetsgraden av ulike hendelser eller situasjoner. Risikokompensasjon er blant andre faktorer som spiller store roller når det kommer til hvordan mennesker vurderer og selekter informasjon, noe som igjen påvirker vår toleranse for risiko (risikopersepsjon). (Olsen, et. al., s. 94-96) Risikopersepsjon er en sentral del av individers vurdering og handling, da det sier noe om hvorvidt man handler eller ei og hvilken risiko vi velger å ta, nettopp fordi den formes av blant annet frykt og følelser. Mediene i vår moderne verden er i stor grad være med på å forme frykt scenarioer, og hva vi ser på som mer risikofylt enn noe annet. (Olsen, et. al., s. 97) Eksempel på slik påvirkningskraft ser vi gjennom nyhetssendinger hvor terror og krig i ulike land gjør oss redde for å gå på konserter, reise til ulike land, mens det vi egentlig burde se på som risikofylt er det vi gjør i hverdagen; drikke alkohol, kjøre bil o.l..

Innenfor det psykologiske risikoperspektivet finner vi ulike former for underperspektiver; Både svak- og sterk sosialkonstruktivisme, poststrukturalisme og governmentality. Felles for disse er at de prøver å gi svar på hvorfor noen tar en risiko som kanskje andre ikke tar, en

forklaring på forskjellige individer eller gruppers risikopersepsjon. (Olsen, et. al., s. 97) De ulike underperspektiver viser hvilke faktorer som fører til ulik risikopersepsjon i grupper, kulturer, individer og samfunn.

Det som kjennetegner et svakt sosialkonstruktivistisk syn på risikopersepsjon er å se hvordan individer behandler og bearbeider informasjon i sammenheng med sosiale og kulturelle kontekster.

2.3.3 Risiko for helseplager som sykepleier

Gjennom en rekke arbeidsmiljø og helse rapporter viser følgende tall rundt sykepleiere og risiko for plager, sett i sammenheng med andre yrkesgrupper:

- Sykepleiere har om lag 50 prosent høyere risiko for mageproblemer
- Sykepleiere har om lag 50 prosent høyere risiko for å bli psykisk utmattet
- Sykepleiere har om lag 50 prosent høyere risiko for å eksponeres for passiv røyking og dårlig inneklima
- Sykepleiere har høyere risiko for sykefravær, både egenmeldt og legemeldt, sammenlignet med alle yrkesgrupper sett under et

Aagestad (2017) poengterer hvordan trusler om for eksempel vold på arbeidsplassen kan påvirke helsen til arbeidstaker – og å gå med stress i kroppen over lang tid, og være redd for hva som kan komme til å skje, kan øke risikoen for helseplager og sykefravær.

2.4 Sikkerhet i et samfunnsfaglig perspektiv

Ansvar for å opprettholde sikkerheten ligger hos myndighetene, som ved hjelp av lover, direktiver, nasjonal forvaltning og regulering utøver dette ansvaret. Samtidig er det en samfunnsplikt om å innrette seg etter disse. Risiko og sikkerhet må derfor sees i et systematisk og internasjonalt perspektiv. (Olsen, et. al., s.140)

2.4.1 Sikkerhet i høyrisikoteknologier

Teknologisk sårbarhet: sårbare teknologier hvor konsekvenser eller alvorlige hendelser kan skje kalles høyrisikoteknologier. Eksempler; kjernekraft, luftfart, petroleumsproduksjon.

(Olsen, et. al., s.139) Barry A. Turners forskning bygger på hvordan tap av sikkerhet (samfunnsulykker, ”disasters”) i teknologiske system gjerne bygger på samfunnsmessige og organisatoriske faktorer. Når man analyserer teknologisk sårbarhet må man erkjenne de menneskeskapte og kollektive prosessene; eksempelvis rutiner, prosedyrer, kulturelle antagelser og normer som styrer oppmerksomheten til de ansatte, og dannet bildet av hva som er faren eller risikoen i bedriften. Det blir dermed avvik mellom antakelser om risiko, og det som faktisk er risikoen. Med dette forklarer han hvordan man blir ”blind” på en rekke farer som man ikke retter oppmerksomheten mot, og det er her ulykkene inntreffer. Turner forbinder denne blindheten gjennom ulike årsaker, som *perseptuell rigiditet, flertydig informasjon, systematisk forbigåelse av regler og organisatorisk arroganse, og selvsikkerhet*. (Olsen, et. al., s.141) Overført kan vi si at mennesket har en iboende begrensning i forhold til rasjonalitet – mennesket kan ikke forutsi fremtidige farer i innviklede teknologiske systemer. Videre henviser teoretikeren til viktigheten av strukturerte prosesser, eksempelvis risikoanalyser, for å øke informasjon og kompetanse innad i virksomheten, og læring fra tidligere ulykker. (Olsen, et. al., s.142)

I motsetning til Turner ser James Reasons ulykkes teori på hvordan man ikke bør rette oppmerksomheten på individuelle, menneskelige feil i teknologiske systemer. Reasons industriorienterte perspektiv legger vekt på latente forhold, hvor han peker på hvordan menneskelige feilhandlinger skjer som en konsekvens av tidligere feil som gjerne har teknologisk, byggeteknisk og, eller ledelsesbaserte opphav. Videre legges det vekt på å bygge en god sikkerhetskultur for å begrense større ulykker. (Olsen, et. al., s.143) Charles Perrow syn på ulykker i organisasjoner understreker hvordan ulykker i noen teknologiske systemer er uunngåelige.

Gjennom boken ”Normal Accidents” forklarer han hvordan høyrisikoteknologier fører til økt risiko for samfunnet og fremtidige generasjoner. Videre skiller teoretikeren mellom *ulykke*, og *hendelse*. Ved ulykke menes en feil i et system som helhet skader og forstyrrer systemets nåværende, eller fremtidig produksjon. Hendelse forklares som en skade som forstyrrer systemet som helhet, men er begrenset til kun små deler av systemet. (Olsen, et. al., s.143)

2.4.2 Sikkerhetskultur i organisasjoner

Det blir stadig større fokus på å se sammenhengen mellom kultur, sårbarhet og sikkerhet. 22-juli kommisjonen konkluderte med at kultur og grunnleggende holdninger i den norske forvaltningen ikke holdt fokus rettet mot risikoen for terror. Dette forklarer hvordan samhold og samarbeid mellom beredskapen ikke var tilstrekkelig denne dagen. Det er ofte etter en ulykke inntreffer at man setter søkelyset mot den type fare. Turners teori om sikkerhet viser til hvordan det ofte oppstår et avvik mellom dominerende antakelser om risikofaktorer, og slik virkeligheten og farene faktisk er. Samtidig er kultur fremhevet som noe som bidrar til økt sikkerhet og pålitelighet. Tidligere tenkte man i samfunnsfagene at sikkerhetskultur er noe virksomheter *har*, og knyttes til administrative prosedyrer, holdninger og ledelsens koordineringsevne. (Olsen, et. al., s.156-157) Likevel vil en slik kulturforståelse mangle faktorer som organisatorisk historier, symboler, meninger, ritualer og andre verdier. Ved å se sikkerhet gjennom et kulturperspektiv, vil sikkerhet betraktes som kollektive tankemønstre, de administrative strukturer og ressurser som støtter utviklingen av organisasjonens og systemers kunnskap og forestilling knyttet til risikoer, farer og trusler. (Olsen, et. al., s.158)

Nasjonal sikkerhetsmyndighet (2014) definerer sikkerhetskultur som ansattes kunnskap, motivasjon, holdning og atferd, samt at den ofte stammer fra, og baserer seg på tidligere sikkerhetsbrudd eller hendelser som truer sikkerheten.

2.5 Det psykiske arbeidsmiljøet

Sikkerhet på arbeidsplassen blir regulert gjennom arbeidsmiljøloven – hvor det legges til rette for arbeidstakeres, arbeidsgiver samt miljøets helse og sikkerhet. Arbeidsmiljølovens formål er å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger.

Arbeidsmiljøet skal være av en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet. Loven skal også sikre trygge ansettelsesforhold og likebehandling i arbeidslivet, og legge til rette for tilpasning i arbeidsforholdet knyttet til den enkelte arbeidstakers forutsetninger og livssituasjon. (Karlsen, 2011, s.61)

Det er arbeidsgiver i den enkelte virksomhet som skal sørge for et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Plikten er gjeldene for alle arbeidstakere som utfører arbeidsoppgaver med tilknytning til arbeidsgiver, altså innleide og eventuelt selvstendige arbeidstakere i tillegg til egne ansatte. Arbeidsgiver må gjerne samarbeide med andre arbeidsgivere for å være i henhold til kravet om et fullstendig arbeidsmiljø på dette punktet. (Norges Lover, 1687-2014, Arbeidsmiljøloven, nr.62 §2-1, §2-2)

Arbeidsmiljøloven stiller krav til hvordan et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS-arbeid) skal fungere. Arbeidsgiver skal blant annet sørge for at det utføres HMS-arbeid på alle nivå i virksomheten. Tillitsvalgte og andre arbeidstakere vil være samarbeidspartnere under denne utførelsen. Arbeidsgiver skal ha oversikt over blant annet hvordan ansvar, oppgaver og myndighet for helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet blir fordelt i virksomheten. Ved systematisk HMS-arbeid menes også å kartlegge eventuelle farer og problemer, og skal basert på dette vurdere risikoforholdene i virksomheten. Dernest skal arbeidsgiver utarbeide og iverksette tiltak for å redusere risikoen. For å ivareta sikkerheten på arbeidsplassen må arbeidsgiver sørge for at arbeidstakere gjøres kjent med potensielle farer og risiko tilknyttet arbeidet, og at de får nødvendig opplæring, øvelse og instruksjon for å redusere eventuell risiko. Loven fastsetter også at arbeidsgiver skal vurdere hvordan arbeidsmiljøforholdene er ved planlegging og gjennomføring av endring i virksomheten, og iverksette nødvendige krav slik at arbeidsmiljøet til enhver tid er fullt forsvarlig i endringsprosesser.

Arbeidsmiljøloven forebygging og oppfølging av sykefravær

Arbeidsgiver skal sørge for systematisk arbeid når det gjelder forebygging og oppfølging av sykefravær. Løpende kontroll med arbeidsmiljøet og arbeidstakernes helse dersom risikoforholdene i virksomheten tilsier det. Det skal skje en systematisk overvåkning og gjennomgang av det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet for å sikre at det fungerer som forutsatt. I tilknytning til et systematisk HMS-arbeid skal arbeidsgiver vurdere tiltak for å fremme fysisk aktivitet blant arbeidstakerne. (Norges Lover, 1687-2014, Arbeidsmiljøloven nr. 62, §3-1, §3-2 §3-4)

De kravene som settes for arbeidsmiljøet er blant annet at det skal være fullt forsvarlig ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan virke inn på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd. Når det arbeides med planlegging og utførelse av HMS-arbeid skal det legges vekt på skade- og sykdomsforebygging. Organiseringen av arbeidet, tilrettelegging og ledelse, arbeidstidsordninger, lønssystemer, bruk av prestasjonslønn, teknologi med mer skal være slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger og slik at sikkerheten på arbeidsplassen blir ivaretatt. Arbeidsmiljøloven gir også generelle krav om at virksomheter skal innrettes for arbeidstakere av begge kjønn. Arbeidsplassens utforming (atkomstvei, sanitæranlegg, arbeidsutstyr o.l.) skal så langt det lar seg gjøre være tilpasset slik at arbeidstakere med redusert arbeidsevne kan ha mulighet for å arbeide i virksomheten. Arbeids- og Sosialdepartementet kan gi forskrift om begrensning i adgangen til å sysselsette visse gruppe arbeidstakere, dersom de kan være særlig utsatt for ulykkes- eller helsefare og om omplassering av slike arbeidstakere. Departementet kan gi forskrift som pålegger bruk av HMS-kort for arbeidstakere innenfor bransjer hvor det er nødvendig eller hensiktsmessig for å ivareta arbeidstakernes helse, arbeidsmiljø og sikkerhet og om oversiktslister over hvem som er sysselsatt på arbeidsplassen. Etter pålegg fra departementet plikter offentlige myndigheter uten hinder av taushetsplikt å gi utsender av HMS-kort alle opplysninger fra offentlige registre som er nødvendige for utsendelse av HMS-kort. Når hensynet til helse, miljø og sikkerhet tilsier det, kan departementet i forskrift gi bestemmelser om at virksomheter som tilbyr renholdstjenester må godkjennes av Arbeidstilsynet, og om det nærmere innholdet i en slik godkjenningsordning. Når det stilles krav om slik godkjenning, vil det være ulovlig å benytte tjenester fra virksomheter uten godkjenning. (Norges Lover, 1687-2014,

Arbeidsmiljøloven nr. 62, §4-1)

2.5.1 Karasek og Theorells stressmodell

Teoretikerne Karasek og Teorell viser til en sammenheng mellom innflytelse og krav på eget arbeid og stressende arbeid. Stressmodellen under illustreres hvordan arbeidsoppgaver hvor arbeidstaker har mye krav men lite innflytelse kan føre til et stressende arbeidsliv.

INNFLYTELSE PÅ ARBEIDET			
HØY	Lett arbeid	Aktivt arbeid	
LAV	Passivt arbeid	Stressende arbeid	
	LAV	HØY	KRAV I ARBEIDET

(Forelesning, Helse, miljø og sikkerhetsledelse)

2.5.2 Arbeidsrelatert stress

Arbeidstilsynet ser på sammenhengen mellom faktorer i arbeidsforholdet som skaper en risiko for arbeidsrelatert stress. Blant annet gjelder dette; lengre perioder med lange arbeidsdager, ubalanse mellom arbeidsbelastning og jobbintensitet, motstridende krav, mangel på tydelighet til arbeidstakerens rolle, ineffektiv kommunikasjon, organisatoriske endringer som håndteres dårlig. Det vil si at arbeidsrelatert stress er et virksomhetsproblem, og skyldes måter arbeidet organiseres og tilrettelegges. Stress er en psykisk reaksjon som slår i gang kroppens alarmberedskap. Det oppstår gjerne når man utsettes for utfordring eller overbelastning – for eksempel å bli stilt ovenfor for store krav og forventninger over tid. Dersom stresset vedvarer i kroppen over tid, kan det skape helseproblemer og sykemelding. (Arbeidstilsynet, *Stress*)

2.6 Kvalitetssikring i offentlig sektor

I den offentlige sektoren, hvor den største delen av helsesektoren er basert, utfordres det mot høy effektivitet, økt vekst, verdiskaping og utgiftsomløp. Helse- og sosialsektoren står for 60

prosent av veksten innen offentlig sektor fra tidligere generasjons tid. Sektoren har aldri vært større, på grunnlag av dette har verdiskaping og kvalitet aldri vært viktigere. (Karlsen, 2016) s.117) Kommunale rammebetingelser er stadig i endring, og pålegges stadig nye oppgaver for å møte forventningene nevnt ovenfor. For å tilfredsstillende forventningene nevnt ovenfor på en tilfredsstillende måte, er økonomisk og personalmessig effektivitet særdeles viktig. (Karlsen, 2016 s.116) Selve utfordringen med offentlig sektor kontra den private, er å holde utgiftene nede slik at det ikke kommer i konflikt med offentlig sektor som et velferdsgode, et middel for å skape et bedre samfunn.

2.6.1 Hvordan måle kvaliteten på helse- og sosialtjenester?

For å utnytte effektiviteten innen offentlig sektor har det gjennom flere år blitt iverksatt ulike former for virksomhetsplanlegging, målstyring og resultatstyring – men hvordan måler man resultater av omsorg og sosiale tjenester? Slike resultater kan ikke leses gjennom budsjett, men er heller noe brukere og pasienter opplever og føler på. Kommunale institusjoner som eksempelvis skole og eldreomsorg, har vanskeligere for å fastsette klare og faste kvalitetskriterier i forhold til virksomheter som driver med vareproduksjon. Derfor kan det være viktig for helse- og sosialsektoren å finne egne måter å kvalitetssikre organisasjonsstruktur, interne prosesser og servicetjenester til pasienter og brukere. (Karlsen, 2016 s.117-118)

Virksomheter er pliktig til å sørge for kvalitet og sikring av helsehjelpen som ytes. Blant annet skal det kontrolleres og behandles hvorvidt helsehjelpen gir forventet resultat, og avdekke hvorvidt de kvalitetsmessige kravene opprettholdes. Kvalitetssikring i helsesektoren kan dreie seg om å evaluere en tjeneste eller behandling (eksempelvis en prosedyre, et medikament eller en operasjon) utført av en enhet (et team, en avdeling eller et sykehus).

Blant annet brukes et kvalitetsregister med journalopplysninger for å systematisk og strukturert evaluere den hjelpen og omsorgen som gis. Registeret kan også inneholde data fra spørreskjema, intervjuer, observasjon, tester og andre medisinske registre. På grunn av stramme regler rundt taushetsplikt vil disse journalopplysninger i registrene kun være tilgjengelig for helsepersonell med direkte tilknytning til pasienten. Taushetsplikten vil kun være gjeldende med mindre den samsvarer med lovfestede unntak fra helsepersonelloven §26 *interne kvalitetsregistre uten samtykke* og §29 *eksterne kvalitetsregistre uten samtykke*. Det vil i noen tilfeller være nødvendig å basere registeret på samtykke, ved tilleggsopplysninger

innhentet gjennom spørreskjema, intervju eller andre undersøkelser. Det som er spesielt med denne type kvalitetsregistre, er at de ofte sendes til eksterne forskere som ser sammenheng og avvik fra andre helseregistre. Praksisen kan på sikt føre til endring av rutiner og prosedyrer. (NSD, personvernombud)

2.6.2 Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019

Kvalitet og sikkerhet for pasienter står sentralt i dagens politikk, og regjeringen ser nødvendigheten av å benytte kvalitetsmålinger, pasientsikkerhetsmålinger og pasienterfaringer i helsetjenesten. Videreutvikling av spesialhelsetjenesten ble i 2016 lagt frem som en nasjonal plan for å styrke kvalitet, pasientsikkerhet, samt tydeliggjøre og øke faglige krav. (Regjeringen, helse) Som en del av utviklingen er det nå muligheter for sykehus å arbeide i team; større sykehus kan vurdere pasienter som er innlagt på mindre, lokale sykehus. (Regjeringen, sykehusplan)

2.7 Intensjonen om et inkluderende arbeidsliv

IA-avtalen er en intensjonsavtale som skal oppfordre til et mer inkluderende arbeidsliv. Det som menes med en intensjonsavtale er en avtale med overordnede målsettinger. Målet med avtalen er å bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærvær, forebygge og redusere sykefravær og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet. (Regjeringen *Samarbeidsavtalen*, 2014, s.1-2)

Regjeringen og partene i arbeidslivet skal arbeide mot et inkluderende arbeidsliv, til beste for den enkelte arbeidstaker, arbeidsplass og for samfunnet. (Regjeringen *Inkluderende arbeidsliv*, 2014)

IA-avtalen var tredelt med følgende overordnede målsettinger, omtalt som delmål 1, 2 og 3.

Delmål 1. Reduksjon i sykefraværet med 20 prosent. i forhold til nivået i andre kvartal 2001. Dette innebærer at sykefraværet på nasjonalt nivå ikke skal overstige 5,6 prosent i 2. kvartal.

Delmål 2. Økt sysselsetting av personer med redusert funksjonsevne.

Delmål 3. Yrkesaktivitet etter fylte 50 år forlenges med seks måneder. Delmålene er de samme i de ulike periodene av avtalen, hvor vi nå befinner oss i den fjerde perioden. Målene blir videreført og justert mellom periodene med ytterligere forlenging av yrkesaktivitet samt mer fokus på forenkling av oppfølging av sykemeldte arbeidstakere. (Regjeringen, *Samarbeidsavtalen*, 2014, s.2-4)

IA-samarbeidet representerer en helhetlig satsing hvor det benyttes tallmessige mål, forskning og analyser av situasjon og utviklingstrekk som hjelpemidler for å vurdere om en virksomhet lykkes i inkluderende arbeid. Regjeringen og partene er enige om å følge opp noen utfordringer bedre i den nåværende avtaleperioden, blant annet å oppnå bedre resultater med fokus på å øke sysselsettingen av arbeidstakere med nedsatt funksjonsevne. Partene er også enige om at det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet skal være en større del av det praktiske IA-arbeidet, og dette er blitt en mer tydelig del i målformuleringene.

IA-avtalen inngås mellom regjeringen ved arbeids- og sosialministeren og arbeidsgiverorganisasjonene ved NHO, KS, Spekter, Virke og staten som arbeidsgiver ved kommunal- og moderniseringsministeren, og arbeidstakerorganisasjonene ved LO, Unio, YS og Akademikerne. Intensjonsavtalen bygger på en norsk tradisjon for samarbeid og gjensidig tillit mellom myndigheter, arbeidstakere og arbeidsgivere. I tillegg bygger den på en felles erkjennelse av aktivitet gjennom arbeid som fremmer helse, og at tidlig iverksetting av tiltak

vil være forebyggende mot frafall fra arbeid. Den første IA-avtalen ble undertegnet i 2001, og siden dette har sykefraværet blitt redusert og flere går lenger i jobb før pensjonstiden. Det har skjedd en økning rundt oppmerksomheten med sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne. Intensjonsavtalen gir en tettere samhandling rundt inkluderingsarbeid på alle nivå mellom myndigheter, partene og i virksomhetene. IA-samarbeidet har også bidratt til å styrke trepartssamarbeidet både sentralt og lokalt i landet. Resultatene av et godt inkluderende arbeidsliv er at arbeid skapes på den enkelte arbeidsplassen, hvor arbeidstaker, arbeidsgiver og tillitsvalgte har satt seg felles mål, og hvor myndighetene bidrar med støttende tiltak. For å oppnå gode resultater krever det et sterkt ledelses- og oppfølgingsengasjement, og systematisk arbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten i de enkelte virksomheter. Myndighetene må også stille med hensiktsmessige virkemidler til virksomhetens disposisjon. Et godt og inkluderende arbeidsliv fordrer god kommunikasjon mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, Arbeids- og velferdsetaten, Arbeidstilsynet og sykemelder. (Regjeringen, *IA-avtalen 2014*, s.1) IA-avtalen kan brukes som et virkemiddel for å ivareta arbeidsmiljøkravene om et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, spesielt når en kommer inn på kravene om tilrettelegging for arbeidstakere med redusert arbeidsevne. Et godt arbeidsliv som bidrar til å forebygge frafall fra arbeid og sykdom, inkluderer de som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet og øke avgangsalderen fra arbeidslivet, bidrar også til mobilisering av arbeidskraft i en tid hvor dette blir stadig mer viktig. (Regjeringen, *IA-avtalen*, 2014, s.1)

Noe av utgangspunktet for et IA-samarbeid er at deltagelse i arbeidslivet i seg selv ofte kan virke helsefremmende for den enkelte arbeidstaker. For å sørge for at sykefravær ikke fører til varig frafall fra arbeid, vil det være viktig å holde på kontakten mellom den sykemeldte arbeidstaker og virksomheten. Det er derfor vanlig med tilretteleggingstiltak som graderte sykemeldinger, hvor arbeidstakeren kan være delvis i arbeid ved sykdom og samtidig holde kontakten med arbeidsplassen og andre arbeidstakere. Partene i IA-samarbeidet er derfor enige om at det er ønskelig å legge til rette for økt og bedre bruk av graderte sykemeldinger. Dette forutsetter en tidlig og vedvarende innsats for å forsterke arbeidet med oppfølging av den sykemeldte i sykemeldingsperioden. Det er blitt foreslått å sette i gang et forsøk med en forenklet og avgrenset ordning med «sykemeldt i arbeid». Denne ordningen vil bygge opp under ambisjonen om å øke bruken av gradert sykemelding, og bidra til aktivitet fremfor passivitet. Tidligere erfaringer og evalueringer har vist et behov for avbyråkratisering og forenkling av systemet for oppfølging av sykemeldte arbeidstakere. (Regjeringen, *IA-avtalen*, 2014, s.2)

2.7.1 Ny IA-avtale

Fjerde mars 2014 ble det underskrevet en ny intensjonsavtale for et mer inkluderende arbeidsliv. Avtalen inngås for perioden 4.mars 2014 - 31.desember 2018, og innebærer en forenkling i reglementet omkring oppfølging av sykemeldte arbeidstakere. Ved å fjerne sanksjonsregimet kan arbeidsgiver bruke mer av sin tid på å følge opp den enkelte arbeidstaker på arbeidsplassen. Arbeidstaker kan på den andre siden fokusere på å bli frisk og komme tilbake til arbeid. NAV-ansatte følger opp den enkelte for å få vedkommende tilbake i arbeidslivet, i stedet for å bruke tiden på skjemaer og dokumenter. Leger trenger ikke tenke på unødvendige sanksjoner knyttet til et omstridt sykemeldingskurs.

Den nye IA-avtalen gjør det altså enklere å følge opp sykemeldte arbeidstakere.

Oppfølgingsplanen skal utarbeides for alle sykemeldte, men det er mer presisert at det kan være unødvendig når arbeidstakere er delvis sykemeldte. Dialogmøtet som i utgangspunktet skulle holdes innen syv uker gjelder nå kun for de som er fullt sykemeldte. For arbeidstakere som er delvis sykemeldte skjer møtet kun når arbeidsgiver, arbeidstaker eller sykemelder ser det som nødvendig eller hensiktsmessig. Endringen i IA-avtalen fører til at det vil bli holdt færre unødvendige dialogmøter. Rapportering av arbeidsgiver til Arbeids- og velferdsetaten etter 9 uker oppheves helt. Arbeidsgiver skal kunne dokumentere oppfølging for myndighetenes behov. Det presiseres at dialogmøtet i regi av Arbeids- og velferdsetaten innen 26 ukers sykemelding kan holdes tidligere dersom en arbeidstaker, arbeidsgiver eller sykemelder krever det. Det persisteres også at dialogmøtene er en arena for arbeidsgiver og arbeidstaker. Annen kompetanse skal kun trekkes inn dersom det er et reelt behov. Krav om at bedriftshelsetjenesten må delta i dialogmøter oppheves også. Ny IA-avtale fjerner flere sanksjoner. Det vil ikke komme sanksjoner fra NAV overfor arbeidsgiver, som eventuelt ikke følger opp sine plikter. Det er Arbeidstilsynet som skal føre systemrettet risikobasert tilsyn, og vil kunne være aktøren som følger opp med reaksjoner med tanke på arbeidsgiver. Det vil heller ikke bli sanksjoner overfor sykemelder som ikke deltar i dialogmøter.

Helsemyndighetene etter helsepersonelloven vil reagere ved behov. Det vil ikke skje sanksjoner mot sykemelder som ikke gjennomfører obligatorisk kurs i sykemeldingsarbeid. Den nye IA-avtalen forsterker innsatsen for personer med nedsatt funksjonsevne, hvor det blir satt fokus på mer effektiv inkludering ved å prioritere unge personer. Avtalen satser på kunnskapsutvikling og forsøk; aktiv sykemelding, eller «sykemeldt i arbeid». Denne forenklete og avgrensede sykemeldingsordningen er avgrenset til 14 dager. IA-avtalen vektlegger forebygging og tilrettelegging for IA- virksomhetene.

Totalt sett ser vi at alle parter fokuserer mer på den enkelte sykemeldte hvor intensjonen er å komme tilbake til arbeidslivet. Det har blitt langt mer innsats og kraft på å inkludere personer med nedsatt funksjonsevne i arbeidslivet. Noe som er ekstra viktig å ha fokus på i og med at det er en gruppe som lett havner utfør arbeidslivet eller på trygd. (Regjeringen, *Ny og forenklet IA-avtale*, 2014)

Myndighetene har som mål at færre arbeidstakere skal være helt borte fra arbeid, og som et resultat har bruken av gradert sykemelding økt. Gradert sykemelding benyttes når arbeidstaker er delvis arbeidsufør, hvor sykemeldingen kan variere mellom 20-100 prosent. Kvinnelige arbeidstakere har en høyere andel av legemeldt sykefravær enn menn. Ved bruk av gradert sykemelding reduseres forskjellene mellom kjønnene. (Statistisk sentralbyrå, 2015) I yrker innenfor olje- og gassnæringen, samt transportnæringen, hvor arbeidstakerne ofte er borte fra hjemmet i flere dager, er det ikke like aktuelt eller hensiktsmessig å benytte gradert sykemelding. Samtidig viser Statistisk Sentralbyrå at olje- og gassnæringen er blant de yrkene i Norge med lavest sykefravær, mens transportnæringen ligger over gjennomsnittet. Det er mindre bruk av gradert sykemelding på Vestlandet, noe som kan sees i sammenheng med at mye av sysselsettingen i dette området av landet er innenfor oljenæringen og transport.

2.7.2 Samarbeidsavtalen

Dersom en virksomhet inngår i en samarbeidsavtale om å bli IA-virksomhet, stiller den enkelte virksomhet seg bak målene i IA-avtalen. Dette innebærer at arbeidsgiver, tillitsvalgte, verneombud og andre ansatte i virksomheten samarbeider for å oppnå en mer inkluderende arbeidsplass. For å nå IA-avtalens mål vil det da være en forutsetning at virksomheten har et systematisk forebyggende HMS-arbeid. Ved inngåelse i samarbeidsavtalen vil virksomheten få tildelt rettigheter, som egen kontaktperson i NAV Arbeidslivssenter, forebyggings- og tilretteleggingstilskudd fra Arbeids- og velferdsetaten, og utvidet bruk av egenmelding. (Regjeringen, *IA-avtalen*, 2014, s.4)

3.0 Metodisk tilnærming

3.0.1 Kvalitativ forskningsmetode

Problemstillingen vil si noe om hvordan et fenomen *er* gjennom en haug av opplevelser. Vi kan kalle slike spørsmål for ontologiske spørsmål – det vil si spørsmål om hvordan virkeligheten faktisk er. Dette sees gjerne på i motsetning til epistemologiske spørsmål, som dreier seg om *hvordan* vi skal *fremskaffe* faktisk viten om hvordan virkeligheten er. Med andre ord er epistemologiske spørsmål gjerne knyttet til de forskningsmetoder som brukes for å fremskaffe vitenskapelige fakta. (Madsbu, s. 2) Oppgaven bygges på et sosialkonstruktivistisk grunnlag, i tro på hvordan vitenskapen og sannheten kommer fra menneskelig erfaring og observasjon. Forskningsprosjekter som drives på dette grunnlaget vil ofte se på årsakssammenhenger, samt situasjonens helhetsbilde basert på informantenes erfaringer. Sosialkonstruktivistisk forskning er blant annet utbredt innen sosiologi og sosialantropologi, der kvalitative og observerbare data vektlegges. Det er dog viktig å skille mellom mer eller mindre troverdige og representative sannheter. Eksempelvis henviser Edgar Schein til et fenomenologisk perspektiv for organisasjoner, der det tas utgangspunkt i informantenes subjektive virkelighet. Her tas likevel informantenes forhold til den sosiale virkeligheten også i betraktning for å beskytte reliabiliteten. (Andersen 2006, s. 6)

Eksamensoppgaven skal besvare problemstillingen ved bruk av menneskelige erfaringer, altså i form av fenomenologi. For å grundig danne et meningsinnhold i oppgaven, og kunne si noe om hvordan stress oppleves for informantene, blir det særdeles viktig med individuelle, særegne erfaringer og tanker. Både Mark Johnson og George Lakoff (Aase & Fossåskaret, 2010, s. 53-54) viser til hvordan kunnskap om verden finnes i selve relasjonen mellom individ og den ytre verden. Erfaringsrealisme, er en vitenskapsteori som forklarer hvordan vi som mennesker hele tiden er i relasjon med, påvirket, eller limet inn i det ytre miljøet vi opptrer i. Virkeligheten, altså det vi selv opplever som sant – er altså et direkte resultat av det som skjer rundt oss. Likevel bygger oppgaven seg på ”correspondence” teori – det vil si at individers tanker, følelser, erfaringer, fornuft o.l.. gir et korrekt og direkte speilbilde av virkeligheten. Altså kan individuelle og erfaringsbasert kunnskap være korrekt kunnskap for å forklare sosiale fenomener, samfunnet vårt, og verden på generelt grunnlag. (Aase & Fossåskaret, s. 53) Med andre ord vil informantenes opplevelse av stress forklare sannheten om hvorvidt dette blir forsterket (eller ikke), av andres fravær i arbeidssituasjonen. Informantenes erfaringer legges høyere verdi enn den objektive virkeligheten, nettopp på grunn av subjektive

forskjeller i forhold til opplevelse av arbeidsstress. Det er også benyttet en forskningsstrategi av induktiv form, det vil si at en tar for seg empiriske funn, og forsøker å konkludere med tendenser som kan bidra til en generell forståelse av fenomenet som studeres (Madsbu, s. 17). Vi kan altså gjennom enkelthendelser, eller gjennom studier av enkelte fenomener, si noe om en allmenn tendens. Madsbu poengterer viktigheten av å fokusere på logiske sammenhenger i det empiriske materialet som samles inn og fortolkes, for at empirien skal være mest mulig generaliserende.

3.1 Forskningsdesign

Problemstillingen er av den betydning at den ønsker å finne ut *hvordan* noe oppstår på grunn av noe annet. Dette viser til en årsakssammenheng, og dermed vil det være nødvendig med et kausalt forskningsdesign. Videre faller det naturlig å besvare problemet gjennom et case-studie, da de ofte dreier seg om spørsmål om *hvorfor* eller *hvordan*. (Forelesning, Casestudier, s. 4). George, A. L., & Bennet, A. (2005, s.18) definerer et case studie som ”class of events”. Begrepet refererer til et fenomen av vitenskapelig interesse – eksempelvis studier av fenomener hvor man ønsker å utvikle teori om *hvorfor* det er likheter eller forskjeller i hendelsesklassene (classes of events) som oppstår. Videre henvises det til case-studier som blant annet sammenligning av få antall saker. Schram (1971) definerer case-studier som å forsøke å belyse en beslutning eller et sett av beslutninger; hvorfor de gjorde det, hvordan de ble implementert, og med hvilket resultat. Som tidligere nevnt, er formålet med oppgaven å gi noen samfunnsmessige tendenser og generaliseringer – George et al., 2005 (s. 19) poengterer hvordan case-studier egnes som kvalitativ metode for å sette standarder, lære nye teorier, og se etter kumulative tendenser i samfunnslivet.

Case-studier egnes best som til å forklare ett, eller få fenomen, gjerne med bruk av få enheter og flere informanter. (Halvorsen, 2012, s. 105) George et al., (2005, s. 21) forklarer dette nærmere ved at kvalitative case ser på årsaksmekanismer (kausaltitet) i ett enkelt tilfelle på detaljnivå, med bruk av et stort antall intervenientvariabler. De gir gjerne en helhetsforståelse, gjennom rike og detaljerte beskrivelser av blant annet livet på en organisasjon, hvor en får innblikk i menneskelig atferd og opplevelser.

For å besvare problemstillingen vil det altså tas i bruk et kausalt forskningsdesign, med case studie som forskningsmetode. Her studerer man forholdene i helsesektoren i forhold til sykemelding og dens påvirkningskraft og, eller sikkerhetsmessige konsekvens.

3.1.1 Innsamling av data

I kvalitative metoder skal forskeren selv delta i innsamlingen av empirisk data. Ulike innsamlingsinstrumenter som oftest tilknyttes kvalitative metoder er observasjoner, feltsamtaler og ulike former for intervju. (Halvorsen, 2012 s.138) For å samle inn nødvendig empirisk materialet for å besvare problemstillingen er det tatt i bruk strukturerte intervju. Case-studier benytter midlertidig ofte også deltakende observasjon (Halvorsen, 2012, s. 106). Det er imidlertid en svært ressurs- og tidskrevende prosess, da deltakende observasjon nødvendiggjør forskerens opprettholdelse, og å bli en del av det daglige livet og de sosiale systemene som studeres. Det er på grunnlag av nevnte faktorer at deltakende observasjon ikke ble benyttet i studiet. Likevel kan dette være en fordelaktig måte å studere en virksomhets virkelighet på om man eksempelvis allerede er ansatt hos vedkommende, eller er mer ressurssterk i forhold til tid.

Kvalitative forskningsintervju kategoriseres som strukturerte intervju, semistrukturerte intervju og som åpne eller ustrukturerte. Sammen med en intervjuguide, vil et strukturert intervju ha faste spørsmålsformuleringer. Et semistrukturert intervju vil også ha en guide å forholde seg til, men spørsmålene kan tilpasses den enkelte informant eller situasjon. På en annen side vil åpne intervju bære preg av at intervjuet kun omhandler et bestemt tema, hvor en står fritt til å ta opp eller prate om hva som helst innenfor temaets ramme. (Johannesen, Tufte & Kristoffersen, 2010)

3.1.2 Forberedelsene

Før arbeidet med å samle inn data startet, pratet jeg med veileder om hvilke typer spørsmål som vil være fordelaktige for å kunne besvare problemstillingen. Det var gjennom denne samtalen at forskningsspørsmålene i innledningen ble skrevet ned og en del av oppgaven. Videre fortsatte jobben med å utforme intervjuguide. Jeg var bevisst på at spørsmålene ikke skulle være for sensitive og vanskelige å besvare. Det var viktig å få tilgang på relevant informasjon, da sykefravær ofte kan være et sensitivt tema. Derfor handler det ikke om informantenes eget sykefravær, men om andres. I tillegg er jeg ikke nært knyttet til virksomheten, noe som gjør at jeg ikke har fått opparbeidet meg tillit hos dem. Dette kan gjøre det vanskelig for dem å åpne opp. På grunn av tidspress og vanskeligheter for annen type innsamling som observasjon, ble strukturerte intervju datainnsamlingsmetoden som ble benyttet. Spørsmålene ble sendt to dager før avtalt tid for intervju, slik at informantene hadde

mulighet for å forberede seg noenlunde. Spørsmålene ble inspirert av både forskningsspørsmålene og teoretisk materiale. Da vil jeg på best mulig måte kunne besvare problemstillingen, og opprettholde en rød tråd i oppgaven. Det er også viktig å påpeke at alle informantene fikk tildelt de samme spørsmålene, og med lik rekkefølge. Jeg la også til at informantene kunne kommentere underveis om det var noe de ville legge til eller spørre om, dersom noe skulle være uklart.

Jeg fikk tilgang på feltet gjennom en bekjent som selv arbeider der. Videre fikk jeg avtalt intervju med seks informanter. Det ble avtalt møte med dem slik at jeg fikk snakket med alle på samme dag, og intervjuene ble gjennomført én og én, i møterom hvor vi ikke kunne bli forstyrret. Informasjonen jeg fikk beskrevet ble skrevet ned med penn og papir – det ble avtalt på forhånd at informasjonen jeg skrev ned skulle kastes, etter jeg skrev de ned som empirisk materiale i oppgaven. Grunnen til at intervjuene ikke ble gjennomført i grupper på flere, er at det kan være vanskelig og sårt å prate om sykefravær og arbeidsstress. Samtidig ønsker jeg ikke at alle skulle si og tenke det samme, noe som ofte kan skje i når det er flere som samles om samme tema. Jeg ønsker heller ikke påvirkning mellom informantene, og at noen kanskje tar mer plass enn andre og ikke lar andre slippe til i samtalen.

3.2 Fordeler og ulemper med kvalitative metode

For det første har kvalitative metoder et stort potensiale for å oppnå høy kontekstuell eller intern validitet. For å forklare dette ytterligere, kan begrepet ”stress” gjerne tolkes ulikt i ulike kulturer, eller for ulike individer. Case vil eksempelvis fange opp kontekstuelle sammenligninger av fenomenene som studeres. For det andre fremmer de gjerne til nye hypoteser. Dette skjer av den enkle grunn at man for eksempel gjennom strukturerte eller ustrukturerte intervju, får andre svar fra informanten enn det man først tenkte som årsakssammenheng. Hvis man stiller et spørsmål, og får et helt annet svar en man tenker, gir dette forskeren mulighet til å utvikle nye teorier og hypoteser. Dessuten er case-studier et nyttig virkemiddel for å grundig undersøke sammenheng i individuelle tilfeller. Dette i motsetning til spørreundersøkelser eller andre statistiske metoder (hvor årsakssammenheng begrenses til de variablene valgt for måling) hvor det nødvendigvis utelates kontekstuelle eller individuelle variabler. Det er gjerne gjennom slike variabler at det gis komplett bevis for å fastslå, i dette tilfellet, hvordan underbemanning, økt arbeidspress og sykefravær eventuelt

fører til økt stress. Til slutt har case-studier evne til å takle kausal kompleksitet. Selvfølgelig er dette betingende og ikke absolutt – de har likevel evne til å ta for seg flere komplekse årsaksforhold og interaksjoner. Statistiske metoder kan også håndtere kompleksitet, men det kreves gjerne stor utvalgsstørrelse, og interaksjoner av ikke-lineær form, da det gjerne blir komplisert og uklart å tolke. (George et al., 2005, s. 19-22)

På en annen side er ulempene ved case-studier at det kan oppstå problemer med utvalgsperspektiv som fører til systematisk feil. Utvalgsproblemer skjer gjerne når forskeren velger en case som ikke representerer alle de viktige, avgjørende avhengige variablene i den aktuelle situasjonen. Videre vil det generelt være et problem å ikke kun gi interne sannheter om et bestemt tilfelle eller fenomen, men å få til gode generaliseringer som gjelder for den brede omverden. De har ofte en tendens til å ikke kunne gi langvarige forklaringer for fenomenet, og i liten grad forklaring på variablenes påvirkningskraft for utfallet. Case-studier egner seg godt når det gjelder å *identifisere* og *argumentere* for de kausale årsaksvirkningene av variablene – men ikke nødvendigvis å vise til i hvilken grad variablene har påvirkningskraft. Videre er case-studier basert på mange ulike variabler, i så mange dimensjoner at de kan oppleves som svært krevende å tolke. Mens variablene i statistiske metoder gjerne er inndelt i undergrupper og indekser, vil det i case-studier være en flom av åpen, rikdomsfull informasjon. Avsluttende har case studier innboene begrensninger, eksempelvis liten grad av representativitet, og svak evne å estimere gjennomsnittlig årsaks effekt av variablene. Likevel er ikke dette hovedoppgaven til kvalitative metoder – de skal på en annen side avdekke eller gjenvinne teorier om en bestemt årsaksmekanisme som gjelder for store populasjoner av tilfeller, men som vanligvis vil variere fra ett tilfelle eller kontekst, til en annen. Derfor er det viktig å påpeke at resultatene fra case-studiet ikke nødvendigvis vil være helt generaliserbart for alle tilfeller av samme karakter. (George et al., 2005, s. 22-32) Flyveberg (2004, s. 425) argumenterer videre for at det ofte er en misforståelse av case-studier, og hvorvidt de kan generaliseres. Han argumenterer for at case-studier både kan generalisere og teste hypoteser, men metoden er ikke begrenset til disse forskningsaktivitetene alene.

3.3 Valg av undersøkelsesobjekter

3.3.1 Informantenes pålitelighet

Det kan være vanskelig å stole på uttalelser, og vite hva informantene egentlig legger i det de sier. Påliteligheten varierer gjerne i tråd med hvilke holdninger de har, hvilke erfaringer som ligger bak en uttalelse, samt institusjonelle sammenhenger (Andersen, 2006, s. 15) Det er oftest når det er snakk om uvanlige og interessante hendelser at informantenes uttalelser har størst sjanse for å være upålitelige. Dette skjer gjerne på grunn av begrensede bilder av hendelsen, samt en forståelse som er endret på grunn av tidsperioden fra hendelsen til nåtid. Andersen (2006) hevder med dette hvor viktig det er med nøkkelinformanter som kan informere hvorvidt hendelsen er uvanlig eller ei, og man kan sammenligne og bekrefte andres informanter ut i fra dette. I komplekse hendelser, eller i større endringsprosesser som eksempelvis påvirker store deler av den organisatoriske strukturen, kan beskrivelsene av strukturene i et intervju ikke gjenspeile den nåværende situasjonen, men heller tidligere organisasjonsstruktur eller organisatoriske myter om hvordan de skal eller bør være. Dette skjer fordi situasjonen kanskje ikke gir mening for informanten, på grunn av dens kompleksitet, usikkerhet eller uklarhet. (Andersen, 2006, s. 17-18) Når vi ser på sykefravær i en slik sammenheng kan man si at dette gjerne er noe som ikke skaper store organisatoriske omveltninger, og trolig vil informantenes uttalelser være nokså troverdige.

3.4 Validitet og reliabilitet i forskningen

Validitet handler om det teoretiske bidragets overførbarhet til lignende situasjoner, mens reliabilitet defineres som dataens gyldighet eller bekreftelse. (Andersen, 2006, s. 14) Kvalitative forskningsmetoder (eksempelvis ustrukturerte intervju) er ofte blitt kritisert for å være lite reliable, og med manglende validitet. (Andersen, 2006, s. 2, 6) Dette gjelder spesielt på grunn av manglende struktur og standardisering. Intervjuene ble derfor utarbeidet med standardiserte spørsmål, samt i ulike sektorer av helsetjenesten, for å øke at resultatenes validitet og reliabilitet. Kvalitative studier er gjerne internt valide, og sier noe gyldig og sant om den situasjonen som studeres. Man kan argumentere for at kvalitative studier ikke har som hovedmål å generalisere til alle liknende samfunnsfenomener, men heller si noe om tendenser som vil være av varierende karakter.

3.5 Etske problemstillinger

Kvalitative studier dreier seg ofte om å forske på menneskers privatliv. Det vil derfor gjerne oppstå ulike problemstillinger knyttet til etikk i kvalitativ forskning. Spesielt omhandler slike problemer rundt anonymisering av informanter og virksomhetsidentitet. Blant annet skal forskning ved bruk av personopplysninger opprettholde full taushetsplikt. (Aase & Fossåskaret, 2010, s. 185) Sikring av anonymitet ved å benytte seg av fiktive navn vil heller ikke alltid beskytte anonymiteten. Eksempelvis i mindre virksomheter, kan direkte utsagn identifisere hvilken informant det kommer fra, spesielt gjelder dette for de internt i virksomheter eller eksterne mennesker med god kjennskap til virksomheten. Informanter og virksomhet som studeres skal også være sikret anonymitet og konfidens mens analyseringen av det empiriske materialet foregår – det vil si at informasjonen ikke skal deles med forskerens familiemedlemmer, venner og lignende. Andre etske problemstillinger kan oppstå dersom datainnsamlingen viser til et dilemma mellom informasjon som direkte skader eller ødelegger ryktet til det som forskes på, men som anses som nyttig og viktig materiale for forskningslitteraturen. I forskningstilfeller hvor dette kan ende opp som utfall, er det ofte etablert et frivillig, informert samtykke. Det vil si at forsker er pliktet å informere virksomheten som blir studert å trekke seg fra forskningen når som helst. (Aase & Fossåskaret, 2010, s. 189)

Forskningsprosjektet er ikke avhengig av noen form for personopplysninger, bedriftsnavn eller ansattes navn for å bistå som en god studie. Det vil derfor ikke være av forskers interesse å innhente eller publisere overnevnte opplysninger – da hovedpoenget er å se på ansattes psykiske forhold, sikkerheten i arbeidet og eventuelle domino-effekter av andres fravær fra arbeid.

4.0 Empiriske funn

Videre vil jeg presentere det empiriske materialet i tematiske bulker for å holde informasjonen strukturert, og med fokus på problemstillingen og intervju spørsmål.

4.1 Presentasjon av helsesektor

Helsesektorene som utvalget representerer er fra avdelinger for intensivpasienter og akuttmottak.

Helsesektoren som representerer utvalget i studien er to avdelinger med ansvar for å behandle og overvåke kritisk syke pasienter, og en avdeling for de som trenger akutt hjelp.

Intensivavdelinger er utrustet med medisinskteknisk utstyr for å kontinuerlig behandle livsviktige organer, og overvåkning av viktige kroppsfunksjoner hos bevisstløse pasienter. (Store norske leksikon, Intensivavdeling) Eksempel på slike pasienter er om de er på respirator, trenger pustehjelp, eller er så syke at de trenger overvåkning av flere sykepleiere hele døgnet. Akuttmedisinsk avdeling tar imot pasienter som trenger akutt hjelp. De er henvist til nevnt avdeling av fastlege, legevakt eller AMK (akuttmedisinsk kommunikasjonsentral – 113). Pasientene skal prioriteres etter alvorlighetsgrad. (Helse Stavanger, *Akuttmottak*)

Fellesnevner for informantenes arbeidsforhold er at de står til ansvar at pasientenes liv, og feilhandlinger i forhold til medisin og feil rapportering kan få alvorlige konsekvenser for pasienten.

4.2 Presentasjon av informanter

Når jeg skulle samle inn data valgte jeg å begrense oppgaven til få enheter, med litt flere informanter. Det er med bakgrunn i dette at utvalget er begrenset til seks informanter totalt. Informantene består av fulltidsansatte, deltidsansatte, student, og en avdelingsleder. Flesteparten er sykepleiere, mens lederen har hovedsakelig kontor og administrativt arbeid. Det vil si at det er seks informanter av ulik grad erfaring og kompetanse. Alle informantene er kvinner i alderen mellom 20-50 år. De som arbeider fulltid og har fast jobb, har lenger erfaring enn de deltidsansatte og studenten. Ved å se de ulike informantene opp mot hverandre ser man hvordan uttalelser og erfaringer enten samsvarer eller differensierer seg fra

hverandre – noe som gjør at problemstillingen blir besvart i lys av ulik bakgrunn, alder og erfaring.

4.3 Intervju – de viktigste funnene

I denne delen av oppgaven presenteres data som er blitt samlet inn gjennom intervju. Informasjonen er delt opp inn i bulker, basert på spørsmålene som er blitt stilt. Utsagnene blir presentert gjennom sitater, men også som gjennomsnittlig svar gitt fra informantene.

- **Opplever du det som at virksomheten har mye sykefravær? Hvilken type sykefravær?**

Informantene er generelt enige i at det er normalt-høyt sykefravær på arbeidsplassen. Det går igjen fra alle at sykefraværet oftest gjelder sykdom, utmattelse, arbeidsrelatert stress eller graviditet. 5 av 6 opplever at utmattelse og stress er en stor del av hvorfor ansatte blir sykemeldt, eller borte fra arbeid.

- **Hvordan påvirker sykefraværet i virksomheten din arbeidsdag og hvordan føler du deg etter jobb?**

Informantene opplyser at de blant annet opplever økt arbeidsbelastning, arbeidsstress og en mer krevende og hektisk arbeidsdag. De føler de ikke yter optimalt i de oppgavene de blir satt til, siden de er for få på ansatte på jobb. Det blir også nevnt av sykepleierstudenten at de mister verdifull læring da de blir brukt som arbeidsstyrke i stedet for opplæring. En annen informant forklarer at det ofte kan forekomme feilmedisinering da arbeidspresset blir for stort i forhold til underbemanningen som følger av sykefraværet. Det ble også presisert at frafall av matpause i løpet av arbeidsdagen skjer på grunn av en hektisk arbeidsdag.

Flertallet av informantene føler seg slitne og stresset. Én informant nevner at hun sliter med å få å slappe ordentlig av etter endt vakt med underbemanning, på grunn av sykefravær. Motsatt hevder informant 5 at hun føler seg godt fornøyd etter en dag med

masse stress og underbemanning.

- **Opplever du at dere mister god kunnskap i perioder med mye sykefravær, da dere trolig er færre på jobb, eventuelt har vikariater som erstatning for vedkommende?**

Det er enighet blant alle informantene om at de mister viktig kompetanse når ansatte er borte fra arbeid. Spesielt gjelder dette eldre, erfarne sykepleiere, jordmødre, intensivsykepleiere. Informant 3 beskriver følgende;

” Vi mister den kontinuiteten vi har med den sykepleieren vi arbeider sammen med daglig, og vi blir mer overlatt til oss selv i situasjoner vi ikke føler vi mestrer som studenter”

Det nevnes at vikarer som settes inn i forbindelse med ofte mangler forståelse for systemet og de interne rutinene på arbeidsplassen. Informant 5 og 6 opplever følgende ved bruk av vikarer som erstatter for sykemeldt ansatt;

”Vi har dyktige vikarer som stepper inn, men det tar tid for dem å innrette seg etter hvordan ting fungerer i en ny arbeidssituasjon.”

”Vikarer kan ikke alltid all viktig informasjon eller har den forståelsen de burde omkring de pasientene de har ansvaret for. Da kan det bli mye rotering på personalet og hvem som skal ha hvilken pasient.”

- **Opplever du at dere mister god kommunikasjon mellom dere ansatte, i perioder med mye sykefravær?**

Når det kommer til hvordan informasjon og kommunikasjonsflyten er ved fravær av ansatte, er informantene delt i hvilke tolkninger de har på dette. 3 av informantene mener at sykefraværet ikke går ut over god kommunikasjon mellom de ansatte. Mens informant 3 opplever at kommunikasjonen og informasjonsdeling blir svekket, og at arbeidsmiljøet blir dårligere på grunn av dette.

- **Hvordan håndterer virksomheten ekstra ansatte eller vikariater ved sykemelding?**

Virksomheten leier inn vikarer, eller får en annen ansatt til å dekke vekten til den fraværende. Samtidig nevner flere informanter at de ofte går underbemannet. Informant 1 nevner at overtid og lengre vakter for å kompensere for fraværet, er vanligere enn å leie inn vikar. Informant 6 hevder at det viktigste ledelsen kan gjøre for å håndtere vikarer er å gi de ekstra tid med de ansatte for å få en viss opplæring og forståelse over arbeidssituasjonen. Hvorvidt det leies inn eller blir ansatt vikar kommer an på lengden på sykefraværet.

- **Hvordan tilrettelegges arbeidsoppgavene til den sykemeldte slik at han eller hun fortsatt kan komme i jobb? Er virksomheten med i IA-avtalen?**

Begge virksomhetene er med i IA-avtalen. Det er det ikke alle informantene som er klar over, mens ledelsen og de som jobber fulltid er klar over dette.

Informantene informerer at den vanligste formen for tilrettelegging skjer gjennom forenkling av arbeidsoppgaver, eller gjennom administrativt arbeid og flere pauser. Eksempler på slik tilpassing er å ha ansvar for pasienter som ikke krever mye fysisk styrke og kontor arbeid. Videre tar informant 6 opp hvordan hun tror det vil være vesentlig vanskeligere å tilrettelegge psykiske problemer eller stress, enn annen sykdom som forkjølelse og feber.

4.3.1 Oppsummering

Basert på informantenes svar er det utarbeidet en oppsummering av informantenes ulike meninger, hvor de presenteres i følgende tabell;

	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4	Informant 5	Informant 6
Hvilken avdeling jobber du innen?	Intensivavdeling	Akuttmedisinsk avdeling	Akuttmedisinsk avdeling	Intensivavdeling	Akuttmedisinsk avdeling	Intensivavdeling
Hva er din stilling i virksomheten?	Fast sykepleier 100%	Deltid sykepleier, 22% stilling	Sykepleier student, arbeidet praksis i akuttmedisinsk avdeling	Fast sykepleier, 100%	Avdeling sleder, 100%	Fast sykepleier, 80%
Opplever du det som at virksomheten har mye sykefravær?	Ja: Egen sykdom, utmattelse, graviditet	Ja: Graviditet, utmattelse av arbeidspress, sykdom	Ja: Sykdom eller utmattelse	Verken ja eller nei: Graviditet og sykdom	Normalt sykefravær: Sykdom, fysisk eller psykisk utmattelse	Ja: Sykdom, sykemelding på grunn av overbelastning/stress i arbeidstiden
Hvordan påvirker sykefraværet din arbeidsdag? Og hvordan	Mer arbeidsbelastning, underbemanning, slitsomt	Mer arbeidsbelastning, stress	Svekket læring, underbemanning, sliten	Mer arbeidsbelastning, dårlig pleie, rekker ikke å	Krevende og hektisk arbeidsdag, sliten og fornøyd	Mer arbeidsbelastning, sliten og stresset

påvirker det deg etter jobb?				spise, medisinske feil, stress, underbemanning		
Opplever du at dere mister god kunnskap på grunn av sykefravær?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Opplever du at dere mister god kommunikasjon på grunn av sykefravær?	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei	Nei
Hvordan håndterer virksomheten sykefraværet, eller vikariater?	Forskyver faste vakter, Leier inn vikariat, overtidarbeid	Leie inn vikariat, ansettelse av vikarer	Underbemannet, leier inn vikariat	Leie inn vikarer, underbemanning	Leie inn vikariat	Leie inn vikar, underbemanning

Hvordan tilrettelegges arbeidsoppgavene til de sykemeldte, slik at han/hun kan komme tilbake i jobb?	Tilrettelegging av arbeidsoppgaver til lettere oppgaver	Ingen kjennskap til dette	Tilrettelegging av arbeidsoppgaver til lettere arbeid, flere pauser	Ingen kjennskap til dette	Tilrettelegging ut i fra behov til arbeidstaker, og arbeidsgiver	Kanskje mer kontorarbeid, mindre fysisk arbeid – vanskelig å tilrettelegge psykisk problem/stress
Er virksomheten med i IA avtalen?	Ja	Vet ikke	Vet ikke	Vet ikke	Ja	Vet ikke

5.0 Analyse

I denne delen av oppgaven vil det analyseres empiriske funn opp mot teoretiske perspektiver rundt psykisk arbeidsmiljø, kompetanse, kommunikasjonsutveksling, sikkerhet og risiko.

5.1 Sykefravær og tilrettelegging i helsesektoren

Som tidligere henvist er helse- og sosialtjenester det yrket med flest sykemeldte arbeidstakere i Norge. (Statistisk sentralbyrå 2019) Kvinner er de som representerer den største andelen av sykefraværet, samtidig er det viktig å huske på den skjeve fordeling av kjønn i helsesektoren. Videre viser forskning at kvinner oftere rammes av psykiske lidelser og stress, enn menn. (2019) I tillegg er ofte sykefraværet (40-50 prosent) knyttet opp i mot arbeidsmiljø på arbeidsplassen, og til arbeidsrelaterte faktorer. (2019)

Regjeringen (2013) kobler opp sammenheng med dårlig psykisk helse og sykefravær. I Rogaland viser statistisk sentralbyrå at 23 prosent av ansatte i helsesektor kjenner seg psykisk utmattet etter endt arbeidsdag. (2019)

Som vi ser i teorikapitlet, stemmer teorien overens med informantenes oppfattelse; helsesektoren har mye sykefravær. Hoved andelen av de sykemeldte er kvinner, og hovedårsaken til arbeidstakernes fravær fra arbeid skyldes reell sykdom, psykisk utmattelse og graviditet. Psykisk utmattelse er gjerne noe som oppstår grunnet lange arbeidsdager, kvelds- og nattskift, underbemanning og stressende arbeidssituasjoner. Da mye av fraværet ofte stammer fra arbeidsforhold i virksomheter, kan det tolkes at fraværet skyldes underbemanning, stort ansvar, og for stor arbeidsbelastning. Som Juvik (2018) skriver i sin artikkel om arbeidet som sykepleier, nevner hun mye av de samme erfaringene jeg får gjennom informantene. Eksempelvis for stort antall pasienter per arbeidstaker, ingen matpause, stressende og hektiske arbeidsdager. Sykefravær blir et stort problem i helsesektoren fordi de allerede har et presset budsjett, samtidig har de et stort ansvar for pasientenes liv. En ser da at feil kan få langt større konsekvenser enn i andre yrker. I servicebransjen vil for eksempel en menneskelig feil som blir gjort i en stresset situasjon, som for eksempel å skrive inn feil varenummer eller sender en email til feil epostadresse, vanligvis ikke medføre store konsekvenser. Derimot vil menneskelige feil i helsesektoren, som

feilmedisinering, i betraktelig større grad føre til store konsekvenser for pasientens sikkerhet. Nettopp derfor er det viktig å se på hvorvidt sykefraværet påvirker sikkerheten, i form av hvordan det påvirker den resterende arbeidsstokken. Det er ikke nødvendigvis kun sykefravær som er årsak til at feil oppstår, som informantene selv nevner; er det vanlig at de må jobbe overtid og, eller underbemannet. Det kan likevel se ut som om det er en av hovedfaktorene.

Wisting (2019) forklarer hvordan hun på grunn av underbemanning ofte har tatt feilavgjørelser og feil medisinert. Mangel på kunnskap og drøfting i gruppe gjør at arbeidet ikke alltid gjøres på tilstrekkelig vis. Underbemanningen kan selvfølgelig ha andre forklaringer enn til sykefravær – men da helsesektoren er preget av mye sykefravær og lavt budsjett for å få leid inn vikarer kan det virke som en naturlig forklaring. Samme scenario ser vi igjen i det flertallet av informantene sier; nemlig at det ikke alltid blir dekket inn ekstra arbeidsstyrke i tilfeller hvor noen er borte fra arbeid. Da ender det ofte opp med underbemannet arbeidsdag, ekstra arbeidsbelastning og stress som konsekvens. Psykisk utmattelse står for mye av sykefraværet, og det kan tenkes at forholdene arbeidstakerne arbeider under ”lett” kan føre til utmattelse av de nåværende på arbeidsplassen. Økt arbeidsbelastning og stressende arbeidsdager fører gjerne til at man føler man ikke strekker til, eller har altfor mange arbeidsoppgaver som ikke blir utført tilstrekkelig.

Sykefraværet påvirker ikke bare informantene på arbeidsplassen, men også på fritiden etter endt arbeidsdag. De føler seg slitne, utmattet og stresset, samt får ikke slappet av etter en dag med for lite bemanning på grunn av sykdom. Det er ikke til å komme bort fra at slike forhold gjerne fører til en følelse av dårlig mestring, og at det tærer på psyken. Det er ikke tilfeldig at arbeidsmiljø- og helse rapporter viser til økt risiko for helseplager og sykefravær knyttet til helsesektoren. (2017) De har nemlig dobbelt så høy sjanse for blant annet psykisk utmattelse og sykefravær. Grunnen til dette er nok på grunn av høye krav, stor arbeidsbelastningen og lite budsjett for å ha nok personale til enhver tid. Det eneste som ikke samsvarer med nevnt teori er informant som er avdelingsleder, hvor hun etter endt arbeidsdag føler seg fornøyd etter å ha taklet en hektisk arbeidsdag. Årsaken til det kan skyldes at hun ikke kjenner på kroppen hvordan det er å være underbemannet og ikke ha ”alt på stell”, og kjenner underbemanningen på avstand da hun ikke går på gulvet og arbeider direkte med pasienter og andre sykepleiere.

5.1.1 Tilrettelegging av sykefravær

Intensjonen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) har som mål å bedre arbeidsmiljøet, styrke nærvær til arbeidsplassen, forebygge og redusere sykefravær og hindre frafall fra arbeidslivet. (Regjeringen, 2014) Innbakt i disse målene er det fokus på tre delmål, hvor ett av disse er å redusere sykefraværet på arbeidsplassen. IA-avtalen skal være med å bidra til godt arbeidsliv som forebygger blant annet sykdom og lengre sykemeldingsperioder, eller helt frafall fra arbeid. For å gjennomføre dette blir det langt mye fokus på kontinuerlig kontakt mellom arbeidsgiver og den syke arbeidstaker. Tilretteleggingstiltak blir en viktig funksjon for å beholde kontakten, samtidig som arbeidstaker føler mestring og de resterende på arbeidsplassen får minimert noen deler av arbeidsbelastningen som gjerne kommer med sykefraværet.

Det er to av seks informanter som er klar over at virksomheten er del av IA-avtalen. Begge er heltidsansatte i virksomheten, men en av dem er i ledelsen. Med andre ord vil det si at deltidsansatte og de som ikke har en 100 prosent stilling har like mye innsyn i slik organisatorisk informasjon.

Typiske tilretteleggingstiltak virksomheten praktiserer er en forenkling av arbeidsoppgaver, gjerne til lettere og mindre fysiske oppgaver. I tillegg gis det gjerne flere pauser og mer kontorarbeid i forhold til fysisk arbeid – dette er tilfellet i både akutt- og intensivavdeling. Informant 6 poengterer noe viktig i forhold til tilretteleggingen – nemlig hvordan det kan være vanskelig å tilrettelegge for psykiske lidelser og utmattelse;

”Jeg kan tenke meg at det ofte blir mer kontorarbeid og mindre fysisk arbeid om det er sykdom som er problemet. Psykiske problemer eller stress kan muligens være vanskeligere å tilrettelegge”

Da må man gjerne se på hvor mye hvert individ tåler, hva som er hovedgrunnen til sykefraværet. Deretter kan man gi en skreddersydd tilretteleggingsplan som baserer seg på arbeidstakers helse. Det som ofte kan være problemet med tilrettelegging og at den sykemeldte kommer inn og arbeider, er gjerne at man ofte vil gjøre mer enn man burde. Er man allerede utbrent, vil det kanskje gjøre vondt verre å komme inn noen ganger i uken for å gjøre litt arbeid. Om dette skal fungere i praksis, er det viktig at det er klare grenser på hva

som er arbeidsoppgavene, og hvor lenge arbeidstakeren skal være syk men i arbeid. Det er nemlig fort gjort å tenke at ”jeg skal bare”, og ende opp med å gjøre mer enn det psyken eller kroppen egentlig tåler. Dersom det ikke lages klare grenser, og at grensene ikke respekteres av den sykemeldte og de resterende arbeidstakerne, vil ikke gradert sykemelding eller tilrettelegging føre til forebygging og redusering av sykefraværet – men i verste fall gjøre det mer langvarig.

5.2 Det psykiske aspektet på arbeidsplassen

Med denne masteroppgaven har jeg prøvd å danne meg et innblikk i hvordan det psykiske arbeidsmiljøet kan påvirke en dominoeffekt av sykefravær.

Det psykiske arbeidsmiljøet beskyttes av arbeidsmiljøloven, hvor formålet er å sikre helsefremmede og trygge arbeidssituasjoner. Blant annet skal loven være med å påse at virksomheter kartlegger eventuelle farer, problemer og vurdere risikoforhold, samt iverksette tiltak for å redusere risikoen. Som tidligere nevnt skal arbeidsgiver også sørge for forebygging av sykefravær i virksomheten, og at arbeidsmiljøet skal være fullt forsvarlig i forhold til arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd. Det er med bakgrunn i dette at blant annet organiseringen av arbeidet og arbeidstidsordninger skal være utformet slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldig fysisk eller psykisk belastning, og at sikkerheten på arbeidsplassen ivaretas.

Både arbeidstilsynet og Karasek og Theorell ser sammenhengen mellom arbeidsforhold og stress hos arbeidstakere. Karasek og Teorell viser til hvordan kravfulle arbeidsoppgaver med lite innflytelse ofte fører til stressende arbeid. Arbeidstilsynet viser til ulike faktorer i virksomheten som fører til stress hos arbeidstakerne. Noen av faktorene er lange arbeidsdager, for høye krav i forhold til tid eller andre ressurser, dårlig kommunikasjon og høy arbeidsbelastning.

For gjeldene virksomhet er gjerne kravene høye, og arbeidstakerne har ansvar for pasientenes liv og helse i akutte situasjoner hvor man kanskje har liten tidsressurs for å gjøre en tilstrekkelig jobb. Det er gjerne snakk om minutter hvor man redder eller taper et liv i en alvorlig situasjon. Samtidig har virksomheten retningslinjer å forholde seg til i arbeidet,

eksempelvis hjelp av pasienter basert på alvorlighetsgrad, retningslinjer for medikasjon samt annet papirarbeid. Slik jeg har oppfattet situasjonen på arbeidsplassen vil den klassifiseres med høye krav, og liten grad av innflytelse.

Flere av informantene hevder at de er stresset og slitne etter endt arbeidsdag på grunn av underbemanning etter sykefravær. Økt arbeidsbelastning og stress på grunn av underbemanning blir også trukket inn som konsekvens av sykefraværet. Blant annet blir det nevnt av informant 2;

”Sykefraværet påvirker arbeidsbelastningen til andre som jobber samme dag. Enten går vi uten ekstra personal eller så blir det leid inn vikar som ikke nødvendigvis har kjennskap til avdelingen. Dette fører ofte til mye stress.”

Videre forklarer informant 1 hvordan det ofte blir lengre arbeidsdager og underbemanning for de som er igjen på arbeidsplassen når noen er borte fra arbeid;

“Virksomheten leier inn fra vikarbyrå ved sykdom over lengre tid - eventuelt forskyver de faste ansatte til andre vakter, eller arbeider vi mer enn vi skal. Min opplevelse er at overtid er vanligere enn å leie inn vikar.”

Med andre ord forklarer informantene meg faktorer som viser igjen i kjennetegn på organisatoriske faktorer som fører til arbeidsrelatert stress. Kun 1 av 6 informanter føler seg fornøyd, og at de kanskje mestrer en underbemannet arbeidsdag. Den ene informanten skiller seg ut fordi hun er i ledelsen og ikke ”på gulvet”, slik som de resterende informantene. Det kan tenkes at det å drive med administrative oppgaver i en hektisk og underbemannet periode ikke oppleves som like slitsom eller belastende, som aktivt arbeid mot pasientene. Allikevel er det viktig å nevne at ikke alle takler stress likt – det vil alltid være en form for ulik risikopersepsjon når det kommer til hvordan man takler, og hva som blir konsekvensen, av økt arbeidspåkjenning og stress. Noen blir syke av lange perioder med travle tider på arbeidsplassen, mens andre takler det bedre og får ingen uheldige konsekvenser etter travle tider på arbeidsplassen. Individens risikopersepsjon går ut på toleranse for risiko – i denne sammenhengen; hvor mye man tåler av for eksempel økt arbeidsbelastning, motstridende krav og underbemanning før man får helseproblemer og, eller arbeidsrelatert stress.

I en moderne arbeidstid er det vanskelig å si at du er sliten eller stresset, da forholdene ikke legger til rette for disse følelsene. Dagens næringsliv ”krever” at man er opplagt, i stand til å håndtere overtid og arbeid på fritiden. Cirka 40 prosent av norske arbeidstakere opplever at de selv, eller andre kollega har hatt sykefravær på grunn av stress. Det er ikke umulig å tenke seg at langtidsstress, eller kronisk stress fører til sykemelding. Og hvor lang tid denne sykemeldingen vil være vanskelig å si, da det dreier seg om psykisk lidelse, hormoner i ubalanse, og ofte depresjon. De viktige spørsmålene man kan stille seg som en arbeidsgiver eller HR ansvarlig, leder eller lignende er; kan man gjøre tiltak for å gjøre noe med det som fører til stress i arbeidslivet? Hva slags målsetninger kan man sette seg for å redusere risiko for sykemeldte arbeidstakere på grunnlag av stress?

5.3 utfordringer rundt kompetanse og kommunikasjonsutveksling

En stor del av virksomhetens sikkerhetskultur går ut på å være klar over, og dele kunnskap og erfaring rundt risikoforhold. Når en virksomhet mister en arbeidstaker på grunn av sykdom, mister også virksomheten kompetansen som arbeidstakeren besitter. Selvfølgelig vil det være fordelaktig at kollegaer har innsikt i den kompetansen, men alle har ulike erfaringer og besitter kunnskap som kanskje ikke andre har.

Nasjonal sikkerhetsmyndighet definerer sikkerhetskultur som ansattes kunnskap, motivasjon, holdning og atferd. De nevnte faktorene skal også stamme fra tidligere brudd, eller hendelser, som er truende for sikkerheten.

Alle 6 informantene nevner at de merker de mister tilgang på kunnskap når noen blir sykemeldte. Informant 1 opplever at det ofte er de eldre og erfarne sykepleierne som oftest går ut i sykemelding eller har sykefravær – da sitter de igjen på jobb med mange yngre, nyutdannede på jobb som er avhengig av å kanskje spørre om situasjoner de ikke er kjent med. Informant 3 viser til det samme fenomenet, nemlig at de blir overlatt til seg selv og mangler kunnskap og veiledning fra erfarne sykepleiere. Det leies av og til inn vikarer som erstatter, men flere informanter nevner at vikariatene ikke alltid har all kunnskap de trenger for å håndtere en spesiell pasient eller situasjon, og at det gjerne fører til dobbelt arbeid for eller stressende situasjoner.

Kommunikasjon mellom ansatte kan sees på som en del av det nasjonal sikkerhetsmyndighet anser som sikkerhetsbasert atferd. Spesielt gjelder det i helsesektoren, hvor nødvendig informasjon om pasienter og rutiner vil være viktig å kommunisere godt nok blant ansatte – spesielt i tilfeller hvor vikarer blir benyttet som erstatter for fast ansatt. Arbeidstilsynet viser også til hvordan ineffektiv kommunikasjon mellom arbeidstakere er med på å forverre arbeidssituasjoner, og er en del av de punktene som kategoriserer arbeidsrelatert stress hos arbeidstakere.

Når temaet kommunikasjon kom opp i intervjuet, syntes de fleste at kommunikasjonsflyten fungerte som vanlig, ved sykefravær og, eller vikarer. Likevel er det en informant som nevner at kommunikasjonen blir mer dømmende eller dårligere i situasjoner med ukjente vikarer, økt stress og, eller underbemanning. Informant 3 uttaler seg som følger når jeg spør om hun opplever at de mister god kommunikasjon mellom ansatte, i forbindelse med sykefravær og eventuelt underbemanning;

”Ja det vil jeg si vi gjør. Det går i tillegg ut over atmosfæren og den gode stemningen på avdelingen. Jeg merker at folk er dårligere på å skille person og sak, spesielt når det er mye stress og underbemanning, eller nye mennesker vi arbeider med, som stepper inn for den sykemeldte.”

Man ser tydelig hvordan mangel på god kommunikasjon fører til økt stress. Informant 5 sitter i ledelsen, og syns ikke sykefravær går ut over kommunikasjonsutvekslingen på arbeidsplassen. Likevel tilføyer hun at hun sitter i ledelsen og har kanskje ikke samme erfaring med hvordan kommunikasjonen skjer på ”gulvet” – da hun selv sitter mesteparten av tiden på kontor. Samtidig drar hun opp følgende informasjon;

”Vi har dyktige vikarer som stepper inn, men det tar tid for vikarer å lære seg kommunikasjonsverktøy og hvordan ting fungerer i en ny arbeidssituasjon.”

Hva trenger akkurat denne pasienten? Hvordan skal jeg prate med han eller henne slik at de føler seg godt varetatt? Slik informasjon kan være vanskelig å skaffe seg som helt ny i en avdeling, dersom en ikke har blitt opplyst om følgende på forhånd. Informant 6 forklarer videre at hun selv som arbeider på gulvet, opplever at de er gode på å dele nødvendig

informasjon mellom hverandre (også vikarer) angående pasientene og andre viktige forhold.

5.4 Finnes det en risiko for en slags dominoeffekt av sykefravær?

Som nevnt innledningsvis forklares risiko som usikkerhet og alvorlighetsgrad av hendelser og konsekvens av en aktivitet, med hensyn til noe mennesker verdsetter (Olsen, et. al., s. 81) Sagt på en annen måte vil ”noe mennesker verdsetter” i denne sammenhengen bety godt arbeidsmiljø, trygge omgivelser og arbeidsoppgaver som blir fullført på en sikker og tilstrekkelig måte. Deretter vil ”hendelsen” kunne forklares som sykefravær og underbemanning. ”Konsekvens” vil da si noe om det underbemanningen medfører, og hvor alvorlig konsekvensen har å si for de ansatte, bedriften, og samfunnet. Hva er risikoen for at endret arbeidsmiljø, økte arbeidsoppgaver og underbemanning på grunn av sykefravær kan føre til negativ konsekvens i form av nytt sykefravær? Det er det som menes med dominoeffekten.

Risikobegrepet som nevnt innledningsvis, slår ut rene definisjoner av risiko som kun baseres på sannsynlighetsregning, og får dermed med det menneskelige aspektet av usikkerhet og risiko. I hvor stor grad en ansatt kjenner påkjenning av ekstra arbeidsoppgaver på arbeidsplassen avhenger i han eller hennes risikovurdering. Menneskers egenskaper, verdier, holdninger og erfaringer er noe av det som påvirker risikovurdering. Det vil si at det er ikke alltid at alvorlighetsgraden på konsekvensen blir like belastende for alle, og dermed er det ikke tilstrekkelig med en risikodefinitjon som ikke tar i betraktning den menneskelige vurderingen av risiko. (Olsen, et. al., s.81-82.)

5.4.1 Klassifisering av risikoen for sykefravær

Risikoen for sykefravær i helsesektoren som undersøkes er en ikke-planlagt handling. Selve sykefraværet skjer gjerne da en allerede prøver å tilrettelegge for andres sykefravær – og som konsekvens blir det økt arbeidspress på resterende ansatte, som deretter kan føre til utmattelse eller utbrenthet. Renns (2018) tabell for klassifisering av risiko viser til ulike vurderingskriterier på risikoen for å skille ulike typer risikoer. Under gis det en presentasjon av risikobeskrivelse av vurderingskriteriene for risikoen ”sykefravær” tilknyttet helsesektoren som undersøkes:

Vurderingskriterier	Risikobeskrivelse
Skadeomfang	Underbemanning, feilmedisinering eller andre feil, økt arbeidspress, stress, utilstrekkelig omsorg til pasienter, konsekvenser for pasienter, i verste fall død eller alvorlige tilstander
Sannsynlighet for hendelse	Stor sannsynlighet for sykefravær i helsesektoren
Usikkerhet	Stor usikkerhet knyttet til hvorvidt sykefravær oppstår i helsesektoren
Uttrekning	Geografisk sett vil risikoen befinne seg på virksomheten, og vil ikke gi store konsekvenser for andre nasjoner
Utholdenhet, varighet	Varighet vil variere fra 1 dag til cirka 12 måneder (Aftenposten, sykemelding) Varigheten vil trolig ikke ha konsekvens for neste generasjon - med mindre den sykemeldte skulle bli alvorlig syk når hun eksempelvis var gravid
Reversibilitet	Det er mulig å bli frisk i de fleste tilfeller, om man ikke blir arbeidsfør
Forsinket effekt	Det vil være individuelle forskjeller hvor lang tid det tar fra hendelse til sykefravær – noe kan komme akutt i form av akutt skade eller sykdom, mens psykiske plager og utmattelse tar gjerne lenger tid å manifeste seg i kroppen
Ødeleggelse av egenkapital	Virksomheten vil tjene økonomisk i forhold til lønnskostnader på å ikke dekke, ansette eller leie inn ansatte i perioder med sykefravær
Mobiliseringspotensialet	Det kan oppstå konflikter mellom arbeidstaker i sykefravær og arbeidsgiver,

	men også mellom den fraværende arbeidstaker og resterende arbeidsstyrke
--	-------------------------------------------------------------------------

På mange måter kan risikoen for sykefravær og dens dominoeffekt sees på som en blanding mellom lineær- og kompleks risiko. Den kan til dels ses på som lineær da det er mye forskning og data rundt sykefravær i helsesektoren, og det er allment kjent at sektoren står for en stor del av sykefraværet i landet. Likevel kan den også tolkes som kompleks, da det gjerne er utfordrende å vite akkurat hvilke av flere faktorer som spiller inn på sykefraværet; Det kan være arbeidsrelaterte forhold, men det kan også skyldes virus i kroppen, et brukket bein, forhold i hjemmet, dødsfall i familie og lignende.

5.4.2 Risikopersepsjon

I teorikapittelet poengteres det for økt risiko av ulike helseplager for ansatte i omsorg og helsesektoren. Det er likevel viktig å drøfte hvorvidt disse risikoene er gjeldende for alle, og i hvor stor grad de vil påvirke den enkelte arbeidstaker. Risikopersepsjon går ut på at mennesker tolererer, vurderer og forholder seg forskjellig i forhold til risikoer de blir utsatt for. Én arbeidstaker kan bli psykisk utmattet av stort arbeidspress, mens andre klarer å børste det av seg når trer inn dørene hjemme. På dette grunnlag vil det være individuelle forskjeller på hva enhver arbeidstaker tåler av arbeidsmessig påkjenning.

5.5 Sykefravær og opprettholdelse av sikkerhet

Selve definisjonen på samfunnssikkerhet går ut på hvorvidt samfunnet klarer å opprettholde viktige funksjoner, og ivareta borgernes liv, helse og grunnleggende behov under ulike påkjenninger (St.mld 2001-2002). Som forklart innledningsvis blir sikkerhetsbegrepet i oppgaven forstått som *helsesektorens* evne til å opprettholde arbeidstakernes og pasientenes liv, helse og grunnleggende behov under ulike former for påkjenninger. I en slik sammenheng vil sykefravær, og det som blir konsekvensene av dette være påkjenningene.

Hvordan kan sikkerheten opprettholdes i situasjoner hvor ansatte opplever tap av kompetanse, underbemanning og økt arbeidspress? Som sykepleier i akuttmottak og intensivavdeling arbeider man med andres liv, og det finnes en risiko for menneskelige feil også når det

kommer til noe så alvorlig som medisinerings. Det kan tenkes at det i nettopp slike yrker at rutiner og prosedyrer burde følges etter punkt og prikke, med en gjennomtenkt og budsjettert bemanningsplan. En av informantene hevder at arbeidsstress og underbemanning kan føre til dårligere pleie av pasienter, og eventuelt feilmedisinering. I tillegg viser sykepleierstudenten til at sykefraværet kan gå på bekostning av læring i praksisperioden, da de ikke har en kontinuerlig sykepleier å forholde seg til. De blir gjerne fanget i situasjoner hvor de ikke vet hva de burde gjøre, og faren for å feil høynes betraktelig. Begge tilfellene viser til hvordan sikkerheten svekkes under arbeidsforhold med for få ansatte på arbeidsplassen, og som skyldes sykefravær. Dermed avviker informasjonen fra informanter med slik sikkerhet definisjonen. Helsesektoren opprettholder ikke alltid pasientenes behov, og i verste fall liv (som beskrevet innledningsvis) ved ulike former for påkjenninger. Med andre ord har sektoren behov for å styrke robusthet i forhold til sikkerhet og kvalitet på arbeidet.

Som nevnt i teori kapittelet står den offentlige helsetjenesten ovenfor utfordringer i forhold til budsjett, samt hvorvidt man faktisk kan måle kvalitet på omsorgsarbeidet og sikkerhet i arbeidet. En måte den offentlige helsesektoren måler kvalitet på, er gjennom systematisk lagring av opplysninger knyttet til journaler, erfaringer og behandlinger, og i noen tilfeller tilleggsopplysninger fra spørreundersøkelser og intervju er helsesektorens ”svar” på måling av kvalitet og sikkerhet. Informasjonsflyt- og deling av erfaringer er nyttig for å se sammenhenger mellom eksempelvis sykdom og behandling, samt resultat. Samtidig oppstår det problemer rundt taushetsplikt og samtykke jf. helsepersonelloven, og på grunn av dette når ikke informasjonen nødvendigvis frem til de helsetjenester som kanskje ville hatt behov for det. Likevel har helsesektoren utarbeidet nye rutiner for team arbeid, som skal være med å sørge for effektivitet i arbeidet med pasientene. Videovurdering av pasienter fra et sykehus til et annet vil gjøre at sykepleiere eller doktorer kan samarbeide og dele erfaringer med hverandre, diskutere hva som vil være best mulig behandling i forhold til pasientens helsesituasjon. Samtidig kan samarbeidet også benyttes som tiltak for forbedring av underbemanning i virksomheter. Det optimale hadde i så fall vært at systemet registrerte hvor det var for få ansatte i forhold til pasienter, og at sykehus med mindre arbeidsbelastning kunne utført videovurderinger der det var mangelfull arbeidsstyrke. Samtidig er det begrensninger også på dette tiltaket, da mange pasienter trenger fysisk hjelp og behandling, spesielt i akutte situasjoner og i intensivavdeling.

6.0 Oppsummering og konkluderende avslutning

På bakgrunn av forskningsspørsmålene og problemstilling, vil jeg avslutte oppgaven med å trekke konklusjoner basert på teoretisk og empirisk materiale, samt analyse.

6.1 Konklusjon på forskningsspørsmål

I denne studien har jeg sett på hvorvidt psykisk arbeidsmiljø og sykefravær påvirker sikkerheten. Gjennom strukturerte intervju av avdelingsleder og ansatte i akutthelsetjeneste og intensivavdeling, ønsket jeg å finne ut hvordan de opplevde arbeidssituasjoner med sykefravær, og hvordan det påvirket arbeidet og deres psykiske helse. Videre ville jeg drøfte hvorvidt opplevelsene, og det psykiske aspektet påvirker flere og eventuelt nye tilfeller av sykefravær.

Jeg vil i dette kapittelet besvare forskningsspørsmålene med utgangspunkt i det empiriske materialet, hvor spørsmålene behandles hver for seg, og knytte det opp mot egne tanker rundt informantenes svar.

Hvordan påvirker sykefraværet det psykiske aspektet på arbeidsplassen?

Avdelingsleder opplever sykefraværet som ekstraarbeid, i form av å forsøke å dekke over vekten gjennom telefonsamtaler med ansatte. Sykefraværet påvirker henne i positiv retning, da lederen føler seg godt fornøyd etter endt vakt. På motsatt side hevder resterende informanter at sykefraværet ofte fører til økt arbeidsbelastning, stressende og hektiske arbeidssituasjoner. Det nevnes også at de ikke klarer å lande etter arbeidstid da det blir for stressende miljø på arbeidsplassen.

Avviket mellom leder og ansatte skjer trolig på grunnlag av ulike arbeidsoppgaver; mens lederen har administrative arbeidsoppgaver, og ikke er i direkte kontakt med pasienter, vil nok sykefravær og dens konsekvenser føles mye mindre ubehagelig og stressende. I motsetning til resterende ansatte som kjenner på skyldfølelse, og følelsen av å ikke strekke til i arbeidsoppgavene, på grunn av arbeidspresset. Man kan derfor konkludere med at overnevnte arbeidsforhold oppleves som mye mer belastende på psyken, enn ved typisk administrative-, eller kontor arbeid.

Hvordan går sykefraværet ut over kommunikasjonsutveksling og kompetanse?

Én av seks informanter kommenterer hvordan kommunikasjonsutvekslingen og informasjonsflyten svekkes på grunn av sykefravær. Studenten viser til hvordan kommunikasjonen mister saklighet og, eller tydelighet under stressende eller nye arbeidsforhold. Videre er de resterende informantene enige i at kommunikasjonsflyten oppleves som normal, og at vikarer får den informasjonen de trenger.

Likevel oppleves svarene fra informantene som splittet, da flere deretter nevner hvordan vikarer eksempelvis ikke kjenner til systemet og rutiner, samt mangler kunnskap rundt pasientene de får ansvaret for. Dermed virker det som at kommunikasjonen kanskje ikke alltid er optimal, i forhold til å opplyse vikarer om nevneverdige forhold.

Alle informantene forklarer hvordan kompetanse svekkes på grunn av sykefravær. Det er ofte eldre og erfarne sykepleiere som er borte fra arbeid, og det oppleves som lite optimalt med flest nyutdannede sykepleiere på arbeidsplassen. Videre legges det fokus på viktigheten av intensivsykepleiere, da stillingen stiller høye krav til faglig kompetanse. Som nevnt over, mangler ofte vikarer forståelse og i noen tilfeller kunnskap som er særdeles viktig for den bestemte arbeidssituasjon på arbeidsplassen.

Man ser her hvordan svikt i kommunikasjonsutveksling kan generere til økt stress for faste ansatte, da de må påse at vikarene følger virksomhetens interne rutiner.

Hva betyr sykefraværet for å holde sikkerheten på et optimalt nivå?

Ettersom det ikke alltid blir innleid vikar, vil sykefraværet i noen tilfeller føre til overtid og underbemanning. Som en oppfølging av dette forklarer en av informantene at det gjerne oppstår feilmedisinering på grunn av for stor arbeidsbelastning og høyt stress. Videre informerer en informant om at det ikke er nok tid til matpause. Det er utfordrende å opprettholde fokus på viktige detaljer, eksempelvis medisinering, dersom en ikke har fått dekket behov for mat og pause, samt er under mye arbeidspress.

Finnes det en risiko for en dominoeffekt av sykefravær?

Med bakgrunn i informantenes opplevelse av utmattelse, slitne og vanskeligheter med å være avslappet etter arbeidstid, er det ikke utenkelig at det vil føre til nye tilfeller av sykefravær. Samtidig er toleranse i forhold til arbeidsbelastning og stress individuelt preget. Likevel viser forskning hvordan risikoen for sykefravær er høyt i yrker som helsepersonell.

Dominoeffekten av sykefravær, basert på teoretiske og empiriske funn kan sees som følger: En ansatt blir syk på grunn av for eksempel brukket fot → Resterende arbeidsstyrke er underbemannet, noe som fører til økt stress og overbelastning → Noe som igjen har potensiale å føre til psykisk utmattelse → Som fører til sykefravær og, eller sykemelding.

6.2 Konklusjon på problemstilling

I de tidligere avsnittene har jeg forsøkt å besvare på forskningsspørsmål ut fra empirisk data og egne tanker. Videre vil jeg basere konklusjonen på problemstilling ved å dra inn elementer fra teori kapittelet.

Hvordan kan sykefravær i helsesektoren få konsekvenser for samfunnssikkerhet?

I løpet av studiet, og som en samlet vurdering mellom teoretisk ramme, empirisk data og egne tanker og refleksjoner, har jeg fattet følgende konklusjon rundt hvordan sykefraværet påvirker samfunnssikkerheten:

Ved mangelfull tilrettelegging av sykefravær oppstår det arbeidssituasjoner med underbemanning, noe som fører til stress, hektiske og belastende arbeidsdager for de ansatte. Det viser igjen både gjennom teoretisk perspektiv på risiko for helseplager, samt innsamlet informasjon av informanter, at slike arbeidsforhold påvirker det psykiske arbeidsmiljøet. En konsekvens av utmattende og umotiverte sykepleiere er dårlig omsorg til pasienter, og menneskelige feil. Wisting (2019) viser til feil som feilmedisinering, dokument og rapport feil, samt bestilling av feil hjelpemidler. I verste fall oppstår det konsekvenser hvor pasientens liv henger i en tynn tråd, for eksempel forskyving av en livsviktig operasjon, eller død. I tillegg preges den offentlige helsesektoren av utfordringer når det gjelder kvalitetssikring av arbeidet. Dominoeffekten på sykefraværet påvirker sykefraværet på en negativ måte, altså at den genererer til høyere sykefravær. Konsekvensen blir undergraving av sikkerheten. En ser

da at sikkerheten reduseres i takt med at sykefraværet økes. Etterhvert som folk blir sykemeldte, og flere vikarer stepper inn, vil frustrasjonen og stresset vedvare og føre til enda høyere sykefravær og lavere sikkerhet.

Sammendrag

Temaet for dette studiet er sykefravær og sikkerhet i helsesektoren. I oppgaven har jeg hatt som mål å finne ut hvordan den resterende arbeidsstyrken på arbeidsplassen påvirkes psykisk av sykefraværet, og hvordan det kan gå utover sikkerheten.

For å finne svar på problemstillingen har jeg brukt kvalitativ forskningsmetode, da i form av strukturerte intervjuer. Oppgaven er delt inn i 6 deler; innledning, teori, metodisk tilnærming, empiriske funn, analyse og avsluttende konklusjon. Teorien tar for seg blant annet statistikk og forskning av sykefraværet i helsetjenester, psykisk arbeidsmiljø, ulike perspektiver på risiko og sikkerhet, kvalitetssikring av offentlig sektor og intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv. I metodekapittelet beskrives kvalitativ metode og intervju, samt fremgangsmåte for innsamling av data, i tillegg til etiske problemstillinger, og vurdering rundt oppgavens validitet og reliabilitet. Det empiriske datamaterialet fremlegger informasjon innsamlet gjennom intervjurundene. Videre benyttes informasjonen i analysedelen, hvor data og teori settes opp mot hverandre og analyseres. Problemstillingen besvares i det siste konkluderende kapittelet.

Studien konkluderer med at sykefraværet i stor grad er problematisk for sikkerheten i helsetjenesten. Blant annet er det ikke nødvendigvis slik at sykefraværet alltid dekkes, og vanligvis er virksomheten underbemannet. Igjen gir det konsekvenser for pasientomsorg og økt risiko for menneskelige feil. I tillegg sliter den offentlige helsesektoren med tilstrekkelig kvalitetssikring av arbeidet, da det preges av taushetsplikt og samtykke. Mye tyder på at sektorens lave budsjett, og høye forventninger i forhold til ytelse fører til stressende arbeidssituasjoner og psykisk utmattelse. Til slutt konkluderes det med at sykefraværet i helsesektoren generer til en dominoeffekt av sykefravær, som undergraver sikkerheten.

Engelsk sammendrag (abstract)

The theme of this study is sickness absence and safety in the health sector. I aimed to find out how the remaining workforce is psychologically affected by absence, and how it can affect safety.

In this thesis I have chosen to use qualitative research methods, such as structured interviews. The thesis is divided by six parts; introduction, theory, methodology, data presentation, analysis and conclusion. The theory covers, among other things, statistics and research on absence health services, psychologically work environment, various perspectives on risk and safety, quality assurance of the public health sector, and the intention agreement on an inclusive working environment. The method chapter describes qualitative methods and interviews, as well as methods for collecting data, in addition to ethical issues, and assessing the validity and reliability of the thesis. The empirical data material provides information gathered through the interview rounds. Furthermore, the information collected through the interview are being used in the analysis, while comparing it to the different theories. The issue of the thesis is answered in the concluding chapter.

The study concludes that absence, to a large extent, indeed is problematic for the safety in the health service. Among other things, it is not necessarily the case that sickness absence is always covered by another employee, and usually the business is understaffed. Again, it has consequences for patient care and by increased risk of human caused disasters. In addition, the public health sector struggles with sufficient quality assurance of the work, as it is characterized by the duty of confidentiality and consent. There are many indications that the sector's low budget, and high performance expectations lead to stressful work situations and mental exhaustion. Finally, it is concluded that sickness absence in the health sector causes a domino effect of absence, which undermines safety.

Litteraturliste

Nettsteder

Aagestad, (2017). *Sykepleier helse: Må være bevisst på risikofaktorene*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2017/11/sykepleierhelse-ma-vaere-bevisst-pa-risikofaktorene> (Lastet opp 20.04.2019)

Aftenposten, (2011). *Sykemeldte kan sies opp*. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/norge/i/JoaB7/Sykemeldte-kan-sies-opp> (Lastet opp 01.06.2019)

Arbeidstilsynet, *Stress*. Tilgjengelig fra: <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/stress/> (Lastet opp 02.04.2019)

Dagbladet, Tilgjengelig fra: <https://www.dagbladet.no/nyheter/alf-johan-51-dode-da-han-badet-sjokkert-familie-vil-ha-svar/70848541> (Lastet opp 15.04.2019)

Folkehelseinstituttet, (2011) *Bedre føre var*. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf> (Lastet opp 01.05.2019)

Helsedirektoratet, (2017). *Sykefravær i kommunale helsetjeneste*. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/sykefravar-i-pleie-og-omsorgstjenesten> (Lastet opp 01.05.2019)

Helse Stavanger, *Akuttmottak*. Tilgjengelig fra: <https://helse-stavanger.no/avdelinger/mottaksklinikken/akuttmottak> (Lastet opp 01.06.2019)

Juvik, (2017). *En dag i akuttmottaket*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/02/en-dag-i-akuttmottaket> (Lastet opp 20.04.2019)

Nasjonal sikkerhetsmyndighet, (2014). *Sikkerhetskultur*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsm.stat.no/om-nsm/tjenester/sikkerhetsstyring/sikkerhetskultur/> (Lastet opp 01.05.2019)

Norsk senter for forskningsdata, (2019). *Kvalitetssikring i helsetjenesten*. Tilgjengelig fra: https://nsd.no/personvernombud/hjelp/forskningsmetoder/kvalitetssikring_helse.html (Lastet opp 10.05.2019)

Regjeringen, (2014). *Inkluderende arbeidsliv*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/id947/ (Lastet opp 10.02.2019)

Regjeringen, (2014). *Samarbeidsavtalen*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/ia_20142018/ny_samarbeidsavtale_4_mars_2014.pdf (Lastet opp 10.02.2019)

Regjeringen, (2015). *Sykehusplan*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonal-helse--og-sykehusplan2/sykehus-i-nettverk--deler-kompetanse/id2424908/> (Lastet opp 15.05.2019)

Regjeringen, (2014). *Inkluderende arbeidsliv*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/id947/ (Lastet opp 02.03.19)

Regjeringen. (2014). *Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/ia_20142018/signert_ia_avtale.pdf (Lastet opp 03.03.19)

Regjeringen, (2014). *Ny og forenklet IA avtale*. Tilgjengelig fra: (<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Ny-og-forenklet-IA-avtale-for-oppfolging-av-sykmeldte/id752430/>) (Lastet opp 10.03.19)

Regjeringen, (2014). *Samarbeidsavtalen*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/asd/dokumenter/2014/ia_20142018/ny_samarbeidsavtale_4_mars_2014.pdf (Lastet opp 02.03.19)

Store norske leksikon, *Arbeidsmiljø*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/arbeidsmiljo> (Lastet opp 03.03.2019)

Store norske leksikon, *Sykefravær*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/sykefraver> (Lastet opp 01.03.2019)

Store norske leksikon, *Sykepleier*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/sykepleie> (Lastet opp 01.03.2019)

Store norske leksikon, (2019) *Intensivavdeling*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/intensivavdeling> (Lastet opp 01.06.2019)

Statistisk sentralbyrå, *Psykiske lidelser*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/storre-aapenhet-om-psykiske-lidelser> (Lastet opp 01.05.2019)

Statistisk sentralbyrå, (2013-2016) *Levevilkårsundersøkelse*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/10479/tableViewLayout2/> (Lastet opp 01.05.2019)

Statistisk sentralbyrå, *Sykefravær søylediagram*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/11176/chartViewColumn/> (Lastet opp 01.03.2019)

Wisting, (2019). *Hvor lenge er det meningen man skal kunne klare en slik jobb?* Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/01/hvor-lenge-er-det-meningen-man-skal-kunne-klare-en-slik-jobb> Lastet opp 20.04.2019

Bøker med én forfatter

Andersen, S. S. (2006). *Aktiv informantintervjuing*. Universitetsforlaget

Flyveberg, B. (2004). *Five misunderstandings about case-study research*. London and Thousand Oaks

Halvorsen, K. (4.utgave, 2012). *En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen akademisk forlag

Karlsen, Jan Erik. (3. Utgave, 2016). Bergen: *Ledelse av Helse, Miljø og Sikkerhet*. Fagbokforlaget

Madsbu, J. P. *Hvordan etablere vitenskapelig kunnskap om samfunnet?* Universitetet

Norges Lover. (1687-2014). *Studentutgave*. Fagforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Bøker med to forfattere

Aase & Fossåskaret. (2.utgave, 2010). *Skapte virkeligheter. Om produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget

George, A. L., & Bennet, A. (2005). *Case Studies and Theory Development in the social sciences*

Koren & Lindøe. (2008). *Metoder for bedre arbeidsmiljø*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Bøker med flere forfattere

Engen, O., Kruke, B., Lindøe, P., Olsen, K., Pettersen, K. (2016). *Perspektiver op samfunnssikkerhet*. Oslo: Cappelen Damm AS

Johannesen, A., Tufte, P., Kristoffersen, L. (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt

Forelesning

Canvas: Forelesning. *Helse, Miljø og Sikkerhetsledelse*. Preben Lindøe. Samling 4. 23.mars 2015. Universitetet i Stavanger

Canvas: Forelesning *Casestudier*, Schram. (1971). Lysark 3. Universitetet i Stavanger

Canvas: Forelesning *Grunnlaget for Kvalitativ forskning*. (2016) – relevant på grunn av definisjon av kvalitativ forskning, fenomenologi