

Solveig Osborg Ose, Ingunn Bråttlid, Silje Haus-Reve,
Roland Mandal, Anne Mette Bjerkan

Inkluderende arbeidsliv i kommunene

Et forskningsprosjekt om sysselsettingsforhold, sykefravær,
samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø i sykehjem og hjemmetjenester



Teknologi og samfunn, avd. Helse
Gruppe for arbeid og helse

Rapport

Inkluderende arbeidsliv i kommunene

Et forskningsprosjekt om sysselsettingsforhold, sykefravær, samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø i sykehjem og hjemmetjenester

EMNEORD:

*Kommunale tjenester
*Pleie- og omsorgstjenester
*Sykehjem og hjemmetjenester
*Inkluderende arbeidsliv
*IA-avtalen
*Sykefravær
*Samarbeid
*Forebygging
*Arbeidsmiljø
*Ledelse

VERSJON

Endelig rapport

DATO

2011-02-21

FORFATTER(E)

Solveig Osborg Ose, Ingunn Brattlid, Silje Haus-Reve, Roland Mandal, Anne Mette Bjerkan

OPPDRAGSGIVER(E)

NAV gjennom programmet FARVE – forsøksmidler arbeid og velferd

OPPDRAGSGIVERS REF.

Niels Wulfsberg

PROSJEKTNR

60H13530

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

219+ vedlegg

SAMMENDRAG

SINTEF har i samarbeid med konsulentfirmaet Exonero (ved Ingunn Brattlid) og NAV Arbeidslivssenter gjennomført et omfattende forskningsprosjekt i kommunale pleie- og omsorgstjenester. Tema i rapporten er sysselsettingsforhold, sykefravær, samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø.

I denne rapporten ser vi nærmere på hva kommunene gjør i forbindelse med avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). For å kunne svare på dette er det nødvendig med en bred tilnærming, og følgende datakilder er benyttet:

- Intervju med 90 respondenter fra seks kommuner
- Registerdata fra Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret for kommunal sektor
- Survey blant 10 000 hjelpepleiere
- Survey blant 230 pleie- og omsorgsenheter

Prosjektleder

Solveig Osborg Ose

SIGNATUR**KONTROLLERT AV**

Marian Ådnanes

SIGNATUR**GODKJENT AV**

Randi Reinertsen

SIGNATUR**RAPPORTNR**

A18235

ISBN

978-82-14-05036-3

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Forord

Dette prosjektet ble til ved at undertegnede fikk en telefon fra Ingunn Brattlid som ønsket en samtale i forbindelse med masteroppgaven som hun skulle skrive i løpet av 2010. Jeg husker jeg ble svært imponert over den kompetansen og innsikten Ingunn hadde om kommunale pleie- og omsorgstjenester spesielt og om kommuner generelt. Koblingen mellom vår forskningskompetanse og Ingunns praktiske kompetanse fra kommunene (har mangeårig erfaring som sykepleier og leder på ulike nivåer innen helse- og omsorgstjenester, er lokalpolitiker i Horten kommune, holder kurs for sykmeldte og uføre i personlig utvikling, har undervisningsstilling på Høyskolen i Vestfold og er oppdragskonsulent for ulike kommuner), la grunnlaget for dette prosjektet. Hun leverte i oktober 2010 masteroppgaven om ledelse basert på intervjuene gjennomført i dette prosjektet og oppnådde god karakter. Noen av refleksjonene som er tatt med i rapporten er også å finne i denne masteroppgaven.

Gjennomføring av et forskningsprosjekt i kommunal sektor betinger god kunnskap om sektoren for å få nødvendig legitimitet. Særlig når en skal ut og intervju folk i ulike roller i kommunene, er det viktig å ha kunnskap fra praksisfeltet med seg. Alle intervjuene i prosjektet er gjennomført av Ingunn Brattlid og undertegnede.

Kombinasjonen mellom formell kompetanse og praktisk viten gjelder også for vår tredje samarbeidspartner, nemlig NAV Arbeidslivssenter. Vi har fått stiftet bekjentskap med to av landets 19 arbeidslivssentre. Dette har gitt oss mulighet til å diskutere både mer overordnede problemstillinger, men også detaljer fra kommunal sektor og IA-arbeid. Fra Evalueringen av IA-avtalen, som vi gjennomførte i 2008-2009, vet vi at ansatte i arbeidslivssentrene har sterk formell kompetanse. Dette har vi hatt glede av gjennom dette prosjektet. SINTEF ønsker gjennom samarbeidet med arbeidslivssentrene å bidra til at kunnskap fra forskning deles med flere aktører. Vi håper at resultatene fra prosjektet kan komme til nytte i arbeidslivssentrenes kontakt inn mot kommunene og takker for et givende samarbeid.

Prosjektet er finansiert av NAV gjennom programmet FARVE – forskningsmidler arbeid og velferd. Dette prosjektet hadde ikke blitt gjennomført uten denne finansieringen. FARVE programmet sin evne og vilje til å se verdien av anvendt forskning har gitt vår faggruppe mulighet til å bidra med vår kompetanse. Vi er takknemlig for tilliten FARVE programmet har vist oss.

En stor takk også til Unn H. Høydahl i SSB som har levert registerdata aggregert opp til kommunenivå. Hun har som vanlig bidratt med gode råd og presise vurderinger. Takk også til Hanne Kvam i SINTEF, som har gjort en god jobb med transkribering av alle intervjuene.

Til sist, og aller mest, vil vi takke alle ute i kommunene som har bidratt til at rapporten som nå foreligger, har blitt til. Dere har bidratt med kunnskap, meninger, tanker og refleksjoner dette prosjektet ikke kunne være foruten.

Arbeidet har med dette prosjektet har tatt 14 måneder fra første planleggingsmøte til ferdig rapport.

Trondheim 21. februar 2011

Solveig Osborg Ose (prosjektleder)

Sammendrag og hovedfunn

SINTEF har i samarbeid med NAV Arbeidslivssenter og konsulentfirmaet Exonero (ved Ingunn Brattlid) gjennomført et omfattende forskningsprosjekt i kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Kommunal pleie- og omsorgstjenester utgjør en spennende sektor som står ovenfor store endringer i årene som kommer, både med endret oppgavefordeling med spesialisthelsetjenestene, men også med at krav og forventninger blant brukerne øker. Dette fører til sterkere kompetansekrav, mer spesialisering, innføring av velferdsteknologi og høye krav til effektiv bruk av ressursene. De viktigste ressursene i kommunale pleie- og omsorgstjenester er de ansatte.

Gjennom dette prosjektet ønsker vi å bidra med forskning og kunnskap om hvordan kommuner og pleie- og omsorgstjenestene kan ruste seg til å møte fremtidige utfordringer innenfor dagens rammer og systemer. Mulighetene for effektiv ressursutnyttelse betinger at de grunnleggende rammebetingelsene er på plass. Derfor handler denne rapporten om samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø. Funnene i prosjektet viser at sykefravær ofte er en god indikator på hvordan tilstanden på disse grunnleggende betingelsene for god utnyttelse av ressursene er ute i kommunene. Rapporten handler derfor også om sykefravær i kommunale tjenester.

I tillegg til å finne ut mer om disse temaene, har vi særlig vært opptatt av å komme til et overordnet kunnskapsnivå, der vi er i stand til å komme med anbefalinger til kommunene om hvordan de bedre skal kunne utnytte mulighetene som ligger i dagens IA-avtale. Tidligere forskning har vist at IA-avtalen har vært mest effektiv i privat sektor, og kanskje er ikke avtalen godt nok tilpasset kommunale tjenester og de arenaene som naturlig finnes innenfor den kommunale organisasjonen. Vi finner blant annet at arenaene for å arbeide med forebygging av helseproblem og mistrivsel i mange kommuner er dårlig utviklet eller ikke-eksisterende. Dette er en av de grunnleggende betingelsene for å kunne få utbytte av IA-avtalen.

For å få et helhetlig bilde av situasjonen i kommunene på de aktuelle områdene, har det vært nødvendig med et bredt datagrunnlag og et mangfold av metodiske tilnærminger. I tillegg til gjennomgang og bruk av tidligere forskning og kunnskap, inkluderer informasjonsrunnlaget vårt følgende datakilder:

- Intervju med 90 respondenter fra seks kommuner
- Data fra Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret (Aa-registeret) og Sykefraværsregisteret for hver kommune ti år tilbake i tid
- Survey blant 10 000 hjelpepleiere
- Survey blant 230 pleie- og omsorgsenheter

I hver av de seks kommunene har vi valgt ut ett sykehjem og en hjemmetjeneste, og for hver av disse tolv enhetene har vi intervjuet tillitsvalgte, verneombud, avdelingsledere/gruppeledere/fagledere og

virksomhetsledere. I tillegg har vi i hver av de seks kommunene intervjuet kommunalsjef, personalsjef, rådmann og ordfører.

I tillegg til å gjennomføre omfattende kvalitativ datainnsamling, har vi benyttet tall fra administrative register der tall fra individdata (med informasjon om arbeidskommune og næringskode) er aggregert opp til detaljerte næringskoder for hver kommune for hvert kvartal tilbake til andre kvartal 2000 frem til og med andre kvartal 2010. Fra dette datagrunnlaget som inneholder detaljerte data om antall ansatte, avtalte dagsverk, sykefraværsdagsverk m.m. er det mulig å plukke ut tjenesteområdene sykehjem, hjemmesykepleie og hjemmehjelp for alle kommunene i Norge for hvert kvartal de siste ti årene. For å ha noe å sammenlikne pleie- og omsorgstjenestene med, har vi også fått spesifisert hele den kommunale undervisningssektoren på samme detaljnivå (totalt over 800 000 observasjoner). Datagrunnlaget fra registrene dekker dermed alle de store kommunale tjenestetypene med sykehjem, hjemmetjenester, grunnskoler, barnehager og SFO.

Våren 2008 gjennomførte vi en omfattende spørreskjemaundersøkelse blant 10 000 hjelpepleiere ansatt i kommunale tjenester. Disse tallene inneholder en omfattende tverrsnittsinformasjon på individnivå og benyttes i dette prosjektet blant annet til å si litt om uønsket deltid og forhold til nærmeste leder, men særlig benyttes datagrunnlaget til å lære mer om arbeidsmiljøforhold i pleie- og omsorgsenheter.

Vi har også brukt data fra evalueringen av IA-avtalen som vi gjennomførte i 2008 og 2009. Her har vi plukket ut de 1 582 virksomhetene fra kommunal sektor, og mer detaljert de 230 pleie- og omsorgsenhetene som svarte på en spørreundersøkelse om innsats knyttet til IA-avtalen. Tallene er ikke tidligere benyttet på dette aggregeringsnivået og brukes i dette prosjektet særlig til å belyse forhold rundt samarbeid med andre aktører.

Dette prosjektet er et stort forskningsprosjekt og bygger derfor på tidligere forskning på alle problemstillingene som tas opp. Tidligere forskning er derfor en femte kilde til informasjon, og rapporten inneholder en mengde referanser til annen forskning både fra Norge og internasjonalt.

Funnene våre spenner vidt, og fra nye sammenstillinger av registerdata for de siste ti årene kan vi si noe om utviklingen i tjenestene:

- Antall ansatte i kommunal sektor har økt med 17 prosent (økning på nesten 70 000 ansatte) mens avtalte dagsverk har økt med 15 prosent
- Halvparten av årsverksøkningen har vært i barnehager og skolefritidsordningen (sfo)
- 15 prosent *av veksten* har kommet innen somatiske sykehjem, mens 11 prosent *av veksten* har kommet innen hjemmetjenester
- Somatiske sykehjem har en vekst i antall årsverk på 15 prosent
- Hjemmetjenester (hjemmehjelp og hjemmesykepleie) har en vekst i antall årsverk på 15 prosent
- Det har vært en gradvis substitusjon i årsverk fra hjemmehjelp til hjemmesykepleie
- Gjennomsnittlig stillingsandel (målt med antall avtalte dagsverk per ansatt) for hele kommunal sektor har gått noe ned, og nedgangen kommer særlig innen SFO
- Gjennomsnittlig stillingsandel har økt med 1-2 prosent i sykehjem og hjemmetjenester
- Store kommuner har systematisk høyere gjennomsnittlig stillingsandel enn små kommuner
- Små kommuner har systematisk høyere årsverksinnsats per innbygger enn større kommuner

- Andel menn ansatt i kommunal sektor har gått ned fra 23,5 prosent til 22 prosent (nedgang frem til 2008 og deretter en tydelig økning)
- Andel mannlige ansatte øker marginalt i sykehjem og hjemmetjenester
- Andel menn i kommunale tjenester går ned i alle kommunegruppene utenom i de største kommunene der andelen er stabil på et høyere nivå og økende

Vi har også undersøkt hva som forklarer variasjon i årsverksinnsats over tid, og variasjon mellom kommuner, for å undersøke nærmere om ulikheter knyttet til rammebetingelser. Funnene fra disse analysene viser at de forventede behovs- og kostnadsfaktorene forklarer deler av variasjonen i årsverksinnsatsen i kommunene:

- For det første finner vi at selv om vi kontrollerer for ulike behovs- og strukturforhold i befolkningen, er det fortsatt sterke effekter av kommunestørrelse. Store kommuner har systematisk lavere årsverksinnsats per innbygger enn mindre kommuner. Sammenhengen er loglineær, dvs at årsverksinnsatsen stiger med kommunestørrelse, men med en avtagende rate.
- Kommuner med stor andel eldre har rimelig nok flere årsverk i sykehjem og hjemmetjenester, mens kommuner med en større andel av befolkningen i barnehagealder har flere årsverk i barnehager, og kommuner med en større andel av befolkningen i grunnskolealder har systematisk flere årsverk i grunnskolen.
- Årsverk i kommunal sektor går ned om kommunene kommer i en økonomisk ubalanse og havner på ROBEK-lista. Det er både slik at årsverksinnsatsen per innbygger i ROBEK-kommuner er lavere enn i kommuner som ikke er satt under administrasjon, men også slik at årsverksinnsatsen går ned i den enkelte kommune når kommunen havner i økonomisk ubalanse. Kommuner som har havnet på ROBEK-lista, har systematisk lavere årsverksinnsats i sykehjem og systematisk høyere årsverksinnsats i hjemmetjenester når vi har kontrollert for befolkningssammensetning, sosiale behov og bosettingsstruktur (målt med andel av befolkningen bosatt i tettbygde strøk).
- Gjennom intervjuer finner vi at alle casekommunene har fokus på uønsket deltid og redusert bruk av småstillinger, men de har kommet ulikt i arbeidet med å finne løsninger. Hovedproblemet kommunene selv oppgir, er at økt stillingsandel innebærer hyppigere helgejobbing, noe de færreste ønsker. Dermed blir det vanskelig å finne løsninger, og situasjonen kan være uendret i mange år. Flere av casekommunene undersøker muligheter for å prøve ut nye arbeidstidsordninger.
- Intervjuene med ulike personer i kommunene viser at mange kommuner har fokus på å øke andel menn i pleie- og omsorgstjenester. Dette handler både om fremtidig behov for mer arbeidskraft i tjenestene, men også om at en bedre kjønnsbalanse i arbeidsmiljøet kan være positivt. Basert på registerdata finner vi at andelen mannlige ansatte går ned fra nær 23,5 prosent i begynnelsen av år 2000 til ned mot 21 prosent på slutten av 2008, mens en siden 2009 ser en stadig økning. Det er derfor ikke snakk om store variasjoner over tid. Andel menn har økt mest i barnehager, men vi observerer også en tydelig økning innen sykehjem og hjemmetjenester selv om økningen er marginal. I 2010 var 7 prosent av de ansatte i

sykehjem menn, mens det var nær 11 prosent menn i hjemmehjelpstjenestene. Hjemmesykepleietjenestene hadde 10 prosent mannlige ansatte i 2010. Utviklingen er svakest i sykehjemmene. Vi finner også at andel menn i kommunale tjenester er stabil i de største kommunene, men går ned i mindre kommuner.

Etter å ha identifisert disse forholdene rundt sysselsettingen i kommunene, har vi gått nærmere inn på sykefraværstallene fra registerdata. Fra denne delen av prosjektet har følgende faktiske forhold blitt identifisert:

- Kommunal sektor ligger 1,5 -2 prosent poeng høyere enn resten av landet i total sykefraværspersent. Sektorforskjellene har vært svært stabil de siste ti årene.
- Den store kvartalsvariasjonen i sykefraværet i kommunal sektor skyldes i all hovedsak sterk kvartalsvariasjon i sykefraværet i grunnskolen og i barnehagene, særlig blant kvinner
- Videre finner vi at det er små forskjeller i nivå og utvikling i legemeldt sykefravær mellom sykehjem og hjemmetjenester
- Det høyeste sykefraværet i de store tjenestene i kommunal sektor finnes i sykehjem og hjemmetjenester, men barnehager ligger nå nesten like høyt i nivå på legemeldt sykefravær
- Antall sykefraværingsdagsverk har økt med 3 prosent de siste ti årene, mens antall avtalte dagsverk har økt med 17 prosent. Sykefraværingsprosenten har gått ned i alle de store tjenestene med unntak av SFO

Vi har også sett nærmere på forskjeller i sykefraværet mellom kvinner og menn i ulike kommunale tjenester. Det er vanskelig ut i fra dette å være enig med Almlidutvalget som i sin ferske utredning om sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren (NOU 2010:13) konkluderer med at sykefraværet i helse- og omsorgssektoren ikke er spesielt høyt sammenliknet med andre næringer. Utvalget ser ut til å mene at en høy andel kvinner forklarer hvorfor sykefraværet er høyt i pleie- og omsorgstjenestene.

Det er betydelige forskjeller i sykefraværingsnivået mellom næringer *både* for kvinner og for menn. Om vi tenker oss at all variasjon i sykefraværingsprosenten mellom ulike næringer/sektorer skyldes ulik kjønnssammensetning, ville vi ikke observert særlige forskjeller mellom næringer når vi så på kvinner og menn separat. Analysene våre viser at menn i pleie- og omsorgstjenester har betydelig høyre sykefravær enn menn i andre sektorer. Dette indikerer at fraværet i pleie- og omsorgstjenester også skyldes forhold på arbeidsplassene. Det er imidlertid riktig at kvinner har høyere sykefravær enn menn innen alle sektorer og næringer. En naturlig årsak kan være forskjeller knyttet til biologi og anatomi med noe mer komplekse forplantningssystemer hos kvinner enn hos menn. Det kan også handle om ulike prioriteringer av for eksempel arbeid og familie mellom kvinner og menn, ulik terskel for hvor frisk en bør være for å gjøre en god jobb, ulike måter å mestre ulike typer belastning på osv. Sykefraværingsforskjellene mellom kvinner og menn er på langt nær forklart ut fra forskningen som i dag foreligger, så selv om vi vet mye om de faktiske forskjellene vet vi lite om hva de skyldes.

Vi har også sett på dette med holdninger, fraværskultur og arbeidsmoral som har vært mye diskutert i den norske sykefraværingsdebatten. Vi finner tydelig at noen enheter har behov for en gjennomgang av egen fraværskultur. Arbeidsmoral og fraværskultur er gjerne et tema når sykefraværet er høyt, men har naturlig nok lite fokus i enheter og kommuner med lavt sykefravær. I enkelte av de tolv enhetene vi besøkte, fant vi noe som flere respondenter mente kunne karakteriseres som en uheldig fraværskultur, der det blir legitimt å melde seg syk uten at en har direkte helseproblemer. Dette

betyr ikke nødvendigvis at de ansatte har dårlig arbeidsmoral, men heller at de er slitne, og holder seg hjemme før de blir syke. Det var ikke slik at dette var enheter det trivselen var dårlig. Det faglige nivået og fokuset var like høyt som andre steder. Men fraværet var høyt, og terskelen for å ringe og sykmelde seg var lav. Høy arbeidslastning og lav bemanning var et fellesstrekk ved enhetene med en slik fraværskultur. Typisk var det også at mange gikk ufrivillig i deltidstillinger og dermed hadde mange som kunne ta vakter om noen ble syke. Det kan også være lettere å melde seg syk dersom en vet at noen andre trenger vekten.

Et virksomt tiltak for å redusere denne type sykefravær kan derfor være å redusere uønskede småstillinger. Vi har også gjennom intervjuene fått høre at det på nesten alle enhetene er enkeltpersoner som er sykmeldt uten at kollegaene synes de har god grunn til å være sykmeldt. Dette gjelder typisk enkeltpersoner som er "gjengangere". Det oppleves som provoserende både blant lederne og de ansatte. Om en leder eller kollega som ser en sykmeldt ansatt klippe plenen, male huset eller bære handleposer ut fra butikken, oppleves det som lite troverdig at vedkommende er borte fra jobben for eksempel på grunn av vondt i ryggen. Mange oppgaver i sykehjem kunne vært utført med samme funksjonsnivå som plenklipping, i følge de andre ansatte. Dette blir ofte vanskelige samtaler å ta for lederen, men det kan utvikle seg en kultur der terskelen for sykefravær går ned fordi det oppleves som urettferdig at noen får "gratis fri" fordi de er urettmessig sykmeldt. Dette er ikke nødvendigvis unnasluntring, men det kan ligge andre forklaringer bak slik fraværsadferd uten at lederen og kollega har tilgang til denne informasjonen.

Vi har også gjort relativt grundige paneldatanalyser for å forklare variasjonen i legemeldt sykefravær mellom kommuner og over tid. Vi finner blant annet:

1. Kommuner som har relativt stor ressursinnsats innenfor de enkelte tjenestene, målt med antall dagsverk per innbygger, har systematisk lavere sykefravær i alle tjenestene utenom i grunnskolen og i barnehagene, der sammenhengen er positiv. Dette kan bety at dersom en har flere årsverk enn det innbyggertallet skulle tilsi i snitt, kommer disse mest sannsynlig innen pleie- og omsorgstjenester, fordi det skoler og barnehager har standarder for bemanning som varierer relativt lite fra kommune til kommune.
2. Kommuner som er i økonomisk ubalanse (ROBEK) har systematisk høyere sykefravær

Selv om det er en del systematiske sammenhenger mellom sykefravær og ulike variabler på kommunenivå og tjenestenivå er det likevel relativt lite av variasjonen i sykefraværsprosenten som forklares med de faktorene vi kan måle.

Fra tidligere forskning på sykefravær vet vi at samarbeidsforhold, ledelse og arbeidsmiljø er viktige forklaringsfaktorer for variasjon i sykefraværet. Dette er tema som ikke nødvendigvis lar seg måle kvantitativt på en god måte, i alle fall ikke før en gjennom kvalitativ forskning gjøres i stand til å formulere gode hypoteser en kanskje kan teste gjennom for eksempel bruk av registerdata.

Vi har derfor gått grundig inn på tema rundt samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø.

Vi har også sett på samarbeid i ulike former i de seks kommunene, og i hvilken grad samarbeidsrelasjonene legger til rette for involvering og medvirkning i spørsmål som dreier seg om arbeidshverdagen i pleie- og omsorgsenhetene. Her har vi brukt både informasjon fra intervjuene i de seks casekommunene, men også data som vi samlet inn blant 500 kommunale enheter i

evalueringen av IA-avtalen. Selv om vi kun har hentet inn erfaringer fra seks kommuner, er det trolig ganske nærme sannheten å hevde at det finnes like mange måter å organisere lokalt samarbeid og lokale samarbeidsarenaer på, som det finnes kommuner i dette landet. Bare i de seks kommunene vi har undersøkt, finner vi betydelige variasjoner når det gjelder faktisk bruk av ulike utvalg og arenaer (AMU, administrasjonsutvalg), hvordan de konkret brukes og hvilken sammensetning de har. Selv om det selvsagt er et poeng at en viss tilpasning til lokale økonomiske og administrative forhold vil være fornuftig, så vil en implikasjon av den variasjonen vi her snakker om, bety at kommunene har ulike forutsetninger for å sikre gode prosesser rundt spørsmål som omhandler arbeidsforhold, sykefravær og inkluderende arbeidsliv. Og som mange av respondentene gir uttrykk for, så virker manglende utnyttelse av ulike utvalg og fora snarere å være en konsekvens av manglende forståelse og kunnskap enn et resultat av gjennomdrøftede beslutninger.

Den type variasjoner som vi her snakker om, vil også legge noen føringer på arbeidet med sykefraværsforebygging og lokal gjennomføring av IA-avtalen. Kommuner som har på plass et velfungerende og anerkjent arbeidsmiljøutvalg, vil eksempelvis ha et bedre utgangspunkt for å overvåke og gjøre noe med arbeidsforholdene i pleie- og omsorgsenhetene. Vi finner variasjoner på hvordan disse kommunene bruker sine egne samarbeidsarenaer, som administrasjonsutvalget og AMU. Samtidig er flere av informantene opptatt av at sammensetningen av denne typen utvalg har stor betydning for legitimiteten til det som foregår der.

Det vil alltid være utfordrende å sammenligne ulike personers oppfatninger av samarbeid, fordi dette er et tema som rommer mye; egne forventninger, personlighet, kunnskap om tjenesteproduksjon, måten arbeidsplassen og kommunen er organisert. Både innad i og mellom kommunene vil det herske ulike oppfatninger av hvordan ulike typer samarbeid fungerer, og det vil være svært krevende å skulle vurdere kvaliteten på et samarbeid ut fra "objektive kriterier". Den enkeltes opplevelse av hvordan et samarbeid fungerer vil ha subjektive elementer i seg, på tross av alle de føringer og retningslinjer som eventuelt eksisterer for å regulere samarbeidet.

I forhold til sykefravær og samarbeidet rundt, sykmeldte finner vi at i alle nivå i den kommunale organisasjonen finnes det en mening om sykmeldende lege. Fra denne informasjonene mener vi det er god grunn til å anta at de utfordringer knyttet til sykefraværsforebygging og lokalt IA- arbeid som beskrives her, vil være kjent også i mange andre kommuner i Norge:

- Misnøye med legenes rolle og innsats i sykefraværsoppfølgingen – informanter i alle de seks kommunene gir uttrykk for misnøye med legenes rolle og innsats i sykefraværarbeidet og er i tråd med funn i evalueringen av IA-avtalen der vi fant at tre av fire respondenter var av den oppfatning at fastlegene ikke var så involvert som de burde i IA- arbeidet.
- Sprikende oppfatninger innad i kommunene – det er et viktig poeng at ansatte på ulike nivåer i kommunen gjerne opplever legenes innsats på sykefraværsområdet ulikt. Dette kan handle om forskjeller i forventninger til hva legene skal bidra med. Det kan også handle om forskjeller i kunnskap mellom ulike nivå i kommunen når det gjelder hva som kreves for å forebygge sykefravær på den enkelte arbeidsplass og legenes rolle i dette. Det er i de ulike resultatene i kommunene at forebyggingen og tilretteleggingen skal skje, og når ledere ved slike enheter har en oppfatning av legenes innsats som er veldig forskjellig fra den oppfatningen den administrative ledelsen i kommunen har, så vil det kunne gjøre det krevende å få støtte til gjennomføring av endringer og tiltak.

- Utfordrende kommunikasjon – mangelfull og i noen tilfeller fraværende kommunikasjon er typisk for de seks casekommunene i undersøkelsen. Flere gir uttrykk for at det er vanskelig å komme i kontakt med lege/sykmelder. Dette begrunnes med manglende arenaer, men er også knyttet til utfordringer som kan oppstå når personer jobber utenfor bostedskommunen, ved at det da blir enda vanskeligere å oppnå en dialog om arbeidsevne og tilrettelegging sammen med legen.
- "Lite sted- problematikk" – noen av våre casekommuner illustrerer hvilke problemer og dilemmaer som kan oppstå i mindre kommuner, også innenfor sykefraværs- og IA- arbeidet. Dette handler om familiære bånd, bekjenskaper og at det for eksempel forventes at en skal ha et profesjonelt samarbeidsforhold til en lege som man tidligere har vært (og kanskje er) pasient hos.
- Personlige relasjoner og personkjemi – flere uttalelser antyder at personlige relasjoner og personkjemi kan ha betydelig innvirkning på det lokale sykefraværarbeidet og IA- arbeidet. Dette gjelder imidlertid ikke bare i relasjonen mellom legene og de andre aktørene, men for alle samarbeidsrelasjoner. Samtidig er det lite tvil om at legene har en spesielt viktig rolle, som medisinsk sakkyndig, og som de som sykmelder. En konsekvens av dårlig personkjemi og dårlige samarbeidsrelasjoner er at man typisk får på plass en slags "minste mulige" samarbeidsløsning (som gjerne også er ad- hoc preget), der de involverte ikke samhandler mer enn det som absolutt er nødvendig. Problemet med slike minimumsløsninger er at de sjelden vil gi den kontinuitet og den dybde i samarbeidet mellom arbeidstakere, enhetsledere og leger som er nødvendig for å få til mest mulig optimale løsninger på arbeidsplassen.
- Legen er ikke den viktigste aktøren – det er på arbeidsplassen strategier for å forebygge sykefravær og utstøting må utvikles, forankres og gjennomføres. Det samme gjelder for den lokale gjennomføringen av IA-avtalen. Mye av det som kommer frem i intervjuene kan imidlertid gi inntrykk av at legen er en hovedaktør i denne sammenheng. Mange informanter har sterke meninger om legen, og det er lite tvil om at legens rolle engasjerer ledere og ansatte på ulike nivåer.

Samtidig er det et spørsmål om hva disse tilbakemeldingene grunnleggende sett kan være et uttrykk for. Er det en tendens til at legene for ofte brukes som skyteskive når resultatene uteblir innenfor sykefraværsonrådet og IA-avtalen? Hvilken rolle spiller forventninger til legene i denne sammenheng? Og hva med kunnskapen om legenes ansvar på sykefraværsonrådet? Resultatene fra intervjuene antyder at verken forventningene til eller kunnskapen om legenes rolle alltid er realistisk og riktig.

Vi har videre gjort en grundig litteraturgjennomgang av temaet ledelse og forsøkt å oppsummere et fragmentert forskningstema som har bidrag fra mange fagretninger. Vi hatt i denne delen av prosjektet sett nærmere på informantenes beskrivelse av en god leder, forankring og kunnskap om kommunens mål og visjoner, erfaring og kompetanse blant lederne og mulighetene for faglig utvikling blant lederne. Det empiriske har vært basert på kvalitative intervjuer med personer fra ulike ledernivåer i kommunene, både administrativt og politisk.

Bare i de seks kommunene vi har undersøkt, finner vi betydelige variasjoner mellom kommunene og innad i kommunene når det gjelder hva de ulike informantene mener er en god leder. Det er vel å merke ikke ett svar på det spørsmålet, og det var heller ikke vår intensjon å lete etter en fellesnevner. Ulikhetene i kommunen og mellom kommunen viser klare forskjeller i fokus på hva de ulike leddene legger i begrepet, fra å ikke ha en formening om hva god ledelse er, til å ha klare holdninger på hva god ledelse innebærer for dem. Dette kan også settes i perspektiv til temaet for neste delkapittel, forankring og kunnskap til kommunens mål og visjoner, hvor vi finner det samme mønsteret. Det er de samme kommunene som har et klart og homogent bilde av hva en god leder er, har også en klar forankring av hva som er kommunens visjon og målsetting. Dette kan tyde på at dette er noe som har vært fokus og i søkelyset i kommunene, og dette har gjort aktørene i kommunen oppmerksomme, og derfor strekker de seg og jobber mot disse målene. Dette gjenspeiler seg også i kommunenes samarbeidsstruktur, som vi også så i kapitlet om samarbeid.

Når vi ser på erfaring og utdanningsnivå til lederne i casekommunene, finner vi ikke noe uforventet. Generelt finner vi at det er toppledelsen, utenom ordfører, som har den formelle lederutdannelsen, og på virksomhets- og operativnivå har alle lederne en faglig relatert utdanning. Men når vi ser nærmere på ledernes ønske om større kompetanse på ledelse og faglig utvikling, er dette noe enkelte kommuner sliter med å få gjennomført. Det er påpekt at det er vanskelig fordi de i utgangspunktet har en såpass innholdsrik og "stram" arbeidsdag at det er problematisk å gjennomføre, og kommunene legger til rette for dette i ulik grad.

Det er klart ut fra gjennomgangen av kompetanse og erfaring blant lederne at om lag alle lederne er rekruttert fra en annen stilling innen kommunal sektor, og at de har blitt oppfordret til å søke eller at de har tiltrått stillingen ved en omorganisering. Norske kommuner har ikke nok ressurser til å konkurrere på lønn ved ansettelse av personell, og flere av casekommunene opplyser at de tidvis har opplevd problemer med å få tak i nøkkelpersonell med den rette kompetansen. Norge, som andre vestlige land, står ovenfor en endret demografisk sammensetting av befolkning, og behovet for arbeidskraft innenfor pleie- og omsorgssektoren er stor og vil være økende i årene som kommer.

Vi har benyttet data fra spørreskjemaundersøkelsen blant 10 000 hjelpepleiere ansatt i pleie- og omsorgssektoren, som ble gjennomført våren 2008. Vi fant ingen systematisk sammenheng med tjenesteenhet og de ulike ledelsesfaktorene. Derimot skiller hjelpepleiere som har oppgitt å arbeide innenfor bofellesskap seg ut. Hjelpepleiere som arbeider innenfor et bofellesskap har signifikant *lavere* sannsynlighet for å være fornøyd med jobben nærmeste leder gjør og å bli verdsatt av nærmeste leder, sammenliknet med hjelpepleiere som har oppgitt å arbeide på sykehjem. Denne sammenhengen blir sterkere når vi kontrollerer for arbeidsmiljøfaktorer.

Hjelpepleiere som har oppgitt å ha mindre *fleksibilitet* arbeidssituasjonen har lavere sannsynlighet for å oppgi at jobben de gjør blir verdsatt av nærmeste leder, at de blir oppmuntret av sin nærmeste leder og at de får ros og skryt av nærmeste leder. Vi ser dermed ledelse- og arbeidsmiljømessige problemstillinger henger sammen. Indirekte vil derfor variasjon i opplevd arbeidsmiljø kunne tenkes å gi en indikasjon også på ledelsesmessige forhold. Vi skal se nærmere på denne sammenhengen i kapitlet om arbeidsmiljø.

Det siste hovedtemaet vi har forsket på i dette prosjektet er arbeidsmiljø. Gjennom å se nærmere på surveydata fra 10 000 hjelpepleiere innsamlet av SINTEF i 2008 og gjennom intervjuene i de seks kommunene, finner vi at det er fire dimensjoner som best kan beskrive hjelpepleieres opplevelse av

det psykososiale arbeidsmiljøet. Disse var: forholdet til nærmeste leder, arbeidets innhold, opplevd kontroll og opplevd sikkerhet på arbeidsplassen. Majoriteten av hjelpepleiere ansatt i norske kommuner vurderte sitt forhold til sin nærmeste leder som godt eller meget godt, tilsvarende rapporterte en stor andel av hjelpepleierne at de sjelden opplevde at deres sikkerhet var truet i det daglige arbeidet. Resultatene tyder på at hjelpepleiere i norske kommuner i stor grad opplever sin arbeidssituasjon som utfordrende, hele 65 prosent av hjelpepleierne opplevde at innholdet i arbeidet var preget av stress og tidspress i form av dårlig tid til brukerne/pasientene. Dette resultatet ble bekreftet i intervjuundersøkelsen gjennomført blant ansatterepresentanter i de 12 prosjektenhetene i norske kommuner. Flere påpekte at arbeidsbelastningen var stor og at det var tøffe tider. Tilsvarende rapporterte også en relativt stor andel av hjelpepleierne at de i liten grad opplevde kontroll over sin arbeidstid og sine arbeidsoppgaver. Viktigheten av å være en del av et team, og følelsen av å kunne påvirke situasjonen på arbeidsplassen, ble også bekreftet i intervjuundersøkelsen.

Samlet sett viser disse resultatene at kommuners arbeid med problemstillinger knyttet til det psykososiale arbeidsmiljøet bør rette fokus mot de ansattes opplevelse av kontroll, spesielt på grunn av at arbeidets innhold ble beskrevet som stressende og utfordrende. Sett i sammenheng med eksisterende empiri og forskning på området er det mye å vinne på å gjennomføre tiltak knyttet til å øke ansattes opplevelse av kontroll over sin egen arbeidshverdag – spesielt i en situasjon hvor arbeidet stiller store fysiske og psykiske krav til de ansatte. I følge "krav-kontroll-støtte"-modellen vil opplevd kontroll i dette tilfellet ha en "buffer" effekt i forhold til høye jobbkrav, og med dette kunne bidra til økt motivasjon, bedre trivsel og bedre helse. Dette er aspekt som er spesielt viktig i en bransje hvor det registreres betydelig slitasje på de ansatte både i form av sykefravær og avgang fra yrkesvirksomhet.

Resultatene våre viser også viktigheten av en nærværende og omsorgsfull ledelse. Her var det noe avvik mellom resultatene fra spørreundersøkelsen og intervjuundersøkelsen. Mens hjelpepleiere ansatt i norske kommuner i stor grad vurderte sitt forhold til nærmeste leder som positivt, ble flere utfordringer påpekt i intervjuene. Spesielt behovet for å bli sett og hørt ble nevnt flere ganger. Generelt er disse resultatene i overensstemmelse med tidligere forskning og empiri på området som i stor grad vektlegger ledelsens rolle i å "bygge" et positivt psykososialt arbeidsmiljø. Behovet for å bli sett, anerkjent og få tilbakemeldinger og støtte i en hektisk arbeidshverdag kan knyttes til begrepet psykologisk kontrakt. Den psykologiske kontrakten vektlegger de gjensidige forpliktelsene som eksisterer mellom ansatte og organisasjonen, og forskning på området viser at arbeidstakernes opplevelse av at deres nærmeste leder er villig til å høre på dem, samt vise omsorg for hvordan de har det på jobb, er relatert til økt motivasjon, trivsel og psykologisk velvære på arbeidsplassen. Våre resultater indikerer at psykososiale arbeidsmiljøfaktorer er svært sentrale for ansattes opplevelse av trivsel på arbeidsplassen. Implikasjonen av disse resultatene er at kommuner ved å rette fokus mot faktorer i det psykososiale arbeidsmiljøet, kan bidra til at ansatte trives med sine arbeidsoppgaver, og dermed bidra til reduksjon i turnover raten. Forholdet til nærmeste leder blir kanskje spesielt viktig i pleie- og omsorgssektoren hvor avstanden til toppledelse kan være stor. I en slik situasjon er det rimelig å anta at det er den ansattes nærmeste leder som i størst grad er med på å forme hvordan organisasjonen som helhet oppleves. Med andre ord er det den psykologiske kontrakten mellom den enkelte ansatte og hans/hennes nærmeste ledelse som i stor grad vil påvirke hvordan den ansatte vurderer og tolker sitt arbeidsmiljø, og gjennom dette også hvordan arbeidsmiljøet påvirker deres helse, trivsel og velvære på arbeidsplassen.

Vi finner også at arbeidsmiljøet varierer med henblikk på arbeidsområde. Dette vil si at ansatte i innen ulike områder vektlegger forskjellige aspekter i arbeidsmiljøet når dette vurderes som positivt eller negativt. Dette betyr også at tiltak designet for å bedre arbeidsmiljøet i "hele" pleie- og omsorgssektoren, mest sannsynlig vil være lite effektive. Arbeidet med arbeidsmiljøet må gjennomføres lokalt ved den enkelte arbeidsplass, slik at disse kan ta utgangspunkt i de unike erfaringene ansatte møter i sitt daglige arbeid.

I intervjuundersøkelsen påpekte også flere informanter at til tross for arbeidsmiljøutfordringer i form av press, mangel på tid og ressurser, påpekte flere også at arbeidsmiljøet var godt. I disse tilfellene ble det påpekt at det var samhold mellom ansatte, at de ble lyttet til av leder og at det var "høyt under taket". Disse verdiene ble i sin tur relatert til et positivt psykososialt arbeidsmiljø, og den nærmeste ledelsen ved den enkelte arbeidsplass ble fremhevet som en sentral faktor for å implementere disse verdiene i den praktiske arbeidshverdagen. Implikasjonen av våre resultater er at det er et behov for å vektlegge de positive faktorene som assosieres med arbeidet, med andre ord faktorer som bidrar til velvære, positiv helse og engasjement. For å oppnå målet om en sunn arbeidsplass er det ikke nok å eliminere eller redusere risikofaktorer, men man må også legge til noe positivt. I pleie- og omsorgssektoren virker det ikke realistisk i løpet av en kort tidsperiode å redusere kravene som stilles til de ansatte. Til tross for dette er det kanskje mer realistisk å bygge videre på positive arbeidsmiljøfaktorer, som for eksempel økt medbestemmelse, bedre forhold til ledelse osv som en metode for å redusere sykefravær og turnover og samtidig bedre motivasjon, helse og velvære på arbeidsplassen.

Arbeidet med det psykososiale arbeidsmiljøet kan også tenkes å være positivt fordi dette vil kunne tenkes å balansere forholdet mellom rammebetingelser, fysiske arbeidsmiljøfaktorer og de ansattes opplevelse av disse. Siden det psykososiale arbeidsmiljøet også influerer trivsel på arbeidsplassen i så stor grad som resultatene i denne rapporten tilsier, blir det også sentralt å arbeide med denne typen problemstillinger for å redusere helseplager og sykefravær i sektoren, men også for å ivareta ansatte slik at man sørger for at man har nok "hender" til å ivareta fremtidens omsorgsutfordringer.

Basert på helheten som oppstår gjennom bruk av ulike innfallsvinkler, sterk metodetriangulering, og grundige analyser av ulike problemstillinger, er vi i stand til å komme med noen klare anbefalinger om det videre arbeidet med IA-avtalen i kommunene:

Anbefaling 1: Når tiltak skal iverksettes, for eksempel et tiltak for å redusere sykefraværet, må en kjenne de faktiske forhold i enhetene og ikke basere seg på sekundærinformasjon som kan ha liten rot i virkeligheten, eller i beste fall vise bare ene siden av situasjonen. En må i det minste hente inn informasjon fra tillitsvalgte og verneombud i de enkelte enhetene før en iverksetter tiltak.

Det som kanskje fungerer best, er de tiltakene som de ansatte selv foreslår og ikke de som politisk eller administrativ ledelse har hørt virker i andre kommuner. Grunnlaget for at dette tiltaket skal virke i egen kommune er ikke nødvendigvis til stede.

Anbefaling 2: En må finne metoder for å øke kunnskapen om hva som ligger av muligheter i IA-avtalen ute i de kommunale enhetene. Med å omdefinere IA-begrepet til å bli noe mer enn oppfølging av sykmeldte, kan en trolig utvide rammen det tenkes innenfor når nye tiltak skal foreslås og utvikles.

Anbefaling 3: Det er viktig å unytte kunnskapen og erfaringene som gjøres i oppfølgingen av og tilretteleggingen for sykmeldte for å forebygge nye sykefravær i hele personalgruppen. Gode ledere har gjennom oppfølging og tilrettelegging lært mye indirekte om forebygging, men de kan likevel trenge hjelp til å systematisere denne kunnskapen og se den i en større sammenheng som kan få effekt for hele personalet. Hva som er effektiv forebygging varierer fra arbeidsplass til arbeidsplass og den gode kunnskapen utvikles lokalt. Vi anbefaler at ledere læres til å bli bevisst sin egen kunnskap om hva som kan gjøres for å forebygge sykdom og slitasje.

Kunnskapen fra oppfølging av sykemeldte enkeltpersoner i de enkelte tjenesteområdene bør også kunne samles og dokumenteres for å dele kunnskapen mellom de ulike tjenesteområdene i kommunene. Denne systematiseringen kan for eksempel rådgiverne ved NAV Arbeidslivssenter bidra med.

Anbefaling 4: Tiltakene og tilretteleggingen som gjøres for enkeltpersoner bør i større grad ses i sammenheng med arbeidsgruppen/teamet/avdelingen personen jobber i. Ved å initiere gruppeprosesser med fokus på helsefremmende arbeid, kommunikasjon, tilbakemelding, forpliktelse og involvering vil man kunne samle gruppene om en felles innsats og benytte anvendt (leder)tid til oppfølging på en bedre måte.

Tilretteleggingstilskudd bør i større grad vurderes som gruppetiltak heller enn til enkelttiltak. Det bør også være formål om varige effekter som en del av en utviklingsstrategi. Flere NAV Arbeidslivssenter har gode erfaringer med slike tiltak, og kunnskap om slike tiltak bør systematiseres og gjøres kjent for andre.

Anbefaling 5: Kommunene bør ikke prioritere arbeidet med Kvalitetssystem kun for å unngå avvik som fører til tilsyn, men heller se arbeidet med HMS og kvalitet i sammenheng. Vi anbefaler at prosjektet Ergonomi og pedagogikk i barnehager følges opp av et tilsvarende prosjekt i en pleie- og omsorgsenhet for å se på mulighetene for å utvikle kvaliteten i tjenestene, samtidig som arbeidsmiljø og HMS systemene utvikles.

Anbefaling 6: Det trengs økt bevissthet i kommunene og i pleie- og omsorgssektoren om hvilke muligheter et godt samarbeid gir, med tanke på å kunne realisere lokale gevinster av IA-avtalen. Ikke minst handler dette om viktigheten av god kommunikasjon, dialog og forankring av aktivitets- og virksomhetsmål internt i kommunen, slik at det i hele kommuneorganisasjonen – fra ordfører på toppen og ut til det tjenesteproduserende leddet – eksisterer en mest mulig lik forståelse av hva pleie- og omsorgstjenestene skal tilby av innhold og kvalitet.

Anbefaling 7: Det er mangelfulle arenaer for arbeid med forebygging i kommunene, men rådgiverne på arbeidslivssentrene kan bidra til å skape disse arenaene. Rådgiverne bør heller aktivt oppsøke kommunene enn å vente på en bestilling fra noen i kommunen. Formålet bør først å være å skape gode arenaer der både tillitsvalgte og ledere deltar, der de viktige tingene diskuteres og som er forankret i toppledelsen gjennom deltakelse av de riktige personene.

Kommunene bør også være bevisst den kompetansen som ligger i NAV Arbeidslivssenter og utnytte disse ressursene ved å invitere rådgiverne med på de strategiske arenaene. Rådgiverne kan også bidra i det forebyggende arbeidet og styrke et helhetlig arbeid med arbeidsmiljøutvikling. Mange kommuner har iverksatt en rekke prosjekter og tiltak som i for liten grad sees og anvendes i et

helhetlig perspektiv. En samarbeidspartner utenfra som har med seg et helhetsperspektiv og kunnskap om tilsvarende prosesser fra andre kommuner og fra andre bransjer kan gi viktige bidrag.

INNHold

FORORD	1
SAMMENDRAG OG HOVEDFUNN	3
1 INNLEDNING	17
1.1 Bakgrunn for prosjektet	17
1.2 Tidligere forskning	18
1.3 En sektor i endring	24
1.4 Oppsummert.....	26
2 METODE OG DATAGRUNNLAG	29
2.1 Samarbeid i prosjektet	29
2.2 Datakilder	31
3 SYSSELSETTINGSFORHOLD I KOMMUNALE TJENESTER	45
3.1 Fordeling av ansatte mellom på kommunale tjenester.....	46
3.2 Utvikling i antall sysselsatte i de enkelte tjenestene	48
3.3 Utvikling i stillingsandel over tid, nasjonale tall	51
3.4 Uønsket deltid	55
3.5 Andel menn i kommunale tjenester.....	60
3.6 Hva forklarer variasjon i årsverksinnsats over tid og mellom kommunene?.....	63
3.7 Oppsummering	77
4 SYKEFRAVÆR	81
4.1 Samlet sykefravær i kommunal sektor.....	81
4.2 Legemeldt sykefravær i kommunal sektor og utvikling de siste 10 årene.....	82
4.3 Legemeldt sykefravær i kommunale tjenester	82
4.4 Legemeldt sykefravær i sykehjem og hjemmetjenester.....	85
4.5 Sykefravær blant hjelpepleiere i kommunale pleie- og omsorgstjenester.....	87
4.6 Holdninger, fraværskultur og arbeidsmoral	90
4.7 Hva forklarer variasjon i legemeldt sykefravær i ulike tjenester på kommunenivå.....	96
4.8 Oppsummering	106
5 SAMARBEID	107
5.1 Samarbeid innen offentlig tjenesteyting	107
5.2 Betydningen av samarbeid i IA-avtalen og i det lokale sykefraværarbeidet.....	108
5.3 Samarbeid innen kommunale tjenester illustrert med data fra IA-evalueringen	110
5.4 Resultater fra intervjuene	114
5.5 Sykefravær, IA og lokalt trepartssamarbeid	137
5.6 Oppsummering	141
6 LEDELSE	143
6.1 Innledning.....	143
6.2 Ledelsesteori.....	144
6.3 Ledelse i kommunal og offentlig sektor	147
6.4 Inkluderende ledelse.....	150
6.5 Resultater fra intervjuene	151
6.6 Hvordan opplever lederne på brukernivå sin situasjon?.....	156
6.7 Bakgrunn, erfaring, kompetanse og muligheter blant lederne i casekommunene	158
6.8 Resultater fra survey blant 10 000 hjelpepleiere	164
6.9 Oppsummering	172
7 ARBEIDSMILJØ I KOMMUNALE PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER	175
7.1 Innledning.....	175
7.2 Tidligere forskning	176
7.3 Datagrunnlag	180
7.4 Resultater	183
7.5 Oppsummering og diskusjon	200
8 DISKUSJON	203
8.1 Grunnlag for samarbeid og tiltak er ikke alltid til stede	203
8.2 Snever forståelse av IA-begrepet	205
8.3 Reparasjon versus forebygging.....	206

8.4	Fokus på gruppe heller enn individ	206
8.5	Mangelfull kobling mellom HMS og kvalitet.....	207
8.6	Mulighetene for samarbeid utnyttes ikke godt nok.....	210
8.7	Trepartsamarbeidet – hva er det?	210
	REFERANSER	213
	VEDLEGG.....	221

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Kommunal pleie- og omsorgstjenester står ovenfor store endringer i årene som kommer, både med endret oppgavefordeling med spesialisthelsetjenestene, men også med at krav og forventninger blant brukerne øker. Dette fører til sterkere kompetansekrav, mer spesialisering, innføring av velferdsteknologi og høye krav til effektiv bruk av ressursene. De viktigste ressursene i kommunale pleie- og omsorgstjenester er de ansatte.

Gjennom dette prosjektet ønsker vi å bidra med forskning og kunnskap om hvordan kommuner og pleie- og omsorgstjenestene kan ruste seg til å møte fremtidige utfordringer innenfor dagens rammer og systemer. Mulighetene for effektiv ressursutnyttelse betinger at de grunnleggende rammebetingelsene er på plass. Derfor handler denne rapporten om samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø. Funnene i prosjektet viser at sykefravær ofte er en god indikator på hvordan tilstanden på disse grunnleggende betingelsene for god utnyttelse av ressursene er ute i kommunene. Rapporten handler derfor også om sykefravær i kommunale tjenester.

For å få et helhetlig bilde av situasjonen i kommunene på de aktuelle områdene, har det vært nødvendig med et bredt datagrunnlag og et mangfold av metodiske tilnærminger. I tillegg til gjennomgang og bruk av tidligere forskning og kunnskap, inkluderer informasjonsrunnlaget vårt følgende datakilder:

- Intervju med 90 respondenter fra seks kommuner
- Data fra Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret (Aa-registeret) og Sykefraværsregisteret for hver kommune ti år tilbake i tid
- Survey blant 10 000 hjelpepleiere
- Survey blant 230 pleie- og omsorgsenheter

I hver av de seks kommunene har vi valgt ut ett sykehjem og en hjemmetjeneste, og for hver av disse tolv enhetene har vi intervjuet tillitsvalgte, verneombud, avdelingsledere /gruppeledere/fagledere og virksomhetsledere. I tillegg har vi i hver av de seks kommunene intervjuet kommunalsjef, personalsjef, rådmann og ordfører.

Vi har altså gjennom ulike forskningsmetoder satt søkelyset på somatiske sykehjem og hjemmetjenester (hjemmesykepleie og hjemmehjelp). I tillegg til at dette er offentlige tjenester som skal ta vare på befolkningen i alderdommen, er dette en av de største tjenestene målt i antall ansatte. Samtidig har disse tjenestene en egenart som gjør at de fortjener spesiell oppmerksomhet fra forskere. Dette er den tjenesten som har nærkontakt med brukerne, de som jobber i disse tjenestene er de som møter brukerne i det daglige livet og kan dermed ikke sammenliknes med sykehustjenester eller legetjenester som ofte møter brukerne i akutfaser eller der sykdomsbildet bestemmer behandlingen. Samtidig som dette er de mest brukernære tjenestene i forhold til befolkningens eldre garde, er de på det laveste nivået i de store komplekse organisasjonene som

kommunene er. I denne posisjonen skal tjenestene utvikle seg, de skal yte bedre tjenester, de skal ha effektive og produktive ansatte og de skal gjøre dette innenfor gitte økonomiske rammer. De konkurrerer om ressurser med grunnskolen, barnehager, tekniske tjenester, kultur, administrasjon og andre tjenester. Samtidig er det tjenester der det i liten grad er definert kvalitetsstandarder, slik som feks i grunnskolen der det tradisjonelt har vært krav til antall lærere per elev, hvilken utdanning de skal ha og hvor mange timer undervisning elevene har rett på. Dette og andre tema rundt sysselsetting kommer vi tilbake til i kapittel 3.

Vi starter først med en gjennomgang av tidligere forskning, før vi i kapittel 2 beskriver metode og datagrunnlag mer detaljert.

1.2 Tidligere forskning

I dette avsnittet ser vi i all hovedsak på bidrag fra Norge, mens internasjonale og hovedreferansene finnes i de enkelte kapitlene

Forskning på helse- og omsorgssektoren kan forstås som et flerfaglig forskningsfelt som omfatter ulike tema knyttet til helse- og omsorgstjenesten som system, og de aktiviteter og aktører som inngår her, deriblant pasienter/klienter, helsearbeidere, administratorer og politikere. Det er flere norske forskningsinstitusjoner som driver med forskning innenfor dette fagfeltet, blant annet ved de fleste av landets universiteter, ved ulike forskningscenter som HERO og Rokkansenteret og innenfor instituttsektoren, som hos Nova, AFI, Fafo og SINTEF.

I rapporten "Samordning og finansiering av kommunale helsetjenester" (Askildsen & Kjerstad, 2009) diskuteres ulike forslag som er relevante for arbeidet knyttet til Stortingsmelding nr 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, lagt fram av Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2009. Utgangspunktet er at flere av problemene i norsk helsesektor kan relateres til dårlig samhandling mellom de to nivåer i helsesektoren, altså mellom helsetjenesteproduksjonen i kommunene og i sykehusene. Det sentrale spørsmålet er om nåværende og foreslåtte alternative finansieringssystemer for helsetjenester vil støtte opp om målsettinger om effektiv ressursbruk og bedre samhandling. De finner at et av hovedproblemene er at de to nivåer står overfor svært ulike incentiver. Sykehusene har gjennom sin aktivitetsbaserte finansiering incentiver til å ta imot pasienter, men gjerne skrive dem raskt ut. De kommunale helsetjenester som sykehjem og hjemmesykepleie er i hovedsak finansiert i form av en ramme, og kommunene har derfor incentiver til å la mest mulig behandling foregå andre steder, og gjerne utsette mottak av pasienter fra helseforetakene. Kommunenes manglende incentiver til pasientbehandling kan også forklare at de i dag i for liten grad synes å utnytte mulighetene til å la fastlegene jobbe 20 % av tiden i innenfor kommunehelsetjenesten. Rapporten drøfter videre ulike forslag til endring i finansieringen av helsetjenesten, blant annet en kommunal medfinansiering av helseforetakene og en reduksjon av den aktivitetsbaserte finansiering av spesialisthelsetjenesten.

En annen rapport fra Rokkansenteret tar utgangspunkt i rekrutteringsprosessen og utdanning til pleie og omsorgstjenesten i Oslo kommune, med et særlig fokus på hjelpepleiere og helsefagarbeidere (Hemme & Høst, 2008). Dette er et prosjekt som ble gjennomført i perioden juni 2007 til oktober 2008, finansiert av Helsedirektoratet og Fagforbundet. Dette er en undersøkelse som i utgangspunktet er kvalitativ. Prosjektet tar tak i problemet, som også er gjeldene ellers i landet, om at utdanning til hjelpepleieryrket har vært dominert av voksne, mens ungdom i liten grad har vist

interesse. Hovedproblemstillingen var å studere hva som hemmer, men også hva som fremmer, rekruttering til pleie- og omsorgsutdanningene og – yrkene i Oslo. Utgangspunkt for denne undersøkelsen er blant annet data fra helsepersonellregisteret om hvor mange som har blitt utdannet og autorisert som hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og sykepleiere på landsbasis og i Oslo de siste årene. Det er i tillegg også blitt gjennomført intervjuer på skoler og arbeidsplasser. Resultatene fra rapporten fokuserer i større grad på tiltak rettet mot utdanningsprosessen enn mot selve helsesektoren, blant annet anbefaler de tiltak for å øke arbeidstilbudet til denne sektoren ved at det etableres en særmodell for utdanning til helsefagarbeider hvor voksne ufaglærte tilbys fast ansettelse og organisert opplæring.

Andre forskningsenheter i Norge har også sett på lignende problemstilling innenfor denne sektoren, se blant annet Fafo-rapport; "Gull eller gråstein. Status for rekruttering og kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene" (Ytrehus & Nuland, 2007).

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) har også sett nærmere på helse og Omsorgssektoren. I en artikkel fra 2008 ser de nærmere på jobbstress, sykefravær og nærvær i de nordiske lands eldreomsorg (Elstad & Vabø, 2008). De tar utgangspunkt i et datasett som er basert på et spørreskjema blant arbeidstakere på brukernivå. Det er 483 observasjoner fra Sverige, 704 fra Danmark, 597 fra Finland og 663 fra Norge. De utfører blant annet en logistisk regresjonsanalyse på selv-rapportert jobbstress, sykefravær, og sykenærvær. De finner blant annet at jobbstress er assosiert med sykefravær og sykenærvær i alle landene. Ved lavere nivå av jobbstress, reduserte nivået av rapportert sykefravær og sykenærvær.

Det regionale og kommunale prosjektarbeidet om å styrke arbeidsmiljøet i pleie- og omsorgssektoren ble satt i gang etter initiativ og støtte fra Sosial- og helsedepartementet i 2002. I en Fafo-rapport fra 2003 (Moland, 2003) beskrives det hvordan 19 kommuner i fem regioner har gått frem for å styrke arbeidsmiljøet i pleie- og omsorgssektoren; dels som et mål i seg selv og dels som et virkemiddel for å oppnå bedre effektivitet og tjenestekvalitet og redusert sykefravær. De ser nærmere på enkelte tiltak som har hatt suksess i noen kommuner, og hvorfor noen kommuner har suksess med det meste de starter med. Rapporten oppsummerer blant annet femten tiltak som har vist seg å gi effekt i sykefraværarbeidet, men påpeker at det ikke nødvendigvis er selve arbeidsmiljøprosjektene har størst relevans, men de organisatoriske tiltakene. Fafo benytter flere kilder som grunnlag for denne evalueringen, men oppgir fire hovedformer for informasjonsinnhenting; skriftlige kilder, deltakelse i regionale fellessamlinger, kvalitative informasjonsintervjuer og survey rettet mot ansatte i alle deltakere kommunene. Representanter fra de fleste deltakerkommunene har blant annet oppgitt at deltakelse har gitt nyttig læring om utviklingsprosesser. De som har lyktes godt har hatt en heldig hånd om prosjektprosessen. Både ledere, tillitsvalgte og ansatte fremhever prosesskunnskap som kanskje det viktigste resultatet ved deltakelsen.

Flere har sett på arbeidstidsordning i helsesektoren, og da spesielt rettet mot deltidsstillinger. Blant annet har Fafo kommet med et kunnskapsgrunnlag i arbeid med å bedre arbeidsvilkårene for deltidsansatte hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. De har gjennomført en kvantitativ spørreundersøkelse i form av telefonintervjuer i tidsrommet desember 2001 – januar 2002 av 1369 informanter, hvor 750 er offentlig ansatte hjelpepleiere og omsorgsarbeidere på landsbasis utenom Oslo, 250 er offentlig ansatte hjelpepleiere og omsorgsarbeidere i Oslo, 112 privatansatte hjelpepleiere og omsorgsarbeidere mens 257 er tjenesteleidere.

Selve undersøkelsen har tatt utgangspunkt i tre påstander:

(1) Helse- og omsorgssektoren baserer i dag driften på små/lave stillingsbrøker for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, samt såkalt merarbeid. På denne måten får arbeidsgiverne fleksibel arbeidskraft og slipper å belaste overtidbudsjettene ytterligere.

(2) Mye av dette merarbeidet antas å være ufrivillig i den forstand at hjelpepleieren eller omsorgsarbeideren, enten av lojalitet til kollegene eller til pasientene/brukerne, føler seg tvunget til å gå på jobb når de blir tilkalt på kort varsel og selv om de etter ordnære vaktlister /turnusplaner skulle ha fri.

(3) En rekke, særlig yngre hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, ønsker en høyere stillingsandel. Fordi arbeidsgiver bevisst spekulerer i deltidstillinger for å spare penger og beholde fleksibel arbeidskraft som kan fylles disse hullene, opprettes ikke det større stillinger.

Rapporten tar utgangspunkt i innhentet datamateriale for å bekrefte og/eller avkrefte de nevnte påstandene. De finner blant annet delvis hold i den første påstanden, blant annet at omfanget av deltidstillinger er stort og at omfanget av merarbeid er ubredt, men at bruken av deltid gir fleksibel arbeidskraft er bare delvis funnet støttet, samt at utstrakt bruk av merarbeid gjør at en slipper å belaste overtidbudsjettene. De finner også bare delvis hold i den andre påstanden som går på om merarbeidet antas å være ufrivillig. Flere av de ansatte som jobber ekstra og påtar seg merarbeid, sier at de vanligvis gjør dette ganske frivillig. På den siste påstanden finner de at særlig de yngre føler seg undersysselsatt og ønsker en større stillingsbrøk. Påstanden om at arbeidsgiverne spekulerer i deltidstillinger for å spare penger finner de også delvis hold i.

Rapporten "Suksess og nederlag i pleie- og omsorgstjenestene" (Moland, 1999) handler om ledelse i norske kommuner i en periode med store omstillinger. Den ser nærmere på hvordan kommuner med begrensede faglige og økonomiske ressurser har møtt utfordringene som ligger i tilfanget av nye brukergrupper, veksten i eldreomsorgen og kvalitetskriterier som er blitt langt mer individ- og brukerrettede. De overordnede målene for pleie- og omsorgstjenestene er i hovedtrekk nasjonalt definerte og felles i alle kommuner, mens valg av organisasjonsmodeller, ledelsesfunksjoner og samarbeidsstrukturer varierer. Foruten å beskrive virksomhetene, trekker de frem hyppig forekommende suksess- og nederlagsfaktorer som knytter seg til tjenestekvalitet, bruk av personalressurser (effektivitet) og arbeidsmiljø.

Det finnes en rekke pågående og avsluttende prosjekter som er både offentlig og lokalt igangsatt, som har hensikt til å bedre enten tjenestekvaliteten og/eller arbeidstakerens arbeidsforhold innenfor denne sektoren. Flere av disse prosjektene er i ettertid og underveis er blitt evaluert, som eksempel "3-2-1 Sammen for et godt arbeidsmiljø – 3 parter, 2 bransjer, 1 mål og "Flink med folk i første rekke".

Prosjektet "3-2-1 Sammen for et godt arbeidsmiljø – 3 parter, 2 bransjer, 1 mål" er et utviklingsprosjekt som har pågått siden 2007 på initiativ fra Arbeidsdepartementet og med Arbeidstilsynet som hovedansvarlig for gjennomføringen. Hensikten med prosjektet er å prøve ut et trepartssamarbeid mellom myndighetene og partene i arbeidslivet, samt å redusere sykefraværet og heve pensjoneringsalderen i to utvalgte bransjer; kjøtt- og fjørfeindustrien og sykehjem (27 sykehjem). STAMI foretok i 2009 en mellomevaluering av prosjektet med fokus på potensialet i

trepartssamarbeidet. Resultatene viste at det er lagt et godt grunnlag for videre samarbeid med tanke på å finne tiltak og prosesser som kan overføres til andre virksomheter og til andre bransjer. I en sluttrapport for evalueringen av prosjektet (Jacobsen, et. al., 2010) finner de blant annet at dette er en krevende modell, som stiller store krav til kommunikasjon mellom nivåene og mellom partene, hvor utfordringen ligger på den ene siden i å unngå at lokale prosjekter lever sitt eget liv uavhengig av en felles, overordnet målsetting. På den andre side er det en utfordring å gjennomføre oversettelsesprosessen fra overordnet mål til lokale mål og tiltak slik at prosjektet er reelt forstått, definert og ønsket lokalt. Videre påpeker de i evalueringen at dette er nødvendig for å etablere et tilstrekkelig "eierskap" i virksomhetene. I arbeidslivet generelt er det mange og ikke minst forskjellige aktører, og når et prosjekt som 3-2-1 som legger stor vekt på å oppnå konsensus og oppslutning om målene kan det være til fordel å ha "sakte læring" (slow learning). Sakte læring kan være en fordel fremfor rask læring, for de som lærer for raskt, kan trekke konklusjoner for raskt og ikke se farer for å gjøre feil (ibid).

"*Flink med folk i første rekke*" omtales i Stortingsmelding nr. 25. (2005- 2006:76) der det sies: "Bygd på de gode erfaringene med den fireårige ledelsessatsningen *Flink med folk*, som avsluttes i 2006, vil det bli utformet en ny ledelsessatsning *Flink med folk i første rekke*". Målsettingene for dette prosjektet er altså delvis en videreføring av *Flink med folk*, delvis er de hentet fra *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*, og det iverksettes innenfor rammene av Kvalitetsavtalen, en del av det generelle, bilaterale avtaleverket mellom helsemyndighetene og KS. Avtalen ble inngått våren 2003 og omhandlet kvalitetsutvikling i den kommunal pleie- og omsorgstjenesten, som ble videre fornyet med noen utvidelser i 2006.

I 2010 utgav NIBR en underveisrapport som i hovedsak omtaler problemstillinger om organisering og gjennomføring av prosjektet "*Flink med folk i første rekke*", både på sentralt nivå, integreringen av det i KS` organisasjon regional og arbeidet som gjøres ut mot deltakende kommuner (Helgesen, 2010). Rapporten spesifiserer oppsummeringsvis tre utfordringer for prosjektet: Metodikken det arbeides med i relasjonen med kommunene er prosessorientert. Det er en styrke fordi kommunene får eierskap til sitt prosjekt, utfordringen ligger i at veiledere ikke nødvendigvis korrigerer kommunale prosjekter som avviker med hensyn på målsettinger og innhold underveis i prosjektperioden. Den andre utfordringen dreier seg om at veilederne i FFFR kan integreres bedre på regionalt nivå i KS` organisasjon. Den tredje viser til at arbeidsmengden til veilederne ikke sikrer alle kommuner like muligheter til å delta i prosjektet (ibid).

En studie basert på norske registerdata ser på effekter av nedbemanninger i helse- og sosialsektoren på 1990- tallet (Røed & Fevang, 2007). De har sett på alle sykepleiere og hjelpepleiere som var ansatt i kommunale eller fylkeskommunale tjenester (sykehus, psykiatriske institusjoner) og som ikke mottok noen form for trygdeytelser (utenom foreldrepermisjonspenger og sykepenger) i slutten av oktober 1992. Et kriterium var også at de var under 53 år på dette tidspunktet. Dette ble 43 000 personer. Data inkluderer alle fylker og kommuner i Norge, med unntak av Oslo. Disse pleierne ble fulgt i registrene fra 1992 og til 2000. Ulike register ble så koblet til for å få informasjon om blant annet antall årsverk i de ulike institusjonene. De fant at en stor andel av pleierne hadde opplevd nedbemanninger ved sin enhet i perioden og de finner at dette førte til økt sannsynlighet for å bli mottakere av sykepenger eller andre helserelevante ytelser. De fant også at nedbemanninger reduserer sannsynligheten for at sykmeldte kommer tilbake til jobb, og at de som fortsetter etter nedbemanningen også har noe høyere sannsynlighet for sykefravær. En reduksjon i antall årsverk på

20 prosent førte til en økning i sykefraværet for de som forble ansatt på 7 prosent i sannsynligheten for fravær og 10 prosent reduksjon i sannsynligheten for å bli friskmeldt etter en sykmelding. Effektene av nedbemanningene på sannsynligheten for å motta andre trygdeordninger og det å gå ut av arbeidslivet ble funnet å være mye større enn effekten på sykefraværet.

Basert på et omfattende spørreskjema med svar fra nesten 10 000 hjelpepleiere har SINTEF samlet inn et datagrunnlag som gir mulighet for analyser av en mengde faktorer knyttet til arbeidsmiljø, helse, livsstil, arbeidstid, trivsel, mestring, sykefravær m.m. som til nå har vært benyttet til å se på hva som påvirker trivsel og mestring i denne yrkesgruppen. Det er til nå publisert en rapport (Ose et al., 2009) og det er flere vitenskaplige artikler under publisering. I de analysene som er publisert er det brukt ulike indikatorer for mestring og trivsel som om de er fornøyd med jobben sin, er fornøyd med arbeidstid og stillingsandel, ikke har hatt fravær fra jobb siste halve år (etter varighet), ikke er utslitt når de kommer hjem fra jobben, god evne til å løse problemer som oppstår, at de er fornøyd med sin egen evne til å løse problemer som dukker opp i arbeidet, at de vurderer sin egen arbeidsevne i forhold til fysiske krav ved jobben som god, at de vurderer sin egen arbeidsevne i forhold til psykiske krav ved jobben som god. Disse faktorene er analysert enkeltvis og vi finner at det er arbeidsmiljøfaktorene som i aller størst grad forklarer forskjeller i mestring og trivsel mellom hjelpepleiere ansatt i kommunale tjenester. Det er da kontrollert for kjønn, alder, egenvurdert helse (somatisk og psykisk), arbeidstidsordning, type enhet de er ansatt ved m.m. Den viktigste enkeltfaktoren for trivsel og mestring var å ha en god leder. De som ikke var fornøyd med lederen hadde systematisk høyere sykefravær og lavere skåre på de andre trivsels- og mestringsindikatorerne (ibid).

Det er også skrevet en masteroppgave basert på det samme datasettet, der sammenhengen mellom sykefravær og arbeidstilbud blant sykehjemsansatte hjelpepleier analyseres (Haus-Reve, 2009). Av de 10 000 hjelpepleierne i datasettet oppgir 4 610 at de arbeider på sykehjem. Haus-Reve finner flere faktorer som har signifikant betydning for hjelpepleiernes sannsynlighet for fravær, blant annet; *brutto årsinntekt, barn yngre enn 18 år boende hjemme, egenvurdert fysisk helse, egenvurdert fysisk aktivitetsnivå, alder, sivilstatus og arbeidstilbud*. Det skilles det også mellom hjelpepleierens arbeidstilbud er enten i en deltidsstilling eller om hjelpepleieren arbeider i en full stilling. I første omgang finner man i denne analysen at en hjelpepleier som arbeider deltid har signifikant mindre sannsynlighet for fravær enn hjelpepleiere som arbeider fulltid, med det argumenteres for i oppgaven at det her må trekkes inn at en hjelpepleiers valg om å arbeide deltid eller fulltid er sammensatt, og at det her kan være flere faktorer som kan trekkes inn for å avgjøre hjelpepleierens valg. Dette gir med andre ord et endogenitetsproblem. Videre i oppgaven er det vist at en avgjørende faktor for hjelpepleierens arbeidstilbud avhenger av hvor rik partner hjelpepleieren har. En rik partner med høy inntekt gjør husholdningens økonomiske situasjon mindre avhengig av hjelpepleierens inntekt, og behovet for å arbeide i en større stillingsandel er ikke nødvendigvis tilstede. Modellstruktur og videre definisjon gjør at man kan finne effekt på sykefravær på de hjelpepleierne som har valgt sitt arbeidstilbud ut i fra at de har en rik partner. Dette gir et resultat at man ikke lengre finner signifikant effekt av deltidsarbeid på hjelpepleiernes sykefravær. Dette gir en indikasjon på at når man skal se på hjelpepleiernes fraværrelasjon bør det tas hensyn til at deltid kan være endogen for noen grupper hjelpepleiere.

Arbeidsforskningsinstituttet har utarbeidet en kunnskapsoversikt som samler forskningsresultater relatert til arbeidsmiljøspørsmål i denne sektoren (Sørensen, et al., 1998). Denne litteraturgjennom-

gangen viser at miljøbetingelsene i pleie- og omsorgssektoren innebærer så vel omfattende fysiske som mentale krav for yrkesutøverne. De sentrale faktorer i arbeidsmiljøet som virker inn på de ansattes helse er knyttet til de fysiske, de organisatoriske og de sosiale arbeidsmiljøene (ibid). Denne vil det bli referert nærmere flere ganger senere i rapporten.

En kartleggingsstudie gjennomført av AFI i 2010 (Pettersen, 2010) hadde som formål å gi et faktabasert grunnlag for å vurdere utfordringer og behov for tiltak innen ledelse og lederutvikling innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene i sammenheng med iverksettingen av samhandlingsreformen. Denne vil det bli referert nærmere til i delavsnittet om ledelse senere i rapporten, men et av resultatene fra denne er at flertallet av informantene er enige om at reformen vil føre til økt behov for ledelse innen de enkelte virksomhetene/enhetene innen helse- og omsorgssektoren.

I Norge har et miljø ved universitet i Oslo sett nærmere på hjelpepleiere som egen arbeidsgruppe og gitt ut en rekke artikler (Eriksen, 2003; Eriksen et al., 2003; Eriksen 2004; Eriksen & Einarsen, 2004, Eriksen 2006a, Eriksen 2006b; Eriksen, et al., 2006). Utgangspunktet for en av disse artiklene var observasjoner fra 5 563 hjelpepleiere, i et tre måneders perspektiv (Eriksen, et al., 2003). Her finner de at de viktigste faktorene som bidro til økt sykefravær var oppfattet mangel på oppmuntring og støttekultur på arbeidsplassen, å være ansatt på psykiatrisk eller pediatrik avdeling, ha skadet nakken i et uhell og helseproblemer. Studier som også omfatter andre helsearbeidere finner arbeidstidsordning (Fevang, 2004), fysisk arbeidsmengde (Eriksen, 2006b) som også mulige faktorer til å forklare sannsynligheten for å ta ut fravær.

I en artikkel fra 2006 finner også Eriksen at krav og kontroll blant norske hjelpepleiere i arbeid varierer veldig. Kontroll på arbeidsplassen var høyest ved psykiatriske institusjoner og på institusjoner for psykiske utviklingshemmede, og lavest innenfor somatisk sykehjem. Nødvendigheten av generell fysisk funksjon og omfanget av brukere med disse behovene, kan være grunnlaget til denne variasjonen av kontroll på arbeidsplassen (Eriksen, 2006b)

En undersøkelse basert på data fra 29 sykehjemsavdelinger med hovedsak vanlige langtidspasienter ble gjennomført i 2004 av SINTEF (Paulsen et al., 2004). Formålet med dette prosjektet var å undersøke sammenhengen mellom personellinnsats og variasjoner i kvalitet i et utvalg norske sykehjem. Rapporten finner i utgangspunktet en sterk sammenheng mellom i hvilken grad ansatte opplever å ha nok bemanning, og kvaliteten i tilbudet til beboerne – målt med i alt fem kvalitetsindikatorer. De finner i midlertidig svært svake sammenhenger mellom variasjoner i de ansattes vurderinger av bemanningssituasjonen og faktisk bemanning, uttrykt i årsverk per beboer. De finner heller ingen indikasjoner på at økningen i faktisk pleiebemanning bidrar til økt kvalitet. Det ser ut til at de viktigste bidragene til kvalitetsøkning er knyttet til arbeidsmiljømessige forhold, et klima som vektlegger kompetanseutvikling og gjensidig kollegial veiledning, sykefravær i avdelingen, bygningens alder og samarbeid med pårørende og andre.

Forskningsprosjektet Omsorg og effektivitet har blant annet resultert i boken "Omsorg som en vare? Kampen om omsorgens sjel" (Rønningen, 2004). Utgangspunktet for prosjektet var debatten om privatisering og konkurranseutsetting av omsorgstjenestene (hjemmehjelp og hjemmesykepleie) i kommunene. Prosjektet studerte omsorgstjenesten i seks kommuner: to med konkurranseutsatte tjenester, to fra Modellkommuneprosjektet som satset på effektivisering uten konkurranseutsetting, og to «vanlige» kommuner. I alle kommunene ble brukere og personell intervjuet. Brukernes svar er

ordnet i ni indekser som belyser tjenestenes kvalitet. Forskningsprosjektet viste også klare forskjeller. De fire kommunene som satte effektivisering i sentrum, med eller uten konkurranseutsetting, skåret vesentlig dårligere på alle brukerindeksene som belyste menneskesidene ved. Hovedbudskapet fra forskningsprosjektet er at omsorg må aldri bli en vare (ibid).

1.3 En sektor i endring

Sysselsettingen i kommunene har økt med om lag 17 prosent siden årtusenskiftet og utgjør i 2010 over 450 000 sysselsatte. Parallelt har pasientrettigheter blitt styrket (Pasientrettighetsloven år 1999). I henhold til lov om Sosialtjenester og Helsetjenester i kommunene skal vurderingen av brukerens behov, og utformingen av brukerens tilbud, skje i nært samarbeid med brukeren selv. Det skjedde også en skjerping av kvalitet på tjenestene (Kvalitetsforskriften år 2003). Den nye Loven om Helsepersonell (1999) presiserte og tydeliggjorde, en ansvarsfordeling mellom faglært og ikke faglært personell, blant annet når det gjaldt ansvar for medikamenthåndtering innen tjenestene. Gjennom kommuneloven av 1992, som eksplisitt krever at kommunene skal praktisere planstyring i forvaltningen av egne økonomiske midler, økte fokuset på økonomistyring.

I juni 2009 la Regjeringen Stoltenberg II fram Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Bakgrunnen for Samhandlingsreformen er at den demografiske utviklingen og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne i relativt nær fremtid. I tillegg er ikke pasientenes behov for koordinerte tjenester god nok ivaretatt i dagens helsetjenester og tjenestene har for liten innsats rettet mot å begrense og forebygge sykdom.

Samhandlingsreformen bygger blant annet på en overordnet målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

Samhandlingsreformen er konkretisert i følgende punkter:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet samt kostnadseffektivitet
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp

Samhandlingsreformen legger opp til økt aktivitet i kommunene, med en gradvis oppbygging av kompetanse for å øke aktivitet og kvalitet i kommunene.

18. oktober 2010 sendte Helse- og omsorgsdepartementet ut forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov på høring, med høringsfrist 18. januar 2011. Forslaget er en oppfølging av blant annet St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Lovforslaget er ment å både sikre bedre samhandling innad i kommunen, men også mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det foreslås lovregulert at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester og med andre tjenesteytere. Det foreslås også å innføre et nytt avtalesystem mellom tjenestenivåene. Et lovfestet avtalesystem tenkes å

kunne bidra til et mer likeverdig partsforhold i avtaler, og sikre en mer enhetlig praksis. Kommunens plikter skal i all hovedsak videreføres, men pliktene foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt. I forslaget oppheves skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester. I stedet foreslås en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk, herunder felles klage- og tilsynsinstitusjon. Helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven. I dag er helsepersonells yrkesutøvelse regulert av helsepersonelloven som blant annet gir regler om forsvarlighet, taushetsplikt, dokumentasjonsplikt og autorisasjon. Tilsvarende regulering finnes ikke for personell som yter sosiale tjenester. Personellens plikter varierer dermed til tross for at deler av dagens sosial- og helsepersonell innen pleie og omsorg, psykisk helsearbeid og i arbeidet med rusmiddelavhengige i stadig større grad arbeider innenfor de samme feltene. At pliktene for personellet varierer, kan i følge myndighetene kan være uheldig, både i forhold til brukerne og i forhold til det enkelte personell.

Samhandlingsreformen fremhever kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Kommunene har allerede i dag et slikt ansvar, men det foreslås at dette tydeliggjøres i loven. Fastlegene trekkes frem som sentrale i oppfølgingen av samhandlingsreformen og det skal utvikles gode alternativer i kommunene til sykehusinnleggelse for pasienter som har behov for døgnopphold for observasjon, undersøkelse og behandling. Kommunal medfinansiering og samarbeidsprosjekter mellom helseforetak og kommuner vil kunne gi incentiver til å etablere slike tilbud i kommunene.

Når slike endringer foreslås er det viktig at kunnskapsgrunnlaget er godt. Uansett hvordan kunnskapsgrunnlaget for samhandlingsreformen har av mangler, vil utfordringene komme. Dette har vært utfordringer som har vært kjent i mange år, som for eksempel en sterk økning i etterspørselen etter lokale helse- og omsorgstilbud i årene fremover. Økt etterspørsel etter lokale tjenester vil øke som følge av at befolkningen blir eldre, lever lenger og at tjenestene i fremtiden vil i større grad måtte tilbys gjennom førstelinjen heller enn gjennom spesialisthelsetjenestene.

Det er også skjedd flere endringer i organisering av tjenestene. For eksempel "bestiller – utfører" organisering, har flyttet vurderingen av den enkelte brukers behov lenger vekk fra utførerne av tjenestene. Den kommunale omsorgstjenesten består sykehjem, hjemmetjenester og omsorgsboliger. Tildeling av disse tjenestene har, i mange kommuner, blitt sentralisert til egne bestillerenheter med spesialisert kompetanse på saksbehandling.

Balansert målstyring er et annet konsept som flere kommuner har tatt i bruk. Her skal kommunene gjennom politikere og toppledelsen utarbeide konkrete mål som resultatene skal gjennomføre. Målet er å gjennom et slikt system kunne implementere og ytelsesmåle vedtatte strategier på alle nivåer i en organisasjon.

Parallelt med dette har New Public Management tankegangen fått rotfeste og denne tilsier delegering av styringsfullmakter til synlige og sterke ledere av virksomheter, eksplisitte standarder og mål på ytelse, definisjoner av mål, indikatorer på suksess, helst kvantifisert. Kobling av resultatallokering og belønninger knyttet til måloppnåelse, oppstyking av sentralisert personalpolitikk, økt konkurranse i offentlig sektor, økt bruk av kontrakter og anbud, bruk av styringspraksis fra privat sektor, større fleksibilitet vedrørende ansettelse og incentivstrukturer, bruk av PR, strengere budsjett disiplin, kostnadsutt, økt arbeidsdisiplin, motsette seg krav fra fagforeninger osv. Se for eksempel Dalby (2005).

Kommunene har gjort endringer i organiseringen for å desentralisere makt til de som står nærmest brukerne og nedbygging av administrative nivåer. Flat struktur og resultatenheter er i tråd med NPM-tankegangen. To-nivå modellen, der kommunalsjef-leddet er fjernet, har blitt vanlig og myndighet delegeres nedover i organisasjonen til resultatsenhetene. I begrepet flat struktur inngår også ofte en endring av politikerrollen og organiseringen av det kommunalpolitiske system (ibid). Politikerne skal primært tenke strategisk, og den tradisjonelle formannskapsmodellen erstattes av en strategisk formannskapsmodell eller en parlamentarisk modell. Flattere struktur skulle bidra til innsparing og avbyråkratisering, tydeligere ansvarsfordeling internt i administrasjonen og mellom politikere og administrasjon, større ansvar og oppgaver gjennom desentralisering og myndiggjøring av ansatte og kvalitetsforbedring ved at avgjørelser treffes nærmere brukeren.

Innføring av ulike "oppskrifter" på hva som er gode organisasjonsideer og trender i tiden, er ofte politisk, strategisk motivert (Røvik 2007). En "god kommune" er, i følge Røvik, en kommune som baserer sitt omdømme på å følge de nye trendene, delta i de nyeste prosjektene, og innføre de siste modeller og systemer, som finnes i tiden. I dagens arbeid med å forebygge sykefravær eksisterer ulike interessenter for hvordan en god kommune skal drives. Både staten, KS og de ulike forbundene har foreslått ulike reformer og vektlagt trender, som sikrer deres egne interesser.

Når tjenestene i større grad skal tilbys i førstelinjen, vil dette medføre nye og endrede kompetansekrav til kommunene, og nye roller, for både pasienter og ansatte i tjenesten. Kunnskap om tjenestene, de ansatte, ledelsen i tjenestene og i de ulike nivåene i kommunene er nødvendig for å kunne møte disse utfordringene.

1.4 Oppsummert

Å forstå hva som foregår på ulike nivåer i kommunale organisasjoner er av stor betydning når vi skal se på lokalt samarbeid i IA-avtalen. Det ikke nok å forstå hvordan enheter som sykehjem eller hjemmetjeneste fungerer hver for seg, men en må også forstå hvordan de ulike nivåene i organisasjonen på ulike måter legger rammer for hva som formes og skapes i det enkelte sykehjem eller hjemmetjeneste.

I vårt prosjekt har vi derfor villet fremskaffe kunnskap også om hva som foregår mellom de ulike nivåene i de enkelte kommunene. Nivåene er politisk ledelse, administrativ ledelse, operativ ledelse på tjeneste- og virksomhetsnivå og arbeidstakerne ute i enhetene. Disse nivåene har svært ulike funksjoner og det stilles ulike krav til effektivitet og kvalitet i de enkelte nivåene. De står også ovenfor et heterogent knippe av utfordringer.

Det politiske nivået har funksjoner som innebærer ledelse, prioritering og beslutning og styrer blant annet gjennom kommuneplanens samfunnsdel og arealplan som gir grunnlaget for politikk og forvaltning. Oppgavene inkluderer resultatoppfølging, evaluering, sikre god ressursutnyttelse til det beste for innbyggerne osv. Utfordringene ligger i knappe ressurser, ofte uavklarte resultatmessige forventninger og alle trendene og endringene de kontinuerlig må forholde seg til som for eksempel Samhandlingsreformen, regionale interkommunale samarbeid osv.

På neste nivå, i kommunens administrasjon, befinner rådmannen og rådmannens stab seg. Funksjonene er her styring og strategisk planlegging. De måles på endring, utvikling og revisjon i

henhold til politiske forventninger. utfordringene her kan være oversettelse av politiske vedtak og konsekvensvurderinger, økonomisk rammestyring, virksomhetsforståelse, verdi og styringsparadokser og politisering av rådmannsfunksjonen (delegering).

På virksomhetsnivå innen pleie- og omsorgstjenestene, er det mellomledere som både har administrativt og faglig ansvar. De måles på rekruttering og kompetanseutvikling, oppfølging og utvikling av HMS og kvalitetssystem og styrer etter politisk vedtatte budsjett. utfordringene kan her ligge i ledelse og systemforståelse og det er viktig å definere roller, avklare forventninger og delegering av daglig drift og fag.

På det operative nivået gjennom team eller differensiert avdelingsnivå ligger funksjonene som handler om daglig drift av hver avdeling. Effektivitet og kvalitet oppnås trolig gjennom ansvarliggjøring og medvirkning i utvikling av egen arbeidsplass, utvikling av teamsamarbeid og organisasjonsforståelse (Ansvarsvaktsystem). utfordringene ligger i relasjoner der stikkord er tillit, dialog, lagarbeid/teamarbeid, erfaringsoverføring, organisasjonslæring og faglig kompetanseutvikling.

For den faglige lederen ligger oppgaver som faglig veiledning og kompetanseutvikling i teamet og oppfølging av brukere i henhold til behov. utfordringene her kan ligge på profesjon- og rolleforståelse, tillit og faglig dialog med basisbemanningen/teamene, interessekonflikter mellom ulike utdanningsgrupper, og ulike forventninger fra ledelse og team. utfordringene ligger i at de faglige lederne ofte får roller som teamledere med oppgaver som er utenfor daglig drift.

Disse nivåene skal på ulike måter og på ulike arenaer forholde seg til hverandre. Gjennom et godt samarbeid og effektiv oppgavedeling og utføring skal de produsere gode kommunale tjenester. De ansatte i de enkelte enhetene/tjenestene forholder seg på forskjellige måter til de ulike nivåene i kommunene. Deres arbeidshverdag og kvaliteten på det de produserer kan tenkes å påvirkes av det som foregår ellers i kommunen.

Vi har i dette prosjektet forsøkt å finne ut mer om hvor stor betydning de enkelte nivåene har for det lokale arbeidet med arbeidsmiljø, nærvær eller fravær. Vi har spesielt forsøkt å finne ut mer om hva kommunale pleie- og omsorgstjenester gjør innen rammen av IA-avtalen og hva faktisk legger i begrepet inkluderende arbeidsliv og IA-arbeid. Prosjektet bygger videre på eksisterende kunnskap om kommunale pleie- og omsorgstjenester. Vi har gjennomført en rekke intervjuer med ledere og ansatte i kommunene. Kunnskap vi har oppnådd gjennom intervjuene har gitt hypoteser som vi har forsøkt å belyse og teste gjennom kvantitative analyser av nye og gamle data brukt på en ny måte.

De ulike datakildene beskrives i kapittel 2. I kapittel 3 ser vi nærmere på sysselsettingen i pleie- og omsorgssektoren, mens kapittel 4 går nærmere inn på sykefravær og ulike forklaringer på variasjon. I kapittel 5 ser vi på samarbeid, mens kapittel 6 tar opp ledelse. Kapittel 7 er viet til arbeidsmiljø mens vi i kapittel 8 knytter alt sammen gjennom diskusjoner som fører frem til noen klare anbefalinger om det videre arbeidet med IA i kommunal sektor.

2 Metode og datagrunnlag

SINTEF Helse, Gruppe for arbeid og helse, har god kompetanse på arbeidsliv, IA-avtalen og sykefraværsforskning med et tverrfaglig makroperspektiv. I dette prosjektet, som skulle gi et viktig kunnskapsgrunnlag om det kommunale IA-arbeidet, var det behov for å hente inn ekstern kompetanse. Prosjektforslaget vårt vokste ut av dette samarbeidet, og samarbeidspartene og måten samarbeidet har vært gjennomført på er beskrevet i neste avsnitt (2.1) før vi går nærmere inn på de ulike datakildene benyttet i dette prosjektet (2.2).

2.1 Samarbeid i prosjektet

I dette prosjektet samarbeider vi med to av landets 19 arbeidslivssentre (NAV Arbeidslivssenter). Hvilke oppgis ikke av anonymitetshensyn av casekommunene. Vi har også samarbeidet med Exonero ved Ingunn Brattlid. Sammen med disse står prosjektgruppen rustet til å gå ut i kommunene og sanke informasjon, tolke resultatene og gi anbefalinger tilbake til kommunene om hva vi har funnet ut og hvordan de kan bedre sine rammer for et godt lokalt samarbeid.

2.1.1 Arbeidslivssentrene

Rådgiverne som arbeider ved NAV Arbeidslivssenter har en bred og tverrfaglig yrkes- og utdanningsbakgrunn, og i evalueringen av IA-avtalen (Ose et al., 2009) ble denne kompetansen framhevet som en viktig styrke ved arbeidslivssentrene, og som etter rådgivernes mening ga dem mulighet til å arbeide målrettet og effektivt med IA-arbeidet i ulike virksomheter. I IA-arbeidet i ulike virksomheter er rådgiverne flinke til å spille på hverandre for å best mulig tilpasse den hjelpen som de tilbyr til IA-virksomhetene.

Arbeidslivssentrene er organisert fylkesvis, direkte underlagt fylkesdirektøren. Rådgiverne benytter det meste av tiden sin til å være ute i de virksomhetene de er kontaktperson for. Evalueringen viste også at mange av rådgiverne var opptatt av at de skulle tilby virksomhetene hjelp på systemnivå, noe som innebærer at deres viktigste kontaktpunkt i virksomhetene er virksomhetens ledelse. Kun en liten andel av rådgiverne rapporterte at de ofte har kontakt med enkelte ansatte i de ulike virksomhetene. Rådgivernes arbeid var primært rettet mot store virksomheter som i hovedsak var kommunale, de vektla også at det var i de store virksomhetene det var mest å hente i forhold til sykefraværsreduksjon.

Alle fra arbeidslivssentrene har vært med på dette prosjektet ut i fra sin stilling. Dette betyr at de ikke er lønnet av prosjektet men har brukt eget driftsbudsjett på reiser til prosjektmøtene.

2.1.2 Exonero

For å styrke den praktikerfaglige delen av prosjektet har SINTEF i dette prosjektet knyttet til oss Ingunn Brattlid som eier og driver Exonero. Hun er sykepleier av utdanning og har lang fartstid i kommunale pleie- og omsorgstjenester. Brattlid er coach, veileder og konsulent med lang erfaring med å jobbe mot kommunale tjenester. Hun har kunnskap og lang erfaring innenfor ledelse, arbeidsmiljøproblematikk, organisasjonsutvikling og endringsarbeid med ansvar for ulike prosjekter i offentlig helse- og sosialtjenester. Gjennom dette prosjektet har hun også skrevet masteroppgave innen organisasjon og ledelse.

Ingunn Brattlid og Exonero har hatt kontrakt med SINTEF og har vært underleverandør i prosjektet og fakturert timene som er benyttet etter hvert som de har påløpt. Brattlid har sammen med prosjektleder deltatt i alle intervjuene som er gjennomført i prosjektet.

2.1.3 Organisering og gjennomføring av samarbeidet

SINTEF er prosjekteier og prosjektansvarlig. Styringsgruppen har bestått av seniorforsker Marian Ådnanes fra SINTEF og hver av de to avdelingsdirektørene ved NAV Arbeidslivssenter.

Arbeidsgruppen har bestått av fire forskere fra SINTEF, konsulent Brattlid og to rådgivere fra hvert av arbeidslivssentrene.

Arbeidsgruppe	
Navn	Org./institusjon/bedrift
Solveig Osborg Ose (seniorforsker/dr.polit)	SINTEF
Ingunn Brattlid (veileder/konsulent/coach)	Exonero
Silje Haus-Reve (M.Sc.)	SINTEF
Roland Mandal (forsker)	SINTEF
Anne Mette Bjerkan (forsker)	SINTEF
Rådgiver 1	ALS FYLKE 1
Rådgiver 2	ALS FYLKE 1
Rådgiver 3	ALS FYLKE 2
Rådgiver 4	ALS FYLKE 2

Forskerne fra SINTEF er fra SINTEF Teknologi og samfunn, avd. Helse. De er alle med i Gruppe for arbeid og helse der Solveig Osborg Ose er forskningsleder.

Vi har samarbeidet i alle fasene av prosjektet og vi har hatt følgende samlinger, der alle samlingene har vært heldagsmøter. Ulike tema ble diskutert på samlingene, jf neste tabell.

Når	Hvor	Hva ble diskutert
10. desember 2009	Arbeidslivssenter A	Oppstartsmøte
12. februar 2010	SINTEF, Trondheim	Møte med samarbeidspartene, diskusjon om utvalgsriterier, tema m.m.
22. februar 2010	Arbeidslivssenter A	Møte med styringsgruppen, deling av erfaringer i arbeidet med kommuner og andre IA-virksomheter
5. mars 2010	Arbeidslivssenter B	Work shop: Diskusjon rundt rekruttering av casekommuner, innbydelsesbrev, den nye IA-avtalen, ferdigstilling intervjuguide, tidsplan.
27. august 2010	Arbeidslivssenter A	Formidling av foreløpige funn og diskusjon. Rådata presentert og diskutert. Faglige diskusjoner rundt ledelse, samarbeid, organisering.
25. november 2010	SINTEF, Trondheim	Work shop. Diskusjoner rundt særlig ledelse og samarbeid
14. desember 2010	Arbeidslivssenter B	Møte med styringsgruppen: Presentasjon av resultat og diskusjoner.

2.2 Datakilder

I dette prosjektet benytter vi 4 ulike datakilder:

- Data fra Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret (Aa-registeret) og Sykefraværsregisteret for hver kommune ti år tilbake i tid
- Intervjuer med ulike respondenter i 6 kommuner (ordførere, rådmann, kommunalsjef, virksomhetsleder, avdelingsledere/fagledere, tillitsvalgte og verneombud)
- Spørreskjemadata fra 10 000 hjelpepleiere utført gjennom et NFR prosjekt våren 2008
- Data fra evalueringen av IA-avtalen om samarbeid som tidligere ikke er utnyttet fra 600 kommunale enheter

2.2.1 Registerdata på detaljert næringskode

SINTEF har bestilt data fra SSB på 5-sifret næringskode. Dette betyr at det vi kan finne frem til sykehjem og hjemmetjenester, jf kapittel 1.3 foran. Datastrukturen er som følger:

$X_{y,i,j}$ der $y = \text{variabelnummer (1, \dots, 11)}$, $i = \text{kjønn (0,1,2)}$ og $j = \text{kvartal (1, \dots, 4)}$

X_1	Arbeidsstedskommune
X_2	Kjønn
X_3	NACE-næring, ny standard SN07
X_4	Tapte dagsverk pga. eget sykefravær
X_5	Avtalte dagsverk
X_6	Hovedarbeidsforhold
X_7	Hoved- + biarbeidsforhold
X_8	Antall ansatte
X_9	Sykefraværsprosent
X_{10}	Kvartal, ÅÅK
X_{11}	Næring, fem-sifret

Med ulike aggregeringer på mellomnivå består datasettet av 869 105 unike observasjoner. Vi har koblet kommuneinformasjon på dette datasettet, blant annet behovstall på kommunenivå.

Det har vært to skifter av næringsstandard i løpet av perioden det leveres data for. SN94 gjelder fra og med 2. kvartal 2000 til og med 3. kvartal 2002. SN02 gjelder fra og med 4. kvartal 2002 til og med 4. kvartal 2008, og SN07 gjelder fra og med 1. kvartal 2009. Tall for alle kvartaler i 2008 er oppdatert med SN07. SINTEF mottok derfor tre store kvartalsfiler fra SSB med tre ulike næringsstandarder.

Kvartalsfiler med samme næringsstandard er slått sammen til én stor fil. Dette betyr at data ble levert i tre filer med hver sin standard (SN94, SN02, SN07). Variablene vil likevel ha samme navn.

Informasjon om antall arbeidsforhold kommer fra Arbeidstakerregisteret (AA-registeret) og omhandler både hoved- og biarbeidsforhold. Populasjonen er arbeidstakere 16-69 år som har et aktivt arbeidsforhold registrert i AA-registeret og som er registrert bosatt i Norge. Arbeidstakere med arbeidsforhold av svært kort varighet eller med avtalt arbeidstid mindre enn fire timer i uken samt selvstendig næringsdrivende faller utenfor populasjonen.

Nødvendige godkjenninger via SSB er foretatt i henhold til reglene og det er levert søknad om tilgang til data og dispensasjon fra taushetsplikt

2.2.2 Intervjuer med ulike respondenter i 6 kommuner

2.2.2.1 Utvelging av kommuner

Casekommunene i dette forskningsprosjektet ble plukket ut gjennom et strategisk utvalg. Utvalget var basert på data om sykefravær i alle pleie- og omsorgsenhetene fra SSB (standard data fra Nasjonalt fraværsregister) i to fylker. I en totaloversikt over alle kommunene i disse to fylkene var det ønskelig å ha med kommuner både med høyt og lavt sykefravær.

De to arbeidslivssentrene har bistått i arbeidet med å velge ut 3 kommuner hver basert på følgende kriterier:

- a) To kommuner som ALS har vært mye inne i og som har høyt sykefravær
- b) En kommune ALS har hatt mindre kontakt med som både kunne ha høyt eller lavt sykefravær
- c) En kommune ALS vet arbeider spesielt godt med IA og sykefraværsreducerende tiltak

Alle kommunene ble tilskrevet og fikk et brev med invitasjon og informasjon om prosjektet. En av kommunene som ble tilskrevet takket nei til å delta i prosjektet, men har ikke grunnlagt dette videre. En rådmann fra en annen kommune hørte et foredrag av prosjektleder der det ble fortalt om prosjektplanene, og ba om å få delta som casekommune. Kommunene tilfredsstilte utvalgskriteriene og fikk dermed erstatte den kommunen som takket nei.

Totalt innenfor disse kommunene ble 12 case-enheter fra sykehjem og hjemmebaserte tjenester med i datagrunnlaget.

2.2.2.2 Utvelging av respondenter i kommunene

Ordfører og rådmann i hver av de seks casekommunene mottok en invitasjon fra oss om å delta i prosjektet. Vi ba de velge ut ett sykehjem og en hjemmetjeneste og ba om å få snakke med følgende personer:

- Tillitsvalgte og Hovedtillitsvalgte (på sykehjem & hjemmetjeneste)
- Verneombud og Hovedverneombud (på sykehjem & hjemmetjeneste)
- Gruppeledere/avdelingsledere (på sykehjem & hjemmetjeneste)
- Virksomhetsledere (på sykehjem & hjemmetjeneste)
- Kommunalsjef
- Personalsjef
- Sentrale personer innen IA-arbeid
- Rådmann
- Ordfører

Alle de ønskede informantgruppene samtykket og ønsket å delta i undersøkelsen.

De plass-tillitsvalgte skulle være fra de fagforeningene som hadde flest medlemmer i virksomheten og var i hver kommune representanter fra Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Delta. Hovedtillitsvalgte var i alle kommuner Fagforbundet eller NSF. Verneombud og hovedverneombud representerer alle ansatte, eller grupper av ansatte i virksomhetene. Vi snakket med samtlige gruppeledere og de aller fleste avdelingslederne der sykehjemmet eller hjemmetjenesten var organisert på denne måten.

I en kommune er det en kommunalsjef vi ikke har intervjuet, men informasjonen fra de som arbeider tett med vedkommende mener de har gitt oss tilstrekkelig informasjon. I denne kommunen tilsier ikke situasjonen at utelatelse fra dette intervjuet har sterke seleksjonseffekter på resultatene.

I en annen kommune ble et verneombud bevisst ikke informert om prosjektet eller invitert til å delta i intervju. Vi tok selv initiativ til intervju der vi kunne snakke med vedkommende. Vi oppdaget gjennom dette intervjuet store interne konflikter i en hjemmetjeneste. Dette hadde stor betydning for hva vi fant ut videre i denne kommunen.

Vi har ikke oppdaget andre tilsvarende tilfeller der kommunene bevisst har forsøkt å hindre oss i å snakke med noen. Vi har også vært så spesifikk i forhold til hvilke roller respondentene skulle ha slik at de som har bedt folk delta i intervju ikke har kunnet velge intervjuobjekter ut fra hvordan de forventet de ville fremstille kommunene.

I kommuner som hadde flere sykehjem og distriktsorganiserte hjemmetjenestebaser fikk vi snakke med alle virksomhetsledere og noen gruppeledere fra alle tjenestene.

Flere kommuner har IA-ansvarlige eller ulike prosjektgrupper som arbeider med IA-relaterte prosjekt. Vi har snakket med alle de som har hatt slike roller i alle kommunene unntatt i en kommune der det

IA-ansvarlig var langtidssykmeldt. Personalsjef hadde her utfyllende informasjon om kommunenes IA-arbeid.

Informasjon til respondentene

Alle intervju startet med en runde der vi informerte om prosjektet. Vi informerte da om hva utgangspunktet for prosjektet var (se kapittel 1.1) og hva vi ønsket å snakke med de om. Det ble informert om at det ble gjort digitale opptak og alle bekreftet at dette var greit. Vi fortalte at det de sa ikke ville bli personidentifisert og at kommunene var anonyme i prosjektet.

Gjennomføring av intervjuene våren 2010

Intervjuene ble gjennomført våren 2010 i perioden 9. april – 24. juni. Vi var i hver av de seks kommunene i to hele arbeidsdager og av ulike grunner var ikke dette alltid påfølgende dag. I en kommune ble de ansatte i tjenestene tatt ut i streik så de måtte vi ta på et senere tidspunkt, mens i en annen kommune var vi der på både fredag og påfølgende mandag.

Det har vært utfordrende å finne intervjutidspunkt for så mange intervjuer, men vi har fått god hjelp fra sentrale personer i de seks kommunene.

Det er altså brukt 12 arbeidsdager på å gjennomføre intervjuene og alle intervjuene er gjennomført av prosjektleder og Ingunn Brattlid i Exonero. Alle intervjuene er tatt opp på digitalt lydbånd, lagret på SINTEF servere og deretter transkribert av prosjektsekretær ved SINTEF. To forskere fra SINTEF har kodet alle intervjuene og dette ble gjort i løpet av september 2010.

Oversikt over kommuner og respondenter

Tabell 2.1 Totaloversikt over rekruttering og deltakende kommuner til prosjektet

Fylke	Kommune	Antall sykehjem	Antall hjemmetjenester	Totalt antall informanter
A	1.	1	1	14
B	2.	1	1	15
B	3.	1	1	12
A	4.	1	1	14
A	5.	1	1	15
B	6.	1	1	17
		6	6	87

Hver kommune var uvitende om hvilke andre kommuner som deltok i undersøkelsen. Den eksakte kommunedeltakelsen ble arkivert i SINTEF's arkiv, og ble definert ut fra et tildelt nummer i denne oppgaven.

Tabell 2.2 på neste side gir en oversikt over totalt antall informanter fordelt på ulike typer av ansatte roller.

Tabell 2.2 Oversikt over informantene

Kjønn	Informanttyper						
	Ordførere	Rådmenn	Kommunalsjef og virksomhet ledere	Operative ledere/avd. ledere gruppel.	Personal/stab	Tillitsvalgte	Verneombud
Kvinner	2	1	19	21	4	14	5
Menn	4	5	2	1	6	1	2
Totalt = 87	6	6	21	22	10	15	7

Koding og analyser

Kodingen av intervjuene er gjort gjennom en metode utviklet i SINTEF, Gruppe for arbeid og helse. Metoden innebærer at alle intervjuene kodes detaljert av forskere. I dette prosjektet ble intervjuene kodet i om lag 80 ulike koder. Alle sitat kodes og ved hjelp av koblinger mellom celler i Excel, rekkevisse sorteringsfunksjoner og formateringsutvalgelse produseres et word-dokument som inneholder alle sitatene og informasjon fra alle som er intervjuet (casekommune og rolle) fordelt i kapitler og underkapitler. Analysene gjøres med å gjennomgå de aktuelle kapitlene/kodene for hvert tema.

Det er også levert en masteroppgave innen organisasjon og ledelse basert, ved Høyskolen i Østfold, på dette datagrunnlaget (Brattlid, 2010) og en annen, fra NTNU er underveis.

Godkjenning fra NSD

Den delen av prosjektet som gjelder intervjuene med kommunene er meldt til og godkjent av Personvernombudet gjennom Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS (NSD).

Prosjektet er omfattet av reglene for behandling av personopplysninger, jf § 7-27 i personopplysningsforskriften, og vi har derfor hatt korrespondanse med personvernombudet i de ulike delene av prosjektet. Når det kom med nye prosjektarbeider (nye ansatte i SINTEF) ble det sendt en endringsmelding til NSD og de nye prosjektmedarbeiderne ble registrert i NSD. Ombudet vurderte det videre slik at det ikke var nødvendig å gi deltagerne tilleggsmelding om at nye prosjektmedarbeidere skulle få tilgang til datamaterialet.

2.2.3 Survey blant 10 000 hjelpepleiere fra våren 2008

Analysen basert på dette datagrunnlaget finnes i hovedsak i kapittel 6 og 7 om hhv ledelse og arbeidsmiljø.

Dette prosjektet ble finansiert av Norges forskningsråd, Folkehelseprogrammet. Prosjektet i Norges forskningsråd hadde tema arbeidsbetingelser og livsstil. For å studere arbeidstid og livsstil trengs en rekke kontrollvariabler for å identifisere effekter. Det har derfor vært en omfattende datainnsamling og variablene vi har samlet informasjon om inkluderer følgende forhold:

Type arbeidsplass, utdanning, erfaring, stillingsandel, type turnus, frivillig/ufrivillig deltid, fornøydhet med arbeidstid og stillingsandel, ønsket stilling, frekvens av arbeid i helg/høytid/ekstravakter/overtid/beordring, sykefravær og annet fravær, årsaker til sykefravær, detaljert informasjon om arbeidsmiljø, ønsker om tidsbruk utenom arbeid, konsekvenser av nåværende arbeidstid, detaljert helseinformasjon, HAD score, fysisk aktivitet, hvordan de reiser til og fra jobb, om de har mulighet for å trene i arbeidstiden og om de gjør det, hvilke aktiviteter de ønsker å drive med for å være mer fysisk aktiv, holdninger til fysisk aktivitet, egenvurdering av arbeidsevne og helse, om de har forsøkt å endre helse og livsstilsvaner, vekt og høyde (BMI), tilfredshet med egen vekt, alkoholforbruk, foreldres fødselsår, røykevaner, foreldres utdanning og yrkesaktivitet, om foreldrene ble uføretrygdet og foreldres alkoholforbruk og fysisk aktivitet, foreldres økonomi, røykevaner og alder da foreldrene gikk bort eller om de lever og forhold til foreldre. I tillegg har vi informasjon om hjelpepleierens kjønn, alder, sivilstatus, om de er oppvokst i Norge, kommunenummer for arbeidsplass og oppvekst, barn, økonomisk situasjon, egen inntekt og husstandens inntekt.

Datainnsamlingen og spørreskjemaet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge (REK Midt-Norge) og Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Spørreskjemaet finnes i vedlegg.

Datasettet som foreligger inneholder svært mye informasjon som også kan utnyttes for å studere andre forhold enn sammenhengen mellom arbeidstid og livsstil, blant annet arbeidsmiljøbetingelser og lederfornøydhet som vi skal bruke det til i denne rapporten.

Populasjon

Kriteriene for at en person skulle være med i utvalget var at vedkommende skulle være:

- Utdannet Hjelpepleier (eller Helsefagarbeider som det nå heter)
- Ansatt i kommunale pleie- og omsorgstjenester (ikke uføretrygdet el. arbeidsledig)
- Medlem av Fagforbundet

Det var i 2008 i alt 32 985 personer som tilfredsstilte disse kriteriene. Det er altså nesten 33 000 personer som er utdannet hjelpepleiere, yrkesaktiv, ansatt i kommunale tjenester og er medlem av Fagforbundet. Kriterium 3 har liten praktisk betydning da omtrent alle som tilfredsstiller kriterium 1 og kriterium 2 er fagorganisert i Fagforbundet.

Trekking av utvalg og datainnsamling

Medlemsregisteret i Fagforbundet ble brukt til å identifisere personer som oppfyller utvalgs-kriteriene. Fra de 33 000 ble det trukket 20 000 tilfeldige navn og adresser.¹ Adressene er medlemmenes privatadresser.²

Disse ble sendt til Sentio som lagde en id-variabel for alle 20 000 adressatene. Dette betyr at medlemsnummer i Fagforbundet ikke er brukt. Skjemaet og frankert svarkonvolutt ble sendt ut 3. april 2008. På følgebrevet ble både logoen til SINTEF og logoen til Fagforbundet tatt med. Skjemaet er trykket i to farger (grønt og sort på hvit bakgrunn der grønt brukes som særlig i lede- eller hjelpetekster). Alle svarkonvoluttene ble trykket med sitt unike id-nummer som ble registrert når respondentene svarte. Vi fikk inn 7 260 skjema i løpet av de neste 6 ukene og sendte en påminnelse til respondentene (med nytt skjema og ferdigfrankert svarkonvolutt) 15. mai. Innen 15. juni hadde 9 484 personer returnert skjema. I løpet av sommeren kom ytterligere 328 skjema. Dette betyr at 26 prosent av svarene kom etter purringen. Totalt ble 9 812 utfylte skjema mottatt.

Vi fikk 264 uåpnede konvolutter i retur med beskjed fra Posten om at adressen var ukjent. Vi har registrert 170 personer som kontaktet oss som sa de ikke kunne bli med av ulike grunner. Det var særlig mange som ikke lenger arbeidet i omsorgssektoren, noen hadde blitt uføretrygdet, noen var uten jobb eller på andre måter i en slik situasjon at spørsmål om arbeidsplass og arbeidssituasjon ikke kunne besvares.

Ved å redusere det potensielle utvalget med kun de som ikke hadde gyldig adresse og hadde en gyldig grunn til å ikke svare (ikke de som av en annen grunn ikke ønsket å delta), ender vi opp med et totalt antall personer som kunne svare på 19 566³. 9 812 svar gir dermed en svarprosent på 50,1 prosent. Vi vet ikke hvor mange av de som ikke har svart som heller ikke tilfredsstillende kriteriene, men som ikke gav oss beskjed om dette.

Svarprosent og presisjon i resultatene

Høy svarprosent er tradisjonelt antatt å være en indikator på høy kvalitet på undersøkelsen. Tanken er at jo flere det er som svarer, jo mer representativt er utvalget. Denne "sannheten" har de senere årene blitt utfordret og det er gjennomført en del studier og eksperimenter som viser få signifikante forskjeller mellom undersøkelser mellom høy og lav svarprosent (American Association for Public

¹ Det er kjørt en random-funksjon i Excel av det totale uttrekket på ca 33.000 medlemmer. Deretter er det slettet vilkårlig nedover i fila til antallet kom ned i 20.000. Svein Rolén i Fagforbundet (medlemsregisteret) har utført trekkingen.

² Alternativet hadde vært å bruke arbeidsstedsadresse, men spørreskjemaet inkluderer mange spørsmål om arbeidsplassen så privat adresse ble valgt.

³ 264 med ukjent adresse+170 som ikke fylte utvalgs-kriteriene (i all hovedsak at de ikke var ansatt i kommunale tjenester lenger). Medlemsregisteret til Fagforbundet er dermed ikke fullstendig oppdatert til enhver tid.

Opinion Research (AAPOR), 2008; Curtin et al., 2000; Keeter et al., 2000; Merkle & Edelman, 2002; Groves, 2006).

Om respondentene på en god måte representerer populasjonen vil avhenge av flere faktorer. Dette er både hva som er den mest relevante faktoren som beskriver populasjonen (her: hjelpepleiere i kommunene), formålet med undersøkelsen (her: kartlegge betingelser knyttet til arbeid, livsstil og helse) og hva resultatene skal brukes til (her: identifisere faktorer som kan forbedres for å bedre situasjonen for hjelpepleiere). Til sammen bør prosjektets formål dermed gi sterke motiv for respondenten å delta.

Spørreskjemaet inkluderer en mengde personlige spørsmål, for eksempel knyttet til helse og livsstil. Vi spør også om høyde, vekt, om de er fornøyd med vekten sin osv. For noen vil dette være følsomme tema og respondenten kan føle det vanskelig å svare. Vi finner for eksempel at kun tre prosent av de som har svart på spørreskjemaet har unnlatt å svare på spørsmålet om de er fornøyd med vekten sin. I tillegg kan det altså være mange som ikke har villet svare på disse spørsmålene som har valgt ikke å sende inn skjemaet. Utvalget vil i så fall være skjevt i den forstand at utvalget i større grad er fornøyd med egen vekt enn populasjonen.

Fordi skjemaet omhandler svært mange tema, kan det være mange grunner for at de som har mottatt spørreskjemaet ikke har svart. En innlysende faktor kan være størrelsen på skjemaet. Det er ni sider tettpakket med i alt 87 spørsmål, der mange av spørsmålene har en mengde underspørsmål. Vi har ikke fått tilbakemelding på at noen ikke ønsket å svare fordi skjemaet var for omfattende, men det er sannsynligvis ikke så rart at de har unnlatt å ta kontakt dersom begrunnelsen var denne. En annen årsak til at folk unnlater å svare er om de tror resultatene kan bli brukt i mot dem, for eksempel av arbeidsgiver. Dette er lite sannsynlig i denne undersøkelsen som er gjennomført i samarbeid med deres egen fagforening. En kan også tenke seg at folk har unnlatt å svare fordi de er fornøyd med sin egen situasjon. Resultatene vil da være skjeve ved at de som ikke er fornøyd er overrepresentert og at resultatene viser at hjelpepleiere er mer misfornøyd enn de faktisk er. Å unnlate å svare om de er fornøyd med situasjonen kan også være en taktisk vurdering, ved at man antar at jo flere som svarer positivt, jo mindre vil gjøres for å bedre situasjonen til hjelpepleierne. En kan like godt tenke seg at de som har det vanskelig i arbeidssituasjonen, ikke har maktet å svare fordi de er sterkt berørt av situasjonen de befinner seg i. Det er dermed vanskelig å si om det er skjevheter i den ene eller andre retningen når det gjelder trivsel og mestring.

En viktig årsak til at så mange som halvparten av alle som mottok skjemaet har valgt å svare, kan være at Fagforbundet la ut en melding på sine nettsider at SINTEF Helse gjennomfører undersøkelsen samtidig som skjemaet ble sendt ut, og at Fagforbundet på denne måten oppfordret sine medlemmer til å svare. Dette bidrar til økt troverdighet til undersøkelsen blant respondentene.

Vi har også lagt vekt på å sikre anonymitet. Svarene ble ikke koblet mot nummeret på svarkonvolutten slik at undersøkelsen er anonym i den forstand at det ikke er mulig å knytte navn til svarene. Disse data inneholder likevel så mye personlig informasjon at de vil være i kategorien "indirekte identifiserbar". Dette betyr at det i teorien vil være mulig å finne ut hvem svarene kommer fra. Vi vet feks kjønn, alder, sivilstand, barn, høyde, vekt, hvilken kommune de arbeider i og hvilken type enhet de arbeider i. I en liten kommune med feks bare én slik enhet kan det hende at kun en person innehar alle de nevnte kjennetegn. Data anses imidlertid som fullt anonym når vi fjerner kommunenummervariablene.

I brevet til respondentene poengterte vi, av etiske grunner, denne indirekte muligheten for identifisering. Dette kan ha bidratt til at noen har unnlatt å svare. Om dette betyr at utvalget er skjevt i den ene eller andre retningen er vanskelig å si noe om.

En svarprosent på 50 % gir derfor ikke grunnlag for å si noe om representativitet i datagrunnlaget. I neste avsnitt ser vi nærmere på noen enkle målbare størrelser i forhold til representativitet. Dette er kjønn, alder og bostedsfylke.

Representativitet

Totalt har altså 50,1 prosent av de som mottok skjemaet svart. Det neste spørsmålet er om dette er et representativt utvalg av de 33 000 personene som oppfyller alle de tre utvalgsriteriene.

For å vurdere representativitet har vi fått listen over alle de 33 000 personene som oppfyller kriteriene påkoblet informasjon om postnummer og fødselsår fra medlemsregisteret i Fagforbundet. Vi har koblet postnummer opp mot kommunenummer og laget fylkesvariabler både for utvalget og for hele populasjonen.⁴ Fødselsår er selvsagt sammenliknbart og vi har beregnet alder i 2008 både for populasjonen og for utvalget.

Tabell 2.3 Utvalgets representativitet, alder, 2008.

	Populasjon		Utvalg		Utvalgets andel av populasjonen
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
<20	2	0	0	0	0
20-24	736	2	130	1	18
25-29	1 398	4	273	3	20
30-39	5 193	16	1 238	13	24
40-49	9 226	28	2 726	28	30
50-55	7 649	23	2 539	26	33
56-59	4 342	13	1 395	14	32
60-67	4 321	13	1 300	13	30
>67	118	0	30	0	25
Totalt	32 985	100	9 631	100	29

Som vist i nederste rad, siste kolonne har vi altså med 29 prosent av alle hjelpepleierne som arbeider i norske kommuner. Det er ingen som er under 20 år i utvalget og kun to personer i populasjonen. I de aller fleste tilfeller vil vi kun bruke aldersgruppen 20-67 år. Fra tabellen over ser vi at utvalget er

⁴ I utvalget har vi brukt kommunenummer knyttet til arbeidssted, mens populasjonens kommunenummer kommer fra bostedsadresse. Det vil derfor være avvik dersom vedkommende bor og arbeider i ulike kommuner. Vi ser her på fylkestall. Avvikene vil derfor kun gjelde de som bor og arbeider i ulike fylker.

noe overrepresentert for personer 50-67 år mens det er relativt færre i de yngste aldersgruppene. Vi har feks med 18 prosent av personene i aldersgruppen 20-24 år mot 33 prosent av de i aldersgruppen 50-55 år. Når vi ser på hvordan populasjonen og utvalget fordeler seg på de ulike aldersgruppene, ser vi at vi har med nøyaktig samme relative antall i utvalget som i populasjonen for den aller største aldersgruppen, dvs de mellom 40 og 49 år. Denne aldersgruppen står for 28 prosent både i populasjonen og i utvalget.

Dette betyr at dersom vi i analysene oppdager at alder har betydning for det vi analyserer, må vi ta hensyn til at utvalget har noe overvekt av personer i de eldste aldersgruppene i forhold til populasjonene.

Det er relativt liten variasjon i hvor stor andel som er med fra hvert fylke, se tabell 2.2, og de fleste fylkene er dekket mellom 28 og 34 prosent av populasjonen. Østfold ligger lavest der kun en av fire er med mens fra Nord-Trøndelag er mer enn hver tredje hjelpepleier med i undersøkelsen. Når vi sammenlikner andelen som bor/jobber i ulike fylker mellom utvalget og populasjonen, ser vi at utvalget har relativt flere i Oppland, Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag og relativt færre i Østfold og Aust-Agder. Uansett er utvalget godt representativt for alle fylker.

Vi konkluderer med at utvalget er relativt godt representativt for alle aldersgrupper og for alle fylker.

Tabell 2.4 Populasjon, utvalg og utvalgsandel etter fylke.

Fylke	Populasjon		Utvalg		Utvalgsandel av populasjonen
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
Østfold	1 906	6	485	5	25
Akershus	2 306	7	620	7	27
Oslo	1 624	5	448	5	28
Hedmark	1 656	5	500	5	30
Oppland	1 789	5	553	6	31
Buskerud	2 052	6	601	6	29
Vestfold	1 349	4	393	4	29
Telemark	1 719	5	454	5	26
Aust-Agder	839	3	229	2	27
Vest-Agder	1 275	4	358	4	28
Rogaland	2 031	6	561	6	28
Hordaland	2 769	8	782	8	28
Sogn og Fjordane	1 041	3	302	3	29
Møre og Romsdal	2 403	7	771	8	32
Sør-Trøndelag	2 175	7	668	7	31
Nord-Trøndelag	1 412	4	486	5	34
Nordland	2 760	8	763	8	28
Troms	1 288	4	360	4	28
Finnmark	568	2	155	2	27
Totalt	32 962	100	9 489	100	29

I tillegg vet vi fra medlemsregisteret i Fagforbundet at kun 795 av de som var i utvalget vårt på 20 000 var menn. Dette tilsvarer 4 prosent av populasjonen (de 20 000 er tilfeldig trukket så vi antar derfor at menn står for fire prosent også av de 33 000). I utvalget vårt er 3,1 prosent menn. Menn er altså noe underrepresentert i utvalget.

2.2.4 Survey blant over 3 100 IA-virksomheter fra 2009

I evalueringsarbeidet av IA-avtalen som SINTEF, Gruppe for arbeid og helse utførte på oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet i løpet av 2008-2009, gjennomførte vi en survey blant IA-virksomheter. Gjennom intervjuer under utarbeidet vi spørreskjema til representanter for ansatte og representanter for ledelsen, se vedlegg til evalueringsrapporten. Dette var ett av våre viktigste datakilder i IA-evalueringen, men det er en del informasjon fra dette datagrunnlaget som tidligere som feks ikke har vært brutt ned på ulike sektorer.

Denne undersøkelsen ble gjennomført sent i prosjektperioden for å få mest mulig oppdatert informasjon fra IA-virksomhetene. Vi sendte derfor ut spørreskjemaet i begynnelsen av november 2008 og gjennomførte purrerunde i løpet av februar og mars 2009. Det var et mål at utvalget skulle være stort nok til å studere nærings- og sektorforskjeller i IA-arbeidet. Det har dermed vært viktig at sammensetningen av virksomhetene reflekterer sammensetningen i IA-registeret i forhold til næring og sektor.

Her har vi ikke nøydt oss med at virksomhetene skal være representative på hovednæringskode (2-sifret næring) som for intervjuene vi gjennomførte i evalueringen, men vi ville også at utvalget skulle være representativt på 3 - sifret næringskode. Det er mange små virksomheter i IA-registeret. Dette skyldes at alle enhetene i et foretak registreres i registeret når foretaket inngår IA-avtale. Det var på uttrekkstidspunktet (oktober 2008), nesten 43 000 organisasjonsnummer registrert i IA-registeret. Vi ønsket ikke å ta med de minste enhetene fordi intervjuene våre viste at de veldig små enhetene i liten grad kan gi informasjon om IA-arbeidet. Samtidig er det viktig å få med små enheter fordi Norge i stor grad består av små virksomheter. Vi valgte derfor å kun inkludere virksomheter med mer enn 9 ansatte. Denne informasjonen ligger i IA-registeret og vi fant ut at 25 024 enheter (med eget organisasjonsnummer) tilfredsstillte dette samtidig som det foreligger informasjon om NACE kode for enheten. Disse virksomhetene er fordelt på 164 3-sifrede næringskoder. Vi har plukket et tilfeldig utvalg innenfor hver av disse 164 kodene. Utvalget er dermed svært representativt for IA-virksomhetene i IA-registeret. Siden virksomhetene er trukket tilfeldig innenfor hver kode er de representative også i forhold til antall ansatte, sektor med mer. Dette betyr at nesten hver femte virksomhet i IA-registeret med 9 eller flere ansatte til å motta spørreskjema, dvs 5000 virksomheter mottok spørreskjema fra oss.

Etter trukket utvalget sendte vi listen med organisasjonsnummer til Bedrifts – og foretaksregisteret i SSB som koblet på postadressene. Brev ble sendt ut sammen med trykket spørreskjema og en nettadresse med egen kode for nettbesvarelse av skjema i begynnelsen av november 2008. Det ble sendt ut to skjema til hver virksomhet, ett adressert til "Daglig leder/virksomhetsleder" og ett til "Hovedtillitsvalgt/tillitsvalgt".

Etter en purrerunde gjennomført i februar/mars 2009 hadde vi fått svar fra 3 092 virksomheter, 64 prosent av alle virksomhetene. I noen virksomheter har både ledelsen og de tillitsvalgte svart, i andre har kun leder eller kun tillitsvalgt svart. Halvparten av lederne har returnert skjema, mens i underkant av 40 prosent av de tillitsvalgte har levert skjema. 66 prosent av svarene fra ledelsen kommer fra daglig leder/virksomhetsleder/enhetsleder, 6 prosent fra hhv. personalleder og leder for HMS-tjenesten. Fra de ansatte kommer 66 prosent fra tillitsvalgt eller hovedtillitsvalgt, mens 22 prosent kommer fra verneombud/hovedverneombud. Mer detaljer om denne surveyen kan leses i Ose et al., 2009 (Evalueringen av IA-avtalen).

Som vist i neste tabell har vi i dette datagrunnlaget omfattende surveyinformasjon fra 1 043 enheter innen helse og sosiale tjenester. Det er disse som brukes i dette prosjektet, men svarene ses i sammenheng med svarene fra de andre IA-virksomhetene.

Tabell 2.5 Antall virksomheter som har svart fra leder og tillitsvalg eller begge, næring. Totalt 3 092 virksomheter.

Næring	Ikke svart	Kun tillitsvalgt	Kun leder	Begge	Totalt	Svarprosent totalt	Antall virksomheter
Jordbruk og skogbruk	38	0	31	31	100	63	10
Fiske	57	14	29	0	100	43	3
Bergverksdrift og utvinning	41	6	18	35	100	59	10
Industri	29	17	26	28	100	71	229
Kraft- og vannforsyning	27	23	20	30	100	73	41
Bygge- og anleggsvirksomhet	43	11	24	22	100	57	133
Varehandel, reparasjon av motorvogner, husholdningsvarer og varer til personlig bruk	52	13	17	17	100	48	214
Hotell- og restaurantvirksomhet	49	11	24	16	100	51	45
Transport, lagring og kommunikasjon	43	13	27	17	100	57	123
Finansiell tjenesteyting og forsikring	51	17	13	20	100	49	50
Eiendomsdrift, utleievirksomhet og forretningsmessig tjenesteyting	39	13	27	21	100	61	130
Offentlig administrasjon, forsvar og trykdeordninger underlagt offentlig forvaltning	31	17	23	29	100	69	383
Undervisning	28	14	29	29	100	72	543
Helse- og sosialtjenester	42	10	27	20	100	58	1 043
Andre sosialtjenester og personlige tjenester	38	13	25	24	100	62	100
Totalt	38	13	26	23	100	64	35
Antall virksomheter	1 908	665	1 281	1 146	5 000		3 092

Etter at denne informasjonen ble samlet inn og hadde vi en database bestående av 3 092 virksomheter, bestilte vi data fra sykefraværregisteret og Bedrifts- og foretaksregisteret for å koble på informasjon. Dette ble særlig gjort for å få sikker informasjon om sykefravær og utvikling over tid.

Følgende variabler er koblet på data for surveyundersøkelsen i etterkant av datainnsamlingen:

$$X_{iAt}$$

der X=antall arbeidsforhold (hoved og bi), sykefraværspersent, i er virksomhet ($i=1,2,\dots,3\ 092$), A er alder inndelt i følgende fem grupper (16-24), (25-40), (41-54), (55-61) og (62-69) og t =tidsperiode (2001 K1, 2001 K2,...2008 K4). Dvs 32 kvartal.

Sykefraværet og antall arbeidsforhold er oppgitt for ulike aldersgrupper, så i teorien kan krystabeller lages på alle nivå (sektor, næring m.m.). Dette betyr at vi har informasjon fra alle landets

virksomheter i celle-datasettet, men kun et utvalg IA-virksomheter som har svart på vår undersøkelse i virksomhetsdata.

Av de 1 043 virksomhetene innen helse- og sosiale tjenester, men vi har også sektorkode informasjon og detaljert 5-sifret næringskoder i dette datagrunnlaget. Det betyr at vi kan plukke ut sykehjem og hjemmetjenester og sammenlikne med andre virksomhetstyper. Totalt er det med i overkant 1 500 kommunale enheter i dette utvalget. De fordeler seg på følgende på ulike enheter som vist i neste tabell. Husk at dette er representativt basert på IA-registeret, vektet med størrelse målt etter antall ansatte, og det skal ikke være representativt feks i forhold til tjenester i kommunene.

Tabell 2.6 Antall virksomheter som har svart fra leder, tillitsvalgt eller begge i kommunal sektor, næring. Totalt 1 582 virksomheter.

	Antall virksomheter i utvalget
80102 Grunnskoleundervisning	378
85327 Barnehager	252
85118 Somatiske sykehjem	116
85322 Boliger/bokollektiv for eldre og funksjonshemmede	93
75110 Generell (overordnet) offentlig administrasjon og økonomiforvaltning	74
85321 Hjemmehjelp	70
75140 Hjelpetjenester for offentlig administrasjon	47
85331 Skolefritidsordninger	43
75130 Offentlig administrasjon tilknyttet næringsvirksomhet	38
85141 Hjemmesykepleie	35
85313 Omsorgsinstitusjoner for eldre og	35
75120 Offentlig administrasjon tilknyttet helsestell, sosial virksomhet, undervisning, kirke, kultur og miljøvern	32
80424 Kommunal musikkskolevirksomhet	23
85326 Kommunale sosialkontortjenester	23
85121 Allmenn legetjeneste	21
85143 Fysioterapitjeneste	20
45230 Bygging av veier, flyplasser og idrettsanlegg	19
85323 Barneverntjenester	19
85334 Arbeidstrening for ordinært arbeid	19
75250 Brannvern	17
85333 Aktivitetssentra for eldre og funksjonshemmede	16
80429 Annen undervisning	15
40130 Distribusjon og handel med elektrisitet	13
85142 Fysioterapitjeneste	13
40110 Produksjon av elektrisitet	11
85335 Varig vernet arbeid	9
91310 Religiøse organisasjoner	9
80103 Spesialskoleundervisning for funksjonshemmede	8
80105 PP-tjenester	8
92510 Drift av biblioteker og arkiver	8
85144 Annen forebyggende helsetjeneste	7
85332 Fritidsklubber for barn og ungdom	7
85114 Rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner	6
85312 Institusjoner for rusmisbrukere	5
Annet	73
Totalt antall virksomheter	1 582

Informasjon fra denne datakilden brukes særlig i samarbeidskapitlet. Dette betyr at vi også har kvantitativ informasjon om IA-samarbeid fra 116 somatiske sykehjem, 70 hjemmehjelpsvirksomheter og 35 hjemmesykepleievirksomheter.

3 Sysselsettingsforhold i kommunale tjenester

I dette kapitlet ser vi nærmere på noen makrostørrelser i kommunale tjenester. Målet er mer kunnskap om sykehjemstjenester og hjemmetjenester og særlig vil vi identifisere og beskrive følgende forhold:

- Fordeling av ressursinnsats (ansatte) mellom ulike kommunale tjenester (kap 3.1)
- Utvikling i sysselsettingen i de enkelte tjenestene de ti siste årene (kap 3.2)
- Utvikling i stillingsandel i de enkelte tjenestene de ti siste årene (kap 3.3)
- Uønsket deltid (kap 3.4)
- Andel menn i kommunale tjenester og utvikling de siste ti årene (kap 3.5)
- Hva forklarer variasjonen i antall ansatte mellom kommuner i de ulike tjenestene? (kap 3.6)

Det eksisterer ikke tilstrekkelig informasjon i offentlig publisert statistikk for å belyse disse problemstillingene på en god måte. Vi har derfor bestilt tall fra SSB som i hovedsak benyttes i dette kapitlet og i kapittel 4.

Datagrunnlaget består av kvartalstall fra andre kvartal 2000 til andre kvartal 2010 fra kommunal sektor, se kapittel 2.2.1. For hver kommune og for hvert kvartal har vi informasjon om antall arbeidsforhold (hovedarbeidsforhold og bi-arbeidsforhold), antall ansatte og antall avtalte dagsverk fordelt på detaljerte næringskoder og på kjønn. Informasjonen er hentet fra Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret (Aa-registeret) som omfatter de aller fleste arbeidstakere i Norge.⁵ Her har vi altså plukket ut hele kommunal sektor (kode 550).

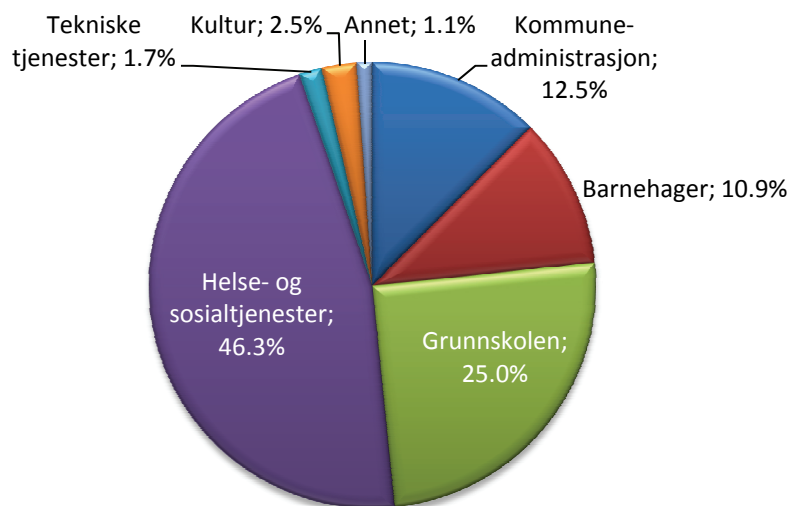
For å belyse noen av problemstillingene bruker vi også informasjon fra intervjuene som er gjennomført i de seks casekommunene (se kapittel 2.2.2) og informasjon fra den store hjelpepleierundersøkelsen som vi gjennomførte i 2008 (se kapittel 2.2.3).

⁵ Populasjonen er arbeidstakere 16-69 år som har et aktivt arbeidsforhold registrert i AA-registeret og som er registrert bosatt i Norge. Arbeidstakere med arbeidsforhold av svært kort varighet eller med avtalt arbeidstid mindre enn fire timer i uken samt selvstendig næringsdrivende faller utenfor populasjonen.

3.1 Fordeling av ansatte mellom på kommunale tjenester

Fra offentlig publisert statistikk fremkommer det at det er nærmere 450 000 sysselsatte personer i kommunal sektor. Disse fordeler seg på ulike områder som vist i figur 3.1.

Figur 3.1 viser at 46 prosent av de ansatte i kommunene jobber innen helse- og sosiale tjenester, mens hver fjerde arbeider innen grunnskolen. Tekniske tjenester utgjør mindre enn to prosent av de ansatte, mens kommuneadministrasjonen sysselsetter nær 13 prosent av alle kommunalt ansatte.



Figur 3.1 Sysselsatte i kommunale tjenester i prosent av alle sysselsatte i kommunene. 2009.

Dette er fordelingen vist i offentliggjort statistikk for 2009. I tallene på kommunenivå fordelt på detaljert næringskodenivå vi har mottatt fra SSB, finner vi at det er 483 600 ansatte i kommunal sektor i 2010, altså nesten 40 000 flere enn det som ligger i de publiserte tallene. Vi antar at dette skyldes at SSB unngår dobbelttelling når folk har deltidsstillinger i ulike tjenesteområder, mens dette er vanskelig å unngå når en bruker data aggregert på ulike næringskoder som vi gjør. Dette har liten praktisk betydning i våre analyser og avvikene er ikke store. I våre tall er det 23 prosent av de sysselsatte i kommunene som arbeider i undervisningssektoren (84 prosent av disse er innen ordinær grunnskoleundervisning), mens nær 60 prosent arbeider i helse- og sosiale tjenester, men dette er inkludert barnehager.⁶

Det er særlig innen helse- og sosialtjenester vi er interessert i en finere inndeling av tjenestene og fra datagrunnlaget levert av SSB har vi trukket ut somatiske sykehjem, hjemmesykepleie og hjemmehjelp. I tillegg trekker vi ut grunnskole, barnehage og skolefritidsordning (SFO).

⁶ Barnehager er kategorisert innen helse- og sosialtjenester i næringskodene (Standard for næringsgruppering, SN2007). Dette har liten betydning her fordi vi ikke forholder oss til hovedgrupperingene av næringskodene, men til den detaljerte grupperingen på 5-sifret nivå.

Vi har også informasjon om mulige dagsverk på samme nivå som for antall ansatte og dette er riktigere å bruke når vi snakker om ressursinnsats. Avtalte dagsverk er definert som avtalte arbeidsdager multiplisert med stillingsandel og feriekorrigeringsfaktor, der stillingsandel og feriekorrigeringsfaktor kan variere mellom 0 og 1. Antall arbeidsdager er definert som antall kalenderdager som arbeidstakerforholdet gjelder fratrukket helgedager og generelle fridager (SSB).

Vi ser på fordelingen av ansatte og avtalte dagsverk i tabell 3.1.

Tabell 3.1 Antall ansatte og andel av kommunalt ansatte i prosent av alle fordelt på utvalgte tjenester. 2010 2. kvartal. Registerdata.

	Antall ansatte	Andel av ansatte	Antall avtalte dagsverk	Andel av dagsverk
Somatiske sykehjem	73 554	15	2 391 441	13
Hjemmesykepleie	20 463	4	689 271	4
Hjemmehjelp	33 374	7	1 104 692	6
Grunnskole	94 815	20	4 103 323	22
Barnehage	49 786	10	2 180 888	12
SFO	14 541	3	369 491	2
Uspesifisert	196 912	41	7 706 670	42
Avtalte dagsverk	483 445	100	18 545 776	100

Det er de tre første tjenestene som har hovedfokus i vårt prosjekt, mens grunnskole, barnehage og SFO er tatt med for sammenlikningsformål.

Dette betyr at vi har spesifisert, eller trukket ut, nesten 60 prosent av de ansatte og fordelt de på de største tjenestene målt ved antall ansatte, med noen unntak. Relativt store tjenester som ikke er trukket og spesifisert inkluderer bofellesskap for utviklingshemmede (nær 19 000 ansatte), heldøgnspleie eldre/funksjonshemmede (nær 15 000 ansatte) og kommunale sosialtjenester (i overkant av 8 000 ansatte).

Å foreta en fullstendig inndeling av årsverkene på ulike tjenestemråder og følge disse over tid er umulig pga endringer i næringsstandardkodene i perioden.⁷

Relativt store tjenester og ansatte som ikke her er trukket ut inkluderer Bofellesskap for utviklingshemmede (nær 19 000 ansatte), Heldøgnspleie eldre/funksjonshemmede (nær 15 000 ansatte) og kommunale sosialtjenester (i overkant av 8 000 ansatte). Årsaken er endringer, utskillinger eller sammenslåinger av næringskategorier som gjør at det er krevende å fordele på disse kategoriene. Disse tjenestene ligger under kategorien "uspesifisert". Dette er en svært sammensatt kategori og det har liten mening å bruke denne som sammenlikningskategori fordi den inneholder alt fra pleie- og omsorgstjenester, kommunal administrasjon, tekniske tjenester, kultur m.m. Dette er altså en restkategori og den blir i liten grad kommentert i det følgende.

⁷ SN94 gjelder fra og med 2. kvartal 2000 til og med 3. kvartal 2002. SN02 gjelder fra og med 4. kvartal 2002 til og med 4. kvartal 2008, og SN07 gjelder fra og med 1. kvartal 2009. Det er derfor vanskelig å spesifisere alle tjenestetypene fordi de ligger i ulike kategorier i de ulike næringsstandardene (SN94, SN02, SN07).

Hovedfokuset i vårt prosjekt er sykehjem og hjemmetjenester, men som nevnt har vi også trukket ut grunnskoler og barnehager fordi de utgjør de andre store tjenestene i kommunene. SFO er tatt med fordi dette er en tjeneste som blir bygd opp i analyseperioden vår (2000-2010).

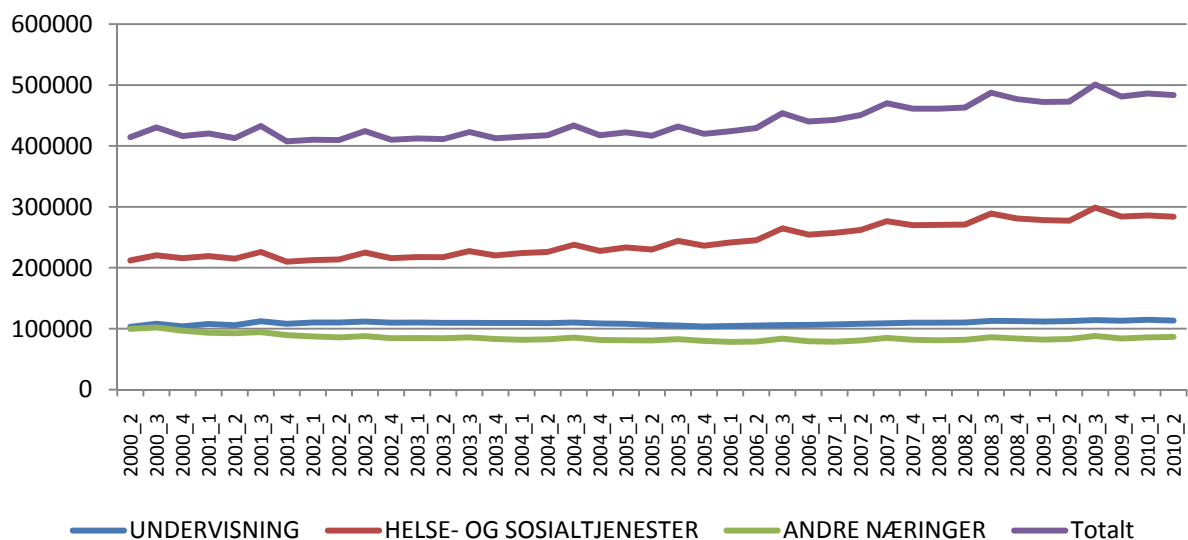
Det er viktig å si at dette ikke betyr at vi setter tjenestene opp mot hverandre og sammenlikner drift av sykehjem og hjemmetjenester med grunnskoler og barnehager. Følgende sitat fra en virksomhetsleder vi snakket med i en av de seks prosjektkommunene kan være en god illustrasjon på hvorfor vi ikke gjør dette:

”Jeg vet ikke hvor mange ganger jeg har sagt, selvfølgelig i milde former, at helse og omsorg drives 24 timer 7 dager i uka hele året rundt. Det er ikke noe skoleferie, det er ikke noen planleggingsdager, ingenting. Det er ingen hvileskjær. Du kan ikke sammenligne med virksomhet der det hele tida utløses penger i en eller annen form. Du skal være på folk døgnet rundt. Folk på jobb døgnet rundt. Og pasienter som selvfølgelig av den grunn må ha folk på jobb...”

Hele sitatet er også brukt i kapittel 5.

3.2 Utvikling i antall sysselsatte i de enkelte tjenestene

I dette avsnittet ser vi se på utviklingen i sysselsettingen i de ulike tjenestene de siste ti årene. Fra 2. kvartal i 2000 til 2. kvartal 2010 har antall ansatte i kommunene økt fra 414 467 personer til 483 598 personer. Dette betyr en økning på 17 prosent i antall sysselsatte. Vi finner at i samme periode har det vært en økning i avtalte dagsverk på omtrent 15 prosent. Dette betyr at det er en nedgang i dagsverk per ansatt, men dette kommer vi tilbake til i kapittel 3.3.

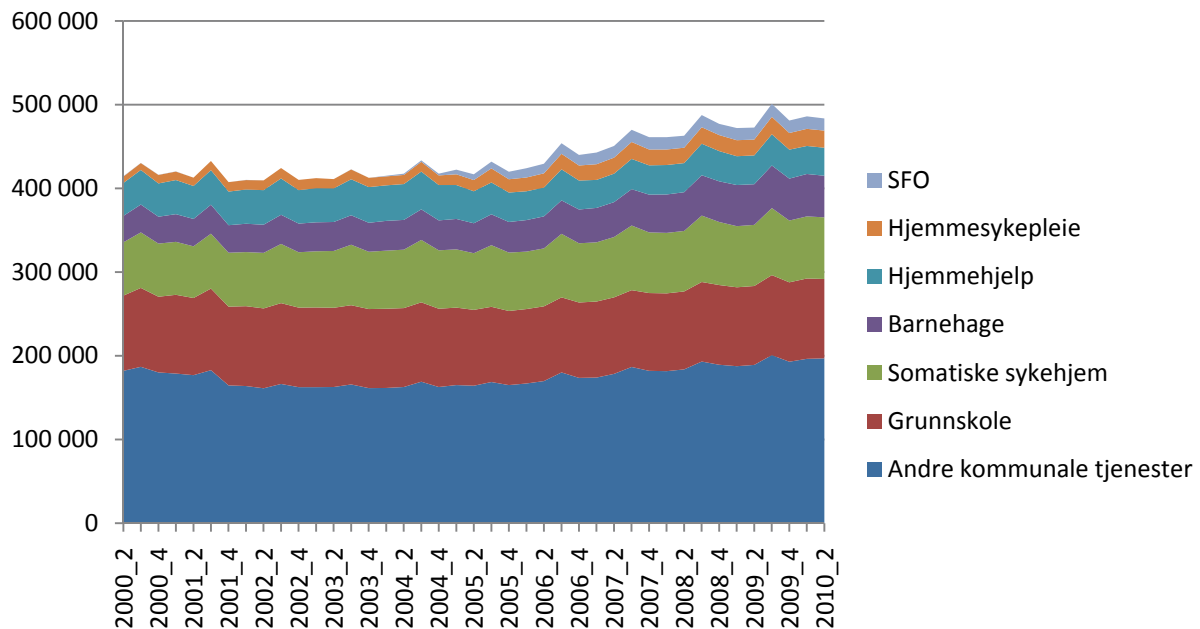


Figur 3.2 Antall sysselsatte i hovednæringene undervisning, helse- og sosialtjenestene og andre næringer. 2002 2.kvartal – 2010 2. kvartal. Registerdata.

I figur 3.2 viser vi utviklingen i hovednæringene undervisning, helse- og sosialtjenester og andre næringer. Det er tydelig at det er innen helse- og sosialtjenester økningen i antall sysselsatte har funnet sted. I 2000 utgjorde helse- og sosialtjenester 51 prosent av alle ansatte i kommunal sektor, mens disse tjenestene i 2010 sto for 59 prosent av kommunalt ansatte. 23 prosent av alle ansatte i

kommunene jobber nå innen undervisningstjenester (der 84 prosent er innen grunnskole-undervisning), mot 25 prosent i år 2000.

I figur 3.3 viser vi utviklingen i de tjenestene som vi har spesifisert i tabell 3.1.



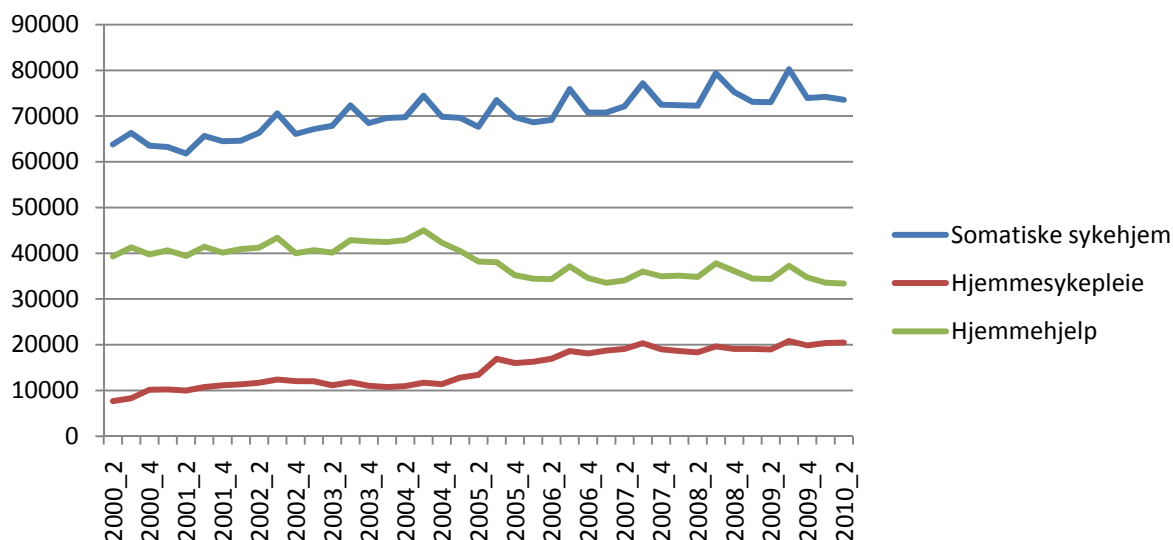
Figur 3.3 Antall sysselsatte i utvalgte kommunale tjenester 2002 2.kvartal – 2010 2. kvartal. Registerdata

SFO og barnehager har selvsagt hatt en sterk vekst i perioden, og vi kan også fra figuren observere betydelig vekst innen hjemmesykepleie. Dette er tydeligere når vi sammenlikner 2000 og 2010 og ser på prosentvis endring i antall ansatte, se tabell 3.2.

Tabell 3.2 Antall ansatte 2. kvartal 2000 og 2. kvartal 2010, tjenester. Prosentvis endring.

	2. kvartal 2000	2. kvartal 2010	Prosentvis endring
SFO	272	14 547	5 248
Hjemmesykepleie	7 654	20 463	167
Barnehage	31 560	49 826	58
Hjemmehjelp	39 321	33 374	-15
Somatiske sykehjem	63 807	73 554	15
Grunnskole	89 825	94 857	6
Andre kommunale tjenester	182 028	196 977	8
Totalt	414 467	483 598	17

Det har altså vært en vekst i hjemmesykepleie fra 7 654 årsverk til 20 463 årsverk, noe som gir en vekst på hele 167 prosent. Samtidig ser vi at det vært en nedgang i antall ansatte innen hjemmehjelptjenester på 15 prosent og en økning i somatiske sykehjem på 15 prosent. Grunnskolen har til sammenlikning hatt en økning i antall ansatte på seks prosent i denne perioden. I neste figur ser vi på utviklingen kun for sykehjem og hjemmetjenester.



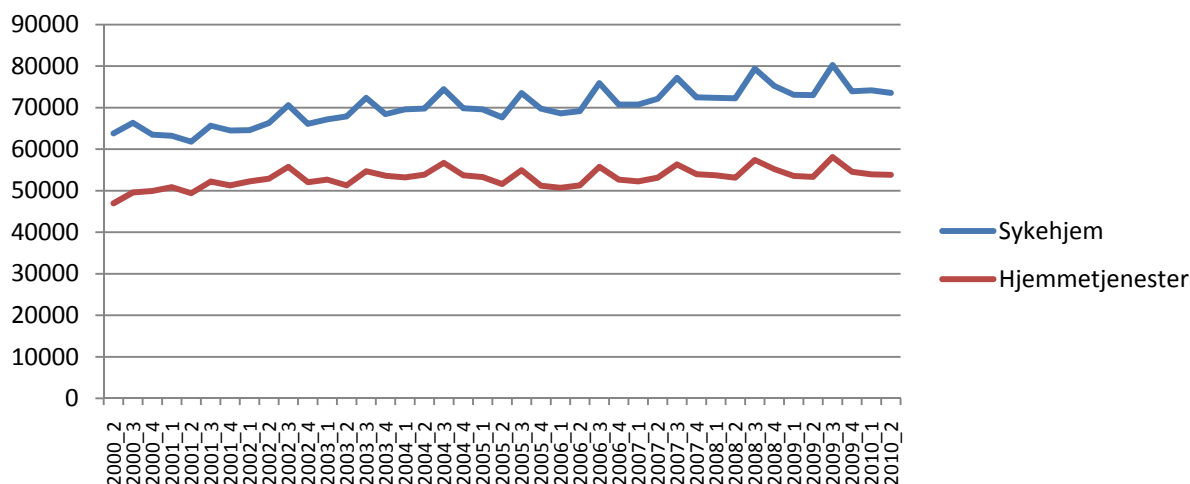
Figur 3.4 Antall sysselsatte i sykehjem, hjemmesykepleie og hjemmehjelp. 2002 2.kvartal – 2010 2. kvartal. Registerdata

Figur 3.4 viser tydelig den jevne veksten som har vært i sykehjemmene i perioden, men det er også tydelige endringer i sammensetningen av hjemmetjenestene. Det var særlig i perioden 2004-2007 en økning i antall ansatte innen hjemmesykepleien og en tilsvarende nedgang i hjemmehjelpstjenester. Det ser dermed ut som sykepleiefunksjonene i hjemmetjenestene er styrket i perioden og særlig skjedde en substitusjon bort fra hjemmehjelp og over på hjemmesykepleie i 2005-2007. Vi har ikke undersøkt hva dette skyldes i dette prosjektet.

Hjemmetjenester kan ofte være organisert som egne enheter bestående av både hjemmesykepleie og hjemmetjenester og det er derfor ikke nødvendigvis et klart skille mellom disse tjenestene. Det kan derfor være interessant å se hjemmetjenester under ett.⁸

Som vist i figur 3.5 har det vært en jevn økning i årsverksinnsatsen både i sykehjem og hjemmetjenester hele perioden. Antall ansatte i hjemmetjenestene har økt med 14,6 prosent fra 2. kvartal 2000 til 2. kvartal 2010. Det er omtrent samme utvikling som i sykehjemmene, der antall ansatte har økt med 15,3 prosent i samme periode.

⁸ Vi er også usikker på registreringspraksis rundt ansatte i hjemmesykepleie og hjemmehjelp, men det har ikke vært endringer i disse næringskategoriene i perioden så det antas at endringene er reelle.



Figur 3.5 Antall sysselsatte i sykehjem og hjemmetjenester. 2002 2.kvartal – 2010 2. kvartal. Registerdata

Den sterke økningen i hjemmesykepleien har ført til økt rekrutteringsbehov av sykepleiere. I intervjuene med de seks kommunene forteller flere respondenter om store problemer med rekruttering av sykepleiere. Sykepleiedekning blir også satt i har sammenheng med kvaliteten på tjenestene:

“Vi ser at det skaper problemer i hverdagen fordi vi ikke har riktig kompetanse på plass til riktig tid. Vi ønsker å forholde oss til å kunne gi god kvalitet på de tjenestene vi har til brukerne og en god del tjenester krever at du har sykepleierkompetanse. Da må vi skaffe oss det” (Fokusgruppeintervju med Ordfører, Rådmann, Kommunalsjef og Politiker, K3)

I en annen kommune kommer de inn på at problemene knyttet til rekruttering av sykepleiere kan ha sammenheng med stillingsandelene som tilbys:

“Det har vært veldig vanskelig fordi stillingene våre er 50 prosent. Det blir en utfordring for det vil ikke sykepleierne ha.” (Avdelingsleder sykehjem, K4).

I kapittel 3.3 ser vi nærmere på utviklingen i stillingsandelene i perioden, mens vi søker å belyse noe av problematikken rundt uønsket deltid i kapittel 3.4.

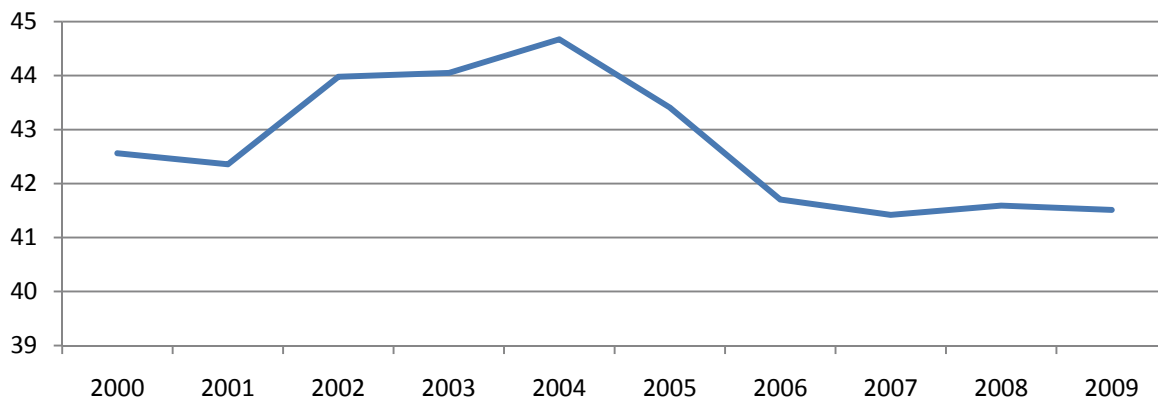
3.3 Utvikling i stillingsandel over tid, nasjonale tall

Datagrunnlaget inneholder informasjon om antall ansatte og mulige dagsverk eller antall avtalte dagsverk totalt for de enkelte næringene. Vi definerer derfor variabelen:

$$\text{Avtalte dagsverk per sysselsatt}_{gq} = \frac{\text{Antall avtalte dagsverk}_{gq}}{\text{Antall ansatte}_{gq}}$$

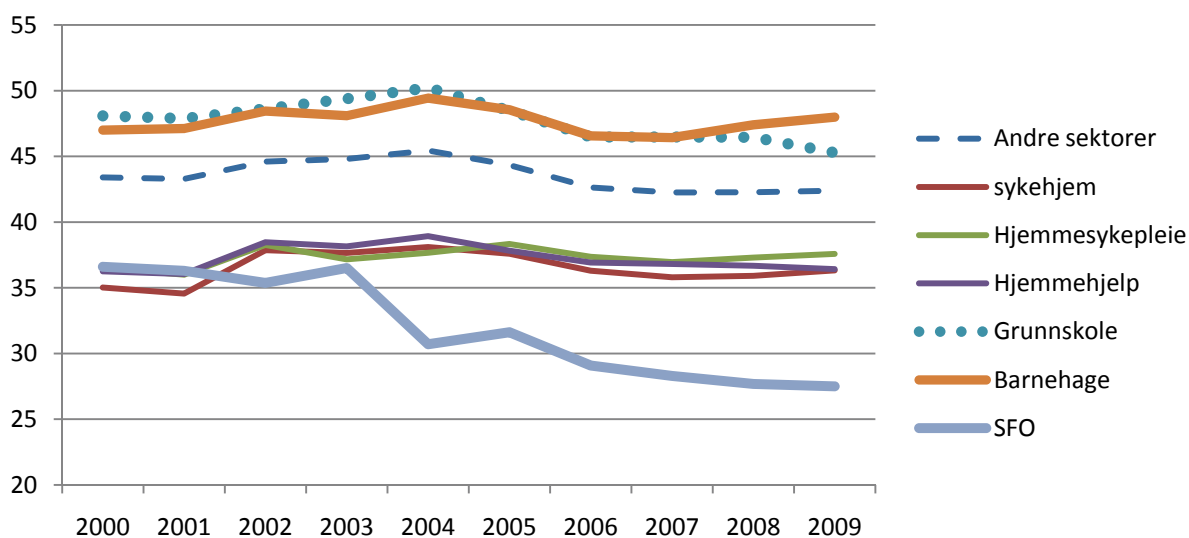
der g =totalt, kvinner, menn og $q=1, \dots, 41$ (2000_2 – 2010_2).

Fordi antall avtalte dagsverk har betydelig kvartalsvariasjon og gir et rotete bilde, plukker vi her ut 4. kvartal for å illustrere utviklingen.



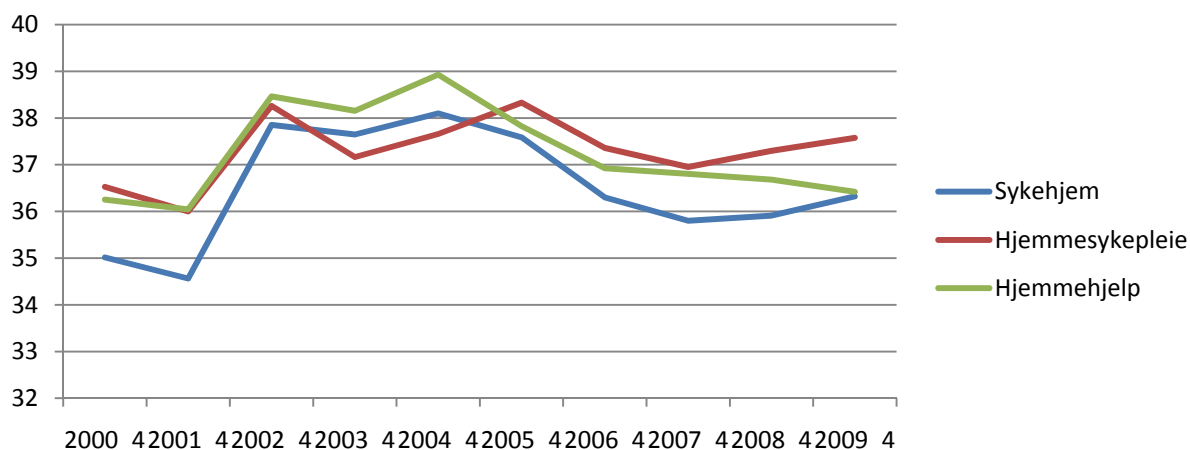
Figur 3.6 Avtalte dagsverk per ansatt for hele kommunal sektor. 2000-2010. 4. kvartal.

Vi beregner dette forholdet for de enkelte tjenestene og dette er illustrert i figur 3.7.



Figur 3.7 Avtalte dagsverk per ansatt i ulike tjenester. 2000-2009, kun 4. kvartal.

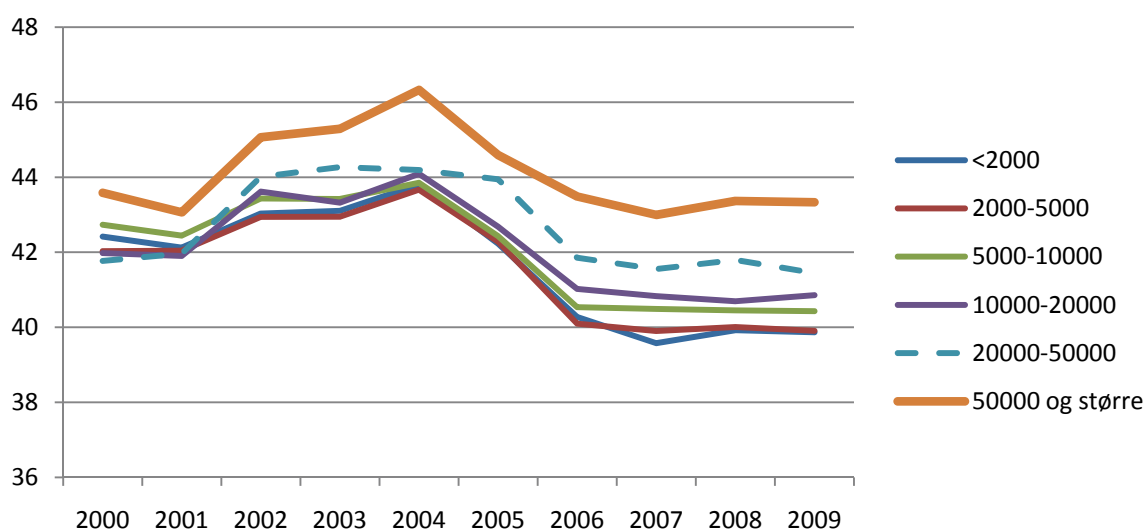
Figur 3.7 viser at lavest gjennomsnittlig dagsverk per ansatt, av de tjenestene vi har spesifisert, finnes innen SFO. Det er også innen SFO variasjonen i perioden er størst, og tallene viser en tydelig nedgang i gjennomsnittlig stillingsandel. Den høyeste gjennomsnittlige stillingsandelen finnes i grunnskolen og i barnehagene. Det er relativt lite variasjon i andel avtalte dagsverk per sysselsatt mellom sykehjem og hjemmetjenester. Dette er også vist i neste figur.



Figur 3.8 Avtalte dagsverk per sysselsatt i sykehjem, hjemmehjelpstjenester og i hjemmesykepleie. 2002 – 2010, 4. kvartal. Registerdata.

Selv om det var en økning i gjennomsnittlig stillingsandel i begynnelsen av perioden, ser trenden fra 2003 ut til å være negativ slik at perioden sett under ett betyr et relativt stabilt forhold. For hjemmesykepleien ser det også ut til å være en økning gjennom perioden, men i hjemmehjelpstjenester ser det ut til å være mest stabilt.

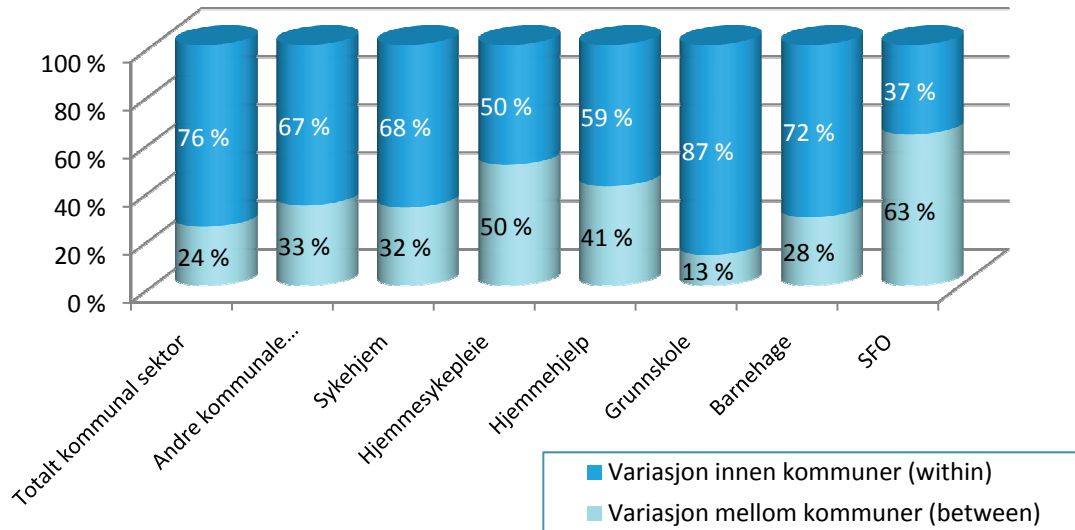
Generelt er det noen flere ansatte per avtalt årsverk (eller dagsverk her fordi det er kvartalstall) i sykehjem enn i hjemmetjenester. Når vi sammenlikner disse tre tjenesteområdene, er det i hjemmesykepleien de ansatte jobber i de største stillingsandelene. I figuren over har vi ikke tatt med kjønnsforskjeller i dagsverk per sysselsatt, men det ser generelt ikke ut til å være systematiske forskjeller mellom kvinner og menn i forhold til hvor mye de har avtale om å arbeide i gjennomsnitt i løpet av et kvartal. Det er derimot forskjeller etter hvor stor kommunene de arbeider i er. I neste figur viser vi hvordan gjennomsnittlig antall dagsverk per sysselsatt varierer med størrelsen på kommunene de er ansatt i.



Figur 3.9 Avtalte dagsverk per sysselsatt. 2000 – 2010 4. kvartal. Registerdata. Etter kommunestørrelse.

Som vist i figuren over er det forskjeller mellom kommuner i forhold til avtalte dagsverk per ansatt. Forskjellene er statistisk signifikante. Dette bekrefter også det vi fant i surveyundersøkelsen blant hjelpepleiere (se kapittel 2.2.3): Store kommuner har i gjennomsnitt høyere stillingsandel enn mindre kommuner.

I figuren under har vi illustrert variasjonen i gjennomsnittlig stillingsandel mellom tjenestene.



Figur 3.10 Prosent variasjon av avtalte dagsverk per sysselsatt. 2000 2. kvartal – 2010 2. kvartal. Registerdata. Etter tjeneste.

Fra figur 3.10 kan vi lese at 76 prosent av variasjonen i avtalte dagsverk per ansatt totalt i kommunene, skyldes variasjon *innen* kommunene over tid, mens 24 prosent skyldes forskjeller *mellom* kommunene. Vi kan altså se på *between*-variasjon som forskjeller mellom kommuner. Figuren viser at det i grunnskolen ikke så store forskjeller i stillingsandeler mellom kommunene, mens forskjellen mellom kommunene er absolutt størst i SFO.

Vi ser at det er mindre forskjeller mellom kommuner når det gjelder stillingsandeler mellom sykehjem enn innen hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Vi konkluderer med at det er særlige forskjeller i stillingsandeler innen hjemmesykepleie og hjemmehjelp mellom kommuner.

Vi undersøker nå om vi kan forklare noe av forskjellene i stillingsandeler mellom kommuner av ulike størrelse ved å sammenlikne ulike tjenester. Resultatene er gitt i tabellen på neste side.

Første kolonne i tabell 3.3 viser tydelig det vi har illustrert grafisk i figur 3.9. Stillingsandeler øker med kommunestørrelse for alle tjenestene samlet. Dette gjelder for alle tjenestene vi har spesifisert med unntak av sykehjem og SFO. I sykehjemstjenester finner vi at stillingsandelen går ned med økt kommunestørrelse, men sammenhengen er ikke lineær. For SFO synes det heller ikke å være en systematisk sammenheng mellom kommunestørrelse og stillingsandel.

Tabell 3.3 Avtale dagsverk per sysselsatt etter kommunestørrelse, kontrollert for år og kvartal. Tjenester.

	Totalt kommunal sektor	Sykehjem	Hjemme-sykepleie	Hjemme-hjelp	Grunnskole	Barnehage	SFO
Bef 2 000-5 000	-0,067 (-0,99)	-0,71*** (-7,01)	0,84* (1,84)	1,46*** (10,3)	-0,30*** (-3,90)	0,63*** (6,04)	-2,17*** (-6,06)
Bef 5 000-10 000	0,47*** (6,66)	-1,27*** (-12,2)	0,82* (1,78)	1,65*** (11,1)	0,23*** (2,88)	1,33*** (12,3)	-2,53*** (-7,24)
Bef 10 000-20 000	0,83*** (11,1)	-1,80*** (-15,9)	1,61*** (3,51)	1,91*** (11,3)	0,18** (2,15)	2,02*** (18,1)	-2,41*** (-7,20)
Bef 20 000-50 000	1,28*** (15,9)	-1,34*** (-11,1)	1,62*** (3,53)	1,78*** (9,58)	0,92*** (9,72)	2,96*** (23,6)	-0,87** (-2,40)
Bef 50 000+	1,85*** (19,2)	-1,46*** (-8,20)	1,07** (2,10)	2,68*** (9,56)	0,76*** (4,73)	3,51*** (23,1)	0,35 (0,72)
Konstant	39,8*** (378)	36,3*** (206)	34,9*** (52,8)	34,2*** (148)	47,2*** (353)	44,3*** (253)	38,1*** (26,9)
Årsdummies	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kvartalsdummies	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Antall obs	240 519	17 272	4 081	15 275	17 605	17 534	7 926
Justert R ²	0,087	0,273	0,134	0,172	0,619	0,412	0,102

Første kolonne i tabell 3.3 viser tydelig det vi har illustrert grafisk tidligere. Stillingsandeler øker med kommunestørrelse for alle tjenestene samlet. Dette gjelder for alle andre tjenester enn for sykehjem. Der finner vi at stillingsandelen går ned med økt kommunestørrelse, men sammenhengen er ikke lineær. For SFO synes det heller ikke å være en systematisk sammenheng mellom kommunestørrelse og stillingsandel.

Verdien på konstanten viser at høyest stillingsandel finnes i grunnskole og barnehage, mens de laveste stillingsandelene finnes i sykehjem og hjemmetjenester.

Selv om vi her har vist at det er store forskjeller mellom kommuner og mellom tjenester i stillingsandeler, vet vi ikke hvor mye av denne deltiden som er uønsket. Vi må da bruke andre datakilder og her bruker vi informasjon fra intervjuene i de seks kommunene i tillegg til informasjon fra den store surveyen blant hjelpepleiere.

3.4 Uønsket deltid

Intervjuene i de seks casekommunene viste tydelig at flere av kommunene har utfordringer knyttet til uønsket deltid. Et vanlig argument på politisk og administrativt nivå i casekommunene er en forståelse av at de ansatte ikke egentlig ønsker høyere stilling:

"Nei, har sett litt i forhold til utlysninger. Folk ønsker ikke ha mere for da kan de styre litt selv. Kan ta ekstravakter." (Fellesintervju med Ordfører og Rådmann, K1)

Samtidig sier de samme respondentene at stillingsandelen til den ansatte har sammenheng med arbeidsmarkedet lokalt:

"Har litt betydning for oss som arbeidsgiver at næringslivet går bra. Der har du bedrifter der kanskje mannen i huset jobber privat og kona i kommunen. Så har du private firma som har bonusavtaler regulert ut fra bl.a. fravær. Når barn er syke sier det selv hvem som er hjemme. Det er moren som da blir hjemme." (Fellesintervju med Ordfører og Rådmann, K1)

Dette er en klassisk forklaring på at kvinner har høyere sykefravær enn menn, men selv om dette er plausibelt, er det foreløpig lite forskning som dokumenterer dette.

En vanlig forklaring på at det er vanskelig å få til økte stillingsandeler i kommunene, er at det da kreves at en må jobbe hyppigere helgevakter. Det er mange som ikke ønsker å jobbe oftere i helgene og det ser ut som det kanskje er her den største barrieren for å ønske høyere stillingsandel ligger:

“Vanskelig å gjøre noe med det fordi ansatte vil ikke jobbe oftere enn 3. hver helg, vi er avhengig av et visst antall personer for å få turnus til å gå rundt. Det betyr at vi er nødt til å dele opp stillingene.” (Avdelingsleder sykehjem, K4).

I denne kommunen har det vært en større diskusjon om arbeid hver 3. eller hver 4. helg og det er ulike praksiser mellom ulike tjenestesteder:

“Har folk som jobber 4. hver helg, 3. hver helg, 2.hver helg. For at folk skal få jobbe 4. hver helg i og med at en går i turnus, organisasjonen har drift som er 24 timer i døgnet 7 dager i uka. Da er en nødt til å ha folk på helg, og dvs. at en må ha folk som fyller opp helgene. Hadde vi hatt 3. hver helg har vi fått noen til å gå opp i høyere stilling, men det er en diskusjon – trenger ikke å begynne med den. Har jo lufta det, det er et ønske fra kommunalsjefen, sykehjemmet her har 3. hver helg. Det er forskjell om du jobber her eller der. Det er kanskje ikke helt rett det heller.” (Virksomhetsleder hjemmetjenesten, K4).

“Mange vil jobbe, ha større stilling, vil ikke jobbe helg. Det var det store og hele jevnt over. Det er klart det er mange med små stillinger.” (Virksomhetsleder hjemmetjenesten, K4).

Tilsvarende sies fra en annen kommune der de har hatt en lenger prosess med en som ville ha høyere stilling:

“Det har vært forskjellige tilbud fra kommunen, kunne få høyere stilling, men da måtte hun regne med å jobbe mer helg. Det var det ikke mange som ville ha. Kunne ta mer helger så vi kunne spare inn på helgestillingene. Ble ikke så mye av det. På sykepleiersiden hos oss er det mange som synes det er OK å gå 75 prosent. Det er sikkert en del uønsket.” (Enhetsleder, K3).

I samme kommune var de på politisk og administrativt nivå opptatt av at mange småstillinger også innebærer et ledelsesproblem:

“... det handler om at lederne får se sine medarbeidere i mye større grad og fulgt dem opp. Som også er en forutsetning for å lykkes.” (Fokusgruppeintervju med Ordfører, Rådmann, Kommunalsjef og Politiker, K3)

Når lave stillingsandeler knyttes til dette med at de ansatte ikke ønsker å jobbe hyppigere helg, er det flere som tenker alternative turnusordninger:

“Samtidig må en legge til at dette er et spennende område. Det foregår heftig debatt rundt dette med turnus og fagforeningers muligheter når det gjelder muligheter til å sette ned foten og arbeidsmiljølovens bestemmelser. Den følger vi med argusøyne. Vi har kommet til et punkt hvor vi må nærme inn og se på det på nasjonalt nivå disse turnusene i helsevesenet. Det er ikke sikkert de er de mest optimale med tanke på brukerne og samtidig ivareta de ansatte. Det ligger noen begrensninger i forhold til små stillinger kontra større” (Fokusgruppeintervju med Ordfører, Rådmann, Kommunalsjef og Politiker, K3).

I samme intervju trekkes det også frem dette med at mange deltidsstillinger betyr at brukerne av tjeneste får mange mennesker å forholde seg til:

”Når det gjelder det med deltidsstillinger er det noe som – jeg har vært med i politikken ganske lenge – det er noe som jeg med jevne mellomrom har tatt opp i partssammensatt utvalg. Jeg synes i forrige periode klarte vi å få en enighet om at vi skulle prøve å få til å øke stillingskvotene. Bakgrunnen for det var at en skulle gi de ansatte bedre mulighet til å kunne få en god lønn ut fra den stillingen de hadde og kunne leve av det. Det andre veldig viktige aspektet var – vi hadde kjørt en brukerundersøkelse hvor det kom fram at man var frustrert over at det var så mange mennesker som var innom seg. Det står eksplisitt i tekstdelen på handlingsprogrammet for denne perioden at vi skal arbeide for å øke stillingsbrøkene. Det er vi tverrpolitisk enig om og det er også ledelsen enig om at det er et gode både for de ansatte og ikke minst for brukene våre.” (Fokusgruppeintervju med Ordfører, Rådmann, Kommunalsjef og Politiker, K3).

I en annen casekommune har det vært mange diskusjoner om nye turnuser og det har vært ulike forsøk:

” – hvis vi blir nødt til å gå til tredje hver helg skal vi ha ønsketurnus også. Eller at en – slik som på en del avlastningsboliger har de satt opp lister slik at de får gå - den helga de jobber, jobber de 12 timer istedet for tredje hver helg blir det sjette hver helg. Vi må se på andre muligheter. Det tror jeg er mer salgbart for ansatte.” (Virksomhetsleder hjemmetjenesten, K4).

Samme kommune har prøvd en periode med noen korte vakter. Vi spør om de har gode erfaringer med dette:

”Både ja og nei, noen liker det. Andre gjør ikke det. På ene plassen er det ei kort vakt på aften, en del av dagene er det også. Noen fikk så og så mye ekstra i forhold til stillingen for å få brukt det mest mulig måtte det være kort kjenner ikke historien helt.” (Virksomhetsleder hjemmetjenesten, K4).

Vi snakker med tillitsvalgte på denne enheten for å høre mer om erfaringene med korte vakter. Hun forteller:

”Vi har en turnus som er helt forferdelig. Vi har ganske mange som jobber faktisk det er så mange som går igjen som sier – jeg jobber til 12 i dag og matpause halv ett, men jeg kan gå kl 12. Da kjenner vi at det blir litt kniving.” (Tillitsvalgt og verneombud i hjemmesykepleien, K4).

I dette intervjuet sier verneombudet at alternativet til kortere og større differensiering i vaktlengden, er hyppigere helgearbeid.

I casekommune 5 møter vi i intervju med verneombud og tillitsvalgt en ansatt som selv går i 14,1 prosent stilling. Hun har hatt denne stillingsandelen i tre år og har hele tiden hatt ønske om høyere andel. De forteller:

”... har jobbet mye med dette. Vi har folk som slutter også pga dette.” (Verneombud og tillitsvalgt, K5)

De tillitsvalgte forteller også at de har fått gjennomslag for krav i forhold til noen av de ansatte.

I den siste casekommunen er de i gang, men de har ennå ikke kartlagt hvor mye ufrivillig deltid de har:

”Vi har kommet så langt at vi har en arbeidsgruppe som ser på avtaleverk. Det er forslag fra de tillitsvalgte inn i den arbeidsgruppa på regulering av minimum vaktlengde på den type problematikk. Vi fortsetter arbeidet med dette i løpet av høsten. Vi har en innsatsstyrt finansieringsmodell som kanskje kan være i strid med tanker og ambisjoner om ufrivillig deltid – delte vakter, korte vakter osv. En vedtakstime er knyttet til det mot den enkelte bruker. Kommunen har et ønske om å motvirke ufrivillig deltid. Vi har en del frivillig deltid. Vi har ikke kartlagt foreløpig hvor mye ufrivillig deltid vi har. Men det

er noe som ligger i oppdraget til arbeidsgruppa på avtaleverk sammen med økonomisjef og se på konsekvensen, og utrede grunnlaget for å gå videre hvis vi ønsker å regulere minste mulige vaktlengde.” (Rådmann og Personalsjef, K6)

I det samme intervjuet nevnes også dette med at turnusplanlegging er en lederoppgave:

”Der er det et dilemma, for er det noe enhetslederne kan så er det å legge turnus, det vil de gjerne ha, det er noe de kjenner seg igjen i. Men der er du midt inne i konflikten på at det er leder og ikke sykepleieren som skal legge turnusen din.” (Rådmann og Personalsjef, K6).

Vi spør litt mer om dette i et annet intervju i samme kommune og får til svar at de har mye uønsket deltid, og at de har tatt tak i dette og forteller at det diskuteres på ulike nivå i kommunen:

”Ja fordi turnus er et uttrykk for så veldig mye mer. Turnus er ikke bare den matematiske. Det skal gi uttrykk både for kvalitet, arbeidsmiljø, behov til både arbeidstaker og arbeidsgiver og bruker og økonomi. Det er så mye mer. Når vi har gått inn har vi også omhandlet mer og sett litt på helheten”. (Prosjektleder, K6).

Vi spurte hovedtillitsvalgte om hvorfor det var mye deltid i kommunen:

”Det er vanskelig å dokumentere, men vi opplever at det har vært veldig mye turnuser som ikke har vært besatt, masse vakanser, gjerne i helgene. Vi mener at det ikke er riktig. Det bør ikke være vakanser, det burde være bemannet. Samtidig ser vi at det er en høy overtidsbruk, forskjøvet arbeidstid. Det er greit, det sier lovverket at slik skal det være hvis det er behov for det, men vi mente at det var viktig og ta en gjennomgang for å se om vi kunne få minimalisert det og heller få folk i faste stillinger, se på ulike arbeidstidsordninger i fellesskap, involvere de ansatte i forhold til dette. For å se om vi kan gjøre noe med det. Også for å skape en bedre forutsigbarhet for de som evt. jobber deltid.” (Hovedtillitsvalgt, K6)

I administrasjonen var det klare oppfatninger om at det var en sammenheng mellom mange deltidsstillinger og sykefraværslivået:

”Men så jobber de 100 for vi har så stort sykefravær. Dette er en spiral. Man opprettholder sykefraværet ved og ha så mange deltidsansatte. Man har vikarer, hvis du jobber 100 prosent hele tiden og driver og shopper vakter og gjør at tjenestene går rundt, men de får ikke noe mer stillingsprosent for det. De bare er der og tar av for de som er borte. Det er lettere og si at ”nå føler jeg meg litt pjusk, og beveger meg vekk for jeg vet at det er alltid noen som trenger de vaktene.”” (Prosjektleder, K6).

Dette er interessant og i kapittel 4 skal vi se om det er slik at sykefraværet er høyere i kommuner med lav gjennomsnittlig stillingsandel i de enkelte tjenestene.

Vi så i analysen i tabell 3.3 at stillingsandelen i de fleste tjenestene økte med kommunestørrelse, med unntak av sykehjemmene. For å kunne si noe mer om uønsket deltid og kommunestørrelse trekker vi inn resultat fra hjelpepleierundersøkelsen som vi gjennomførte i 2008. Basert på svar fra nesten 10 000 hjelpepleiere ansatt i norske kommuner, fant vi at 75 prosent av alle ansatte var fornøyd med den stillingsandelen de hadde (Ose et al., 2009). Vi fant at det er noe variasjon mellom ulike tjenestetypene, se tabell 3.4.

Tabell 3.4 Prosentvis andel som er tilfreds med arbeidstid og stillingsandel, etter tjenestetype. 2008. N=9 800

	Arbeidstidsordning	Stillingsandel	Fornøyd med både stillingsandel og arbeidstidsordning
Sykehjem	81	75	64
Hjemmebasert	82	75	63
Dagsenter	96	87	83
Rehabiliteringstjenester	83	75	66
Bofellesskap	78	71	57
Omsorgsbolig	76	73	57
PH	86	81	72
Rus	81	89	76
Annet	87	75	68
Totalt	81	75	65

Kilde: Kilde: Ose et al., 2009 side 37.

Som vi ser er det små forskjeller mellom sykehjem og hjemmebaserte tjenester og 3 av 4 er fornøyd med stillingsandelen sin. Det er altså i utgangspunktet ikke grunn til å skille disse tjenestetypene når det snakkes om for eksempel ufrivillig deltid og som vi viste i figur 3.8 er det liten variasjon i faktisk gjennomsnittlig stillingsandel mellom sykehjem og hjemmetjenester på nasjonalt nivå. Samtidig viste analysene av variasjonen i gjennomsnittlig stillingsandel at det er betydelig variasjon mellom ulike kommuner når det gjelder hjemmetjenestene.

Høyest andel som var tilfreds med stillingsandel finner vi naturlig nok i dagsenter, mens lavest andel er blant ansatte i bofellesskap og omsorgsboliger (omtrent 72 prosent), og det er i disse tjenestene færrest er fornøyd med arbeidstidsordningen de har også. 82 prosent av hjelpepleierne i sykehjem og hjemmetjenester er fornøyd med arbeidstidsordningen (turnusen) de har. Kun 64 prosent er fornøyd med både stillingsandelen og arbeidstidsordningen i disse to tjenestetypene, og det er derfor grunn til å se arbeidstid og stillingsandel i sammenheng i pleie- og omsorgstjenestene.

I samme rapport viser vi at andelen av de ansatte som er fornøyd med stillingsandelen øker med stillingsandel, se tabell 3.5.

Tabell 3.5 Andel hjelpepleiere i pleie- og omsorgstjenester som er fornøyd med stillingsandel fordelt etter faktisk stillingsandel. 2008.

	Andel fornøyd	Antall
Mindre enn 10	40	25
10-19 prosent	20	128
20-29	27	138
30-49	53	398
50-79	67	4 368
80-99	80	1 550
100	96	2 236
Mer enn 100	84	151
Totalt	75	8 994

Kilde: Ose et al., 2009 side 56.

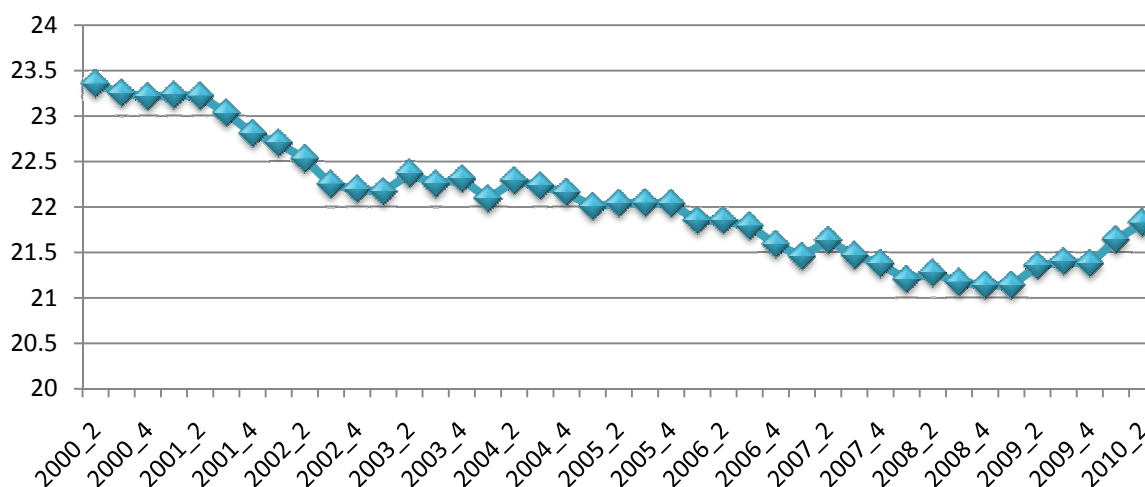
I samme prosjekt gjorde vi også sammenlikninger av stillingsandeler mellom de største byene i Norge. Vi fant at det er store variasjoner i forhold til andel som rapporterer at de jobber full stilling. Sammenlikninger av stillingsandeler mellom de største byene i Norge viser at det er store variasjoner i forhold til andel som rapporterer at de jobber full stilling. I Oslo og Tromsø rapporterer knappe 60 prosent at de holder fulle stillinger. Dette er i stor kontrast til Fredrikstad og Trondheim der hhv 27 og 29 prosent oppgir at de jobber i full stilling. Vi observerer at det er en sammenheng mellom tilfredsheten med stillingsandelen mellom byene og at denne varierer systematisk med andel med fulltidsstillinger. I Oslo er for eksempel 86 prosent fornøyd med stillingsandelen, mens i Trondheim er denne raten nede i 76 prosent.

I dette datagrunnlaget finnes det mye informasjon om *hvorfor* hjelpepleierne jobber deltid, hvor stor stilling de har og hvor stor stilling de ønsket at de hadde. Det faller utenfor prosjektets rammer å gå nærmere inn på dette her, men vi kan ta med at 24 prosent av de ansatte svarer at de arbeider deltid fordi de ikke får større stilling, mens 17 prosent sier at jobben er for slitsom til at de makter større stilling. 11 prosent jobber deltid fordi de har omsorg for barn osv. Det er mange som oppgir flere årsaker til at de jobber deltid, men dette hører hjemme i en egen rapport.

Til slutt har vi en liten kommentar til begrepet uønsket deltid. Vi har brukt begrepet her fordi respondentene i kommunene bruker det. Fra foreløpige analyser fra hjelpepleierstudien og fra informasjonen vi har fått gjennom intervjuene i kommunene, ser det ut som det er veldig vanlig å ønske større stillingsandel men ikke full stilling. Dette betyr at det er riktiger å si uønsket lav stillingsandel enn uønsket deltid fordi de færreste ønsker å gå fra deltid til heltid, de vil fortsatt jobbe deltid men i større stillingsandel.

3.5 Andel menn i kommunale tjenester

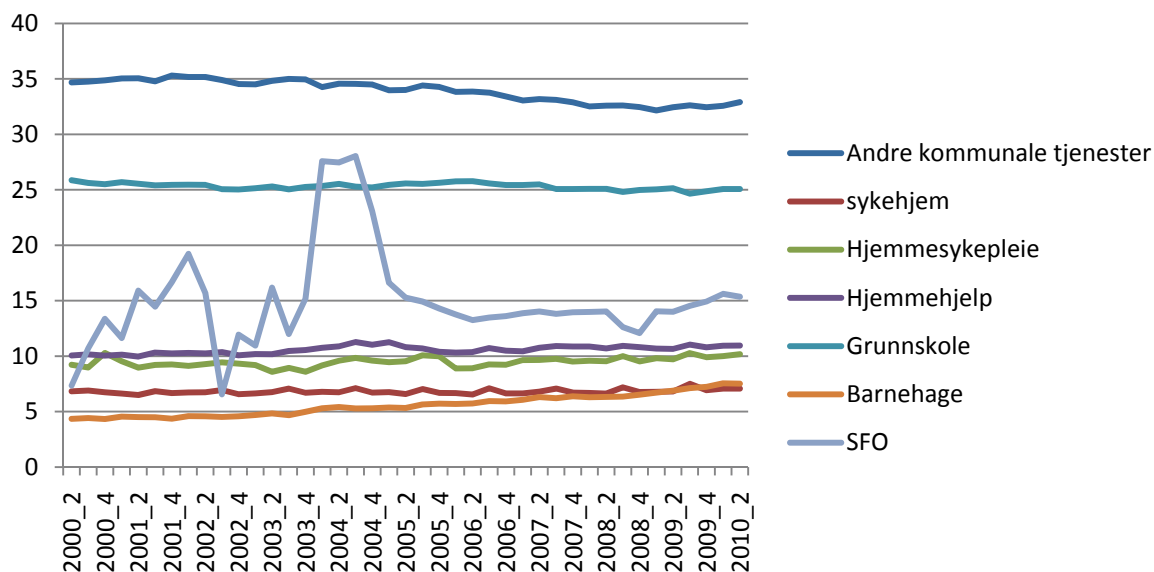
Som vi kommer tilbake til i kapittel 4.7 kan en balansert kjønnssammensetning være bedre enn arbeidsmiljø som har stor overvekt av kvinner eller menn. Vi ser derfor på andel menn blant de ansatte i de ulike tjenestene, se neste figur.



Figur 3.11 Andel menn i kommunale tjenester totalt. 2000 2.kvartal – 2010 2. kvartal. Registerdata.

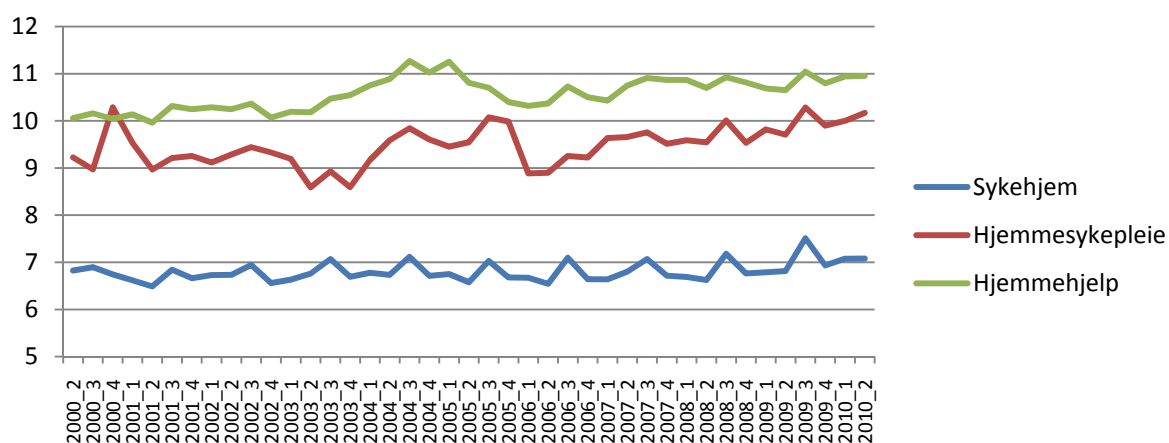
Vi ser en tydelig reduksjon i andel menn i kommunale tjenester frem til finanskrisen, men deretter ser vi en økning. Perioden sett under ett har andel menn gått ned fra 23,5 prosent i 2000 til 22 prosent menn i 2010. I neste figur ser vi på forskjellene mellom ulike tjenester i andelen menn blant de ansatte.

Som forventet er andelen menn høyest i den svært sammensatte og uspesifiserte gruppen her kalt "Andre kommunale tjenester". Mannlige ansatte i grunnskolen utgjør 25 prosent av de ansatte og andelen er relativt stabil (nedgang på 0,8 prosentpoeng) på dette nivået i perioden. I barnehagene er andelen menn 7,5 prosent, og her har det vært en økning på over 3 prosentpoeng fra 2000 til 2010.



Figur 3.12 Andel menn ansatt i de ulike kommunale tjenestene. 2000 2.kvartal – 2010 2. kvartal. Registerdata.

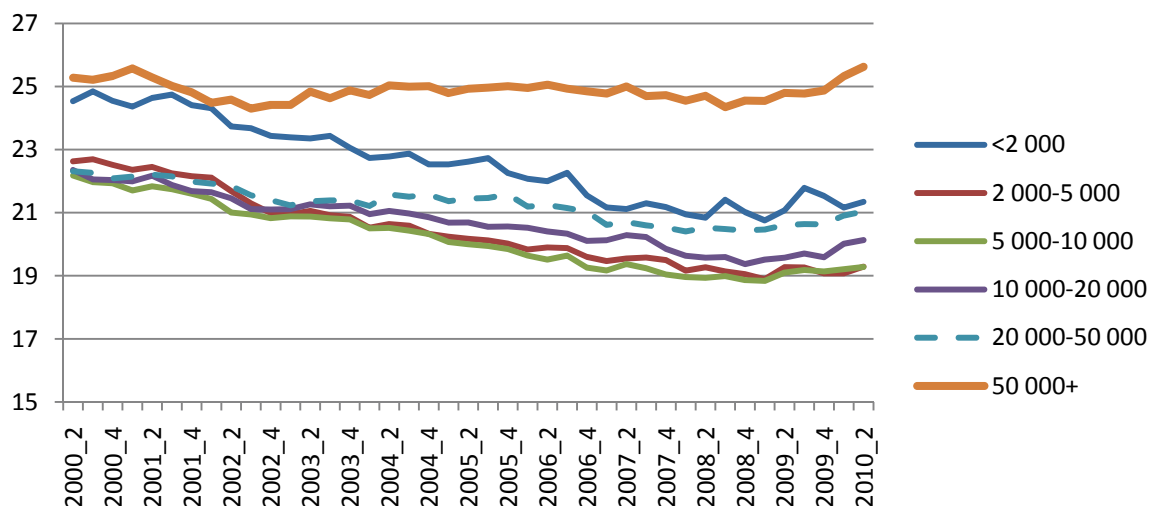
Barnehagedekningen er sterkt prioritert de siste årene og i 2010 er det nærmere 50 000 ansatte i kommunale barnehager, noe som tilsvarer en økning på nærmere 60 prosent i antall sysselsatte siden årtusenskiftet. Vi ser særlig sterk variasjon innen SFO, men vi har ikke undersøkt nærmere hva den store toppen rundt 2004 kan skyldes. I figuren under trekker vi ut sykehjem og hjemmetjenester.



Figur 3.13 Andel menn ansatt i sykehjem, hjemmehjelpstjenester og i hjemmesykepleie. 2000 2.kvartal – 2010 2. kvartal. Registerdata.

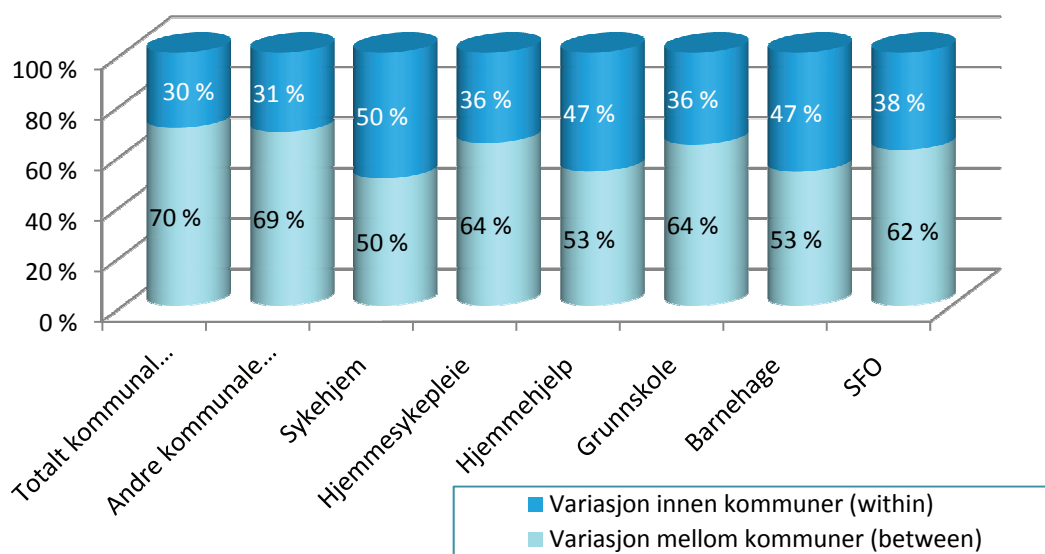
Som vist i figuren er andelen menn lavest i sykehjem og høyest i hjemmetjenestene. I 2010 var 7 prosent av de ansatte i sykehjemmene menn, mens i hjemmehjelpstjenestene var nær 11 prosent menn. For alle disse tjenestene har det altså vært en økning i andel mannlige ansatte. I sykehjem har økningen vært lavest med en marginal økning på et kvart prosentpoeng fra 2. kvartal 2000 til 2. kvartal 2010. I hjemmesykepleien har økningen vært på nesten ett prosentpoeng i andel menn som er ansatt, og en litt lavere økning i hjemmehjelpstjenester på 0,9 prosentpoeng. Fra 2006 ser vi en tydelig positiv trend i hjemmetjenestene og økningen er sterkest i hjemmesykepleien.

I figur 3.14 viser vi utviklingen i andel menn i kommuner gruppert etter størrelse.



Figur 3.14 Andel menn i kommunale tjenester. 2000 2.kvartal – 2010 2. kvartal. Registerdata.

Andel menn i kommunale tjenester er høyest i de største kommunene. Her ser vi at andelen er stabil på rundt 25 prosent, mens det er synlig nedgang i de mindre kommunene. Andel menn går altså ned i de små kommunene, men er stabil i de største kommunene.



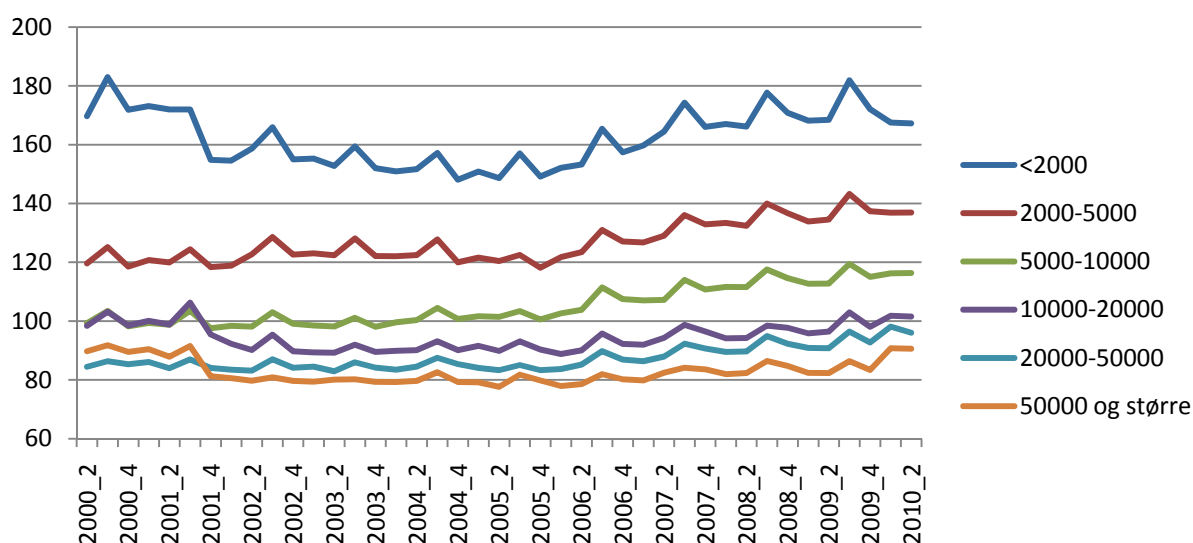
Figur 3.15 Variasjon i andel mannlige ansatte innenfor ulike tjenester. 2000 2.kvartal – 2010 2. kvartal. Registerdata.

Som vi ser er det generelt stor variasjon mellom kommuner i andel mannlige ansatte. Dette gjelder alle tjenestene som er spesifisert.

Vi går nå over til å forsøke å forklare variasjonen i årsverksinnsatsen gjennom en systematisk tilnærming.

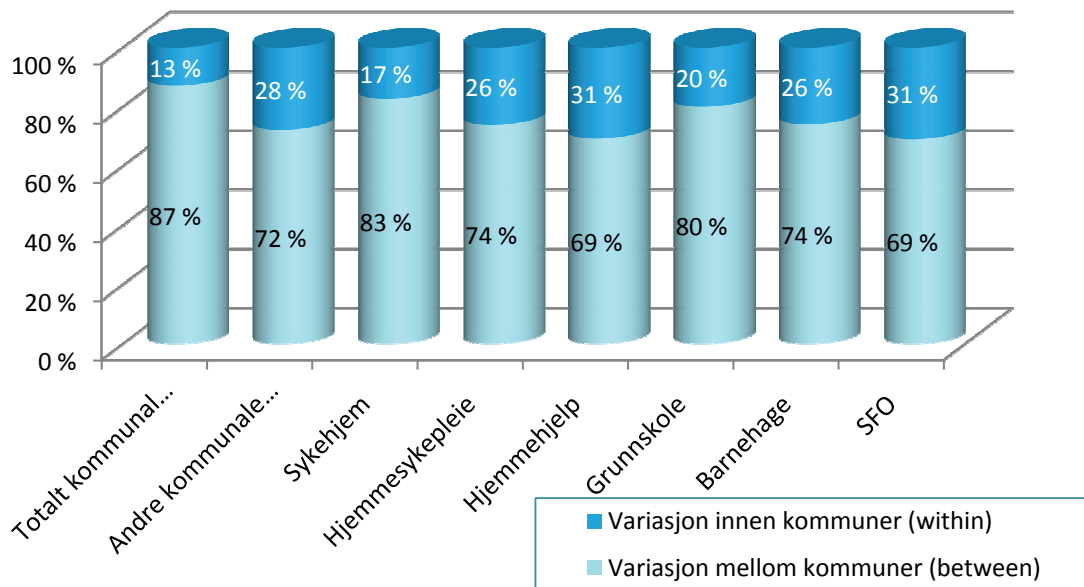
3.6 Hva forklarer variasjon i årsverksinnsats over tid og mellom kommunene?

Det er et kjent faktum at små kommuner har høyere ressursinnsats per innbygger enn store kommuner. Dette skyldes i hovedsak smådriftsulemper. Figur 3.16 illustrerer forskjellene i antall ansatte i kommuner inndelt etter størrelse.



Figur 3.16 Antall ansatte per 1 000 innbygger 2000 2.kvartal – 2010 2. kvartal. Registerdata.

Som vist i figur 3.16 er det typisk slik at årsverksinnsatsen mellom kommuner varierer i mindre grad over tid enn mellom kommuner. Dette betyr at kommuner som har høy årsverksinnsats det ene året også mest sannsynlig ligger høyt de andre årene.



Figur 3.17 Variasjon i antall ansatte per 1 000 innbygger 2000 2.kvartal – 2010 2. kvartal. Registerdata.

13 prosent av total variasjon i antall ansatte per innbygger er variasjon innen kommuner. Dette betyr altså stor stabilitet i årsverksinnsatsen totalt.

3.6.1 Empirisk tilnærming

Kommunene skiller seg vesentlig med hensyn på kostnads- og etterspørselsforhold, prioriteringer og økonomi. Kommunestørrelse og bosettingsmønster skaper forskjeller i kostnadsforhold gjennom ulik fleksibilitet i valg av organisering og lokalisering av tjenestene. Etterspørselsforholdene skaper ulikt behov for innhold og nivå på tjenestene, i tillegg til at forskjeller i alderssammensetning påvirker allokeringen av ressurser mellom ulike kommunale tjenester. Innenfor hver enkelt kommune kan velgere og interessegrupper bruke sin innflytelse for å sikre kommunal satsning på nettopp deres tjenesteområder. Dette gjør at kommunene kan prioritere kommunale tjenester ulikt. Kommunenes økonomi setter rammene for drift av alle kommunale sektorer. Rike kommuner har derfor større forutsetninger for å implementere gode kommunale tilbud enn fattige. Vi følger tidligere analyser av kommunenes økonomiske beslutning, se for eksempel Rattsø (1989).

For å kunne sammenlikne tjenesteproduksjon mellom kommuner, er det behov for å plassere kommuner i grupper med relativt like rammebetingelser. Fordi de lokale rammebetingelsene er forskjellige vil mulighetene for å produsere et bestemt tjenestetilbud variere fra kommune til kommune.

Skal man kunne foreta sammenlikninger av tjenesteproduksjonen mellom kommuner, vil det derfor være nødvendig å kontrollere for disse rammebetingelsene. Rammebetingelsene må med andre ord holdes konstant for å skille ut de faktorene som skyldes kommunens egne disposisjoner, for eksempel ulike politiske prioriteringer eller varierende produktivitet i tjenesteproduksjonen. Dette kan gjøres ved hjelp av statistiske analysemetoder, for eksempel regresjonsanalyse, der faktorer som beskriver rammebetingelsene bringes inn i modellen som kontrollvariabler. I mer deskriptive

framstillinger kan noe av det samme oppnås ved å klassifisere kommunene i grupper med relativt like rammebetingelser og deretter sammenlikne variasjonene i tjenesteproduksjon innenfor disse gruppene.

Rammebetingelser er derfor faktorer som er årsak til variasjonen i tjenesteproduksjonen som vi kan observere, og faktorer det er relevant å holde konstante.

3.6.2 Ulike rammebetingelser

I utgangspunktet kan vi tenke oss følgende faktorer som har betydning for den kommunale tjenesteproduksjonen:

Kostnader: En rekke faktorer er med på å avgjøre hvor dyrt det er å produsere tjenester i den enkelte kommune. Dette gjelder blant annet:

- Kommunestørrelse (skalaeffekter)
- Bosetningsstruktur
- Pris på innsatsfaktorene (lønn, differensiert arbeidsgiveravgift, husleie/ byggekostnader etc.)
- Klimatiske faktorer

Behov og etterspørsel: Etterspørselen etter kommunale tjenester varierer også sterkt mellom kommunene. Årsakene til dette er blant annet at:

- Størrelsene på målgruppene varierer
- Andelene av målgruppene som faktisk etterspør tjenesten varierer
- Faktorer som påvirker behovet for ulike tjenester rettet mot andre mål- og befolkningsgrupper varierer (for eksempel ulike typer sosiale faktorer).

Inntekter: Det er svært store variasjoner i de inntektene som kommunene disponerer. Samtidig er dette er størrelser som kommunene bare i begrenset grad styrer selv. Variasjonene skyldes blant annet:

- Ulikt skattegrunnlag
- Variasjon i overføringer fra staten

Den viktigste økonomiske begrunnelsen for det kommunale selvstyret er å gi de lokale beslutningsmyndighetene muligheter til å tilpasse tjenesteproduksjonen etter lokalbefolkningens ønsker og behov. Selv om både nasjonale standarder, lovpålagte oppgaver og øremerkede tilskudd setter grenser for kommunenes handlefrihet, er det likevel betydelig rom for lokale prioriteringer. Politiske prioriteringer er derfor en viktig faktor. I tillegg vil forskjeller i produktivitetsnivået (forholdet mellom ressursinnsats og produksjon) variere mellom kommunene.

Bak disse betraktningene ligger tankegangen om at innbyggerne i kommunene har behov for mange ulike tjenester. Dette er alt fra barnehager, grunnskole, institusjonstilbud til eldre, botilbud, sosialtjenester m.v. Beslutningen om tilbud tas av lokale myndigheter innenfor de rammebetingelser

som lover og regler, inntekter og kostnader til enhver tid gir. Vi antar videre at størrelsen på målgruppene for ulike kommunale tjenester påvirker de politiske beslutningene.

3.6.3 Paneldataregresjoner

Vi bruker et klassisk sett paneldata-analyser med ulike forutsetninger om sammenhengen mellom kommunespesifikke effekter og et sett med forklaringsvariable.

I utgangspunktet setter vi opp følgende generelle modell:

$$(1) y_{it} = \beta X_{it} + v_{it}$$

der y_{it} er ressursinnsats i tjenestene som varierer mellom kommuner i og over tid t . X_{it} er vektor med forklaringsvariable som også antas å variere mellom kommuner over tid. For enkelhets skyld lar vi denne vektoren inkludere faste tidseffekter⁹ som fanger opp tidsspesifikke hendelser som påvirker alle kommunene likt. Vi kommer nærmere tilbake til den empiriske operasjonalisering av variablene i X_{it} .

I likning (1) har vi et restledd v_{it} som fanger opp all differansen mellom faktisk antall ansatte per innbygger og den som predikeres av modellen. I vår spesifisering er restleddet definert som summen av en standard hvit-støy komponent ε_{it} og en kommunespesifikk komponent η_i , jmf likning (2) under. Den kommunespesifikke komponenten retter vi ekstra oppmerksomhet fordi den fanger opp uobserverte forhold i kommunene som er konstante over tid.

$$(2) v_{it} = \eta_i + \varepsilon_{it}$$

Den mest brukte metode for slike beregninger er minste kvadraters metode (MKM). En forutsetning for at vanlig minste-kvadraters metode skal kunne gi konsistente og effisiente estimater er at visse forutsetninger om restleddet er oppfylt (3). Det at en estimator er effisient betyr at det er den estimatoren som gir minst varians blant forventningsrette estimater, og dermed også de mest korrekte koeffisientestimaterne. Konsistens er knyttet til om estimatoren nærmer seg den sanne verdi når utvalgsstørrelsen går mot uendelig.

$$(3) \begin{aligned} E(\eta_i | X_{it}) &= 0 \\ E(\varepsilon_{it} | X_{it}) &= 0 \end{aligned}$$

Linkning (3) uttrykker at ingen av komponentene i restleddet er korrelert med forklaringsvariablene i modellen. Den kommunespesifikke komponenten kan fange opp forhold i en kommune som systematisk påvirker sannsynligheten for å ha i ROBEK registeret. Hvis dette er tilfelle vil minste-kvadraters metode ikke lenger gi forventningsrette estimater. En annen estimator som er robust i forhold til denne korrelasjonen er den såkalte fixed effects estimatoren (FE). Likning (4) uttrykker dette.

⁹ Inkludert års- og kvartalseffekter i tillegg til konstantledd.

$$(4) \begin{aligned} E(\eta_i | X_{it}) &\neq 0 \\ E(\varepsilon_{it} | X_{it}) &= 0 \end{aligned}$$

FE-estimatoren kan operasjonaliseres ved hjelp av en transformasjon av variablene i modellen. Denne transformasjonen innebærer at alle variable defineres som avvik fra sine gruppegjennomsnitt.

$$(5) \quad y_{it} - \bar{y}_i = \beta(x_{it} - \bar{x}_i) + v_{it} - \bar{v}_i$$

der $v_{it} - \bar{v}_i = \eta_i + \varepsilon_{it} - \bar{\eta}_i - \bar{\varepsilon}_i = \varepsilon_{it} - \bar{\varepsilon}$ fordi $\eta_i = \bar{\eta}_i$. Den kommunespesifikke komponenten forsvinner fra modellen. I praksis betyr transformasjonen av alle variable at kun tidsvariasjonen i datamaterialet utnyttes. Dette betyr at man ikke kan estimere effekter av variable som ikke varierer over tid.

En annen beslektet estimator er random effects-estimatoren (RE). Denne er basert på samme forutsetninger som minste kvadraters metode, men tar eksplisitt hensyn til den kommunespesifikke komponenten i restleddet. For en gitt kommune vil residualene være korrelert innbyrdes hvis en slik kommunespesifikk komponent eksisterer.¹⁰ RE-estimatoren benytter både tidsvariasjon og tverrsnittvariasjon, i praksis en vektet kombinasjon av begge dimensjonene.

Vi vil presentere estimater basert på alle regresjonsmetodene vi har beskrevet over. Modellen vi estimerer er basert på likning (6) der antall ansatte per innbygger er modellert som en funksjon av etterspørsels og behovsvariabler.

3.6.4 Operasjonalisering av variablene til den økonometriske analysen

I dette avsnittet beskriver vi hvilke variabler som inkluderes for å undersøke effekten av inntekter, behov og etterspørsel, samt kostnadsforhold som antas å kunne påvirke årsverksinnsatsen i de ulike tjenestene i kommunene.

Ressursinnsats i tjenesten (avhengig variabel)

Vi måler her ressursinnsats med antall ansatte per innbygger. Fordi stillingsandel varierer, vil et bedre mål på ressursinnsats være antall årsverk per innbygger. Vi viser begge deler og finner lite variasjon i resultatene. Vi formulerer:

$$\frac{\text{Antall ansatte}}{\text{Antall innbyggere}} = \frac{\text{Antall ansatte}}{\text{Antall brukere}} * \frac{\text{Antall brukere}}{\text{Antall innbyggere}}$$

¹⁰ I prinsippet likt en flernivå-analyse med random konstantledd. Den eneste forskjellen er at vi estimerer RE ved hjelp av generalisert MKM, mens de fleste pakkene for flernivå-analyser bruker maximum likelihood. I praksis har dette liten betydning for estimatene.

Antall ansatte per innbygger kan altså dekomponeres til antall ansatte per bruker og antall brukere per innbygger. Når vi bruker antall ansatte per innbygger, skiller vi dermed ikke på om kommunene har mange ansatte per innbygger fordi de har mange ansatte per bruker eller om det er fordi de har mange brukere per innbygger.

Kostnader

Kommunene kan ha ulikt nivå på kostnadene som er knyttet til produksjon av tjenestene. Dette er i hovedsak knyttet til størrelsen på kommunene og hvordan befolkningen er konsentrert i kommunegeografien.

I de deskriptive fremstillingene tidligere i kapittelet inngikk antall innbyggere som binær-variable som representerer ulike kommunestørrelser. I regresjonsanalysene inngår størrelsen på kommunene med en kontinuerlig variabel, logaritmen til antall innbyggere. Bosettingsmønster er representert ved andel av innbyggere som bor i tettbygde strøk.

Behov og etterspørsel

I analyser av kommuner er det vanlig å kontrollere for ulike aldersgrupper. Dette fordi de fleste tjenestene gis til brukere i bestemte aldersgrupper. Brukere av de ulike tjenestene vil i ulik grad konkurrere om å oppnå et tilbud, slik at vi ved å inkludere ulike aldersgrupper også kan si noe om etterspørselen fra andre grupper av befolkningen. De andre kommunale tjenestene som helt eller delvis konkurrerer med sykehjem og hjemmetjenester om ressurser er typisk grunnskole og barnehage. Etterspørselen etter slike tjenester antar vi trekker ressurser vekk fra pleie- og omsorg. Disse tjenestene er i stor grad rettet mot bestemte aldersgrupper i kommunene. Andel innbyggere i barnehagealder og grunnskolealder og andel eldre brukes for å kontrollere for etterspørselen etter de ulike tjenestene.

For eksempel er barnehager for 0-5 åringer, grunnskole for 6-15 åringer. Innenfor gitte økonomiske rammer vil høy etterspørsel etter for eksempel grunnskole innebære at dette kanskje vil bli prioritert på bekostning av andre tjenester. Dersom andelene i de ulike aldersgruppene varierer mellom to kommuner, kan tjenestetilbudet i disse to kommunene avvike mye. Det er derfor viktig å kontrollere for disse aldersgruppene for å gjøre kommunene sammenliknbare.

For å fange opp forskjeller i etterspørselen etter tjenester har vi inkludert variabler som fanger opp sosiale forhold i kommunene. Variablene kan ikke direkte antas å fange opp etterspørselen, men tidligere empirisk forskning viser at de er korrelert med kjennetegn ved innbyggere med over gjennomsnittlig behov for kommunale tjenester. De relevante variablene som her er tatt med er andel uføre, andel arbeidsledige og andel husholdninger med eneforsørger.

Inntekter

Kommunale inntekter må antas å være viktig for produksjon av tjenester. Kommunens inntekter kommer i hovedsak fra inntekts- og formueskatt, rammetilskudd og eiendomsskatt. Vi har valgt ikke å inkludere eiendomsskatt fordi denne er frivillig og dermed problematisk i forhold til endogenitets-

problemer.¹¹ Kommunene inntektssystem består av to hovedkomponenter, inntekts- og utgiftsutjevning. Utgiftsutjevning har som formål å kompensere kommunene for kostnads- og etterspørselsforhold som de ikke kan påvirke selv. I praksis betyr dette at kjennetegn ved befolkningen virker gjennom kostnadsnøklene i inntektssystemet og bestemmer delvis størrelsen på rammetilskuddet. Andel uføre virker i en slik modellformulering direkte på tjenestene og kan føre til at det er vanskelig å identifisere effekter av både inntekt- og etterspørselsforhold. I praksis betyr dette at vi opererer med modellspesifikasjoner uten kommunale inntekter.

Samtidig har vi gjennom intervjuene i de seks prosjektkommunene mange ganger hørt at den økonomiske situasjonen i kommunene bidrar nedskjæringer og strenge "sparekrav" i tjenestene. Vi har derfor gjort en større jobb for å kunne teste hypotesen om at kommuner i økonomiske vansker har lavere årsverksinnsats enn andre kommuner. Stikkordet her er ROBEK-lista og vi vier denne et eget avsnitt før vi presenterer resultatene fra paneldataanalysene.

3.6.5 Register om betinget godkjenning og kontroll (ROBEK)

ROBEK er et register over kommuner og fylkeskommuner som må ha godkjenning fra Kommunal- og regionaldepartementet for å kunne foreta gyldige vedtak om låneopptak eller langsiktige leieavtaler. Før de nye reglene i kommuneloven trådte i kraft i 2001, måtte alle kommuner og fylkeskommuner ha slik godkjenning fra departementet. Med de nye reglene ble godkjenningsordningen begrenset til å omfatte kommuner og fylkeskommuner med økonomisk ubalanse. Kommuneloven § 60 Statlig kontroll og godkjenning av økonomiske forpliktelser, sier hva økonomisk ubalanse innebærer:

Vedtak om opptak av lån eller vedtak om langsiktig avtale om leie av bygninger, anlegg og varige driftsmidler som kan påføre kommunen eller fylkeskommunen utgifter ut over de fire neste budsjettår, er ikke gyldig før det er godkjent av departementet, dersom:

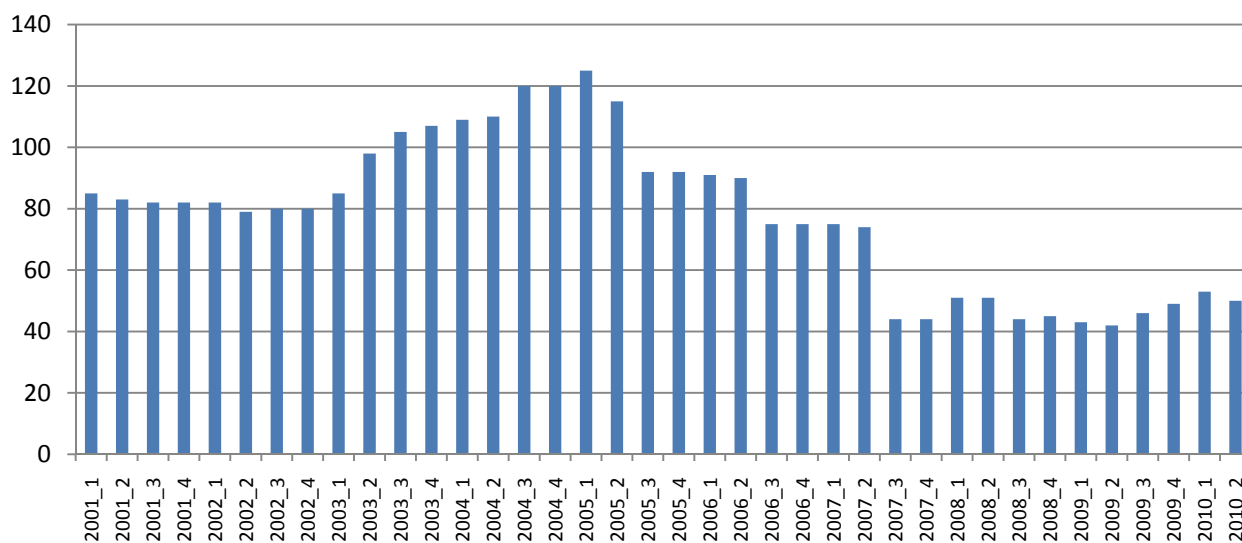
- kommunestyret har vedtatt å fastsette et årsbudsjett uten at alle utgifter er dekket inn på budsjettet,
- kommunestyret har vedtatt å fastsette en økonomiplan uten at alle utgifter er dekket inn på økonomiplanen,
- kommunestyret har vedtatt at et regnskapsmessig underskudd skal fordeles ut over det påfølgende budsjettår etter at regnskapet er framlagt, eller
- kommunen ikke følger vedtatt plan for dekning av underskudd.

For kommuner som er oppført, skal også fylkesmannen lovlighetskontrollere kommunestyrets budsjettvedtak. Inntil den enkelte kommune eller fylkeskommune er oppført i registeret, kan det ikke iverksettes godkjenning som beskrevet overfor. Kommuner og fylkeskommuner som inngår kontrakter som krever godkjenning skal orientere sine medkontrahenter om at de er satt under betinget godkjenning og kontroll.

¹¹ Vi ser også bort fra inntekter knyttet til gebyrer og konsesjonskraft. At en variabel er endogen betyr at den ikke uavhengig i forhold til utfallet vi studerer. For eksempel kan det tenkes at kommuner innfører eiendomsskatt for å skaffe inntekter til utbygging av kommunale tjenester. Med andre ord er innføring av eiendomsskatt et utfall bestemt av manglende tjenestetilbud.

ROBEK ble opprettet 1. januar 2001¹². Inn- og utregistrering av kommuner i Register ROBEK skjer i hovedregel to ganger om året. I januar/februar foretar fylkesmennene en gjennomgang av kommunenes årsbudsjett og økonomiplan. Er en kommune allerede oppført i ROBEK, skal fylkesmennene lovlighetskontrollere årsbudsjett og økonomiplan. Innen juni/ juli har kommunene vedtatt sitt årsregnskap og fylkesmennene skal på grunnlag av regnskapet foreta de nødvendige inn- og utmeldingene. Offentlig publiserte tall fra ROBEK registeret er derfor delt inn i halvår. Første halvår regnes fra januar til og med mai, mens andre halvår går fra juni til desember. Dette er gjort for å gi en indikasjon på hvorfor en kommune er meldt inn eller ut av ROBEK. Dersom inn- og utmeldingene i hovedsak blir gjort på grunnlag av årsbudsjett eller økonomiplan så skal de registreres i vårhalvåret. Tilsvarende er inn- og utmeldingene i andre halvdel av året stort sett gjort på grunnlag av årsregnskapet.

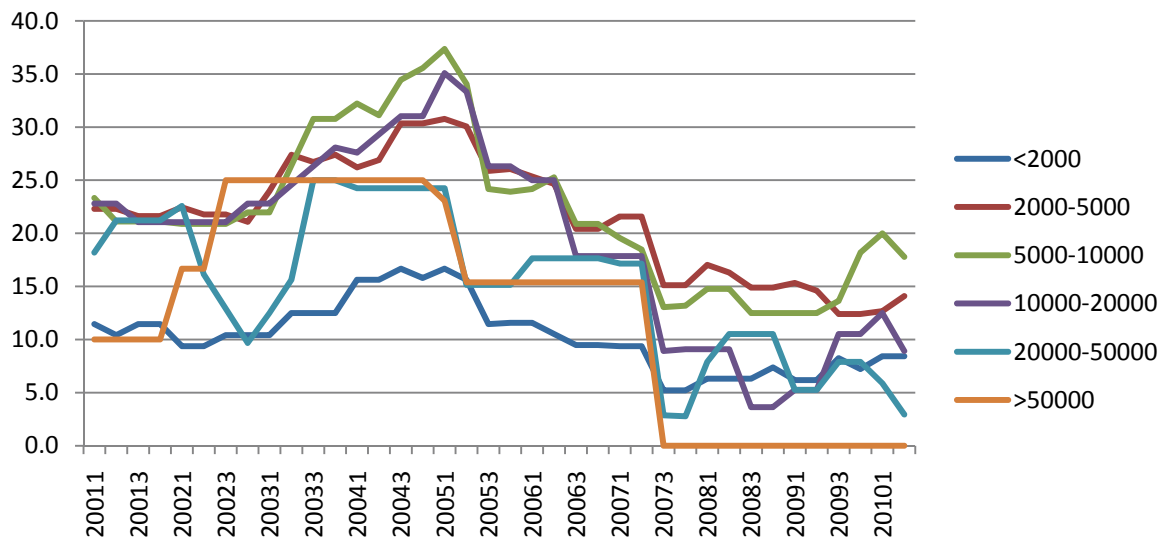
Vi har kvartalsvise registerdata fra Aa-registeret og fra sykefraværsregisteret. Siden informasjon fra registeret basert på tilnærmet halvårstall vil dette ikke bli riktig å koble på kvartalstall på kommunenivå. Vi fikk derfor oversendt informasjon fra Kommunal- og regionaldepartementet med dato for hver inn og utmelding i registeret fra det ble opprettet i 2001. Fra denne har vi laget en kvartalsdatafil der alle kommunene inngår for hvert kvartal tilbake til 2001 første kvartal. Her har vi konstruert en binærvariabel som er 1 om kommunen er registrert i ROBEK og 0 om ikke. Denne har vi koblet på det store paneldatasettet. Antall kommuner i ROBEK hvert enkelt kvartal er vist i neste figur.



Figur 3.18 Antall kommuner i ROBEK, kvartal 2001.1 – 2010.2

¹² På dette tidspunkt var det 57 kommuner i registeret. Etter fylkesmennenes gjennomgang av årsbudsjett og økonomiplan ble ytterligere 32 kommuner meldt inn, mens to kommuner ble tatt ut av registeret. Ved utgangen av mai 2001 var 87 kommuner i ROBEK.

Antall kommuner i ROBEK varierer over tid, jf figuren over. I 2000 var nesten 20 prosent av kommunene i registeret, mens andelen er 11-12 prosent i 2010. I løpet av denne perioden har hele 210 ulike kommuner vært innom ROBEK registeret i kortere eller lengre perioder.



Figur 3.19 Andel kommuner i ROBEK, størrelse kvartal 2001.1 – 2010.2

Å bli registrert betyr redusert handlefrihet og vi er interessert i å finne ut hvordan dette påvirker

- Årsverksinnsats i kommunale tjenester
- Sykefravær i kommunale tjenester

Econ Pöyry har på vegne av Fylkesmannen i Nordland sett på hvorfor kommuner i Vesterålen er oppført i ROBEK (Econ, 2010) og finner tre hovedforklaringer:

- Dels har en del kommunepolitikere svak kompetanse på kommunale regnskaper og prinsipper for økonomistyring, og dermed dårlig grunnlag for både situasjonsforståelse og utforming av tiltak.
- Dels har partipolitikk og kortsiktige valgtaktiske hensyn fått dominere over helhetlige og gjennomførbare løsninger.
- Den viktigste årsaken synes likevel å være politisk unnfalighet. Krevende og tøffe omstillinger utsettes i det lengste, selv om behovet for dem for en stor del er erkjent. Jo lenger tid som får gå uten at det tas tak i situasjonen, dess vanskeligere blir det å rette opp en tiltagende økonomisk ubalanse.

Flere av de seks kommunene vi har besøkt var på intervjutidspunktet inne på lista og flere hevder at det er en sammenheng mellom presset på tjenestene og den økonomiske situasjonen kommunen opplever.

I en av kommunene vi besøkte ble det en trist stemning i intervjuene når vi kom inn på dette med kommunens økonomiske situasjon:

”Nei vet ikke for å være ærlig. Nå famler vi litt. Har tall som beveger segvi har leid inn konsulent for å hjelpe oss å sette trykk på det. På et eller annet tidspunkt kommer det et lys. Men akkurat nå har det vært slit” (Rådmann og personalsjef, K6)

Kommunen har satt i gang flere prosjekter for å få redusert sykefraværet i pleie- og omsorgstjenestene. En av prosjektlederne for dette prosjektet sier:

”Man har ikke en fast ramme å jobbe under fra overordna nivå – fra virksomhetsleder og kommunalsjef og rådmann fordi man har så stort økonomisk fokus – fordi vi er robek og må komme i økonomisk balanse. Vi ser at enhetsledere sliter mellom personalledelse og å behage og tilfredsstille de som ligger over i forhold til levering av rapporter f.eks. De har en funksjonsbeskrivelse som har 30 kulepunkter. Det er litt i forhold til skal eller må-oppgaver. De drukner litt. Pluss at de får endra forutsetninger underveis. Det å lede en enhet i pleie og omsorg i [kommunenavn] i dag er ganske krevende.”(Prosjektleder, K6).

ROBEK variabelen inngår derfor som forklaringsvariabel i regresjonsanalysene som en indikator på ubalanse i kommuneøkonomien.

3.6.6 Resultat

Tabell 3.6 Deskriptiv statistikk 2000.2-2010.2

Variabel	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Antall ansatte per innbygger	17 723	0,1205	0,0358	0,0009	0,4128
Antall dagsverk per innbygger	17 723	4,6639	1,3516	0,0238	13,2957
Andel av befolkningen 0-5 år	16 856	0,0711	0,0115	0,0327	0,1101
Andel av befolkningen 6-15 år	16 856	0,1368	0,0141	0,0927	0,1928
Andel over 67 år	16 856	0,1529	0,0333	0,0648	0,2628
Andel 16-24 år arb.ledig	16 856	0,0268	0,0982	0,0000	6,0357
Andel 25-66 år arb.ledig	16 772	0,0238	0,0835	0,0000	5,1364
Andel 16-66 år uføre	16 856	0,1120	0,0317	0,0411	0,2413
Andel enslige forsørgere	16 856	0,0120	0,0045	0,0000	0,0489
Andel av innbyggerne som bor i tettsted	16 778	0,4958	0,2750	0,0000	1,0406
Robek	16 424	0,1810	0,3850	0,0000	1,0000

De to første variablene varierer etter hvilken del av kommunal sektor vi ser på. Her er det brukt tall for hele kommunal sektor for begge kjønn. I gjennomsnitt i perioden har kommunene 0,12 ansatte per innbygger og 4,66 dagsverk per innbygger.

Videre ser vi at i gjennomsnitt i perioden er 7 prosent av befolkningen i alderen 0-5 år, 15 prosent er over 67 år osv. I gjennomsnitt er hele 11 prosent av befolkningen i alderen 16-66 år mottakere av uførepensjon, mens nær halvparten av alle innbyggerne bor i tettsted. I perioden er i gjennomsnitt 18 prosent av kommunene på ROBEK-listen.

I tabell 3.7 viser vi regresjonsresultatene fra paneldatanalysene for hele kommunal sektor der vi ser bruker både antall ansatte per innbygger og antall dagsverk per innbygger som avhengig variabel.

Tabell 3.7 Paneldatagresjoner, 2000 2. kvartal -2010 2. kvartal. OLS, Random Effekts, Fixed Effects. Antall ansatte per innbygger og antall dagsverk per innbygger, hele kommunal sektor.

	Antall ansatte per innbygger			Antall dagsverk per innbygger		
	OLS	RE	FE	OLS	RE	FE
ln(befolkning totalt)	-0,019*** (-48,8)	-0,027*** (-19,8)	-0,061*** (-5,88)	-0,76*** (-52,2)	-0,98*** (-20,4)	-1,74*** (-5,53)
Andel av befolkningen 0-5 år	-0,17*** (-4,45)	0,030 (0,96)	0,11 (1,22)	-8,71*** (-6,03)	4,01*** (3,87)	6,18** (2,07)
Andel av befolkningen 6-15 år	-0,069*** (-2,70)	0,071*** (2,86)	0,11 (1,37)	-5,50*** (-5,66)	3,38*** (3,63)	4,66 (1,63)
Andel over 67 år	0,11*** (7,56)	0,043* (1,79)	-0,013 (-0,18)	3,26*** (5,63)	0,92 (1,21)	-0,69 (-0,31)
Andel 16-24 år arb.ledig	0,0072 (0,33)	0,031*** (3,38)	0,034 (1,63)	-0,075 (-0,080)	0,59 (1,64)	0,64 (1,58)
Andel 25-66 år arb.ledig	0,0023 (0,086)	-0,039*** (-3,52)	-0,042* (-1,69)	0,60 (0,53)	-0,58 (-1,37)	-0,63 (-1,34)
Andel 16-66 år uføre	-0,026*** (-3,05)	0,034* (1,85)	-0,030 (-0,63)	0,24 (0,73)	1,00 (1,56)	-0,85 (-0,56)
Andel enslige forsørgere	0,44*** (6,52)	0,28*** (5,89)	0,21** (2,11)	24,2*** (9,67)	7,05*** (4,15)	5,20* (1,67)
Andel av innbyggerne som bor i tettsted	-0,0082*** (-7,28)	0,016*** (4,55)	0,025** (2,14)	0,095** (2,21)	0,59*** (4,56)	0,73* (1,79)
ROBEK	-0,0043*** (-9,85)	-0,0011*** (-4,21)	-0,0011* (-1,75)	-0,15*** (-9,07)	-0,041*** (-4,41)	-0,039* (-1,95)
Konstant	0,28*** (33,2)	0,31*** (20,6)	0,62*** (6,50)	11,8*** (35,9)	11,9*** (24,2)	18,6*** (6,30)
Års-og kvartalsdummier	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Antall observasjoner	15 473	15 473	15 473	15 473	15 473	15 473
Justert R ²	0,570		0,365	0,565		0,510
Antall ulike kommunenummer		438	438		438	438

Robuste t-verdier i parenteser, korrigert for Moulton bias. *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Vi ser for det første at større kommuner har systematisk lavere antall ansatte per innbygger og antall dagsverk per innbygger enn mindre kommuner. Effekten er signifikant i alle modellspesifikasjoner.

Kommuner med flere unge innbyggere har lavere årsverksinnsats i kommunal sektor, mens en høy andel eldre rimelig nok gir høyere årsverksinnsats. Når vi ser på hele kommunal sektor samlet, ser det ikke ut til å være sterke sammenhenger mellom nivået på arbeidsledigheten, men det ser ut som kommunen får færre ansatte når ledigheten øker i kommunene. Dette kan tyde på endogenitetsproblemer med ledighetsvariabelen fordi kommunen er en stor arbeidsgiver og antall ansatte i kommunal sektor påvirker dermed ledighetstallene i kommunene. En høyere andel enslige forsørgere ser ut til å variere systematisk med både årsverksinnsatsen, ved at økning i andel enslige har sammenheng med høyere årsverksinnsats i kommunal sektor.

Sammenhengen mellom bosettingsmønster og årsverksinnsats varierer om vi ser på antall ansatte per innbygger eller dagsverk per innbygger. Antall ansatte per innbygger er lavere i kommuner der en større andel bor tettbygd, mens dagsverk per innbygger er høyere i mer tettbygde kommuner. Dette kan bety at avtalte dagsverk per ansatt (gjennomsnittlig stillingsandel) er høyere i mer tettbygde kommuner. Vi viste tidligere i kapitlet at gjennomsnittlig stillingsandel er høyere i større kommuner.

Vi ser også fra tabell 3.7 at kommuner som havner i økonomisk ubalanse systematisk har færre ansatte per innbygger og færre dagsverk per innbygger. Det er også slik at en kommune som går inn i ROBEK i perioden da får en nedgang i årsverksinnsatsen (FE-spesifiseringen).

Det er særlig interessant å se på dynamikken rundt dette med å havne i økonomisk ubalanse. Er det slik at årsverksinnsatsen systematisk øker eller går ned i perioden før eller etter kommunene ble meldt inn i ROBEK registeret. Vi har forsøkt modellspesifikasjoner der vi legger inn flere lags og leads for å undersøke dette, men det ser ikke ut til å være systematiske sammenhenger. Lags og leadsene er ikke signifikante. Dette tyder på at det er kjennetegn ved kommunene som har betydning heller enn akkurat når kommunen blir meldt inn i registeret. Disse funnene bekreftes også av de insignifikante effektene av ROBEK-variabelen i FE-regresjonene i de to neste tabellene.

I tabellene 3.8 og 3.9 ser vi nærmere på regresjonsresultatene for de enkelte tjenestene.

Vi tolker her antall ansatte som årsverksinnsats. Vi har gjennomført alle analysene også med dagsverk per innbygger som avhengig variabel, men finner ikke store forskjeller i forhold til å bruke antall ansatte per innbygger. Kun det siste er presentert.

For det første finner vi at i alle tjenestene er det slik at større kommuner har lavere årsverksinnsats. Vi ser også at endringer i befolkningsstørrelsen i perioden ikke har sammenheng med årsverksinnsatsen i grunnskolen, barnehagene og SFO, men er signifikant i sykehjem og hjemmetjenester. Dette kan være et uttrykk for forskjellene mellom tjenesten som vi var inne på tidligere. Når det utløses et hjelpebehov blant innbyggerne er det i pleie- og omsorgstjenestene behovene fører til endret årsverksinnsats. En enkelt ressurskrevende bruker kan utløse behov for mange nye årsverk for eksempel i en omsorgsbolig. Skoler og barnehager er mindre grad individuelle tjenester som krever denne type bemanning. Vi ser at effekten er størst i sykehjem. Husk at antall ansatte per innbygger består av flere komponenter der en økning kan bety en økning i antall brukere per innbygger.

Vi finner også at kommuner med en større andel eldre har rimelig nok flere årsverk i sykehjem og hjemmetjenester, mens kommuner med en større andel i befolkningen i barnehagealder har flere årsverk i barnehager og kommuner med en større andel av befolkningen i grunnskolealder har systematisk flere årsverk i grunnskolen.

Vi så i tabell 3.7 at årsverk i kommunal sektor går ned om kommunene kommer i en økonomisk ubalanse og havner på ROBEK-lista. Her finner vi noe interessant når vi går ned på de enkelte tjenestene. Det ser ut til å være slik at kommuner som havner i økonomisk ubalanse typisk har lavere årsverksinnsats i sykehjem, men har høyere årsverksinnsats i hjemmetjenestene og da særlig innen hjemmehjelp. Dette er kanskje naturlig fordi sykehjems plasserer er dyrere enn hjemmetjenester. Dette kan altså bety at kommuner med dårlig økonomi systematisk har lavere årsverksinnsats i de dyre tjenestene. Det hadde vært interessant å undersøkt videre om dette og tatt med også andre typer kommunale tjenester vi ikke har spesifisert i dette prosjektet, men dette faller langt utenfor prosjektets rammer.

Det er også interessant å se at årsverksinnsatsen i tjenestene til barn og unge påvirkes av kommunens økonomiske situasjon, selv om det her i større grad er standarder knyttet til bemanning. Vi finner at kommuner i økonomisk ubalanse har høyere årsverksinnsats i grunnskolen men lavere i barnehager og sfo.

At en kommune havner i økonomisk ubalanse trenger kanskje ikke bety politisk unnfalighet, jf funnene i Econ rapport presentert tidligere i kapittelet. Det kan også bety at en over tid har hatt

Økning i behov i befolkningen som har utløst ressursbehov som kommunen ikke har vært i stand til å få dekket gjennom de statlige overføringene. Vi ser fra resultatene at kommuner med en høyere andel uføre har høyere årsverksinnsats særlig i hjemmetjenestene, mens kommuner med mange enslige forsørgere særlig har flere årsverk i barnehagene, SFO og i hjemmetjenestene.

Bosettingsstruktur har også betydning for tjenestestrukturen. Vi finner at kommuner med flere av innbyggerne bosatt i tettsted, har lavere årsverksinnsats i sykehjem, men høyere årsverksinnsats i hjemmetjenester. En kunne kanskje tenkt at dette skulle være motsatt, men det er mulig dette er et rimelig resultat. En kommune med en spredt bosetting fører til at det blir mer kostbart og vanskeligere å ha effektiv drift på hjemmetjenestene og sykehjemstjenestene bygges derfor opp i disse kommunene mens hjemmetjenestene bygges ned. Det kan også bety at kommuner med spredt bosetting har en mindre effektiv sykehjemsstruktur ved at det er flere sykehjem spredt utover og dermed flere årsverk i sykehjemmene enn andre kommuner.

Alt i alt ser modellene ut til å forklare en betydelig andel av variasjonen i årsverksinnsatsen mellom kommunene og særlig i sykehjemstjenester. Her forklarer de inkluderte forklaringsvariablene over halvparten av variasjonen mellom kommunene i OLS regresjonene. 12 prosent av variasjonen i årsverksinnsatsen over tid innen kommunene forklares med disse variablene. Det er betydelig vanskeligere å forklare variasjonen i årsverksinnsatsen mellom kommunene i hjemmetjenestene med disse variablene og her er om lag 10 prosent av variasjonen forklart. I grunnskolen og barnehagene forklares variasjonen i årsverksinnsatsen godt med de inkluderte variablene, men det er vanskeligere å se mønsteret i variasjonen i SFO.

Tabell 3.8 Paneldatagresjoner, 2000 2. kvartal -2010 2. kvartal. OLS, Random Effekts, Fixed Effects. Avhengig variabel: antall ansatte per innbygger. Sykehjem og hjemmetjenester.

	Sykehjem				Hjemmesykepleie				Hjemmehjelp				Hjemmetjenester (hjemmesykepleie +hjemmehjelp)			
	OLS	RE	FE		OLS	RE	FE		OLS	RE	FE		OLS	RE	FE	
In(befolkning totalt)	-0,0053*** (-34,0)	-0,0060*** (-10,1)	-0,022*** (-4,12)		-0,00041** (-2,37)	-0,0022** (-2,33)	0,0026 (0,21)		-0,0021*** (-16,3)	-0,0038*** (-6,61)	-0,020** (-2,44)		-0,0013*** (-10,8)	-0,0030*** (-5,17)	-0,016*** (-2,17)	
Andel av befolkningen 0-5 år	0,0060 (0,40)	-0,039** (-2,44)	-0,0099 (-0,26)		0,060*** (3,20)	-0,098*** (-3,96)	-0,13* (-1,68)		0,014 (1,02)	0,048*** (3,13)	0,085 (1,61)		0,0073 (0,55)	0,013 (0,87)	0,042 (0,85)	
Andel av befolkningen 6-15 år	-0,057*** (-6,06)	-0,054*** (-4,31)	-0,047 (-1,28)		-0,044*** (-3,18)	-0,085*** (-3,43)	-0,095 (-1,58)		0,051*** (5,45)	0,071*** (4,92)	0,087* (1,80)		0,060*** (6,57)	0,050*** (3,67)	0,062 (1,40)	
Andel over 67 år	0,083*** (15,6)	0,057*** (4,65)	0,043 (1,09)		0,038*** (5,57)	0,027 (1,35)	0,031 (0,45)		0,061*** (13,7)	0,061*** (4,93)	0,039 (0,71)		0,070*** (16,7)	0,057*** (4,83)	0,039 (0,77)	
Andel 16-24 år arb.ledig	-0,015 (-1,27)	-0,0067 (-1,53)	-0,0048 (-0,47)		0,059*** (4,82)	0,011 (1,21)	0,0096 (0,43)		0,035*** (4,50)	0,025*** (4,75)	0,026** (2,31)		0,033*** (4,51)	0,025*** (4,83)	0,026** (2,28)	
Andel 25-66 år arb.ledig	0,021 (1,52)	0,0070 (1,36)	0,0050 (0,42)		-0,12*** (-7,69)	-0,041*** (-3,29)	-0,042 (-1,38)		-0,036*** (-5,80)	-0,029*** (-4,74)	-0,031** (-2,29)		-0,033*** (-5,60)	-0,029*** (-4,66)	-0,030** (-2,30)	
Andel 16-66 år uføre	-0,0038 (-1,12)	0,029*** (3,31)	0,015 (0,60)		0,011** (2,03)	-0,053*** (-4,87)	-0,077 (-1,65)		0,025*** (6,41)	0,012 (1,37)	-0,025 (-0,62)		0,030*** (8,01)	0,0087 (1,04)	-0,026 (-0,73)	
Andel enslige forsørgere	0,034 (1,30)	0,17*** (6,06)	0,14** (2,34)		0,15*** (4,31)	0,053 (1,36)	0,058 (0,53)		0,088*** (2,96)	0,084** (2,49)	0,048 (0,61)		0,14*** (5,17)	0,054* (1,73)	0,020 (0,29)	
Andel av innbyggerne som bor i tettsted	-0,0044*** (-8,82)	-0,0059*** (-2,90)	-0,0080 (-1,21)		-0,0065*** (-8,36)	0,0029 (0,77)	0,011 (0,93)		0,0014*** (2,79)	0,0068*** (3,30)	0,011 (1,46)		0,00090* (1,83)	0,0066*** (3,25)	0,010 (1,45)	
ROBEK	-0,0014*** (-8,51)	-0,00034*** (-2,64)	-0,00031 (-0,99)		0,000031 (0,086)	0,00088*** (3,64)	0,00088 (1,38)		0,00052*** (2,66)	0,000090 (0,57)	0,000067 (0,15)		0,00042** (2,24)	0,00019 (1,31)	0,00019 (0,45)	
Constant	0,063*** (20,2)	0,074*** (11,3)	0,21*** (4,50)		0,013*** (3,08)	0,049*** (3,95)	0,0073 (0,065)		0,0087*** (3,57)	0,017*** (2,85)	0,16** (2,26)		0,00075 (0,34)	0,018*** (3,03)	0,13** (2,11)	
Års-og kvs.dummier	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	
Antall observasjoner	15 148	15 148	15 148		3 619	3 619	3 619		13 336	13 336	13 336		15 047	15 047	15 047	
Justert R ²	0,511		0,121		0,169		0,050		0,128		0,032		0,107		0,027	
Antall ulike komnr		438	438		157	157	157		409	409	409		437	437	437	

Robuste t-verdier i parenteser, korrigert for Moulton bias. *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Tabell 3.9 Paneldatagresjoner, 2000 2. kvartal -2010 2. kvartal. OLS, Random Effekts, Fixed Effects. Avhengig variabel: antall ansatte per innbygger. Grunnskole, barnehager og SFO.

	Grunnskole			Barnehage			SFO		
	OLS	RE	FE	OLS	RE	FE	OLS	RE	FE
In(befolkning totalt)	-0,0036*** (-50,3)	-0,0042*** (-15,7)	-0,0042 (-1,21)	-0,0028*** (-46,8)	-0,0037*** (-16,3)	-0,0017 (-0,71)	-0,00017*** (-5,13)	-0,00013 (-1,34)	0,0023 (1,48)
Andel av befolkningen 0-5 år	-0,011 (-1,42)	-0,031*** (-4,01)	-0,033 (-1,56)	0,068*** (12,0)	0,12*** (19,4)	0,12*** (7,57)	-0,0069** (-2,32)	0,010** (2,45)	0,0067 (0,61)
Andel av befolkningen 6-15 år	0,081*** (17,5)	0,074*** (11,9)	0,073*** (3,96)	-0,056*** (-14,7)	0,0070 (1,41)	0,012 (0,83)	-0,0014 (-0,71)	-0,00072 (-0,24)	-0,0031 (-0,43)
Andel over 67 år	-0,0051* (-1,75)	-0,035*** (-5,97)	-0,045** (-2,31)	-0,00037 (-0,15)	0,0049 (1,06)	-0,0040 (-0,25)	-0,011*** (-8,26)	-0,0075** (-2,46)	-0,0013 (-0,13)
Andel 16-24 år arb.ledig	-0,0052 (-1,05)	0,0079*** (2,71)	0,0081* (1,69)	0,012*** (5,43)	0,0090*** (3,26)	0,0085 (1,28)	0,00068 (0,29)	0,0018 (1,10)	0,0018 (0,69)
Andel 25-66 år arb.ledig	0,0091 (1,55)	-0,0099*** (-2,85)	-0,010* (-1,83)	-0,013*** (-4,81)	-0,0097*** (-2,95)	-0,0092 (-1,16)	-0,00092 (-0,36)	0,0030 (1,25)	0,0033 (0,80)
Andel 16-66 år utføre	0,0029 (1,54)	0,015*** (3,33)	0,019 (1,24)	-0,018*** (-12,7)	-0,0071** (-2,22)	-0,0061 (-0,66)	-0,0038*** (-5,52)	0,0014 (0,83)	0,0096 (1,43)
Andel enslige forsørgere	0,0067 (0,50)	0,016 (0,93)	0,020 (0,52)	0,032*** (3,22)	0,072*** (7,49)	0,082*** (3,93)	0,034*** (4,73)	-0,010 (-1,30)	-0,0091 (-0,51)
Andel av innbyggerne som bor i tettsted	-0,0016*** (-6,60)	0,00021 (0,21)	0,0024 (0,53)	-0,00050** (-2,57)	0,0043*** (6,19)	0,0083*** (3,09)	0,00019 (1,57)	0,00044 (1,21)	0,0013 (0,69)
ROBEK	0,00022** (2,34)	0,00013* (1,70)	0,00013 (0,57)	-0,00054*** (-6,87)	-0,000093* (-1,76)	-0,000085 (-0,62)	-0,00019*** (-4,76)	-0,000086** (-2,09)	-0,000078 (-0,90)
Constant	0,047*** (29,2)	0,056*** (18,6)	0,057* (1,94)	0,041*** (30,7)	0,031*** (12,0)	0,0093 (0,43)	0,0049*** (6,13)	0,0028* (1,88)	-0,020 (-1,50)
Års-og kvartalsdummier	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Antall observasjoner	15 408	15 408	15 408	15 337	15 337	15 337	7 042	7 042	7 042
Justert R ²	0,452		0,072	0,410		0,321	0,098		0,124
Antall ulike komnr		438	438		437	437		402	402

Robuste t-verdier i parenteser, korrigert for Moulton bias. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

3.7 Oppsummering

I dette kapittelet har vi sett på ulike forhold knyttet til sysselsetting i kommunal sektor. Ansatte i sykehjem og hjemmetjenester utgjør om lag hvert fjerde årsverk i kommunal sektor og andelen har vært stabil de siste ti årene. Kommunal sektor har økt med omtrent 17 prosent målt i antall ansatte de siste ti årene og antall ansatte i sykehjem og hjemmetjenester har økt med om lag 15 prosent. Innen hjemmetjenester har det vært en tydelig substitusjon med nedgang i antall årsverk i hjemmehjelp og en sterkere økning i hjemmesykepleie. Flere av de seks casekommunene våre forteller om problemer med å rekruttere sykepleiere, men vi har ikke datagrunnlag for å vurdere hvor store disse utfordringene er i tjenestene nå. En av forklaringene på at kommunene sliter med å rekruttere sykepleiere, kan være at de ofte bare har deltidstillinger å tilby.

Videre finner vi at alle casekommunene har fokus på uønsket deltid, men de har kommet ulikt i arbeidet med å finne løsninger. Hovedproblemet ser ut til å være at økt stillingsandel innebærer hyppigere helgejobbing, noe de færreste ønsker. Dermed blir det vanskelig å finne løsninger og situasjonen kan være uendret i mange år. Flere av casekommunene undersøker muligheter for å prøve ut nye arbeidstidsordninger.

Uønsket deltid er sannsynligvis et feil begrep og det burde heller kalles uønsket lav stillingsandel fordi de ansatte i liten grad ønsker å gå fra deltid til heltid, men ønsker høyere deltidsstilling.

Fra registerdata finner at stillingsandelene (målt i antall avtalte dagsverk per ansatt) i kommunal sektor totalt sett har gått noe ned i perioden, mens vi finner en marginal økning i gjennomsnittlig stillingsandel i sykehjem og hjemmetjenester i perioden. Det ser ut til å være lettere for store kommuner å tilby høyere stillingsandeler enn for mindre kommuner. For hjemmetjenester finner vi at gjennomsnittlig stillingsandel øker systematisk med kommunestørrelse, mens sammenhengen er omvendt i sykehjem. Små kommuner har altså systematisk høyere gjennomsnittlig stillingsandel i sykehjemmene enn større kommuner. I paneldataanalysene fant vi at bosettingsstrukturen har også betydning for tjenestestrukturen. Vi finner at kommuner med flere av innbyggerne bosatt i tettsted, har lavere årsverksinnsats i sykehjem, men høyere årsverksinnsats i hjemmetjenester. Dette funnet kan forklares med ulike hypoteser, både med substitusjon mellom tjenestene basert på kostnader ved å drifte tjenestene og med mindre effektiv sykehjemsdrift totalt i spredtbygde kommuner målt med årsverksinnsats.

Mange kommuner har fokus på å øke andel menn i pleie- og omsorgstjenester. Dette handler både om fremtidig behov for mer arbeidskraft i tjenestene, men også om at en bedre kjønnsbalanse i arbeidsmiljøet kan være positivt. Basert på registerdata finner vi at andelen mannlige ansatte går ned fra nær 23,5 prosent i begynnelsen av år 2000 til ned mot 21 prosent på slutten av 2008, mens en siden 2009 ser en stadig økning. Andelen var i andre kvartal 2010 nær 22 prosent. Det er derfor ikke snakk om store variasjoner over tid. Andel menn har økt mest i barnehager, men vi observerer også en tydelig økning innen sykehjem og hjemmetjenester selv om økningen er marginal. Vi finner også at andel menn i kommunale tjenester er stabil i de største kommunene, men går ned i mindre kommuner.

For alle tjenestene er det slik at større kommuner har lavere årsverksinnsats per innbygger. Rimelig nok er det slik at, uavhengig av størrelsen på kommunene, kommuner med en større andel eldre har flere årsverk i sykehjem og hjemmetjenester, mens kommuner med en større andel i befolkningen i barnehagealder har flere årsverk i barnehager og kommuner med en større andel av befolkningen i grunnskolealder har systematisk flere årsverk i grunnskolen.

Dersom kommunen havner i økonomisk ubalanse og kommer på ROBEK-lista, reduseres årsverksinnsatsen i kommunal sektor. Det ser ut til å være slik at kommuner som havner i økonomisk ubalanse typisk har lavere årsverksinnsats i sykehjem, men har høyere årsverksinnsats i hjemmetjenestene og da særlig innen hjemmehjelp. Dette er et rimelig resultat fordi sykehjemsdrift er mer ressurskrevende enn hjemmetjenester. Det er også interessant å se at årsverksinnsatsen i tjenestene til barn og unge påvirkes av kommunens økonomiske situasjon, selv om det her i større grad er standarder knyttet til bemanning. Vi finner at kommuner i økonomisk ubalanse systematisk har høyere årsverksinnsats i grunnskolen men lavere i barnehager og sfo. Det er ikke undersøkt om sannsynligheten for å havne i økonomisk ubalanse handler om "feil" prioriteringer mellom tjenestene i utgangspunktet.

Resultatene viser også at kommuner med en høyere andel uføre har høyere årsverksinnsats særlig i hjemmetjenestene, mens kommuner med mange enslige forsørgere særlig har flere årsverk i barnehagene, SFO og i hjemmetjenestene.

Alt i alt ser modellene ut til å forklare en betydelig andel av variasjonen i årsverksinnsatsen mellom kommunene i sykehjemstjenester, grunnskolen og i barnehagene men i mindre grad i hjemmetjenestene.

I neste kapittel går vi over på sykefravær og undersøker om noen av de samme forholdene også kan forklare variasjonen i sykefraværet mellom kommunene innen de enkelte tjenesteområdene.

4 Sykefravær

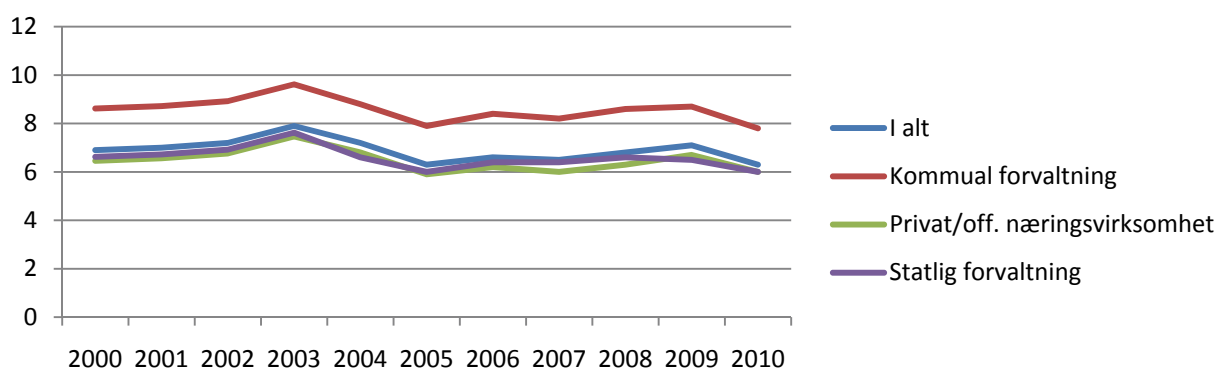
I dette kapittelet skal vi se på følgende tema:

- Samlet sykefravær i kommunal sektor og utvikling de siste 10 årene (4.1)
- Legemeldt sykefravær i kommunal sektor og utvikling de siste 10 årene (4.2)
- Legemeldt sykefravær i kommunale tjenestene (4.3)
- Legemeldt sykefravær i sykehjem og hjemmetjenester (4.4)
- Sykefravær blant hjelpepleiere i kommunale pleie- og omsorgstjenester (4.5)
- Holdninger, fraværskultur og arbeidsmoral (4.6)
- Hva forklarer variasjon i legemeldt sykefravær i ulike tjenester på kommunenivå? (4.7)

For å undersøke disse punktene nærmere tar vi utgangspunkt i datagrunnlaget beskrevet i kapittel 2.2.1, men vi bruker også informasjon fra intervjuene i de seks casekommunene for å finne ut mer om arbeidsmoral og fraværskultur.

4.1 Samlet sykefravær i kommunal sektor

Det finnes ikke sektorfordelt tall for sykefravær for perioden 2000-2003 fordi sektorkoder ikke ble koblet på sykefraværdata før 2004. I tidligere beregninger har vi gjort antagelser om at utviklingen på sektornivå de første årene følger nasjonale tall (Ose et al., 2009 side 78). Under disse forutsetningene ser utviklingen på sektornivå ut som vist i figuren under.



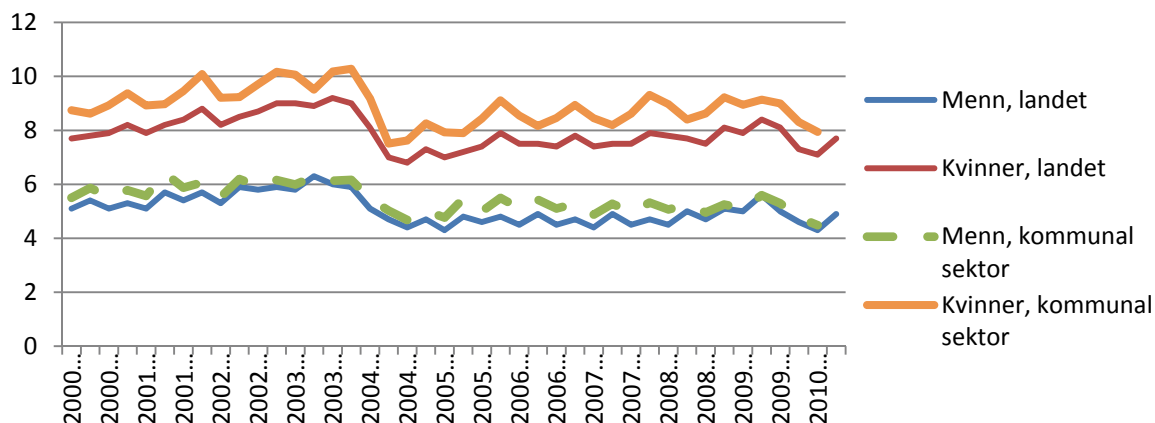
Figur 4.1 Sykefraværprosent (legemeldt og egenmeldt) alle sektorer, 2000-2010 2. kvartal. Kilde: SSB og IA-evalueringen.

Kommunal sektor ligger 1,5-2 prosentpoeng høyere enn landet totalt, målt ved total sykefraværprosent (lege- og egenmeldt).

Det mest oppsiktsvekkende med denne figuren, og alle andre tall som beskriver sykefraværutviklingen over tid, er den svært stabile og konstante variasjonen mellom de ulike

sektorene. Det samme bildet får vi når vi for eksempel sammenlikner næringer heller enn sektor. Forskjellene mellom næringene er også relativt konstante over tid, men det er noen unntak i forhold til konjunkturfølsomme næringer.¹³ I neste avsnitt ser vi nærmere på legemeldt sykefravær i kommunal sektor.

4.2 Legemeldt sykefravær i kommunal sektor og utvikling de siste 10 årene



Figur 4.2 Legemeldt sykefraværspersent hele kommunal sektor. 2002 2.kvartal – 2010 2. kvartal. Registerdata.

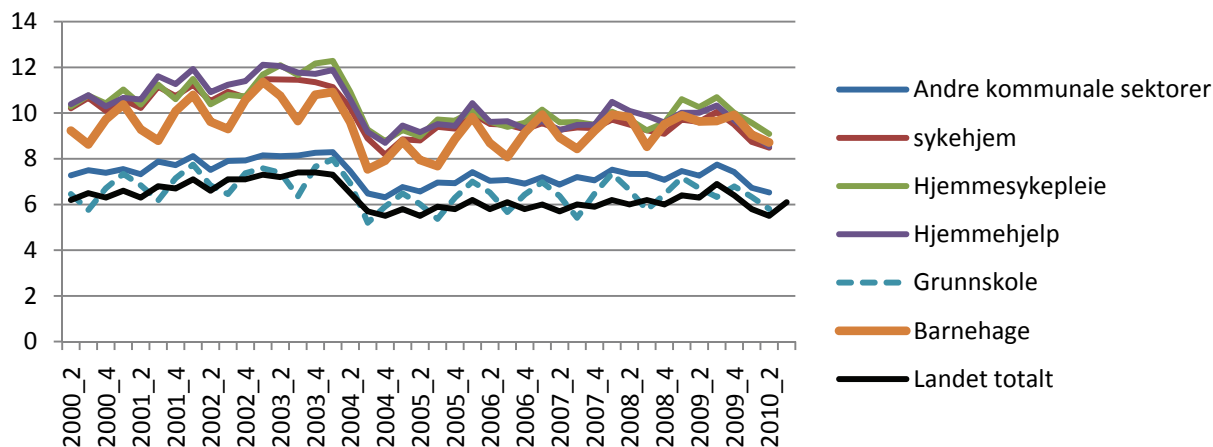
For kvinner i landet totalt, ligger sykefraværet på 88-90 prosent av sykefraværet i kommunal sektor, målt med legemeldt sykefravær. Det er noe større variasjon for menn, der sykefraværet i landet totalt ligger mellom 88 prosent og 98 prosent av det legemeldte fraværet. Generelt er det ikke en dramatisk utvikling i kjønnsforskjellene i sykefraværet, men tendensen er at sykefraværet øker marginalt mer blant kvinner.

4.3 Legemeldt sykefravær i kommunale tjenester

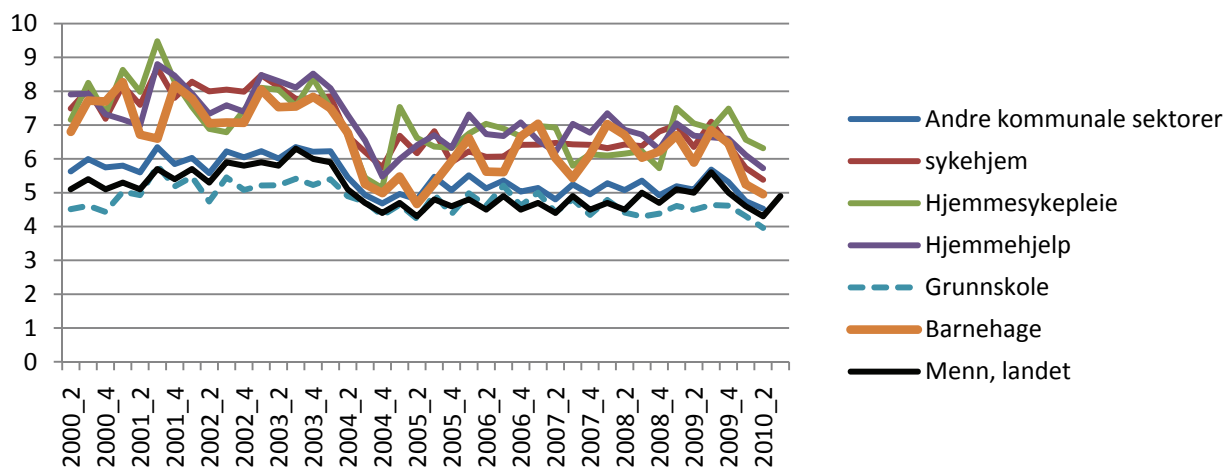
Det finnes ikke informasjon om egenmeldt sykefravær på lavere næringskoder enn det som publiseres av SSB. Dette er fordi egenmeldt sykefravær beregnes ut fra utvalgsundersøkelser og er ikke omfattende nok til å få tall på lavere nivå. Vi ser derfor bare på legemeldt sykefravær.

Figur 4.3 – 4.5 viser legemeldt sykefraværspersent for henholdsvis begge kjønn, bare menn og bare kvinner. SFO er utelatt fordi variasjonen er usannsynlig stor til at det kan være riktig.

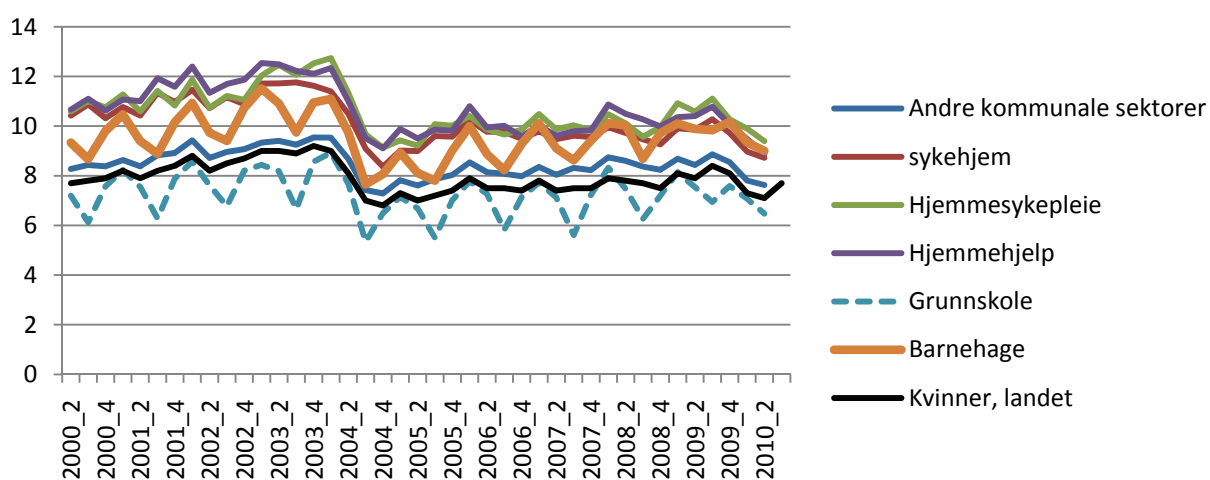
¹³ Det er derfor grunn til å undersøke både om nevneren i sykefraværspersenten (mulige dagsverk) systematisk varierer mellom næringer av ulike årsaker og om sysselsettingstallene og makrostrørrelser driver utviklingen i sykefraværspersenten på en deterministisk måte. Dette er det NAV og SSB som må undersøke. Det er heller ikke full enighet om hva som forklarer den store reduksjonen i sykefraværet i 2003-2004 blant de som har gjort analyser på mikrotall.



Figur 4.3 Legemelt sykefraværprosent, tjenester 2002 2.kvartal – 2010 2. kvartal. Begge kjønn. Registerdata.



Figur 4.4 Legemelt sykefraværprosent, tjenester 2002 2.kvartal – 2010 2. kvartal. Menn. Registerdata.



Figur 4.5 Legemelt sykefraværprosent, tjenester 2002 2.kvartal – 2010 2. kvartal. Kvinner. Registerdata.

Det første som vi ser ut i fra disse figurene er den betydelige kvartalsvariasjonen i sykefraværprosenten i grunnskolen og i barnehagene. Dette er store sektorer og fører dermed til at

kvartalsvariasjonen i kommunal sektor er betydelig. Vi ser også at det er store kjønnsforskjeller i kvartalsvariasjon særlig i grunnskolen, uten at vi kjenner til at det forsket noe på dette. Dette er svært interessant fordi en kan tenke seg at i grunnskolen har kvinner og menn i stor grad de samme oppgavene (om en trekker ut de med lederfunksjoner) og kunnskap om ulik fraværsadferd gjennom året i denne sektoren kan dermed bidra til økt forståelse av hva kjønnsforskjellene i sykefraværet generelt skyldes.

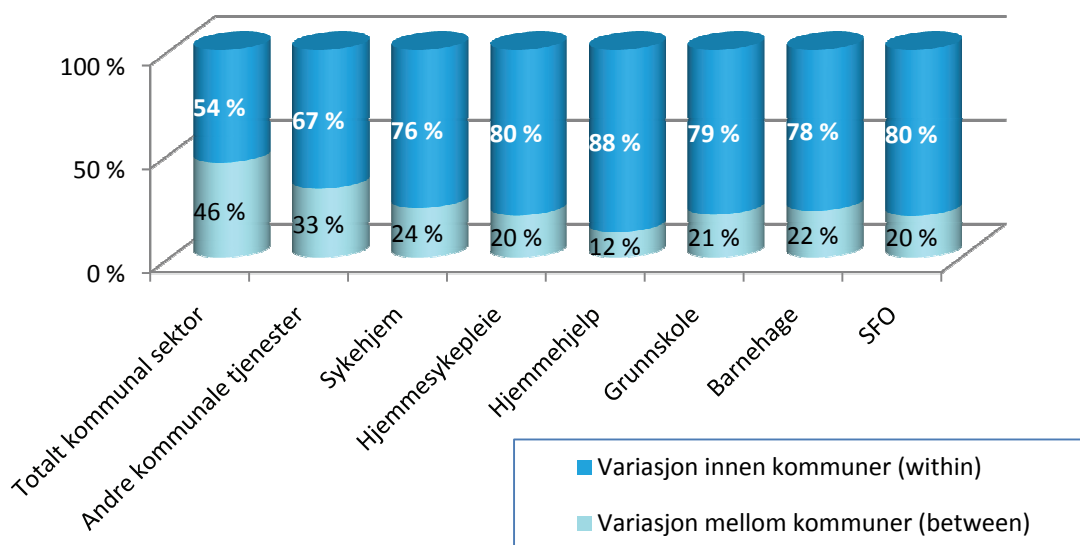
I barnehager er det betydelig kvartalsvariasjon, både for kvinner og menn. Barnehagene ligger over landsgjennomsnittet både for menn og kvinner, og om en justerer for den betydelige kvartalsvariasjonen ligger nivået noe under sykehjem og hjemmetjenester. Blant menn ligger sykefraværet i barnehagene nært sykefraværsnivået i sykehjem og hjemmetjenester.

Figurene viser også at det ikke er slik at alle kommunale sektorer ligger høyere enn landsgjennomsnittet i sykefravær. Sykefraværet i grunnskolen er på nivå med landsgjennomsnittet for menn, og for kvinner er sykefraværet lavere i grunnskolen enn landsgjennomsnittet.

Fra figurene har vi altså funnet at det er særlig kvartalsvariasjon i barnehager for begge kjønn og i grunnskolen (særlig for kvinner), men at det ikke er betydelig kvartalsvariasjon i de andre tjenestene.

Det er vanskelig ut i fra dette å være enig med Almlidutvalget som sier at sykefraværet i pleie – og omsorgsenheter er høyt fordi det er mange kvinner der. De ser ut til å mene at dette forklarer hvorfor sykefraværet er høyt i disse enhetene fordi kvinner per definisjon har høyere sykefravær enn menn. Det er riktig at kvinner har høyere sykefravær enn menn, kanskje fordi kvinner for eksempel bærer frem barn og dermed har en noe annen anatomi enn menn. Det kan også skyldes at kvinner og menn har ulike måter å mestre ulike typer belastning på, eller det kan være helt andre forklaringer. Det er fortsatt ikke nok kunnskap om kjønnsforskjeller i sykefraværet til at vi kan si hva det skyldes.

Figurene viser tydelig at det er betydelige forskjeller i sykefraværsnivået mellom tjenester både for kvinner og for menn. Om vi tenker oss at alle forskjellene i sykefraværsprosenten mellom ulike næringer skyldes ulik kjønnssammensetning, ville vi ikke kunne observere forskjeller mellom næringer når vi så på kvinner og menn separat. Vi skal se litt nærmere på dette i neste avsnitt, men først kort om variasjonen i sykefraværsprosenten for begge kjønn innen de enkelte tjenestene. Andel av variasjon i sykefraværsprosenten som skyldes variasjon mellom og innen kommunene er vist i figur 4.6.

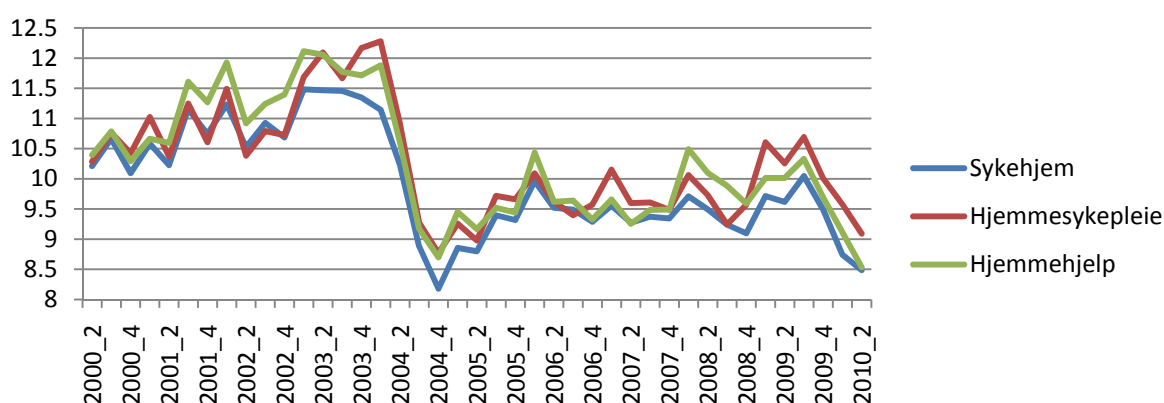


Figur 4.6 Prosent variasjon i sykefraværprosent. 2000 2. kvartal – 2010 2. kvartal. Registerdata. Begge kjønn.

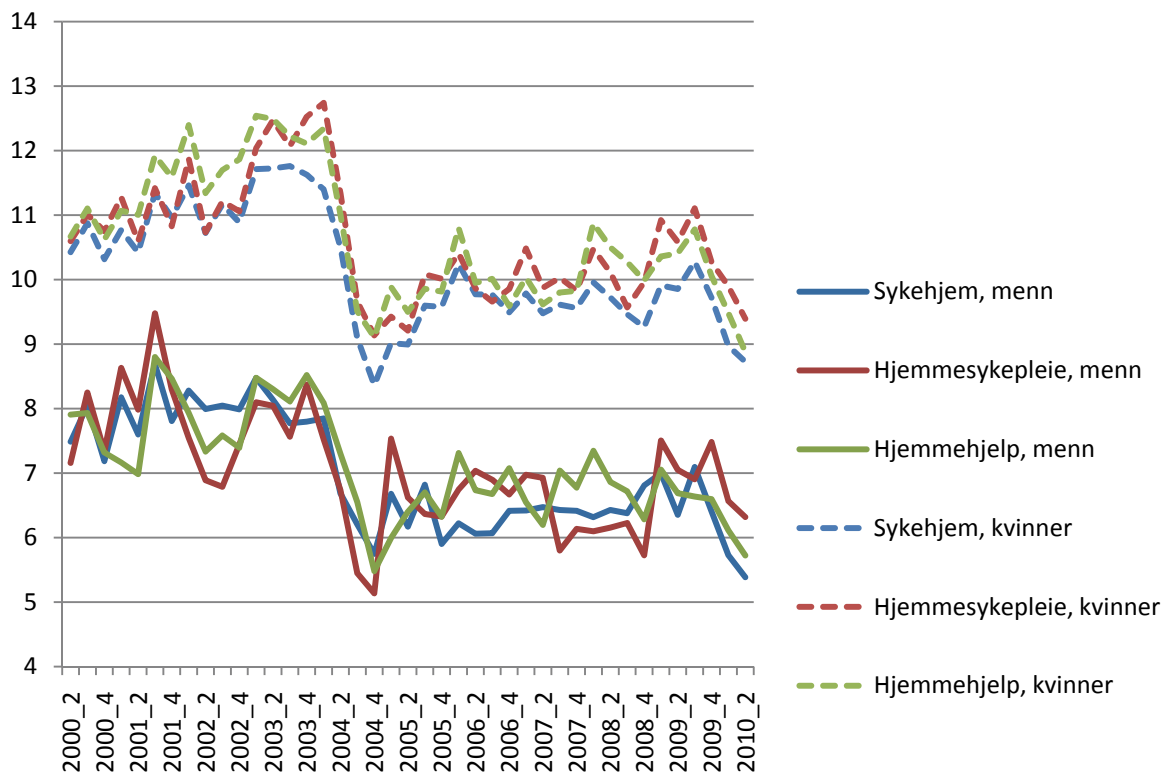
Som vist i figur 4.6 viser, skyldes litt under halvparten av variasjonen i sykefraværprosenten i kommunal sektor, variasjon mellom kommuner. Det er altså en del forskjeller mellom kommuner samlet sett. Når vi ser på de enkelte tjenestene ser vi at det er rundt 20 prosent av variasjonen som skyldes variasjon mellom kommuner, mens resten er variasjon innen de enkelte kommunene. Det er altså betydelig variasjon innen kommuner over tid og særlig innen hjemmehjelpstjenester.

4.4 Legemeldt sykefravær i sykehjem og hjemmetjenester

Som vi også så i figur 4.3-4.5 og som vist i figur 4.7, ser vi at det ikke er stor forskjell i sykefraværprosenten mellom sykehjem, hjemmesykepleie og hjemmehjelp.



Figur 4.7 Legemeldt sykefraværprosent, sykehjem og hjemmetjenester. 2000 2. kvartal – 2010 2. kvartal. Registerdata. Etter tjeneste. Kvinner



Figur 4.8 Legemeldt sykefraværspersent, sykehjem og hjemmetjenester. 2000 2. kvartal – 2010 2. kvartal. Registerdata. Etter tjeneste. Kvinner og menn

For kvinner ser det ut som sykefraværet i sykehjem er noe lavere enn i hjemmetjenester, men det er vanskelig å se noe tilsvarende forskjeller for menn.

Variasjonen i kjønnsforskjellene mellom tjenestene er størst i hjemmesykepleietjenestene, der menns fravær tilsvarer mellom 55 og 83 prosent av kvinners fraværspersent. For hjemmetjenestene utgjør menns fraværspersent mellom 60 og 75 prosent av kvinners sykefraværspersent.

Det er begrenset hvor mye informasjon en får ut av slike aggregerte data. Det er heller ikke lett å vurdere sykehjem og hjemmetjenester i forhold til andre kommunale pleie- og omsorgstjenester fordi det er vanskelig å lage tidsserier på grunn av endringer i næringsstandard.

I neste avsnitt ser vi nærmere på hjelpepleiere i kommunale tjenester. De utgjør en stor del av de ansatte og vi har tidligere samlet inn et stort datamateriale blant denne yrkesgruppen og vi tar med noen av funnene fra analyser av dette datagrunnlaget. Utfyllende analyser finnes i Ose et al., 2009b.

4.5 Sykefravær blant hjelpepleiere i kommunale pleie- og omsorgstjenester

Fra surveyundersøkelsen vi gjennomførte våren 2008 som gav svar fra nesten 10 000 hjelpepleiere (se kapittel 2.2.3 for beskrivelse av datagrunnlaget), kom vi frem til en fordeling på ulike fraværstyper for gruppen som vist i tabell 4.1.

Tabell 4.1 Utvalgets fordeling av fravær siste halve året, frekvens og prosent, 2008. N=9 800

	Antall	Prosent
Nei, har ikke hatt fravær det siste halve året	3 158	34
Fravær pga syke barn	910	10
Ja, 1-3 korte sykefravær (egenmelding)	3 953	43
Ja, mer enn 3 korte sykefravær (egenmelding)	582	6
Ja, ett langt fravær (sykmelding)	1 971	21
Ja, flere lange fravær (sykmelding)	241	3
Ja, er sykmeldt nå (helt eller delvis)	953	10

Omtrent 42 prosent av alle respondentene har hatt 1-3 korte sykefravær, mens en tredjedel oppgir å ikke ha hatt fravær siste halve året.

Det er en del som har hatt flere typer fravær. Vi har kategorisert fraværet i følgende grupper:

- **Ikke fravær:** Personen må ikke ha krysset av for andre kategorier enn *nei, har ikke hatt fravær siste halve året* eller *fravær pga syke barn*.
- **Korttidsfravær:** Personen må ha krysset av for *Ja, 1-3 korte sykefravær (egenmelding)* eller *Ja, mer enn 3 korte sykefravær (egenmelding)*. I tillegg tar vi med de som har krysset av for at de har hatt langtidsfravær, men ikke med varighet på lenger enn 2 uker totalt.
- **Langtidsfravær:** Personer som har krysset av for *Ja, ett langt fravær (sykmelding)*, eller *Ja, flere lange fravær (sykmelding)* og *Ja, er sykmeldt nå* med varighet på mer enn 2 uker.

Dette gir fordelingen vist i neste tabell.

Tabell 4.2 Utvalgets fordeling på ulike fraværstyper, frekvens og prosent, 2008.

	Antall	Prosent
Ikke fravær	2 938	32
Korttidsfravær (varighet 14 eller mindre)	4 705	52
Langtidsfravær (varighet mer enn 14 dager)	2 126	23
Både korttids - og langtidsfravær	651	7
Totalt	9 118	93

Det er 93 prosent av alle respondentene, eller 9 118 personer som har fylt ut disse spørsmålene (inkludert varighet når det er relevant). Blant disse er det 32 prosent av utvalget som har svart at de ikke har hatt fravær siste halve året unntatt eventuelt fravær pga syke barn. Det er videre 52 prosent som har hatt fravær med varighet på to uker eller mindre, mens 23 prosent har hatt ett eller flere langtidsfravær som til sammen har vart mer enn i to uker. Det er 7 prosent av hjelpepleierne som har hatt både korttidsfravær og langtidsfravær. I det følgende antar vi at de 7 prosentene som har både

korttidsfravær og langtidsfravær kun inngår i langtidsfraværet. Dette for å konstruere en variabel som gir tre verdier for å lette fremstillingen.

Tabell 4.3 Utvalgets fordeling på ulike fraværstyper, frekvens og prosent. Korttidsfravær, 2008.

	Antall	Prosent
Ikke fravær	2 938	32
Kun korttidsfravær	4 054	44
Langtidsfravær (inkludert de som både har kort og langtidsfravær)	2 126	23
Totalt	9 118	100

I det følgende defineres altså langtidsfravær som de som kun har langtidsfravær og de som i tillegg har korttidsfravær.

Totalt har altså 68 prosent av alle respondentene oppgitt å hatt fravær som ikke skyldes syke barn i løpet av de siste halve året. Fraværnivået på de ulike enhetene de siste seks månedene varierer, se neste tabell.

Tabell 4.4 Utvalgets fordeling av ikke fravær, kun korttidsfravær og langtidsfravær etter tjenestetype siste halve året, prosent, 2008.

	Ikke fravær	Kun korttids- fravær	Langtids- fravær	Totalt	Antall
Sykehjem	32	45	23	100	4 441
Hjemmebaserte tjenester	30	45	25	100	1 842
Dagsenter	38	42	21	100	238
Rehabiliteringstjenester	34	50	16	100	164
Bofellesskap	34	42	24	100	1 104
Omsorgsboliger	30	44	25	100	618
Psykisk helsearbeid	34	42	24	100	288
Rusomsorg	47	39	14	100	36
Annet	35	47	18	100	340
Totalt	32	45	23	100	9 071

Fra tabell 4.4 ser vi at det er i rustjenester (men her er utvalget lite) og ved dagsentrene det er flest som ikke har fravær. Andelen er lavest i hjemmebaserte tjenester, omsorgsboliger og i hjemmetjenester. Andel med kun korttidsfravær er høyest innen rehabiliteringstjenester. Andel med langtidsfravær er høyest i omsorgsboliger og hjemmetjenester, men nesten like høyt i bofellesskap, psykisk helsearbeid og i sykehjem.

Det er naturlig å tenke at sykefravær er en form for reaksjon på arbeidsbelastning. Dersom vi ser nærmere på de som arbeider i ulike stillingsandeler i forhold til om de har hatt sykefravær eller ikke, kan vi se om det kan være tegn på en slik sammenheng.

Tabell 4.5 Andel som har hatt fravær det siste halve året etter stillingsandel. 2008.

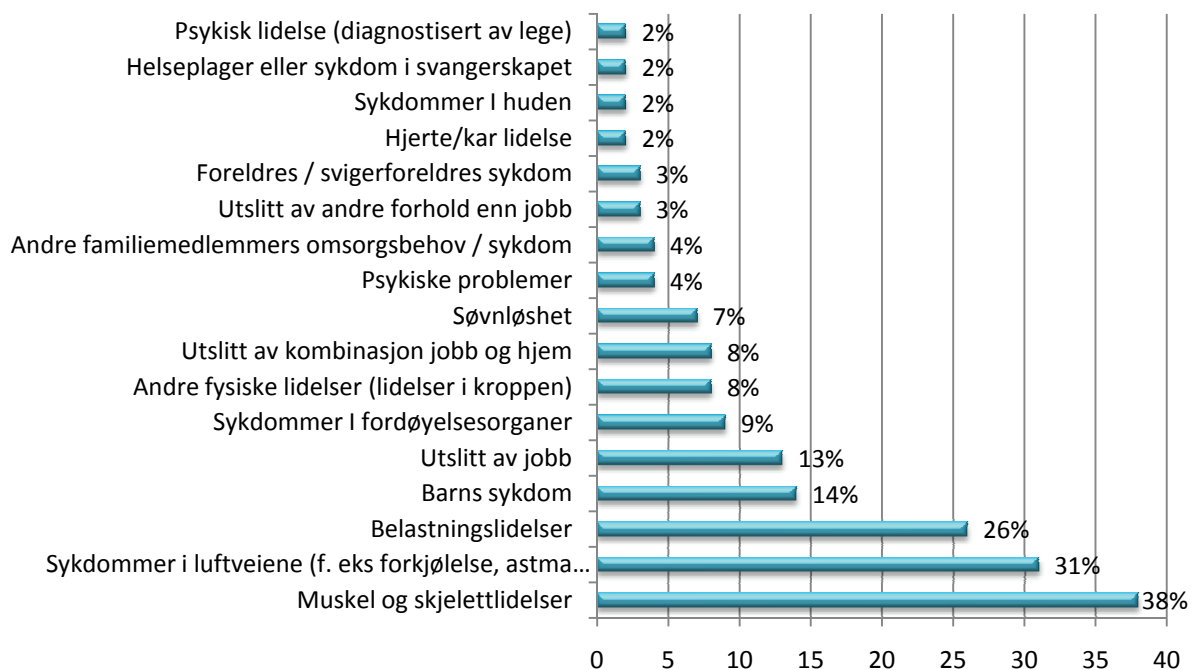
	Ikke fravær	Kun korttidsfravær	Langtidsfravær	Totalt	Antall svar
Mindre enn 10 prosent	38	46	17	100	24
10-19 prosent	37	41	21	100	121
20-29 prosent	34	49	17	100	125
30-49 prosent	34	41	25	100	385
50-79 prosent	32	45	23	100	4 201
80-99 prosent	31	47	22	100	1 509
100 prosent	31	43	25	100	2 162
Mer enn 100 prosent	36	43	21	100	146
Totalt	32	45	23	100	8 673

Det er ikke svært stor variasjon i andel som har fravær etter stillingsandel. Det som ser ut til å ha betydning her er om hjelpepleierne er fornøyd eller ikke med stillingsandelen sin. Dette er interessant å se nærmere på, men det er behov for en annen tilnærming til analysene enn dette prosjektet legger opp til. For å undersøke dette må vi koble sammen informasjon mellom faktisk stillingsandel, ønsket stillingsandel og se på fraværet. Vurdert ut fra rådata, altså uten å koble sammen informasjon om faktisk stillingsandel med ønsket stillingsandel, ser det ut til at det nesten ikke finnes langtidsfravær blant gruppen som jobber 100 prosent og er fornøyd med stillingsandelen sin. Når vi ser på de som ikke er fornøyd med stillingsandelen sin, ser det ut som andel som ikke har hatt fravær avtar med stillingsandel. Dette er svært interessant, men det er nødvendig å koble dette sammen med årsaken til at folk jobber deltid for å få frem et riktig bilde.

Selv om det er sterk sammenheng mellom type turnus og tjenestetype er det interessant å se på hvor stor andel som ikke har fravær i ulike turnusordninger. Dette gjorde vi i forrige rapport og vi fant at det var blant de som arbeider kun på dagtid, flest ikke har hatt fravær. Der er det nesten 40 prosent som ikke har hatt fravær siste halve året. Andelen er lavest blant de som arbeider kun kveldsvakter, men ellers er det ikke svært store forskjeller. Det er høyest andel med langtidsfravær blant de som arbeider kun kveldsvakter og lavest blant de som jobber tredelt turnus.

Det er mange årsaker til at fravær oppstår. Vi ba respondentene oppgi hovedårsaken(e) til fraværet/fraværene. De kunne krysse av for flere kategorier, se figur 4.9.

Det er som forventet muskel- og skjelettlidelser som oppgis som hovedårsak til de fleste sykefraværstilfellene blant hjelpepleiere ansatt i kommunale pleie- og omsorgstjenester. 31 prosent oppgir at fraværet skyldes sykdommer i luftveiene. Foreløpige anslag fra helsevariablene tyder på at nærmere 40 prosent av hjelpepleierne har belastningsskader og kroniske smerter/stivhet i muskler og ledd, og nærmere 30 prosent oppgir å ha allergi, 10 prosent har astma og 15 prosent oppgir at de har hatt psykiske plager som de har søkt hjelp for. Vi har her også informasjon om hvor lenge de har hatt disse plagene. Forskning viser stor grad av samsvar mellom ulike objektive kriterier for helse og subjektiv vurdering av helsetilstand.



Figur 4.9 Utvalgets fordeling av hovedårsak(e) til fraværet/fracværene, Prosent av de som har hatt fravær, 2008

Vi har også sammenliknet hovedårsakene til sykefraværet mellom hjelpepleierne og befolkningen for øvrig og vi fant at hjelpepleierne i utvalget i større grad oppgir at muskel og skjelettlidelser er årsak til fraværet enn resten av befolkningen, 38 prosent av utvalget mot befolkningen for øvrig på nær 32 prosent. Det samme gjelder for sykdommer i luftveiene, hvor 31 prosent av hjelpepleiere i utvalget oppgir dette som årsak, mens det generelt i befolkningen er 22 prosent som har dette som årsak. Hjelpepleierne i utvalget oppgir i mindre grad at psykiske lidelser er årsak for sitt fravær enn resten av befolkningen. Forskjellen mellom tallene for befolkningen og tallene fra utvalget er at for utvalget er årsakene selvrapportert mens for befolkningen generelt er det hentet fra sykmeldingsregisteret. Dette kan påvirke hvilken kategori årsaken faller inn under.

Når en skal forsøke å forklare variasjon i sykefravær mellom ulike arbeidsplasser, er det alltid en utfordring at det er mange faktorer det vanskelig å måle og dermed er det vanskelig å undersøke om dette har systematisk sammenheng med sykefraværet. Holdninger, arbeidsmoral og fraværskultur er eksempler på slike faktorer. Vi har derfor gjennom intervjuene i de seks casekommunene snakket med respondentene om dette for å få mer kunnskap om disse temaene. Vi ser på dette i neste underkapittel.

4.6 Holdninger, fraværskultur og arbeidsmoral

Det er stadige påstander i sykefraværdebatten og i media om at norske arbeidstakere har dårlig arbeidsmoral. Enkelte hevder å se en sammenheng mellom moral og sykefravær, men dette er langt i fra dokumentert gjennom forskning. Det er gjort svært lite på dette i Norge og her skal vi bare ta et første steg på veien og høre hva våre respondenter sier om dette temaet.

I litteraturen snakkes det om motivasjon og holdninger som et komplekst og sammensatt fenomen. Forskningen kommer fra flere fagområder som økonomi, psykologi, organisasjonsutvikling, forvaltning av menneskelige ressurser m.m. Det er mulig at det utvikles kulturer på en arbeidsplass fordi det finnes faktorer eller rammebetingelser som gjør at de ansatte mister motivasjon og får

dårlige vaner i forhold til sykefraværsadferd. Det er funnet at trivsel på jobb ikke er en forutsetning for motivasjon (Franco et al., 2002), men et høyere nivå av trivsel er ofte assosiert med et høyere nivå av forpliktelser til arbeid og større sannsynlighet for at arbeidstaker anvender en større gjennomføring av arbeidet (Blegen et al., 1987).

I casekommunene våre ser det ut som det generelt er slik at de som har lavt sykefravær mener at arbeidsmoralen er høy og at det ikke er noen kultur for å være fraværende fra jobb om en ikke er syk. I enheter med høyt sykefravær, ser det ut til at diskusjonen om usunn fraværskultur eller dårlig arbeidsmoral før eller siden kommer. Det er også lett å sitte på toppen i disse kommunene å tenke at det må være noe mer enn sykdom som gir det høye sykefraværet. De sammenlikner ofte sykefraværet i ulike enheter i kommunene og når de prøver å forklare de observerte forskjellene ender de med å henvise til ledelse, ukultur eller dårlig arbeidsmoral.

I K1 er det ingen som svarer direkte at det er dårlig arbeidsmoral eller uheldig fraværskultur, men ordføreren sier følgende:

”Det er det som er problemet mange ganger ved de som er langtidssykemeldte. Har luftet forskjellige tanker i kvalitetskommuneprogrammet. Skal ha langtidssykemeldte til å møte opp en gang i uken, gå tur i lag. Noe sosialt rundt det. Personlig synes jeg det er feil at de bare skal ligge på sofaen. Trenger ikke feile dem noe fysisk. Det er noen ganger det er psykiske plager også. Tjener jo bedre når du er hjemme å får full lønn og slipper kjøre på arbeid. Mye å gjøre på dette området. Tror at regelverket gir oss mulighet til å være mer konstruktiv enn hva vi er i dag.” (Ordfører, K1).

Gruppeledere på sykehjemmet ble intervjuet i et fokusgruppeintervju. De sier at det er ungdommen som er problemet når vi spør om hvordan fraværskulturen er:

”Vet ikke om det er generelt, men en ser jo det noen ganger da. Kanskje spesielt på sommeren. Ja den yngre garde – ungdommen. De har ikke arbeidsmoral.” (Gruppeleder sykehjemmet, K1).

Det spesifiseres at dette gjelder ferievikarer. Vi spør om de ser noen forskjeller i ulike aldersgrupper blant de faste ansatte. Gruppelederne modererer da utsagnet om ungdommen:

”Har jo gjengangere der også. Det er jo mange som er borte. Det er stor forskjell på dem. Noen ungdommer står jo på som bare det.” (Gruppeleder sykehjemmet, K1).

Det snakkes videre om at folk har ulik terskel for å være borte fra jobb:

”Terskelen for å være dårlig kan ligge på å ha litt hodepine. Vi tar oss en paracet så drar vi på jobb og kan heller dra hjem hvis vi ikke klarer å være der.” (Gruppeleder sykehjemmet, K1).

De sier at dette ikke nødvendigvis påvirker innsatsen de har når de er på jobb. De andre respondentene i kommunen har ikke hatt noen bestemt mening om dette med arbeidsmoral.

I K2 trekker ordføreren frem at det er lave klasseforskjeller i denne kommunen (landbrukskommune), det er ikke typisk noen storgårder som har dominert i denne kommunen. Ordføreren mener dette kan ha betydning for hvilke parti som har hatt makten i kommunen. Ordføreren er også opptatt av forebygging, at det skal være et nettverk for de som faller utenfor.

”Fokuset på helse, forebygging, frivillighet, helsestasjon, fysioterapi – friskliv, barnevern – at en ser det i en sammenheng” (Ordfører, K2)

Ordføreren gir i intervjuet ikke inntrykk av at hun mener at en økning i sykefraværet skulle skyldes dårlig arbeidsmoral. Personallederen omtaler sykehjemmet i følgende ordlag:

”Har mange i pleien som jobber med slitasjeskader og som står på og til og med etter at de kunne gått av. Også fordi de ikke har jobbet lenge nok. Dette er damer som har vært hjemmeværende de første årene. Da prater vi om over 10 år. At de har lyst å jobbe, har begynt som ufaglært i pleien og tatt seg hjelpepleiergrad ved siden av og der mange av de har i perioder vært sykemeldte, men ikke veldig lenge. Vet at de jobber med store smerter. Hadde en på kontoret i forbindelse med at hun hadde vondt. Det var mye rot fra KLP. Hun jobbet ikke full stilling, men at hun hadde de dagene – at de ble plassert strategisk inn i turnusen i harde jobbperioder. De gjør det sånn der borte. Det hadde hjulpet henne til å fortsette. Vi har flere som er over 67 som jobber.” (Personalleder, K2).

Det er ingenting i de andre intervjuene i denne kommunen som tyder på at noen har vært opptatt av arbeidsmoral eller tror at det eksisterer noen spesielle fraværskulturer i kommunene. Kommunen har generelt lavt sykefravær i alle enhetene.

I K3 møter vi en helt annen holdning. Her ble det gjennomført et fokusgruppeintervju med både ordfører, rådmann, kommunalsjef og en leder for politisk utvalg. De snakker om det høye sykefraværet i Norge, som hadde stort fokus i media i perioden før intervjuene ble gjennomført. Vi spurte om det høye sykefraværet skyldes dårlig arbeidsmoral (generelt spørsmål). De svarte at det ikke finnes en logisk forklaring på høyt sykefravær generelt, men flere av respondentene ytret seg i bekreftende retning:

”Når du leser i aviser og følger diskusjoner er det inntrykket du får at Norge har et høyt sykefravær. Det er ikke noe logikk i det. Vi har hatt veldig fokus på tilrettelegging for jobbing, fokus på god arbeidsstilling, alt mulig av motorisert hjelpemidler. Ikke store fysiske belastninger på kroppen din. Jeg undres. Det må være noe med holdningene våre etter hvert – blitt litt for slappe.” (Ordfører, rådmann, kommunalsjef, K3)

Vi snakket også med personalsjefen og han sa at alt ikke kunne skyldes sykdom:

”Folk er ikke så syke at hver 10. dag i snitt – da er det andre ting. Det er de store talls lov.” (Personalsjef K3)

Det er mye som har skjedd i denne kommunen og det er mange konflikter, men på direkte spørsmål om arbeidsmoralen til de ansatte er høy, svarer enhetslederen:

”Ja veldig. De som har vært borte bestandig de tenker jeg ikke på i forhold til akkurat det. Det er reelle ting de er borte for.” (Enhetsleder, K3).

I hjemmetjenesten i K3 har dette med arbeidsmoral og fraværskultur ikke vært noe tema. På spørsmålene om dette svarer de at det nok er noen som har sykefravær uten gyldig grunn, men at dette er sjelden og det gjelder enkeltpersoner og at det ikke er en generell ukultur.

”Men har ikke noe stort problem, har ikke noe ukultur, ærekjær alle sammen. Tenker på den arbeidsstokken som er i hjemmesykepleien. Det er mange av oss som har jobbet utrolig mange år, en utrolig stabil gjeng. Det har mye å si. Når det kommer inn nye – du tar litt skikken dit du kommer. Er det mye fravær er det lett for ungdommene som kommer – jeg tar meg en dag jeg også. Vi er på en måte litt rollemodeller vi som er gamle og har vært her lenge.” (Tillitsvalgt/vernombud hjemmetjenesten, K3)

I denne kommunen er det sannsynligvis andre ting enn arbeidsmoral som forklarer det høye sykefraværet.

I K4 snakker avdelingsleder på sykehjemmet om enkeltpersoner som har sykefravær uten gyldig grunn, men at det er lite hun kan gjøre med det fordi det er legen som har gitt vedkommende sykmelding – hun kan ikke overprøve legen, sier hun. Når vi spør om hun prøver å snakke med vedkommende, sier hun:

”Kan komme med litt hint, men kan ikke si at du er faktisk ikke syk, hvorfor har du fått sykemelding?” ... har mistanke om at hun egentlig kunne vært på arbeid. Hun er kanskje ikke mest pålitelig, - men det kan jeg ikke si.” (Avdelingsleder sykehjem, K4)

Avdelingslederen snakker også om bruk av egenmeldinger versus legeerklæring ved fravær.

”Ja, er du syk under 8 dager bør du ikke bruke legeerklæring. Men når folk blir syk springer de gjerne til legen selv om det er 3 dager. Får sykemelding, blir mer tro på at en er syk da enn at en ringer og sier at en er syk.” (Avdelingsleder sykehjem, K4)

På videre spørsmål kommer det frem at dette gjelder gjengangere. Hun svarer at dette kan gjelde omtrent 5 av de 30 faste på avdelingen.

Et litt annet bilde kom frem når vi snakket med tillitsvalgte og verneombudet på sykehjemmet. De fortalte om en kultur som åpnet for jevnlig sykefravær fordi det er tøffe tak på avdelingen, både psykisk og fysisk. Når vi spør om dette er greit svarer de:

”Det er ikke lov, men hvis du trenger det er det lov.” (Tillitsvalgt/verneombud sykehjem, K4).

Vi spør om det er noen som har sykefravær uten egentlig å ha behov for det. De svarer da:

”Det er bestandig det. Spesielt i en organisasjon som er så stor som dette er det dem som skulker. Det er vi ikke i tvil om. Det kan jeg ikke dokumentere, men...” (Tillitsvalgt/verneombud sykehjem, K4).

Vi spør om de tror dette gjelder mange svarer de at det ikke er mange - men at det er en del. Vi spør videre om dette er en ukultur og de svarer:

”Kan kalle det hva en vil, men vet at her får det ikke så store konsekvenser hvis du er borte. Hvis du ringer og sier at du er borte eller sykemeldt blir det leid inn folk for deg. Jobben blir utført likevel og når du kommer tilbake har ikke papirmengden på pulten din økt noe. Det er akkurat det samme. Får ikke store konsekvenser at du er borte. Du får lønna di og jobben blir utført.” (Tillitsvalgt/verneombud sykehjem, K4).

Vi spør videre om det er lett å være borte og svaret er at det er lett å være borte fordi de ikke trenger å ringe lederen en gang, selv om de skal gjøre det, fordi de ringer ofte på nattevakt og kveldsvakt og melder i fra. De sier også:

”Da er det kanskje lett å tenke at det er litt ukultur. Hvorfor kan du ikke være såpass at du ringer og snakker med lederen din. Hvorfor ikke det?... Ja, kan kalle det en liten ukultur. Tror det. (Tillitsvalgt/verneombud sykehjem, K4).

Andre ansatte kan reagere på at noen har lav terskel for sykefravær, og vi spør hvordan dette blir møtt av andre ansatte. De svarer at det er lett å gjennomskue om det er ureglementert fravær, fordi det er slikt en vet:

”Ja, vi vet jo det. Spesielt enkelte som er borte hver påske. De er på fjellet, går på ski. Kan ikke være på avdelingen her. Bare fjas. Kunne vært her og gått med medisin ihvertfall hvis de har vondt i ryggen. Kunne vært her. Det er veldig .. Ja veldig synlig. Det er demotiverende for dem som er igjen. De skriver

full overtid, ikke overtid, men mertillegg o.l. Det føler jeg på selv....” (Tillitsvalgt/verneombud sykehjem, K4).

Vedkommende tenker seg litt om og sier videre:

”Samtidig er det på en måte – du skal aldri spørre sykemeldte hvorfor de har vært syk. Det er så hemmelighetsfullt. Det er så lukka. Veldig mange benytter seg av det. Kunne tenkt meg at det hadde vært litt mer åpenhet om det ”(Tillitsvalgt/verneombud sykehjem, K4)

Vi spør om hun mener at de rett og slett skal forklare hvorfor de er borte fra jobb, og svaret er:

”Hvorfor ikke? Tror at det gjør noe med arbeidsmiljøet. Folk som skulker har lyst å holde det hemmelig hvorfor de er syk. Det skaper irritasjon i gruppa og det eter på seg, negative ting.” (Tillitsvalgt og verneombud sykehjem, K4)

Vi spør om dette påvirker andres terskel for å være borte fra jobb og svaret er at det er helt klart gjør det. Vi spør om det er slik at den tillitsvalgte kan gå til avdelingslederen med sine mistanker, og svaret er at det er en selvfølge at hun kan. Igjen kommer vi inn på legen og rollen denne har i kommunen men den tillitsvalgte er skeptisk til et forslag som har kommet opp ved sykehjemmet:

”Det som ble bestemt på forrige møte var at avd.lederne skal ringe opp legen og prøve få vedkommende tilbake hit. Det er jeg litt skeptisk til. Det skal være lov å være syk. Det kan være mange årsaker til at folk er borte.” (Tillitsvalgt/verneombud sykehjem, K4).

Som flere andre respondenter kommer de tilbake til dette med at det er viktig å se de som ikke er sykmeldt også. En av respondentene forteller at hun selv er alvorlig syk, men sier at:

”Jeg er lært opp slik at en skal ikke være borte hvis det ikke er nødvendig. Har med oppdragelse o.l... Det går på moral. Den er veldig forskjellig.” (Tillitsvalgt/verneombud sykehjem, K4).

I K5 forteller Ordføreren oss at i andre yrker, som er mye tøffere enn å jobbe i pleie- og omsorg, er sykefraværet lavere. Når vi spør om dette skyldes dårlig arbeidsmoral svarer han:

”Ja det tror jeg. Tror det kan bli enda verre. I dag er det slik at du verken får glass eller brødiskive på Karl Johan uten at det er betjent av en svenske. Da er det noe som er feil.” (Ordfører, K5)

Enhetslederen i denne kommunen får samme spørsmålet og svarer:

”Ja, men prøver noen ganger og stille spørsmålet – hvorfor er [betegnelse på kommunens innbyggere] dårligere når det gjelder brukernivå, for det hevder vi. Vi er sykere vi som jobber her enn de som bor på sykehjem andre plasser. Alt er ikke nytt, men vi har mange fasiliteter med mye hjelpemidler. Har både søkt om nye hjelpemidler og det er kjøpt inn. Det er ingen grunnlag for at det ikke skal være ..” (Enhetsleder, K5).

Vi intervjuet faglederne i tjenestene i et lengre fokusgruppeintervju. Der spurte vi også om arbeidsmoralen, og her knyttes det igjen sammen med nivået på sykefraværet:

”På min avdeling er den høy. Det er nesten ikke sykefravær. Vi har hatt veldig lite fravær der. Kanskje har vi vært heldig.” (Fagleder, K5).

Faglederne forteller at det blir forventet at en gjør en større innsats enn den en får betaling for. Vi spurte om dette gjør noe med arbeidsmoralen. De svarer:

”Tror at det har en konsekvens i forhold til arbeidsmoralen hos oss. Tror det.” (Fagleder 1, K5)

"Jeg også tror det. Spesielt gammelhundene som har gått ørk og helg for å være lojal, de begynner og føle seg metta." (Fagleder 2, K5)

"Det du sa som var vesentlig – arbeidsmoral – det er sikkert ikke bare her i [kommunenavn] – det kan du skille på alder. Vi som har passert 45-50 tror jeg har en arbeidsmoral som rett og slett er helseskadelig for oss selv og vår fremtid." (Fagleder 1, K5).

Vi spør om de kan observere en forskjell på arbeidsmoral i forhold til alder og de svarer:

"Vi som er gammel har opplevd at vi skal gå på arbeid uansett om vi ikke klarer å komme ut av senga. Det gjør vi. Har jobbet sammen med ungdommer som har tatt telefon til merkantil og lurt på hvor mange egenmeldingsdager de har igjen når du kommer til desember. Har jeg brukt mange. Da har du et problem." (Fagledere, K5)

"Det kan være det at han spør for at han rett og slett er syk." (Fagledere, K5)

"Du er på arbeid og jobber, var ikke dårlig enda da, men ble det. Tror det er generelt for hele Norge. At ungdommene i dag er mye slappere og har lavere arbeidsmoral." (Fagledere, K5)

"Har sittet som 25-åring og hørt 60-åringer sagt at de skal ha 3-dagersen sin. Det er erfaringsbasert dette. Vet om kjempeflinke ungdommer også. Arbeidsmoralen de forskjellige stedene – da tenker jeg tankesett, hvordan man jobber, innstilling – hele pakken. Jeg har heller ikke mye sykefravær på jobben, men det er hevet over en hvert tvil at i avdelingen min er det ganske mange ... det var det før jeg kom og det er det enda. Jeg har ikke personalansvar, og noen ganger har jeg tenkt at det noen ganger hadde vært gøy og hatt det. For da kunne man hatt nødvendige verktøy for å gjort noen grep når man går i miljøet." (Fagledere, K5)

Faglederne blir altså ikke helt enige om dette.

I K6 spurte vi ordføreren hvordan han/hun setter fokus på holdninger. Svaret er:

"Jeg slår f.eks. ned på hver gang alle sitter og syter og klager hvor ille det er. Hvor fjælt de har det som arbeidstaker i [kommunenavn]. Da sier jeg – er det riktig? Da utfordrer jeg dem, da fronter jeg dem. Da blir det fort en god dialog". (Ordfører, K6).

Kommunen har en prosjektleder som sier det er store forskjeller mellom enheter og vi spør om han ser kulturene:

"Ja noen steder ser jeg kulturen at folk sier rett ut at "nå har jeg ofret meg så og så mye. Jeg har tenkt helhetlig, nå gidder jeg ikke mer." De kan finne på og si det rett ut. Du kan høre det på diskusjoner i gangene på at de snakker om irritasjon og hvorfor den ene er borte og hvordan skal jeg få det opp, de bruker all tida si til å skaffe vikarer. Det er kun fokusering på økonomi og nedskjæringer. Enhver henvendelse som har med helsefremmende eller noe som kan gi inspirasjon til videreutvikling er stille eller dødt eller det er ikke tid eller plass til det. Folk sier det selv." (Prosjektleder, K6).

"De sier det – nå er det min tur til å kunne være syk" (Prosjektleder, K6)

"Du blir ikke belønna for den ekstrainsatsen. Det er det folk sier at hvorfor skal de ofre seg når det er de det går ut over. Der blir det gjerne enda mer nedskjæringer. Du må syte og klage for og bli belønna. Det er det samme vi gjør når vi setter inn ressursene der hvor det er sykefravær fordi de skal få mere midler. Det er helt stikk i strid med langtidsfrisktankegangen i det hele tatt." (Prosjektleder, K6)

"Lokal vinkling er også det at du har sykemeldinger som – det er veldig få ledere som har interesse av .. å si nei til sykemeldingen. ... da måtte jeg ha NAV i ryggen og si at dette holder ikke. Rett og slett stoppe utbetaling. Du har lov å kreve at her må det en annen vurdering til, for dette kan ikke stemme. Når de

faktisk går og sier hva er det de er sykemeldt for. De kan ikke bidra med noe. Det stemmer ikke. OK du har vrikket foten, men du kan fortsatt bidra med både det ene og det andre..." (Prosjektleder, K6)

4.6.1 Oppsummering

Det faller utenfor dette prosjektets rammer å gå nærmere inn på dette fenomenet her, men vi har presentert det som ble sagt fra de 6 casekommunene. Det er tydelig at noen sykehjem har behov for en gjennomgang rundt dette med fraværskulturer. Samtidig virker det litt for enkelt at kommuneledelsen skal sitte å snakke om ukultur uten å ha skikkelig informasjon om de arbeidsmiljøutfordringene som vi observerte i enhetene.

Vi kan på ingen måte utelukke at det finnes kommunale sykehjem og hjemmetjenester med en fraværskultur som gjør at terskelen for å sykemelde seg er lav.

4.7 Hva forklarer variasjon i legemeldt sykefravær i ulike tjenester på kommunenivå

Det er mange faktorer som påvirker sykefraværet på individnivå (se for eksempel Ose, 2010 for en gjennomgang av forskning på sykefravær). I denne analysen bruker vi ikke individdata, men skal heller forsøke å teste noen hypoteser knyttet til tjenesteområde i de ulike kommunene. Dette betyr at analyseenheten ikke nødvendigvis er ett enkelt sykehjem (det vil være det i små kommuner med bare ett sykehjem) men sykehjemstjenestene samlet innenfor en kommune. Derfor er det variabler på kommunenivå innenfor hvert tjenesteområde vi primært skal se på. Vi trekker også inn kjennetegn ved de enkelte kommunene (kommunevariabler og ikke tjenestevariabler) for å se på sammenheng mellom disse og nivået på sykefraværet målt ved legemeldt sykefravær.

I dette delkapittelet skal vi se nærmere på følgende sammenhenger:

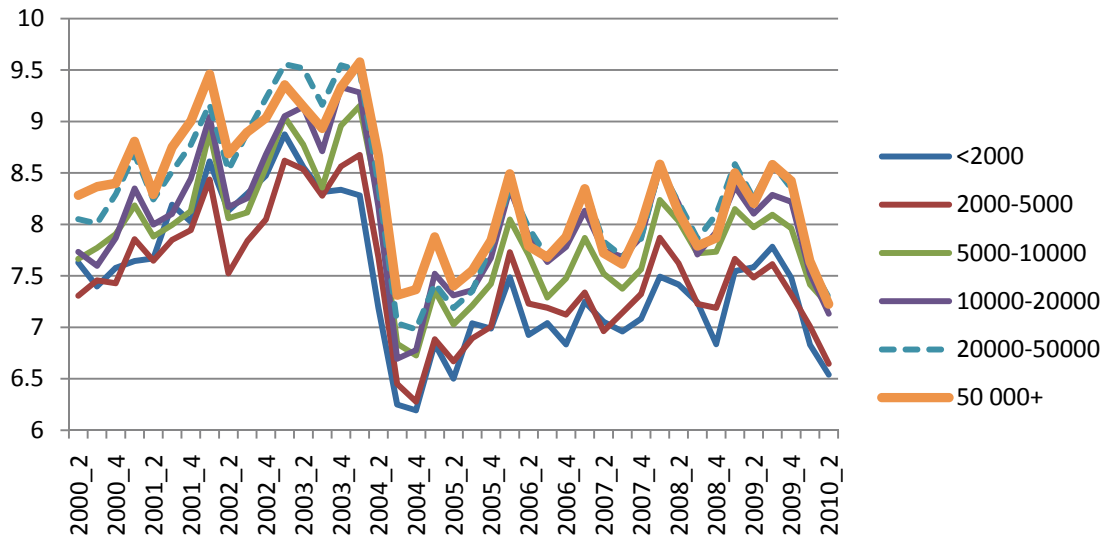
- Betyr størrelsen på tjenesten noe (målt i mulige dagsverk per innbygger) for sykefraværet?
- Betyr gjennomsnittlig stillingsandel noe (målt i mulige dagsverk per ansatt) for sykefraværet?
- Betyr andelen menn noe for sykefraværet?
- Betyr etterspørselen etter tjenestene fra befolkningen noe for sykefraværet?
- Har kommunenes økonomiske situasjon noen betydning for sykefraværet?

Vi går først gjennom hypotesene og operasjonaliseringene av de ulike variablene, før vi presenterer resultater fra regresjonsanalyser i kapittel 4.7.5.

4.7.1 Størrelsen på tjenestene

Optimalt sett hadde vi ønsket å ha informasjon om bemanningsfaktoren (årsverk per bruker) i de enkelte tjenesten, med dette finnes det ikke informasjon om her. Vi bruker derfor antall mulige dagsverk hvert kvartal per innbygger for å få et mål på hvor stor årsverksinnsats det er i kommunene. Vi kontrollerer samtidig for størrelsen på kommunen.

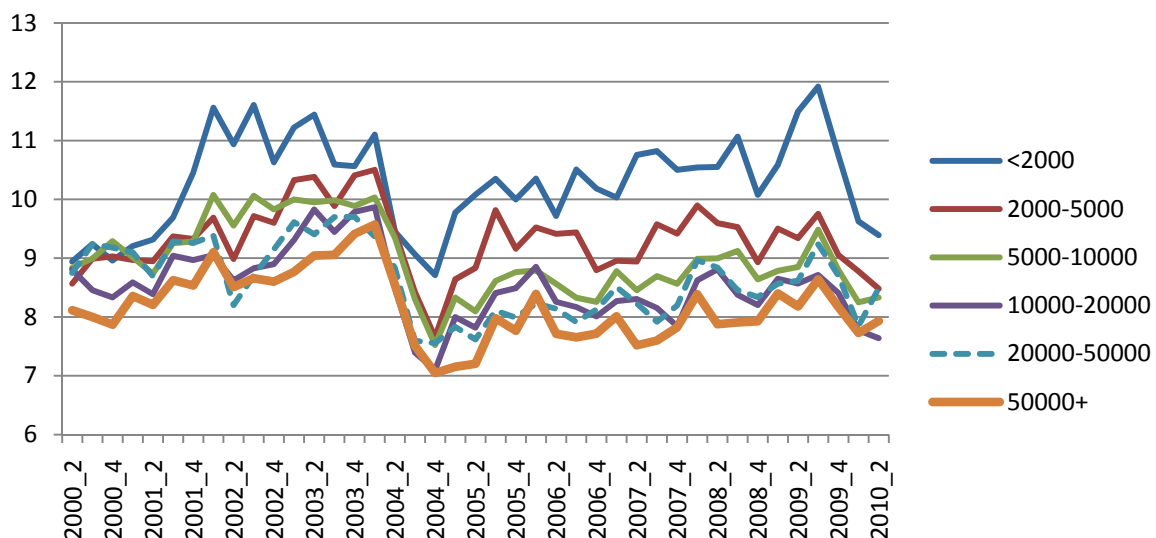
Som vist i neste figur, er det betydelige forskjeller i nivået på sykefraværet mellom kommuner av ulik størrelse.



Figur 4.10 Legemeldt sykefraværspersent, kommune størrelse. 2002 2.kvartal – 2010 2. kvartal. Vektete tall.

Her er vektete tall som er produsert ved å aggregere på kommunestørrelse både for variabelen sykefraværstagsverk og for mulige dagsverk, for deretter å lage sykefraværspersenten på aggregerte tall. En slik vektning betyr da at de store kommunene teller mer enn små kommuner, eller sagt på en annen måte, den er representativ på individnivå. Om vi ikke veker, sier vi at alle kommuner teller likt og at det dermed er representativt på kommunenivå men ikke på individnivå. Det handler derfor om hva en vil si noe om.

I neste figur viser vi uvektede tall for å sammenlikne kommunene.



Figur 4.11 Legemeldt sykefraværspersent, kommune størrelse. 2002 2.kvartal – 2010 2. kvartal. Uvektede tall.

Dersom alle kommunene teller likt, og vi ikke gir større betydning til store kommuner, er det slik at små kommuner har lavere sykefravær. Om en skal bruke uvektet eller vektete analyser handler om

hva en vil studere. I den siste figuren vil alle kommunene i hver av kategoriene telle like mye, mens i en vektet analyse, vil de største kommunene telle mer fordi de har flere dagsverk (både sykefraværsdagsverk og mulige dagsverk). En "regel" er at når enhetene en analyserer er aggregert på individ der en aggregering av disse gir mening innen en enhet, er det mer riktig å bruke uvektede analyser fordi det gir mindre skjevhet i estimatene på de aggregerte parametrene (Frohlich et al., 2001). Når en ønsker å gjøre inferens på individnivå fra aggregerte data, bør en vekte observasjonene.

I tillegg til å kontrollere for kommunestørrelse skal vi også undersøke om årsverksinnsatsen per innbygger har noen sammenheng med sykefraværet.

4.7.2 Gjennomsnittlig stillingsandel

Som diskutert i kapittel 3 er det stort fokus på uønsket deltid og høy bruk av deltidsstillinger i denne sektoren. Vi ønsker å undersøke om det er slik at kommuner som har høy gjennomsnittlig stillingsandel innen de ulike tjenestene har lavere sykefravær enn kommuner som har lavere gjennomsnittlig stillingsandel for sine ansatte i de samme tjenestene? Vi måler dette med antall dagsverk per ansatt, jf kapittel 3. Hypotesen som kom frem av intervjuene er at sykefraværet er høyere i tjenester med lav gjennomsnittlig stillingsandel blant annet fordi det da er flere som står parat til å ta vaktene for folk som blir sykmeldt. Dette gir insentiver til lav terskel for sykefravær fordi det kan oppleves som "å være grei" med en med lav stillingsandel som trenger vakter.

4.7.3 Gir bedre kjønnsbalanse lavere sykefravær?

Sykepleier- og hjelpepleieryrkene har tradisjonelt vært kvinnedominerte yrke. Yrket har vært tydelig kjønnnet i den forstand at det er knyttet til kvinnelige egenskaper. Lenge var det også slik at det var bare kvinner som ble tatt opp til sykepleierutdanningene. Selv om menn nå kan bli sykepleiere, henger mange av disse forestillingene igjen (Svare, 2009). Forskningsprosjektet "*Menn i omsorgsykker*" (MIO) ved Høyskolen i Telemark ble avsluttet i 2009. Et av delprosjektene var å følge utviklingen ved en nyopprettet sykehjemsavdeling ved Bakkane sykehjem i Skien. Et av hovedmålene til denne avdelingen var å få en mannsandel blant de ansatte på 50 prosent. Prosjektet så nærmere på kommunikasjonsmønstre i og mellom de ulike kjønnene, organisering av arbeidsoppgaver, arbeidsdeling, generell samhandling, oppgaveløsning og så videre. Prosjektets viktigste formål var å se hvordan en høyere andel mannlige ansatte påvirket arbeidsmiljø og trivsel for de mannlige og de kvinnelige ansatte. Resultatene fra selve prosjektet er blitt utgitt i en bok; "*Menn i pleie og omsorg – brødre i hvitt*". Sykehjemsavdelingen som ble fulgt klarte ikke mer enn 25 prosent menn. Resultatene fra denne studien stammer fra intervju av arbeidstakere tilknyttet denne avdelingen over en periode på ett år. Et av hovedresultatene fra denne oppfølgingen var at et kjønnsbalansert sykehjem bidro til økt trivsel ved arbeidsplassen (ibid).

Det samme resultatet finner også AFI og Nordisk institutt for kvinne- og kjønnsforskning i et prosjekt som ble gjennomført på oppdrag fra Barne- og likestillingsdepartementet i 2007 (Holter et al., 2007). Hensikten med prosjektet var en undersøkelse blant kvinner og menn, om menns oppfatning og

forståelse av kjønnslikestilling i relasjoner, familie, arbeidsliv og samfunn. Datagrunnlaget er fra en survey basert på et spørreskjema med 123 spørsmål om likestilling og livskvalitet besvart av 2 805 personer første halvår 2007. De finner blant annet en sammenheng mellom med økt tilfredshet med jobben når kjønnsbalansen er god på arbeidsplassen. Utgangspunktet for denne undersøkelsen er en svært heterogen gruppe av individer, hvor det videre ikke kontrolleres for kjennetegn ved de ulike sektorene og bransjene.

For hver kommune, for hvert kvartal og for hver tjeneste (5-sifret næringskode) har vi informasjon om antall mulige dagsverk, antall ansatte og så videre for tre observasjoner: begge kjønn, kvinner og menn. Gjennom en restrukturering av datasettet får vi konstruert variabelen andel menn blant de ansatte og kobler dette tilbake til riktig ID (kommune, kvartal, tjeneste) slik at denne variabelen kan inngå i analysene på kommunenivå.

4.7.4 Betyr etterspørselen etter tjenestene fra befolkningen noe?

Det er store forskjeller mellom kommuner knyttet til både kostnadsforhold, etterspørselsforhold og rammebetingelsene generelt. Dette kan ha betydning for sykefraværslivået i tjenestene. Vi benytter samme variabelbatteri som i analysene presentert i kapittel 3.6, der vi forsøkte å forklare variasjonen i antall ansatte i de enkelte tjenestene med variabler som er et uttrykk for befolkningens behov for kommunale tjenester.

4.7.5 Har kommunenes økonomiske situasjon noen betydning for sykefraværet?

I flere av intervjuene kom det frem at kommunenes økonomiske situasjon og en som hadde ansvaret for et sykefraværprosjekt som ble igangsatt forteller:

”Det foregikk en masse omorganiseringen innenfor pleie og omsorg samtidig. Hvordan det slår ut i forhold til sykefraværet det greide vi ikke å måle, og dermed synes jeg evalueringen i det prosjektet ble så vanskelig fordi en dårlig økonomi – at vi ble en ROBEK-kommune –trekker det oppover eller nedover? Trusselen hang over oss, vi skulle spare 110 årsverk – er det noe positivt for folk når det gjelder sykefravær eller ikke. Det var så mange faktorer som vi ikke hadde styring på i det prosjektet som kom inn” (Verneleder, K6)

Vedkommende er altså usikker på om det at de ble en ROBEK kommune trakk opp eller ned sykefraværet. Det er flere dimensjoner i denne problemstillingen og den ene er at sykefraværet kan gå ned som følge av trusselen som hang over dem i perioden med nedskjæringer gjennom disiplineringseffekten (se for eksempel Ose, 2005).

I K2 er de inne på at sparing fører til usikkerhet blant de ansatte:

”Inne på dette med å spare som vi ble pålagt i flere år – vi som jobbet følte at det var urettferdig for vi sparte hele tida. Det skapte veldig mye usikkerhet” (Verneombud, K2)

Vi spurte om hvordan sykefraværet var i denne perioden:

”Det var høyere. Det var overbelegg. Både økonomien og overbelegget ”

I en annen kommune forteller en prosjektleder om hva den økonomiske situasjonen betyr for prosjektgjennomføringen av et turnusprosjekt de har gående:

”Vi ser hva enhetsleder skal gjøre av arbeidsoppgaver og ser underveis i turnusprosjektet når vi har gått inn i prosesser at forutsetningene blir endra ganske ofte underveis. Man har ikke en fast ramme å jobbe

under fra overordna nivå – fra virksomhetsleder og kommunalsjef og rådmann fordi man har så stort økonomisk fokus – fordi vi er ROBEK og må komme i økonomisk balanse” (Prosjektleder, K6)

I samme kommune sier en enhetsleder for hjemmetjenesten at den forebyggende delen lider på grunn av kommunens økonomiske situasjon:

”Fordi en syk person blir ikke mindre syk selv om vi sparer, det er bare en annen del av systemet som må ta vare på han” (Enhetsleder, hjemmetjenesten K6).

Det er som nevnt mange dimensjoner rundt forholdet mellom økonomisk situasjon og sykefravær. Både at det blir så stort press på lederne at de ikke får tid til å arbeide forebyggende eller ta del i prosjekter som kunne bidratt til å hindre høyere sykefravær i den vanskelige tiden. At de ansatte blir redde for jobbene sine og dermed blir syke (bekymringssyke), eller at de kanskje slutter å være hjemme når de er syke fordi de er redd for å miste jobben (sykenærvær), at unødvendig fravær går ned (disiplinering), at bemanningen går ned fordi en må spare (belastningssyke).

Hypotesen er dermed at kommuner i økonomisk ubalanse har høyere sykefravær enn kommuner med bedre økonomi.

4.7.6 Resultat

Vi har på samme måte som beskrevet i kapittel 3.6.4 utført paneldatanalyser og presenterer resultater fra minste kvadraters metode (OLS), Random effects (RE) og Fixed effect (FE) analyser. Resultatene er presentert i tabell 4.6-4.8.

Fra tabell 4.6 ser vi at legemeldt sykefravær i kommunal sektor samlet sett, ikke systematisk varierer med årsverksinnsatsen (målt i dagsverk per innbyggere). Derimot finner vi at kommuner med høyere gjennomsnittlig stillingsandel (målt i dagsverk per ansatt) har høyere sykefravær enn kommuner med lavere gjennomsnittlig stillingsandel. Dette gjelder både blant kvinner og menn.

Det ser ikke ut til å være forskjeller mellom ulike kommunegrupperinger etter størrelse i sykefraværet blant menn når vi ser på hele kommunal sektor, men for kvinner er sykefraværet høyere i større kommuner enn i små kommuner.

Vi ser også at andel mannlige ansatte i kommunen ikke har systematisk sammenheng med sykefraværsnivået i kommunen, noe som ikke kan sies å støtte konklusjonen fra Almlid-utvalget om at sykefraværet i pleie- og omsorg er høyt fordi det er mange kvinner der. Vi finner derimot at en høyere andel menn betyr høyere sykefravær både blant menn og kvinner. Dette kan ha sammenheng med at da kommuner med en høy andel mannlige ansatte har over gjennomsnittlig antall menn ansatt i pleie- og omsorgstjenester – og at disse typisk har høyere sykefravær enn menn i andre tjenester.

Kommuner med mange uføre har systematisk høyere sykefravær blant de ansatte i kommunal sektor.

For ROBEK variabelen ser vi at det ubetinget er slik at kommuner i økonomisk ubalanse systematisk har høyere sykefravær enn kommuner med som ikke har havnet på ROBEK-lista. Det er lite dynamikk knyttet til denne ROBEK effekten også i disse analysene, jf funn i kapittel 3.

Tabell 4.6 Paneldatagresjoner, 2000 2. kvartal -2010 2. kvartal. OLS, Random Effekts, Fixed Effects. Avhengig variabel: legemeldt sykefraværspersent. Hele kommunal sektor.

	Begge kjønn			Menn			Kvinner		
	OLS	RE	FE	OLS	RE	FE	OLS	RE	FE
Dagsverk per innbygger	-0,0060 (-0,34)	-0,14*** (-4,17)	-0,21*** (-3,54)	-0,14 (-1,48)	-0,21 (-1,15)	-0,27 (-0,76)	-0,017 (-0,64)	-0,24*** (-4,80)	-0,36*** (-4,07)
Avtalte dagsverk per ansatt	0,080*** (14,5)	0,032*** (5,45)	0,024*** (2,98)	0,014*** (2,61)	0,021*** (3,17)	0,020** (2,15)	0,091*** (14,3)	0,038*** (5,27)	0,029*** (2,81)
Andel menn	-0,0037 (-0,69)	0,00099 (0,12)	-0,016 (-1,30)	0,031*** (3,19)	0,035** (2,30)	0,026 (0,98)	0,028*** (4,57)	0,019* (1,88)	-0,0077 (-0,51)
ln(befolkning totalt)	0,10*** (4,40)	0,037 (0,51)	2,29** (2,29)	-0,029 (-0,83)	-0,020 (-0,23)	1,83 (1,40)	0,11*** (4,18)	0,011 (0,13)	2,17* (1,85)
Andel av befolkningen 0-5 år	3,52 (1,54)	6,80* (1,95)	8,79 (1,20)	-5,27 (-1,60)	-9,80** (-2,03)	-14,0 (-1,63)	5,82** (2,21)	11,7*** (2,86)	16,5* (1,79)
Andel av befolkningen 6-15 år	-9,32*** (-6,22)	-2,59 (-1,01)	4,19 (0,77)	-1,26 (-0,61)	-6,02* (-1,70)	-7,59 (-0,98)	-10,9*** (-6,25)	-0,79 (-0,26)	9,38 (1,41)
Andel over 67 år	-3,94*** (-4,43)	0,69 (0,32)	2,32 (0,39)	-3,35*** (-2,64)	-4,67* (-1,76)	-1,99 (-0,24)	-3,74*** (-3,59)	2,02 (0,83)	2,84 (0,41)
Andel 16-24 år arb.ledig	1,91 (1,48)	2,18* (1,68)	1,56 (0,76)	1,67 (1,11)	1,72 (1,09)	1,29 (0,45)	1,51 (0,86)	2,08 (1,23)	1,41 (0,56)
Andel 25-66 år arb.ledig	-2,76* (-1,82)	-3,27** (-2,15)	-2,67 (-1,11)	-2,14 (-1,22)	-2,37 (-1,30)	-1,97 (-0,60)	-2,40 (-1,16)	-3,38* (-1,70)	-2,75 (-0,92)
Andel 16-66 år uføre	19,9*** (32,6)	13,1*** (8,73)	1,02 (0,22)	19,3*** (21,8)	15,6*** (8,19)	6,08 (0,94)	20,0*** (28,1)	13,9*** (8,10)	-1,27 (-0,23)
Andel enslige forsørgere	55,1*** (12,8)	10,1 (1,57)	3,75 (0,31)	36,5*** (5,73)	24,2*** (2,58)	18,8 (0,97)	60,9*** (12,1)	7,74 (1,03)	-1,76 (-0,13)
Andel av innbyggerne som bor i tettsted	0,55*** (6,29)	1,04*** (3,76)	1,64 (1,46)	1,02*** (7,60)	0,90*** (2,78)	-0,26 (-0,12)	0,41*** (4,01)	1,09*** (3,49)	2,20 (1,65)
ROBEK	0,32*** (8,98)	0,083** (2,27)	0,069 (1,02)	0,20*** (4,06)	0,12** (2,29)	0,11 (1,14)	0,34*** (8,33)	0,076* (1,80)	0,059 (0,78)
Konstant	2,65*** (4,88)	5,00*** (4,76)	-13,3 (-1,53)	2,56*** (3,46)	3,98*** (2,86)	-9,98 (-0,86)	2,56*** (4,07)	4,94*** (4,08)	-12,7 (-1,27)
Antall observasjoner	15,473	15,473	15,473	15,379	15,379	15,379	15,473	15,473	15,473
Justert R ²	0,263		0,141	0,101		0,024	0,248		0,148
Antall kommuner		438	438		438	438		438	438

Robuste t-verdier i parenteser, korrigert for Moulton bias. *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Når vi går inn på de enkelte tjenestene i tabell 4.7 og 4.8 finner vi at kommuner med flere kommunale årsverk (målt i mulige dagsverk) per innbygger innen pleie og omsorgstjenestene systematisk har lavere legemeldt sykefravær. Dette resultatet holder i de fleste modellspesifikasjonene, også der vi kun bruker variasjonen over tid (FE).

Dette samme finner vi ikke i grunnskolen og i barnehagene. Her har kommuner med flere årsverk per innbygger i grunnskolen har høyere sykefravær enn kommuner med færre årsverk relativt til kommunestørrelsen. Dette kan for eksempel ha noe med skolestruktur, trivsel, størrelse på miljø osv å gjøre.

Videre ser vi at variabelen avtalte dagsverk per ansatt (gjennomsnittlig stillingsandel) i sykehjem har positiv sammenheng med sykefraværet i sykehjemmene. Kommuner med gjennomsnittlig høyere stillingsandel i sykehjem har høyere sykefravær i sykehjem. I hjemmesykepleien finner vi tendenser til andre effekter, kommuner med gjennomsnittlig høyere stillingsandel i hjemmesykepleien har systematisk lavere sykefravær i tjeneste. For hjemmetjenestene samlet sett, ser det ikke ut til å være noe systematikk mellom gjennomsnittlig stillingsandel og sykefravær. Her kan det godt være

variasjoner innenfor den enkelte sone slik at sammenhengen dermed ikke er identifisert på enhet, men på tjeneste. Tilsvarende sammenheng finnes for hjemmehjelp. Når vi ser på hjemmesykepleien, finner vi at jo høyere stillingsandel i gjennomsnitt, jo lavere er sykefraværsprosenten.

Vi fant at andel mannlige ansatte ikke hadde systematisk sammenheng med sykefraværsnivået i kommunene. Når vi ser på de enkelte tjenestene finner vi at en høyere andel menn i sykehjemstjenester i en kommune høyere nivå på sykefraværet i sykehjemmene. Dette er vanskelig å tolke og funnet betyr sannsynligvis ikke at flere menn gir høyere sykefravær fordi det er flere menn i tjenestene. Funnet kan for eksempel bety at det er egenskaper ved sykehjemstjenesten som trekker til seg mannlige ansatte eller bevisst rekrutterer menn fordi det er tyngre avdelinger. I hjemmetjenestene finner vi tendenser til at en økning i andel mannlige ansatte reduserer sykefraværet i hjemmesykepleien. I hjemmehjelpstjenestene finner vi ikke en systematisk sammenheng.

I grunnskolen derimot er effekten tydelig. Flere mannlige ansatte reduserer sykefraværet, både mellom kommuner og over tid. I barnehager ser det ut til være høyere sykefravær i kommuner med en større andel menn i barnehagesektoren. Dette er vanskelig funn å tolke men det trengs andre metoder for å finne ut hva disse sammenhengene betyr.

Kommuner med en større andel av befolkningen i aldersgruppen 6-15 år har systematisk lavere sykefraværsprosent i alle tjenestene. Disse aldersgruppene utløser en del inntekter for kommunene og det samme gjør andel eldre. Vi finner også at kommuner med en større andel av befolkningen over 67 år systematisk har lavere sykefraværsprosent enn kommuner med en lavere andel eldre når vi ser på kommunen samlet. Vi ser ikke en slik sammenheng i pleie- og omsorgstjenestene selv om vi i kapittel 3 fant at en høyere andel eldre gir flere årsverk i pleie- og omsorg. Denne effekten er til en viss grad kontrollert for ved at vi har med årsverksinnsats.

Effekten av de sosiale indikatorene viser at kommuner med relativt høy andel uføretrygdete eller enslige forsørgere¹⁴ i gjennomsnitt har høyere sykefravær i alle typer pleie- og omsorgstjenester. Det er vanskelig å tolke disse resultatene men andel uføre kan tenkes å fange opp etterspørsel etter tjenestene. En kan også tenke seg at dette handler om kulturelle forskjeller mellom kommuner og dens innbyggere ved at mange uføre i en kommune også har sammenheng med helsen til de ansatte i kommunen.

ROBEK-kommunene har i gjennomsnitt høyere fravær enn de andre kommunene. Vi finner at sykefraværet er systematisk høyere i sykehjem, i hjemmehjelpstjenester og i hjemmetjenestene samlet sett i ROBEK-kommuner selv om vi samtidig har kontrollert for årsverksinnsatsen. Vi finner også at sykefraværet er høyere i grunnskolen i kommuner i økonomisk ubalanse, men ingen slik effekt i barnehagene. Effekten er sterkest i pleie- og omsorgstjenestene.

¹⁴ Estimatene antyder at en prosentpoengs økning i denne gruppen i gjennomsnitt øker sykefraværsprosenten med 0,8 prosentpoeng i sykehjem. En prosentpoeng økning i denne gruppen representerer en dobling i forhold til gjennomsnittsandelen. Dette er en ekstrem økning og det forklarer de høye estimatene.

Det er som nevnt over mange faktorer som kan gi en slik effekt, både at økonomi og sparing får så stort fokus at lederen får for lite tid til ledelse, det kan være økt sykefravær pga økt usikkerhet rundt jobbsituasjonen eller at belastningen øker fordi bemanningen går ned. Denne effekten er det delvis korrigert for ved at dagsverk per innbygger er inkludert som forklaringsvariabel.

Tabell 4.7 Paneldatagresjoner, 2000 2. kvartal -2010 2. kvartal. OLS, Random Effekts, Fixed Effects. Avhengig variabel: legemeldt sykefraværsprosent. Sykehjem og hjemmetjenester.

	Sykehjem			Hjemmesykepleie			Hjemmehjelp			Hjemmetjenester		
	OLS	RE	FE	OLS	RE	FE	OLS	RE	FE	OLS	RE	FE
Dagsverk per innbygger	-0,56*** (-2,79)	-1,63*** (-4,77)	-2,03*** (-4,32)	-2,88*** (-4,65)	-2,01** (-2,27)	-1,06 (-0,83)	-1,61*** (-4,75)	-1,53*** (-5,16)	-1,21** (-2,58)	-0,17 (-0,88)	0,027 (0,13)	0,29 (0,65)
Avtalte dagsverk per ansatt	0,068*** (4,22)	0,035 (1,61)	0,023 (0,92)	-0,11*** (-2,94)	-0,084* (-1,68)	-0,059 (-1,26)	0,035 (0,82)	-0,041 (-0,64)	-0,079 (-0,99)	0,032 (0,74)	-0,026 (-0,40)	-0,064 (-0,70)
Andel menn	0,095** (2,45)	0,12** (2,07)	0,12* (1,70)	0,0051 (0,24)	-0,052* (-1,67)	-0,072* (-1,67)	0,063 (0,94)	0,083 (0,76)	0,093 (0,68)	0,015 (0,32)	0,025 (0,36)	0,032 (0,37)
ln(befolkning totalt)	-0,059 (-0,80)	-0,23 (-1,24)	0,63 (0,25)	0,054 (0,32)	0,62 (0,97)	8,39 (1,17)	-0,56*** (-5,63)	-0,77*** (-3,79)	-1,60 (-0,45)	-0,036 (-0,46)	0,0042 (0,029)	3,17 (0,85)
Andel av befolkningen 0-5 år	-1,87 (-0,32)	3,36 (0,42)	19,2 (1,20)	-69,5*** (-2,67)	-102** (-2,15)	-153* (-1,86)	-0,92 (-0,093)	-13,5 (-0,94)	-20,9 (-0,72)	1,30 (0,13)	-16,0 (-1,21)	-34,9 (-1,16)
Andel av befolkningen 6-15 år	-9,42*** (-2,80)	3,20 (0,57)	26,1** (2,38)	-10,8 (-0,85)	25,5 (0,91)	15,0 (0,31)	-19,5*** (-3,40)	-34,9*** (-4,01)	-44,4** (-1,99)	-15,7*** (-2,81)	-21,1*** (-2,71)	-25,8 (-1,32)
Andel over 67 år	-2,71 (-1,32)	5,08 (1,20)	6,81 (0,58)	-32,2*** (-4,85)	-27,1 (-1,50)	13,1 (0,33)	-5,37 (-0,85)	-17,1** (-1,98)	-35,5 (-1,54)	-5,19 (-0,83)	-12,9 (-1,55)	-28,6 (-1,43)
Andel 16-24 år arb.ledig	-4,68 (-1,36)	-5,00 (-1,42)	-5,55 (-0,95)	4,39 (0,42)	-4,57 (-0,39)	-4,69 (-0,26)	-8,23 (-0,90)	-9,18 (-0,94)	-10,4 (-1,21)	-7,13 (-0,87)	-7,42 (-0,84)	-7,99 (-0,95)
Andel 25-66 år arb.ledig	4,37 (1,08)	4,01 (0,96)	4,39 (0,63)	-3,59 (-0,26)	10,2 (0,65)	10,1 (0,37)	13,7 (1,14)	14,0 (1,07)	14,4 (1,44)	12,0 (1,10)	12,1 (1,01)	12,0 (1,21)
Andel 16-66 år uføre	21,5*** (15,3)	19,1*** (6,15)	-5,85 (-0,53)	19,6*** (3,22)	14,8 (0,85)	40,0 (1,01)	11,1*** (3,45)	9,49 (1,62)	-3,84 (-0,22)	15,8*** (7,23)	16,0*** (4,29)	9,07 (0,54)
Andel enslige forsørgere	78,7*** (7,83)	10,0 (0,63)	-24,0 (-0,84)	135*** (3,75)	59,9 (1,04)	44,5 (0,56)	56,8*** (3,66)	-11,8 (-0,53)	-73,9 (-1,50)	41,3*** (3,13)	-12,0 (-0,66)	-74,2* (-1,89)
Andel av innbyggerne som bor i tettsted	0,55*** (2,64)	0,73 (1,37)	-1,67 (-0,75)	0,066 (0,089)	-2,74 (-1,17)	-14,9** (-2,08)	1,87*** (5,45)	2,29*** (3,37)	4,59 (1,01)	1,64*** (5,01)	1,75*** (2,97)	-1,31 (-0,27)
ROBEK	0,37*** (4,59)	0,046 (0,51)	-0,00068 (-0,0045)	0,23 (0,90)	-0,31 (-1,11)	-0,40 (-0,84)	0,57*** (2,77)	0,49** (2,08)	0,46 (1,51)	0,53*** (2,94)	0,39* (1,90)	0,32 (1,19)
Konstant	5,61*** (3,91)	6,74** (2,52)	1,21 (0,058)	23,0*** (5,73)	17,0 (1,52)	-51,1 (-0,82)	13,8*** (6,78)	24,2*** (6,54)	39,6 (1,28)	8,31*** (4,50)	13,5*** (4,65)	-4,58 (-0,15)
Kvartals og årsdummier	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Antall observasjoner	15 080	15 080	15 080	3 490	3 490	3 490	12 997	12 997	12 997	15 047	15 047	15 047
Justert R ²	0,110		0,079	0,069		0,027	0,040		0,030	0,037		0,024
Antall kommuner		438	438		156	156		407		437		437

Robuste t-verdier i parenteser, korrigert for Moulton bias. *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Tabell 4.8 Paneldatagresjoner, 2000 2. kvartal -2010 2. kvartal. OLS, Random Effekts, Fixed Effects. Avhengig variabel: legemiddelt sykefraværspersent. Grunnskole, barnehager og SFO.

	Grunnskole			Barnehager			SFO		
	OLS	RE	FE	OLS	RE	FE	OLS	RE	FE
Dagsverk per innbygger	0,81*** (3,35)	-0,078 (-0,14)	-0,51 (-0,59)	0,50* (1,85)	0,44 (0,89)	0,039 (0,049)	-26,1*** (-6,05)	-34,1*** (-6,00)	-34,1*** (-3,67)
Avtalte dagsverk per ansatt	-0,038*** (-3,28)	-0,020 (-1,17)	-0,013 (-0,63)	-0,010 (-0,62)	-0,0079 (-0,37)	-0,011 (-0,42)	0,10*** (3,41)	0,045 (1,16)	0,0083 (0,17)
Andel menn	-0,033*** (-3,98)	-0,038** (-2,09)	-0,049* (-1,71)	0,039*** (3,05)	0,0098 (0,57)	-0,0044 (-0,15)	0,024 (1,31)	-0,014 (-0,51)	-0,025 (-0,51)
ln(befolkning totalt)	0,26*** (5,40)	0,15 (1,13)	0,73 (0,43)	-0,042 (-0,60)	-0,046 (-0,28)	2,93 (1,14)	-1,32*** (-6,63)	-2,01*** (-3,34)	-2,34 (-0,20)
Andel av befolkningen 0-5 år	6,57* (1,71)	2,22 (0,39)	2,46 (0,22)	2,07 (0,31)	12,7 (1,26)	24,8 (1,26)	50,7** (2,06)	54,9 (1,26)	59,3 (0,66)
Andel av befolkningen 6-15 år	-13,0*** (-5,10)	-13,9*** (-3,31)	-10,1 (-1,10)	-20,6*** (-4,75)	-1,50 (-0,20)	17,6 (1,16)	-50,4*** (-3,58)	-36,4 (-1,07)	-67,2 (-0,92)
Andel over 67 år	-6,97*** (-4,55)	-8,59*** (-2,73)	-6,67 (-0,61)	-14,4*** (-6,04)	-5,81 (-1,13)	-2,34 (-0,15)	-5,24 (-0,57)	18,1 (0,81)	138** (2,14)
Andel 16-24 år arb.ledig	1,62 (0,78)	2,28 (1,02)	2,07 (0,59)	1,43 (0,44)	4,30 (1,39)	3,48 (0,94)	15,1 (0,82)	12,5 (0,66)	22,0 (0,87)
Andel 25-66 år arb.ledig	-1,99 (-0,78)	-2,96 (-1,08)	-2,88 (-0,67)	-2,19 (-0,57)	-6,17* (-1,70)	-5,62 (-1,30)	13,2 (0,57)	-79,2*** (-2,76)	-91,9** (-2,41)
Andel 16-66 år uføre	19,3*** (18,4)	14,5*** (6,97)	-5,74 (-0,75)	18,7*** (10,5)	17,1*** (4,34)	3,39 (0,27)	8,08 (1,21)	15,2 (1,02)	76,1* (1,84)
Andel enslige forsørgere	64,6*** (7,52)	21,5 (1,52)	-0,78 (-0,030)	78,1*** (6,83)	44,1** (2,51)	38,6 (1,22)	110 (1,54)	258** (2,54)	207 (1,33)
Andel av innbyggerne som bor i tettsted	0,26* (1,86)	0,21 (0,61)	-1,46 (-1,06)	0,86*** (3,43)	1,65*** (2,68)	6,83** (2,28)	-1,19 (-1,28)	2,43 (0,90)	13,1 (1,08)
ROBEK	0,20*** (3,84)	0,11* (1,73)	0,097 (0,95)	0,13 (1,33)	0,17 (1,60)	0,19 (1,18)	-0,11 (-0,34)	0,0094 (0,024)	0,17 (0,34)
Konstant	6,15*** (6,19)	8,45*** (4,35)	7,06 (0,47)	10,7*** (6,93)	6,35** (2,16)	-22,8 (-1,01)	23,4*** (4,77)	20,3* (1,86)	-0,72 (-0,0070)
Kvartals og årsummier	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Antall observasjoner	15 344	15 344	15 344	15 149	15 149	15 149	5 696	5 696	5 696
Justert R ²	0,121		0,062	0,059		0,036	0,048		0,025
Antall kommuner		438	438		437	437		397	397

Robuste t-verdier i parenteser, korrigert for Moulton bias. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

4.8 Oppsummering

Vi fant at kommuner som har relativt større ressursinnsats innenfor de enkelte tjenestene, målt med antall dagsverk per innbygger, systematisk har lavere sykefravær i alle tjenestene, utenom i grunnskolen og i barnehagene der sammenhengen er positiv. Dette kan bety at om en har flere årsverk enn det innbyggertallet skulle tilsi i snitt, kommer disse mest sannsynlig innen pleie- og omsorgstjenester fordi det i skoler og barnehager er standarder for bemanning som varierer relativt lite fra kommune til kommune. Dette stemmer også med at effekten i SFO som heller ikke har lovfestet nivå på bemanningen, er som for pleie- og omsorgstjenestene.

Kommuner som har høyere gjennomsnittlig stillingsandel har høyere sykefravær i kommunal sektor totalt, men sammenhengen varierer mellom ulike tjenester. Kommuner med høyere gjennomsnittlig stillingsandel i sykehjem, har systematisk høyere sykefravær enn kommuner med lavere gjennomsnittlig stillingsandel i disse tjenestene. For hjemmesykepleietjenestene er sammenhengen motsatt, der økt gjennomsnittlig stillingsandel gir lavere sykefravær.

Vi finner ikke støtte for hypotesen om at en høyere andel mannlige ansatte gir lavere sykefravær. For kommunen som helhet stemmer det ikke, men vi finner at en høyere andel menn har systematisk sammenheng med lavere sykefravær hjemmesykepleietjenester og i grunnskolen. I sykehjemmene er effekten motsatt. Dette betyr ikke at å øke andelen menn i disse tjenestene vil gi høyere fravær samlet sett, men det handler kanskje om hvilken oppgave menn i tunge pleieyrker får. Kanskje er det de som må ta de tunge løftene, nettopp fordi de er menn og er fysisk sterkere. I hjemmesykepleien er der kanskje ikke de tunge pleieoppgavene og at mannlige sykepleiere dermed ikke får den ekstra fysiske belastningen fordi de er menn, men heller bidrar til lavere sykefravær ved at kjønnsbalansen bedres og at arbeidsmiljøet bedres. Det trengs mer forskning på menn i omsorgsykker.

Effekten av de sosiale indikatorene viser at kommuner med relativt høy andel uføretrygdede eller enslige forsørgere i gjennomsnitt har høyere sykefravær i alle typer pleie- og omsorgstjenester. Det er vanskelig å tolke disse resultatene men andel uføre kan tenkes å fange opp etterspørsel etter tjenestene. En kan også tenke seg at dette handler om kulturelle forskjeller mellom kommuner og dens innbyggere ved at mange uføre i en kommune også har sammenheng med helsen til de ansatte i kommunen.

Selv om det er en del systematiske sammenhenger mellom sykefravær og ulike variabler på kommunenivå og tjenestenivå, er det likevel relativt lite av variasjonen i sykefraværsprosenten som forklares med de faktorene vi kan måle.

Det er derfor naturlig å søke mer kunnskap gjennom andre datakilder og vi ser videre på hvordan tjenestene og resten av kommuneorganisasjonen samarbeider og fungerer før vi går over til å se på ledelse og arbeidsmiljø.

5 Samarbeid

I dette kapitlet undersøker vi nærmere betydningen av samarbeid for måten IA-avtalen og sykefraværsforebygging blir gjennomført på i de seks casekommunene. Dette har vi gjort ved å se nærmere på følgende hovedproblemstillinger:

- Hvordan foregår og hvordan fungerer samarbeidet mellom de ulike aktørene i de seks kommunene (ledere på ulike administrative nivåer, politisk nivå, legene og NAV)?
- Hvordan preger samarbeidet i kommunene resultatene innenfor sykefraværsarbeidet og i forhold til den lokale gjennomføringen av IA-avtalen?
- Hvilke aspekter ved kommunen som politisk-administrativ "konstruksjon" bidrar til å muliggjøre og vanskeliggjøre det lokale arbeidet med sykefraværsforebygging og IA-avtalen?

Før vi går over til å presentere funnene, vil vi gi en kort introduksjon om temaet samarbeid. Vi drøfter først noen forhold knyttet til samarbeid innen offentlig tjenesteyting generelt. Deretter ser vi nærmere på betydningen av lokalt samarbeid i gjennomføringen av IA-avtalen.

5.1 Samarbeid innen offentlig tjenesteyting

Vi skal i dette kapitlet se nærmere på betydningen av *samarbeid* i ulike former og hvordan dette innvirker på kommunenes innsats for å forebygge sykefravær og redusere utstøting innen pleie- og omsorgssektoren. Med samarbeid menes de relasjoner, samarbeidsarenaer og praksiser som kan knyttes til den innsats som gjøres innen sykefraværsforebygging og i forhold til lokal gjennomføring av IA-avtalen. Samtidig har vi vært opptatt av å innta et bredere perspektiv på samarbeid, gjennom å være nysgjerrig på alle de arenaer og "samarbeidspraksiser" som finnes i de seks kommunene – uavhengig om de har en eksplisitt rolle i sykefraværs- og IA- arbeidet.

Det er nyttig å betrakte samarbeid som en slags *innsatsfaktor* (se Brøgger, 2007). I dette ligger det at en samarbeidsrelasjon, for å fungere etter hensikten og over tid, forutsetter at de involverte parter bidrar med tid, ressurser, ideer og løsninger inn i samarbeidet. Samarbeid og de arenaer det foregår på krever kontinuerlig informasjon, påfyll og "vedlikehold" fra aktørene for å fungere. Satt på spissen kan det derfor hevdes at samarbeid ikke er noe du har, men noe du får. Samtidig vil samarbeid være positivt, både for individ, virksomhet og samfunn. På individnivå vil et godt utviklet samarbeid gi bedre muligheter for å avklare roller, ansvarsområder og forventninger. Når en samarbeidsrelasjon er etablert og fungerer, vil ledere på ulike nivåer ha et rammeverk for kommunikasjon og avklaring, som gir et godt utgangspunkt for å realisere ulike målsetninger. Samtidig er samarbeid viktig for virksomheten og organisasjon sett under ett. Måten samarbeid skjer på innvirker på alt fra den overordnede styringen og organiseringen av arbeidet til hvordan politiske vedtak blir implementert i tjenesteledet (se Sørensen mfl, 1998).

Samarbeid innen offentlig tjenesteyting kan samtidig være krevende å få til, og ifølge Bakken mfl. (2010) kan omsorgstjenester til eldre tjene som en god illustrasjon på mange av de problemer og paradokser som preger offentlig tjenesteyting, og som blant annet bidrar til å komplisere ulike former for samarbeid: *”folks forventninger, de ressursene som står til rådighet, hensynet til organisasjonsstyring og den konkrete tjenesteytingen er forhold som er ytterst vanskelig å forene.”* Det er i lys av en slik forståelse vi mener at det er viktig å se nærmere på hvilke faktorer som fremmer samarbeid i den kommunale pleie- og omsorgssektoren, mellom ulike nivåer og enheter. Vi vet at samarbeid foregår i vidt forskjellige former og varianter i norske kommuner i dag, og i en evaluering av Kvalitetskommuneprogrammet finner Hovik mfl. (2010: 16) at det virker å være lettere å redusere sykefraværet hvis samarbeidsklimaet er gunstig mellom aktører i kommunen. Vi ønsker derfor i dette kapitlet å se nærmere på hvilke samarbeidspraksiser som kan bidra til å understøtte en god måloppnåelse når det gjelder å forebygge sykefravær og redusere utstøting innen pleie- og omsorgssektoren.

Ett interessant skille kan trekkes mellom *formelt* og *uformelt* samarbeid. Selv om IA-avtalen er et eksempel på et formalisert samarbeid, så vil dens lokale utforming og gjennomføring variere mellom kommunene, som en følge av at mer uformelle samarbeidsformer også vil gjøre seg gjeldende. Det er slike variasjoner, nyanser og praksiser vi har vært opptatt av å finne ut mer om i dette kapitlet. Vi har forsøkt å identifisere og sammenlikne de samarbeidsstrategier som casekommunene har valgt (og ikke valgt), og som innvirker på de resultater som oppnås når det gjelder sykefraværsforebygging og lokal gjennomføring av IA-avtalen. Samtidig har vi ønsket å identifisere noen av de spenningene som oppstår når et politikkområde (sykefravær og IA) som er forankret på nasjonalt nivå, skal realiseres innenfor en lokal, kommunal kontekst. I møte med krav til lokal økonomisk og administrativ styring er det nemlig en tendens til at politiske hensikter og intensjoner endres og ”tillempes” (Bakken mfl, 2002).

5.2 Betydningen av samarbeid i IA-avtalen og i det lokale sykefraværarbeidet

IA-avtalen er tuftet på samarbeid, både på sentralt og lokalt nivå. Allerede på de første linjene i IA-avtalen kan man lese følgende; *gjennom samarbeidet skal de ulike partene aktivt bidra til at den enkelte arbeidsplass kan delta i et forpliktende løft for å nå de felles målene.* Avtalen bygger på en forståelse av at et godt samarbeid sentralt og lokalt er en forutsetning for å kunne få til en lokal implementering av IA-avtalen som støtter opp under de nasjonale målsetningene.

Avtalen er basert på et trepartssamarbeid sentralt, og lokalt er det arbeidstakere, arbeidsgivere og NAV Arbeidslivssenter som er samarbeidsparter. Både ideen om avtalen, men ikke minst gjennomføringen av selve avtalen, er et samarbeidsprosjekt. Samarbeid gjennom IA-avtalen skal skje på ulike nivåer og langs ulike dimensjoner.

Disse er:

- internt i virksomhetene
- mellom virksomheter og myndigheter
- mellom ulike etater (det tverretatlige samarbeidet)
- mellom avtalepartene på alle nivåer

Evalueringen av IA-avtalen (Ose et al., 2009) viste samtidig at en av de aller største utfordringene avtalen står overfor er svakheter i trepartssamarbeidet mellom ansatte, ledelse og operative myndigheter. Det fremkom også i evalueringen at kommunene i begrenset grad har fått til dette samarbeidet. I dette kapitlet ser vi derfor nærmere på hvordan de ulike samarbeidsarenaene i kommunene benyttes, og i hvilken grad de følger en "trepartstankegang".

5.2.1 Problemstillingene nærmere definert

Gjennom den kvalitative datainnsamlingen har vi innhentet informasjon om samarbeidet innenfor pleie- og omsorgssektoren i seks utvalgte kommuner. Vi har fokusert på samhandling mellom de ulike aktørene og nivåene – det vil si samarbeidet *mellom* kommunens ledelse (administrativt og politisk) og virksomhetsledere og enhets-/avdelingsledere. Vi drøfter samarbeidsrelasjoner innad i den enkelte kommune, men har også foretatt sammenligninger mellom kommunene. Overordnet problemstilling har vært:

Hvordan foregår og hvordan fungerer samarbeidet mellom de ulike aktørene i kommunen (ledere på ulike administrative nivåer, politisk nivå, legene), og hvordan preger det innsatsen og resultatene innenfor sykefraværsarbeidet og IA-avtalen?

Mer konkret har vi forsøkt å belyse følgende spørsmål:

- Hva kjennetegner legenes samarbeid med de kommunale pleie- og omsorgsenhetene, når det gjelder sykefraværsforebygging og lokal gjennomføring av IA-avtalen?
- Hvordan er dialogen og samhandlingen mellom de enkelte resultatenheter/virksomhetsområder og den politiske og administrative ledelsen i de seks kommunene?
- Hva kjennetegner relasjonen mellom rådmann og ordfører i de seks kommunene?
- I hvilken grad opplever mellomledere på ulike nivåer at det har rammebetingelser til å jobbe systematisk med sykefraværsforebygging og IA-avtalen?
- Hvordan samarbeider tillitsvalgte, verneombud og ledelsen i de kommunale pleie- og omsorgsenhetene med hverandre?
- Opplever aktører fra ulike ståsteder at samarbeidet bidrar til å understøtte IA- arbeidet og sykefraværsforebyggingen?
- I hvilken grad er arbeid knyttet til IA-avtalen og den mer generelle sykefraværsforebyggingen en del av AMU og Administrasjonsutvalget?
- Hvilke utfordringer er det ved kommunen som en "politisk-administrativ struktur", som bidrar til å vanskeliggjøre samarbeid mellom ulike nivåer?

5.2.2 Kvalitative intervjuer i seks casekommuner – muligheter og begrensninger

Et viktig formål med intervjuene har vært å fremskaffe informasjon om hvordan ulike personer med ulike oppgaver og ansvarsområder vurderer sitt samarbeid og sin samhandling med andre aktører og

nivåer i kommunen. Eksempelvis er det av stor betydning hvilke relasjoner som eksisterer mellom en rådmann og ordfører/kommunestyre, i og med at grenseflaten mellom det administrative og det politiske er avgjørende for hvilken informasjon om kommunens aktiviteter og tiltak som tilflyter de folkevalgte. Det å spørre de involverte aktørene om egne samarbeidserfaringer vil være nyttig i så måte. Men også innenfor den administrative delen av kommunen er det viktig å hente frem samarbeidserfaringer og eksempler på samarbeidsformer. Er det slik at virksomhetsledere har direkte kontakt med rådmann, eller går kommunikasjonen via linja (der de har kommunalsjef)? Og hva med rådmennene og kommunalsjefene – hender det at de går utenom en virksomhetsleder og har direkte kontakt med avdelingsledere? Hvilke samarbeidsformer som er etablert, og hvordan disse fungerer med tanke på informasjonsflyt, kommunikasjon og ansattes medvirkning, vil være spesielt sentralt innenfor det området vi studerer her, nemlig sykefraværsoppfølging og lokal implementering av IA-avtalen.

Kvalitative intervjuer gir innsikt i fenomener, relasjoner og nyanser på en måte som kvantitativ informasjon ikke er i stand til. Dette er spesielt gyldig i en undersøkelse som tar mål av seg til å si noe om styrker og svakheter ved de ulike samarbeidsrelasjonene i seks utvalgte kommuner. Dybdeintervjuer gir blant annet mulighet til å avdekke hva som fungerer og hva som er utfordringene i det lokale trepartssamarbeidet, og vil gjennom dette også gi næring til nye spørsmål og problemstillinger.

Funnene kan *ikke* brukes til å trekke slutninger om tilstanden i norske kommuner i sin alminnelighet, og hvor utbredt de praksiser og variasjoner rundt det lokale IA- arbeidet som vi har funnet i våre kommuner, er i norske kommuner generelt. Resultatene er kun uttrykk for måter å samhandle og samarbeide på som også *kan* gjelde i en større sammenheng. Det sentrale poenget er uansett at det å gjennomføre dybdeintervjuer med aktører på ulike nivåer i seks kommuner, vil gi oss et unikt innblikk i samarbeidsrelasjoner og organisasjonsstrukturer, og hvilke fordeler og ulemper disse har med tanke på å understøtte gode prosesser innenfor det lokale IA- og sykefraværsarbeidet.

5.3 Samarbeid innen kommunale tjenester illustrert med data fra IA-evalueringen

Før vi går over til å drøfte resultatene fra intervjuene, skal vi presentere noen tabeller med utgangspunkt i datamateriale fra SINTEFs evaluering av IA-avtalen (Ose mfl, 2009). Formålet med dette er å se nærmere på hvordan kommunale virksomheter vurderer ulike aspekter knyttet til samarbeid innenfor rammene av IA-avtalen og sykefraværsforebygging lokalt. Det å presentere noen svarfordelinger som viser hvordan kommunale virksomheter vurderer ulike typer samarbeid kan også gi et bedre grunnlag for å forstå de kvalitative funnene som presenteres lenger ut i kapittelet. De dataene som benyttes her ble samlet inn gjennom en spørreskjemaundersøkelse som gikk ut til daglige ledere og representanter for de ansatte i de kontaktede virksomhetene.

3 092 virksomheter, et representativt utvalg av IA-virksomhetene etter næringssammensetning, besvarte spørreskjemaet som ble sendt ut. I og med at denne undersøkelsen handler om hvordan kommunale pleie- og omsorgsenheter bedre kan utnytte det potensialet som ligger i IA-avtalen for å redusere sykefravær og forebygge utstøting, så valgte vi å trekke ut somatiske sykehjem (næringskode 85118), hjemmehjelp (næringskode 85321) og hjemmesykepleie (næringskode 85141). 228 av virksomhetene i datasettet ble på denne måten kodet som kommunale pleie- og

omsorgsenheter. En slik avgrensning av dataene gir oss et godt utgangspunkt for å få et detaljert bilde av styrker og svakheter ved ulike samarbeidsrelasjoner i denne sektoren.

Den første tabellen viser hvordan alle kommunale virksomheter i datagrunnlaget vurderer kvaliteten på samarbeidet med Arbeidslivssenteret, NAV trygd, NAV arbeid, fastlegene/legesentra, bedriftshelsetjenesten, Arbeidstilsynet samt de lokale arbeidsgiver- og arbeidstakerforeningene. De kommunale virksomhetene representerer følgende næringer; jordbruk og skogbruk, industri, kraft- og vannforsyning, bygge- og anleggsvirksomhet, varehandel/reparasjon av motorvogner/husholdningsvarer/varer til personlig bruk, hotell- og restaurantvirksomhet, transport/lagring/kommunikasjon, eiendomsdrift/utleievirksomhet/forretningsmessig tjenesteyting, offentlig administrasjon/forsvar/trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning, undervisning, helse- og sosialtjenester samt andre sosialtjenester og personlige tjenester.

I tabell 5.1 er verdien "godt" slått sammen av "svært godt" og "godt", mens verdien "dårlig" er slått sammen av "svært dårlig" og "dårlig". Som tidligere nevnt, ble 1582 av virksomhetene i datasettet kodet innunder kommunal sektor. Når N ligger i intervallet 1100-1200 i denne tabellen, så skyldes det at ikke alle virksomhetene har svart på spørsmålet eller fordi de ikke har samarbeid med den aktuelle aktøren. Det er her ikke skilt på om det er tillitsvalgte eller daglig leder som har svart på spørreskjemaet.

Tabell 5.1 Hvordan vil du karakterisere samarbeidet dere har med følgende aktører i IA-arbeidet? Alle kommunale virksomheter. Prosent

	Godt	Verken godt eller dårlig	Dårlig	Variierer etter hvem vi møter	Har ikke kontakt	Total
Arbeidslivssenteret (kontaktperson)	50,6	16,5	0,8	2,0	30,3	100,0 N=1182
NAV trygd ¹⁵	54,5	24,2	5,1	8,1	8,1	100,0 N=1189
NAV arbeid	43,3	27,8	3,4	5,8	19,7	100,0 N=1176
Fastlegene /legesentra	30	28,3	9,0	6,3	26,3	100,0 N=1185
Bedriftshelsetjenesten	50,5	16,5	2,0	0,8	30,1	100,0 N=1179
Arbeidstilsynet / Petroleumstilsynet	8,3	19,8	0,6	1,1	70,2	100,0 N=1159
Arbeidsgiverforening lokalt	19,2	15,6	1,0	2,5	61,7	100,0 N=1144
Arbeidstakerforening lokalt	54,9	14,1	0,9	3,4	26,7	100,0 N=1170

I tabell 5.2 ser vi på tilsvarende svarfordelinger, for virksomheter innen kommunal pleie- og omsorg.

Tabell 5.2 Hvordan vil du karakterisere samarbeidet dere har med følgende aktører i IA-arbeidet? Virksomheter innen pleie- og omsorgssektoren. Prosent

¹⁵ Det er her skilt mellom NAV arbeid og NAV trygd fordi dette var naturlig da data ble innsamlet.

	Godt	Verken godt eller dårlig	Dårlig	Varierer etter hvem vi møter	Har ikke kontakt	Total
Arbeidslivssenteret (kontaktperson)	63,2	15,5	0,6	2,9	17,8	100,0 N=174
NAV trygd	68,9	18,1	5,1	5,1	2,8	100,0 N=177
NAV arbeid	51,7	29,5	3,4	4,0	11,4	100,0 N=176
Fastlegene /legesentra	40,7	28,8	14,1	6,2	9,0	100,0 N=177
Bedriftshelsetjenesten	60,3	16,7	1,7	1,7	19,0	100,0 N=174
Arbeidstilsynet/ Petroleumstilsynet	13,6	21,9	1,2	1,8	61,5	100,0 N=169
Arbeidsgiverforening lokalt	20,7	18,9	1,2	3,0	56,1	100,0 N=164
Arbeidstakerforening lokalt	67,6	12,7	1,7	3,5	14,5	100,0 N=173

Som tidligere nevnt, ble 228 av virksomhetene i datasettet kodet innunder kommunale pleie- og omsorgstjenester. Når N ligger på +/- 170 i denne tabellen, så skyldes det at ikke alle virksomhetene har svart på spørsmålet. Dersom vi sammenligner de to tabellene er tendensen relativt klar; virksomhetene innen kommunal pleie og omsorg er mer fornøyd med samarbeidet med de ulike aktørene enn kommunale virksomheter sett under ett. Det er også mer vanlig blant virksomhetene innen pleie- og omsorgssektoren å ha et samarbeid med de forskjellige aktørene. For bedre å få frem forskjellene har vi i neste tabell sammenholdt svarfordelingene for alle kommunale virksomheter med svarfordelingene for virksomheter innen pleie og omsorg.

Tabell 5.3 Hvordan vil du karakterisere samarbeidet dere har med følgende aktører i IA-arbeidet? Prosent

	Alle kommunale virksomheter (N=1582)			Virksomheter innen pleie og omsorg (N=228)		
	Godt samarbeid	Dårlig samarbeid	Har ikke kontakt	Godt samarbeid	Dårlig samarbeid	Har ikke kontakt
Arbeidslivssenteret (kontaktperson)	50,6	0,8	30,3	63,2	0,6	17,8
NAV trygd	54,5	5,1	8,1	68,9	5,1	2,8
NAV arbeid	43,3	3,4	19,7	51,7	3,4	11,4
Fastlegene /legesentra	30	9	26,3	40,7	14,1	9,0
Bedriftshelsetjenesten	50,5	2	30,1	60,3	1,7	19,0
Arbeidstilsynet/ Petroleumstilsynet	8,3	0,6	70,2	13,6	1,2	61,5
Arbeidsgiverforening lokalt	19,2	1	61,7	20,7	1,2	56,1
Arbeidstakerforening lokalt	54,9	0,9	26,7	67,6	1,7	14,5

De aktørene som vi kommer til å gå mest inn på i dette kapittelet og som dermed er mest interessante i tabellen, er arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjon lokalt (spesielt med tanke på det lokale trepartssamarbeidet), i tillegg til fastlegene. Tabellen viser at en ganske stor andel av virksomhetene innen pleie og omsorg ikke har kontakt med arbeidstakerforeningen lokalt (14,5 prosent av virksomhetene, 26,7 prosent når alle kommunale virksomheter er inkludert). Når det gjelder arbeidsgiverforeningen lokalt, så oppgir hele 56,1 prosent av pleie- og omsorgsenhetene at

de ikke har kontakt med denne (61,7 prosent for alle kommunale virksomheter). Videre oppgir 9 prosent av pleie- og omsorgsenhetene at de ikke har kontakt med fastlege (tilsvarende prosentandel for kommunale virksomheter sett under ett er 26,3). Samtidig viser tallene at samarbeid med Arbeidslivssentrene, NAV og fastlegene er mer utbredt blant de kommunale pleie- og omsorgsenheter enn innenfor kommunal sektor generelt.

Tabellen viser mange interessante funn, der et av de mest interessante er hvor vanlig det er for virksomhetene i materialet *ikke å ha kontakt* med aktører som i utgangspunktet representerer viktige støttespillere og samarbeidspartnere i det lokale IA- arbeidet. Dette er viktig informasjon, ikke minst for å forstå det som blir presentert i dette kapitlet om samarbeid, lokalt IA- arbeid og sykefraværsforebygging. Variasjoner i samarbeid og intensitet i samarbeidsrelasjoner vil være viktig for å forstå hvordan det lokale IA- arbeidet rundt omkring blir gjennomført, og hvilke resultater som oppnås når det gjelder reduksjon i sykefravær og utstøting. Forhåpentligvis vil intervjuene kunne si noe om i hvilken grad samarbeid/fravær av samarbeid skyldes bevisste valg eller snarere mangel på kunnskap om den kompetanse og den støtte som de ulike aktørene faktisk kan bidra med i det lokale IA- arbeidet.

Neste tabell gir et bilde på hyppigheten i kontakten mellom pleie- og omsorgsvirksomhetene og de ulike aktørene som er viktige støttespillere i det lokale IA- arbeidet.

Tabell 5.4 Hvor ofte har dere kontakt med følgende aktører i forbindelse med IA-arbeidet? Kommunale pleie- og omsorgsenheter. Antall og prosent

	Aldri	1-4 ganger per år	5-10 ganger per år	Cirka en gang i mnd.	Oftere enn en gang i mnd.	Cirka en gang i uken	Daglig kontakt	Total
Arbeidstakerforening lokalt	31	46	31	23	28	5	7	171
	18,1	26,9	18,1	13,5	16,4	2,9	4,1	100
Arbeidsgiverforening lokalt	123	25	11	3	2		3	167
	73,7	15,0	6,6	1,8	1,2		1,8	100
Fastlegene/ legesenter	28	65	40	18	15	5	1	172
	16,3	37,8	23,3	10,5	8,7	2,9	0,6	100
Arbeidslivssenteret	38	76	33	16	8	3		174
	21,8	43,7	19,0	9,2	4,6	1,7		100
Bedriftshelsetjenesten	37	89	26	9	10	1		172
	21,5	51,7	15,1	5,2	5,8	0,6		100

Drøyt 16 prosent av de kommunale pleie- og omsorgsenhetene oppgir at de aldri har kontakt med legene i forbindelse med IA- arbeidet. For cirka 27 prosent av enhetene gjelder det at deres kontakt med fastlegene skjer 1-4 ganger per år. Videre ser vi at rundt en av fem virksomheter aldri har kontakt med hverken arbeidslivssenteret, BHT eller lokale arbeidstakerforeninger. Tallene for kommunale virksomheter samlet sett er imidlertid mer nedslående. For eksempel oppgir 35 prosent at de aldri har kontakt med Arbeidslivssenteret eller fastlegene.

Et annet funn i tabellen som fortjener en kommentar, er knyttet til arbeidsgiverforeningene lokalt. Hele 73,7 prosent av virksomhetene innen pleie og omsorg oppgir at det aldri har kontakt med arbeidsgiverforeningen lokalt.

I den siste tabellen viser vi hvordan de virksomhetene som ble klassifisert som pleie- og omsorgsenheter vurderer ulike påstander knyttet til IA-avtalen og samarbeid.

Det resultatet som først og fremst skiller seg ut, er den store andelen som sier seg enig i påstanden om at fastlegene ikke er så involvert som de burde i IA- arbeidet. 74,3 prosent sier seg enten helt eller delvis enig i denne påstanden. Samtidig viser nederste rad at dette ikke ser ut til å kunne forklares med manglende innkallelse av legene til dialogmøter; kun 19 prosent av de samme virksomhetene oppgir at NAV ikke innkaller legene til dialogmøte (det må imidlertid ikke settes likhetstegn mellom innkalling til møte og oppmøte, i og med at legens deltakelse i dag forutsetter at både arbeidsgiver og arbeidstaker, eller arbeidstaker alene, ønsker at legen skal delta i møtet).

Tabell 5.5 Påstander om IA-avtalen og samarbeid, kommunale pleie- og omsorgsenheter. Prosent

	Helt enig	Delvis enig	Verken eller	Delvis uenig	Helt uenig	Totalt
IA-avtalen har bidratt til bedre samarbeid mellom ansatte og ledelsen	19,9	49,4	22,7	4,5	3,4	100 N=176
Fastlegene er ikke involvert som de burde	38,9	35,4	11,4	8,6	5,7	100 N=175
NAV er ikke involvert som de burde	12,6	25,1	13,1	30,3	18,9	100 N=175
Vår kontaktperson ved NAV Arbeidslivssenter har bidratt godt i IA-arbeidet	28,7	27,6	28,7	9,2	5,7	100 N=174
Fastlegene blir ikke innkalt av NAV til dialogmøter	9,2	9,8	30,6	21,4	28,9	100 N=173

Hvorfor mener en så stor andel av respondentene at legene ikke er så involvert i IA- arbeidet som de burde? Rent bortsett fra det at en såpass stor andel faktisk uttrykker misnøye med legenes involvering, så handler dette trolig også om forventninger og kommunikasjon (se også Ose mfl, 2009). Det er legene som sitter på den medisinske kompetansen i sykefraværssammenheng, de fungerer på sett og vis som medisinske premissgivere i sykefraværsarbeidet og gjennom medvirkning fra de ansatte skal de foreta arbeidsevnevurderinger. Det er med andre ord lite tvil om at legene har en viktig rolle i sykefraværsarbeidet. Dette endrer imidlertid ikke det faktum at resultatene av den lokale innsatsen på IA- området blir skapt i den enkelte virksomhet, i et samspill mellom ledelsen og de ansatte, representert gjennom de tillitsvalgte og vernetjenesten. I et slikt lys er ikke legene en part i IA- samarbeidet, men mer å betrakte som premissgivere.

5.4 Resultater fra intervjuene

5.4.1 Samarbeidet med legene i de seks kommunene

Som allerede beskrevet spiller legene en viktig rolle i sykefraværsarbeidet. Det er legen som sykmelder, og det er legen som, i samråd med arbeidstaker og arbeidsgiver, skal finne ut av arbeids-

og aktiveringsmuligheter på arbeidsplassen. Dette innebærer at legene også må ha en viss kjennskap til hvilke arbeidsoppgaver og tilretteleggingsmuligheter som finnes på de ulike arbeidsplassene. Samtidig er det viktig å ikke overbetone legenes ansvar og muligheter på sykefraværsområdet. IA-avtalen slår fast at resultatene av et godt IA-arbeid skapes i den enkelte virksomhet. Det er på arbeidsplassen sykefravær skal forebygges og tilretteleggingsløsninger komme på plass, i en dialog mellom arbeidstaker og arbeidsgiver, noe som også poengteres i Almlid-utvalgets ferske utredning om sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren (NOU 2010:13, s. 10).

Legene er ikke en del av det lokale trepartssamarbeidet i kommunene, og en kan derfor spørre hva som er deres rolle når det gjelder sykefraværsforebygging lokalt og den lokale oppfølgingen av IA-avtalen. Først og fremst er legene medisinske eksperter. Samtidig vokser det frem en stadig sterkere forventning om at de skal inkludere tilretteleggings- og arbeidsplassperspektivet i sine vurderinger. Legenes rolle som medspillere og premissgivere blir dermed stadig viktigere. Legene skal gjennom sin innsats være med og understøtte det arbeidet som gjøres rundt omkring på ulike arbeidsplasser når det gjelder å redusere og forebygge sykefravær og bidra til mindre utstøting av ansatte. Gjennom sine vurderinger kan legene dermed være med og legge til rette for og understøtte et godt samarbeid på arbeidsplassen, gjennom å finne tilretteleggingsløsninger som både arbeidstaker og arbeidsgiver er fornøyd med.

Kunnskap om legenes rolle i sykefraværsoppfølgingen (den generelle, som ikke har så mye med IA-avtalen å gjøre) blir enda viktigere nå og fremover, tatt i betraktning de lovendringsforslag som Arbeidsdepartementet (AD) høsten 2010 har hatt ute på høring og som etter all sannsynlighet kommer til å bli innført sommeren 2011 (innebærer en styrking av legenes rolle i sykefraværsoppfølgingen). Sykmelder skal inn tidligere i sykefraværsoppfølgingen. I lys av dette er det viktig å fremskaffe kunnskap om hvordan dette fungerer i dag, noe det foreligger svært lite kunnskap om.

Tabell 5.6 viser på stikkordsform hva ulike informanter mente om legene i sin kommune, og den samhandlingen som eksisterer. Tomme celler indikerer enten at informantene ikke har hatt noen kommentarer til dette spørsmålet eller at det ikke har vært relevant å komme inn på dette i intervjuet.

Tabell 5.6 Oversiktstabell som viser noen synspunkter på samarbeidet med legene

Aktør	K 1	K 2	K 3	K 4	K 5	K 6
Ordfører	Sykmelder for lett		Sykmelder for lett			
Rådmann					Sykmelder for lett	
Kommunalsjef				Leger med nærhet til kommunen		
Personalsjef			Sykmelder for lett			
Avdelingsleder		Manglende innsats når det gjelder tilrettelegging		Manglende innsats når det gjelder tilrettelegging	Sykmelder for lett	Manglende innsats når det gjelder tilrettelegging
Virksomhetsleder	Manglende innsats når det gjelder tilrettelegging			Sykmelder for lett		
Prosjektleder						Manglende innsats når det gjelder tilrettelegging

Som denne oversiktstabellen viser, er det to innvendinger som går igjen når det gjelder måten informantene vurderer legenes rolle og innsats i sykefraværarbeidet på:

- At de sykmelder for lett
- At deres innsats når det gjelder tilrettelegging er mangelfull

Flere av ordførerne og rådmennene mener at legene sykmelder for lett. For ordfører og rådmann i K1 handler dette om at turnusleger sykmelder oftere enn faste leger:

”De kjenner ikke pasientene så godt. Tror på det pasienten sier. Skal ikke styre over pasienten. Legene kan også bli flinkere til å skrive gradert sykmelding. Hvilke oppgaver vedkommende kanskje kan gjøre. Det er de for dårlige til” (Fokusgruppeintervju med ordfører og rådmann, K1)

Ordfører og rådmann i K3 er inne på det samme:

”Legene er veldig frustrerte de også. Ansatte shopper leger og de shopper sykmeldinger. Får de ikke til den ene legen går de til den andre. Det må komme noe sentralt fra – ikke bare føringer, men ordentlige virkemidler” (Ordfører og rådmann, K3)

”Det er det som ble sagt i stad, det med holdninger. Opplever at en får trusler om at da går jeg og sykemelder meg. Det er en vanvittig ukultur. Har sett flere sykmeldinger hvor det står som begrunnelse. Det er ikke sykmeldingsbegrunnelse, det skulle fått konsekvenser” (Ordfører og rådmann, K3)

Informantene snakker videre om vanskelighetene med å få til en god dialog med legene i kommunen, og nevner i den sammenheng behovet for å organisere et forum der legene deltar, for å diskutere samarbeid og dialog.

Ordføreren i K5 beskriver lignende utfordringer, og kan fortelle om en kommunelege som etter hans mening står for en svært uheldig sykmeldingspraksis (begrunner sykefravær på måter som ikke er i tråd med regelverket). Rådmannen i samme kommune forteller at legen sykmelder for ingenting, og samtidig nekter å møte i en samarbeidsgruppe som er ment å bestå av legene i kommunen. Ifølge rådmannen må de forholde seg til en kommunelege som foretar seg ting som ikke er i tråd med regelverket, og som er motstander av endringer og innføring av nye arbeidsmetoder. Rådmannen fremhever videre at så og si alt sykefraværet i kommunen er legemeldt. Gjennom sine uttalelser bekrefter ordfører og rådmann hverandres opplevelse av kommunelegen.

Det som er interessant med disse uttalelsene er at måten legene fyller sin rolle på i sykmeldingsarbeidet, kan ha store konsekvenser for samarbeidsklimaet innad i kommunen. Som flere av uttalelsene illustrerer, så glipper tilretteleggingsmuligheter fordi det ikke er etablert en god nok dialog med legene, eller som i K5, fordi de har en lege som ifølge flere av informantene har en sykmeldingspraksis som er tråd med regelverket. Eksempelet i K5 illustrerer også et annet poeng, nemlig at en leges rolle kan bli mer dominerende når vedkommende *ikke* gjør sin jobb på en skikkelig måte, nettopp fordi det genererer så mye frustrasjon og oppgitthet i organisasjonen.

En virksomhetsleder fra et sykehjem i K1 tar også opp utfordringene med å få til en dialog om tilrettelegging:

”Du ser det fort om folk er villig til å prøve noe som helst. Hvis det er nei, nei, nei – hva gjør du da? Har prøvd det og det og forslag om det. Det er å kalle inn til dialogmøte. Noen ganger får du dialogmøte. Veldig ofte får du fra legen at pasienten ikke er i stand til å gjennomføre dialogmøte. Hva gjør du da?”
(Virksomhetsleder, K1)

En personalleder i K2 snakker om Bedriftshelsetjenesten (BHT) og kommunens bruk av den. Snakker videre om en lege som fungerer bra, en annen skrytes det mindre av, blant annet fordi vedkommende ”avtalte” et opplegg for videreutdanning med den sykemeldte før han hadde diskutert muligheter med arbeidsgiver. Informanten snakker ellers en del om negative erfaringer med en annen lege, og belyser noen utfordringer knyttet til samhandling med leger i mindre kommuner; med seg selv som eksempel beskriver informanten vanskelighetene med å skulle samhandle profesjonelt med en lege som man fra tidligere har egne personlige (og negative) erfaringer med. Det er grunn til å tro at denne typen samhandlingsutfordringer kan være til stede i mange kommuner i Norge.

En avdelingsleder i samme kommune skryter av bedriftslegen, men om legene ellers sier hun at de ikke fokuserer nok på aktiviseringsmuligheter:

”Legene her har ikke vært gode på avventende sykmelding, gradert sykmelding eller på å se hva som er mulig på en arbeidsplass. Føler at jeg sitter med den sykemeldte og prater, hva er mulig, hva kan vi tilrettelegge, har en plan – så kommer de tilbake med 100 prosent sykmelding” (Avdelingsleder, K2)

Synspunktet støttes av verneombud og tillitsvalgte i samme kommune, som mener at ”*problemet med samarbeidet med legen er at de ikke setter av tid til sykefraværarbeidet*”. Ifølge tillitsvalgte er det også en manglende samkjøring mellom bedriftslegen og fastlegen (som er den som sykmelder).

En personalsjef i en annen kommune (K3) omtaler legene som ”advokater for sine pasienter”, og at de ofte sykmelder på feil grunnlag (f.eks. grunnet omsorgsbehov i nær familie). Videre hevder vedkommende at legene i for stor grad sykmelder uten å kjenne omstendighetene og mulighetene

på den enkelte arbeidsplass. Informanten uttrykker stor mistillit til legene når det gjelder sykmeldingspraksis, og mener de sykmelder unødvendig i egenmeldingsperioden:

”Jeg mener det har vært 100 prosent feil å sykemelde med mindre du har brukket begge føttene. Det at de sykemelder i egenmeldingsperioden – jeg synes det er påfallende mange som varer 14 dager og du blir frisk på mandag. Hva er det som skjer på mandag? Alltid frisk på en mandag” (Personalsjef, K3)

Informanten mener samtidig at det ikke er realistisk at legene skal ha detaljert kunnskap om den enkelte arbeidsplass, selv om det ville vært gunstig med tanke på å få til mest mulig realistiske vurderinger av arbeidsevne og tilretteleggingsmuligheter. Nettopp derfor mener informanten at legene burde samarbeidet tettere med BHT, som har denne kunnskapen om arbeidsplassen.

”Hvis ikke legen kan gå inn på arbeidsplassen så har vi en bedriftshelsetjeneste der de har nødvendig medisinsk kompetanse til å kunne løse konflikten. Jeg tror muligens bedriftshelsetjenesten bør ha et mye større ansvar, men dette er et langt lerret å bleke”

En annen informant (prosjektleder) mener BHTs rolle er uklar når det gjelder sykefravær:

”Det er også et stort område som er vanskelig. Det som er problematisk er at mange av disse innen bedriftshelsetjenesten blir mer kursholdere. Hvis du går på kurs, begrens omfang, folk får den happeingen – kommer tilbake og detter ned i stolen og etter en uke er alt borte” (Prosjektleder, K3)

Informantens utsagn peker på et viktig spørsmål: Hvordan skal virksomhetene bruke BHT? Er det en spenning mellom BHT som et redskap for å kartlegge, overvåke og komme med råd i arbeidsmiljø- og tilretteleggingsspørsmål, og det behovet som enkelte virksomheter vil kunne kjenne på knyttet til det å trekke BHT mer konkret inn i enkeltsaker? Hvor kjent er egentlig BHT? Og hvordan er bevisstheten om hva de kan bidra med? IA- evalueringen (Ose mfl, 2009) viste at en stor andel av de virksomhetene som ble spurt var fornøyd med tjenestene fra BHT, noe som også bekreftes av de innledende analysene i dette kapittelet. BHT kan være et nyttig virkemiddel for arbeidsgiver for å forebygge og redusere sykefravær og bidra med arbeidsmiljøtiltak gjennom kartlegging. Enkelte uttalelser i våre intervjuer indikerer likevel at det må jobbes mer aktivt for å markedsføre BHT som et virkemiddel for å skape trygge og sunne arbeidsforhold.

En annen kommunalsjef (K4) snakker om viktigheten av å få til en åpen dialog mellom ledelse (arbeidsgiver), lege og ansatt, og beskriver en situasjon der det er lett å ha en tett dialog med legene i kommunen, fordi legene har nærhet til og kunnskap om kommunen:

”Jeg synes det er pluss for oss her i dette arbeidet at vi har fastleger som har nær kobling til kommunen. Har en veldig OK dialog og lett tilgjengelighet mellom fastlegene og kommunen. Har arena der vi tør å utfordre hverandre” (Kommunalsjef, K4)

Utsagnet peker på noe vesentlig når det gjelder legenes rolle i sykefraværs- og IA- arbeidet, nemlig at det å ha leger som ”kjenner” kommunen gir et helt annet utgangspunkt for diskusjon, dialog og samarbeid om tilretteleggingsmuligheter enn det å ha leger som ikke har samme nærhet til og kunnskap om kommunen. Samtidig nevner informanten en utfordring med tanke på sykefraværsforebygging og tilrettelegging, nemlig at mange i kommunen jobber i en nabokommune. Generelt vil det være slik at når mange i en kommune jobber i en annen kommune, så blir det ekstra krevende for legene å skulle ha kunnskap om ulike arbeidsgivere og de tilretteleggingsmuligheter som finnes.

En avdelingsleder i samme kommune (K4) sier hun har lite dialog med legen, og at vedkommende sjelden stiller i dialogmøter. Lederen forteller videre at legen aldri tar kontakt for å finne ut mer om muligheter, og at tilretteleggingsmuligheter rett og slett glipper på grunn av legenes manglende involvering:

”Aldri at legen ringer hit og spør hva vedkommende kan gjøre. Ofte er de sykemeldt på grunn av rygg og muskellidelser, men det er mye de kan gjøre likevel”. (Avdelingsleder, K4)

En virksomhetsleder fra hjemmetjenesten har lignende erfaringer:

”Det er en som jeg ringer og forteller, det kan vi tilby – sånn og sånn er hennes jobb. Spesielt er det en av de ansatte som er veldig mye syk. Jeg forklarer. Han sykemelder over en lav sko. Han er vel den som sykemelder mest. For dem som har han som fastlege ser jeg at han gjerne sykemelder i 14 dager, 3 uker, 1 måned og det blir aldri slutt.” (Virksomhetsleder hjemmetjenesten, K4)

I K5 sier en avdelingsleder følgende:

”Vi har en del sykemeldte i forhold til rygg osv. Å finne alternativer innenfor pleie og omsorg, der er det store utfordringer. Dialogen mellom lege og oss er en vegg. Der er også en stor utfordring. Men kunne tenkt meg noe à la bedriftslege, der en kunne snakke sammen. Det blir mye papirarbeid mot NAV, du skal skanne ting og skrive og det går rutiner på det.” (Avdelingsleder, K5)

En enhetsleder i samme kommune forteller at det ikke er noen dialog med legen i forkant av sykmeldingen. Vedkommende opplever at legen sykemelder altfor raskt, uten å kontakte leder på arbeidsplassen først for å finne ut mer om bakteppet for den situasjonen som har oppstått samt eventuelle tilretteleggingsmuligheter. Enhetslederen forteller også at ledelsen i kommunen føler seg sjikanert av legekantoret, fordi legene skriver på sykmeldingsblanketten at sykmeldingen skyldes lederatferd.

En nestleder ved et sykehjem opplever tendensen til å sykmelde for 14 dager som problematisk, spesielt når årsaken i tillegg knyttes til lederens atferd:

”Det er en ansatt som jeg hadde behov for å ta en prat med i forhold til korrigerende bruk av tid. Pauser, fravær, private telefoner, søke på internett. Det har blitt dokumentert i flere medarbeidersamtaler at det er et forbedringsområde, for 3-4 uker siden på en ordentlig måte. Det skal bli bra for begge parter. Jeg bryr meg om deg. På ettermiddagen får jeg en SMS; ”jeg synes det var en ugrei samtale i går og jeg blir sykemeldt i 14 dager.” Det går ikke an og jeg tar kontakt, dette går ikke, dette må vi snakke om. Vil at du skal komme. Så får jeg sykmeldingen fra den legen. Sykemeldt på grunn av leders adferd”. (Nestleder)

Også i K6 kommer det frem negative erfaringer med legesamarbeidet. En enhetsleder fra hjemmetjenesten sier følgende:

”Vi snakker om aktiv og gradert sykmelding. Det synes jeg også er bra. Men det jeg synes i forhold til sykemeldte – jeg ser at de er flinkere til å komme til meg først, men så er det de som går til legen med problemene. Jeg føler ofte legene har veldig lett for å sykmelde. Uten at de egentlig har spurt om hva du driver med på jobben, hvilke oppgaver gjør du. Er det noe du kan gjøre selv om du har vondt o.l. Føler at det er lett. Kunne ikke den legen ringt og spurt meg som leder” (Enhetsleder, K6)

Informanten peker på et viktig poeng; dersom legene hadde snakket med nærmeste leder før en mulig sykmelding, så ville det gitt et helt annet utgangspunkt for tilrettelegging og unngåelse av sykmelding. Informanten sier videre at hun har opplevd full sykmelding i saker hvor sykemeldte kunne gjort andre ting:

”Har aldri har blitt benyttet. Men veldig ofte at de får sykmelding og ofte 100 prosent for en arm. Det er mange ting du kan gjøre, snakke med beboere, lese aviser. Mange ting. Jeg ringer faktisk legen. Jeg har begynt nå og tenker at dette finner jeg meg ikke helt i. Håper og tror at en skal få til en bedre dialog. Ringer og sier at jeg kan tilrettelegge for den ansatte. Er ikke enig i at han må være 100 prosent sykemeldt” (Enhetsleder, K6)

En prosjektleder i samme kommune uttalte følgende:

”Prøver å komme i en form for dialog med de aktuelle legene i de utvalgte enhetene. Har vært snakk om det flere ganger, men tror ikke det blir tatt opp via kommuneoverlegen som er kontaktperson mot dem, i forhold til hvordan de bruker sykmelding. Det er ingen som faktisk fyller ut arbeidsevne – hva er det de kan utføre av arbeidsoppgaver, den er alltid blank, selv om de er pålagt å skrive noe der også. Skal i hvert fall fylle ut hva de er i stand til å gjøre”. (Prosjektleder, K6).

5.4.2 Oppsummering

Vi oppsummerer her med noen hovedtendenser som vi mener å kunne se i intervjuene, når det gjelder informantenes syn på samarbeidet med legene og deres innsats for å bidra til forebygging av sykefravær og utstøting. Vi mener det er god grunn til å anta at de utfordringer knyttet til sykefraværsforebygging og lokalt IA- arbeid som beskrives her, vil være kjent også i mange andre kommuner i Norge:

- Misnøye med legenes rolle og innsats i sykefraværsoppfølgingen – informanter i alle de seks kommunene gir uttrykk for misnøye med legenes rolle og innsats i sykefraværsarbeidet, noe som må sies å være i tråd med funnene vi presenterte tidligere i kapittelet, som viste at nær tre av fire respondenter i spørreskjemaundersøkelsen var av den oppfatning at fastlegene ikke var så involvert som de burde i IA- arbeidet. Samtidig er det viktig å fremheve at det er mange nyanser i det bildet som informantene tegner i intervjuene. Mens forholdene i K5 virker å være litt ”ekstreme” på dette punktet, er bildet mer blandet i et par av de andre casekommunene, der legene også får en del positiv omtale. Flere mener dog at legene opptrer for ensidig som talsmenn for pasientene, og at de anstrenger seg for lite for å finne tilretteleggings- og graderingsløsninger gjennom dialog med arbeidstaker og arbeidsgiver. Flere informanter trekker frem at de har tatt kontakt med lege i forkant av en potensiell sykmelding, for å drøfte tilretteleggingsmuligheter og muligheter for å jobbe gradert. Flere peker i den forbindelse på at det er vanskelig å komme i dialog med legene om dette, og at utfallet gjerne blir at en ansatt ”plutselig” er sykemeldt, så og si uten at leder har blitt tilstrekkelig involvert og uten at tilretteleggingsmuligheter har blitt ordentlig diskutert.
- Sprikende oppfatninger innad i kommunene – det er et viktig poeng at ansatte på ulike nivåer i kommunen gjerne opplever legenes innsats på sykefraværsområdet ulikt. Dette kan handle om forskjeller i forventninger til hva legene skal bidra med. Det kan også handle om forskjeller i kunnskap når det gjelder hva som kreves for å forebygge sykefravær på den enkelte arbeidsplass og legenes rolle i dette. Dette kommer karest til uttrykk i K4, der kommunalsjefen uttrykker begeistring over at de i denne kommunen har fastleger som har en ”nær kobling til kommunen”, og at dette gir ”en veldig OK dialog og lett tilgjengelighet mellom fastlegene og kommunen”. Avdelingslederen og virksomhetslederen som ble intervjuet i samme kommune tegner et annet bilde av virkeligheten. De forteller om leger

som aldri ringer for å spørre om hva ansatte kan gjøre, og om leger som sjelden stiller opp i dialogmøter. Dette peker på et mer generelt poeng, nemlig at det innad i den enkelte kommune kan eksistere vidt forskjellige oppfatninger av hvordan legene gjør sine oppgaver. Slike forskjeller i virkelighetsforståelse vil i neste omgang kunne komplisere og vanskeliggjøre diskusjoner av hva som fungerer og ikke fungerer i relasjon til legene, og hvilke endringer som eventuelt må gjøres. Det er i de ulike resultatenehetene i kommunene at forebyggingen og tilretteleggingen skal skje, og når ledere ved slike enheter har en oppfatning av legenes innsats som er forskjellig fra den oppfatningen som den administrative ledelsen i kommunen har, så vil det kunne gjøre det krevende å få støtte til gjennomføring av endringer og tiltak.

- Utdfordrende kommunikasjon – mangelfull og i noen tilfeller fraværende kommunikasjon er typisk for de seks casekommunene i undersøkelsen. Flere gir uttrykk for at det er vanskelig å komme i kontakt med lege/sykmelder. Noen sier også at det mangler gode arenaer som de kan møte legene på for mer overordnede faglige og strategiske diskusjoner. Den dialogen som sykefraværsmodellen legger opp til, først og fremst gjennom dialogmøtene, fungerer ikke godt nok. Videre uttrykker enkelte informanter usikkerhet om hvorvidt legene leser de oppfølgingsplaner som sendes over, og det virker i hele tatt å være litt tilfeldig hvordan samhandlingen med legene er lagt opp. Det vises også til de utfordringer som kan oppstå når personer jobber utenfor bostedskommunen, ved at det da blir enda vanskeligere å oppnå en dialog om arbeidsevne og tilrettelegging med legen.
- "Lite sted- problematikk" – noen av våre casekommuner illustrerer hvilke problemer og dilemmaer som kan oppstå i mindre kommuner, også innenfor sykefravær- og IA- arbeidet. Dette handler om familiære bånd, bekjentskaper og at det for eksempel forventes at en skal ha et profesjonelt samarbeidsforhold til en lege som man tidligere har vært (og kanskje er) pasient hos. Relasjoner og erfaringer vil påvirke holdninger og synspunkter, og dette er det viktig at den enkelte er bevisst på.
- Personlige relasjoner og personkjemi – flere uttalelser antyder at personlige relasjoner og personkjemi kan ha betydelig innvirkning på det lokale sykefraværarbeidet og IA- arbeidet. Dette gjelder imidlertid ikke bare i relasjonen mellom legene og de andre aktørene, men for alle samarbeidsrelasjoner. Samtidig er det lite tvil om at legene har en spesielt viktig rolle, som medisinsk sakkyndig og som de som sykmelder. En konsekvens av dårlig personkjemi og dårlige samarbeidsrelasjoner er at man typisk får på plass en slags "minste mulige" samarbeidsløsning (som gjerne også er ad- hoc preget), der de involverte ikke samhandler mer enn det som absolutt er nødvendig. Problemet med slike minimumsløsninger er at de sjelden vil gi den kontinuitet og den dybde i samarbeidet mellom arbeidstakere, enhetsledere og leger som er nødvendig for å få til mest mulig optimale løsninger på arbeidsplassen.
- Legen er ikke den viktigste aktøren – det er på arbeidsplassen strategier for å forebygge sykefravær og utstøting må utvikles, forankres og gjennomføres. Det samme gjelder for den lokale gjennomføringen av IA-avtalen. Mye av det som kommer frem i intervjuene kan imidlertid gi inntrykk av at legen er en hovedaktør i denne sammenheng. Mange informanter har sterke meninger om legen, og det er lite tvil om at legens rolle engasjerer ledere og ansatte på ulike nivåer. Samtidig er det et spørsmål om hva disse tilbakemeldingene

grunnleggende sett kan være et uttrykk for. Er det en tendens til at legene for ofte brukes som skyteskive når resultatene uteblir innenfor sykefraværsområdet og IA-avtalen? Hvilken rolle spiller forventninger til legene i denne sammenheng? Og hva med kunnskapen om legenes ansvar på sykefraværsområdet? Resultatene fra intervjuene antyder at hverken forventningene til eller kunnskapen om legenes rolle alltid er realistisk og riktig.

I innledningen til avsnittet la vi vekt på at legene ikke er den viktigste aktøren i sykefraværarbeidet. Det er på arbeidsplassen, i et samspill mellom arbeidstaker og arbeidsgiver, at hovedansvaret for å finne løsninger og gjennomføre tilrettelegging ligger. Samtidig viser mange uttalelser fra intervjuene at legenes innsats er viktig for å understøtte en god tilretteleggingsprosess. Det at legene går inn og vurderer arbeidsevne og tilretteleggingsmuligheter i den enkelte sak kan således ses som en av flere rammebetingelser som må være på plass for å oppnå en vellykket sykefraværsforebygging lokalt. Og sist men ikke minst er det viktig å minne om den åpenbare sammenhengen mellom utfallet av en sykmelding og utnyttelse av tilretteleggingsmuligheter; for å kunne tilrettelegge, så må de ansatte i en eller annen grad være til stede på jobb (og ikke 100 prosent sykmeldt).

5.4.3 Synspunkter på samarbeidet med ordfører og politisk nivå

Ordfører er ansvarlig for å organisere og koordinere arbeidet i kommunestyre og formannskap, samt å være kommunens fremste talsperson utad (Hagen og Sørensen 1998). Mens rådmann representerer administrasjonens bindeledd inn mot politisk nivå, så kan ordfører sies å gjøre det samme inn mot kommunens administrasjon. Samarbeidsrelasjonen mellom ordfører og rådmann vil derfor være viktig med tanke på hvor sømløs overgangen mellom administrasjon og politikk er.

Et viktig spørsmål er hvilken rolle en ordfører, som sitter på toppen i en kommune, skal ha i spørsmål som berører IA-avtalen og sykefraværarbeid innenfor ulike virksomhetsområder. Er dette noe som ordfører og andre politikere i det hele tatt kan påvirke? Det mest opplagte argumentet er at politiske vedtak som omhandler økonomi og økonomiske prioriteringer er med på å definere de rammebetingelsene som pleie- og omsorgstjenester skal produseres innenfor. Dette fant vi tydelige tegn på i kapittel 3 og 4 ved at kommuner i økonomisk ubalanse både har lavere årsverksinnsats og høyere sykefravær enn kommuner som ikke har havnet på ROBEK-lista.

Det er lokalpolitikere som i stor grad vedtar de økonomiske rammene som legger grunnlaget for driften og produksjonen av pleie- og omsorgstjenester. Ordførere og politikere vil gjennom dette ha reell påvirkning på situasjonen i pleie- og omsorgsenhetene, og dermed også indirekte være ansvarlig for mange av de faktorene som påvirker sykefravær og utstøting. Et annet argument for at ordførerne er viktig i denne sammenheng, er deres symbolske makt, som kommunenes fremste talspersoner. Dersom en ordfører viser oppriktig engasjement for det som skjer i pleie- og omsorgssektoren, så er dette noe som vil kunne slå positivt ut på arbeidsmiljø, trivsel, motivasjon og tjenestekvalitet.

Det var ikke alle informantene vi intervjuet som hadde noen spesielle meninger om samarbeidet med ordfører. Dette henger nok sammen med at dette er en person som mange ikke forholder seg til i det daglige. Ikke overraskende er det rådmennene som snakker mest om ordførerne, noe som er i tråd med det AGENDA/PwC (2010) fant, nemlig at rådmennene naturlig nok oppgir relasjonen med

ordfører som den viktigste for dem når det kommer til det å gjøre en best mulig jobb. De rådmennene vi intervjuet sa følgende om sitt samarbeid med ordfører:

”En rådmanns oppgave er fortrinnsvis å samarbeide med ordfører, varaordfører og formannskap. Det er viktig for en rådmann å ha like godt forhold til kommunestyret, men det er forutsetning at rådmann har tillit i formannskapet” (Rådmann, K1)

”Jeg har en forventning om at ordfører kan være med å ha en dialog med meg. Det får vi veldig bra til. Prater sammen formelt og uformelt. Jeg har forventning om at ordfører sier fra til meg hvis det er noe hun mener går helt av skaftet. Og forventning om at jeg får tilbakemeldinger på ting som jeg gjør bra og som administrasjonen og ansatte gjør bra” (Rådmann, K3)

”Han (ordfører) forventer at når jeg legger frem planer og legger frem ting er det i forhold det som de har gått til valg på og skal bli målt på. Samtidig har en forventninger til meg at jeg følger opp politiske vedtak som blir fattet” (Rådmann, K4)

”Han har en klar forventning og det er at jeg skal bidra til at det økonomiske handlingsrommet gjenvinnes. Og forventning om at jeg skal være synlig i lokalsamfunnet. Samtidig opplever jeg at han og jeg har veldig greie roller på hvem som er utenriksminister og hvem er innenriksminister. Det er ordfører som representerer, men han vil veldig gjerne ha meg med i en del settinger. Jeg synes vi har funnet en grei løsning på det. Det kan ofte være en kime til konflikt. Hvis du har ordfører som vil være rådmann, vil ofte rådmann være ordfører og det kan lett bli en sammenblanding” (Rådmann, K6)

Som nevnt stemmer disse utsagnene godt overens med det AGENDA/PwC (2010) finner om at rådmenn fremholder det å ha en god dialog med ordfører som det viktigste, i tillegg til det å oppnå en felles forståelse av hvor grenseoppgangen mellom politikk og administrasjon går. Enkelte av utsagnene berører også de høye forventninger som stilles til en rådmann, knyttet til det å følge opp politiske vedtak og legge frem planer og strategier for hvordan politiske mål kan nås.

5.4.4 Fjernt fra tjenesteproduksjonen?

Hva så med lederne på et mer operativt nivå? Har de noen samhandling med ordfører? Her er det store kontraster mellom de seks kommunene. I K2 ser vi et eksempel på en ordfører som har en nærhet til det tjenesteproduserende nivået, som har kunnskap om feltet og som har en dialog med informanten som er virksomhetsleder. Dette oppfattes som veldig positivt av denne virksomhetslederen:

”Veldig bra. Har opplevd og bli skuffet over mange politikere så hun er absolutt... Og veldig oppdatert når det gjelder helse og sosial. Opplever at ordfører her er veldig interessert i personalet i kommunen. Vilkår og opprettholde tjenestetilbudet. Hun ser tjenesten vår og setter pris på jobben vi gjør. Hun klarer å formidle det. Sendte hilsninger via [navn]. Synes vi har en veldig god ordfører. Ser oss. Det har jeg ikke følt før, at politikerne er våre arbeidsgivere, den føler jeg ikke. Men hun ser oss” (Virksomhetsleder, K2)

En annen virksomhetsleder i samme kommune er mindre positivt til politikerne generelt:

”Har blitt skuffet over dem. De er våre arbeidsgivere, men de vet fint lite om hva vi driver med. Opplever at de til tider er svært lite interessert. Opplever at politikerne ikke har lest dokumentene. De sitter og diskuterer på bakgrunn av hva de tror, hva de synes, hva de har hørt av andre som bor på bygda, kanskje fra en ansatt. Så spør de ikke de som kanskje vet det på gulvet. Den tiden hadde vi også helse- og

sosialsjef som satt der som heller ikke kunne svare på det politikerne lurte på for hun var for fjern fra gulvet.” (Virksomhetsleder, K2)

Det interessante her er hvordan informanter på ulike nivåer i kommunen vurderer samarbeidsrelasjonene til ordfører ulikt. Et slikt språk finner vi også i K4, der kommunalsjefen sier følgende om samarbeidet med ordfører:

”Synes at han er støttende. Han er veldig flink til å se om det er perioder som er tøffe for dem som er leder. Kommer han inn og sier ”du må passe på deg selv”. Flink til å gi positiv feedback.” (Kommunalsjef, K4)

En avdelingsleder i samme kommune svarer et klart nei på spørsmål om politikerne i kommunen vet hvordan de har det på sykehjemmet. Vedkommende sier videre at politikerne er *”ganske likegyldige. Det er veldig lite engasjement i forhold til at en skal legge ned sykehjemmet, lite engasjement i den saken.”* En virksomhetsleder i en annen kommune (K6) sier at hun opplever å bli tatt alvorlig og at både rådmann og kommunalsjef hører på henne. Om ordføreren sier hun: *”Ordfører har jeg aldri noe med å gjøre”.*

De forventninger enkeltpersoner har til andre personer og nivåer vil forme deres oppfatninger av andre. Dette gjør det samtidig litt problematisk å skulle sammenligne ulike aktørers synspunkter på samarbeidet med eksempelvis ordføreren. I og med at en rådmann har en annen type dialog og samhandling med ordføreren enn det virksomhetsledere og enhetsledere har, så vil vurderingene av samarbeidet også bli forskjellig. Samtidig viser erfaringene fra K2 at det også for en ordfører er mulig å ha en dialog med virksomhetene og det tjenesteproduserende leddet. Ordførernes og politikernes symbolske makt skal heller ikke undervurderes. Dette gjelder også for rådmannen, som vi kommer inn på om litt. Å ha politikere og administrative toppledere som viser oppriktig interesse og engasjement for det som skjer i pleie- og omsorgsenhetene oppfattes som positivt av flere av våre informanter. Våre observasjoner på dette punktet kan derfor sies å være i tråd med det Opedal mfl. (2002:52) fant, nemlig at flere ledere på institusjonsnivå i kommunene savnet å få besøk av politikere.

5.4.5 Synspunkter på samarbeidet med rådmann

Rådmannen er den øverste lederen av den kommunale administrasjonen, og har ansvar for at de saker som legges frem for folkevalgte organer er forsvarlig utredet (Hagen og Sørensen 1997). Rådmannen har ansvar for økonomiforvaltning, ledelse, samordning og saksforberedelse. All delegasjon og kommunikasjon fra politiske organer og nedover i kommunen skal skje via rådmannen. Opedal mfl. (2002: 9) uttaler at *”den rollen rådmannen inntar synes å være av stor betydning for å få organisasjonen til å henge sammen.”* En utfordring for rådmannen i hans daglige virke er at han er ansvarlig for *helheten* i kommunens tjenestetilbud, samt den overordnede økonomistyringen i kommunen. Rådmannen skal videre sørge for at den aktiviteten som skjer innenfor de ulike virksomhetsområdene i kommunen, er i tråd med kommunens overordnede målsetninger og visjoner. En rådmann skal tenke helhet på vegne av kommunen, og sørge for at sektortenkningen ikke blir for dominerende (Hagen og Sørensen 1998; Opedal mfl, 2002). Samtidig skal rådmenn legge til rette for at konkrete målsetninger kan nås, innenfor de ulike virksomhetsområdene. Rådmenn vil derfor raskt komme ut for interessekonflikter og styringsparadokser.

Overgangen til en flatere struktur i mange kommuner og oppdeling i flere resultatenheter stiller kommuner overfor nye utfordringer når det gjelder å ivareta hensynet til helhet og sammenheng i egen organisasjon (Opedal mfl, 2002). Overgangen til en flatere struktur, kjennetegnet av en kortere avstand mellom politikere og administrative ledere og tjenesteproduksjonen (herunder også økt delegering av ansvar og fullmakter til enhetene), kan sies å ha forsterket rådmennenes rolle og ansvar (se Opedal mfl, 2002). I en studie av turnover og likestilling blant rådmenn, finner AGENDA/PwC (2010) at det å klare å legge til rette for samarbeid på ulikt hold (både mot politisk nivå og innad i kommunens administrasjon) og det å klare å bygge relasjoner, av rådmennene blir oppgitt som spesielt viktige kriterier for deres egen opplevelse av om de lykkes i jobben. Vi har i denne undersøkelsen vært opptatt av følgende spørsmål når det gjelder rådmannsnivået:

- Hvordan opplever enhetsledere og virksomhetsledere kommunikasjonen med rådmannsnivået?
- Har rådmennene en nærhet til det tjenesteproduserende leddet i sin kommune?
- Hvilke erfaringer og tanker har rådmennene rundt forebygging av sykefravær og utstøting i pleie- og omsorgssektoren?
- Hvem samarbeider rådmennene mest/minst med?

I neste tabell har vi fremstilt i stikkordsform noen av de beskrivelsene som går igjen blant informantene på ulike nivåer når de beskriver sine samarbeidserfaringer med rådmannen.

Tabell 5.7 Ulike aktørers beskrivelse av sine samarbeidserfaringer med rådmannen

	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Ordfører	"Visjonær"			"God kompetanse"		
Kommunalsjef				"Tett dialog"		
Personalleder		"Støttende"		"Nær kontakt"		
Virksomhetsleder		"Klar og tydelig"				
Enhetsleder/avdelingsleder		"Travel"		"Person jeg aldri ser"	"Har nesten aldri hørt fra ham"	"Vet ikke hva som rører seg"

5.4.6 Ordfører og rådmann

To ordførere setter konkret ord på sine forventninger til og erfaringer med rådmannen:

"Han var visjonær. Ganske klar, presis og godt inntrykk. Han har litt spennende tanker som utfordrer oss. Vi har behov for litt nye tanker og nye impulser. Rådmannen informerer meg på need to know-basis. Er ikke så interessert i å vite så mye om personalsaker" (Ordfører, K1)

"Vi er selvfølgelig lydige i forhold til rådmannen. Han har enorm kompetanse gjennom sitt lederteam. Han kan tilføre oss politikerne mye kunnskap. Sammen kan vi gjøre både de ansatte og kommunen god. Vi har et veldig greit avklart forhold. Rådmannen vet hvem jeg er og jeg vet hvem rådmannen er. Vi trækker ikke på hver vår side. Jeg har ikke ønske om å gå inn og styre som rådmann eller noen andre" (Ordfører, K4)

Sitatene viser to ordførere som har tillit til sine rådmenns kompetanse og forutsetninger, og som samtidig er opptatt av hvor grensene mellom politikk og administrasjon skal gå. Hva så med andre ledernivåer i kommunene? Hvordan er deres erfaringer med rådmannen? En kommunalsjef i en kommune (K4) sier at de *"har veldig tett dialog og sitter nære"*. En personalsjef sier følgende om sin relasjon til rådmannen:

"Når jeg blir virkelig frustrert går jeg til rådmann. Har spurt han om jeg burde vurdere stillingen min. Han sa «hvorfor det?» Det var da det sto på som verst" (Personalsjef, K4)

En annen personalleder sier det slik:

"Min opplevelse er god. Den er knakende god. Vi har medarbeidersamtaler, men opplever ikke at jeg må vente til det blir det. ... utover det som er standard, men vi har svært nær kontakt. Og det gjelder hele lederteamet. Jeg opplever at han lytter, hører på gode innspill, han deler og det er et VI"

Også virksomhetsledere er positive:

"Jeg føler at han er klar og tydelig. Tidligere hadde vi helse- og sosialsjef imellom. Da opplevde jeg ikke tydelighet og ikke at det ble tatt avgjørelser og skjært igjennom. Vi er mange virksomheter og ledere som skal samarbeide. Vi prater for vår syke mor. Noen ganger må noen skjære igjennom. Det var frustrerende før, men ikke nå. Prøver å prate sammen vi ledere med ansvar på lik linje. Føler vi at vi står i stampe, innkaller vi rådmannen eller tar det på ledermøte med han. Opplever han som veldig OK. Han er autoritær, men på en positiv måte (Virksomhetsleder, K2)

"Det politiske liv er en egen greie. Har lært mye nytt etter at helse- og sosialsjef forsvant. Det var den stillingen som var kontakt mot politikerne i tillegg til rådmann. Nå er det jeg som har den for vår etat. Er med i hovedutvalg og møter på en del... Det som preger oss mest er rådmannens holdning til hva som er administrasjonens ansvar og oppgaver og hvordan vi skal forholde oss til politikerne. Det er det som styrer oss, mer enn politikerne. Alt går gjennom rådmann, han er sensuren. (Virksomhetsleder, K2)

Uttalelsene understreker viktigheten av rådmannsrollen for disse to virksomhetslederne. Det er også noe med den fasthet og tydelighet som disse to virksomhetslederne opplever at rådmannen har, som underbygger hans legitimitet. Rådmannen er viktigere for disse lederne i deres daglige virke enn det politikerne er, noe som også er tilfelle for avdelingslederne, som vi kommer tilbake til om litt. En annen virksomhetsleder (K6) som vi intervjuet la vekt på andre ting når hun snakket om samhandlingen med rådmannen:

"Tror det er tett samarbeid [mellom kommunalsjef og rådmann]. Nå har rådmannen sammen med toppledergruppen hatt oppfølging med oss hver 14. dag i forhold til ulike tiltak som de prøver å få til, alt mulig, hva som skal gjennomføres, kartlegges. Det er litt sånn krakilsk jobbing med å bruke tid på ting uten å vurdere om det kommer noe ut av det. Dette er de klar over. De skjønner selv at de er desperate. Derfor spør de oss også – hva tenker dere fremover osv. Synes ikke de gjør noen dårlig jobb sammen. Det er mye utålmodighet. Men det er kanskje bedre å bruke tid på å diskutere hva som virker i stedet for bare og sette i gang 20 ting som en ikke vet om virker." (Virksomhetsleder, K6)

5.4.7 Samarbeider rådmenn med enhetsledere og avdelingsledere?

Hva så med avdelings- og enhetslederne og deres erfaringer med rådmannen? Som vi allerede har vært inne på, vil den omleggingen til en flatere struktur som mange kommuner har gjennomført de senere årene (kutt i mellomledernivåer som kommunalsjef og de gamle etatssjefstillingene) kunne føre til tettere dialog og samarbeid mellom rådmannen og lederne ved resultatenehetene. Men hva er erfaringene med dette i våre casekommuner? I K2, som er en kommune som har fjernet kommunalsjefnivået, gir to avdelingsledere (fra henholdsvis sykehjemstjenesten og hjemmetjenesten) uttrykk for store mangler ved samarbeidet med rådmannsnivået:

"I utgangspunktet skal det være en møte i mnd. ledermøte – utvida ledermøte. Det har sklidd mye ut"

"Kommer noe i veien som regel. Vet ikke sist vi hadde det. Det ligger der og skal være, men rådmann har hatt andre ting"

En avdelingsleder i K4 er langt mer eksplisitt i sin omtale av samhandlingen med rådmann:

"Rådmannen per i dag er en person som jeg aldri ser. Rådmannens strategiske lederteam fungerer som en... Rådmannen er for meg en ikke-person. Ser han aldri i møter, møter han aldri"

En annen avdelingsleder ved et sykehjem (K4) fra samme kommune sier:

"Vi har prøvd å få fortalt rådmannens team hva vi jobber med, hva vi holder på med, nye prosjekt vi har på gang osv. Akkurat det med [nevner et eget prosjekt] er de veldig positive til. Det er liksom det eneste vi har respons på. Tror at de vet at vi har et bra miljø, at vi holder på med mye forskjellig, men de vet ikke hva"(Avdelingsleder, K4)

Informanten sier videre at rådmannen (som har erfaring fra pleie og omsorg), har *"glemt litt hvordan det var, vet ikke helt, men han er ikke interessert i å komme hit og prate med oss nå."*

En enhetsleder i K5 sier det slik:

"Har forholdt meg til at han er den typen han er og den personligheten han er. Klart jeg har min lojalitet med min rådmann. Men ser han nesten aldri. Hører nesten aldri fra han. Det er dedikert gjennom kommunalsjefen... Men allikevel er det naturlig for meg å klappe og få tilbakemelding fra rådmann"(Enhetsleder, K5)

Innholdet i denne uttalelsen er i tråd med det Opedal mfl. (2002) finner om resultatenehetsledernes lojalitet, nemlig at assisterende rådmann har en tendens til å gripe tak i enhetslederens rolle som "rådmannens forlengede arm". Ifølge Opedal mfl. (2002) henspiller en slik rolle også på enhetsleders lojalitet til sine overordnede – det være seg rådmannen eller det politiske nivået.

Også i K6 gir en enhetsleder uttrykk for manglende kunnskap hos rådmannen, når det gjelder det som skjer i resultatenehetene:

"Hun vil veldig mye bra, men stort fokus på økonomi. Hun har vært rundt og hilst. Hilste på meg når jeg var leder for [navn] og det tok fem minutter. Jeg har et positivt inntrykk av henne, men hun vet ikke hva som rører seg hos meg. Hun aner ikke hvordan hverdagen min er i det hele tatt. Man kunne hatt et treffpunkt for å vise henne hvordan det er"(Enhetsleder, K6)

En annen enhetsleder i K6 (hjemmetjenesten) gir uttrykk for en positiv holdning:

”Opplever henne som dyktig, hun er veldig synlig. Når hun kom var hun rundt omkring og hilste. Hun fikk et ansikt, alle vet hvem hun er. Synes hun er flink. Hun har et budskap.” (Enhetsleder hjemmetjenesten, K6)

Hvordan kan vi så oppsummere enhetsledernes erfaringer med rådmannsnivået? De kvalitative intervjuene antyder at dette helt klart dreier seg om forventninger. Enhetslederne ønsker seg, og til en viss grad også forventer, en rådmann som inngår i en mer direkte dialog med resultatenehetene. Dette bunner nok også i en oppfatning blant de operative lederne av at for å være en god rådmann (som kan formidle et mest mulig korrekt bilde av situasjonen i pleie- og omsorgsenhetene til politikerne), så er det en forutsetning at vedkommende har konkret og oppdatert kunnskap. Det er også grunnlag for å hevde at uttalelsene understøtter et bilde av rådmannen som en person som fort havner mellom barken og veden, i den forstand at rådmenn generelt har mange konkrete områder og enheter de skal følge opp, samtidig som de skal styre kommunen på et mer strategisk overordnet nivå. Når man har ansvar for helheten, er det samtidig begrenset hva man har av tid og ressurser til å bruke på de ulike resultatenehetene. Forventninger fra ulikt hold vil fort kunne føre til at en rådmann havner i en skvis, der ønsket om å vise mer ansikt ute i de ulike resultatenehetene raskt vil kunne komme i konflikt med kravene til overordnet og helhetlig styring.

Samtidig kommer vi ikke utenom følgende spørsmål: Hvilke forventninger er det ”riktig” at ledere på ulike nivåer har til rådmannsnivået? Er det realistisk at en rådmann skal oppsøke og inngå i en dialog med alle resultatenehetene i en kommune? Opedal mfl. (2001: 56) hevder at *”flat- strukturmodellen legger opp til et klart skille mellom rådmannens strategi- og forvaltningsansvar og resultatenehetenes driftsansvar. På den måten skal driften og utføreransvaret skilles fra ansvaret for å trekke opp linjer og rammer for administrasjonen gjennom utarbeidelse av strategier, planer og fordeling av ressurser.”* De uttalelsene som er presentert foran, må ses i lys av en slik fortolkning av rådmannsrollen, som skiller på det strategiske og overordnede versus tjenesteproduksjonen. Rådmenn har et helhetsansvar, der den totale tjenesteproduksjonen og den samlede økonomistyringen skal bidra til å understøtte kommunens overordnede målsetninger. Videre hevder Opedal mfl. (2002) at det er en risiko for at flatere kommunestruktur og økte fullmakter til resultatenehetene fører til økt fokus på egen enhet, med den risiko at hensynet til kommunens mer overordnede målsetninger settes til side. De omtaler dette som *enhetsegoisme*. Enkelte av uttalelsene blant enhetslederne foran viser at de har et tydelig fokus på det som skjer i egen enhet. Referanser til det virksomhetsområdet man opererer innenfor og kommunens mer overordnede målsetninger er imidlertid mindre vanlig, og i de av våre kommuner som har opplevd eller opplever omorganiseringer innen pleie- og omsorgssektoren, er det liten vilje blant ledere på ulike nivåer til å sette dette i sammenheng med mer overordnede målsetninger. Et viktig spørsmål blir dermed hvilke konsekvenser dette eventuelt har for kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene i den enkelte kommune.

Forventninger om en tettere dialog med rådmannsnivået vil fortsette å leve videre i mange norske kommuner. Mens det for enhetsledere handler om å involvere topplederne i det som skjer i enhetene, så vil rådmennene også kunne tjene på en slik involvering nedover i kommunen, gjennom økt forståelse for tjenesteproduksjonen samt pleie- og omsorgsenhetenes indre dynamikk. Rådmenn burde derfor kombinere et strategisk og overordnet helhetsansvar med en viss nærhet til tjenesteproduksjonen, for å få et mer fullstendig bilde av kommunens aktivitet og tjenester.

K4 er et godt eksempel på hvordan personer på ulike nivåer kan vurdere samarbeidet med rådmannen ulikt. Mens ordfører, kommunalsjef og personalsjef gir rådmannen de beste skussmål, beskriver en avdelingsleder rådmannen som en "ikke-person", og at de samtidig er skuffet over det lave engasjementet og den interesse rådmannsteamet viser for det som skjer i sykehjemmene. Funnene gjenspeiler trolig det som AGENDA/PwC (2010: 43) fant i sin undersøkelse, nemlig at rådmenn vurderer samhandling med ordfører og øvrig toppledelse i kommunen som langt viktigere enn samhandlingen med virksomhetsledere og enhetsledere.

Enhetsledernes oppfatninger kan også relateres til det Opedal mfl. (2002) beskriver, om de forventningene som stilles mot enhetsledere: *Er det så mulig å fange opp den ganske mangesidige rollen som enhetsleder? Rollen er på mange måter ambisiøs, den utspiller seg i vidt forskjellige organisatoriske og faglige kontekster, og den må antas å ha noen felles forventninger knyttet til seg på bakgrunn av den felles benevnelsen "enhetsleder".* Slik sett er det mulig at noen av de utfordringer og motsetninger som enhetsledere står overfor i sin arbeidshverdag, omsettes i en forventning om at rådmannen skal se dem og vise interesse. Enhetslederne har ulike typer krav rettet mot seg (resultatansvar, ansvar for at enheten drives økonomisk forsvarlig, ansvar for at politiske vedtak blir gjennomført i praksis og ansvar for å rapportere), derfor blir det viktig med støtte og handlingsrom fra ledernivåene over. Enhetsledere og virksomhetsledere skal levere med tanke på budsjett, tjenestekvalitet og brukertilfredshet, og samtidig være administrative ledere og kanskje også personalledere for de ansatte (se Bakken mfl, 2002). Følgende uttalelse fra en virksomhetsleder kan tjene som en illustrasjon på noen av de krav og motsetninger som kan oppstå på dette ledernivået:

"Jeg vet ikke hvor mange ganger jeg har sagt, selvfølgelig i milde former, at helse og omsorg drives 24 timer 7 dager i uka hele året rundt. Det er ikke noe skoleferie, det er ikke noen planleggingsdager, ingenting. Det er ingen hvileskjær. Du kan ikke sammenligne med virksomhet der det hele tida utløses penger i en eller annen form. Du skal være på folk døgnet rundt. Folk på jobb døgnet rundt. Og pasienter som selvfølgelig av den grunn må ha folk på jobb. Jeg synes ikke jeg blir hørt på det. Vi blir sammenlignet med skole og oppvekst hele tida. Jeg er dritt lei"

Mye av det som er beskrevet her vil også gjelde for enkelte avdelingsledere innen pleie og omsorg, noe et verneombud i en kommune beskrev på denne måten: *"Fra mitt ståsted er det kanskje vanskelig å være avdelingsleder. Klart det er det. De har rundt 50 de har ansvar for. Men kommunen har en rød tråd i organisasjonen – den heter medarbeidersamtale. Samarbeidet og ansatte er den røde tråden Det klarer ikke avdelingsleder å gjennomføre. Min medarbeidersamtale var bl.a. i 2001. Det har vært 2-3 ledere etter der. Vet mange med meg som ikke har hatt. Det skal være seniorpolitisk samtykke, det er vedtatt i kommunestyret. Har en kollega som er 64 år, som ikke har hatt seniorsamtale".*

Uttalelsen indikerer at dersom avdelingsledere har mange ansatte under seg (for eksempel 50, som i dette tilfellet), så vil de også støte på mange av de utfordringene i sin ledergjerning som enhetsledere gjør. Mange ledere med personalansvar er mellomledere og kan ofte havne mellom "barken og veden", der det kan være krevende å forene krav, hensyn og forventninger fra overordnet og underordnet nivå. Det er heller ikke vanskelig å skjønne ut fra det som sies her at avdelingsledere med omfattende personalansvar vil kunne ha vanskeligheter med å skaffe seg et fullstendig bilde av medarbeidernes hverdag og hva som fungerer og ikke fungerer i enheten. Dette vil i tur påvirke hvilken type informasjon som formidles videre fra avdelingsleder og oppover i systemet.

5.4.8 Kommunikasjonsbrist – hvor?

Hvordan ulike informanter opplever samarbeid og dialog med rådmannsnivået må også ses i sammenheng med hvilke kommunikasjons- og rapporteringskanaler som er etablert, og hvordan de fungerer. Noen av informantene fra K3 oppfatter at det er stor avstand mellom politisk nivå og rådmannsnivå og den virkeligheten som lever ute i de kommunale pleie- og omsorgsenhetene. Dårlig kunnskap på toppen av kommuneorganisasjonen om hva som skjer ute i kommunene knyttes blant annet til fraværet av formaliserte samarbeidformer.

Følgende utsnitt fra intervjuet med fagledere i K5 gir en viss innsikt i hva det her er snakk om:

Intervjuer: Hvordan melder dere konsekvenser og beslutninger oppover?

Det blir meldt til for eksempel avdelingsleder.

Intervjuer: Tar avdelingsleder det videre?

Det vet jeg egentlig lite om. Fordi tilbakemeldingene stort sett går på at vi har de ressursene vi har og vi får ikke noe mer. Punktum.

De sier de tar det videre og det tror jeg, men det er ikke noen mere kroner uansett.

Intervjuer: Går det helt til topps?

Det er enhetsleder da.

Jeg tror det ikke. Tror det stopper hos rådmann. Og i hvert fall ikke ordfører. Mistenker at det stopper inne i huset her.

Intervjuer: Så avdelingslederne går ikke alltid videre til enhetsleder med de konsekvensene av beslutningene fordi de ikke vil tape ansikt?

Jeg tror kanskje enhetsleder er veldig

Tror heller at det stopper der uten at jeg skal påstå det

Jeg tror ikke at verken rådmann eller ordfører vet hvordan det er på [navn] helsesenter. Synes av og til det virker virkelighetsfjernt når vi hører deres oppfatning. Da tenker jeg at du kan jo umulig ha visst hvordan det egentlig er.

Et verneombud er inne på noe av det samme:

Intervjuer: Det er noe med kommunikasjonen opp til rådmann?

Han får ikke tilbakemelding på hva som ikke er gjort.

Intervjuer: Hvor er det det skjærer seg hen?

På avdelingsledernivå. De velger å sile – hva går de tilbake med?

I en annen kommune (K4) sier en enhetsleder i hjemmetjenesten at rådmannen ”*aner ikke hvordan hverdagen min er i det hele tatt*”. Lederen knytter dette til en konkret sak der hun selv hadde meldt inn et avvik, men hadde en opplevelse av at dette ikke ble formidlet opp til rådmannsnivået. På spørsmål om hvor ting stopper svarer vedkommende ”*det stopper hos virksomhetsleder*”, og sier videre at hun tror ikke ”*at alle saker blir løftet opp dit dem skal.*” En tillitsvalgt (NSF) og et verneombud (sykehjem) har lignende erfaringer. På spørsmål om hvordan politikerne har tatt imot deres innspill svarer de: ”*De blir overrasket fordi de føler at den versjonen rådmannen har lagt fram ikke stemmer helt overens med det vi ser.*”

Selv om disse informantene ikke er helt sikre på hvor bruddet i kommunikasjonen oppstår, så er det ikke nødvendigvis det som er det sentrale her. Det viktige er at informantene selv har en klar oppfatning av at all informasjon ikke blir formidlet videre oppover i kommuneorganisasjonen. En skepsis eller en mistanke om at informasjon glipper kan faktisk ha vel så store negative konsekvenser som informasjonstapet i seg selv, fordi den enkeltes opplevelse av at informasjonstap forekommer, vil kunne påvirke motivasjon og innsats i jobben negativt. En oppfatning blant ansatte av at informasjon som de selv opplever som vesentlig og "virksomhetskritisk" ikke blir formidlet til nivåer over dem, vil dermed kunne få negative konsekvenser for drift og tjenestekvalitet.

5.4.9 Synspunkter på samarbeid med kommunalsjef

Kommunalsjefen er en del av rådmannens strategiske lederteam, og har sammen med rådmannen og øvrige kommunalsjefer ansvaret for den overordnede og samordnede ledelsen og styringen av kommunen. Kommunalsjefen vil ofte også være nærmeste leder for de virksomhetslederne som ligger innunder hans/hennes ansvarsfelt (som for eksempel pleie og omsorg). Blant våre seks casekommuner hadde fem kommuner én eller flere kommunalsjefer. Vi skal nå presentere noen eksempler på hvordan personer fra ulike nivåer i kommunene vurderte sine samarbeidserfaringer med kommunalsjefen.

Tabell 5.8 Ulike aktørers beskrivelse av sine samarbeidserfaringer med kommunalsjef

	K1	K3	K4	K5	K6
Ordfører				"Meget dyktig"	
Rådmann		"Sparrings-partner"		"Kommunikasjons-utfordringer i organisasjonen"	
Personalleder		"Vanskelig økonomi-rapportering"			
Virksomhetsleder	"God støtte"	"Vanskelig samarbeid"	"Får tak i henne når jeg har behov"	Kritisk?	"Bruker han nesten ingenting"
Avdelingsledere			"Opptatt av å posisjonere seg"	"Hun gir meg ikke noe påfyll i lederskapet"	"Har ikke dialog eller befatning med kommunal-sjefen"
Gruppeleder	"Ingen kontakt"				
Hovedtillitsvalgt			"Kjenner veldig lite til henne"		

Vi ser av tabellen at mange informanter ikke har uttrykt seg noe om samarbeid med kommunalsjefen. I den ene kommunens tilfelle (K2) følger det selvsagt naturlig av at de har fjernet kommunalsjefleddet. Gitt kommunalsjefens rolle som lederstøtte for rådmannen og nærmeste leder for virksomhetslederne, så er det opplagt at det mest interessante med kommunalsjefnivået er hvordan samarbeidet med rådmannen og virksomhetslederne fungerer. To av rådmennene (K3 og K5) uttaler følgende om sine relasjoner med kommunalsjefen;

”Det er en å rådføre meg med, bruke han som en sparringspartner. Forventer at jeg får støtte og alternativt at jeg får tilbakemeldinger, veiledning hvis det er forhold som jeg kunne gjort annerledes. Synes samarbeidet vårt har vært kjempebra. Berømme politisk nivå også – den støtten og backingen, hadde ikke lykkes hvis vi ikke hadde stått sammen. Opplever at det fungerer”

”Jeg har tillit til de to kommunalsjefene, og hvis ting kommer til dem betrakter jeg det som at det kommer til rådmannen. Men hvis det stopper på enhetsnivået har vi et problem i kommunikasjonen mellom oss. Vi har ikke noe mellomledd der”

Begge rådmennene gir uttrykk for tillit til kommunalsjef. Samtidig gir den ene uttrykk for en viss bekymring, knyttet til kommunikasjonen i tjenestelinja. Hva så med nivåene under kommunalsjefen, og virksomhetslederne især? Hvordan vurderer de sitt samarbeid med kommunalsjefen? Intervjuene med virksomhetsledere i de seks kommunene viser blandede erfaringer med hvordan dette samarbeidet fungerer.

”Ja, har opplevd at jeg har fått god støtte i forhold til problemstillinger i min måte å takle ting på” (Virksomhetsleder, hjemmetjenesten)

”Det har vært vanskelig på en måte. Er litt usikkert på hvordan ting blir tatt. Har aldri vært så åpen og ærlig mot et menneske som jeg har vært i forhold til kommunalsjefen. Det har gått på at jeg har vært tydelig på at dette liker jeg ikke, dette synes jeg hun er dårlig på, dette synes jeg at jeg ikke blir møtt på. Det har jeg aldri gjort til noen annen. Men det er eneste måten jeg kan overleve på” (Virksomhetsleder)

Virksomhetsleder for hjemmetjenesten i K4 sier at *”ja, hun er en travel dame. Men slik er det for alle. Jeg får tak i henne når jeg har behov”*. Dette bildet bekreftes et stykke på vei av kommunalsjefen i samme kommune. Samtidig gir kommunalsjefen en annen fremstilling av samarbeidet enn det virksomhetslederen gjør: *”Vi har ganske jevnlig dialog med virksomhetslederne. Har månedlige møter med alle virksomhetslederne her. Nå har jeg og lederen på sykehjemmet begynt å ha ukentlige møter for å ta ting fortløpende”*. Kommunalsjefen begrunner det med at *”hun ønsket å ha noen å sparre med litt oftere enn det som har vært tidligere. Da legger en tilrette for det. Det kan være praktiske ting som må ryddes i, og det kan være andre forhold. Det er litt etter hva virksomhetslederne ønsker. Prøver å imøtekomme dem på det de føler behov for.”* Vi ser her at kommunalsjefen tegner et bilde av et mer systematisert samarbeid enn det virksomhetslederen gjør, som på sin side gir inntrykk av et mer tilfeldig preget samhandlingsmønster.

En virksomhetsleder i K6 svarer følgende på spørsmål om sitt forhold til kommunalsjefen: *”Jeg er ganske lojal mot han. Jeg har sagt til han at så lenge han er lojal mot meg, så er jeg lojal mot han”*. Men på spørsmål om han benytter kommunalsjefen, svarer han *”veldig lite, nesten ingenting. Nå klarer jeg meg helt alene nesten. Men sånne prinsipielle, senest i dag var han innom – da spør jeg om prinsipielle ting som har med skolen å gjøre, refusjoner osv., som jeg ikke har greie på selv. Det er forskjell, de andre bruker han mer. Jeg kan ikke svare for de andre, men jeg bruker han ikke.”*

Eksemplene viser helt klart variasjon når det gjelder virksomhetsledernes erfaringer med kommunalsjefen. Samtidig er det noe i sitatene her som indikerer en slags underliggende tvil til kommunalsjefrollen, og hva den egentlig kan bidra med. Også uttalelser fra andre informanter underbygger et bilde av skepsis til kommunalsjefens rolle. En enhetsleder (K5) sier følgende: *”Hun gir meg ikke noe påfyll i lederskapet for å utøve praktiske grep. Føler at i ledergruppa i kommunen har jeg min posisjon – har mulighet til og gir uttrykk for mine meninger i de fora. Trenger ikke å si til*

kommunalsjefen at det skal bringes videre. Jeg kan formidle budskapet i ledermøte hvor kommunalsjefen sitter. Trenger ikke hele tida å fortelle til kommunalsjefen som skal snakke på vegne av meg. I vår ledergruppe er vi i stand til å formidle selv. Men når jeg skal be om mere penger går jeg til kommunalsjefen og da er det hun som eventuelt rapporterer det inn i rådmannsgruppa. Jeg involverer alltid kommunalsjefen på informasjonssida – hvis jeg har gått til personalsjefen så vet kommunalsjefen det.”

En avdelingsleder fra K4 (sykehjem) har lignende erfaringer: *”Ser at en fersk overordna til meg ikke er noen enkel sak. Tenker at hun hadde behov for å posisjonere seg selv. At hun i veldig liten grad har jobbet med”.*

I disse to tilfellene ser det ut til at de samarbeidsutfordringene som beskrives kan knyttes til manglende faglig respekt for den personen som sitter i kommunalsjefstillingen. Dette illustrerer et mer generelt poeng, nemlig at personene, mer enn rollene i seg selv, er det som påvirker hvordan samarbeidsrelasjoner blir.

Hvordan kan vi så oppsummere informantenes betraktninger rundt kommunalsjefrollen? En viktig innsikt er at oppfatningene av den lederjobben som gjøres endrer seg når vi beveger oss fra det tjenesteproduserende leddet og oppover til politisk nivå (fra negativt til mer positivt). Som vi har vært inne på, er en mulig forklaring på dette at forskjellige personer og nivåer har ulike forventninger inn i en gitt samarbeidsrelasjon. Rent faktisk vil ulike typer samarbeid også ha ulik intensitet og dybde, rett og slett fordi noen personer og nivåer samarbeider tettere med hverandre enn andre. Alt dette vil i tur påvirke enkeltpersoners erfaringer og opplevelser av hvordan samarbeid fungerer. En annen tendens i intervjumaterialet er at kommunalsjefnivået oppleves som litt uklart og overflødig. For virksomhetslederne handler nok dette først og fremst om en frykt for at informasjon glipper på dette leddet, og dermed ikke formidles videre til rådmann og politisk nivå. Rent generelt vil en slik frykt være berettiget, i og med at flere nivåer i en organisasjon innebærer økt risiko for informasjonstap. En tredje innsikt, som uttalelsene både om rådmann og kommunalsjef illustrerer, så handler dette for flere av informantene om behovet for anerkjennelse for det som skjer ute i enhetene – og da direkte fra rådmannen. En av informantene uttalte i den forbindelse at det for henne ofte var mer naturlig å ha kontakt med rådmannen enn med kommunalsjefen. Samtidig tar en av informantene (virksomhetsleder K6) til orde for at kommunalsjefsstillingen rent generelt kan ha noe for seg: *”Jeg tenker at det er en viktig strategisk funksjon for planlegging og målstyring. Noen må gå foran og stake ut kursen og velge retning og prioritere innenfor de totale rammene. Det er viktig. Tenker også at det er viktig at det er enhetlig drift av virksomhetene, sånn at man har en felles filosofi bak det som gjøres. Litt avhengig av kompetanse og erfaringsgrunnlag hos virksomhetsleder er det også viktig at de har noen, en type mentorrolle.”*

5.4.10 Samarbeid og dialog med tillitsvalgte

Tillitsvalgte representerer ansatte som er fagorganisert på en arbeidsplass (Karlsen, 2010). Deres rolle er å ivareta de ansatte i ulike spørsmål på arbeidsplassen. Tillitsvalgtes deltakelse i drøftinger av eksempelvis arbeidsmiljøspørsmål vil i mange tilfeller være helt avgjørende for at eventuelle tiltak rettet mot arbeidsmiljøet skal få oppslutning og effekt (Ibid). Når det gjelder tillitsvalgtes involvering i arbeidet for et inkluderende arbeidsliv, så var funnene i SINTEFs evaluering av IA-avtalen (Ose mfl, 2009) temmelig negative. Flere av virksomhetene som da ble intervjuet mente at IA-avtalen i liten grad hadde påvirket samarbeidet internt i virksomheten. Ifølge forskerne kan dette ha sammenheng

med hvor involvert de tillitsvalgte er i virksomhetens arbeid, både direkte knyttet til IA- arbeid men også deres rolle i virksomheten generelt.

Vi har gjennom intervjuene vært opptatt av å få informanter med ulike roller og på ulike nivåer i kommunen til å dele sine erfaringer fra samarbeid og dialog med andre aktører i kommunen. Ikke minst er det interessant å se nærmere på om personer på ulike nivåer i kommunen har ulike oppfatninger av hvordan en bestemt aktør utfyller sin rolle og bidrar til å fremme samarbeid. Når det gjelder samarbeidet med og involveringen av tillitsvalgte, så avdekker intervjuene et blandet bilde. En gruppeleder ved et sykehjem i K2 forteller at de *"tillitsvalgte brukes ved behov"*, uten noen nærmere beskrivelse av hva dette egentlig innebærer. En hovedtillitsvalgt i en annen kommune (K3) forteller at det er vanskelig å få på plass plasstillitsvalgte, fordi de må bruke arbeidstid og fritid på vervet. Hun forteller videre om lite engasjement fra de ansatte, som igjen gjør det utfordrende å få på plass plasstillitsvalgte på de ulike pleie- og omsorgsenhetene:

"Folk er opptatt av seg og sitt. Da vil de ikke jobbe for alle andre" (Hovedtillitsvalgt, K3)

Den hovedtillitsvalgte forteller at hun har brukt mesteparten av den siste tiden på omorganisering og personalsaker ("omplasseringssaker"). Vedkommende forteller vider at omplasseringssaker og saker som omhandler langtidssykmelding er det hun oftest er involvert i. Hun bidrar ifølge seg selv i saker der det er et tilretteleggingsbehov, men gir samtidig uttrykk for at det å få til tilrettelegging i en nedbemanningsfase ikke er lett:

"Der er vi veldig aktive. Det har vi vært nå i omorganiseringen. Da skal alle små stillinger som støttefunksjon for leder og lignende – mange sykepleiere har vært med i en årrekke, har nådd en høy alder – litt sykdom her og der – har fått en tilrettelagt stilling. De har vi ikke råd til lenger. Har en sak der ei ikke hadde fungert som sykepleier de siste 20 årene. Da ble det sagt at du kan få en stilling på dementavdeling på [navn]. Det fikk vi ordnet opp i. Da ser de viktigheten av tillitsvalgte. Hun tenkte fortvilelse og jeg tenkte løsninger. Så jobbet vi sammen og fant en løsning" (Hovedtillitsvalgt, K3)

I K4 er samarbeidet med tillitsvalgte annerledes. Organisasjonssjefen forteller at det er sjelden at tillitsvalgte er med på oppfølgingssamtaler, med den begrunnelse at de ansatte i slike sammenhenger må ha tillit til sjefen sin. En avdelingsleder på et sykehjem i samme kommune sier at tillitsvalgte ikke er med i møter med NAV ALS, IA-kontakten i kommunen eller NAV lokalt. Dette begrunnes med at de går inn i saken til hver enkelt sykemeldt. I hjemmetjenesten i samme kommune er bildet imidlertid annerledes. En virksomhetsleder kan fortelle at hun har veldig tett samarbeid med de tillitsvalgte, blant annet på grunn av en omorganisering de har vært gjennom. Tillitsvalgte er ellers med i HMS- møtene og i HMS- gruppa på arbeidsplassen. Informanten beskriver romslige møter, der de tillitsvalgte gis god anledning til å snakke om forhold de er opptatt av. Bildet bekreftes av en tillitsvalgt fra NSF, som sier at *"vi er veldig involvert"*.

I K6 sier ordfører at han jevnlig har samtaler med de tillitsvalgte, men ingen møter gjennomføres uten at rådmann er til stede. Ordfører sier han har god dialog med hovedverneombudet. Han er samtidig bevisst på ikke å ha for tett kontakt med tillitsvalgte, men at disse holder seg til linja:

"Men igjen, dette med å gå inn – dette er veldig vart i de fleste kommuner. Her har det i hvert fall vært veldig vart. Hvis rådmann eller staben ser at de tillitsvalgte går inn til ordfører og lukker døra, da er ikke det et godt signal inn mot administrasjonen" (Ordfører, K6)

Også rådmann og personalsjef i kommunen sier at de tillitsvalgte i kommunen er veldig involvert. Rådmannen forteller at han har innført noe de kaller rådmannens kontaktmøte. I disse møtene er alle hovedsammenslutningene i tillegg til hovedverneombudet samlet, i det som beskrives som et relativt uformelt organ. I disse møtene får de tillitsvalgte mulighet til å legge frem stemningsrapporter fra sine avdelinger. Rådmannen beskriver en åpen dialog med de tillitsvalgte. Rådmann har fått tilbakemeldinger på at de nå opplever at de har mange arenaer de kan spille inn sine ting på: *”De spiller inn mye, stemningsrapporter. Her er det uro fordi lederen ikke fungerer. Det behøver ikke være at det faktisk er slik, men det er deres opplevelse.”* Vi mener begrepet ”stemningsrapporter” er veldig godt og illustrerende i denne sammenheng. Det sier også det meste om hvorfor tillitsvalgte må være med på de arenaer hvor arbeidsmiljøspørsmål, forebygging av sykefravær og inkluderende arbeidsliv blir diskutert. Det er de tillitsvalgte som målbærer de ansattes perspektiver og interesser. Det er i den forbindelse lite tvil om at tillitsvalgte bør ha en viktig rolle i det lokale IA- arbeidet og sykefraværsforebyggingen lokalt. Én av kommunene virket å ha kommet veldig langt i å inkludere tillitsvalgte, men hovedinntrykket er likevel en svært varierende bruk av og bevissthet rundt tillitsvalgte, og hvorfor det er viktig å inkludere tillitsvalgte i spørsmål som angår de ansatte.

5.4.11 Arbeidsmiljøutvalget (AMU)

Formålet med et arbeidsmiljøutvalg (AMU) er å arbeide for et fullt forsvarlig arbeidsmiljø i virksomheten. AMU er et forum for å diskutere alle saker som har betydning for arbeidsmiljøet i en virksomhet (Karlsen, 2010). Utvalget skal delta i planleggingen av verne- og miljøarbeidet, følge nøye med på utviklingen av arbeidsmiljøet og delta aktivt i virksomhetens helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. AMU skal jobbe strategisk og planmessig, gjennom å være involvert i kartlegginger, utarbeidelse av handlingsplaner og gjennom rådgivning i forhold til prioriteringer og tiltak. Et AMU kan også følge opp enkeltsaker, det vil si saker som angår enkeltpersoner.

Arbeidsmiljøutvalget er en arena for samhandling mellom arbeidsgiver- og arbeidstakersiden i en organisasjon. AMU og verneombudet er de to ”bedriftsorganene” som skal samarbeide om å sikre godt arbeidsmiljø (Brøgger, 2007). For at partssamarbeidet mer generelt skal være reelt, så må det være et samarbeid mellom partene i den enkelte virksomhet (og innad i kommunen). Vårt fokus har vært på anvendelsen og sammensetningen av AMU i de seks kommunene, og mer spesifikt AMUs rolle på sykefraværsområdet og når det gjelder IA-avtalen.

I K1 oppgir ordfører/rådmann at AMU består av folk fra administrasjonen samt tillitsvalgte og verne- og hovedverneombudet. I denne kommunen deltar ingen fra det politiske nivået i AMU, uten at ordfører kan gjøre rede for hvorfor. Ordfører sier at det ville vært veldig positivt med politisk representasjon i AMU, med tanke på å bli bedre kjent med hva som foregår i kommunen. I kontrast til dette forteller ordfører i K5 at han, blant annet som en følge av det han beskriver som omstillingssaker, har møtt mye i AMU.

I K2 gir ordfører/rådmann uttrykk for at innholdet i AMU blir litt for ensidig på sykefravær og for lite på arbeidsmiljø generelt:

”Det blir litt for mye sykefravær, litt for få andre saker. Vi er veldig bevisst på det – få opp andre saker. Hovedtyngden av fraværet kan vi ikke gjøre noe med. Vi har slitt for å få skilt ut sykefraværet som

skyldes arbeidsplassen. Har stadig gått runder for å få frem det tallet – og det er forsvinnende lite. Det kan være at vi ikke greier å fange det opp godt nok – ting som er slik det ikke bør være på en arbeidsplass. Har jobbet mye med det overfor lederne våre for å få de til å få det fram. Det er sykefraværet som er interessant å ta opp i arbeidsmiljøutvalget” (Ordfører og rådmann, K2)

Gitt den beskrivelsen som ble gitt foran av AMUs viktigste oppgaver og ansvarsområder, er det lett å forstå den uttalelsen som ordfører/rådmann her kommer med. I og med at AMU skal jobbe strategisk og planmessig med arbeidsmiljøet i virksomheten og delta aktivt i virksomhetens helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid, så er det uheldig dersom det blir for ensidig fokus på sykefravær (spesielt hvis disse sakene dreier seg om å finne tilretteleggingsløsninger for personer som allerede er sykmeldt). Dersom mye tid og ressurser brukes på å diskutere sykefraværssaker, vil dette raskt gå på bekostning av det langsiktige, strategiske og forebyggende sykefraværarbeidet. Det er også interessant å kontrastere erfaringene i K2 med de i K6, der verneleder, på spørsmål om hvorvidt oppfølging av sykemeldte er en del av agendaen i AMU, svarer at det *”aldri har vært i AMU hos oss”*.

En ordfører i en annen kommune (K6) mener AMU bør benyttes i større grad inn mot IA- arbeidet:

”På det området mener jeg at en bør være mer bevisst på å få en oppbygning via AMU som er et lovorgan, slik at det blir et levende utgangspunkt, i stedet for å starte nede i organisasjonen, lage grupper uten at det egentlig er noen forankring. Gjennom et slikt trepartssamarbeid som tross alt ligger der mener jeg at AMU bør ha langt sterkere og mer sentral rolle i det drivende arbeidet (med IA-avtalen)” (Ordfører, K6)

Samme ordfører mener at AMU i denne kommunen ikke har den kraften det burde ha:

”Det er mulig jeg ser feil, men ser at arbeidsmiljøutvalgets rolle i kommunen er veldig tonet ned. Det sitter ingen der med direkte beslutningskraft i rådmannens fravær. Det er etter min mening uheldig. Det er kanskje også uheldig at ikke mere sentrale politikere... Det er der (AMU) trepartssamarbeidet på mange måter utøves gjennom lov. Det trepartssamarbeidet gjennom KS er mer en frivillig historie, som følger mer som et begrep fra myndighetene. Det er ikke noe innspill, noen levende debatter. ”Yes, dette går vi for” det finnes ikke” (Ordfører, K6)

Dette er en ordfører som i utgangspunktet har tro på AMU som organ, men som samtidig mener at det har en altfor beskjeden plass i denne kommunen. På spørsmål om utvalgets forankring inn i ledelsen, svarer et verneombud fra samme kommune følgende:¹⁶

”I og med at rådmannen ikke sitter der selv blir det med en gang sendt et signal om at det ikke er så veldig viktig for toppledelsen – det er delegert til personalsjefen. Han representerer rådmannen i AMU. Det er et signal. Sakene til AMU – hvem er det som leser de? Hvem leser de sakene som jeg stiller til AMU? Jeg synes det er viktige saker. Det handler om arbeidsmiljøet her på huset og i kommunen. Men det er veldig få som vet om de sakene. Det handler om hvordan vi får dem ut også, få dem bekjentgjort og lagt dem på nettet på en skikkelig måte. Det er ikke noe status, det er sjelden det blir referert fra AMU- møter” (Verneombud, K6)

¹⁶ Verneombudet har sammen med bedriftshelsetjenesten møteplikt og talerett og forslagsrett i AMU, men ikke stemmerett etter arbeidsmiljøloven.

Både ordføreren og verneombudet i denne kommunen peker på noe viktig, nemlig at sammensetningen av AMU, og spesielt om toppnivået i kommunen (administrativt og politisk) er representert, er med på å avgjøre utvalgets relevans og posisjon. En virksomhetsleder i samme kommune kommenterer også at hun skulle ønske det var rådmannen selv som satt i AMU.

En hovedtillitsvalgt i K6 snakker om at det over tid har vært for lav bemanning innen pleie- og omsorgssektoren i kommunen, og mener at AMU ideelt sett burde ha en oversikt over hvordan bemanningen ser ut til enhver tid, ikke minst med tanke på sykefravær. Hun sier videre at *”vi har et stort ønske om at arbeidsmiljøutvalget skal bli mer aktivt etter loven og at vi blir mer bevisste på hva det utvalget skal brukes til.”* Informanten tar videre til orde for en mer faglig-strategisk bruk av AMU: *”Hvorfor da ikke ha en god nok gjennomgang fra AMU sin side på hvordan denne tjenesten fungerer, slik at vi er sikre på at vi har en felles forståelse på hva eksempelvis hjemmetjenesten er? Hva det betyr.”*

5.4.12 Oppsummering

Det som går igjen her (både blant ordfører og verneombud), er at *hvem* som sitter i AMU har stor betydning for utvalgets posisjon og betydning, ikke minst gjennom de signaler som sendes ut på bakgrunn av utvalgets sammensetning. For eksempel er det enkelte som mener at rådmann burde stilt i AMU, for å heve utvalgets status. Og mens ordføreren i én kommune hadde stilt i mange AMU-møter, var en annen kommune i en drøftingsfase rundt dette med politisk representasjon i AMU. Funnene illustrerer noen forskjeller i hvordan AMU settes sammen og prioriteres. Enkelte av informantene etterlyser også en klarere bruk av AMU for å drøfte spørsmål knyttet til organiseringen av arbeidet i pleie- og omsorgssektoren, med tanke på hvordan økonomiske rammebetingelser innvirker på den enkeltes arbeidshverdag. Benyttet slik vil AMU også kunne trekke inn forebyggingsperspektivet enda tydeligere.

Et annet viktig poeng er at bevisstheten om hva AMU er og skal være, kan bli bedre (som påpekt av hovedtillitsvalgt over). Noe av det samme gjelder for administrasjonsutvalget, som vi kommer tilbake til om litt. Dersom rollen til AMU (eller administrasjonsutvalget) ikke er klart definert i den enkelte kommune, så vil denne typen utvalg heller ikke fungere etter hensikten. Samlet sett indikerer intervjuene varierende bruk av og bevissthet rundt AMU som et forum for å diskutere saker med betydning for arbeidsmiljøet i pleie- og omsorgsenhetene.

5.5 Sykefravær, IA og lokalt trepartssamarbeid

Samarbeid handler om å bistå hverandre og å dra i samme retning (Brøgger, 2007). Som nevnt i innledningen til kapittelet, er IA-avtalen tuftet på samarbeid, både på sentralt nivå og på lokalt nivå. Resultatene av et godt IA- arbeid skapes i den enkelte virksomhet. Gode resultater krever et sterkt ledelsesengasjement og systematisk samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten. Det er på det lokale planet (virksomheten, kommunen) de faktiske resultatene skal skapes – og det er her samarbeidet må være på plass. Samtidig viste evalueringen av IA-avtalen (Ose mfl, 2009) at en av de aller største utfordringene avtalen står ovenfor er svakheter i trepartssamarbeidet mellom ansatte,

ledelse og operative myndigheter. Det fremkom også i evalueringen at kommunene i begrenset grad har fått til dette samarbeidet.

Det er viktig å påpeke at det er forskjell på trepartssamarbeidet nasjonalt og lokalt. Mens det nasjonalt består av arbeidsgiversiden, arbeidstakersiden og myndighetene/regjeringen, består det lokale trepartssamarbeidet av arbeidsgiver, arbeidstakersiden og lokale myndigheter.

Kommunes sentralforbund (KS) har laget et eget inspirasjonshefte for å bidra til forbedringer i kommunenes sykefraværsarbeid gjennom økt samarbeid.¹⁷ I dette står det blant annet at *”et godt og aktivt partssamarbeid på alle nivå i kommunen er avgjørende for å lykkes med å øke nærværet og redusere fraværet. Forebyggende arbeidsmiljøarbeid, inkludert rutiner for oppfølging av sykemeldte og utvikling av nærværskultur må skje i samarbeid med de ansatte og de tillitsvalgte”*.

Hovik mfl. (2010) fant i sin evaluering av Kvalitetskommuneprogrammet at *”et stort flertall i begge gruppene (henholdsvis 76 og 81 prosent) mener dessuten at det lokale samarbeidet (benevnt som trepartssamarbeidet i spørreundersøkelsen) er helt avgjørende for at kommunen skal lykkes med kvalitetskommunearbeidet.”* Det er innenfor kvalitetskommuneprogrammet et særskilt mål å redusere sykefraværet i kommunesektoren. Funnet i NIBR- rapporten er således relevant for de problemstillinger vi undersøker i denne rapporten.

I K1 opplyser ordfører/rådmann at de i forbindelse med Kvalitetskommuneprosjektet har jobbet med å få på plass en trepartsarena, som de ikke har hatt i kommunen så langt, bestående av politikere, kommuneadministrasjonen og tillitsvalgte. De forteller også at de arbeider for å få til et arbeidsmiljøutvalg som er trepartsbasert, og at dette skal opp som en egen sak i neste AMU- møte. I K2 er ordfører/rådmann opptatt av tonivåmodellen i kommunen, som ansatte har gitt uttrykk for fungerer bra. Spesielt fremheves de at det er kort vei til rådmannen. Ordfører understreker i den sammenheng også viktigheten av å ha en rådmann fungerer som han skal i sin rolle; *”Hvis den nye (rådmannen) har ambisjoner som blir forankret i kommuneorganisasjonen – lenger ned i organisasjonen – har jeg ikke betenkeligheter. Som politiker frykter jeg ikke det. Tenker det viktigste er å få alle til å produsere optimalt i forhold til trivsel og innsats. Det er dialogen og samhandlingen innad i organisasjonen og rådmannens evne til å kommunisere med sin egen organisasjon som er avgjørende. Ikke prøve å bremse opp eller tenke veldig annerledes. Får vi en rådmann som opererer i egen liten glasskule uavhengig av signalene fra sine ansatte – da har vi et problem”*.

En informant fra K3 (Prosjektleder, hyret inn for å jobbe med brukermedvirkning og nærværsprosjekt i kommunen, under paraplyen Kvalitetskommuneprosjektet) uttalte følgende om det lokale trepartssamarbeidet; *”Bestemmelsene ligger der og dem kan du bruke. I [navn] har vi det siste året ... dette med trepartssamarbeidet. Alle har vært inne av tillitsvalgte og de føler vel at nå er det et samspill på det. Jeg tror at disse avtalene, hvis du ikke greier å løfte dem, hvis det ikke er noen i ledelsen som løfter dem, da blir de bare liggende der. Det er den store faren i hele opplegget. Brukes bare – du er syk ja – da henter de dem opp og ser i retningslinjene. IA-avtalen blir veldig generell. Der*

¹⁷ Best sammen – om å redusere sykefraværet i kommunal sektor. Kan lastes ned fra <http://www.ks.no/Portaler/Inkluderende-arbeidsliv-IA/Verktoy/Best-sammen/>

ligger det noe” (En tillitsvalgt i samme kommune opplyser imidlertid at hun ikke er involvert i arbeidet med IA-avtalen i kommunen, og at hun heller ikke er med i noe partssammensatt utvalg).

Uttalelsen får frem noe vesentlig, nemlig at det lokale trepartssamarbeidet må være forankret på ledernivå dersom det skal være reelt. Et godt samarbeid handler også om å realisere den kunnskap og de erfaringer som eksisterer i organisasjonen, som fremhevet av en informant (organisasjonssjef) i K4: *”Det er mye kunnskap i en bedrift som kommunen. Det må frigjøres, det må være rom. Der har vi noen regler som hemmer oss litt i prosessida. Det handler litt om at tillitsvalgte skal være med, verneombud må være med, det å forstå det der.”*

En ordfører i en annen kommune (K6) understreker viktigheten av at trepartssamarbeidet er virkelig; *”Jeg hører KS i kommunestyre orientere om trepartssamarbeid, og sier helt klart og tydelig til kommunestyret at det ikke finnes noe trepartssamarbeid. Jeg mener det er desinformasjon. Jeg er enig liksom... frem tariffavtale. Det er jeg enig i... I en kommune er sammensetningen av AMU slik. Det har vært i alle år. Bedrifter har ikke styret med seg eller politikere, men slik har det vært og da er det en anerkjent sammensetning. Når inkluderende arbeidsliv kom ble dette med trepart definert på overordna nivå, regjering, bedrift og LO, for å si det på den måten. Da blir det litt feil signaler når ... Rådgivende nær sagt går ut sier at det er ikke noe som heter trepartsamarbeid. Da er du med på, selv om du vil fremme inkluderende arbeidsliv, å degradere interessen. Hvorfor skal vi politikere som den ene av de tre partene engasjere oss når det egentlig ikke er noe som heter det.”*

Poenget til ordføreren er i tråd med det vi var inne på foran, nemlig at trepartssamarbeidet er viktig for gjennomføringen av IA-avtalen. En forutsetning for et velfungerende samarbeid er imidlertid at partene er anerkjent av hverandre og at deres ansvar og bidrag inn i samarbeidet er tydelig definert. Vi skal nå se nærmere på casekommunenes erfaringer med administrasjonsutvalg, som også er en arena for trepartssamarbeid.

5.5.1 Administrasjonsutvalgets rolle i kommunene

I kommuneloven § 25 står det at “det skal i alle kommuner og fylkeskommuner opprettes ett eller flere partssammensatte utvalg – administrasjonsutvalg – for behandling av saker som gjelder forholdet mellom kommunen eller fylkeskommunen som arbeidsgiver og de ansatte. Utvalg etter første punktum kan erstattes med andre ordninger dersom dette får tilslutning fra minst tre fjerdedeler av de ansatte.” Administrasjonsutvalget er altså et partssammensatt utvalg, som blant annet behandler saker vedrørende ansettelse, permisjoner, tolkning av avtaler og utarbeidelse av personalpolitiske retningslinjer. Et viktig poeng når det gjelder administrasjonsutvalget er at det er kommunenes *egen* arena, som de selv skal etablere, utforme og gi et innhold. Slik sett kunne en forvente at dette er noe som kommunene er opptatt av å få til å fungere. Administrasjonsutvalget bringer sammen politikk og administrasjon. Nettopp derfor er det viktig å få mer kunnskap om hvordan denne arenaen utnyttes i kommunene. Her har vi har gjort dette ved å kontrastere de to kommunene som kan vise til størst forskjeller når det gjelder bruk av administrasjonsutvalget.

I den ene kommunen (K2) fremkommer det at administrasjonsutvalget fungerer godt, ved at de har gjort dette til et forum for trepartssamarbeid og på den måten sikret involvering og medvirkning. Rådmann/ordfører sier at formannskapet er administrasjonsutvalget i denne kommunen, og at det fungerer bra slik. Ordfører forteller at de i mange år har hatt en god organisering: *”Det er der politikerne møter personalsaker. Alle vesentlige saker som omfatter personalområdet går til*

behandling i administrasjonsutvalget. IA-avtalen gikk ikke til kommunestyret. Er opptatt av at det er det som skal være organet som skal ta avgjørelser i de personalsakene som skal opp på det nivået. Da er det rapporteringen fra arbeidsmiljøutvalget hvor vi diskuterer tingene i detalj. Store ting skal fra AMU og opp i administrasjonsutvalget. De bekymringene har det ikke vært drøfting på i administrasjonsutvalget.”

Verneombudet i kommunen bekrefter ordførerens versjon, og peker på at administrasjonsutvalget har blitt en arena for medvirkning og involvering i kommunen; *”Vi er en av de få kommunene som får være med på budsjettbehandlingen. Vi tar det i administrasjonsutvalget, så er det formannskapsmøte etterpå, som bare bestemmer hvis ikke vi er enige. Det er 10 år siden vi fikk lov. Det var formannskapsmøte som behandlet alt som skulle behandles. Da var jo alt bestemt og det var ikke noe å diskutere. Var frustrerende å være med på dette. Jeg tok det opp i forhold til politikerne og de syntes det var greit at vi kunne vri på det. Vet at vi blir brukt som eksempel noen plasser at det er lurt å gjøre for da blir bråk etterpå. Da får vi diskutere gjennom ansettelser og nedbemanninger og sånne ting. Vi har det bra sånn. Vi får være med på veldig mye i administrasjonsutvalget.”*

I K6 er situasjonen en ganske annen. Her forteller rådmann/personalsjef at de ikke har noe trepartssamarbeid gjennom administrasjonsutvalget: *”Jeg har ikke hatt noen aktivitet der foreløpig. Har hatt en HMS- dag i april/mai med kommunestyret. Vi legger opp til, når vi kommer i gang, et mere styrt prosjekt på en arbeidsgiverstrategi – det er også signalisert i kommunestyret. Vi må nå diskutere hvordan er det vi som trepart, eventuelt administrasjon og politisk ledelse, skal samhandle... Foreløpig er det et lite sprik. Administrasjonsutvalget er egentlig dødt utvalg, for få saker, det er liten aktivitet.”*

Utsagnene illustrerer forskjellene mellom disse to kommunene når det gjelder etableringen og bruken av administrasjonsutvalget som et forum for behandling av ulike spørsmål som angår de ansatte. Mens den ene kommunen har klare retningslinjer for administrasjonsutvalget og gjennomtenkte strategier for hva det skal brukes til, beskrives administrasjonsutvalget i den andre kommunen som et dødt organ. Selv om dette kun representerer erfaringene fra to kommuner, er det nærliggende å anta at bruken av administrasjonsutvalg, i likhet med AMU, er noe som varierer betydelig rundt omkring i norske kommuner. Dersom det er slik, så er implikasjonen av dette at kommunene vil ha veldig ulike forutsetninger for å kunne få til et godt trepartssamarbeid. Dette er interessant, ikke minst i lys av det faktum at dette i utgangspunktet er kommunenes *egen arena* for drøfting av spørsmål vedrørende virksomheten og de ansatte.

Et annet funn her er at grenseflatene mellom AMU og administrasjonsutvalget ser ut til å bli oppfattet som uklare. Dette er en viktig problemstilling generelt; hva skal AMU gjøre og hva skal administrasjonsutvalget gjøre? Hvor tydelig fremstår forskjellen mellom AMU og administrasjonsutvalget for ansatte på ulike nivåer i norske kommuner? Gitt funnene fra intervjuundersøkelsen, så vil det i kommuner der både AMU og administrasjonsutvalg er etablert, være ekstra viktig at ansvarsområdene for de to utvalgene er tydelig definert.

5.6 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett på samarbeid i ulike former i de seks kommunene, og i hvilken grad samarbeidsrelasjonene legger til rette for involvering og medvirkning i spørsmål som dreier seg om arbeidshverdagen i pleie- og omsorgsenhetene. Det empiriske har vært basert på kvalitative intervjuer med personer fra ulike ledernivåer i kommunene, både administrativt og politisk, samt spørreskjemadata fra IA- evalueringen presentert på et mer detaljert nivå enn tidligere publisert. Selv om vi kun har hentet inn erfaringer fra seks kommuner, er det trolig ganske nærme sannheten å hevde at det finnes like mange måter å organisere lokalt samarbeid og lokale samarbeidsarenaer på som det finnes kommuner i dette landet. Bare i de seks kommunene vi har undersøkt, finner vi betydelige variasjoner når det gjelder faktisk bruk av ulike utvalg og arenaer (AMU, administrasjonsutvalg), hvordan de konkret brukes og hvilken sammensetning de har. Selv om det selvsagt er et poeng at en viss tilpasning til lokale økonomiske og administrative forhold vil være fornuftig, så er en implikasjon av den variasjonen vi her snakker om at kommunene vil ha ulike forutsetninger for å sikre gode prosesser rundt spørsmål som omhandler arbeidsforhold, sykefravær og inkluderende arbeidsliv. Og som mange av uttalelsene i kapitlet gir inntrykk av, så virker manglende utnyttelse av ulike utvalg og fora snarere å være en konsekvens av manglende forståelse og kunnskap enn et resultat av gjennomdrøftede beslutninger.

Den type variasjoner som vi her snakker om, vil også legge noen føringer på arbeidet med sykefraværsforebygging og lokal gjennomføring av IA-avtalen. Kommuner som har på plass et velfungerende og anerkjent arbeidsmiljøutvalg, vil eksempelvis ha et bedre utgangspunkt for å overvåke og gjøre noe med arbeidsforholdene i pleie- og omsorgsenhetene. Vi finner variasjoner med tanke på hvordan disse kommunene bruker sine egne samarbeidsarenaer, som administrasjonsutvalget og AMU. Samtidig er flere av informantene opptatt av at sammensetningen av denne typen utvalg har stor betydning for legitimiteten til det som foregår der.

Det vil alltid være utfordrende å sammenligne ulike personers oppfatninger av samarbeid, fordi dette er et tema som rommer mye; egne forventninger, personlighet, kunnskap om tjenesteproduksjon, måten arbeidsplassen og kommunen er organisert på. Både innad i og mellom kommunene vil det herske ulike oppfatninger av hvordan ulike typer samarbeid fungerer, og det vil være svært krevende å skulle vurdere kvaliteten på et samarbeid ut fra "objektive kriterier". Den enkeltes opplevelse av hvordan et samarbeid fungerer vil ha subjektive elementer i seg, på tross av alle de føringer og retningslinjer som eventuelt eksisterer for å regulere samarbeidet.

6 Ledelse

6.1 Innledning

Offentlig organisasjoner har en demokratisk folkevalgt ledelse. I en kommune vil det si at ledelsen handler på vegne av det folkevalgte styret. Vi skal i dette kapitlet se nærmere på *ledelse* i kommunalsektor og pleie- og omsorgssektoren. Ledelse defineres ulikt avhengig av hvilke tradisjoner man studerer begrepet. Med ledelse her siktes det for det første til ansvarsfordeling som er mellom ledere på ulike nivåer i sykefraværsforebygging og i forhold til lokal gjennomføring av IA-avtalen.

Vi begynner i delkapittel 6.2 med å ta for oss ledelsesteori og vil presentere et utvalg av teori hentet fra ulike tradisjoner. Deretter vil vi se på ledelse innenfor kommunalt sektor i delkapittel 6.3 med de lederroller som finnes der. Vi ser også nærmere på begrepet inkluderende ledelse i 6.4. Inkluderende ledelse er et begrep ofte brukt innenfor IA- arbeid. Vi vil beskrive ulike sider ved inkluderende ledelse og den integratorfunksjonen som ligger i dette begrepet. I 6.5 - 6.7 presenteres resultater fra intervjuene gjennomført i de seks casekommunene som kan knyttes til tema ledelse. Vi har valgt å fokusere på følgende:

- Forankring og kunnskap om kommunens/enhetens mål og visjoner
- Hva informantene selv *synes* er en god leder
- Erfaring og kompetanse blant lederne
- Hvordan er lederne rekruttert i sin stilling
- Mulighetene for faglig utvikling blant lederne

I delkapittel 6.8 tar vi utgangspunkt i data fra den kvantitative undersøkelse, basert på en kryss-seksjonell spørreskjemaundersøkelse, blant hjelpepleiere ansatt i pleie- og omsorgssektoren, som ble gjennomført våren 2008. Vi presenterer noe deskriptiv statistikk på forhold relatert til nærmeste leder og gjennomfører en regresjonsanalyse som ser på kjennetegn ved hjelpepleierne som enten har oppgitt at deres nærmeste leder gjør en god jobb, blir oppmuntret av nærmeste leder til å delta i viktige avgjørelser, føler at deres arbeid blir verdsatt av nærmeste leder eller får ofte skryt og ros av nærmeste leder.

6.2 Ledelsesteori

“Leadership is the art of getting others to do (and want to do) something you believe should be (must be) done”

Ledelse er det fenomen i en organisasjon som uten sammenlikning er blitt mest omtalt, beskrevet og diskutert i faglitteraturen, i pressen og i daglige samtaler med mellom folk. Det er et sammensatt og komplekst tema og det er fremdeles strid om hvordan man skal definere, undersøke og konseptualisere temaet (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Det er mange ulike fagfelt og disipliner som har bidratt og bidrar i debatten og ulike akademikere tiltrer lederstillinger som gjennom de tankemodeller de bærer med seg på hver sin måte påvirker rutiner og strukturer i forvaltningen (Strand, 2007). Figur 6.1 viser en oversikt over noen av fagfeltene som er involvert med tilhørende fagretninger:



Figur 6.1 Oversikt over noen av fagfeltene som er involvert med tilhørende fagretninger

Den store oppmerksomheten dette feltet har fått har ført til at en svært forvirrende litteratur, og forsøk på å samle og organisere den innenfor de store retningene har vist seg å gi delvis suksess (Yulk, 2010).

Det er utallige måter å fullføre setningen "Ledelse er. . ." dersom man ser på hvordan begrepet er definert i lys av ulike tradisjoner. Allerede tilbake i 1974 så forskere at det finnes like mange måter å definere ledelse på som det finnes personer som har prøvd å definere begrepet (Stogdill, 1981).

Det finnes flere måter å klassifisere ledelsesteori og den forskning som er blitt gjort innenfor tema. Den mest brukte fremstillingen er: Ledertrekk og effektivitet, Lederadferd og effektivitet, Makt og påvirkningen, Situasjonsbestemt ledelse og Samhandling og ledelse.

Mange vil mene at en definisjon av ledelse i hvert fall må inneholde en komponent av *makt til å påvirke*. Med makt til å påvirke i en situasjon kan ledelse være en handling som *skaper en ny bevegelse* og endring.

Definisjoner av ledelse legger også vekt på lederens *opptreden som person* i de *roller* som fremkommer av den posisjon lederen har i et hierarki, og hva lederen *fokuserer på som gir retning og mening*. Ledelse er derfor også handling rettet mot å nå organisasjonens *mål*.

Yukls taksonomi for lederatferd angir for eksempel 12 konkrete adferdsteorier som kan grupperes i følgende 4 kategorier:

- Gi, søke informasjon (overvåke, klargjøre og informere)
- Fatte beslutninger (problemløsning, planlegge /organisere, konsultere/delegere)
- Bygge relasjoner (nettverk, konflikt, støtte)
- Øve innflytelse på mennesker (motivere, anerkjenne, belønne)

Når lederen vet mer om hvilken effekt og påvirkning han har på andre, er det også lettere for lederen å velge en atferd som er hensiktsmessig i situasjonen.

Teorier om lederatferd i nyere tid viser en tendens til å fokusere på menneskelige relasjoner, begreper som relasjonsledelse, superledelse, evne til å utvikle medarbeidere, transformasjonsledelse og "coachende" ledelse, dominerer både debatt og forskning. De viktige relasjonene er ikke nødvendigvis relasjonen mellom leder og fagforening, men mellom lederen og den individuelle medarbeideren.

Teorier som fokuserer på menneskelige relasjoner *mellom* ledere og medarbeider, har også stadig blitt mer sentrale, og en god leder må derfor kunne kommunisere og formidle. Når det gjelder medarbeidere er det en tendens til at fokuset i forskningen økes på "empowerment", innvendig motivasjon, selvledelse og individuelle insentiver.

Ledelse er også en prosess der man motiverer mennesker til å arbeide sammen mot et mål. På toppledernivå er ledelse lagt vekt på å institusjonalisere verdier og formidle en klar policy for de ansatte som kan gi retning, mening og oppslutning i organisasjonen. Ledelse er å skape eierskap til verdiene hos alle på en meningsfull måte slik at verdiene gjennomsyres og forankres i hele organisasjonen (Selznick, 1997).

En annen måte å studere ledelse på er å ta utgangspunkt i de variablene de ulike retningene/teoriene har fremhevet å være relevant for å forstå ledelseeffektivitet (Yukl, 2010). Dette er karakteristika:

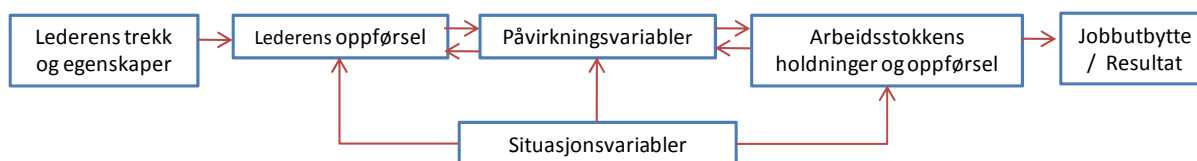
- med leder
- med arbeidsstokken
- i arbeidssituasjonen

Tabell 6.1 gir en oversikt på noen av nøkkelvariablene innenfor hver kategori.

Tabell 6.1 Nøkkelvariabler innenfor de ulike retningene innenfor ledelsesforskning.

Leder	Arbeidsstokken	Arbeidssituasjonen
Egenskaper (motiver, personlighet, verdier)	Egenskaper (behov, verdier, selvbilde)	Type arbeidsplass
Selvtillit og optimisme Kunnskap og sakkyndighet	Selvtillit og optimisme Kunnskap og sakkyndighet	Størrelse på enhet Posisjon, makt og autoritet blant lederne
Oppførsel Integritet	Tillagt egenskap til ledere Tiltro til ledere	Oppgavestruktur og kompleksitet Gjensidig avhengighet i arbeidssituasjon
Påvirkningsmuligheter Tillagt egenskap til arbeidsstokken (- Attributions about followers)	Engasjement og innsats Trivsel med jobb og leder	Arbeidsplassens kultur Usikkerhet knyttet til arbeidsmiljø

Det er en kausal sammenheng mellom disse variablene, den ene påvirker den andre, som til sammen gir et jobbutbytte i resultat. Det vil være ulike variabler som vil være relevante i de forskjellige jobbsituasjoner, og det er vanskelig å si noe nærmere om hvilke variabler som er relevante for en arbeidssituasjon, uten tilstrekkelig informasjon om både lederen, arbeidssituasjonen, arbeidsstokken og andre relevante variabler. Denne sammenhengen kan fremstilles som i figuren under.



Figur 6.2 Kausal sammenheng mellom variabler som gir jobbutbytte i resultat

Ledelsesteorier har i en stor grad utspring i privat sektors oppgaver og situasjoner og man må være forsiktig med å trekke direkte paralleller til kommunalsektor (Strand, 2007). Det som ofte trekkes frem som viktig for ledelse i offentlig sektor er det samfunnsansvar som ligger til sektoren. Autentisk ledelse er å lede i en prosess hvor lederen tar pulsen på de ansatte og omgivelsene rundt seg og samfunnet og tilpasser sin egen stil til dette (Avolio, 2009). Autentisk ledelse er når lederen utviser et samfunnsansvar gjennom egne personlige verdier, følelser og oppførsel. Et sentralt element i autentisk ledelse er også lederens prosessorientering. En leder er ikke alene, men arbeider som en medspiller i et dynamisk system. Like viktig er derfor det systemet som lederen er en del av, og hvordan lederen påvirker andre i systemet.

Lederen påvirker sine medarbeidere gjennom sin oppmerksomhet og handling i det daglige, kanskje mer enn lederen selv er bevisst på. Øyeblikksledelse er kjennetegnet av lederens oppmerksomhet og handling i øyeblikkets situasjon "her og nå" (Brattlid: 2009). I det daglige vil en leder ofte møte slike "øyeblikkets situasjoner" mange ganger i løpet av en arbeidsdag. Det kan være lederen blir stoppet av en ansatt med et spørsmål i forbifarten på vei til et møte, får en telefon med et spørsmål fra en ansatt ute hos en bruker, i en rapportsituasjon etc. Det er sjelden slike "her og nå" situasjoner kommer opp igjen på et planlagt personalmøte, fordi øyeblikkets behov ble dekket på en eller annen måte, med et eller annet resultat. Ledelsens planlagte møter er ofte preget av informasjon som lederen må gi til de ansatte, og ellers lite innspill fra de ansatte.

Lederens mentale modeller kan ofte bli et hinder for å handle nytt i en situasjon. Derfor har det også blitt et mer fokus på lederen og personlig utvikling gjennom coaching og ulike former for selvutvikling. Arbeid med lederens mentale modeller dreier seg om å hjelpe lederen til å se og endre inngrodde tankebilder eller antagelser som påvirker hvordan man oppfatter og hvordan man handler i situasjoner (Senge:1999).

Fokuset rundt medarbeideren har endret seg i løpet av det siste århundre. I det industrielle samfunnet var lederen plassert ovenfor medarbeideren med virkemidler som makt og kontroll. Med utvikling av kunnskapssamfunnet har medarbeiderne generelt fått betydelig mer frihet og makt, fordi de representerer knappe og verdifulle ressurser. En følge av dette er at lederen og medarbeideren er blitt mer sidestilt, og at lederen må finne nye virkemidler. Dette gjenspilles også i ledelseslitteraturen.

Ledelse er et begrep alle i arbeidslivet møter på før eller siden, og må forholde seg til. I gode tider er det lett å overse betydningen av ledelse, men ledelse har alltid betydning, og har aldri hatt større betydning i vårt samfunn enn i dag. I arbeidslivet er en leder med på å forme arbeidsdagen til de som arbeider. En god leder kan få medarbeideren til å føle seg verdifull, mens en dårlig leder kan ødelegge arbeidsdagen og få medarbeideren til å føle seg mindre verdifull.

Som avslutning kan nevnes at i en artikkel fra 2005, oppsummerer Martinsen de sentrale strømningene som har vært, i de 100 års forskning på ledere og betydningen av lederskap. Oppsummert viser forskningen at lederens personlighetstrekk, intelligens og lederadferd kan ha god til meget god effekt på effektivitet og lønnsomhet. Videre påpekes det at karismatisk og transformasjonsorientert ledelse har også god effekt på organisasjonenes effektivitet og lønnsomhet. Kvaliteten i relasjonen mellom leder og medarbeider gir utslag på effektivitet og lønnsomhet (ibid).

I det neste delkapittelet ser vi nærmere på ledelse i kommunal og offentlig sektor.

6.3 Ledelse i kommunal og offentlig sektor

Kommunestyret er kommunens øverste beslutningsmyndighet, og denne myndigheten har i mange kommuner blitt endret i de siste årene. Antall medlemmer har gått ned og det er mer vekt på effektivitet i beslutningsprosesser. Mange diskusjoner overlates til administrasjonen. Den "gamle politikerrollen med idealisme, glød og engasjement i enkeltsaker er redusert til å vedta, regler og rammer, avklare verdimeessige spørsmål, mål og strategier.

Mye av den publiserte forskningen som er blitt gjort på ledelse i offentlig sektor, er stor grad vært rettet mot politisk ledelse og beslutningsprosesser på toppen av byråkratiet (Rainey, 2009, Strand, 2007). En mulig årsak til at det har blitt rettet mindre oppmerksomhet mot administrativ ledelse i offentlig sektor er blitt hevdet å ha sammenheng hvordan offentlige virksomheter blir styrt av krefter som administrativ ledelse i offentlig sektor ikke kan kontrollere (Boyne, 2002). Forskning viser også at samarbeid ser ut til å dominere relasjonen mellom politikk og administrasjon, ikke konflikt og maktbruk. I dette ligger det at forvaltningen handler lojalt på oppdrag av politiske myndigheter. Rådmannen handler og gjennomfører politiske vedtak etter oppdrag fra politikerne. Politikere bestemmer "hva", mens rådmannen bestemmer "hvordan".

Innenfor ledelse av offentlig sektor er det flere ulike hensyn som må veies mot hverandre, som politisk ledelse, administrativ styring og kontroll, kontra medbestemmelse, kostnadseffektivitet og innsyn. Utvikling av ledelsesformer innenfor sektoren har de senere årene gått fra "new public management" til i større grad å legge vekt på visjoner, mer fleksibilitet /omstillingsevne/ endringsorientering.

KS- arbeidsgiverstrategi, "Stolt og unik" frem mot 2020, er et verktøy for kommunene i å utvikle en lokal arbeidsgiverpolitikk og lokale strategier – Høy kvalitet vil styrke kommunenes posisjon som arbeidsgiver og omdømme. Arbeidsgiverpolitikk handler om å utvikle relasjoner:

- Leder, medarbeider, tillitsvalgt
- Medarbeider og bruker
- Arbeidsgiver, innbygger og arbeidsmarked

KS arbeidsgiverpolitikken handler om å utvikle et felles verdifundament for folkevalgte, ledere og medarbeidere og tillitsvalgte:

- fremmer utvikling og måloppnåelse, arbeidsmiljø og trivsel og kompetente medarbeidere
- kan brukes i kommunikasjonen overfor omgivelsene for å øke kommunens attraktivitet

Den *politiske ledelse* har mandat knyttet til demokratisk valgt representasjon, og står politisk ansvarlig. Politisk ledelse er underlagt de lover og lovanvendelser som gjelder innenfor det området den politiske ledelse utøves. Moderniseringen av offentlig sektor har medført at man i større grad i dag vektlegger at den politiske lederen skal være helhetsorientert. Politisk leder/ordfører også er samtidig også et styremedlem og en viktig kommunikator både utad mot befolkningen og inn mot kommuneadministrasjonen. En ordfører møtes ofte av forventninger om å vise en genuin overbevisning om at visjonene kan gjøres til virkelighet i fremtiden.

Det administrative lederskapets mandat, med rådmannen i front, har et overordnet ansvar for å samle ansatte til engasjerende felleskap. Slik får organisasjonens visjoner, policy og mål en dybdevirkning når visjoner rotfestes i levende personers daglige erfaring. Bak de definerte strategiske oppgavene til rådmannen og rollen ligger ansvaret for å bygge inn den policy og de mål som er bestemt i kommuneorganisasjonens sosiale strukturer (Selznick, 1997).

Den administrative lederen/rådmannen i en kommune må kunne formidle og forankre verdier i et arbeid som både skal være strategisk og endringsorientert når det gjelder å følge opp politiske vedtak. I dette arbeidet må ansatte og tillitsvalgte inviteres til samarbeid, og myndiggjøring gjennom både å utfordre, stille krav og gi støtte i arbeidet med å omsette politiske vedtak i praksis. Her kan det oppstå dilemmaer i forhold til den faglige lederrollen, som befinner seg på nivåer i et hierarki under rådmannen (Klausen K.K, 2005). Frem til tidlig 90-tallet var de fleste kommunene organisert med flere etatsledere under rådmann: skolesjef, helse/sosialsjef, kultursjef og teknisk sjef. Det var etatslederne som mer eller mindre bestemte i sine tjenester. Ledelse på nivået under etatssjefen var ofte ubetydelig (Brox, 2010). I lys av den tankegang som har preget kommunal sektor de siste par tiårene, innenfor "new public management", har det vært en tendens til å styrke og utvide ledelsesfunksjonen.

Ofte er begreper som "flat struktur", "tonivå -modell" eller "enhetsmodell" blitt brukt til å fange opp utviklingen av organiseringen i de norske kommunene, hvor det er to hovedprinsipper: *delegering* og *målstyring*.

- Delegering: Overfører sin myndighet nedover i organisasjonen. Ansvar for økonomi, personal og fag plasseres hos rektorer, sykehjemsbestyrer osv.
- Målstyring: Et økt fokus på at kommunen skaffer seg mål og bruker kreftene sine på å nå dem. Resultatenhetene skal ikke selv vedta målene sine. Det gjør politikerne og toppledelsen, hvor resultatenhetene skal gjennomføre. Rapportering av resultater og håndtering av avvik er en vesentlig del av modellen.

Dette er en kommunal variant av resultatrettet ledelse, som har vært utviklet og utprøvd i det private næringslivet i mange år. Kommunene skal øke effektivitet og kreativitet gjennom å gi enhetsledere og ansatte klarere mål og større handlefrihet. Dette har ført til at det å håndtere endringer er blitt en sentral faktor for ledere i offentlig sektor (Fernandez & Rainey, 2006), og stadige omstillinger og nye administrative krav tar mye av lederens oppmerksomhet. Lederne har fått økende press på å finne mer effektive metoder for å levere og implementere reformer fremstilt av politikere. Offentlige virksomheter er også utsatt for sterkere krav om innsyn fra media og offentlighet på grunn av forvaltningsloven, og resultatet blir ofte at ledere får for lite tid igjen tid gjenstående arbeidsoppgaver, som eks personalledelse. Denne omorganiseringen har fått preget forskning som er blitt gjort på kommunalsektor i Norge (se blant annet i Sørensen, et al., 1998 og Pettersen, 2010)

Strand (2007) hevder på den andre side at det vil være forhastet å anta at det med denne omorganiseringen har skjedd en revolusjonerende omveltning. Studier har vist at reformene har vært mer preget av viljeerklæringer enn reelle forandringer, og at de nye tankene er bedre tilpasset privat sektor, som har andre forutsetninger enn det offentlige (Christensen & Lægreid, 2001). Det påstås at tilnærmingen mellom det offentlig og private har stoppet nærmest opp. Det er da mye som tyder på at utviklingen går i retningen av at offentlig sektor søker å "finne seg selv", uavhengig av hva som skjer i den private sektoren (Strand, 2007).

Ledelse og arbeidsmiljø i en kommune har stor betydning for rekruttering, trivsel, sykefravær og hvorvidt medarbeidere ønsker å bli i jobben. Et viktig fokus for ledere er derfor bevisst å utvikle et positivt omdømme som kan virke tiltrekkende. Et godt omdømme skapes gjennom hvilke oppfatninger av hva som er bra og hvilke historier som formidles ut i omgivelsene. Spesielt helse- og omsorgssektoren er preget av å være svært personell- og kompetanseintensiv. Dette er en sektor som er preget av utstrakt samarbeid, høy omstilling og døgntkontinuerlig drift. Dette stiller store krav til ledelse og effektiv bruk av personellressursene innenfor gjeldene rammer.

Dyktige ledere er en forutsetning for å skape attraktive arbeidsplasser. Gjennomsnittsalderen over 10 000 hjelpepleierne i WLH-studyen, gjennomført av SINTEF 2009, var 49,5 år (Reve Haus, 2009). Norske kommuner står foran store utskiftninger av ledere, og dette gjør det enda viktigere å kunne rekruttere nye dyktige ledere og utvikle og beholde både yngre og eldre ledere.

I utgangspunktet kan man tenke seg at ledelsen får skylda for mange forhold på arbeidsplassen, rettmessig eller ikke. I undersøkelsen blant over 10 000 norske hjelpepleiere (Ose, et al., 2009) kom det klart frem et tydelig uttrykk for betydningen av ledelsesforhold i sektoren. Det å ha en god og

støttende leder var positivt assosiert med både totalopplevelsen av å være fornøyd med jobbens arbeidstid og stillingsandel, og opplevelsen av å mestre de utfordringer man står ovenfor. Hjelpepleierne, som i denne undersøkelsen har oppgitt å ha gode ledere, sier seg oftere enn andre fornøyd med sin egen evne til å løse problemer i jobben, de føler seg i større grad enn andre at det er god balanse mellom egne forutsetninger og de fysiske og psykiske utfordringer de møter i jobben, og de føler seg mindre utslitt enn andre når de kommer hjem fra jobb. Det blir vell å merke ikke funnet noen signifikant sammenheng mellom opplevd støtte fra ledelsen og sykefravær blant hjelpepleierne i undersøkelsen (Reve Haus, 2009).

En kartleggingsstudie gjennomført av AFI i 2010 (Pettersen, 2010) hadde som formål å gi et faktabasert grunnlag for å vurdere utfordringer og behov for tiltak innen ledelse og lederutvikling innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene i sammenheng med iverksettingen av samhandlingsreformen. Et av resultater fra kartleggingsstudien er at flertallet av informantene er enige om at reformen vil føre til *økt behov* for ledelse innen de enkelte virksomhetene/enhetene innen helse- og omsorgssektoren. Dette er i tråd med reformens vektlegging av en helhetlig organisering av helsetjenester rundt pasientforløp. Et annet resultat fra samme studie viser at det er en bred oppslutning i kommunalsektor til opplæringspakker for kommunale ledere. Et flertall av respondentene ønsker at det opprettes en praktisk rettet lederutdanning på alle nivåer i helse- og omsorgssektoren. I delkapittel 6.5 ser vi nærmere på kompetansenivå og muligheter for fagligutvikling for lederne i casekommunene.

6.4 Inkluderende ledelse

Inkluderende ledelse er et begrep ofte brukt innenfor IA- arbeid. Her vil vi beskrive ulike sider ved inkluderende ledelse og den integratorfunksjonen som ligger i dette begrepet.

Den demografiske utviklingen tvinger frem en tenkning på å utvikle nye tiltak for å utnytte det mangfoldet av ulike menneskelige ressurser som eksisterer i arbeidslivet. Vi har ikke lenger råd til å ekskludere i et mangfold. Ledere må sette fokus på å "inkludere", og ledere må endre fokus til å identifisere de inkluderende ledelsesprosessene. Argumentene for å inkludere har både samfunnsmessige, etiske, marked og innovasjonsmessige argumenter.

Strand bruker begrepet integrator om en ledelsesfunksjon som kan sees på som en parallell og likhet med inkluderende ledelse (Strand, 2007). Han skriver at spesielt tillitsvalgte særlig i offentlige organisasjoner, bruker mestring av integratorfunksjonen for å vurdere god ledelse. Resultater fra hjelpepleierundersøkelsen, viser også at ansatte er opptatt av om lederen har evner og personlige ferdigheter i å anvende sosiale integrerende mekanismer (Ose, et al., 2009).

Det er mange interessenter og samarbeidsaktører som også skal inkluderes i IA- arbeid. Derfor er det ikke bare nødvendig å legge vekt på lederens mellommenneskelige og sosiale sidene i styring av organisasjonen. I tillegg må også lederen inkludere faglige, driftsmessige, administrative og økonomiske områder i ledelse. Nesheim beskriver fremtidens ledelse med vekt på helhetlig, og utfordringer i forhold til dette lederskapet (Nesheim, 2006).

Integratorfunksjonen i ledelse er mest virksomt under tre betingelser: 1) at det er etablert et normsystem som gjør det mulig å tilrettelegge for en kommunikasjonsmessig dialog, 2) at det finnes

en oppfatning av usikkerhet i virksomhetens miljø og 3) at det er en spesifisert "teknologi" eller faglighet som virker styrende på arbeidet (Strand, 2007).

Inkluderingsledelse eller diversity management i et personalperspektiv setter fokus på nødvendigheten av å gjøre en aktiv innsats for å frigjøre og mobilisere menneskelige ressurser og mangfold (Brandi, et al., 2004).

På en annen side kan overdreven inkludering i personalsammenheng få negative konsekvenser i form av ukontrollert individualisme (Strand, 2007). Det kan derfor virke som om en viktig faktor i inkluderende ledelse er å balansere gruppe kontra individ ellers kan man fort komme i en situasjon der man diskuterer den minste ting og der det oppstår krav om deltakelse der det både er u hensiktsmessig og konstitusjonelt uriktig. I praksis kan det derfor vise seg at begrepet ekskludering også kan ha en nyttig funksjon.

6.5 Resultater fra intervjuene

Vi har her benyttet intervjuene fra de seks casekommunene til å se nærmere på forhold relatert til temaet ledelse, hvor vi vil fokusere på punktene som er nevnt innledningsvis i kapittelet. I det følgende delavsnittet ser vi nærmere på kommunenes forankring av kommunens mål og visjoner.

6.5.1 Kommunenes forankring av kommunens mål og visjoner

Offentlig organisasjon har en demokratisk folkevalgt ledelse og man handler på vegne av dette folkestyret. Det er ulike hensyn må veies mot hverandre som politisk styring og kontroll kontra medbestemmelse, kostnadseffektivitet og innsyn. Det har vært en utvikling fra "new public management" til mer fleksibilitet /omstillingsevne/endringsorientering og visjoner.

En visjon kan forstås som en beskrivelse av en fremtidig ønsket måltilstand (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Denne kan man oppnå bedre dersom man står sammen om å nå den. En visjon alene blir fort luftig og derfor bør en visjon oppfølges med konkrete planer og handlingsstrategier som er egnet for å nå målet. Nyere teorier har definert ledelse som en prosess der man motiverer mennesker til å arbeide sammen mot et mål. For å nå målet må medarbeidere kunne klare å identifisere seg med grunnideene for handlingsplanen, som videre vil kunne fører til inspirasjon i å gjennomføre arbeidet slik at visjonen blir oppnådd. For enhver organisasjon er det vesentlig at en ut fra faglig begrunnelser kommer frem i en omforent vurdering av hva som utføres tilfredsstillende i betydning at disse områdene ivaretas "godt nok" selv om idealiteten ikke er realisert. Og tilsvarende hvilke områder avdelingen svakest ivaretar. For områder som er "god nok" ivaretatt, er utfordringen først og fremst å vedlikeholde dette gode nivået. For områder som er svakest ivaretatt, er utviklingen først og fremst å bedre nivået ut fra omforente faglige standarder (Paulsen, et al., 2004).

Vi har spurt alle informantene om de har av kunnskap om kommunens og enhetenes verdier og visjoner. Dataene viste at casekommunens visjon, på ordfører og rådmannsnivå, var forankret gjennom politiske vedtak og fremkom i kommunens planverk. I denne gjennomgangen velger vi å fokusere på forankringen ut på virksomhets- og operativnivå.

Tabellen nedenfor gjengir vi en oversikt av alle casekommunene på pleie- og omsorgstjenester, og deres forankring av verdier og visjoner på tjenesteområdet. Som man kan se av tabellen nedenfor er det spesielt i casekommune 2 som utmerker seg i undersøkelsen ved at kommunens verdier og visjoner var godt forankret og synlig i daglig drift.

Tabell 6.2 Forankring av visjon og verdier, og om de kommer til uttrykk, K1-K6.

Forankring av visjon og verdier og om de kommer til uttrykk	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Hjemmetjenester	Uttrykt og delvis forankret	God forankring	Ikke forankret	Uttrykt og delvis forankret	Ikke forankret	Ikke forankret
Sykehjem	God forankring	God forankring	Ikke forankret	Uttrykt og delvis forankret	Ikke forankret	Ikke forankret

Tabellen viser også at det er kun et fåtall av virksomhetene som gav et klart uttrykk for en visjon som var forankret ut i organisasjonene. Enkelte avdelinger har klare utviklingsmål, hvor langt på vei samtlige informanter formidler felles forståelse av avdelingens faglige begrunnelse for nettopp disse målene bør ha høyest prioritet. Vårt inntrykk er at de ansatte ved disse avdelingene også formidler faglig stolthet og identitet.

Visjonen i casekommune 1 var godt kjent for alle informantene på alle nivåer i kommunen. Informantene gav også et godt inntrykk av at visjonen er godt implementert i daglig utvikling av helse- og omsorgstjenesten.

I casekommune 2 finner kommunens verdier og visjoner var godt forankret og synlige i daglig drift. Blant annet siter hovedtillitsvalg følgende om kommunens visjon:

”Vi lo veldig når den kom.. for den kom for mange år siden. Jeg synes den er fin nå. Jeg synes den var noe tull den gangen.. Jeg ser det nå at det kan være greit å strekke seg etter” (Hovedtillitsvalgt, K2)

I casekommune 3, 5 og 6 finner vi at kommunens visjoner ikke er forankret. I casekommune 5 hadde kommunens visjon vekket stor motstand med at en ansatt hadde vist sin motstand med å ha revet visjonen ned fra veggen. I intervjuet med rådmannen forteller han om tilfellet:

”Demonstrativt” (Rådmann, K5)

Vårt inntrykk er at denne kommunens visjon ikke er implementert i daglig drift på overordnet ledelsesnivå. Enhetsleder i kommunen svarer følgende på spørsmålet om forholdet til kommunens visjon:

”Verdigrunnlaget har jeg mere forhold til. Visjonen er der, men det er ikke ... kulturbegrepet er også en sentral bit i visjonen” (Enhetsleder, K5)

Ordfører i casekommune 4 gav et uttrykk for forankring på et overordnet nivå, og innenfor pleie- og omsorgstjenestene finner vi at visjonen er uttrykt, men bare delvis forankret. En avdelingsleder sier følgende om kommunens visjon;

”Slit litt med å få den inn i vår hverdag for vi er så opptatt av våre egne verdier. Har litt problemer med å se kommunens sine i sammenheng...” (Avdelingsleder, K4)

Oppsummering

Casekommune 2 fremtrer som den eneste kommune med god forankring i tilhørende visjon og målsetting i både hjemmetjenester og på sykehjem. I casekommune 1 var visjonen også *godt kjent* for alle informantene på alle nivåer i kommunen. Informantene gav også et godt inntrykk av at visjonen er godt implementert i daglig utvikling av helse- og omsorgstjenesten. Casekommune 4 fremtrer med en delvis forankring av visjon i både hjemmetjenester og på sykehjem. Disse kommunene er de kommunene som har gitt et relativ lik oppfattning om hva som de legger i god ledelse. Dette kan tyde på kommunens visjoner, målsetting og hva gode ledelse er har vært i fokus i disse kommunene.

6.5.2 Hva er en god leder?

Ledere, som andre sosiale aktører, utøver roller. Ledere pålegges, inntar og skaper roller i en organisasjon, slik at adferden de faktisk utøver, blir balansen mellom organisasjonens formelle krav, andres forventninger og lederens egen valg og tolkninger (Strand, 2007). Med ledelse er vi ofte opptatt av hvem som har det formelle lederansvaret, og med det rett til å styre virksomheten, og bestemme hvem som skal gjøre hva innenfor definerte rammer. Men i tillegg til den formelle siden, har ledelse viktig uformelle sider. Det er i arbeidslivet blitt vanlig å snakke om god og dårlige ledere. Personlige egenskaper ved lederen blir gjerne tillagt vekt når en skal forklare et dårlig arbeidsmiljø, eller et dårlig økonomisk resultat. Det er et komplisert samspill mellom formelle strukturer og personlige egenskaper ved lederen. En fornuftig og rasjonell innretning av en arbeidsplass kan gi en god leder vilkår til å utfolde sine beste egenskaper, samtidig er det vel slik at en person som mangler de rette egenskapene kan skape umulige forhold for sine medarbeidere uansett formell organisering (Paulsen, et al., 2004).

Vi har spurt informantene om hva *de* mener er en god leder. I den følgende tabellen har vi samlet sitater og kommet med en oppsummering, på hva informantene svarer på dette. Hensikten er å se om casekommunene opptre samlet og forankret om temaet, eller om det er klare brudd mellom ulike ledd i kommunen, og se om det er forskjell mellom kommunene.

Tabell 6.3 Oversikt over hva informantene sier om hva som er god ledelse

	K1	K2	K3	K4	K5	K6
Ordfører	"Ledelse er viktig i forhold til sykefravær og trivsel på arbeidsplassen. Du er din kollegas arbeidsmiljø."	"De skal ha respekt for de ansatte som de har ansvaret for. "At de skal tørre å overlate ansvaret til den enkelte medarbeider".	"En god leder skal følge opp og ha forventninger til personalet." "En god leder skal også følge opp selv - være synlig, tydelig, aktiv og tilgjengelig." "En god leder skal også være profesjonell og se sine ansatte"	"Det å skape, være en god leder, folk forstår deg."	Dette kommer ikke frem	"Enhetlig ledelse"
Rådmann	"høre mennesket, høre beboeren - en du har genuint ønske å ivareta interesse til". "Være glad i å jobbe med eldre og pleie-trengende. God på omsorg."	"Skal være mulig å gjøre feil".		Være klar på tilbakemelding er og inkludere. "Følge opp folk, vise at en bryr seg".	Dette kommer ikke frem	Det forventes resultater i forhold til økonomi, aktiviteter og innhold. "Forventer at de skal være tro mot det fellesopdraget vi skisserer".
Kom. sjef				Lytte, høre på meninger, tålmodig og målbevisst.		
Personalsjef	Ikke intervjuet	En god leder skal være klare og tydelige og opptre mest mulig rettferdighet. Ta med de ansatte på drøfting.	"Klare skiller på faglig og adm oppgaver."	Ikke intervjuet	Svært kort intervju, hvor dette spørsmålet ikke er nevnt.	
Virksomhetsledere/Enhetsledere	"..skal ha trygghet.." - Være ærlig, lyttende og ha faglig basis kunnskaper.	"..ha troverdighet blant arbeidstakerne, være klar, tydelig og samtidig se de ansatte og hva de strever med" "Respekt for brukeren er grunnleggende, hvor da de ansatte er middelet for å nå målet."	"Lytte til personalet"	"En leder skal også være litt i forkant. Være tilstede, skal kunne ta diskusjoner og være pådriver".	- Levere gode resultat på økonomi, sykefravær, - IA-arbeid og kunne dokumentere antall medarbeidersamtaler.	"gode på å fikse og ordne, økonomi, å følge opp sykefravær fra A til Å, systematisk". - Enhetlig drift av virksomhetene
Avd.-/Gruppeleder	Å være synlig på avdelingene - i kontakt med arbeidstakerne.	".. gode på personaloppfølging, sitter med det store overblikket og ta de generelle hensynene." " å være nær og ha åpen dørfilosofi"	Ta tak i problemet før det er et problem.	"At vi bryr oss om hverandre. Det er ikke mer komplisert enn det" - Samarbeid	"Være strukturert ". " ..Skal også ha en overordna fagligblikk og veilede"	Gode på dialog og rutiner.
Ansatte	"..inkluderende, høre på hva alle mener. Være tøff nok til å ta avgjørelser som ikke er populær, i hvert fall ta en avgjørelse."	"God på personalbit og bør se alle. " "God ledelse er personavhengig"	"En god leder skal ville ha et godt miljø i gruppa, og den skal ta tak i problemene som er der".	"At de ser og hører de ansatte". "Åpen dørfilosofi"	"se de store linjene, fremtiden og involvere de ansatte". Tydelig lederskap .	"...være tydelige .."

Vi ser det er klare forskjeller hvordan de ulike "leddene" ser på god ledelse, alt i fra en kommuneledelse (i K5) som ikke er opptatt av temaet, til casekommune 2 som har klar forankring på temaet i hele kommunen er opptatt av temaet, til casekommune 2 som har klar forankring på temaet i hele kommunen. Det er også klare forskjeller mellom de deltagende casekommunene.

I alle ledd i K1 er lederens rolle i forhold til arbeidsmiljø påpekt som en viktig faktor i forhold til hva som gjør en leder god. Det er i tillegg et klart fokus *fra* virksomhetsnivå og oppover at god ledelse er betinget på at lederne har god faglig basiskunnskap, mens dette ikke påpekes av noen informanter på operativt nivå. Blant avdelingsledere og de ansatte påpekes det at en god leder er å være synlig på avdelingene, være inkluderende og være tøff nok til å ta en avgjørelse.

K2 fremstår med god forankring og en samme oppfattning, i alle ledd, på hva en god leder er. Det kommer klart frem at en god leder er nær personalet med en "åpen-dør filosofi". Personalet som nøkkelfaktor for god ledelse, hvor det fra intervju med ordfører og rådmann kommer frem:

"De skal ha respekt for de ansatte som de har ansvaret for." (Ordfører og rådmann, K2)

Fra intervjuet med personalsjefet kommer det frem at en god leder skal være klare og tydelige og opptre mest mulig rettfærdighet og skal ta med de ansatte på drøfting.

Blant virksomhetslederne fortelles det:

"Respekt for brukeren er grunnleggende, hvor da de ansatte er middelet for å nå målet." (Virksomhetsleder, K2)

På operativnivå påpekes det samme, men fra deres vinkling; god personaloppfølging, å være nær og ha en åpen-dør filosofi.

K3 fremstår med samme oppfattning, som K2, fra virksomhetsnivå og oppover, at personalet er nøkkelfaktoren for god ledelse. I denne kommunen er brukt flere ord og ulik vinkling på samme å få frem samme budskap, noe som kan tyde på at dette nødvendigvis ikke er et tema som er diskutert åpen eller at kommunen har hatt fokus på dette. Blant gruppeledere og de ansatte påpekes det at en god leder tar tak i problemet før det er et problem og ordner opp i de problemene som er.

I alle ledd i K4 er lederens rolle i forhold til arbeidsmiljø og det å være tilstede for sine ansatte påpekt som viktige faktorer i forhold til hva som gjør en leder god. En av avdelingslederne svarer på sykehjemmet svarer;

"At vi bryr oss om hverandre. Det er ikke mer komplisert enn det" (Avdelingsleder, sykehjem, K4)

I K5 kommer det ikke frem av intervjuene med ordfører og rådmann hva de legger i god ledelse. Det fremgår av intervjuet at dette er et tema som ikke er opptatt av. På virksomhetsnivå er det resultater på økonomi og sykefravær som påpekes å være viktige faktorer for en god ledelse, mens det på operativt nivå påpekes det at en god leder må ha et overordnet fagligblikk og veilede, samtidig som det må være tydelig ledelse.

I K6 kommer det frem av intervjuet med ordfører at en god leder er:

"Enhetlig ledelse." (Ordfører, K6)

I intervjuet med rådmann, kommunalsjef og personalsjef kommer det frem at med en god leder forventes det resultater i forhold til økonomi, aktiviteter og innhold. Samtidig som det forventes at de tro mot fellesoppdraget som skisseres. På virksomhetsnivå er det resultater på økonomi og sykefravær som påpekes å være viktige faktorer for en god ledelse, mens det på operativt nivå påpekes det at en god leder må ha et fokus på personal, samtidig som det må være tydelig ledelse.

Oppsummering

Vi oppsummerer her med noen hovedtendenser som vi mener å kunne se i intervjuene når det gjelder informantenes besvarelser av hva som er en god leder. Validitet er en utfordring innenfor ledelsesforskningen. Mange har forskjellige oppfatninger av hva som er en god leder, fordi ledere har forskjellige interesser å forholde seg til (interessemodellen). Det er også forskjellig hvordan man vurderer hva som er god ledelse ut fra situasjons orienterte forhold, som for eksempel budsjett i balanse, gode arbeidsforhold, kvalitet på tjeneste etc.

Det er ikke meningen at denne oppsummeringen skal gi et svar som nødvendigvis gjengir kjennetegn og egenskaper ved en god leder i de seks prosjektkommunene er. Det som er ment for å se nærmere på hva kommunene definerer hva som er god ledelse. Flere kommuner vektla samarbeid mellom ledernivåene som vesentlig for god ledelse: Om det er en overensstemmelse mellom de ulike ledernivåene og samarbeid i henhold til tjenestens formål. Her avdekket undersøkelsen at det var "brudd" i samarbeidet mellom ulike ledernivåene ut fra den rollefordelingen som var mellom dem.

Kommune 2 fremstår med god forankring i kommunens visjon og formål for tjenesten, og viste til godt samarbeid mellom alle ledernivåer. Forankringen i visjoner og formål for tjenesten kommer tydelig frem i alle ledd gjennom hva informantene la vekt på i intervjuene, mens i de andre kommunene er det ett eller flere "brudd" på informantenes svar av hva de mener er en god ledelse og samarbeid mellom ledernivåene om dette. Som eksempel kan nevnes at kommunens visjon ikke hadde forankring på alle ledernivåer, det kunne være konflikter mellom ledernivåer. God ledelse ble for eksempel beskrevet som med vekt på fag, personal og arbeidsmiljø uten at dette hang sammen i en helhetlig ledelse.

6.6 Hvordan opplever lederne på brukernivå sin situasjon?

I dette avsnittet ser vi nærmere hvordan lederne på daglig drift opplever og har fremhevet som utfordringer i sin arbeidsdag. Lederne møter ulike og forskjellig sammensatte utfordringer, men det er likevel en tendens til at flere av disse utfordringene har en fellesnevner, *tidspress og skillet mellom det faglig og administrative oppgaver*. Det er disse utfordringene som vi vil se nærmere på her.

En klar opplevd utfordring, som blir nevnt hos samtlige av lederne, er følelsen av å ha for liten tid til å gjennomføre de arbeidsoppgaver som en ligger til deres stilling. Årsaken til hvorfor tiden ikke strekker til er ikke nødvendigvis den samme, men dette gir et klart bilde av at lederne på virksomhets- og operativt nivå opplever en hektisk og stram arbeidsdag. En avdelingsleder i casekommune 5 forteller;

"Vi skal rekke over alt. Som en potet." (Avdelingsleder, K5)

Samtalen fortsetter med spørsmål om det er virksomhetsleder som forventer dette, svarer avdelingslederen

"Nei det er det en føler. Hverdagen er slik – alle ansatte – skal ha inn den faglige biten ... fagledere, oversikten der pluss at vi har mange merkantile tjenester. Innleie av vakter osv. Mye merkantile tjenester som tar mye av tida." (Avdelingsleder, K5)

I casekommune 3 svarer enhetsleder på sykehjemmet at den største utfordringen er også her er mangel på tid;

"Dette med manko på tid. Vi har spart inn til beinet. Det med prioriteringer. Det er akkurat det samme som i hjemmesykepleien. Dsj i dag osv. Vi sliter med at vi har ikke bruker på riktig sted. Har to avdelinger i 2.etasje med heis og trapp. Virrer ganske mange forvirra mennesker som vil ut og hjem. Når det er sol og sommer vil de ut." (Enhetsleder, sykehjem, K3)

Konsekvensene av mangel på tid påpekes å gå ut over blant annet arbeidsoppgaver som personaloppfølging, (som eks medarbeidersamtaler), faglig veiledning og utvikling, og det å være en synlig leder blant arbeidstakerne.

Samtidig ser vi også en frustrasjon på at ikke all bruk av arbeidstid er brukes "fornuftig". I casekommune 4 svarer avdelingsleder på sykehjem at det meste av tiden på en vanlig arbeidsdag går til møter og papirarbeid, og det påpekes av samme avdelingsleder at det er flere av disse møtene som er unødvendige;

"Opplever en del av samme informasjon blir gitt på flere møter fordi det er en eller to nye som er med i møtet. Det blir veldig repetisjoner." (Avdelingsleder2, sykehjem, K4)

Også det å tilkalle ekstravakter eller vikarer tar svært mye av ledernes tid.

Videre opplever lederne at skillet mellom faglig og administrative oppgaver er en utfordring. En avdelingsleder i kommune 2 forteller;

"... Hovedsaken er at vi har altfor mye arbeid, og den sårbare biten er at vi leder for veldig mange. Det å være en god leder – du har noen tanker og filosofier i forhold til hva det vil si å være en god leder. Det har vi ikke sjanse til når vi er så mange. Det går ut over den biten i forhold til personal samtidig som det å skulle både utvikle et fag samtidig som å ha ansvaret for ei så stor personalgruppe, det blir for mye. liten tid til personaloppfølging og har fått tildelt personalansvar, men har ikke myndighet til å gjennomføre noe..." (Avdelingsleder, sykehjem, K2)

Videre suppleres det fra den annen avdelingsleder;

"Samtidig som vi har ansvaret for den daglige driften av tjenesten." (Avdelingsleder2, K2)

Det samme mønsteret ser vi i de andre kommunene. Lederne på brukernivå synes det er utfordrende hvordan de skal disponere arbeidstiden sin. Lederne går som regel også i en vanlig turnusstilling og har i tillegg lederansvar.

Store og ofte omorganiseringer i denne sektoren har også ført til at lederne stadig har fått et større ansvarsområde, og nødvendigvis ikke blitt tilført den tilsvarende kunnskapen som kreves for dette ansvaret. Prosjektleder i K3 forteller;

”Jeg tror det mangler ledererfaring. Det som jeg har sett – når jeg holdt på med kompetansevirksomheten – når en gikk over til den flate strukturen ... mange ledere, så skal dem ha personalansvar, så skal en få økonomiansvar – de fikk hele bolken. Når det dukket opp ting så fikk de litt råd ovenfra på personalsida så begynte de selv. Det var folk som ikke hadde lært så mye om hvordan en skulle håndtere mennesker. Hadde ingen erfaring. Kjørte i vei og det ble helt feil...” (Prosjektleder, K3)

Som tidligere nevnt går det klart frem fra materialet at det er tidspress og skille mellom faglig og administrativ oppgaver som er de utfordringer som hyppigst blir nevnt å være en stor utfordring blant lederne. Andre utfordringer som også blir påpekt er utfordringene knyttet til at det er en kort avstand mellom leder og ansatt, ”liten bygd problematikk”, mangel av myndighet på tildelte arbeidsoppgaver, eks i forhold til personaloppfølgingen, liten økonomisk ramme, tunge brukere og glipp i informasjon mellom lederne.

6.7 Bakgrunn, erfaring, kompetanse og muligheter blant lederne i casekommunene

Er det slik at lederne er rekruttert internt, og er det er den faglige dyktigheten som blir vurdert som grunnlag for å være kvalifisert til lederstillingene?

I det følgende delavsnittet presenteres erfaring og kompetanse til lederne i de seks casekommunene. Vi har samtidig sett på ledernes oppfattede muligheter til faglig utvikling i sin lederjobb og om det er noen dominerende norm for kriterier for valg av ledere i kommunene. Til slutt kommer vi med en oppsummering.

6.7.1 Erfaring og kompetanse

Samhandlingsreformen hadde som overordnet mål å sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som hadde svar på pasientens behov for koordinerte tjenester og på store samfunnsøkonomiske utfordringer (St. meld.nr.47,2008-2009). Kommunene har gitt en betydelig plass til å realisere reformens målsettinger. Den forventede behovsveksten i samlet helsetjenester må i størst mulig grad finne sin løsning i kommunene, og derfor vil nødvendig kompetanse på kommunenivå være en av hovednøkklene for å håndtere utfordringene som reformen representerer. Dette gjelder ikke minst lederkompetanse (Pettersen, 2010).

Det foregår en kompetanseoverføring mellom enkelt personer og faggrupper som arbeider sammen i en avdeling (Harsvik et al., 2002). I helse- og omsorgssektoren har sykepleiere og hjelpepleier tradisjonelt jobbet side om side. En slik arbeidsmåte har lagt forholdene til rette for overføring av kunnskap fra sykepleier til hjelpepleier og motsatt. Over tid har mange har mange hjelpepleiere opparbeidet seg betydelig pleiefaglig kompetanse i tillegg til kompetansen tilegnet gjennom den formaliserte utdanningen. Overføringseffekten vil også være tilstede hos personell som har arbeidet i helsesektoren lenge, uten nødvendig faglig kompetanse.

I dette avsnittet ser vi nærmere på hvilken kompetanse og erfaring det er blant ledelsen i casekommunene. Den er presentert kategorisert på ordfører, rådmann, kommunalsjef eller personalsjef, og på lederne på virksomhets- og operativt nivå, uavhengig av kommune tilhørighet.

Denne fremstillingen er på grunnlag fra intervjuene og det er derfor kun kompetanse og erfaring blant de ledere som *blitt intervjuet* innenfor hver casekommune som er presentert.

Erfaring og utdanningsnivå til lederne varierer fra casekommune til casekommune. Generelt finner vi at det er toppledelsen, utenom ordfører, som har den formelle lederutdannelsen. På virksomhetsnivå har alle lederne en faglig relatert utdanning, som sykepleier, hjelpepleier eller vernepleier, i tillegg har disse også en videreutdanning, men innenfor ulike fagfelt, ikke nødvendigvis innenfor ledelse. På operativt nivå, på hjemmesykepleie eller på sykehjem, finner vi ledere som er fagligutdannet hjelpepleiere eller sykepleiere, men det varierer om disse har noen formell lederutdanning og om de har vært på kurs.

Ordfører

Bakgrunnen til ordførerne varierer fra i fra det private markedet til over 35 års fartstid innen en rekke posisjoner i kommunen. Fire av de seks ordførerne kommer fra en stilling som var utenfor kommunalsektor. Ordførerne gir et inntrykk av å ha en klar forankring og tilhørighet til kommunen de er satt til å lede.

Rådmann

Rådmennene i alle casekommunene har ledelsesutdanning og har erfaring fra ledelse før de tiltrådte stillingen som rådmenn. I en KS-rapport fra 2010 påpekes det at rådmenn i Norge er svært godt utdannet og deres formelle utdanningsnivå er også klart høyere enn hva toppledere i kommunen har. Dette ser ut til å være representativ i våre casekommuner. I samme KS-rapport påpekes det videre, at rådmenn også vanligvis har lang erfaring fra kommunale stillinger før de blir rådmann, og dette stemmer også med våre casekommuner, hvor fem av seks av rådmennene har også opplyst at de har erfaring fra kommunale stillinger før de ble rådmenn.

Kommunalsjef

Det er ikke alle av casekommunene som opererer med dette leddet. Av de kommunene som har kommunalsjef, K1, K4 og K5, har alle hatt en tilhørighet til kommunesektor før de tiltrådte stillingen som kommunalsjef. Kommunalsjefen i K4 og K5 har lang ledererfaring fra andre instanser i kommunen, og har jobbet som kommunal sjef i en tid, mens i K1 er kommunalsjefen nyansatt

Personalsjef

Casekommune 2, 3, 5 og 6 opererer med dette leddet i kommunestrukturen. Ut i fra intervjuene kommer det ikke frem hvilken utdanning disse i utgangspunktet har, men alle har oppgitt å komme i fra en annen stilling fra kommunesektoren før de ble personalsjef.

Ledere på virksomhets- og operativnivå

Erfaring og utdanningsnivå til lederne på enhetene er som forventet. I alle kommunene finner vi virksomhetsledere med en faglig utdanning, enten som sykepleier (K1, K2, K3, K4 og K6) eller som vernepleier (K5). I alle kommunene har virksomhetslederne oppgitt å ha en videreutdanning, men det er kun i K1, K3, K4 og K6 som har ledelsesutdanning. På operativnivå er det to av de seks kommunene som har ledere som har oppgitt å ha formell ledelsesutdanning, men her finner vi ledere som har lang erfaring og gir et uttrykk av og blir oppfattet som faglig dyktige.

6.7.2 Muligheter for fagligutvikling

I dette avsnittet ser vi nærmere på hvilke opplevde muligheter det er for fagligutvikling blant ledere på virksomhet- og operativnivå, samtidig ser vi på hva lederne i toppen av kommunen kommentarer på dette temaet.

Det er av ulik grad om casekommunene har noen form for fast prosedyre som gir lederne muligheter for en fagligutvikling. Den vanligste formen for fagligutvikling er kurs, enten i regi av kommunen selv eller av eksterne aktører.

Casekommune 1 har gjennomført eksterne lederutviklingsprogram siden 2006 og skal sette i gang med samme type program av høsten av, og er tenkt gjennomført i sammenheng med overgang til ny struktur. Det påpekes at det i denne kommunen er en del som holder på med videreutdanning innenfor eldreomsorgens ABC. På spørsmålet om det er et godt faglig miljø på sykehjemmet svarer det:

*”Er de samme som går igjen som drar på kurs. Vi har god legedekning, veldig bra intern-undervisning.”
(Gruppeledere, sykehjem, K1)*

Videre påpekes det:

”Du må oppdatere deg selv.” (Gruppeledere, sykehjem, K1)

Som suppleres videre med:

”En del som ikke kommer fordi de ikke får betalt for det.” (Gruppeledere, sykehjem, K1)

På spørsmålet om gruppelederne gjør noe som å oppfordre andre som ikke melder seg på frivillig til å ta etterutdanning svarer gruppelederne:

”Viser ikke interesse, går på jobb og er ferdig med det og da er det gjort” (Gruppeledere, sykehjem, K1)

Virksomhetsleder på sykehjemmet i K1 påpeker at han har behov for kurs/opplæring, men per dags dato er det ikke tid til det.

Kommune 2 har gjennomført stressmestringskurs, den gode samtale og lignende kurs til de ansatte og ledere på operativt nivå. Stressmestringskurset var det ordfører som tok initiativ til, mens de andre kom nedenfra.

I casekommune 2 påpekes det i intervjuet av ordfører og rådmann:

”Vi har politikeropplæringsprogram hvor det ligger noen rammer som er relatert til valgperiode. Ikke noe utover det som obligatorisk. Men de enkelte utvalgene får tilbud om litt forskjellige kurs o.l. som er mer relatert til fagfeltet. Vi har 3 hovedutvalg og 3 råd, hovedutvalg for næring og drift, helse og sosial og oppvekst og kultur. Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, eldreåd og ungdomsråd. Alle disse får hele tida tilbud om forskjellige kurs de kan være med på, men mesteparten er relatert til faget de jobber med.” (Ordfører og rådmann, K2)

Samtalen fortsetter med:

”Den beste opplæringen for politikerne – ikke på all verdens av disse kursene som tilbys utenfra, men gjennom møtene og de gjennom sakene de får i møtene. De får en opplæring som er betydelig gjennom gjennomgang av saker. Det har nok sammenheng med at enkelte føler at det er lite engasjement fra

politikerne når man kommer opp til formannskap og kommunestyre – f.eks. samhandlingsreformen. Når den var oppe i formannskapet – at det en skuffelse.” (Ordfører og rådmann, K2)

Denne kommunen gir et uttrykk av at det er blitt gjennomført mye kursing av de ansatte, og at de føler at de får romslighet til å gjennomføre kursvirksomhet. På operativt nivå påpekes det fra avdelingslederne at:

”Ja. Vi har hatt mye kurs. Jeg tok arbeidsrett. Vi har sånne dager, men har ikke fullført noe lederutdanning” (Avdelingsledere, sykehjem og hjemmetjeneste, K2)

I casekommune 3 i intervjuet med ordfører, rådmann, kommunalsjef og politiker påpekes det i at det er gjennomført et ledelsesutviklingskurs for tjenestelederne og at de kartlegger videre hva som er behovene videre. I de samme intervjuet sies det:

”Har vært veldig mye på opplæring av de verktøyene som de er satt til å administrere, men kanskje ikke har hatt kompetanse på. Har vært veldig grunnopplæring. Så må vi kartlegge hva er behovet videre” (Ordfører, rådmann, kommunalsjef og politiker)

I casekommune 3 har virksomhetslederne nylig vært på kurs om et datasystem som brukes i sektoren, og mener tjenestelederne trenger det samme kurset. Virksomhetslederne påpeker at det er et stort behov for flere typer kurs blant tjenestelederne og dette er meldt videre til kommunalsjefen.

”Hvis du går på kurs – begrens omfang – folk får den happeningen – kommer tilbake og detter ned i stolen og etter en uke er det borte alt. Det er litt av det jeg føler med Aktive Eiker osv. Sa til Sørensen at det har ingen hensikt – du kan gjerne fortelle om sunn livsstil osv. men folk må sette seg ned og finne ut selv – hva kan vi gjøre for å gjøre noe med det. Røyk – statistikken dere – den er fæl. På neste kan en si at de som lever lengst er selvfølgelig den gruppa som hun representer og de som lever kortest det er de holde på sånn og skremme vannet av folk. Istedet for å si at nå gjør vi noe. Politikerne synes dette er veldig morsomt. Hva gjør vi sammen dere for å få en sunnere livsstil. Hva kan jeg gjøre som ansatt utenfor, på jobben osv. Sette opp tiltak og gjøre noe med det. Da eier dem det.” (Prosjektleder, K3)

Tillitsvalgt påpeker i tillegg at kursbudsjettet er i null.

Kommune 4 har ingen felles opplæring eller videre utdanning for sine ledere eller ansatte. K4 har gjennomført flere undersøkelser blant medarbeiderne, hvor det har kommet frem at det er et ønske om kurs og videre utdanning, men kommunen har ikke klart å nyttiggjøre seg av resultatene. Kommunen er klar over problemet og dette påpekes både av organisasjonssjef og de ansatte selv.

I casekommune 5 får vi et generelt inntrykk av fagligutvikling er avhengig av et personlig initiativ og fra intervjuene kommer det frem klare klager på ordfører og rådmann ikke ser ut til å se viktigheten av et kurs og de ansatte påstår at de må bruke fritiden sin for å være med på kurs. Fra kommuneledelsen promoteres det stolt over tilhørende og kommunalt finansiert masteroppgaver og det snakkes varmt om kurs. Generelt har vi et inntrykk av at de ansatte ønsker seg kurs, men føler det er vanskelig å få gjennomført i kommunen og det påpekes at flere at de må ta dette utenfor arbeidstiden.

Casekommune 6 har heller ingen lederutviklingsprogram i kommunen, og rådmann og personalsjef i kommunen begrunner dette med;

”Mye av personalarbeidet i kommunen ligget med brukket rygg” (Rådmann og personalsjef, K6)

Videre påpekes det at kommunen har *planer* om å børste støv av en tidligere lederopplæringsaktivitet, hvor de skal komme med nye synspunkt og ta dette i bruk i sin lederutviklingsprogram.

Det går klart frem i fra datamaterialet, at det er et stort ønske blant lederne om en større kompetanse på ledelse og fagligutvikling, men at dette er vanskelig fordi de i utgangspunktet har en såpass innholdsrik og "stram" arbeidsdag at det er vanskelig å gjennomføre og at det er av ulik grad om kommunene legger til rette for at dette er en mulighet. Samtidig er dette en sektor som har en høy gjennomsnittsalder på sine arbeidstakere (Ose, et al., 2009), og en enhetsleder på virksomhetsnivå forteller følgende:

"Jeg har damer 50+ som kanskje er – de brenner – men de ønsker egentlig ikke – de vil gjøre en god jobb, men de har ikke ønske om å klatre. De er på en måte fornøyd der de er. Hvis de får utfordringer i forhold til pasienter, eller setter de der de kan bruke sin kompetanse er de fornøyd med det. Ønsker ikke så veldig mye eksternt. Men ofte er det et skrik etter, men det viser seg at det ... " (Enhetsleder, K6)

Våre funn i disse seks casekommunene er i tråd med resultater fra AFI-notat 15/2010, hvor det kommer frem at lederutvikling i helse- og omsorgssektoren er generelt lavt prioritert. En av forklaringene til dette kan være stram økonomi i sektoren, og at ansvarsfordelingen for lederutvikling i kommunens helse- og omsorgssektor ikke distribueres nedover i organisasjonen, men blir liggende hos kommunes øverste nivå.

6.7.3 Hvilke kriterier benyttes for utvelgelse og ansettelse av lederne?

Norske kommuner har ikke nok ressurser til å konkurrere på lønn ved ansettelse av personell, og flere av casekommunene opplyser at de tidvis har opplevd problemer med å få tak i nøkkelpersonell med den rette kompetansen. I dette kapitlet ser vi nærmere på hvordan lederne i casekommunene er ansatt og hva som er kriteriene for ledelsesutvelgelsen.

Det går klart ut i fra gjennomgangen av kompetanse og erfaring blant lederne, at om lag alle lederne i de seks casekommunene enten er rekruttert fra en annen stilling innen kommunalsektor og at de har blitt oppfordret til å søke eller at de har tiltrodd stillingen ved en omorganisering.

Det kommer ikke frem av intervjuene noen form for felleskriteriene for ansettelse av lederne i kommunene. Det går klart frem at det er personavhengig hva som vektlegges. Det påpekes, vell å merke, fra flere kommuner, at det å ha en faglig dyktighet og ha et "kjent navn" er viktige faktorer for å bli tilsatt som leder. Det samme kommer også frem med at flere av lederne har oppgitt at de har blitt oppfordret til å søke på sin stilling eller at lederstillingen aldri ble utlyst.

At lederne blir rekruttert for sin faglige dyktighet møter ulike synspunkt innen samme kommune, blant annet har vi i en samtale om hva som ligger i god ledelse påpekes det følgende om lederne i kommunen;

"Det er flere av dem enn det er av de dårlige. Så er det litt – hvordan har de blitt rekruttert. Ofte har de blitt rekruttert fordi de har vært gode fagfolk, så har ikke kanskje nivået over vært tydelig på hva som kreves når du går inn i en lederrolle. Det er tydelighet og hvilken kultur man er sosialisert inn i, så tror

man at det skal være, og plutselig er virkeligheten en helt annen. Tydeliggjøring fra overordna nivå kan være god hjelp for enhetsledere.” (Prosjektleder, K6)

Samtalen fortsetter med;

”Og evt opplæring på de områdene før i stedet for å komme inn i stillingen – og ja – dette kan du ikke – så gjerne plukke opp underveis. Det må du gjerne gjøre selv på eget initiativ. Det er ikke noe system som står klart for å lære opp de som er rekruttert som fagpersoner, ikke nødvendigvis.” (Prosjektleder, K6).

På den andre side påpeker en virksomhetsleder i samme kommune å være klar over ”problemet” med at lederne blir rekruttert for sin faglige dyktighet og motstrider dette sterkt. På spørsmål om dette er et problem i kommunen svares det:

”Det motstrider jeg sterkt, i hvert fall i forhold til de som jeg har rekruttert og det er en ganske stor brorpart av dem, og jeg vil også si at det ikke er korrekt ... jeg jobbet med det i hele går. Jeg satt og regnet litt på det fordi jeg skal slutte, og jeg tror jeg har hatt 50-60 talls ledere som jeg har hatt ansvaret for – forskjellige hoder da. De fleste som ikke er ledere lenger er pga at de ikke var gode lederevner eller du nådde opp i forhold til min lederstil. Tror vi har hatt en ganske – det har vært ryddig og greit. Har ikke vært noen kontroversen av noen særlig grad. Vi har hatt en ganske god utskifting, så jeg tror lederenhetsstaben som de sitter med der ute på 45 ledere – ja en del av dem er sikkert dyktige fagpersoner, men de er ikke primært for de er rekruttert inn som ledere...”. (Virksomhetsleder2, K6)

Oppsummering

Tabellen nedenfor viser en oversikt, på tvers av casekommunene, på ledernes kompetanse, ledelsesutdanning og erfaring, osv på virksomhet- og operativnivå.

Alle virksomhetslederne er faglig utdannet sykepleier eller vernepleier og alle har ledelsesutdanning foruten om i casekommune 3. Samtlige virksomhetsledere har oppgitt å ha lang erfaring med ledelse, er rekruttert fra miljøet og ønsker faglig påfyll, kurs.

På operativt nivå, er det ulik struktur og tittel på lederrollen. Det vanlige er at ledere på dette nivået har en fagutdanning innenfor sykepleie, (K2-K6), mens det i K1 er hjelpepleiere. Det varierer om disse har utdanning innenfor ledelse, kun oppgitt i casekommune 1, 5 og 6. De fleste sitter med lang ledelseserfaring, foruten om en nytilsatt i K1. På samme måte her, er de fleste rekruttert fra miljøet og har oppgitt ønske om faglig påfyll.

Tabell 6.4 Oppsummert oversikt, på tvers av casekommunene, på ledernes kompetanse, ledelses- utdanning og erfaring, osv. Virksomhet- og operativnivå.

Virksomhetsledere		K1	K2	K3	K4	K5	K6
S, Sykepleier. HJ, Hjelpepleier. V, Vernepleier. x = Ja ingen markering = Nei	Fagutdanning	S	S	S	S	V	S
	Ledelsesutdanning	x	x		x	x	x
	Lang ledelseserfaring	x	x	x	x	x	x
	Rekruttert fra miljøet	x	x	x	x	x	x
	Ønsker faglig påfyll, kurs	x	x	x	x	x	x
Avdelings-, enhets- og tjenesteleder	Fagutdanning	Hj	S/Hj	S/Hj	S	S	S
	Ledelsesutdanning	x/				x/	x
	Lang ledelseserfaring	x/	x	x	x	x	x
	Rekruttert fra miljøet	x	x	x	x/	x	x
	Ønsker faglig påfyll, kurs	x	x	x	x	x	x

6.8 Resultater fra survey blant 10 000 hjelpepleiere

I dette avsnittet tar vi utgangspunkt i data fra den kvantitative undersøkelse, basert på en kryss-seksjonell spørreskjemaundersøkelse, blant hjelpepleiere ansatt i pleie- og omsorgssektoren, som ble gjennomført våren 2008. Denne undersøkelsen har vi nærmere beskrevet tidligere i rapporten.

Vi begynner først med en deskriptiv del som ser nærmere på noen av spørsmålene som var relatert til nærmeste leder i spørreskjemaet, for deretter gjennomfører en regresjonsanalyse.

6.8.1 Forhold til nærmeste leder

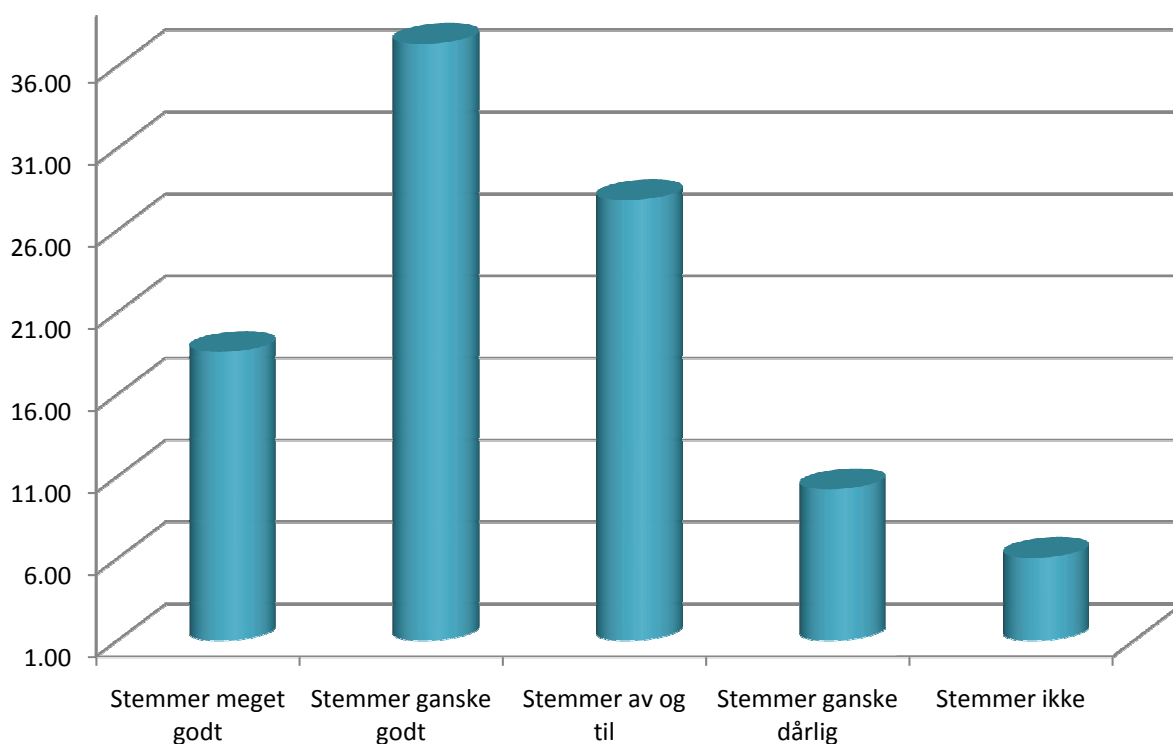
I spørreundersøkelsen ble hjelpepleierne bedt å ta stilling til flere forhold til deres nærmeste ledelse og her ser vi nærmere på noen påstander, gruppert på følgende måte:

- Min nærmeste leder gjør en god jobb
 - Kontakt med leder
- [Mine arbeidsresultater blir verdsatt av min nærmeste leder
Jeg får ofte skryt og ros av min leder
Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å delta i viktige avgjørelser

Respondentene ble bedt om å ta stilling til disse påstandene gjennom å vurdere dem på en skala fra 1=stemmer godt til 5=stemmer ikke.

6.8.2 Min nærmeste leder gjør en god jobb

I figuren på neste side vises fordelingen på påstanden om de var fornøyd med jobben nærmeste lederen utførte. Det er 9 423 hjelpepleiere som har svart på dette spørsmålet og godt over halvparten (56 prosent) har oppgitt at de synes det stemmer meget godt eller ganske godt at deres nærmeste leder gjør en god jobb.



Figur 6.3 Fordeling på påstanden "Min nærmeste leder gjør en god jobb". Prosent. 2008.

Videre i dette delkapittelet fortsetter vi med følgende inndeling:

- Hjelpepleiere som har svart at de synes det stemmer meget godt eller ganske godt at deres nærmeste leder gjør en god jobb, er *fornøyd med jobben nærmeste leder gjør*
- Hjelpepleiere som har svart at de synes det stemmer av og til, stemmer ganske dårlig og stemmer ikke at deres nærmeste leder gjør en god jobb, er *ikke fornøyd med jobben nærmeste leder gjør*

Hvordan fordeler dette seg ut på arbeidsenhetene? Vi finner igjen samme mønster når vi ser fordelingen på enhetene. Gjennomgående har godt over halvparten av hjelpepleierne oppgitt å være fornøyd med den jobben nærmeste leder gjør på alle arbeidsenheter. Tabellen under viser blant annet at den største andel av hjelpepleierne som er fornøyd med lederens jobb arbeider enten på dagsenter, innenfor rehabilitering, annet eller innenfor psykisk helsearbeid.

Tabell 6.5 Fornøyd med jobben nærmeste leder gjør, fordelt på arbeidsenhet. Andel. 2008

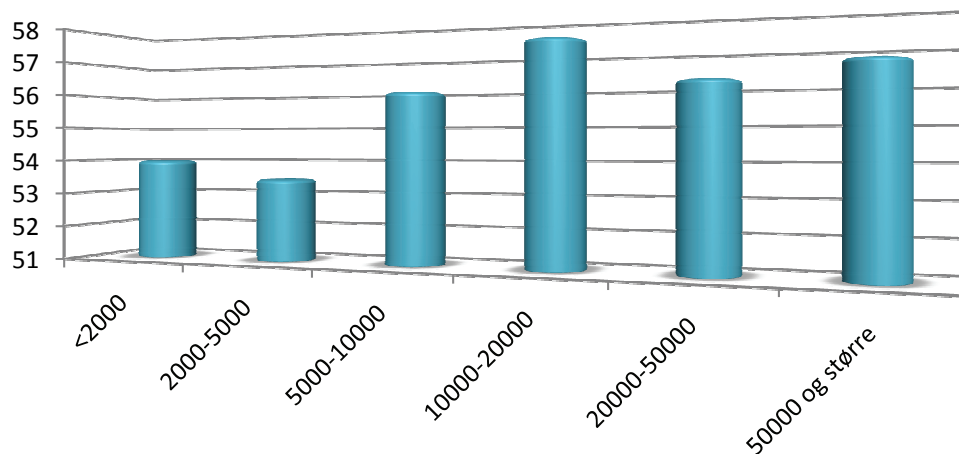
	Andel fornøyd
Sykehjem	54,6
Hjemmebaserte tjenester	58,5
Dagsenter	64,5
Rehabilitering	62,9
Bofellesskap	51,0
Omsorgsbolig	52,9
Psykisk Helse	62,8
Rus	51,4
Annet	65,2
<i>Er du generelt fornøyd med arbeidstiden din?</i>	
Ja	59,0
Nei	42,0
<i>Er du generelt fornøyd med stillingsandelen din?</i>	
Ja	57,6
Nei	51,2
Mann	61,4
Kvinne	55,7
<i>Stillingsandel:</i>	
0-50 prosent	58,0
50-100 prosent	55,4
Mer enn 100 prosent	56,1

Rett i underkant av 60 prosent av hjelpepleiere som har oppgitt å være generelt fornøyd med arbeidstiden sin er også fornøyd med jobben nærmeste lederen gjør. Hjelpepleiere som har oppgitt å være fornøyd med stillingsandelen sin oppgir 57,6 prosent å være fornøyd med nærmeste leders jobb.

Vi finner også at en større andel av menn oppgir å være fornøyd med jobben nærmeste leder gjør enn kvinner. I utvalget er andelen menn lav (omtrent tre-fire prosent), men dette er representativt fordelingen i sektoren for denne yrkesgruppen.

Kommunestørrelse

Det kan tenkes at større kommuner tiltrekker seg lettere arbeidskraft enn små kommuner, og at dette gir utslag at i større kommune har ledere som er bedre kvalifisert og erfaring til å takle de utfordringer lederrollen gir. I datasettet som her benyttet har vi hjelpepleierens subjektive holdning til deres nærmeste leder gjør en god jobb. Figur 6.4 viser andel hjelpepleiere som er fornøyd med nærmeste leders jobb fordelt på kommunestørrelse.

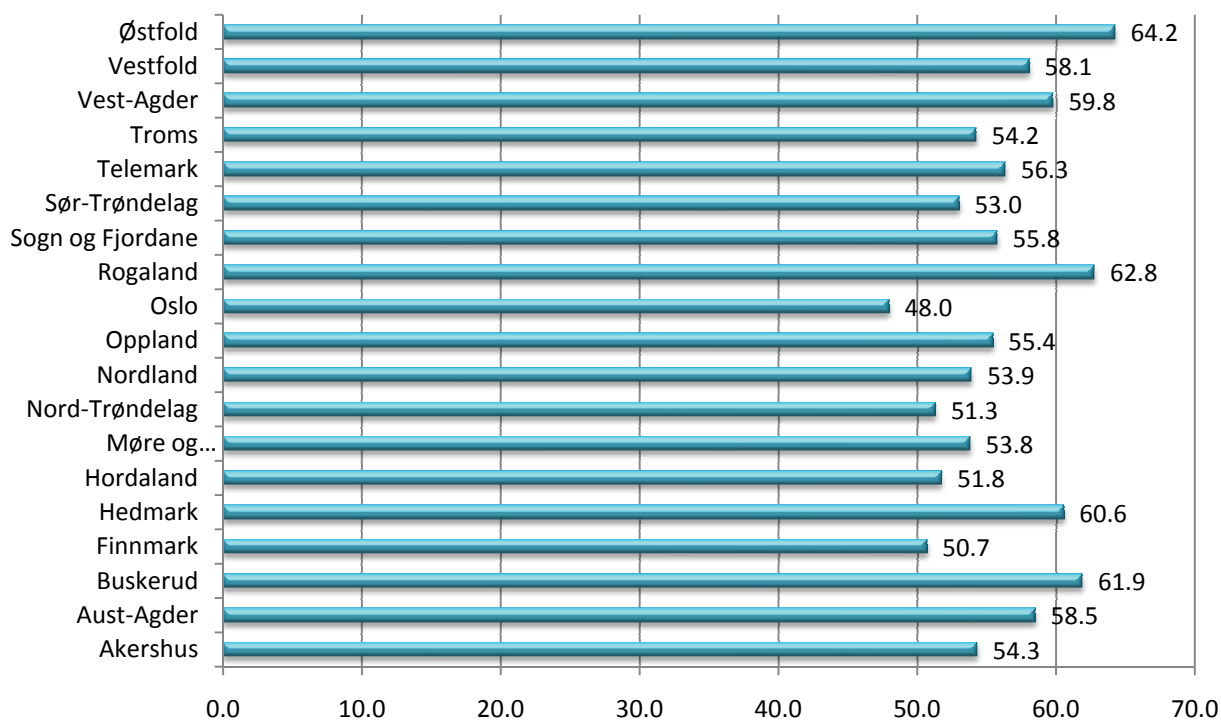


Figur 6.4 Andel hjelpepleiere som er fornøyd med jobben nærmeste leder gjør, fordelt på kommunestørrelse. Prosent. 2008

Som figuren viser finner vi ingen systematisk sammenheng mellom kommunestørrelse og andel av hjelpepleiere som er fornøyd med nærmeste leders jobb. Den største andel hjelpepleiere som er fornøyd med sin nærmeste leders jobb er i kommunestørrelsen 10 000 – 20 000 innbyggere.

Fylkesvise forskjeller

Finnes det noen geografiske forskjeller mellom andelen av hjelpepleierne som er fornøyd med jobben nærmeste leder gjør? Figuren viser andelen fornøyd med jobben nærmeste leder gjør fordelt på fylkene.



Figur 6.5 Andel fornøyd med jobben nærmeste leder gjør, fordelt på fylke. 2008.

Vi finner at lavest andel av hjelpepleierne som er fornøyd med jobben nærmeste leder gjør er i Oslo, hvor 48,1 prosent har oppgitt dette, deretter Finnmark med 50,7 prosent. Den høyeste andelen finner vi i fylkene Hedmark, Rogaland, Buskerud og Østfold, som alle har en andel med hjelpepleiere som er fornøyd med nærmeste leders jobb på over 60 prosent.

6.8.3 Kontakt med nærmeste leder

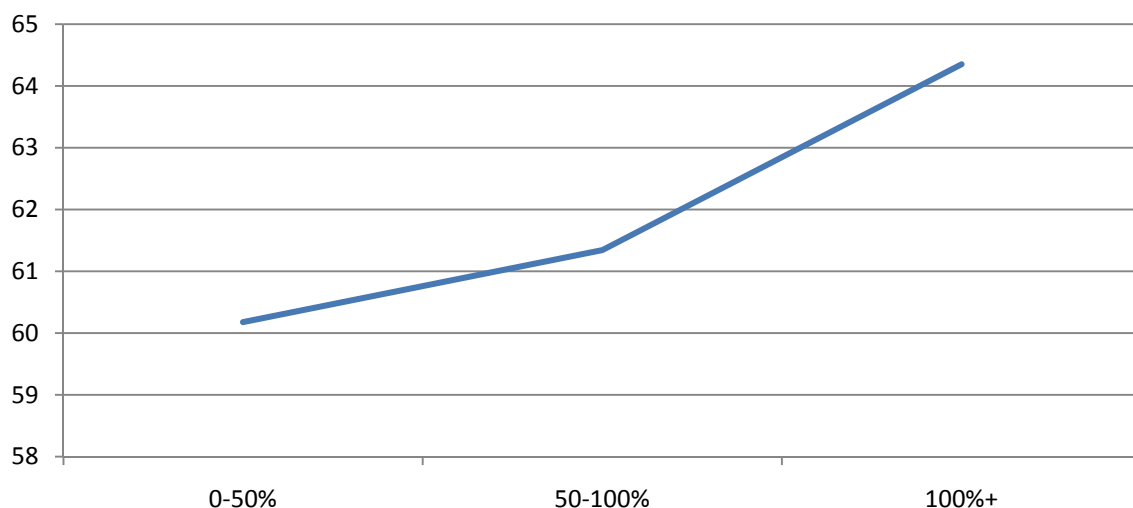
Tabellen under viser at 62 prosent av utvalget i spørreskjemaundersøkelsen har oppgitt at det stemmer meget godt eller ganske godt at deres arbeidsresultater blir verdsatt av nærmeste leder. Nær 13 prosent av utvalget rapporterte at denne påstanden stemte ganske dårlig eller at det ikke stemmer.

Tabell 6.6 Fordeling på påstanden "Mine arbeidsresultater blir verdsatt av min nærmeste leder". Frekvens og prosent, 2008.

	Frekvens	Prosent	Kumulativ prosent
Stemmer meget godt	2023	21,6	21,6
Stemmer ganske godt	3788	40,5	62,1
Stemmer av og til	2352	25,1	87,3
Stemmer ganske dårlig	795	8,5	95,8
Stemmer ikke	398	4,3	100,0
Totalt	9356	100,0	

Som vist i kapittel 6.8.1 ser vi på følgende påstander: "Mine arbeidsresultater blir verdsatt av min nærmeste leder", "Jeg får ofte skryt og ros av min leder" og "Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å delta i viktige avgjørelser". Med andre ord, hjelpepleiere som har svart at de synes det stemmer meget godt eller ganske godt at deres arbeidsresultater blir verdsatt av min nærmeste leder, kommer i kategorien *Mine arbeidsresultater blir verdsatt av min nærmeste leder*. (J.fr forrige delkapittel). Denne inndelingen gjør at vi kan se på andelen fordelt på ulike variabler, som fylke, kommunestørrelse, arbeidsenhet osv. Dette har vi gjort for alle variablene, presentert i tabell 6.7, men kommenterer bare noen av sammenhengene.

Figuren nedenfor viser fordelingen av de som har oppgitt at deres arbeidsresultater blir verdsatt av nærmeste leder, fordelt på stillingsandel. Vi finner en høyere andel som føler at deres arbeidsresultater blir verdsatt av nærmeste leder jo større stillingsandel de har. Vel å merke er stillingsandelen svært bredt inndelt, og det kan tenke seg at noe annet hadde kommet frem om vi hadde brukt en finere inndeling av stillingsprosentene.



Figur 6.6 Andel som har oppgitt at deres arbeidsresultater blir verdsatt av nærmeste leder, fordelt på stillingsandel. 2008.

Vi finner nærmest en normalfordeling på påstanden ” Jeg får ofte skryt og ros av min nærmeste leder”, og 41 prosent av utvalget har svart at dette stemmer av og til. I tabellen under ser vi nærmere på den andelen som har oppgitt at de ofte får skryt og ros av nærmeste leder fordelt på arbeidsenhet. Vi finner at den laveste andelen som oppgir å få ofte skryt og ros av nærmeste leder arbeider på sykehjem, etterfulgt av omsorgsboliger og bofellesskap.

Tabellen viser andel som ofte får skryt og ros av nærmeste leder, arbeidet blir verdsatt og blir oppmuntret til å delta i avgjørelser, fordelt på de samme variablene som i forrige delkapittel. Tabellen blir ikke nærmere kommentert.

Tabell 6.7 Andel som ofte får skryt og ros av nærmeste leder, arbeidet blir verdsatt og blir oppmuntret til å delta i avgjørelser, fordelt på ulike variabler

	Nærmeste leder...		
	gir meg ofte skryt og ros	verdsetter mitt arbeid	oppmuntrer
Sykehjem	24,0	60,7	37,4
Hjemmebaserte tjenester	28,8	62,7	40,2
Dagsenter	38,1	72,5	60,8
Rehabilitering	34,7	68,2	44,8
Bofellesskap	24,8	57,3	41,7
Omboligsbolig	24,7	61,5	41,4
Psykiske helse	41,2	69,9	55,7
Rus	50,0	71,4	51,4
Annet	37,9	76,1	55,6
<i>Er du generelt fornøyd med arbeidstiden din?</i>			
Ja	28,8	65,3	43,7
Nei	19,1	48,9	29,3
<i>Er du generelt fornøyd med stillingsandelen din?</i>			
Ja	28,1	64,0	43,9
Nei	23,3	56,7	33,2
Menn	36,2	63,2	45,6
Kvinner	26,6	62,0	40,6
<i>Stillingsandel:</i>			
0-50 %	21,9	60,2	35,7
50-100 %	25,3	61,3	38,8
Mer enn 100 %	32,4	64,3	47,5

6.8.4 Empirisk tilnærming

I dette delkapittelet konsentrerer vi oss kun om respondenter som har svart at det stemmer meget godt eller ganske godt på de variablene som er nærmere beskrevet i forrige delkapittel. Vi gjennomfører her en analyse på hvilke faktorer som påvirker respondentenes rapportering av disse variablene.

Det er flere forhold som kan tenkes å påvirke forholdet til nærmeste leder. Dette er blant annet arbeidstid, arbeidsplass, stillingsandel, arbeidsmiljø og personlige kjennetegn. Vi har kjørt en logistisk regresjonsanalyse, hvor den første avhengige variabelen er at hjelpepleiere er fornøyd med jobben nærmeste leder gjør, deretter hjelpepleierne opplever at deres arbeid blir verdsatt av nærmeste leder, osv. Resultatene fra analysen er rapportert i tabell 6.8.

En regresjonsanalyse har hovedformål å estimere partielle effekter. Dette betyr at vi kan beregne effekten av en variabel samtidig som vi holder effekten av andre variabler konstant. For eksempel kan vi beregne om det å være fornøyd med jobben nærmeste leder gjør, er en funksjon av hvor hjelpepleieren arbeider, arbeidsenhet, samtidig som vi kontrollerer for andre variabler, eksempel at respondentene har ulik alder. Med andreord kan vi her si at vi beregner effekten av hvor hjelpepleieren arbeider på om de er fornøyd med nærmeste leders jobb, for informanter med lik alder.

6.8.5 Resultater

Resultatene fra regresjonsanalysen er rapportert i tabell 6.8. I det følgende kommenterer vi de funn som vi synes å være relevante for denne rapporten, og disse resultatene drar vi videre inn i oppsummeringen på kapittelet om ledelse.

I tabellen har vi ikke rapportert standardfeil eller t-verdier som indikatorer for signifikans, men har valgt å merke estimer med stjerne hvis de er signifikant ulik null for ulike signifikantnivå som i kapittel 3 og 4. Det totale antallet observasjoner i datainnsamlingen var ca. 9800. Dersom respondentene ikke har svart på et av spørsmålene som inngår i analysen, vil respondenten falle ut av utvalget som den empiriske analysen baseres på. Derfor er antall observasjoner i følgende analyse noe lavere enn hele utvalget.

Tjenestetype og arbeidsmiljø

Når vi kontrollerer for en mengde faktorer, som alder, arbeidstid, osv, finner vi ingen systematisk sammenheng med tjenesteenhet og de ulike ledelsesfaktorene. Derimot skiller hjelpepleiere som har oppgitt å arbeide innenfor bofellesskap seg noe ut.

Hjelpepleiere som arbeider innenfor et bofellesskap har signifikant *lavere* sannsynlighet for å være fornøyd med jobben nærmeste leder gjør og å bli verdsatt av nærmeste leder, sammenliknet med hjelpepleiere som har oppgitt å arbeide på sykehjem. Vi ser at effekten vedvarer selv om vi kontrollerer for arbeidsmiljøforhold.

Tabell 6.8 Regresjonsresultater

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Fornøyd med leder		Blir verdsatt av leder		Oppmuntret		Får ofte skryt og ros	
Hjemmebaserte tjenester (ref: Sykehjem)	0,14**	0,083	0,044	-0,029	0,018	-0,047	0,18***	0,18**
Dagsenter (ref: Sykehjem)	-0,024	-0,084	0,051	-0,023	0,29*	0,17	0,047	0,022
Rehad (ref: Sykehjem)	0,34**	0,22	0,30*	0,21	0,31*	0,18	0,51***	0,45**
Bofelleskap (ref: Sykehjem)	-0,15**	-0,24***	-0,15**	-0,28***	0,17**	-0,038	0,020	-0,098
Omsorgsbolig (ref: Sykehjem)	-0,054	-0,17*	0,015	-0,14	0,15	0,0028	0,016	-0,030
PH (ref: Sykehjem)	0,21	0,100	0,21	0,076	0,50***	0,066	0,58***	0,38**
Rus (ref: Sykehjem)	-0,14	-0,096	0,35	0,31	0,36	0,049	1,03***	0,72**
Annet (ref: Sykehjem)	0,29**	0,20	0,59***	0,49***	0,43***	0,29**	0,35***	0,31**
50-100 % (ref: < 50 %)	-0,15*	-0,066	-0,13	-0,14	0,058	0,085	0,22	0,20
100% (ref: < 50 %)	-0,22**	-0,033	-0,28	-0,19	-0,52**	-0,37	-0,22	-0,11
Vikar (ref: Fast)	0,14	0,28*	-0,79	-0,56*	-0,016	-0,050	0,097	0,089
Ekstra (ref: Fast)	-0,30	-0,27	-0,40	0,053	0,081	0,12	0,21**	0,24**
Innleid (ref: Fast)	-0,20	-0,097	0,044	0,18*	0,31***	0,37***	0,44***	0,48***
Kun kveld (ref: kun dag)	-0,66***	-0,69***	0,069	-0,85***	-1,08***	-1,13***	-0,87***	-0,93***
Kun natt(ref: kun dag)	-0,75***	-0,68***	-0,80***	-0,83***	-1,09***	-1,15***	-1,07***	-1,09***
Todelt (ref: kun dag)	-0,43***	-0,30**	-0,84***	-0,45***	-0,64***	-0,50***	-0,63***	-0,50***
Trefelt (ref: kun dag)	-0,57***	-0,48***	-0,54***	-0,51***	-0,69***	-0,61***	-0,64***	-0,59***
Ønsket (ref: kun dag)	-0,22	-0,16	-0,57***	-0,35*	-0,48***	-0,41**	-0,61***	-0,57***
Annet (ref: kun dag)	-0,44***	-0,42**	-0,40**	-0,53***	-0,62***	-0,67***	-0,70***	-0,70***
30-39 år (ref: < 30 år)	0,16	0,10	-0,60***	-0,014	0,39***	0,44***	0,10	0,11
40-49 år (ref: < 30 år)	0,26**	0,20	0,024	-0,011	0,53***	0,55***	0,073	0,034
50-59 år (ref: < 30 år)	0,22**	0,078	0,074	-0,14	0,41***	0,39***	-0,11	-0,11
60+ år (ref: < 30 år)	0,46***	0,33**	0,017	0,043	0,37***	0,38**	-0,080	-0,012
2000-5000 (ref: < 2000)	-0,055	-0,060	0,21	0,086	0,013	-0,014	-0,022	-0,067
5000-10000 (ref: < 2000)	0,077	0,082	0,092	0,22*	0,096	0,095	0,073	0,046
10000-20000 (ref: < 2000)	0,13	0,17	0,22*	0,28**	0,19	0,16	0,24*	0,22
20000 - 50000(ref: < 2000)	0,068	0,10	0,25**	0,34***	0,26**	0,23*	0,30**	0,24*
50000 + (ref: < 2000)	0,12	0,15	0,30***	0,28**	0,24**	0,26**	0,24*	0,19
Skilt (ref: gift/samboer/partner)		-0,084	0,21*	-0,067		-0,15*		-0,052
Enke (ref: gift/samboer/partner)		0,016		0,10		0,082		0,068
Ugift (ref: gift/samboer/partner)		-0,14		-0,15		-0,13		-0,16
Ingen barn		-0,023		-0,049		-0,13*		-0,079
Røyker		0,067		0,11**		0,17***		0,23***
<i>Arbeidsmiljøfaktorer:</i>								
Fleksibilitet		-0,011		-0,051*		-0,23***		-0,22***
Arbeidsbelastning		0,35***		0,27***		0,063**		-0,078**
Konstantledd	0,50**	0,42*		0,77***	-0,51**	-0,56**	-0,87***	-0,95***
Antall observasjoner	8 459	7 195	8 438	7 195	8 466	7 195	8 630	7 195

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

I første omgang finner vi at hjelpepleiere som jobber innenfor hjemmebaserte tjenester har større sannsynlighet for å svare at de er fornøyd med jobben nærmeste lederen gjør, enn en hjelpepleier som jobber innenfor sykehjem. Det kan her tenkes at hjelpepleiere som arbeider innenfor hjemmebaserte tjenester har en større avstand til sin leder, fordi de ikke nødvendigvis fysisk omgår hverandre på arbeidsenheten, og dermed blir utfallet av nærmeste leders jobb mindre relevant for disse hjelpepleierne, enn for de som arbeider på sykehjem. Det kan også tenkes at dette funnet indikerer at lederne på sykehjem har en vanskeligere jobb enn lederne i hjemmetjenestene.

Denne sammenhengen forsvinner når vi inkluderer flere faktorer i analysen, som arbeidsmiljøfaktorene. Vi finner da ingen signifikant sammenheng mellom å være fornøyd jobben nærmeste leder gjør og å arbeide innenfor hjemmebaserte tjenester. Derimot finner vi at en hjelpepleier som *ikke* opplever sin arbeidssituasjon som belastende har større sannsynlig for å være fornøyd med jobben nærmeste leder gjør. Dette viser at det ikke nødvendigvis er type arbeidsenhet som er avgjørende for om hjelpepleieren er fornøyd med jobben nærmeste leder gjør, men forskjellen i belastning hjelpepleieren utsettes for. I en utfyllende analyse kunne det vært

interessant å se nærmere på hva som oppleves å være belastende på hver enkelt arbeidsenhet, men dette ligger utenfor dette prosjektets rammer.

Hjelpepleier som har oppgitt å ha mindre *fleksibilitet* i sin arbeidssituasjon har lavere sannsynlighet for å oppgi at jobben de gjør blir verdsatt av nærmeste leder, at de blir oppmuntret av sin nærmeste leder og for å oppgi å få ros og skryt av nærmeste leder.

Arbeidstidsordning (turnus)

Hvilken type arbeidstidsordning hjelpepleieren arbeider innen har systematisk sammenheng med forholdet til lederen.

Resultatene viser at hjelpepleier som arbeider i *andre* arbeidstidsordninger enn kun dagtid, har en lavere sannsynlighet for å være fornøyd med jobben lederens deres gjør, enn de hjelpepleierne som kun arbeider dagtid. Dette gjelder for samtlige arbeidstidsordningen, foruten om de som har oppgitt å jobbe i ønsketurnus. Dette resultatet gjelder også for sannsynligheten for å bli verdsatt av lederen, oppmuntret av lederen til å ta del i avgjørelser og oppgi å ofte få skryt og ros av sin nærmeste leder.

Kommunestørrelse

Større kommuner tiltrekker seg lettere arbeidskraft enn små og utkants – kommuner. Vi ønsker å se om vi fant noen effekt av kommunestørrelse på hjelpepleiernes sannsynlighet for å være fornøyd med nærmeste lederens jobb. Dette fant vi ikke. Derimot fant vi signifikant større sannsynlighet for at hjelpepleierne har oppgitt at de blir verdsatt av nærmeste leder, oppmuntret til å ta del i avgjørelser og får skryt og ros av nærmeste leder, for hjelpepleiere som bor i større kommuner.

6.9 Oppsummering

I dette kapittelet har vi hatt fokus på ledelse i de seks kommunene, med et hovedfokus på operativ- og på virksomhetsnivå.

Vi har sett nærmere på hva informantene selv syntes en god leder er, forankring og kunnskap om kommunens mål og visjoner, erfaring og kompetanse blant lederne og mulighetene for faglig utvikling blant lederne. Det empiriske har vært basert på kvalitative intervjuer med representanter for de ansatte og ledere fra ulike nivåer i kommunene, både administrativt og politisk.

Bare i de seks kommunene vi har undersøkt, finner vi betydelige variasjoner mellom kommunene og innad i kommunene når det gjelder hva de ulike informantene mener er en god leder. Det er vel å merke ikke ett svar på dette spørsmålet, og det var heller ikke vår intensjon å lete etter en fellesnevner. Ulikhetene i kommunen og mellom kommunen viser klare forskjeller i fokus på hva de ulike leddene legger i begrepet, fra å ikke ha en formening om hva god ledelse er, til å ha klare holdninger på hva god ledelse innebærer for dem. Dette kan også settes i perspektiv til forankring og kunnskap til kommunens mål og visjoner, hvor vi finner det samme mønsteret. Det er de samme kommunene som har et klart og homogent bilde av hva en god leder er, som også har en klar forankring av kommunens visjon og målsetting. Dette kan tyde på at dette er noe som har hatt fokus i kommunene. Når visjon og mål er noe som blir snakket om og debattert, vil dette kunne gjenspeile seg i kommunenes samarbeidsstruktur, som vi også så kapittelet om samarbeid.

Når vi så på erfaring og utdanningsnivå til lederne i casekommunene, finner vi ikke noe uforventet. Generelt finner vi at det er toppledelsen, utenom ordfører, som har den formelle lederutdannelsen og på virksomhets- og operativnivå har alle lederne en faglig relatert utdanning, men når vi ser nærmere på ledernes ønske om større kompetanse på ledelse og fagligutvikling, er dette noe kommunene sliter med å få gjennomført. Dette er påpekt å være vanskelig fordi de i utgangspunktet har en såpass innholdsrik og "stram" arbeidsdag at det er vanskelig å gjennomføre og kommunene legger i ulik grad til rette for lederutvikling.

Det går klart frem fra gjennomgangen av kompetanse og erfaring blant lederne at om nesten alle lederne er rekruttert fra en annen stilling innen kommunal sektor og at de har blitt oppfordret til å søke eller at de har tiltrått stillingen ved en omorganisering. Norske kommuner har ikke nok ressurser til å konkurrere på lønn ved ansettelse av personell, og flere av casekommunene opplyser at de tidvis har opplevd problemer med å få tak i nøkkelpersonell med den rette kompetansen. Norge, som andre vestlige land, står ovenfor en endret demografisk sammensetting av befolkning, og behovet for arbeidskraft innenfor pleie- og omsorgssektoren er stort og vil være økende i årene som kommer.

Vi har benyttet data fra spørreskjemaundersøkelsen blant hjelpepleiere ansatt i pleie- og omsorgssektoren, som ble gjennomført våren 2008. Vi fant ingen systematisk sammenheng med tjenesteenhet og de ulike ledelsesfaktorene. Derimot skiller hjelpepleiere som har oppgitt å arbeide innenfor bofellesskap seg ut. Hjelpepleiere som arbeider innenfor et bofellesskap har signifikant *lavere* sannsynlighet for å være fornøyd med jobben nærmeste leder gjør og å bli verdsatt av nærmeste leder, sammenliknet med hjelpepleiere som har oppgitt å arbeide på sykehjem. Denne sammenhengen blir sterkere når vi kontrollerer for arbeidsmiljøfaktorer.

Hjelpepleiere som har oppgitt å ha mindre *fleksibilitet* arbeidssituasjonen har lavere sannsynlighet for å oppgi at jobben de gjør blir verdsatt av nærmeste leder, at de blir oppmuntret av sin nærmeste leder og får ros og skryt av nærmeste leder. Vi ser dermed ledelse- og arbeidsmiljømessige problemstillinger henger sammen. Indirekte vil derfor variasjon i opplevd arbeidsmiljø kunne tenkes å gi en indikasjon også på ledelsesmessige forhold. Vi skal se nærmere på denne sammenhengen i kapittelet om arbeidsmiljø.

7 Arbeidsmiljø i kommunale pleie- og omsorgstjenester

7.1 Innledning

Helsesektoren har opplevd en enorm endring i løpet av de siste årene, med teknologiske nyvinninger, nedbemanninger og kostnadsutt (Hallin & Danielson 2007). Dette har også medført økt belastning på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Kommunene har blant annet fått ansvar for stadig tyngre pasienter på grunn av at oppholdstiden ved sykehus har gått ned. Disse endringene har medført at arbeidstakerne i pleie- og omsorgssektoren står overfor mange utfordringer av både fysisk og psykisk karakter. Faktorer som har blitt framhevet i internasjonal forskningslitteraturen på inkluderer hyppige omorganiseringer, økende tidspress, utstrakt bruk av deltidsansatte og vanskeligheter med å rekruttere fagpersonell (Gunnarsdottir et al. 2003; Hallin & Danielson 2007; Kuokkanen et al. 2003; Sveinsdottir & Gunnarsdottir 2008). I tillegg utfører arbeidstakerne sine arbeidsoppgaver i en kompleks organisatorisk struktur, Dette er faktorer som i sin tur har blitt relatert til økt slitasje blant arbeidstakerne som kan bidra til økt sykefravær og for tidlig avgang fra yrkeslivet (Sørensen et al. 1998). Dette ble også vist i kapittel 4 i denne rapporten, hvor figur 4.3 viste at sykefraværet i nivå ligger høyere i pleie- og omsorgstjenestene sammenlignet med for eksempel sykefraværet i grunnskolen og i barnehage som er andre store deler av kommunal sektor.

Vi vet relativt lite om hvordan arbeidsmiljøet påvirker helse, trivsel og velvære blant ansatte innen de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Lite forskning har blitt gjennomført blant denne gruppen ansatte i Norge. I internasjonal forskningslitteratur har fokus i stor grad blitt rettet mot arbeidsmiljøet i sykehus, og mer spesifikt mot sykepleieres opplevelse av belastninger i arbeidsmiljøet og i organisasjonen. I denne delen av rapporten vil vi se nærmere på forholdet mellom arbeidsmiljø, helse og trivsel blant arbeidstakere i den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Datakildene som er brukt som utgangspunkt i dette kapitlet er hentet fra to store og omfattende undersøkelser gjennomført av SINTEF. Disse består av intervjuer med ansatte innen pleie- og omsorgssektoren i 6 norske kommuner, og en stor spørreundersøkelse gjennomført blant norske hjelpepleiere i 2008.

Det gode arbeidsmiljø

"...det å være trygg på hverandre og det og spørre hverandre om hjelp. Det er høyde for at en trenger ikke kunne alt. Kan bruke hverandre sine kvaliteter. Noen er flink på en ting mens andre kan være flink på noe annet. Vi er veldig flinke til å bruke hverandre. Vi er flinke til å supplere og bruke kunnskapen til hverandre. Samtidig få lov til å være ny. Det har vi i bakhodet hele tiden. Aldri dumt å spørre om noe."
(Verneombud, sykehjem, K1)

Sitatet over viser hva et verneombud på et sykehjem i en casekommune svarte på spørsmålet om hva som kjennetegner det gode arbeidsmiljøet på hans/hennes arbeidsplass. Et dårlig arbeidsmiljø kan føre til mistriksel og sykdom mens et godt arbeidsmiljø kan gi opplevelse av mestring, reduksjoner i

arbeidsrelatert sykdom og trivsel blant arbeidstakerne. Det er i alles interesse at arbeidsmiljøet er godt. I denne delen av rapporten vil vi undersøke arbeidsmiljøet i pleie- og omsorgssektoren. Dette for å se på hvilke dimensjoner som best kan beskrive arbeidsmiljøet, hvilke utfordringer man står ovenfor i denne sektoren samt se på effekten av arbeidsmiljøfaktorer på de ansattes egenrapporteringer av trivsel og fysisk og psykisk helse og velvære på arbeidsplassen.

7.2 Tidligere forskning

Arbeid, arbeidsmiljø og arbeidsbetingelser har generelt vært i kontinuerlig endring i de siste tiårene (Stansfeld & Candy, 2006). Endringene inkluderer blant annet sammensetningen av arbeidsstyrken (f.eks: flere eldre arbeidstakere), implementering av ny teknologi og økning i antall midlertidige ansatte og økning i antall ansatte som jobber deltid (Sparks et al., 2001). Kravene som stilles til arbeidstakerne har også endret seg. Færre jobber defineres i dag ut fra fysiske krav, mens psykologiske, kognitive og emosjonelle krav blir stadig mer fremtredende (Siegrist et al., 2004). Samlet sett betyr dette at arbeidsbetingelsene som påvirker helse, trivsel og velvære på arbeidsplassen er annerledes i dagens arbeidsmarked sammenlignet med for noen år siden.

Å være i arbeid er for de aller fleste positivt. Forskning har vist at å være i arbeid bidrar til bedre helse, gir identitet, mening og tilfredshet i livet (Svensson et al., 2006) Også fra virksomhetenes side er arbeidstakerne en ressurs som må håndteres og bli tatt vare på, for å motivere og engasjere arbeidstakerne, som i sin tur vil bidra til å sikre virksomhetens effektivitet og overlevelse på lengre sikt (Keyes & Grzywacz 2005). Forskning har imidlertid vist at problemer knyttet til arbeidsplassen som for eksempel de ansattes opplevelse av et dårlig arbeidsmiljø (stress, høy arbeidsmengde, lange arbeidsdager og dårlige sosiale forhold på arbeidsplassen), og organisasjonens manglende engasjement i ansattes helse, velvære og sikkerhet har blitt relatert til variabler som fysiske og psykiske helseplager, trivsel og ytelse (Arnetz & Arnetz, 2000, Kelloway & Day, 2005).

7.2.1 Om arbeidsmiljøet

Arbeidsmiljøet består av fysiske, psykososiale og organisatoriske karakteristika (Chan & Huak, 2004, Chen & Johantgen, 2010). Arbeidsmiljøfaktorer kan klassifiseres i henhold til om de omhandler det spesifikke arbeidet som utføres på arbeidsplassen, eller være relatert til hvordan arbeidet organiseres (Peterson, 2004). Arbeidsmiljøet vil også bli påvirket av ytre faktorer (som for eksempel nasjonal kultur, økonomi og rammebetingelser), individuelle karakteristika (kjønn, alder, personlighet m.m.) og teknologi som er tilgjengelig for å utføre arbeidsoppgavene. I et godt arbeidsmiljø vil det være balanse mellom alle disse elementene. En slik balanse har i tidligere forskning blitt relatert til reduksjon i arbeidstakers stressnivå, sykefravær og en nedgang i psykiske og fysiske arbeidsrelaterte plager.

En rekke "jobbstressorer" – her definert som en situasjon, hendelse eller et krav som forstyrrer likevekt og utløser en stressreaksjon - kan oppstå, eller finnes innen det fysiske, psykososiale eller det organisatoriske arbeidsmiljøet. Antagelsen er at slike jobbstressorer vil ha en potensiell negativ effekt på de ansattes opplevelse av helse, velvære og trivsel på arbeidsplassen som i sin tur vil medføre en økning i turnover intensjon (ønske om å forlate arbeidsplassen), sykdom (både fysisk og

psykisk) og sykefravær (Hurrell et al., 1998). Imidlertid vil effekten av potensielle stressorer i et arbeidsmiljø være betinget av hvilke ressurser den enkelte ansatte føler at han/hun har for å mestre, styre eller kontrollere arbeidsmiljøet. Dette impliserer at situasjoner ikke *er* stressende i seg selv, men at de *blir* en kilde til stress dersom den enkelte ansatte tolker situasjonen eller hendelsen som en trussel mot egen sikkerhet, trivsel, helse og velvære. Videre viser forskning at samhandlingen mellom kolleger i samme arbeidsgruppe er viktig for å forstå hva som oppleves som en stressor i ulike arbeidsmiljø (Bliese & Jex, 2002).

Som nevnt består arbeidsmiljøet av en interaksjon mellom fysiske, psykososiale og organisatoriske faktorer (Chan & Huak 2004, Garcia et al., 2004). Inkludert i det fysiske arbeidsmiljøet er aspekter som arbeidsplassens ytre omgivelser, arbeidstidsordninger og fysisk arbeidsmengde (Carlopio, 1996). Fysiske arbeidsmiljøfaktorer har i tidligere studier blitt relatert til en økning i sykefravær, muskel og skjelettplager, utmattelse, stress, egenrapportert helse og til en økt risiko for ulykker og nesten-ulykker på arbeidsplassen (Bauer et al., 2009, Benavides 2006, Cartwright & Cooper 1997, Voss et al., 2001) stressrelaterte plager, en økt forekomst av sykefravær, muskel og skjelettplager, utmattelse og også til ulykker og nesten-ulykker på arbeidsplassen (Bauer et al., 2009, Benavides, 2006, Cartwright & Cooper, 1997, Hoogendoorn et al., 2002, Voss et al., 2001).

Det psykososiale arbeidsmiljøet utvikles og opprettholdes som et resultat av sosiale og interpersonlige interaksjoner på arbeidsplassen, og er på denne måten en beskrivelse av arbeidsplassens sosiale og psykologiske karakteristika (Hammer et al., 2004, Chan & Huak, 2004). De mest brukte teoretiske rammeverkene for å undersøke det psykososiale arbeidsmiljøet er influert av tradisjonelle stressteorier. Innen et stressteoretisk rammeverk antas det at arbeidsmiljøet oppleves som *unik* av den enkelte arbeidstaker, og det er derfor individuelle tolkninger og erfaringer som fører til stressreaksjoner som i sin tur påvirker utviklingen av jobbrelatert sykdom og redusert opplevelse av velvære (Wilhelmsson et al., 1999, Baker et al., 2003, Skogstad, 2000, Carr et al., 2003). Dette betyr også at ingen situasjoner eller hendelser som oppstår i arbeidsmiljøet er *objektivt* stressende, men blir en kilde til stress dersom arbeidstakeren ikke opplever at situasjonen eller hendelsen mestres på en tilfredsstillende måte ut i fra arbeidstakerens tilgjengelige ressurser og verdier. På grunn av dette vil faktorer og situasjoner i arbeidsmiljøet påvirke helsetilstanden til de ansatte på ulike måter avhengig av den enkeltes subjektive vurdering av en gitt situasjon.

Aspekter som har blitt studert under overskriften "psykososialt arbeidsmiljø" inkluderer psykologiske jobbkrav, beslutningsfrihet (kontroll), sosial støtte fra ledelse og kolleger, muligheter for utvikling, konflikter på arbeidsplassen, repetitive arbeidsoppgaver, rolleklarhet, opplevd forutsigbarhet og jobbusikkerhet (Wilhelmsson et al., 1999). En av de mest kjente – og mest brukte - modellene for å redegjøre for forholdet mellom arbeidsmiljø og helse er krav-kontroll-støtte modellen (Johnson & Hall, 1988, Karasek & Theorell, 1990, Karasek, 1979). I krav-kontroll-støtte modellen antas det at arbeidstakeres psykiske og fysiske helsetilstand er negativt assosiert med høye opplevde jobbkrav og positivt assosiert med høy grad av opplevd kontroll over arbeidet og arbeidsoppgaver og også med en opplevelse av sosial støtte på arbeidsplassen. Psykologiske jobbkrav i denne modellen inkluderer både kvantitative og kvalitative jobbkrav og inkluderer elementer som tidspress (om det er tilstrekkelig tid til å gjennomføre arbeidsoppgavene), arbeidsmengde, konsentrasjonskrav og om det er konflikter mellom kravene som stilles til de ansatte (Punnett & Wegman 2004, Jeding et al., 1999). I henhold til den opprinnelige er utviklingen av jobbrelatert sykdom og "uhelse" et resultat av den kombinerte effekten av flere krav opprettholdt over en gitt tidsperiode (Josefsson et al., 2007).

Opplevd kontroll inkluderer de ansattes opplevelse av mulighetene for å utvikle og bruke egne ferdigheter og muligheten til å utøve kontroll over beslutninger som er viktige for eget arbeid. I modellen fremheves det at effekten av høye psykologiske jobbkraav vil modereres dersom arbeidstakeren har mulighet til å utøve kontroll over hvordan disse kravene skal møtes og løses (Karasek & Theorell 1990, Theorell et al., 2003). Opplevelse av sosial støtte fra nærmeste leder og kolleger antas å ha en "buffer"-effekt i forholdet mellom arbeidsmiljø, arbeidsbetingelser og opplevelse av stress (Olstad et al., 2001). Eksempelvis fant man i en longitudinell studie av 2646 menn og kvinner i Nederland at høy grad av opplevd sosial støtte på arbeidsplassen virket preventivt i forhold til å utvikle depresjoner og angstrelaterte lidelser (Plaisier et al., 2007).

Forskning på forholdet mellom arbeidsmiljø og helse har vist at psykososiale arbeidsmiljøfaktorer, som for eksempel en høy opplevelse av psykologiske jobbkraav, lav grad av opplevd kontroll, lav grad av opplevd sosial støtte og en ubalanse mellom innsats og belønning på arbeidsplassen er knyttet til en rekke stressrelaterte lidelser som for eksempel depresjon, utbrenthet og angst. I tillegg har man gjennom forskning vist en assosiasjon mellom psykososiale arbeidsmiljøfaktorer og en økning i sykefravær samt økte frekvenser av hjerte- og karlidelser og muskel- og skjelettplager (Bongers et al., 1993, Davis & Heaney, 2000, Head et al., 2007, Kivimaki et al., 2002, Peter & Siegrist, 1999, Schnall et al., 1994, Johnson & Hall, 1988).

Også organisatoriske faktorer i arbeidsmiljøet har blitt knyttet til sykdommer og uhelse som for eksempel hjerte- og karlidelser, muskel- og skjelettplager og utbrenthet (Gillen et al. 2002; Lim & Murphy 1999; Smith et al. 2006). Faktorer som har blitt undersøkt under overskriften "organisatorisk arbeidsmiljø" inkluderer ledelse, arbeidsplassens og arbeidets organisering og struktur samt størrelse (Gimeno et al. 2009). I tillegg inkluderer organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer også hvordan arbeidsprosessene (som for eksempel struktur, prosedyrer, mål osv.) ledes og organiseres. Organisatoriske faktorer kan studeres på ulike nivåer, dette vil si både på overordnet nivå og på gruppenivå. Forskning har vist at disse nivåene vil påvirke arbeidstakernes opplevelse av arbeidsmiljøet ulikt. Ett eksempel på dette er en studie gjennomført av Bolin og kolleger (2008) av 3485 arbeidstakere ved 51 virksomheter. I denne studien ble to dimensjoner brukt for å beskrive det psykososiale arbeidsmiljøet – psykologiske jobbkraav og opplevd kontroll. Resultatene viste at organisatoriske faktorer på overordnet nivå hadde størst påvirkningskraft på arbeidstakernes opplevelse av jobbkraav, mens faktorer på gruppenivå hadde størst påvirkningskraft på arbeidstakernes opplevelse av kontroll (Bolin et al., 2008).

Det ovennevnte viser at type jobb og stilling i organisasjonen er viktig i forhold til hvordan de ansatte opplever sitt arbeidsmiljø. Type jobb og stilling vil påvirke hvilke jobbkraav som stilles, mengde kontroll over oppgaver og generell holdning til arbeidet. I sin tur vil disse faktorene være utslagsgivende i forhold til de ansattes egenrapportering av helse, trivsel og velvære (Marklund et al. 2008). Få studier har blitt gjennomført for å undersøke effekten av *type jobb* i organisasjonshierarkiet blant helsepersonell. Arnetz (2001) gjennomførte imidlertid en studie som inkluderte leger og deres psykososiale arbeidsmiljø. I denne studien viste resultatene at leger som hadde en lederrolle i større grad hadde en positiv persepsjon av arbeidsmiljøet sammenlignet med leger som var ansatt lengre ned i organisasjonshierarkiet. Leger som var ansatt lengre ned i organisasjonshierarkiet opplevde de samme jobbkraavene som sine overordnede, men forskjellen bestod i at de opplevde mindre innflytelse over arbeidet, over sine egne ferdigheter og opplevde signifikant færre muligheter til å få brukt sine evner og ferdigheter i arbeidet. Denne studien belyser at tilhørighet i det organisatoriske

hierarkiet vil påvirke hvordan arbeidstakerne ser, tolker, opplever og responderer i forhold til sitt arbeidsmiljø. Disse prosessene vil i sin tur influere hva som oppleves som stressende og dermed også hvilke belastninger som de ansatte utsettes for i det daglige arbeidet (DeJoy et al., 2004, Gillen et al., 2002, Young & Parker, 1999).

7.2.2 Arbeidsmiljøet for ansatte i kommunal pleie og omsorgssektor

Fysiske, psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer har blitt knyttet til en rekke indikatorer på redusert trivsel, helse og velvære blant ansatte innen helsesektoren. Faktorer som har blitt henvist til i litteraturen på området inkluderer lav grad av opplevd kontroll over arbeidsoppgavene, høye fysiske og emosjonelle jobbkrav, og lav grad av tilgjengelig sosial støtte fra kolleger og nærmeste leder (Baba et al., 1999, Cheng et al., 2000, Melchior et al., 1997). Tidligere forskning har også vist at faktorer som har blitt relatert til turnover blant ansatte i pleie og omsorgssektoren har vært knyttet til aspekter relatert til jobbtilfredshet som for eksempel dårlige forhold mellom ledelse og ansatte og små muligheter for karriereutvikling (Seccombe & Smith, 1997). Forskning som er gjennomført med helsearbeidere, og da mer spesifikt sykepleiere har også vist at mange opplever at de jobber i et stressende arbeidsmiljø. Opplevd stress i arbeidet har i flere studier blitt knyttet til økt turnover og utbrenthet blant sykepleiere (Aiken et al., 2002, Billeter-Koponen & Freden 2005, Buerhaus et al., 2005).

Emosjonelle krav som ansatte innen helsesektoren møter i sitt daglige arbeid har også blitt framhevet. Dette inkluderer forhold som arbeid med alvorlig syke pasienter, pårørende, arbeid under risikofylte forhold og trusler om vold. I tillegg arbeider helsepersonell ofte i en hverdag preget av manglende ressurser, stadige omorganiseringer og i fysisk tunge jobber med dårlig tilrettelagte fysiske og ergonomiske arbeidsmiljø (Hatcher & Laschinger 1996, Healy & McKay 1999, Snelgrove, 1998). For eksempel viste en studie av arbeidsbetingelser og trivsel på jobben blant sykepleiere på Island at de jobbet lange dager, og opplevde jobben sin som fysisk og psykisk utmattende (Sveinsdottir et al., 2006). Mer spesifikt i forhold til hjelpepleiere viste resultatene fra Ose og kolleger (2009) studie at arbeidsmiljøfaktorer som opplevd sosial støtte fra ledelse er viktig for hjelpepleiernes opplevelse av mestring av arbeidsoppgavene. Videre viser denne studien at det å ha en viss fleksibilitet i arbeidet og ikke ha en urimelig høy arbeidsbelastning er viktig for opplevelse av trivsel og velvære på arbeidsplassen.

7.3 Datagrunnlag

Datagrunnlaget som dette kapitlet baseres på bygger på to ulike forskningsdesign:

Intervjuer

Med ansatte innen pleie- og omsorgssektoren i 6 norske kommuner. Det har blitt gjennomført intervjuer med ansatte fra ulike organisatoriske nivåer i den enkelte kommune (fra ordførere og rådmenn til enhetsledere og avdelingsledere ved sykehjem og hjemmetjeneste) og fra ulike arbeidsplasser innen pleie og omsorg i kommunen (sykehjem og hjemmetjenesten). Utvalget av kommuner og rekruttering av informanter i denne undersøkelsen er gjort grundig rede for i kapittel 2 i denne rapporten.

Kvantitativ undersøkelse, basert på en kryss-seksjonell spørreskjemaundersøkelse

Blant hjelpepleiere ansatt i pleie- og omsorgssektoren, gjennomført våren 2008. Utvalget inneholder informasjon om 9812 (svarprosent=50.1%) hjelpepleiere. En undersøkelse av utvalgets representativitet viste at det inneholdt informasjon fra 29 prosent av alle hjelpepleierne som arbeider i norske kommuner. Videre viste denne analysen at det var relativt liten variasjon i hvor stor andel som var med fra hvert fylke og at utvalget også var representativt for alle aldersgrupper (Ose et al., 2009). Spørreskjemaet som ble brukt i denne undersøkelsen inkluderer temaer som livsstil, arbeidstid, faktisk og ønsket stillingsandel, arbeidsområde, arbeidsmiljø, fysisk aktivitet, sykefravær og egenrapportert helse (ibid). En nærmere beskrivelse av utvalget i hjelpepleierundersøkelsen er også inkludert i kapittel 2.

7.3.1 Demografiske karakteristika – spørreskjemaundersøkelsen

Tabell 7.1 gir en demografisk beskrivelse av utvalget i spørreskjemaundersøkelsen. Det viser at majoriteten av respondenter er kvinner (94,9%) som har jobbet i helsesektoren i lengre enn fire år. Hele 54,4 prosent av respondentene rapporterer at de har jobbet i helsesektoren i mer enn 20 år. Den største andelen av ansatte som har besvart spørreskjemaundersøkelsen består av hjelpepleiere ved sykehjem (48%), etterfulgt av ansatte som arbeider innen hjemmebaserte tjenester (20,1%) og i bofellesskap. 0,4% av hjelpepleierne var ansatt innen rusomsorgen. 77,1 % hadde formell utdanning som hjelpepleier, mens 22,1% av respondentene hadde tatt videreutdanning.

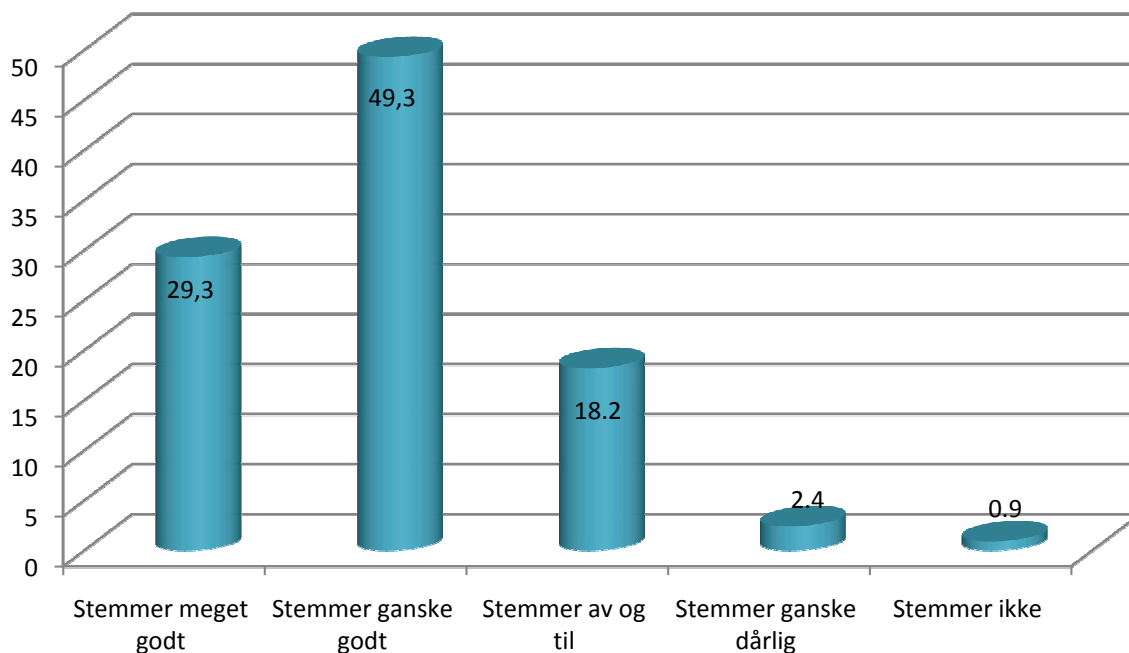
Tabell 7.1 Demografiske karakteristika ved utvalget i spørreskjemaundersøkelsen

		N	%
Kjønn	Mann	304	3,1
	Kvinne	9316	94,9
	Ikke svart	192	2,0
Tid jobbet i helsesektoren	Mellom 6 måneder og ett år	15	,2
	1-3 år	153	1,6
	4-9 år	1101	11,2
	10-15 år	1381	14,1
	16-20 år	1680	17,1
	Over 20 år	5333	54,4
	Ikke svart	147	1,5
Hvor arbeider du meste av tiden	Sykehjem	4713	48,0
	Hjemmebaserte tjenester	1972	20,1
	Dagsenter	254	2,6
	Rehabiliteringstjenester	178	1,8
	Bofellesskap	1157	11,8
	Omsorgsbolig	655	6,7
	Psykisk helsearbeid	301	3,1
	Rusomsorg	37	,4
	Annet	363	3,7
	Ikke svart	182	1,9
Utdanning	Hjelpepleier	6981	71,1
	Hjelpepleier med videreutdanning	2171	22,1
	Annet	429	4,4
	Ikke svart	231	2,4

7.3.2 Spørsmål fra spørreskjemaundersøkelsen som er brukt i dette kapitlet

For å undersøke *arbeidsmiljøet* blant hjelpepleiere i kommunal pleie- og omsorgssektor inneholdt spørreskjemaet 32 påstander. Respondentene ble bedt om å ta stilling til disse påstandene gjennom å vurdere dem på en skala som varierte fra 1=stemmer meget godt til 5=stemmer ikke. Eksempler på inkluderte påstander er "jeg kan påvirke beslutninger som er viktige for mitt arbeid", "jeg får ofte skryt og ros av min nærmeste leder", "jobben min innebærer å utføre hardt fysisk arbeid" og "jeg opplever ofte brukere som truende". 17 påstander som omhandlet arbeidsmiljø ble brukt til å konstruere dimensjoner for å beskrive de ansattes opplevelse av det psykososiale arbeidsmiljøet. Disse er gjengitt i tabell 7.2.

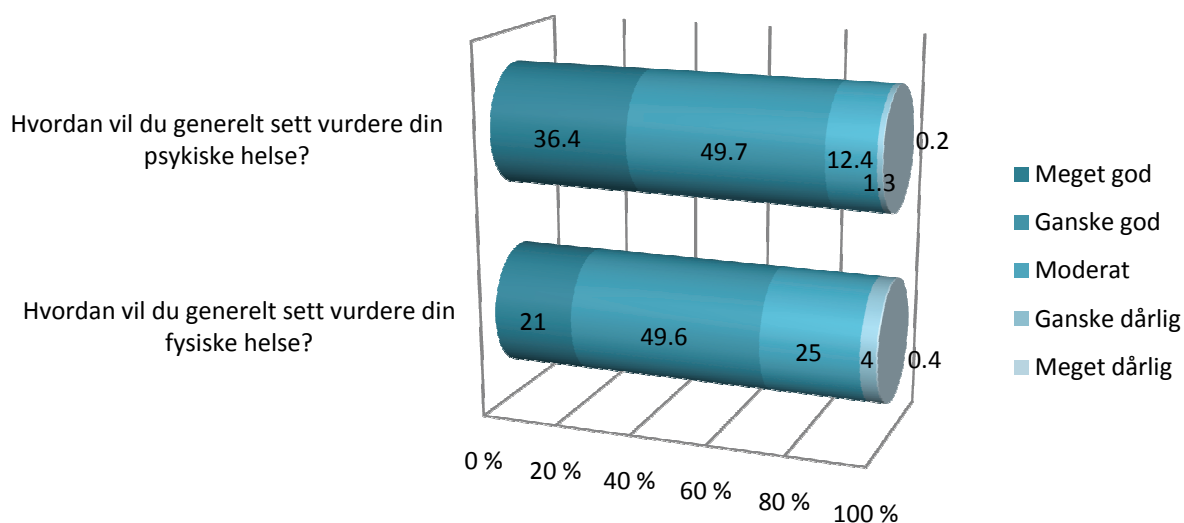
Av de øvrige som ikke ble inkludert i psykososiale arbeidsmiljødimensjoner var for eksempel påstander som omhandlet de ansattes generelle vurderinger av arbeidsmiljøet. Det var også spørsmål som omhandler lederansvar ("jobben min innebærer først og fremst og administrere og planlegge andre sine oppgaver"), omorganiseringer ("det går rykter om forandringer/ omorganiseringer på min arbeidsplass"), og jobbtilfredshet ("jeg er fornøyd med jobben min"). Påstanden "jeg er fornøyd med jobben min" ble i det etterfølgende brukt som en indikator på trivsel/jobbtilfredshet. En frekvensanalyse av denne påstanden er gjengitt i figur 7.1.



Figur 7.1 Opplevelse av jobbtilfredshet blant hjelpepleiere i kommunal pleie- og omsorgssektor. "Jeg er fornøyd med jobben min". Prosent.

Figuren viser at majoriteten av utvalget i spørreskjemaundersøkelsen var fornøyd med jobben sin. Hele 76,8% av de ansatte rapporterte at denne påstanden stemte godt eller meget godt med deres oppfatning av jobben. 3,2% av utvalget rapporterte at denne påstanden stemte ganske dårlig eller ikke i det hele tatt med hvordan de opplever jobben sin.

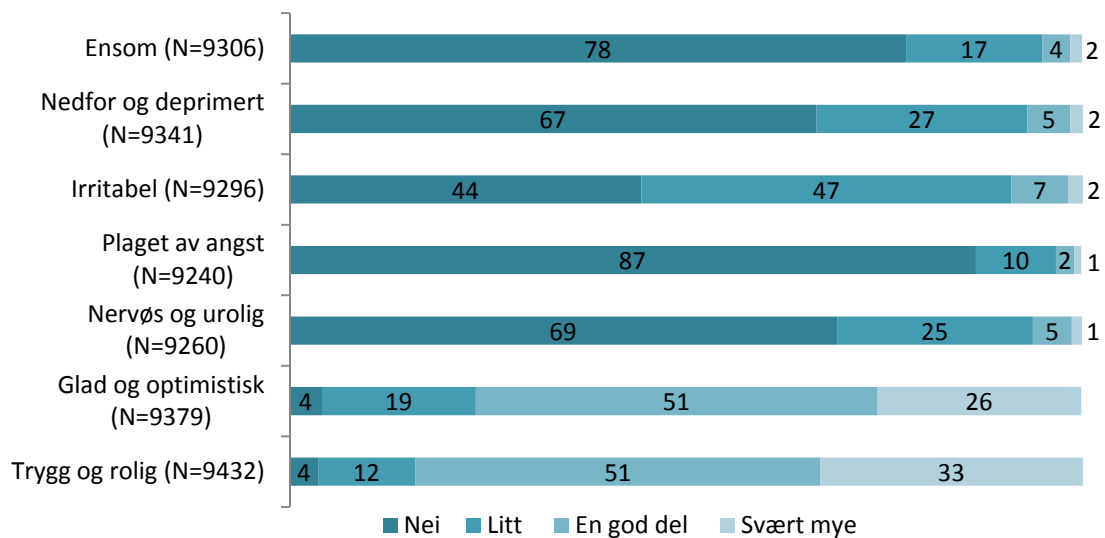
Selvrapportert fysisk og psykisk helsetilstand: To spørsmål i spørreskjemaet målte de ansattes selvrapporterte fysiske og psykiske helsetilstand. De ansatte ble bedt om å svare på en skala fra 1=meget god til 5=meget dårlig på følgende spørsmål: "Hvordan vil du generelt sett vurdere din fysiske/psykiske helse". Fordelingen på disse spørsmålene er vist i figur 7.2.



Figur 7.2 Opplevelse av egen fysisk og psykisk helsetilstand. Prosent.

Majoriteten av de ansatte opplever sin fysiske helsetilstand som god eller meget god. Kun en liten andel av utvalget rapporterer at den fysiske helsetilstanden er ganske dårlig (4%) og meget dårlig (0,4%). Tilsvarende gjelder også for ansattes vurderinger av egen psykiske helsetilstand. Totalt rapporterte 36,4% av hjelpepleierne at denne er meget god, mens 49,7% rapporterer at deres psykiske helsetilstand er ganske god. Kun 1,3% av hjelpepleierne i denne undersøkelsen rapporterer at den psykiske helsetilstanden er dårlig, mens 0,2% opplever at denne er meget dårlig.

I tillegg til egen vurdering av fysisk og psykisk helsetilstand inkluderte spørreskjemaet sju spørsmål om hvordan de hadde følt seg i løpet av de siste to ukene. Inkluderte spørsmål her var "trygg og rolig", "plaget av angst", "ensom" "glad og optimistisk". Spørsmålene i denne delen av undersøkelsen hører til "The Hospital Anxiety And Depression Scale" indeks. Respondentene ble bedt om å vurdere disse spørsmålene på en fire-punkts skala fra 1=nei til 4=svært mye. I det etterfølgende ble disse spørsmålene tatt som en indikasjon på psykisk helse og velvære. En oversikt over svarfordelingen på disse spørsmålene er gjengitt i figur 7.3.



Figur 7.3 Hvordan har du følt deg i løpet av de siste to ukene. Prosent.

Figuren viste at kun en mindre andel av utvalget har opplevd negative emosjoner i løpet av de siste to ukene. Som vist rapporterer kun 1% at de svært ofte har følt seg nervøse og urolige, mens en andel på 5% rapporterer at de har opplevd dette en god del. Kun 4% av hjelpepleierne svarer at i hovedsak har følt seg trygge og rolige, mens en andel på 26% rapporterer at de stort sett har følt seg glade og optimistiske.

7.4 Resultater

Spørreskjemaundersøkelsen som ble gjennomført blant hjelpepleiere i pleie og omsorgstjenester inkluderte 32 påstander som omhandlet de ansattes opplevelse av arbeidsmiljøet. Eksempler på påstander som ble inkludert er "jeg kan påvirke mengden arbeid som blir tildelt meg", "min nærmeste leder oppmuntrer meg til å delta i viktige avgjørelser" og "jeg får støtte og hjelp i mitt arbeid fra kolleger når jeg trenger det". Respondentene ble bedt om å vurdere disse påstandene på en skala fra 1= stemmer meget godt til 5=stemmer ikke.

For å identifisere underliggende arbeidsmiljødimensjoner i testleddene som målte de ansattes arbeidsmiljø ble det gjennomført en eksplorerende prinsipal komponent analyse. En slik analyse undersøker korrelasjonsstrukturen mellom de 32 påstandene med formål om å avdekke om det finnes underliggende dimensjoner. Formålet med en prinsipal komponentanalyse er dermed å forklare korrelasjoner mellom de observerte variablene (testleddene) ut i fra færre underliggende faktorer (Jöreskog, 2003). Analysen ble gjennomført med Varimax rotasjon og Kaisers criterion og Scree plot ble tatt i bruk for å bestemme antall dimensjoner som best kunne beskrive datamaterialet.

Hvilke av påstandene som tilhører de ulike faktorene og hvor mange faktorer som skal beholdes ble bestemt ut fra følgende kriterier:

- Eigenvalue høyere enn 1.
- At faktorladningen er på 0,5 eller høyere for at en påstand skal tilhøre en dimensjon.
- At påstanden ikke korrelerer over 0,30 med flere dimensjoner.

Resultatene fra analysen viste at de ansattes arbeidsmiljø best kunne beskrives ved hjelp av fire underliggende dimensjoner, som inkluderte 17 påstander. Disse dimensjonene og de tilhørende testleddene er vist i tabell 7.2.

Tabell 7.2 Underliggende dimensjoner arbeidsmiljø, faktorladninger, prosent forklart variasjon og Cronbach alpha

	Forhold til nærmeste leder	Innhold i arbeidet	Opplevd kontroll	Opplevd sikkerhet
Mine arbeidsresultater blir verdsatt av min nærmeste leder	,857			
Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å delta i viktige avgjørelser	,848			
Jeg får ofte skryt og ros av ledelsen	,835			
Min nærmeste leder gjør en god jobb	,820			
Jeg får støtte og hjelp i arbeidet fra min nærmeste leder når jeg trenger det	,818			
Jobben min kjennes stressende		,772		
Jeg har for lite tid til hver bruker		,749		
Jeg må ofte forlate brukerne uten å få tid til alt jeg skulle gjøre		,727		
Jobben min innebærer å utføre hardt fysisk arbeid		,718		
Jeg er utslitt når jeg kommer hjem fra jobben		,684		
Jeg kan selv bestemme når jeg skal ta pauser			,751	
Jeg kan selv bestemme mitt arbeidstempo			,742	
Jeg kan påvirke mengden av arbeid som blir tildelt meg			,684	
Jeg kan selv bestemme lengden på pausene mine			,677	
Det finnes flere måter å utføre arbeidet mitt på og jeg kan selv velge hvilken fremgangsmåte jeg skal bruke			,656	
Jeg arbeider under risikofylte forhold				,921
Jeg opplever ofte brukere som truende				,905
Cronbach alpha	0,900	0,807	0,779	0,846
Forklart varians	28,949	16,384	10,553	8,664
Eigenvalue etter rotering	4,921	2,785	1,794	1,473

Resultatene i tabell 7.2 gir en oversikt over hvilke dimensjoner som brukes til å beskrive hjelpepleiernes opplevelse av det psykososiale arbeidsmiljøet.

Disse dimensjonene ble kalt:

- Forhold til nærmeste leder
- Innhold i arbeidet
- Opplevd kontroll
- Opplevd sikkerhet

Totalt forklarte disse fire dimensjonene 64.55 prosent av variansen i arbeidsmiljøet til hjelpepleierne i denne undersøkelsen.

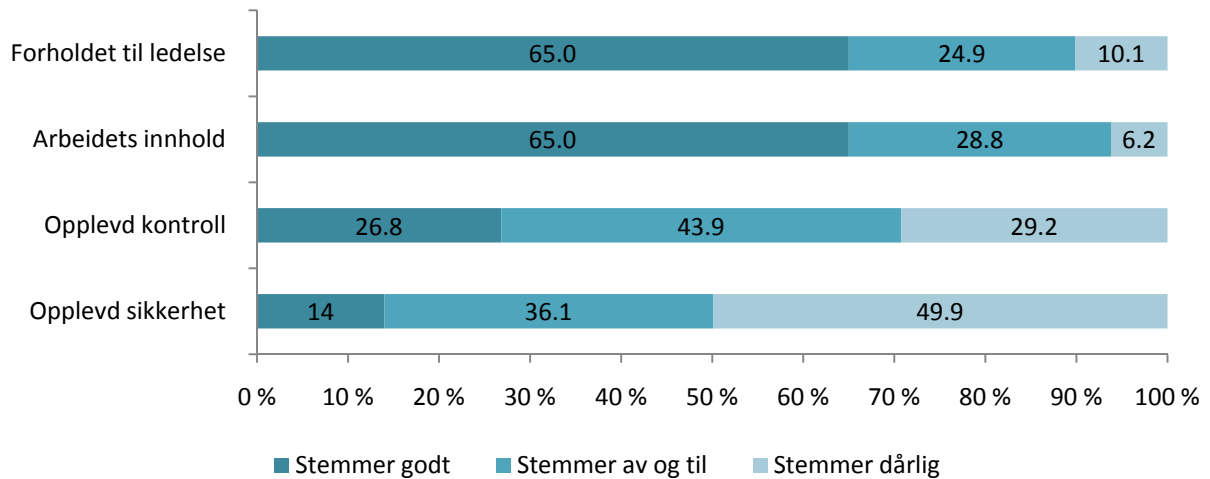
Dimensjon en ble kalt **forhold til nærmeste leder**. Dimensjonen inkluderer fem påstander som alle måler ulike aspekter av forholdet til nærmeste leder. Dimensjonen inkluderer påstander som for eksempel at nærmeste leder gir ros, verdsetter og oppmuntrer den ansatte til å delta i viktige avgjørelser på arbeidsplassen. Videre inkluderer denne dimensjonen hvorvidt de ansatte opplever at deres nærmeste leder gjør en god jobb og om han/hun opplever at lederen utgjør en støtte i deres arbeid ved behov. Dimensjon to ble kalt **innhold i arbeidet**. Denne dimensjonen inkluderer påstander som for eksempel en opplevelse av at man må forlate brukerne uten å ha fått tid til å gjøre alt som skulle gjøres, og også om de ansatte opplever at jobben er fysisk krevende. Inkludert i denne dimensjonen er også de ansattes opplevelse av om arbeidet er stressende, og hvorvidt man opplever å bli sliten i løpet av en arbeidsdag. Dimensjon tre, **opplevd kontroll** inkluderer fem påstander og måler ulike aspekter ved kontroll som for eksempel kontroll over arbeidstempo, mengde arbeid man får tildelt, og måte å utføre arbeidsoppgavene på. Den siste dimensjonen, **opplevd sikkerhet** inkluderer to påstander som omhandler hvorvidt den ansatte opplever at det arbeides under risikofylte forhold i forhold til å bli utsatt for vold i arbeidssituasjonen og hvorvidt den ansatte ofte jobber med voldelige eller aggressive brukere.

For å videre undersøke hvordan hjelpepleierne beskriver sitt arbeidsmiljø gjennomførte vi en frekvensanalyse. De opprinnelig fem kategoriene ble kodet om til tre:

- Stemmer godt
- Stemmer av og til
- Stemmer dårlig

Fordelingen av svar på disse tre kategoriene omhandlende hjelpepleiernes beskrivelse av sitt arbeidsmiljø er vist i figur 7.4.

65% av hjelpepleierne som besvarte undersøkelsen rapporterer at deres forhold til ledelsen i er positivt, mens 10.1% opplever forholdet til nærmeste leder som utfordrende. Dette betyr at majoriteten av utvalget opplever at deres leder gjør en god jobb, at leder i stor grad gir tilbakemeldinger på den jobben som gjøres, og at de opplever å få støtte og hjelp i arbeidet når de har behov for det.



Figur 7.4 Oversikt over hvordan hjelpepleiere ansatt i norske kommuner opplever sitt arbeidsmiljø. Prosent.

Resultatene som rapporteres i figur 7.4 viser imidlertid også at 65 prosent opplever at arbeidets innhold ofte preges av å være stressende, og at majoriteten av utvalget har svart bekreftende på at de føler seg utslitte når de kommer hjem fra jobb. Dimensjon 2, innholdet i arbeidet, inkluderer også en påstand omhandlende tidspress i forhold til at de føler at de ofte må forlate brukeren uten å ha tid til alt det som skulle ha blitt gjort. Resultatene som rapporteres i figuren indikerer at en stor andel av respondentene har svart bekreftende på denne påstanden. Som vist i figuren rapporterer kun 6,2 prosent av utvalget at påstandene som faller inn under arbeidets innhold i liten grad stemmer med deres arbeidshverdag.

Dimensjon 3 inkluderte fem påstander som omhandlet grad av opplevd kontroll over arbeidshverdagen, dette i form av å bestemme selv når man skal ha pauser, hvordan jobben skal gjøres og hvorvidt respondentene opplever at de kan påvirke mengden arbeid som gis til dem. En lav verdi på denne dimensjonen er positivt og betyr at respondentene i stor grad opplever at de kan kontrollere disse aspektene. Som vist i figuren er det imidlertid kun 26,8 prosent av hjelpepleierne som rapporterer at de har stor grad av kontroll over sin egen arbeidshverdag og sin egen arbeidstid. Den største andelen rapporterer imidlertid at de "av og til" opplever å ha kontroll over disse aspektene.

Figur 7.4 viser at den største andelen av respondentene føler seg trygge på jobben, dette i forhold til om de selv føler at de arbeider under risikofylte forhold og om de ofte møter truende brukere. Kun en mindre andel av hjelpepleierne i denne studien rapporterer at de ofte opplever at deres sikkerhet er truet på jobben.

Vi undersøkte også om ansatte som jobbet innen ulike arbeidsområder vurderte arbeidsmiljøet på ulike måter. Arbeidsområde i denne analysen betyr plassen/sektoren hvor den enkelte ansatte tilbringer hovedvekten av sin arbeidstid. Resultatene rapporteres i tabell 7.3. Lav verdi på dimensjonene "forhold til nærmeste leder" og på "opplevd kontroll" indikerer at arbeidstakerne er mer positive til disse dimensjonene. Tilsvarende indikerer høyere verdi på dimensjonene "opplevd kontroll" og "opplevd sikkerhet" en mer positiv persepsjon.

Tabell 7.3 viser at de ansattes opplevelse av det psykososiale arbeidsmiljøet varierer mellom ulike arbeidsområder innen pleie og omsorgssektoren. Resultatene i tabellen viser at forskjellene var signifikante med henblikk på alle de fire dimensjonene som beskriver arbeidsmiljøet i denne undersøkelsen. Tabellen viser også at forskjellene virker å være sterkest i forhold til de ansattes opplevelse av kontroll over arbeidsoppgaver og over arbeidshverdagen.

Tabell 7.3 Forskjeller i opplevd arbeidsmiljø basert på arbeidssted

	Forhold til nærmeste leder		Arbeidets innhold		Opplevd kontroll		Opplevd sikkerhet	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Sykehjem	2,67	.905	2,36	.763	3,52	.792	3,59	1,011
Hjemmebaserte tjenester	2,60	.927	2,52	.759	3,43	.814	3,93	.837
Dagsenter	2,31	.948	3,26	.789	3,05	.845	3,98	1,011
Rehabiliteringstjenester	2,41	.828	2,78	.820	3,28	.802	4,00	,972
Bofellesskap	2,70	.944	2,97	.805	3,16	.841	3,49	1,120
Omsorgsbolig	2,64	.920	2,77	.887	3,28	.891	3,73	1,137
Psykisk helsearbeid	2,34	.942	3,24	.747	2,86	.890	3,19	1,083
Rusomsorg	2,49	.964	3,04	.712	2,97	.840	2,72	.922
Annet	2,36	.862	3,03	.851	3,26	.887	3,87	1,067
F-verdi	15,01		158,73		51,04		45,32	
Frihetsgrader (df)	8		8		8		8	
	9513		9514		9488		9488	
Signifikansnivå (p)	,000		,000		,000		,000	

Vi gjennomførte også analyser for å identifisere hvilke arbeidsområder som skiller seg signifikant ut fra de andre. Her viser resultatene at hjelpepleiere som jobber ved dagsentre vurderer sitt forhold til nærmeste leder som mer positivt. Forskjellene var signifikante med henblikk på ansatte i sykehjem, hjemmebaserte tjenester, bofellesskap og i omsorgsboliger. Resultatene tyder også på at det er ansatte i bofellesskap og i sykehjem som vurderer sitt forhold til sin nærmeste leder som mest negativt. Hjelpepleiere ansatt ved dagsentre opplever også i størst grad at de har kontroll over sin arbeidstid og sine arbeidsoppgaver. Resultatene i tabell 7.3 viser at det er hjelpepleiere ansatt ved sykehjem og ved hjemmebaserte tjenester som i minst grad rapporterer at de har kontroll over disse aspektene. Ansatte ved dagsentre og rehabiliteringstjenester er også de som i størst grad opplever at deres sikkerhet er ivaretatt i arbeidet. Dette betyr at de i mindre grad enn de øvrige arbeidsgruppene opplever å møte truende brukere og at de i mindre grad arbeider under risikofylte forhold. Ansatte innen rusomsorg er de som i størst grad opplever utrygghet i forbindelse med arbeidet, etterfulgt av ansatte innen psykisk helsearbeid. Til tross for at signifikante forskjeller ble påvist mellom ulike arbeidsgrupper og deres opplevelse av det psykososiale arbeidsmiljøet er det viktig å påpeke at forskjellene mellom gruppene var relativt små.

I tillegg undersøkte vi om ledelsen på arbeidsplassen opplevde arbeidsmiljøet på ulike måter sammenlignet med de ansatte. I denne undersøkelsen ble "lederansvar" undersøkt ved hjelp av en påstand: "Jobben min innebærer først og fremst å administrere og planlegge andre sine oppgaver". Hjelpepleierne som besvarte spørreskjemaet ble bedt om å angi på en fem-punkt skala hvor godt denne påstanden passet med deres arbeidssituasjon. Den opprinnelige fem-punkt skalaen ble

rekodet til å inkludere følgende kategorier. Disse var: 1=Stemmer godt (har lederansvar), 2=Stemmer av og til (har noe lederansvar) og 3=stemmer ikke (har ikke lederansvar). Antagelsen er at hjelpepleiere som svarer bekræftende på påstanden om at deres arbeidsdag hovedsakelig består i å planlegge å tilrettelegge for andre også har en gruppelederfunksjon i organisasjonen.

Vi ønsket å undersøke om ansatte med og uten gruppelederfunksjon opplevde arbeidsmiljøet på ulike måter. For å sammenligne om ansatte med lederansvar opplever arbeidsmiljøet på en annen måte enn ansatte uten lederansvar gjennomførte vi en enveis variansanalyse (ANOVA). Resultatene fra denne analysen er gjengitt i tabell 7.4.

Tabell 7.4 Forskjeller i opplevd arbeidsmiljø mellom ansatte med og uten lederfunksjon

	Har lederansvar		Har noe lederansvar		Har ikke lederansvar		F	df	p
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
Forhold til nærmeste ledelse	2,09	,816	2,33	,893	2,67	,914	122,32	2, 9587	,000
Arbeidets innhold	2,86	,882	2,61	,824	2,57	,827	22,25	2, 9587	,000
Opplevd kontroll	2,88	,894	3,20	,823	3,44	,819	108,61	2, 9566	,000
Opplevd sikkerhet	3,74	1,12	3,66	1,02	3,67	1,02	1,02	2, 9305	,359

Resultatene viser at hjelpepleiere med og uten gruppelederansvar opplever det psykososiale arbeidsmiljøet på ulike måter. Tabell 7.4 viser at hjelpepleiere som har lederansvar også opplever at de er mer fornøyde med forholdet til sin nærmeste leder, de har en mindre negativ opplevelse av arbeidets innhold, de opplever at de i større grad kan utøve kontroll over sine arbeidsoppgaver og arbeidstid, og de opplever i større grad at deres sikkerhet blir ivaretatt i arbeidshverdagen. Resultatene som gjengis i tabellen viser at det er ansatte uten lederansvar som i størst grad opplever arbeidsmiljøet som negativt. Dette betyr at hjelpepleiere som ikke har et lederansvar også rapporterer at de har et dårligere forhold til sin nærmeste leder, de opplever innholdet i arbeidet som mer utfordrende, de har mindre kontroll over sine arbeidsoppgaver og arbeidstid og de opplever i større grad at deres sikkerhet ikke ivaretas godt nok i arbeidsmiljøet.

7.4.1 Oppsummert: Arbeidsmiljøet i den kommunale pleie og omsorgssektoren

Fire dimensjoner beskrev hvordan hjelpepleiere opplever sitt arbeidsmiljø i denne undersøkelsen. De viktigste resultatene i forhold til arbeidsmiljø er:

Majoriteten opplever sitt forhold til nærmeste leder som positivt. Dette resultatet står ikke i overensstemmelse med internasjonal forskningslitteratur på området som viser at en av de største kildene til opplevd stress og mistrivsel innen helsesektoren er mangel på opplevd sosial støtte fra nærmeste overordnede.

65% av hjelpepleierne opplevde at deres arbeidsmiljø var preget av stress, fysisk tunge arbeidsoppgaver, tidspress i form av liten tid til enkelte brukere, og en opplevelse av å være utslitt etter endt arbeidsdag. Dette resultatet er i tråd med eksisterende forskning som påpeker at arbeid i helsesektoren ofte er preget av å være fysisk krevende og stressende.

En stor andel av respondentene opplevde at de i liten grad hadde kontroll over egen arbeidshverdag og egen arbeidstid.

Majoriteten opplevde at deres sikkerhet var godt ivaretatt i arbeidssituasjonen.

Opplevelsen av det psykososiale arbeidsmiljøet varierte med arbeidsområde. Dette gjaldt for alle de fire dimensjonene som ble brukt for å beskrive hjelpepleiernes oppfatning av arbeidsmiljøet. Tilsvarende viser også våre resultater at hjelpepleiere som har faggruppeansvar generelt er mer fornøyde med det psykososiale arbeidsmiljøet sammenlignet med hjelpepleiere uten et slikt ansvar. En mulig forklaring på at hjelpepleiere med gruppelederansvar også er mer fornøyde med arbeidsmiljøet er en seleksjon i arbeidet som gjør at de som er mest fornøyde også i større grad blir ledere. I forskning har man for eksempel vist at alle yrker involverer en viss grad av selv-seleksjon i form av intellektuelle krav, fysiske og mentale helsekrav og personlighetstrekk (Punnett & Wegman 2004; Wilhelm et al. 2004). Antagelsen blir i dette tilfellet at arbeidsoppgaver med lederansvar tiltrekker seg en gitt gruppe arbeidstakere som innehar personlighetstrekkene, og som passer til kravene som stilles til ledere innen denne sektoren. En annen årsak til at ledere er mer fornøyde med sitt arbeidsmiljø generelt er at de også er i en posisjon i organisasjonen hvor de kan delegere arbeidsoppgaver, og med dette redusere konsekvensene av tidspress og stress. Samtidig blir det for ledere i denne situasjonen en større balanse mellom kravene som stilles til hans/hennes yrkesrolle og mengde kontroll han/hun opplever å ha over disse kravene.

Samlet sett viser resultatene i denne delen av kapitlet at hjelpepleiere opplever høye krav til jobbutførelse kombinert med lav grad av opplevd kontroll og høy grad av sosial støtte fra nærmeste leder. I lys av disse resultatene og internasjonal forskning som viser at høye krav kombinert med lav kontroll har negative helseeffekter for arbeidstakerne vil vi i det etterfølgende undersøke forholdet mellom arbeidsmiljø, selvrapportert helse og jobbtilfredshet.

7.4.2 Forholdet mellom arbeidsmiljø, selvrapportert helse og jobbtilfredshet

Som nevnt i innledningen til dette kapitlet viser tidligere forskning fra internasjonale studier at faktorer i arbeidsmiljøet som påvirker jobbtilfredshet, helse og velvære er knyttet til det fysiske,

psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøet. For å undersøke forholdet mellom arbeidsmiljødimensjonene, de ansattes opplevelse av jobbtilfredshet og selvrapportert fysisk og psykisk helsetilstand ble det gjennomført bivariate korrelasjonsanalyser, se tabell 7.5.

Tabell 7.5 Korrelasjonsmatrise med de inkluderte målene. Pearsons r.

	Jobbtilfredshet	Fysisk helsetilstand	Psykisk helsetilstand	Forhold til ledelse	Arbeidets innhold	Opplevd kontroll	Opplevd sikkerhet
Jobbtilfredshet	1						
Fysisk helsetilstand	,163**	1					
Psykisk helsetilstand	,216**	,408**	1				
Forhold til ledelse	,451**	,114**	,142**	1			
Arbeidets innhold	-,322	-,153**	-,132**	-,209**	1		
Opplevd kontroll	,285**	,109**	,087**	,239**	-,403**	1	
Opplevd sikkerhet	-,181**	-,110**	-,067	-,142	,224**	-,115**	1

Som vist i tabellen støtter resultatene opp under hypotesen om at arbeidsmiljøfaktorer er relatert til jobbtilfredshet og de ansattes selvrapporterte fysiske og psykiske helsetilstand. Tallene som rapporteres i tabell 7.2 viser at når forholdet til nærmeste leder beskrives som positivt og de opplever kontroll over egen arbeidstid og arbeidsoppgaver så er de ansatte også mer tilfredse med jobben sin ($r=0.451$)¹⁸. Tallene som rapporteres i tabell 7.5 viser også at innholdet i arbeidet er signifikant relatert til de ansattes tilfredshet med jobben. Dette innebærer at dersom ansatte rapporterer at de i stor grad opplever jobben som stressende, preget av høye fysiske belastninger og mangel på tid virker de også å være mindre tilfredse med jobben ($r=-0.322$). Tilsvarende resultater finner vi i forhold til de ansattes opplevelse av sikkerhet i arbeidssituasjonen, altså at ansatte som opplever at deres personlige trygghet blir truet innen konteksten av arbeidet også virker å være mindre tilfredse med jobben sin sammenlignet med ansatte som ikke føler seg utrygge i arbeidssituasjonen.

Tallene som rapporteres i tabell 7.5 støtter også opp under antagelsen om at psykososiale arbeidsmiljøfaktorer vil ha en innflytelse på de ansattes selvrapporterte fysiske og psykiske helsetilstand. Dette til tross for at korrelasjonene som vises i tabellen er relativt lave, spesielt med hensyn til selvrapportert psykisk helsetilstand. Resultatene går i retning av at ansatte som er tilfredse med sitt forhold til sin nærmeste leder og som opplever en høyere grad av kontroll over arbeidet og arbeidsoppgavene også er rapporterer en noe bedre fysisk og psykisk helsetilstand. Tilsvarende viser

¹⁸ Korrelasjonsanalysen måler forholdet mellom variabler. Det er et mål på lineær samvariasjon mellom to variabler. I dette tilfellet er korrelasjonskoeffisienten r positiv noe som sier at når opplevelsen av kontroll over arbeidsoppgaver og arbeidstid øker, vil også graden av opplevd tilfredshet med jobben øke. Korrelasjonskoeffisienten r sier imidlertid ikke noe om størrelsen på effekten av en økning i opplevd kontroll i respondentenes opplevelse av trivsel på arbeidsplassen.

tendensen i 6.5 at arbeidets innhold og opplevd sikkerhet i arbeidssituasjonen er negativt korrelert med rapporteringer omhandlende fysisk og psykisk helsetilstand. Dette betyr at ansatte som er misfornøyde med arbeidsinnholdet og ansatte som føler seg utrygge på jobb har en noe høyere tendens til å være misfornøyde med sin psykiske og fysiske helsetilstand. Men her er det viktig å påpeke at assosiasjonen mellom disse variablene var relativt svak.

For å videre teste forholdet mellom arbeidsmiljø og selvrapportert helse og trivsel estimerte vi en strukturell ligningsmodell for å undersøke hvorvidt arbeidstakernes opplevelse av arbeidsmiljøet kunne påvirke de ansattes egenrapporterte fysiske og psykiske helsetilstand samt opplevd trivsel i arbeidet. Modellen er bygd opp med utgangspunkt i tidligere empiri og forskning som sier at arbeidstakeres opplevelse av arbeidsmiljøet vil påvirke de ansattes opplevelse av egenrapportert helse (fysisk og psykisk) samt opplevd trivsel på arbeidsplassen. Variablene som inngikk i den testede modellen er vist i tabell 7.6.

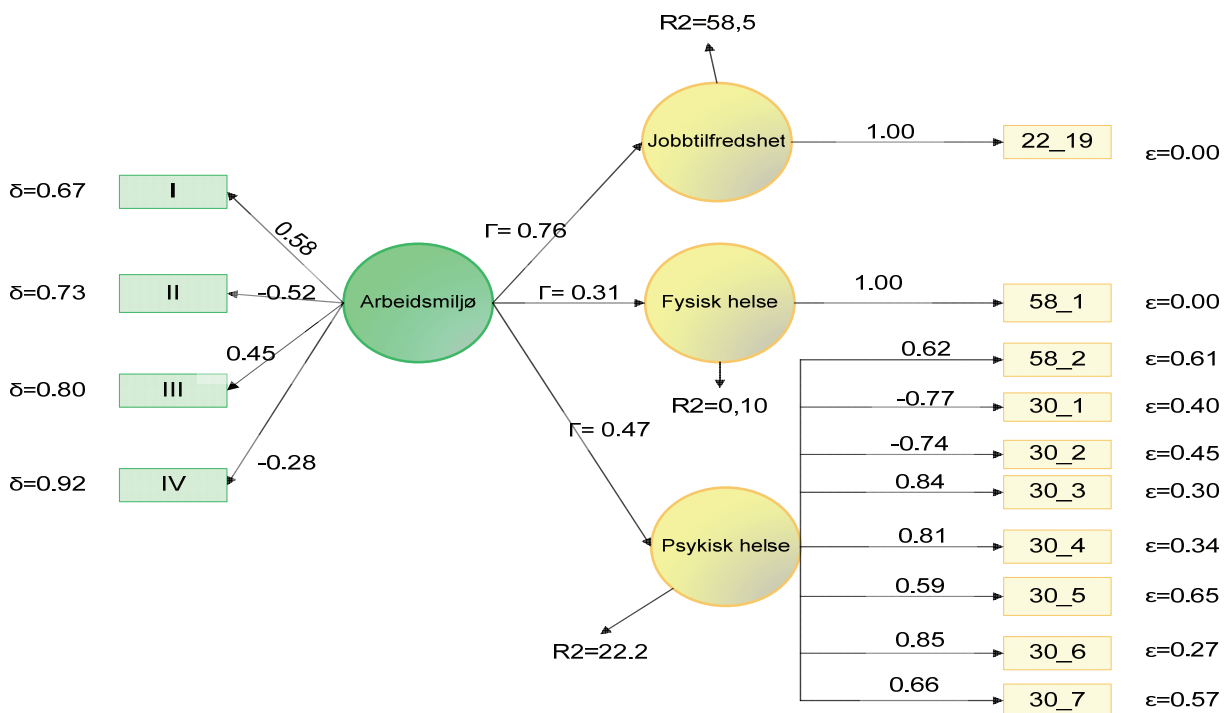
Tabell 7.6 Dimensjoner og testledd som inngår i modellen som tester forholdet mellom arbeidsmiljø og helse

I figuren	Arbeidsmiljø	I figuren	Psykisk helse
I	Forholdet til nærmeste leder	58_1	Hvordan vil du generelt sett vurdere din fysiske helse
II	Innholdet i arbeidet	30_1	Følt deg: Trygg og rolig
III	Opplevd kontroll	30_2	Følt deg: Glad og optimistisk
IV	Opplevd sikkerhet	30_3	Følt deg: Nervøs og urolig
	Jobbtilfredshet	30_4	Følt deg: Plaget av angst
22_19	Jeg er fornøyd med jobben min	30_5	Følt deg: Irritabel
	Fysisk helse	30_6	Følt deg: Nedfor/deprimert
58_1	Hvordan vil du generelt sett vurdere din fysiske helse	30_7	Følt deg: Ensom

Modellens tilpassning til det datasettet var tilfredsstillende. Figuren viser at de fire arbeidsmiljødimensjonene signifikant påvirker de ansattes psykiske og fysiske helsetilstand. Dimensjonene som inkluderes har sterkest påvirkningskraft på psykisk helse ($\gamma=0,47$). Totalt forklarer respondentenes opplevelse av arbeidsmiljøet 22,2 prosent av variansen i egenrapportert psykisk helsetilstand. Modellen viser at opplevd arbeidsmiljø påvirker respondentenes opplevelse av fysisk helsetilstand, til tross for at effekten her er lavere sammenlignet med effekten på psykisk helse. Arbeidsmiljø i denne modellen redegjør for 10 prosent av variansen i egenrapportert vurdering av fysisk helsetilstand.

Med hensyn til trivsel på arbeidsplassen viser resultatene i modellen at arbeidsmiljørelaterte faktorer er viktige. Totalt viste resultatene i figur 7.5 at arbeidstakeres opplevelse av arbeidsmiljøet forklarte 58,5 prosent av variansen i selvrapportert jobbtilfredshet. Tradisjonelt har forskning vist at en relativt moderat mengde av variansen i helse har blitt forklart ved faktorer i arbeidsmiljøet. Det har for eksempel blitt hevdet at gitt de komplekse årsaksforholdene bak utviklingen av sykdom er det urimelig å anta at arbeidsrelaterte forhold kan forklare mer enn 10 prosent av variansen i selvrapportert helsetilstand (Semmer, 2003). Blant hjelpepleiere ansatt i kommunal pleie og omsorgsvirksomhet viser resultatene at 22,2 prosent av variansen i egenrapportert psykisk helse og 10 prosent av variasjon i egenrapportert somatisk helse kan redegjøres for ved arbeidsmiljøfaktorer, noe som betyr at arbeidsmiljøet utgjør en viktig faktor i de ansattes vurdering av egen helsetilstand i denne yrkesgruppen

Et sentralt poeng relatert til den ovennevnte analysen er at en strukturell ligningsmodell (SEM) ikke gjør det mulig å trekke slutninger om årsak-virkningsforhold. I dette tilfellet kan vi ikke utelukke at forholdet mellom arbeidsmiljø og helse samt forholdet mellom opplevd arbeidsmiljø og trivsel kunne vært omvendt. Dette innebærer at det kan være slik at ansatte som opplever en høy grad av trivsel på arbeidsplassen også vil være mer fornøyde med faktorer relatert til det psykososiale arbeidsmiljøet. Tilsvarende kan det være slik at det er de ansattes opplevelse av egen fysisk og psykisk helsetilstand som influerer deres persepsjon av arbeidsmiljøet og ikke omvendt slik modellen i figur 7.5 viser. Til tross for dette sannsynliggjøres forholdet mellom arbeidsmiljø og helse slik det er estimert i figur 7.5 gjennom eksisterende forskning som viser at det psykososiale arbeidsmiljøet vil influere de ansattes opplevelse av egen helsetilstand relatert til jobben.



Tilpassningsstatistikk: RMSEA=0,088, NNFI=0,939, NFI=0,949, CFI=0,949

Figur 7.5 Modell som er estimert for å se på forholdet mellom opplevd arbeidsmiljø, helse og trivsel blant hjelpepleiere.

19

¹⁹ RMSEA (Root Mean of Error Approximation): Tilpassningsmål, ser på avvik per frihetsgrad. Verdier under 0,10 har tradisjonelt blitt tolket som en akseptabel tilpassning til data (Steiger 1990). NNFI (Non normed Fit Index): Verdier nært opp mot 1.0 indikerer en god tilpassning. NFI (Normed Fit Index): Varierer mellom 0 til 1.0, og representerer en sammenligning mellom modellen og en null-modell (Bentler & Bonnet 1980). CFI (Comparative Fit Index): sammenligner modellen med en null-modell som antar at de latente variablene i modellen ikke er korrelerte. CFI burde være høyere enn 0,90 for å akseptere modellen, noe som indikerer at 90% av kovariansen i data kan reproduseres av modellen.

7.4.3 Resultater fra intervjuer

Som et ledd i dette prosjektet har det blitt gjennomført intervjuer med ansatte på ulike nivåer i seks kommuner. Utvelgelsen av kommuner og intervjuobjekter er gjort rede for i kapittel 2 i denne rapporten. I den etterfølgende delen av kapitlet som omhandler arbeidsmiljøet i den kommunale pleie og omsorgssektoren skal vi gå nærmere inn på intervjuobjektene opplevelse av arbeidsmiljøet ved sin respektive arbeidsplass. Vi har i den etterfølgende delen valgt å ta utgangspunkt i de fire dimensjonene ved det psykososiale arbeidsmiljøet, jf forrige kapittel.

Respondentene i intervjuene ble ikke direkte spurt om arbeidsmiljø og hva de legger i dette begrepet. Til tross for dette berører flere av informantene temaer som er relevante for hva som kjennetegner arbeidsmiljøet, både generelt i de 6 casekommunene, men også spesifikt innad i de ulike enhetene hvor informantene enten er avdelingsledere, faggrupeledere, verneombud/hovedverneombud eller tillitsvalgt/hovedtillitsvalgt. I tillegg ble informantene i flere tilfeller spurt om de opplevde at de hadde et godt arbeidsmiljø, samt også om hvordan de hadde arbeidet med oppfølging av medarbeiderundersøkelsene gjennomført i de respektive kommunene.

Fire arbeidsmiljødimensjoner viste seg å kunne beskrive hjelpepleieres opplevelse av arbeidsmiljøet ved sine respektive arbeidsplasser. Disse dimensjonene er:

- Forholdet til nærmeste leder
- Innholdet i arbeidet
- Opplevd kontroll over arbeidsoppgaver og arbeidstid
- Opplevd sikkerhet i arbeidet

I den etterfølgende delen av dette kapitlet vil vi gå gjennom disse dimensjonene med fokus på intervjuundersøkelsen for å se nærmere på om det er samsvar mellom hva ansatte og ledelse på ulike nivåer legger i begrepet arbeidsmiljø.

5.3.1.1 Forholdet til ledelse – intervjuer

Ansattes forhold til nærmeste leder er en sentral faktor som er viktig for hvordan det totale arbeidsmiljøet oppleves av den enkelte arbeidstaker. Denne faktoren omhandlet temaer som å føle at man blir verdsatt og mottar tilbakemeldinger for jobben som utføres, samt en opplevelse av å bli tatt med på råd og bli hørt i temaer som omhandler egen arbeidshverdag. At forholdet til nærmeste leder utgjør et sentralt aspekt ved de ansattes arbeidsmiljø støttes opp av forskning som viser at forholdet til ledelsen generelt og mer spesifikt støtte fra nærmeste leder er sentralt for de ansattes evne til å mestre en arbeidssituasjon som oppleves som negativ (Johnson and Hall 1988). Den nærmeste ledelsens evne til å "se" de ansatte og gi tilbakemeldinger på utført arbeid har også vist seg å bidra til å øke arbeidstakerens opplevelse av kontroll, motivasjon for jobben samt også å forebygge depresjoner og utbrenthet (Karasek and Theorell 1990;Quinn and Spreitzer 1997).

Flere av disse temaene gikk igjen i intervjuene med ledere på ulike nivåer innen den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Flere av intervjuobjektene kom inn på temaet arbeidsmiljø, og vektla viktigheten av å ha gode ledere som en sentral faktor i arbeidsmiljøet til arbeidstakerne. Viktigheten

av ledelsens rolle i et godt arbeidsmiljø ble vektlagt av informantene på alle nivåer, det vil si fra rådmenn og ordførere i kommunen, ned til verneombud og tillitsvalgte ved den enkelte avdeling/arbeidsplass. Rådmannen i K6 uttalte følgende på spørsmål om hva som var det viktigste resultatet av medarbeiderundersøkelsen i kommunen:

*"...men så er det.. det å bli sett på arbeidsplassen og det å kunne medvirke, påvirke, hvordan er det vi skal bruke og er det vi skal jobbe – det kommer igjen som utfordring. Går på ledelse rett og slett".
(Rådmann og personalleder, K6).*

I dette sitatet vektlegger rådmannen flere sentrale aspekter som i forskning har vist seg å være viktige i "det gode arbeidsmiljø". Altså, en følelse av at ens arbeidsinnsats blir lagt merke til og at viktigheten av at de ansatte blir hørt og får muligheten til å påvirke sine egne arbeidsoppgaver, arbeidstid og arbeidshverdag. Rådmannen påpeker også i dette sitatet behovet for at de ansatte skal få bruke kompetansen sin effektivt i arbeidet, og med dette også muligheten til å utvikle sine egne evner og interesser. Alle disse sentrale arbeidsmiljøaspektene fremstår som en ledelsesoppgave. I dette ligger det at det er ledelsens ansvar å legge til rette for samt å vise en atferd som bidrar til at det gode arbeidsmiljø utvikles på den enkelte arbeidsplass.

Tilsvarende meninger ble også uttalt av tillitsvalgte og enhetsledere, men flere av disse påpeker at arbeidet med arbeidsmiljø er utfordrende og vanskelig å få til i en hektisk arbeidshverdag. På spørsmålet om arbeidsmiljøet i hjemmetjenesten er bra svarer for eksempel en hovedtillitsvalgt i K6 følgende:

*"Det er litt varierende med hvem som leder den enkelte hjemmetjeneste. Jeg opplever at de har slitt noen steder. De tilbakemeldingene får vi og går ofte på ledelse i forhold til og bli sett og hørt osv.
(Hovedtillitsvalgt, K6)*

I dette sitatet framheves arbeidstakernes behov for å bli sett og anerkjent for jobben som gjøres – meninger som også ble uttrykt av rådmannen i den samme casekommunen. Videre legger den hovedtillitsvalgte vekt på at dette er ledelsens oppgave ved å påpeke at det er variasjoner med hensyn til den enkelte leder med tanke på hvordan disse behovene blir møtt.

I noen kommunale pleie og omsorgsenheter hvor informantene påpeker at man har store utfordringer i arbeidsmiljøet (for eksempel i form av konflikter mellom ansatte eller ledere) vektlegges ledelsen som en viktig "årsaksfaktor". På spørsmål om hva det betyr at arbeidsmiljøet er dårlig/negativt svarer verneombud/tillitsvalgt følgende:

"Dårlig kontakt med avdelingsleder, han er ikke på jobb, treffer han kanskje en gang i blant. Kan gå flere måneder." (Verneombud/tillitsvalgt, K5)

Viktigheten av å bli sett og anerkjent fra leder virker å være spesielt viktig i tunge prosesser ved de enkelte enhetene. Ett eksempel på en slik tung prosess er omorganiseringer. I slike situasjoner viser resultatene fra intervjuundersøkelsen at det er spesielt viktig å bli sett, samt å motta støtte fra sin nærmeste leder. Ett eksempel på dette finner vi i casekommune 5 hvor man har gjennomført en omorganisering ved sykehjemmene. I intervjuet med verneombud og tillitsvalgte ved sykehjemmet vektlegger disse atferden til nærmeste leder, og snakker spesifikt om behovet for å motta støtte, bli sett i arbeidsmiljøet og bli anerkjent for den jobben man gjør ved å uttale følgende:

"Et eksempel en som kom på jobb og det var to stykker - ... men det kan vi ta på mandag – nei da har jeg avspasering sier lederen. Jeg er jo flyttet, jeg skal jo ikke jobbe her noe mer sier vedkommende. Å ja, er

det nå dere skal flytte. Da føler du deg veldig sett. Den lederen du flytter fra – har jobbet der kanskje i mange år, ikke engang har fått det med seg.” (Fokusgruppe intervju med verneombud og tillitsvalgt, K6)

I utfordrende situasjoner som for eksempel omorganiseringer påpeker også ledelsen ved de ulike enhetene at det er vanskelig å ha fokus på arbeidsmiljøet. Dette fordi krevende situasjoner ofte medfører at lederen ikke har muligheten til å følge opp de ansatte på en måte som er ønskelig. I casekommune 5 sier:

Sitatene som er brukt over viser at de representanter for de ansatte så vel som den kommunale ledelsen påpeker viktigheten av en synlig og støttende ledelse i de ulike kommunale enhetene. Imidlertid viste resultatene fra intervjuer med avdelingsledere og virksomhetsledere at de opplever sin egen rolle som vanskelig eller utfordrende. For eksempel vektlegger en virksomhetsleder i et sykehjem at arbeidsmiljøet skal fungere på to plan. Dette betyr at en god, nærværende og støttende ledelse alene ikke er nok for å skape et godt arbeidsmiljø for de ansatte. Arbeidsmiljøet skapes som et resultat av samspillet mellom ansatte og den nærmeste leder. For at det gode arbeidsmiljø skal skapes er dette samspillet essensielt. Virksomhetslederen sier følgende i intervjuet:

”Tror at dersom arbeidsmiljøet – ellers det skjer som så at ”han gjør ingenting med det” når det faktisk er arbeidstakerne som rapporterer at dette ikke fungerer. Det er to plan det skal fungere på. Arbeidstakerne opp mot meg også – hvis ting ikke fungerer kan vi ikke ha vedkommende der.” (Virksomhetsleder Sykehjem, K3).

De ansattes ansvar for det arbeidsmiljøet ble påpekt i flere intervjuer, for eksempel i dette sitatet hentet fra et intervju med i casekommune 1 på spørsmål om hvordan ”nyansettelser” som ikke var vellykket påvirker det generelle arbeidsmiljøet.

Oppfør deg som folk så blir verden god. Det er faktisk folk som gjør det. Kan ikke ha noen som forsurer miljøet. Det ødelegger for alle” (Virksomhetsleder på sykehjem, K1)

Noen av avdelingslederne snakket om at de i større grad ønsket innspill fra de ansatte omhandlende hva de var misfornøyde med, hvor de så behovet for tiltak. For eksempel uttalte en avdelingsleder ved sykehjemmet i kommune 2 følgende i løpet av intervjuet:

”...kunne tenkt meg mer tilbakemelding på min lederstil. Hvordan de vil ha det. Samtidig har vi det veldig kjekt på avdelingen. Kjemp godt miljø og blide ansatte og veldig lavt sykefravær. De virker fornøyd, men samtidig vet jeg ikke om det er noe de ville ha gjort annerledes” (Avdelingsleder sykehjem, K2)

En annen årsak til at arbeid med arbeidsmiljørelaterte faktorer oppleves som utfordrende av lederne er stadige omorganiseringer av tjenestene. Slike omorganiseringer medfører at lederen ikke får mulighet til å følge opp arbeidstakerne på en måte som ville være ønskelig. I K5 sier en enhetsleder følgende:

”...vi er ikke nær nok. Det kan være en svakhet for avdelingsleder i dag som har store avdelinger, får ikke være nær nok, og være tilstede når det skjer. Observere...” (Enhetsleder, K5)

I slike situasjoner er det også sentralt at lederen har støttespillere. I casekommune 5 snakker enhetslederen om viktigheten av å ha støttespillere for å utøve lederrollen på en mer positiv og effektiv måte. I dette ligger det også evnen til å delegerer oppgaver slik at lederen kan fokusere på de mest sentrale arbeidsoppgavene i slike situasjoner.

”Det å prege lederskap, for en er avhengig av og ha støttespillere som du kan delegerer oppgaver til og som kan utføre.” (Enhetsleder, K5)

5.3.1.2 Innholdet i arbeidet

I spørreskjemaundersøkelsen som ble gjennomført blant hjelpepleiere ansatt i pleie og omsorgstjenester var innholdet i arbeidsoppgavene en viktig beskrivende dimensjon i forhold til hvordan de ansatte opplevde sitt arbeidsmiljø. Inkludert i denne dimensjonen var aspekter som at de ansatte opplevde arbeidet som stressende, fysisk krevende og tidsbegrensende. En stor andel av hjelpepleierne som besvarte denne undersøkelsen rapporterte at de ofte måtte forlate brukerne uten å hatt tid til å gjøre alle arbeidsoppgavene. En stor andel rapporterte også at de følte seg utslitte etter end arbeidsdag. Fra tidligere forskning vet vi at arbeidsmiljøet til ansatte i helsesektoren er preget av konflikter mellom ulike krav for eksempel kravet om effektivitet opp mot brukerens behov for omsorg og hjelp. I tillegg er arbeidet som utføres fysisk krevende og stressende.

I intervjuundersøkelsen ble problemstillinger knyttet til arbeidets innhold som et arbeidsmiljøproblem primært tatt opp av enhetsledere, virksomhetsledere, faggruppelidere og representanter for de ansatte. Flere påpekte at arbeidet innen den kommunale pleie og omsorgssektoren hadde blitt mer belastende over tid. For eksempel ble følgende satt i et intervju med avdelingsledere ved sykehjem og hjemmetjeneste:

*"Følelsen av stor arbeidsbelastning. Før var det mer periodevis. Nå er periodene veldig lange".
(Avdelingsledere sykehjem/hjemmetjenesten, K2)*

Dette ble fulgt opp at brukerne av tjenestene hadde blitt sykere, og med dette krevde flere tjenester. Men på grunn av den økonomiske situasjonen i kommunen hadde man ikke mulighet til å leie inn vikarer eller til å ansette flere folk. Konsekvensen av dette var at de ansatte fikk økt arbeidsbelastning.

"...synes det er tøffe tider. Har vært det lenge. Skal ikke leie inn ved kortidsfravær. Det er tøft. Det er regelen" (Avdelingsledere sykehjem, K2)

Flere av de ansatte som ble intervjuet som en del av denne undersøkelsen kom inn på problemstillinger knyttet til organisering av tjenestene generelt og på problematikk knyttet til endringer og omorganiseringer mer spesifikt. En ansatt svarte følgende på spørsmål om den nåværende arbeidssituasjonen i pleie og omsorgssektoren:

"Det er emosjonelt når en føler at arbeidsplassen går i stykker på en måte. Se kolleger som sliter er tungt" (Ansatt hjemmetjenesten, K1)

I vanskelige situasjoner på jobben ble viktigheten av et godt arbeidsmiljø spesielt vektlagt av de ansatte, og flere snakket om jobbens betydning for dem. En ansatt sa følgende:

"Så jobber en mye og bruker mye tid på jobb – det er en stor del av livet på en måte " (Ansatt hjemmetjenesten, K1)

Sett i lys av at så mye tid brukes på jobben så er et godt arbeidsmiljø preget av samhold og trivsel mellom kolleger sentralt. Flere av de ansatte som ble intervjuet uttrykte at de prøvde å være positive selv om dette var vanskelig i den daglige arbeidshverdagen.

Inn under dette ble det påpekt i dette intervjuet at belastningen på de ansatte er stor, og noen ansatte påpeker at dette kan gå ut over brukerne av tjenesten. Dette spesielt dersom det på samme tid foregår omorganiseringer og mye "støy" i organisasjonen. En ansatt hjelpepleier sa følgende på spørsmål om situasjonen på hans/hennes arbeidsplass hadde gått ut over brukerne av tjenesten:

”Nå i det siste er jeg redd for det. Jeg tror vi har vært kjempeflinke til å skjerme dem...Men akkurat nå i det siste oppleves det som veldig kaotisk. Tror det kan gå ut over brukerne” (Ansatt hjemmetjenesten, K1)

Dette sitatet påpeker de emosjonelle kravene til ansatte innen pleie og omsorgssektoren. Forskning har vist at psykososiale og emosjonelle krav har blitt stadig viktigere i dagens arbeidsliv. Videre har det også blitt påpekt at det å bli utsatt for psykososialt og emosjonelt stress kan ha en ødeleggende effekt på de ansatte i form av redusert helsetilstand, redusert jobbtilfredshet og en økning i turnover intensjon (Landsbergis, 2003). Da de ansatte i en casekommune ble spurt om den økte arbeidsbelastningen og den nåværende arbeidssituasjonen medførte at de var slitne svarte en ansatt på følgende måte:

”Nei, ikke veldig sliten, mer frustrert. Det går litt opp og ned. Tror det er de som har det verre...mye innedager. Hører og ser ting som ikke fungerer som plutselig kan komme fra sinte pårørende som har ventet i flere timer. Sånne ting kjennes enda mer på kroppen. Komme dit 2 timer for sent og vite at du ikke har noen skyld i det. Å vite at når en kommer inn døra så er det jeg som må stå i det”. (Ansatt hjemmetjenesten, K1)

Dette sitatet viser at de emosjonelle kravene som stilles til ansatte innen den kommunale pleie og omsorgssektoren forsterkes av det som oppleves som en dårlig og kaotisk organisering av arbeidshverdagen. Flere sier også at de har ”resignert” litt i forhold til stadige omorganiseringer, og retter sitt fokus mot brukernes behov for omsorg og pleie:

”Man må finne seg i det eller så må man slutte”. (Ansatt hjemmetjenesten, K1)

En mulig årsak til at ansatte opplever arbeidet sitt som stressende er rammebetingelsene i den enkelte virksomhet. Dette inkluderer tidspress og andre faktorer som gir muligheter eller begrenser arbeidstakernes mulighet til å møte brukerne på en mest mulig effektiv og omsorgsfull måte. I flere intervjuer snakket informantene om at de opplevde å være presset på tid uten at de fikk tilført ekstra ressurser for å gjennomføre pålagte arbeidsoppgaver. I denne forbindelse ble problemet med manglende forutsigbarhet tatt opp. I dette ligger det at man i liten grad har kontroll over arbeidshverdagen, noe som forsterker opplevelsen av arbeidet som stressende og belastende. Opplevelse av tidspress påvirker den ansattes holdninger til arbeidet og øker den fysiske og psykiske belastningen. Dette problemet understrekes i et intervju med fagledere i casekommune 5:

”I perioder har jeg faktisk – på kveldsvakt er vi to på jobb. Jeg og sykepleier og kanskje har jeg med meg hjelpepleier og kanskje en ufaglært. Kan ha to døende samtidig med pårørende som krever sitt. Det er 13 pasienter på avd. Pårørende forlanger at jeg som er fast på avdelingen skal ha tid til å snakke med dem og sitte til dem. Har to døende – to familier pluss en hvor med pasienter i tillegg. Du løser det så klart for du vet du får ikke noe ekstra selv om du har to døende samtidig. Du får ikke flere kroner. Får ikke tilført noe mer kompetanse. Men problematikken er at den dagen vi får klage på dette – at de synes det gikk for lang tid til jeg hadde tid til å komme inn, f.eks. den ene pasienten hadde smertepumpe og jeg rakk ikke forlate den andre døende fort nok til å komme slik at den pårørende ble fornøyd, da blir jeg innkalt til enhetsleder pga klage. Det er da jeg sliter mellom etikk, fag og deres krav til oss og klare løse det ut fra de ressursene vi har fått og den økonomien vi har”. (Fagledere, K5).

5.3.1.3 Opplevd kontroll

I spørreskjemaundersøkelsen gjennomført blant hjelpepleiere i pleie og omsorgssektoren utgjorde opplevd kontroll en viktig dimensjon i det psykososiale arbeidsmiljøet. Resultatene som ble rapportert i tabell 7.2 viste at denne dimensjonen forklarte 10.6 % av variansen i hjelpepleiernes opplevelse av sitt arbeidsmiljø. Denne dimensjonen inneholdt påstander som for eksempel ”jeg kan selv bestemme når jeg skal ta pauser”, ”jeg kan påvirke mengden av arbeid som blir tildelt meg” og ”jeg kan selv bestemme mitt arbeidstempo”.

Opplevd kontroll omhandler ansattes mulighet til å bestemme hvordan og når arbeidet skal utføres, i tillegg inkluderer opplevd kontroll ansattes opplevelse av at muligheten til å bruke og videreutvikle sine ferdigheter (D'Souza et al., 2002). Grad av opplevd kontroll antas å utgjøre et grunnleggende menneskelig behov, i tillegg til å være en sterk motivasjonsfaktor i jobbsammenheng. Forskning har vist at grad av kontroll er relatert til økt motivasjon blant de ansatte, en økning i jobbtilfredshet samt en reduksjon av fysiske og psykiske symptomer på dårlig helse og sykefravær (Hackman and Oldham 1975, Sparks et al., 2001).

Også i intervjuundersøkelsen gjennomført i 6 casekommuner ble temaer knyttet til viktigheten av å kunne utøve kontroll over sin arbeidstid og arbeidsoppgaver tatt opp. For eksempel ble følgende sagt i casekommune 4:

”På hjelpepleiersida går det mye på det å føle at du faktisk er en del av et team, at du blir sett og blir verdsatt. Sykepleiere har en tendens til å ha de såkalte viktige jobbene. At vi blir hørt og sett. Det er kjempeviktig – det går igjen over alt. Når folk begynner å føle at de ikke blir sett eller tatt på alvor, da begynner ting – da kommer det ufred, misfornøyd”. (Tillitsvalgt NSF og verneombud sykehjem, K4)

Dette sitatet illustrerer viktigheten av at ansatte på alle nivåer i organisasjonen opplever at de blir hørt og at deres arbeidsinnsats blir lagt merke til og tatt på alvor. I dette ligger det også at kommunale pleie og omsorgstjenester er hierarkisk organisert hvor kanskje flere ansatte føler at de ”viktige” jobbene blir tatt vekk fra dem. Det å oppleve at man blir sett og hørt, og at arbeidsinnsatsen blir lagt merke til er sentralt for at ansatte på alle nivåer i organisasjonen skal være motiverte til å utføre sitt arbeid på best mulig måte. Sitatet illustrerer også at ansatte på ulike nivåer av det organisatoriske hierarkiet opplever at de har ulike mengder kontroll over sine arbeidsoppgaver. I dette tilfellet kommer informanten inn på at det er sykepleierne ved sykehjemmet som har de viktigste jobbene. Implisitt innebærer dette at hjelpepleiere og omsorgsarbeidere kanskje opplever å ha arbeidsoppgaver som oppleves som mindre viktige i organisasjonen, noe som i sin tur også impliserer mindre grad av opplevd kontroll over jobben. Dette støttes opp under av resultatene som ble rapportert i tabell 7.2. Ansatte hjelpepleiere i sykehjem rapporterte at de opplevde mindre kontroll over arbeidsoppgaver og arbeidstid sammenlignet med ansatte ved dagsentre, rusomsorg, rehabiliteringstjenester og psykisk helsearbeid. En årsak til dette kan være en opplevelse av at det er sykepleierne som har ”de viktige jobbene”.

Tema som omhandler grad av opplevd kontroll blir også tatt opp i intervjuene med ledere på kommunalt nivå, og da mer spesifikt i tilknytning til oppfølging av medarbeiderundersøkelser som har blitt utført i regi av kommunen. For eksempel sies følgende i intervjuet med rådmann og personalsjef i en casekommune:

”Det å kunne medvirke – påvirke – hva er det vi skal bruke og hvordan er det vi skal jobbe - det kommer igjen som utfordring”. (Rådmann og personalsjef, K6)

Her påpekes det at de ansattes mulighet til å påvirke arbeidsoppgavene og hvordan man skal jobbe i pleie og omsorgstjenesten framstår som en sentral verdi for at ansatte skal trives på jobb, og også være motiverte til å gjennomføre jobben på en god måte. På samme tid påpekes det at dette er en utfordring i arbeidet med arbeidsmiljøet på arbeidsplassen.

Tilsvarende oppleves det som ubehagelig å oppleve/føle at man blir kontrollert. En ansatt hjelpepleier i sykehjem i casekommune 1 sier følgende:

”Vet at en periode opplevde jeg at hun kontrollerte meg og gikk etter meg og så at jeg gjorde jobben min på en måte. Det hadde jeg aldri opplev d. Nedverdiggende. Hun spurte kollegaen min om hvor jeg var”. (Ansatt hjemmetjenesten, K1)

Hjelpepleieren følger opp dette med å si at det som ble opplevd som overvåkning opplevdes som *”ubehagelig”*, dette spesielt med tanke på at den ansatte ikke forstod årsaken til denne overvåkingen.

5.3.1.4 Opplevd sikkerhet

Utfordringer i forhold til de ansattes sikkerhet fremstår som et sentralt element i mange yrker. I pleie og omsorgssektoren fremstår psykiske belastninger som trakassering, vold og trusler om vold i arbeidssituasjonen som betydelige arbeidsmiljøproblemer. For eksempel i en kartlegging av helse og sosialarbeidere rapporterte 6 av 10 at de har opplevd vold eller trusler i arbeidet (Skarpaas og Hetle, 1996). I tillegg til selv å bli utsatt for vold og trusler kan arbeidstakeren også oppleve at kolleger utsettes for tilsvarende. Slike erfaringer vil også kunne påvirke den enkeltes oppfatning av arbeidsmiljø, trivsel og arbeidssituasjon (Svalund, 2009). Også i undersøkelsen gjennomført blant 9812 hjelpepleiere ansatt i pleie og omsorgssektoren svarer en stor andel at de har opplevd vold og trusler om vold i arbeidssituasjonen. Totalt rapporterer 10.8 prosent av respondentene at de ofte jobber under risikofylte forhold, mens 11,5 prosent rapporterer at de ofte opplever brukerne som truende. Våre analyser viser at hjelpepleiere som er ansatt innen rusomsorgen i større grad rapporterer trusler om vold, mens ansatte innen rehabiliteringstjenester i minst grad opplever vold og trusler om vold i sitt arbeid.

For å forebygge vold og trusler om vold blir det viktig for arbeidsgiver å organisere arbeidsforholdene på en måte som reduserer risikoforholdene.

I flere av intervjuene kommer informantene inn på sikkerhetsaspektet ved å arbeide i pleie og omsorgssektoren. Spesielt gjelder dette i forhold til andre organisatoriske endringer som har medført at arbeidshverdagen til de ansatte har blitt mindre predikerbar, for eksempel ved at det har kommet inn en annen type brukere i tjenesten. I casekommune 2 sier ett verneombud følgende:

”...det skjedd store forandringer nå i disse årene. Har vært mye usikkerhet blant de som jobber der. Det er psykisk utviklingshemmede vi jobber med. Er en stabil rolig gruppe i en lang periode. Har kommet inn brukere med en annen type adferd som setter mye større krav til de som jobber der. Krav på en helt annen måte. De som har jobbet der i 20 år synes det er vanskelig å begynne og jobbe med slike ting. Det er angst, frustrasjon, fortvilelse”. (Verneombud, K2)

I det samme intervjuet sier verneombudene følgende på spørsmål om hvordan de nye brukerne er:

”De er utagerende, voldelig atferd. De er psykisk utviklingshemmede. Venter på en bruker som skal komme da og da, men nå skal ha komme nå i juni. Kanskje han ikke kommer likevel. Hva skjer... Mange ubesvarte spørsmål og vi spør, men ingen vet”.(Verneombud, K2)

Usikkerhet i forbindelse med brukerne de ansatte skal jobbe med – og mer spesifikt om disse brukerne utviser voldelig og truende atferd overfor personalet oppleves som problematisk. Dette problemet blir ytterligere forsterket ved at man opplever manglende predikerbarhet, altså at man i liten grad vet hva arbeidsdagen kommer til å inneholde. Konsekvensene av å arbeide med brukere som er voldelige og utagerende kan føre til psykiske belastninger som at mange ansatte ofte eller av og til gruer seg til å gå på jobb, og kan også bidra til å forlenge sykefravær. Dette illustreres også i det følgende sitatet på spørsmål om det er ”slike” brukere som skaper sykefravær:

”Har gjort det helt klart. Angst for å gå på jobb. Liker at ting er forutsigbare. Vi er bare slik. Vet ikke hvordan dagen blir, det er jo greit når vi jobber med den type mennesker. Kan aldri styre dagen. Men borte hos oss – personalet var ikke der at vi skulle begynne å jobbe med sånne. Gjør ikke det over natta. En leder i en slik situasjon har det heller ikke lett da som får mange spørsmål, vet ikke mer enn det vi vet”. (Verneombud, K2)

7.5 Oppsummering og diskusjon

Dette kapitlet har beskrevet arbeidsmiljøet blant de ansatte i kommunal pleie og omsorgssektor. Videre har dette kapitlet beskrevet forholdet mellom det psykososiale arbeidsmiljøet og ansattes egenrapporteringer av psykisk og fysisk helse samt opplevd trivsel i arbeidet.

7.5.1 Opplevelse av arbeidsmiljøet

Fire dimensjoner kunne best beskrive hjelpepleieres opplevelse av det psykososiale arbeidsmiljøet. Disse var: forholdet til nærmeste leder, arbeidets innhold, opplevd kontroll og opplevd sikkerhet på arbeidsplassen. Majoriteten av hjelpepleiere ansatt i norske kommuner vurderte sitt forhold til sin nærmeste leder som godt eller meget godt, tilsvarende rapporterte en stor andel av hjelpepleierne at de sjelden opplevde at deres sikkerhet var truet i det daglige arbeidet. Resultatene som ble rapportert i dette kapitlet tyder på at hjelpepleiere i norske kommuner i stor grad opplever sin arbeidssituasjon som utfordrende, hele 65 prosent av hjelpepleierne opplevde at innholdet i arbeidet var preget av stress og tidspress i form av dårlig tid til brukerne/pasientene. Dette resultatet ble bekreftet i intervjuundersøkelsen gjennomført blant ansatte i 6 norske kommuner. Flere påpekte at arbeidsbelastningen var stor og at det var tøffe tider. Tilsvarende rapporterte også en relativt stor andel av hjelpepleierne at de i liten grad opplevde kontroll over sin arbeidstid og sine arbeidsoppgaver. Viktigheten av å være en del av et team, og følelsen av å kunne påvirke situasjonen på arbeidsplassen ble også bekreftet i intervjuundersøkelsen.

Samlet sett viser disse resultatene at kommuners arbeid med problemstillinger knyttet til det psykososiale arbeidsmiljøet bør rette fokus mot de ansattes opplevelse av kontroll, dette spesielt på grunn av at arbeidets innhold ble beskrevet som stressende og utfordrende. Ved å sette resultatene i dette kapitlet i sammenheng med eksisterende empiri og forskning på området er det mye å vinne på å gjennomføre tiltak knyttet til å øke ansattes opplevelse av kontroll over sin egen arbeidshverdag – spesielt i en situasjon hvor arbeidet stiller store fysiske og psykiske krav til de ansatte. I følge krav-

kontroll-støtte modellen som ble nevnt innledningsvis vil opplevd kontroll i dette tilfellet ha en "buffer" effekt i forhold til høye jobbkrav, og med dette kunne bidra til økt motivasjon, bedre trivsel og bedre helse. Dette er aspekter som er spesielt viktig i en bransje hvor det registreres betydelig slitasje på de ansatte både i form av sykefravær og avgang fra yrkesvirksomhet.

Resultatene rapportert i dette kapitlet viser også viktigheten av en nærværende og omsorgsfull ledelse. Her var det noe avvik mellom resultatene fra spørreundersøkelsen og intervjuundersøkelsen. Mens hjelpepleiere ansatt i norske kommuner i stor grad vurderte sitt forhold til nærmeste leder som positivt, ble flere utfordringer påpekt i intervjuene. Spesielt behovet for å bli sett og hørt ble nevnt på flere ganger. Generelt er disse resultatene i overensstemmelse med tidligere forskning og empiri på området som i stor grad vektlegger ledelsens rolle i å "bygge" et positivt psykososialt arbeidsmiljø. Behovet for å bli sett, anerkjent og få tilbakemeldinger og støtte i en hektisk arbeidshverdag kan knyttes til begrepet psykologisk kontrakt. Den psykologiske kontrakten vektlegger de gjensidige forpliktelsene som eksisterer mellom ansatte og organisasjonen, og forskning på området viser at arbeidstakernes opplevelse av at deres nærmeste leder er villig til å høre på dem, samt vise omsorg for hvordan de har det på jobb er relatert til økt motivasjon, trivsel og psykologisk velvære på arbeidsplassen. Dette ble også vist i dette kapitlet. Våre resultater indikerer at psykososiale arbeidsmiljøfaktorer er svært sentrale for ansattes opplevelse av trivsel på arbeidsplassen. Implikasjonen av disse resultatene er at kommuner ved å rette fokus mot faktorer i det psykososiale arbeidsmiljøet kan bidra til at ansatte trives med sine arbeidsoppgaver, og dermed bidra til reduksjon i turnover raten. Forholdet til nærmeste leder blir kanskje spesielt viktig i pleie og omsorgssektoren hvor avstanden til toppledelse kan være stor. I en slik situasjon er det rimelig å anta at det er den ansattes nærmeste leder som i størst grad er med på å forme hvordan organisasjonen som helhet oppleves. Med andre ord er det den psykologiske kontrakten mellom den enkelte ansatte og hans/hennes nærmeste ledelse som i stor grad vil påvirke hvordan den ansatte vurderer og tolker sitt arbeidsmiljø, og gjennom dette også hvordan arbeidsmiljøet påvirker deres helse, trivsel og velvære på arbeidsplassen.

Resultatene viste at opplevelsen av arbeidsmiljøet varierte med henblikk på arbeidsområde. Dette vil si at ansatte i innen ulike områder vektlegger ulike aspekter i arbeidsmiljøet når dette vurderes som positivt eller negativt. Dette betyr også at tiltak designet for å bedre arbeidsmiljøet i "hele" pleie- og omsorgssektoren mest sannsynlig vil være lite effektive. Arbeidet med arbeidsmiljøet må gjennomføres lokalt ved den enkelte arbeidsplass, slik at disse kan ta utgangspunkt i de unike erfaringene ansatte møter i sitt daglige arbeid.

I intervjuundersøkelsen påpekte også flere informanter at til tross for arbeidsmiljøutfordringer i form av press, mangel på tid og ressurser påpekte flere også at arbeidsmiljøet også var godt. I disse tilfellene ble det påpekt at det var samhold mellom ansatte, at de ble lyttet til av leder og at det var "høyt under taket". Disse verdiene ble i sin tur relatert til et positivt psykososialt arbeidsmiljø, og den nærmeste ledelsen ved den enkelte arbeidsplass ble fremhevet som en sentral faktor for å implementere disse verdiene i den praktiske arbeidshverdagen. Implikasjonen av våre resultater er at det er et behov for å vektlegge de positive faktorene som assosieres med arbeidet, med andre ord faktorer som bidrar til velvære, positiv helse og engasjement. For å oppnå målet om en sunn arbeidsplass er det ikke nok å eliminere eller redusere risikofaktorer, men man må også legge til noe positivt. I pleie- og omsorgssektoren virker det ikke realistisk i løpet av en kort tidsperiode å redusere kravene som stilles til de ansatte. Til tross for dette er det kanskje mer realistisk å bygge videre på

positive arbeidsmiljøfaktorer, som for eksempel økt medbestemmelse, bedre forhold til ledelse osv som en metode for å redusere sykefravær og turnover og samtidig bedre motivasjon, helse og velvære på arbeidsplassen.

7.5.2 Forholdet mellom arbeidsmiljø helse, velvære og trivsel

Samlet sett viser resultatene som rapporteres i dette kapitlet at psykososiale arbeidsmiljøfaktorer er viktige for de ansattes trivsel, helse og velvære på arbeidsplassen. Resultatene som rapporteres i dette kapitlet er i overensstemmelse med tidligere forskning omhandlende forholdet mellom arbeidsmiljø og helse. Mer spesifikt er resultatene overensstemmende med forskning blant ansatte innen helsesektoren som viser at faktorer som beslutningsfrihet, innflytelse og sosial støtte er sentrale for hvordan ansatte i helsesektoren opplever sitt arbeidsmiljø.

Resultatene i dette kapitlet tyder derfor på at det er mye å vinne på å rette fokus mot det psykososiale arbeidsmiljøet. Dette fordi disse variablene hadde en sterk effekt på de ansattes opplevelse av helse, velvære og trivsel. Videre vil et arbeid med å bedre det psykososiale arbeidsmiljøet kunne bidra til å bedre de ansattes opplevelse av sin egen arbeidsplass, noe som i forskning har vært knyttet til økt trivsel og velvære blant de ansatte samt også til redusert bruk av sykemeldinger. I tillegg vil arbeidsgiverens fokus på de psykososiale aspektene ved arbeidet kunne tenkes å bidra til en økt opplevelse av omsorg for de ansatte fra organisasjonen. Forskning har vist at organisasjoner som jobber aktivt med å bedre det psykososiale arbeidsmiljøet og som gjennom dette viser en omsorgsfull holdning for sine ansatte vil bli "belønnet" med friskere og mer motiverte ansatte. I følge en slik argumentasjon vil det overordnede målet med å forbedre det psykososiale arbeidsmiljøet være å hindre en reduksjon i ansattes helse forårsaket av uheldige arbeidsbetingelser, å beskytte ansatte mot helserisiko i arbeidet, og å sørge for at arbeidsmiljøet er best mulig tilpasset til de ansattes fysiske og psykologiske evner. Til syvende og sist vil grunnpilaren i organisasjonens arbeid med det psykososiale arbeidsmiljøet være en forståelse av at arbeidstakerne er en investering som må bli effektivt tatt vare på slik at arbeidstakerne kan bidra tilbake gjennom arbeidsinnsats, motivasjon og engasjement for organisasjonens målsettinger.

Arbeidet med det psykososiale arbeidsmiljøet kan også tenkes å være positivt fordi dette vil kunne tenkes å balansere forholdet mellom rammebetingelser, fysiske arbeidsmiljøfaktorer og de ansattes opplevelse av disse. Siden det psykososiale arbeidsmiljøet også influerer trivsel på arbeidsplassen i så stor grad som resultatene i dette kapitlet tilsier, blir det også sentralt å arbeide med denne typen problemstillinger både for å redusere helseplager og sykefravær i sektoren, men også for å ivareta ansatte slik at man sørger for at man har nok "hender" til å ivareta fremtidens omsorgsutfordringer.

8 Diskusjon

Målet med dette forskningsprosjektet har vært å øke kunnskapen om hvordan kommunale pleie- og omsorgstjenester utnytter potensialet i IA-avtalen og hvilke muligheter og barrierer som ligger i de kommunale strukturene.

Gjennom å utnytte informasjon fra et unikt utvalg av datakilder mener vi å ha oppnådd ny kunnskap som bør brukes i IA-rettet arbeid mot kommuner og kommunale enheter.

I denne diskusjonsdelen skal vi trekke frem noen av de viktigste funnene i dette forskningsprosjektet, og vi foreslår hvordan en kan jobbe videre med de utfordringene og mulighetene som er identifisert. Vi har plukket ut følgende punkter til diskusjon:

- Grunnlag for samarbeid og tiltak er ikke alltid til stede
- Snever forståelse av IA-begrepet
- Reparasjon versus forebygging
- Fokus på gruppe heller enn individ
- Mangelfull kobling mellom HMS og kvalitet
- Trepartsamarbeidet – hva er det?

8.1 Grunnlag for samarbeid og tiltak er ikke alltid til stede

Intervjuene viser at det kan oppstå spenninger internt i en kommuneadministrasjon når et politisk vedtak skal iverksettes og omsettes i praksis. Politiske beslutninger må både fortolkes og analyseres, og kostnadsbildet må vurderes. Det må også avklares, velges og besluttes hensiktsmessige virkemidler og mål i gjennomføringen i den interne prosessen. Politikere er ofte ikke så klar over at det krever betydelige resurser som ikke er tatt høyde for i det politiske vedtaket ved gjennomføringen.

Der politiske vedtak medfører at administrative valg og avklaringer kan dette ofte bety at den politiske beslutningen etter hvert blir mer frakoblet politikken. Politikerne kjenner ikke til utfordringene og problemområdene som følger med iverksetting av de politiske beslutningene. Dette kan i neste omgang bli en utfordring også for politikere, som får tilbake klager fra pårørende og brukere. Administrasjonens detaljerte valg av midler og mål var unntatt både politisk kontroll, ansvar eller oppfølging.

Intervjuene viste også at det ofte at det lå et skjult konfliktpotensial mellom rådmannen og ledere på virksomhetsnivå på grunn av dette, fordi ledere på lavere nivåer ikke nådde frem med sine erfaringer med politiske vedtak og årsaker til kostnadsmessige overskridelser. Tilbakemeldinger fra ledelsen i

linjen om for eksempel endrede ressursbehov som følge av den politiske beslutningen, ble sjeldent meldt videre kom det frem i flere av kommunene.

Intervjuene viste at det ofte var de ansatte som fikk føle konsekvenser og spenninger mellom ulike interessenter på kroppen og det hadde vært naturlig at det politiske nivået i kommunen fikk tilbakemeldinger om konsekvensene av deres vedtak. Dette betyr at politikerne ikke i tilstrekkelig grad blir ansvarliggjort for sine beslutninger. Noen steder virket rådmannen mer som en politisk "bevokter" enn en representant for den administrative kommunedriften.

I tillegg til at det oppstår konflikter mellom politikk og administrasjon er det også konfliktpotensial dypere ned i organisasjonen. Vi fant stor variasjon i de kommunale enhetene vi besøkte, fra å være gode trygge arbeidsplasser til å fremstå som skrekkeeksempler på dårlig arbeidsmiljø der konflikter og mistillit dominerer forholdet mellom ansatte og ledelse. Konfliktene vi har observert og fått informasjon om har gjerne startet med konflikter mellom enkeltansatte og lederen og har senere utviklet seg til å inkludere mange av de ansatte på ulike måter. Dersom slike konflikter forblir uløste, er det svært vanskelig å finne en stabil grunn å bygge et samarbeid om arbeidsmiljø og organisasjonsutvikling på.

Det synes å være vanskelig å utnytte potensialet i IA-avtalen uten et godt samarbeidsklima mellom ledelse og ansatte og mellom de enkelte nivåene i kommuneorganisasjonen. Første steg før en setter i verk tiltak som skal fungere gjennom et samarbeid mellom ansatte og ledelse, bør derfor være å vurdere om samarbeidsgrunnlaget er til stede. Om det ikke er det, vil sannsynligvis alle tiltak som for eksempel skal redusere sykefraværet være fånyttede.

Vi finner også gjennom våre besøk i kommunene at det ikke er alltid nivåene lengre opp i kommunen har inngående og riktig kunnskap til samarbeidsklimaet på de ulike tjenestestedene. Den politiske ledelsen kan godt sitte å ta beslutninger om hvilke tiltak som skal iverksettes uten at de har klart å tilegne seg god nok kunnskap om situasjonen. Dette handler også om informasjonsflyt oppover i kommunene. I flere tilfeller så vi at informasjon på vei oppover i organisasjonen blir sensurert eller silt, gjerne av en kommunalsjef eller virksomhetsleder. Det kan være mange årsaker til at dette skjer, både at vedkommende ikke ønsker at informasjonen skal bli kjent oppover, at en ikke ser at det har noen betydning om informasjonen får oppdrift og/eller at mottakeren i neste ledd ikke er mottakelig for denne informasjonen. Det er gjerne informasjon om kvalitet i tjenestene eller informasjon om arbeidsmiljømessige forhold som ikke flyter oppover til administrativ og politisk ledelse. Da blir grunnlaget for å treffe tiltak som skal bedre tjenesteutføringen gjerne basert på sviktende informasjon. Vi observerer også at det kan være mangelfull informasjon nedover i organisasjonen. Typisk er det de ansatte som sier det er virksomhetsleder som ikke gir god nok informasjon eller at det er virksomhetsleder som mener at kommunalsjef eller rådmann ikke gir tilstrekkelig informasjon. Dette kan gjerne handle om store ting, som for eksempel planer med bygging av nytt sykehjem eller nye omsorgsboliger der tjenestene føler de i liten grad blir spurt til råds selv om det ofte er de som har den beste kompetansen.

En anbefaling til kommuneledelsen når de planlegger større endringer er derfor å gjøre en jobb med å kartlegge hvilke ressurspersoner det finnes i egen organisasjon og trekke de med for råd og planlegging. For ressurspersoner som ikke trekkes inn i viktige beslutninger som angår deres tjenester, oppleves det som svært vanskelig å sitte på sidelinjen og det blir vanskelig for kommunens ledelse å få støtte til endringene. Vi vet ikke hvor vanlig slike situasjoner er, men i den ene

kommunen førte dette til en nesten total isolering av et sykehjem. Om vi oppfattet situasjonen riktig, kunne dette altså vært unngått om fagligheten til sykehjemmet hadde blitt verdsatt nok til å ta de med på råd når det var planer om å bygge et nytt sykehjem. Dette eksempelet kan være et bilde av hvor viktig det som skjer mellom ulike nivå i kommunen er for arbeidsmiljøet og ”den gode følelsen” ute i de enkelte enhetene.

I denne enheten var sykefraværet høyt, og selv om vi her identifiserte en viss ukultur for lav terskel for sykefravær, var forsøk på sentralstyrte tiltak lite virksomme i denne enheten.

I nesten alle kommunene vi var i fant vi brudd i kommunikasjon og samhandling mellom ett eller flere nivåer i kommunen. Ofte handlet det om dårlig forhold mellom enkeltpersoner og liten anerkjennelse for hverandres kompetanse.

Anbefaling: Når tiltak skal iverksettes, for eksempel et tiltak for å redusere sykefraværet, må en kjenne de faktiske forhold i enhetene og ikke basere seg på sekundærinformasjon som kan ha liten rot i virkeligheten, eller i beste fall vise bare ene siden av situasjonen. En må i det minste hente inn informasjon fra tillitsvalgte og verneombud i de enkelte enhetene før en iverksetter tiltak.

Det som kanskje fungerer best, er de tiltakene som de ansatte selv foreslår og ikke de som politisk eller administrativ ledelse har hørt virker i andre kommuner. Grunnlaget for at dette tiltaket skal virke i egen kommune er ikke nødvendigvis til stede.

8.2 Snever forståelse av IA-begrepet

Vi har bedt respondenter fra ulike nivå i kommunene i de seks casekommunene forklare hva de legger i begrepet ”IA-arbeid”. Funnene er nær entydige i at de aller fleste mener at IA-arbeid handler om det å følge opp og/eller tilrettelegge for sykmeldte. Begrepet slik det blir brukt handler i stor grad om fokus på enkeltindivider og ikke på hvordan en skal arbeide systematisk med å skape et inkluderende arbeidsliv gjennom å forebygge sykefraværet, kontinuerlig jobbe med HMS og arbeidsmiljø gjennom samarbeid mellom ansatte, ledelse og eksterne støttefunksjoner.

Dette handler ikke bare om begrepsforståelse, det handler om det som faktisk gjøres ute i de enkelte kommunale enhetene. Det er stort sett oppfølging av sykmeldte det handler om. Når vi spør om de kjenner bakgrunnen for IA-avtalen, historien og intensjonen bak avtalen finner vi at kunnskapen er dårlig på alle nivå i kommunene. Når vi finner enkeltpersoner som har mye kunnskap om IA-avtalen og intensjonene, kommer de typisk fra en annen jobb i privat sektor der de arbeidet mye med avtalen og derfor kjenner den godt. Når vi spør i enhetene om hvilken informasjon de har fått om IA-avtalen (også om den nye IA-avtalen som kom rett før vi startet intervjuene), finner vi at det er lite informasjon som når ut til de enkelte enhetene, både til ledere og til ansatte. Ofte har det vært et informasjonsmøte for lenge siden om IA-avtalen, eller de har fått tilsendt en e-post eller et internt skriv de ikke har brukt tid på eller de har fragmentert informasjon og kunnskap fra media. Veldig få av respondentene ser ut til å kjenne til at oppfølging av sykmeldte er noe alle virksomheter skal gjøre i følge Arbeidsmiljøloven og ikke noe som lenger ligger i IA-avtalen.

Anbefaling: En må finne metoder for å øke kunnskapen om hva som ligger av muligheter i IA-avtalen ute i de kommunale enhetene. Med å omdefinere IA-begrepet til å bli noe mer enn oppfølging av sykmeldte, kan en trolig utvide rammen det tenkes innenfor når nye tiltak skal foreslås og utvikles.

8.3 Reparasjon versus forebygging

Gjennom dette ensidige fokuset på oppfølging av sykmeldte blir det som nevnt over et sterkt individfokus i tilnærmingen til IA-arbeid og IA-begrepet. Det er sannsynligvis lite lønnsomt å bruke all tid og ressurser på å følge opp enkeltpersoner som blir sykmeldt.

Samtidig gir oppfølgingen av enkeltpersoner kunnskap om årsakene til fraværet. En god leder bruker de kunnskapene til å forebygge neste sykefravær. Dette handler også om å se sammenhenger mellom helse, miljø og sikkerhet og kvalitet på tjenestene som vi kommer tilbake til i kapittel 8.5.

Anbefaling: Det er viktig å unytte kunnskapen og erfaringene som gjøres i oppfølgingen av og tilretteleggingen for sykmeldte for å forebygge nye sykefravær i hele personalgruppen. Gode ledere har gjennom oppfølging og tilrettelegging lært mye indirekte om forebygging, men de kan likevel trenge hjelp til å systematisere denne kunnskapen og se den i en større sammenheng som kan få effekt for hele personalet. Hva som er effektiv forebygging varierer fra arbeidsplass til arbeidsplass og den gode kunnskapen utvikles lokalt. Vi anbefaler at ledere læres til å bli bevisst sin egen kunnskap om hva som kan gjøres for å forebygge sykdom og slitasje.

Kunnskapen fra oppfølging av sykemeldte enkeltpersoner i de enkelte tjenesteområdene bør også kunne samles og dokumenteres for å dele kunnskapen mellom de ulike tjenesteområdene i kommunene. Denne systematiseringen kan for eksempel rådgiverne ved NAV Arbeidslivssenter bidra med.

8.4 Fokus på gruppe heller enn individ

Alle ansatte er en del av en arbeidsgruppe/team/avdeling etc . Det er likevel på den enkelte ansatte fokuset er. Det utarbeides individuelle oppfølgingsplaner, det er individuell tilrettelegging og individuelle virkemidler. Den nye IA-avtalen forsterker dette fokuset. I tillegg skal den nye IA-avtalen ha fokus på forebygging. Spørsmålet er om dette er en målkonflikt i den nye IA-avtalen. Det handler om at lederen har alternativkostnad av tidsbruk.

Gjennom virkemidler som for eksempel tilretteleggingstilskudd skal enkeltpersoner gjøres i stand til å fortsette arbeidet selv om de får et helseproblem. Dette er litt det samme som ensidig fokus på oppfølging av enkeltindivid som har sykefravær, det vil ikke nødvendigvis bidra til at andre ikke får samme utfordringen og vil trenge tilrettelegging.

Samtidig vet vi at tilrettelegging for enkeltpersoner går ut over andre, og kanskje i større grad i sykehjem og hjemmetjenester enn på mange andre arbeidsplasser. Intervjuene viste at den umiddelbare refleksjonen i arbeidsmiljøet ikke alltid var støtte til den sykemeldte. Øvrige kollegaer får ofte i oppgave å hjelpe eller avlaste en delvis sykemeldt som har tilrettelagt arbeid. Dette kan oppleves som en irritasjon for arbeidskollegaer som arbeider for full maskin.

Det å være delvis syk i tilrettelagt arbeid, kan ha en påvirkning på arbeidsplassen (Atkinson m.fl.: 2005). En delvis syk kan ha endret oppmerksomhet og evne til å ta avgjørelser, og ha mindre toleranse for blant annet følelsesmessig stress. Noen har også brukt medisiner for å lindre ulike symptomer som for eksempel depresjon og angst. Medisiner gir også uheldige bivirkninger og plager

for eksempel med tretthet og nedsatt konsentrasjon som gjør at delvis syke kan ha behov som arbeidsplassen synes er vanskelig å imøtekomme. På den andre siden viser det seg at en syk har bedre av å være noe i arbeid, istedenfor å hvile hjemme. Det er dette perspektivet som ofte har blitt tillagt størst vekt reparasjon versus forebygging

I et forebyggende perspektiv må oppmerksomhet vektlegges mot personalgruppen, slik at det ikke oppstår en sykekultur i arbeidsmiljøet.

For å styre utviklingen av et godt arbeidsmiljø, må lederen være bevisst at det er den oppmerksomhet lederen har på-, og de handlinger lederen gjør i øyeblikket, som styrer utviklingen av et arbeidsmiljø. Det er i øyeblikkets situasjon kimen til noe nytt kan oppstå, gjennom hvordan lederen møter de ansattes behov. Det er derfor i øyeblikket en ny kurs, ny utvikling og nye muligheter ligger. Å planlegge, kan derfor være et tegn på bevisst eller ubevisst, å motsette seg forandringer. En plan kan ligge der som et strategisk rammeverk. Det er likevel avgjørende at lederen har tillit og forståelse for at det som skjer "her og nå", lederens reaksjoner og handlinger, ikke tiltak i en plan, som avgjørende for den veien man tar mot målet om et godt arbeidsmiljø eller ikke.

Anbefaling: Tiltakene og tilretteleggingen som gjøres for enkeltpersoner bør i større grad ses i sammenheng med arbeidsgruppen/teamet/avdelingen personen jobber i. Ved å initiere gruppeprosesser med fokus på helsefremmende arbeid, kommunikasjon, tilbakemelding, forpliktelse og involvering vil man kunne samle gruppene om en felles innsats og benytte anvendt (leder)tid til oppfølging på en bedre måte.

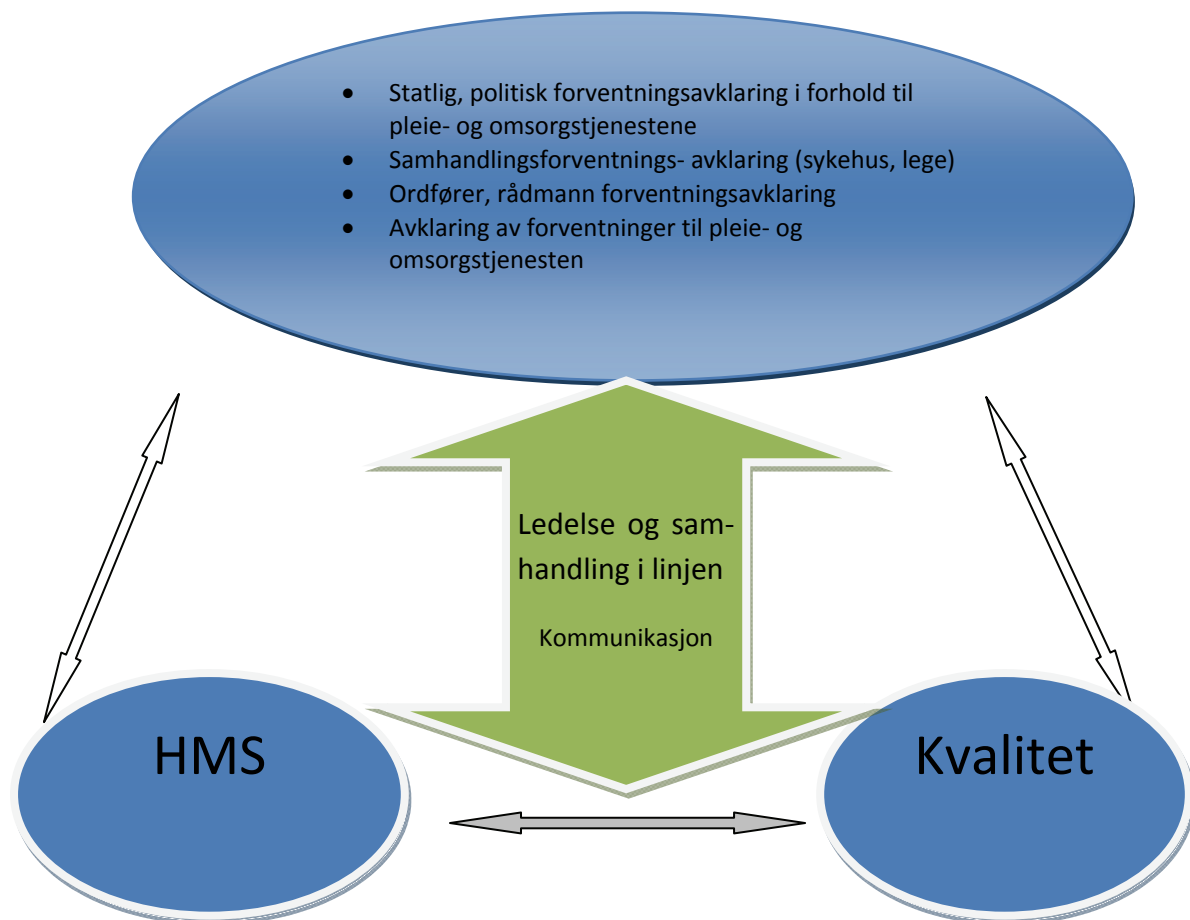
Tilretteleggingstilskudd bør i større grad vurderes som gruppetiltak heller enn til enkelttiltak. Det bør også være formål om varige effekter som en del av en utviklingsstrategi. Flere NAV Arbeidslivssenter har gode erfaringer med slike tiltak, og kunnskap om slike tiltak bør systematiseres og gjøres kjent for andre.

8.5 Mangelfull kobling mellom HMS og kvalitet

De ansatte fanger opp brukernes forventninger og respons på tjenestetilbudet ut fra hva kommunen gjør eller ikke gjør. Slik informasjon kan også fremkomme gjennom brukerundersøkelser. Dette er ofte gjenstand for arbeid med et Kvalitetssystem overfor brukerne. Uavklarte forventninger på brukernivå derimot, kan føre til reaksjoner hos de ansatte, som står i en skvis mellom kommunens tilbud og etterspørsel fra pårørende og brukere om hva som er et godt tjenestetilbud. Dette kan skape splittelse i arbeidsmiljøet pga ulike meninger og synspunkter på hva som er det rette å gjøre, og lederne har ikke kompetanse og eller ressurser til å bedrive gruppeledelse for å koordinere aktiviteten ut til brukeren.

Lederne er pålagt å skape et behandlingstilbud på laveste effektive omsorgsnivå for de eldre, samt ta imot ferdigbehandlede pasienter i sykehus. Lederne fanger opp de ansattes reaksjoner - "de interne interessentene". Disse forholdene kartlegges i medarbeiderundersøkelsen. Tiltakene nedfelles i HMS systemet. Tiltak settes inn mot "symptomet" - som er den enkelte sykemeldte, isteden for mot det som forårsaker problemene – uavklarte forventninger fra brukere, og manglende koordinert respons av de ansattes arbeid i møtet med det forventningspresset de ansatte står i hver dag. Dette kan føre til at personalet blir splittet "de gode pleierne" og "de som ikke er så gode". Pårørende eller brukere

etterspør tjenester fra noen, eller at ansatte kommer og klager på hverandre fordi de "gjør mer hos noen brukere" enn det som er bestemt. I kommunenes ledelse kan de gi brukere medhold i deres forventninger (klage) slik at de ansattes tjenester ut mot bruker blir overstyrt. Ledere på lavere nivå føler avmakt, mister autoritet og motivasjon.



Figuren illustrerer et gjensidig avhengighetsforhold mellom kvalitet på tjenestene og de ansattes arbeidsmiljø. Endringer i det ene påvirker og gjensidig forsterker hverandre. Når kommunen har fått avklart forventningene på et overordnet nivå, vil politisk administrativ kommunal forventningsavklaring bli mulig. Da vil ledelse og samhandling i linjen også få et tydeligere ansvarsforhold og hva de skal kommunisere både vertikalt (strategisk ovenfra og ned) og horisontalt (tilbakemelding om resultat fra de ansatte). Samordningen av tjenestekvalitet og ansattes arbeidsmiljø kan koordineres og forenkles i et system som har sine kommunikative samhandlingspunkt i kommunens arbeidsmiljøutvalg og Administrasjonsstyret.

Utfordringen kan være politikken – som ofte har nye reformer på planen som "valgflask" overfor innbyggerne.

Arbeidsmiljølovens § 4-2 stiller krav om tilrettelegging, medvirkning og utvikling, og at arbeidstakerne og deres tillitsvalgte i organisasjonen skal holdes løpende informert om systemer som nyttes ved planlegging og gjennomføring av arbeidet. I § 7-1 konkretiseres derfor en plikt til å opprette Arbeidsmiljøutvalg (AMU) i virksomhet hvor det jevnlig sysselsettes minst 50 arbeidstakere. Der skal arbeidsgiveren, oftest øverste leder ved rådmannen, være representert sammen med representanter for arbeidstakerne og bedriftshelsetjenesten.

Arbeidsmiljøutvalget kan opprette underutvalg, og i kommunesektor er det ofte opprettet lokale HMS utvalg på hvert virksomhetsområde som arbeider i overensstemmelse med delegerede oppgaver og ansvar fra AMU. AMU skal virke for gjennomføring av et fullt forsvarlig arbeidsmiljø i virksomheten. Utvalget skal delta i planleggingen av verne- og miljøarbeidet, og nøye følge utviklingen i spørsmål som angår arbeidstakernes sikkerhet, helse og velferd. Arbeidsmiljølovens § 7-4 sier at AMU skal gjennomgå alle rapporter om yrkessykdommer, arbeidsulykker og tilløp til ulykker, søke å finne årsaken til ulykken eller sykdommen, og se til at arbeidsgiveren treffer tiltak for å hindre gjentakelse. I praksis innen kommunesektor tilsier dette at avviksrapportering fra de lokale HMS utvalgene behandles i AMU, i den grad avvikene ikke ble lukket og håndtert lokalt på virksomhetene.

Arbeidsmiljølovens §7-6 sier at AMU hvert år skal avgi rapport om sin virksomhet til virksomhetens styrende organer og arbeidstakernes organisasjoner. I praksis får Administrasjonsutvalget rapport og referater fra det fortløpende arbeidet i AMU som kan legges til grunn for vurderinger av overordnede personalpolitiske føringer.

Arbeidstilsynet har som oppgave å føre tilsyn med at kommunene følger arbeidsmiljølovens krav. Arbeidstilsynet er en statlig etat, underlagt Arbeidsdepartementet, og Arbeidstilsynet kan gi nærmere regler om årsrapportens innhold og utforming jf Arbeidsmiljølovens §7. Arbeidstilsynet er koordinerende etat for tilsynsetatene med tilsynsansvar i henhold til internkontrollforskriften.

Helsetilsynet i fylkene har ansvar for tilsyn med kommunenes pleie – og omsorgstjenestenes Kvalitetssystem. Tilsynet har ansvar for kontroll med tjenesten og helsepersonell etter Helseregisterloven § 31, Helsepersonelloven § 17 om behandling av informasjon fra helsepersonell om forhold som kan medføre fare for tryggheten til pasienter, Pasientrettighetsloven § 7-2 for saker om manglende oppfylging av pasientrettigheter, og tilsyn i forhold til Forskriftene om medikamenthåndtering og håndtering av smittefarlig avfall for å nevne noen forhold. I praksis er det mange forhold innenfor Helsetilsynets tilsyns ansvarsområde som også har konsekvenser for de ansattes både psykososiale- og fysiske arbeidsforhold, ved stress for og avvik i forhold til ansattes arbeidsmiljø. Gjennom intervjuene kom det frem for eksempel klager fra pårørende, sykepleiermangel i henhold til den arbeidsfordeling som var vedtatt og organisering av tjenesten kunne medføre betydelig stress for de ansatte.

Det er Arbeidstilsynet som leder og koordinerer samarbeid som omfatter blant annet Statens helsetilsyn, direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB) for å nevne noe som er relevant for kommunene.

På kommunalt nivå har både Arbeidstilsyn og Helsetilsynet fokus på ledelse og oppfølging av de ansattes arbeid, gjennom kontroll av henholdsvis kommunens HMS system og Kvalitetssystem. Til tross for at disse to systemene speiler to ulike sider av de ansattes daglige arbeid, var det ingen av undersøkelseskommunene som hadde koordinert arbeidet sitt med HMS og Kvalitetssystem gjennom et felles fora Administrasjonsutvalget eller AMU. Ingen av undersøkelseskommunene hadde et felles system for HMS og Kvalitet på tjenester, eller rapportering og forankring inn til ett felles, overordnet forum.

En tilsvarende tanke ligger bak prosjektet Ergonomi og pedagogikk i barnehager som pågår i Trondheim kommune. Her er målet å utvikle gode ergonomiske løsninger for å redusere belastningen på de ansatte samtidig som det gir en pedagogisk gevinst for barna. De lærer seg å klare ting selv

med veiledning heller at de voksne gjør alt. De kaller utstyr for verneutstyr heller enn hjelpemidler, noe som synes å være et godt steg i riktig retning.

Anbefaling: Kommunene bør ikke prioritere arbeidet med Kvalitetssystem kun for å unngå avvik som fører til tilsyn, men heller se arbeidet med HMS og kvalitet i sammenheng. Vi anbefaler at prosjektet Ergonomi og pedagogikk i barnehager følges opp av et tilsvarende prosjekt i en pleie- og omsorgsenhet for å se på mulighetene for å utvikle kvaliteten i tjenestene, samtidig som arbeidsmiljø og HMS systemene utvikles.

8.6 Mulighetene for samarbeid utnyttet ikke godt nok

Intervjuene har gitt oss kunnskap om graden av samarbeid i de seks kommunene, og hvilke samarbeidsrelasjoner og -arenaer som er virksomme. Vi har sett på hvordan ulike former for samarbeid legger til rette for involvering og medvirkning i spørsmål som dreier seg om arbeidshverdagen i pleie- og omsorgsenhetene. Vi finner blant annet betydelige variasjoner når det gjelder faktisk bruk av ulike utvalg og arenaer (AMU, administrasjonsutvalg), hvordan de konkret brukes og hvilken sammensetning de har. Én implikasjon av dette er at kommunene vil ha ulike forutsetninger for å sikre gode prosesser rundt spørsmål om arbeidsforhold, sykefraværsforebygging og lokal gjennomføring av IA-avtalen. Kommuner og virksomheter som har på plass et velfungerende og anerkjent arbeidsmiljøutvalg, vil ha et bedre utgangspunkt for å overvåke og gjøre noe med arbeidsforholdene i pleie- og omsorgsenhetene enn enheter som ikke har det.

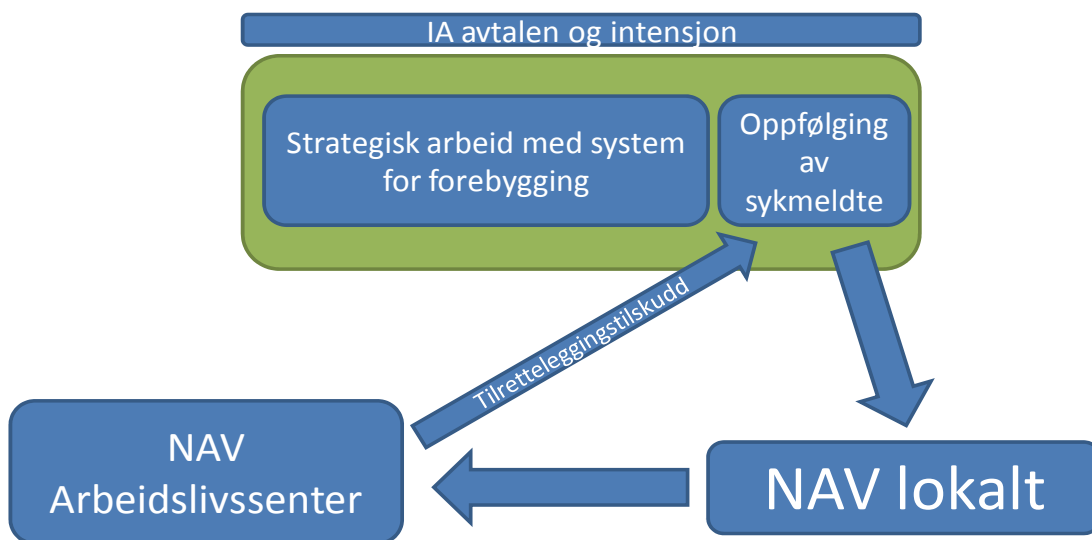
Anbefaling: Det trengs økt bevissthet i kommunene og i pleie- og omsorgssektoren om hvilke muligheter et godt samarbeid gir, med tanke på å kunne realisere lokale gevinster av IA-avtalen. Ikke minst handler dette om viktigheten av god kommunikasjon, dialog og forankring av aktivitets- og virksomhetsmål internt i kommunen, slik at det i hele kommuneorganisasjonen – fra ordfører på toppen og ut til det tjenesteproduserende leddet – eksisterer en mest mulig lik forståelse av hva pleie- og omsorgstjenestene skal tilby av innhold og kvalitet.

8.7 Treparts samarbeidet – hva er det?

I kommunene og for eksempel i Kvalitetskommuneprosjektet, er trepartssamarbeid noe annet enn det er i følge IA-avtalen. I kommunene er trepartssamarbeidet mellom ansatte, ledere og de folkevalgte. I IA-avtalen er det samarbeidet mellom arbeidsgivere, arbeidstakere og NAV Arbeidslivssenter.

Dette ble tydelig for oss når vi intervjuet folk i kommunene og vi tror kanskje dette kan være en av årsakene til at NAV Arbeidslivssenter av mange kommuner blir vurdert som irrelevant. De forventer ikke en fjerde part i samarbeidet, og vi ser tendenser til at kommunene ser på arbeidslivssentrene som nyttig fordi de sitter på den store pengesekken full av tilretteleggingstilskudd. Mange av respondentene trakk fram at de hadde fått god hjelp til å søke om tilretteleggingstilskudd av kontaktpersonen sin i NAV Arbeidslivssenter, men flere av kommunene hadde liten kunnskap om hva arbeidslivssentrene kunne bidra med.

Vi har forsøkt å illustrere denne problematikken i figuren på neste side.



Enkeltpersoner ute i de mangfoldige kommunale enhetene får gjerne høre om NAV Arbeidslivssenter av NAV lokalt i forbindelse med oppfølging av sykmeldte. NAV lokalt informerer om muligheter rundt tilretteleggingstilskudd. Kommunen tar kontakt med rådgiveren i NAV Arbeidslivssenter for å få hjelp til å søke om slike tilskudd. Problemet er da at det er dette som blir oppgaven til rådgiveren, å bidra til å søke om tilretteleggingstilskudd. De kan, dersom det finnes gode arenaer i den kommunale organisasjonen og de får tilgang til de, komme inn på den andre delen av IA-avtalen som omfatter det strategiske systemarbeidet heller enn oppfølging av sykemeldte.

Så lenge kommunen som organisasjon ikke ser NAV Arbeidslivssenter som en nyttig og strategisk samarbeidspart, de inngår ikke i kommunens trepartssamarbeid, får ikke rådgiverne tilgang til møtepunktene der de kunne "solgt inn IA-avtalen" som noe mer enn en måte å følge opp sykmeldte på. De får dermed en begrenset rolle i kommunene og IA-avtalen utnyttes ikke og NAV Arbeidslivssenter blir ressursforvaltere som sitter på pengesekken av tilretteleggingstilskudd.

Anbefaling: Det er mangelfulle arenaer for arbeid med forebygging i kommunene, men rådgiverne på arbeidslivssentrene kan bidra til å skape disse arenaene. Rådgiverne bør heller aktivt oppsøke kommunene enn å vente på en bestilling fra noen i kommunen. Formålet bør først å være å skape gode arenaer der både tillitsvalgte og ledere deltar, der de viktige tingene diskuteres og som er forankret i toppledelsen gjennom deltakelse av de riktige personene.

Kommunene bør også være bevisst den kompetansen som ligger i NAV Arbeidslivssenter og utnytte disse ressursene ved å invitere rådgiverne med på de strategiske arenaene. Rådgiverne kan også bidra i det forebyggende arbeidet og styrke et helhetlig arbeid med arbeidsmiljøutvikling. Mange kommuner har iverksatt en rekke prosjekter og tiltak som i for liten grad sees og anvendes i et helhetlig perspektiv. En samarbeidspartner utenfra som har med seg et helhetsperspektiv og kunnskap om tilsvarende prosesser fra andre kommuner og fra andre bransjer kan gi viktige bidrag.

Referanser

- AGENDA (2010): Styrket toppledelse i kommunene. Rådmenn, turnover og likestilling. Rapport nr. R6544. AGENDA Utredning og utvikling AS.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM (2002): Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care* 14:5-13.
- American Association for Public Opinion Research (AAPOR) (2008): Response Rates – An
- Arnetz JE & Arnetz BB (2000): Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers. *J Adv Nurs* 31: 668-680.
- Askildsen J & Kjerstad E (2009): Samordning og finansiering av kommunale helsetjenester. Uni Rokkansenteret. Rapport 3/2009.
- Atkinson S, Brown SS, Haslam RA & Haslam C (2005): Anxiety and depression in the workplace: Effects on the individual and organisation (a focus group investigation). *Journal of Affective Disorders* 88 209–215.
- Avolio, Bruce: Fordrer det noe spesielt å lede en samfunnsansvarlig bedrift? Fagartikler 22 MAGMA – 0209 2009.
- Baba VV, Galperin BL, Lituchy TR (1999): Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *International Journal of Nursing Studies* 36:163-169.
- Baker NA, Jacobs K, Tickle-Degen L (2003): The association between meaning of working and musculoskeletal discomfort. *International Journal of Industrial Ergonomics* 31:235-247.
- Bauer GF, Huber CA, Jenny GJ, Muller F, Hammig O (2009): Socioeconomic status, working conditions and self-rated health in Switzerland: explaining the gradient in men and women. *Int J Public Health* 54: 23-30.
- Benavides FG (2006): Ill health, social protection, labour relations, and sickness absence. *Occup Environ Med* 63: 228-229.
- Bentler PM & Bonnet DG (1980): Significance tests and goodness-of-fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin* 88:588-606.
- Billeter-Koponen S & Freden L (2005): Long-term stress, burnout and patient-nurse relations: qualitative interview study about nurses' experiences. *Scand J Caring Sci* 19:20-27.
- Blegen, M, A & Mueller C., V. (1987): Nurses` Job Satisfaction: A Longitudinal Analysis. *Research in Nursing & Health*, 1987, 10, 227-237.
- Bliese PD & Jex SM (2002): Incorporating a multilevel perspective into occupational stress research: Theoretical, methodological and practical implications. *Journal of occupational health psychology* 7:265-276.
- Bolin M, Marklund S, Bliese P (2008): Organizational impact on psychosocial working conditions. *Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation* 30:451-459.
- Bongers PM, de Winter CR, Kompier MA, Hildebrandt VH (1993): Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scand J Work Environ Health* 19:297-312.
- Boyne GA (2002): Public and private management: What`s the difference? *Journal of management studies*, 39(1), 97-101.
- Brandt, Hildebrandt, Nordhaug & Nordhaug: Inkluderingsledelse. Universitetsforlaget 2004.
- Brøgger B (2007): Samarbeid som produksjonsfaktor – en introduksjon, fra Brøgger, B. (red.) (2007): *Å tjene på samarbeid: medvirkning, partssamarbeid, bedriftsutvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Buerhaus P, Donelan K, Ulrich B, Norman L, Dittus R (2005): Is the shortage of hospital registered nurses getting better or worse? Findings from two recent national surveys of RNs. *Nursing Economics* 23:61-71.

- Carlopio JR (1996): Construct validity of a Physical Work Environment Satisfaction Questionnaire. *J Occup Health Psychol* 1:330-344.
- Carr JZ, Schmidt AM, Ford JK, Deshon RP (2003): Climate perceptions matter: A meta-analytic path analysis relating molar climate, cognitive and affective states, and individual level work outcomes. *Journal of Applied Psychology* 88:605-619.
- Cartwright S & Cooper CL (1997): *Managing workplace stress*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Chan AO & Huak CY (2004): Influence of work environment on emotional health in a health care setting. *Occup Med (Lond)* 54:207-212.
- Chen YM & Johantgen ME (2010): Magnet Hospital attributes in European hospitals: A multilevel model of job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies* 47:1001-1012.
- Cheng YW, Kawachi I, Coakley EH, Schwartz J, Colditz G (2000): Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study. *British Medical Journal* 320: 1432-1436.
- Christensen T & Lægreid P (2001): *New Public Management. The Transformation of Ideas and Practice*. Aldershot: Ashgate.
- Curtin R, Presser S & Singer E (2000): The Effects of Response Rate Changes on the Index of Consumer Sentiment. *Public Opinion Quarterly* 64:413–28.
- Dalby K (2005): Omstilling i kommunene med fokus på New Public Management. Hamar: Stiftelsen Imtec.
- Davis KG & Heaney CA (2000): The relationship between work characteristics and low back pain: underlying methodological issues. *Clinical Biomechanics* 15:389-406.
- DeJoy DM, Schaffer BS, Wilson MG, Vandenberg RJ, Butts MM (2004): Creating safer workplaces: assessing the determinants and role of safety climate. *J Safety Res* 35:81-90.
- D'Souza RM, Stradinz L, Lim LLY, Broom DH, Rodgers D (2002): Work and health in a contemporary society: demands, control and insecurity. *Journal of Epidemiology and Community Health* 57:849-854.
- Elstad JI & M Vabø (2008): Job stress, sickness absence and sickness presenteeism in Nordic elderly care. *Scandinavian journal of public health* 36 (5):467, 2008.
- Eriksen W & Einarsen S (2004): Gender minority as a risk factor of exposure to bullying at work: The case of male assistants nurses. *European Journal of Public Health* 14, 296-300.
- Eriksen W (2003): The prevalence of musculoskeletal pain in Norwegian nurses aides. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 76, 625-630.
- Eriksen W (2004): Do people who were passive smokers during childhood have increased risk of long-term work disability? *European Journal of Public Health* 14, 296-300.
- Eriksen W (2006a): Work factors as predictors of persistent fatigue: a prospective study of nurses aides. *British Medical Journal* 63 (6): 428, 2006.
- Eriksen W (2006b): Practice area and work demands in nurses' aides: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 6 (1): 97.
- Eriksen W, Bruusgaard D & Knardahl S (2003): Work factors as predictor of sickness absence: a three month prospective study of nurses`aides. *Occupational and Environmental Medicine* 60, 271-278.
- Eriksen W, Tambs K & Knardahl S (2006): Work factors and psychological distress in nurses' aides: a prospective cohort study. *BMC Public Health* 6 (1): 290.
- Fernandez S & Rainey HG (2006): Managing successful organizational change in the public sector. *Public Administration Review* 66 (2): 168-176.
- Fevang E (2004): De syke pleierne – en analyse av sykefravær blant sykepleiere og hjelpepleiere. Hero og Økonomisk institutt, Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning, skriftserie 5.
- Franco LM, Bennett S & Kanfer R (2002): Health sector reform and public health worker motivation: a

conceptual framework. *Social S. Medicine* 54 (2002) 1255-1266.

Frohlich N, Carriere K C, Potvin L & C Black (2001): Assessing socioeconomic effects on different sized populations: To weight or not to weight? *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 913–920.

Garcia AM, Boix P, Canosa C (2004): Why do workers behave unsafely at work? Determinants of safe work practices in industrial workers. *Occup Environ Med* 61:239-246.

Gillen M, Baltz D, Gassel M, Kirsch L, Vaccaro D (2002): Perceived safety climate, job demands, and coworker support among union and nonunion injured construction workers. *Journal of Safety Research* 33:33-51.

Gimeno D, Amick BC, Barrientos-Gutierrez T, Mangione TW (2009): Work organization and drinking: an epidemiological comparison of two psychosocial work exposure models. *Int Arch Occup Environ Health* 82:305-317.

Groves RM (2006): Nonresponse Rates and Nonresponse Error in Household Surveys. *Public Opinion Quarterly* 70:646–75.

Gunnarsdottir HK, Rafnsdottir GL, Helgadóttir B, Tomasson K (2003): Psychosocial risk factors for musculoskeletal symptoms among women working in geriatric care. 984. *Am J Ind Med* 44:679-684.

Hackman JR & Oldham GR (1975): Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology* 60:159-170.

Hagen TP & Sørensen RJ (1997): *Kommunal organisering. Effektivitet, styring og demokrati*. Tano Aschehoug.

Hallin K & Danielson E (2007): Registered nurses' experiences of daily work, a balance between strain and stimulation: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 44:1221-1230.

Hammer TH, Saksvik PØ, Nytrø K, Torvatn H, Bayazit M (2004): Expanding the psychosocial work environment: workplace norms and work-family conflict as correlates of stress and health. *Journal of occupational health psychology* 9:83-97.

Harsvik T, Hofseth C, Norvoll R, Hem K-G (2002): *Sykepleiere i sykehjem*. SINTEF- rapport STF78 A023504.

Hatcher S & Laschinger HK (1996): Staff nurses' perceptions of job empowerment and level of burnout: a test of Kanter's theory of structural power in organizations. *Can J Nurs Adm* 9:74-94.

Haus-Reve S (2009): Sykefravær og arbeidstilbud blant sykehjemsansatte hjelpepleiere i norske kommuner. Masteroppgave i samfunnsøkonomi. NTNU, Trondheim 2009.

Head J, Kivimaki M, Siegrist J, Ferrie JE, Vahtera J, Shipley MJ, Marmot MG (2007): Effort-reward imbalance and relational injustice at work predict sickness absence: the Whitehall II study. *J Psychosom Res* 63: 433-440.

Healy C & McKay M (1999): Identifying sources of stress and job satisfaction in the nursing environment. *Aust J Adv Nurs* 17: 30-35.

Helgesen MK (2010): Flink med folk i første rekke. Organisering og iverksetting. En underveisrapport. NIBR-rapport 2010:7.

Holter GØ, Svare H & Egeland C (2008): Likestilling og livskvalitet, 2007. AFI-rapport 2008:1.

Homme A & Høst H (2008): Hvem pleier de gamle i Oslo? Om hjelpepleierens og helsefagarbeiderens posisjon i pleie- og omsorgstjenestene i hovedstaden. Uni Rokkansenteret, rapport 8/2008.

Hoogendoorn WE, Bongers PM, de Vet HC, Ariens GA, van MW, Bouter LM (2002): High physical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. *Occup Environ Med* 59:323-328.

Hovik S, IM Stigen, M Blekesaune & S Opedal (2010): Evaluering av kvalitetskommuneprogrammet: sluttrapport. Samarbeidsrapport NIBR/NOVA/IRIS 2010. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

- Hurrell J, Nelson DL, Simmons BL (1998): Measuring job stressors and strains: Where we have been, where we are, and where we need to go. *Journal of occupational health psychology* 3:368-389.
- Jacobsen K, Moland LE & Pettersen T (2010): HMS og IA: To sider av samme sak? En evaluering av prosjektet "3-2-1 Sammen for et godt arbeidsmiljø" 3 parter, 2 bransjer, 1 mål. STAMI-rapport Nr. 7 Årgang 11, 2010, Fafo- rapport 2010:26.
- Jeding, K, Hägg GM, Marklund S, Nygren Å, Theorell T & Vingård (1999): *Ett friskt arbetsliv. Fysiska och psykosocialaorsakssamband samt möjligheter till prevention och tidig rehabilitering*. Arbetslivsinstitutet. Arbete och hälsa.
- Johnson JV & Hall EM (1988): Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health* 78:1336-1342.
- Josefsson K, Sonde L, Winblad B, Wahlin TBR (2007): Work situation of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 44:71-82.
- Jöreskog, K. G. (2005). Structural equation modelling with ordinal variables using LISREL. <http://www.ssicentral.com/lisrel/advancedtopics.html> [On-line].
- Karasek R & Theorell T (1990): *Healthy work, stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karasek RA (1979): Job demands, job decision latitude, and mental health: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 24:285-308.
- Karlsen GR (2010): *Det regulerte arbeidsmiljø: implementering av HMS i et differensiert organisasjonslandskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kaufmann G & Kaufmann A (2009): *Psykologi i organisasjon og ledelse* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Keeter S, Miller C, Kohut A, Groves R M & Presser S (2000): Consequences of Reducing
- Kelloway KE & Day AL (2005): Building Healthy Workplaces: What We Know So Far. *Canadian Journal of Behavioural Science* 37:223-235.
- Keyes CLM & Grzywacz JG (2005): Health as a complete state: The added value in work performance and healthcare costs. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 47:523-532.
- Kivimaki M, Leino-Arjas P, Luukkonen R, Riihimaki H, Vahtera J, Kirjonen J (2002): Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ* 325:857.
- Klausen KK (2005): *Modernisering av offentlig sektor, utfordringer, metoder og dilemmaer*. Oslo: Universitetsforlaget 2005.
- Kuokkanen L, Leino-Kilpi H, Katajisto J (2003): Nurse empowerment, job-related satisfaction, and organizational commitment. *Journal of Nursing Care Quality* 18:184-192.
- Landsbergis PA (2003): The Changing Organization of Work and the Safety and Health of Working People: A Commentary. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 45.
- Langenge MM, Hinge S, Lund S, Klange P (2008): Ledere der lykkes – en undersøgelse af kernekompetencer hos succesfulde ledere på kommunale arbejdspladser. Væksthus for Ledelse, Rapport 3. utgave 2008.
- Lim SY & Murphy LR (1999): The relationship of organizational factors to employee health and overall effectiveness. *Am J Ind Med* 64-65.
- Marklund S, Bolin M, VonEssen J (2008): Can individual health differences be explained by workplace characteristics? - A multilevel analysis. *Soc Sci Med* 66:650-662.
- Martinsen LØ (2005): Lederskap – spiller det noen rolle? Forskningsrapport 5/2005, Institutt for ledelse og organisasjon, Handelshøyskolen BI.
- Melchior MEW, vandenBerg AA, Halfens R, AbuSaad HH, Philipsen H, Gassman P (1997): Burnout and the work environment of nurses in psychiatric long stay care settings. *Social Psychiatry and*

Psychiatric Epidemiology 32:158-164.

Merkle D & Edelman M (2002): Nonresponse in Exit Polls: A Comprehensive Analysis. In *Survey Nonresponse*, ed. Robert M. Groves, Don A. Dillman, John L. Eltinge, and Roderick J.

Moland LE & Gautun H (2002): Deltid: Bidrag eller hemske for fornyelse av pleie- og omsorgssektoren? En studie av arbeidstid og undersysselsetting blant hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Fafo- rapport 395.

Moland LE (1999): Suksess og nederlag i pleie- og omsorgstjenestene. Kvalitet, effektivitet og miljø. Fafo-rapport 269.

Moland LE (2003): Innsats for arbeidsmiljøet i pleie- og omsorgssektoren – tiltak og prosesser i 19 kommuner. Fafo - rapport 405.

NOU (2010): *Arbeid for helse: Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren*. NOU 2010:13.

Nygård L (2004): Driftsvariasjoner ved 9 sykehjem – en kvalitativ tilnærming. SINTEF Rapport STF78 A045011.

Olstad R, Sexton H, Sogaard AJ (2001): The Finnmark Study. A prospective population study of the social support buffer hypothesis, specific stressors and mental distress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36: 582-589.

Opedal S, IM Stigen & T Laudal (2002): Flat struktur og resultatenheter: utfordringer og strategier for kommunal ledelse. NIBR- rapport 2002:21. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Ose SO, Haus SR, Pettersen I, Jensberg H og Paulsen B (2009): Mestring og trivsel blant hjelpepleiere i norske kommuner: Analyser basert på informasjon fra nesten 10 000 hjelpepleiere. SINTEF rapport A12594.

Ose SO (2010): Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag. SINTEF Rapport A14516.

Ose SO, Bjerkan A M, Hem K G, Johnsen A, Lippestad J, Paulsen B, Mo T O, Saksvik P.Ø (2009): Evaluering av IA-avtalen (2001-2009). SINTEF rapport A11947.

Ose SO, Haus, SR, Jensberg H & Sandsund M (2009): Arbeid, livsstil og helse blant norske hjelpepleiere (ALH studien). Datadokumentasjon. 2009. Trondheim, SINTEF.

Ose SO, Jensberg H, Kaspersen S & Kalseth B (2009): Arbeid og psykisk helse. Behov for nye tilnærminger? *Søkelys på arbeidsmarkedet* 1/2009. pp 75-92.

Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T & Nygård L (2004): Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. SINTEF rapport A045006.

Peter R & Siegrist J (1999): Chronic psychosocial stress at work and cardiovascular disease: the role of effort-reward imbalance. *Int J Law Psychiatry* 22:441-449.

Peterson M (2004): What men and women value at work: Implications for workplace health. *Gender Medicine* 1:106-124.

Pettersen K-S, (2010): Ledelse og lederutdanning i kommunenes helse og omsorgstjenester. Resultater fra en kartleggingsstudie. AFI-notat 15/2010.

Plaisier I, de Bruijn JGM, de Graaf R, ten Haave M, Beekman ATF, Penninx BWJH (2007): The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees. *Social Science and Medicine* 64:401-410.

Punnett L, Wegman DH (2004): Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. *J Electromyogr Kinesiol* 14:13-23.

Quinn RE, Spreitzer GM (1997): The road to empowerment: seven questions every leader should consider. *Organizational dynamics* 26:37-49.

Rainey HG (2009): *Understanding and managing public organizations*. San Francisco, Jossey-Bass.

Rattsø J (1989): Local government allocation of labour and the grant system: an applied model analysis of local government behaviour in Norway. *Environment and Planning C: Government and*

Policy 7(3) 273 – 284.

Røed K & Fevang E (2007): Organizational Change, Absenteeism and Welfare Dependency *Journal of Human Resources*, Vol. 42, No. 1, 156-193.

Rønning R (2004): *Omsorg som en vare? Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Røvik, Kjell Arne (2007): *Trender og translasjoner: Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Universitetsforlaget.

Schnall PL, Landsbergis PA, Baker D (1994): Job strain and cardiovascular disease. *Annu Rev Public Health* 15:381-411.

Seccombe I & Smith G (1997): *Taking part: Registered nurses and the labour market in 1997*. Brighton: Institute of Employment Studies.

Selznick P (1997): *Lederskap*, Tano Aschehoug.

Semmer NK (2003): Individual differences, work stress and health. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL, editors. *The handbook of work and health psychology*. John Wiley & Sons, LTD.p 83-121.

Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R (2004): The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med* 58:1483-1499.

Skarpaas I & Hetle A (1996): Vold og trusler mot helse- og sosialarbeidere. En kartleggingsundersøkelse blant medlemmer i Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere. Notat 1/96. 1996. Arbeidsforskningsinstituttet.

Skogstad A (2000): Psykososiale faktorer i arbeidet (Psychosocial factors at work). In: Einarsen S, Skogstad A, editors. *Det gode arbeidsmiljø - krav og utfordringer (The good working environment - requirements and challenges)*. Bergen: Fagbokforlaget.p 15-35.

Smith GS, Huang YH, Ho M, Chen PY (2006): The relationship between safety climate and injury rates across industries: the need to adjust for injury hazards. *Accid Anal Prev* 38:556-562.

Snelgrove SR (1998): Occupational stress and job satisfaction: a comparative study of health visitors, district nurses and community psychiatric nurses. *J Nurs Manag* 6:97-104.

Sparks K, Farragher B, Cooper CL (2001): Well-being and occupational health in the 21st century workplace. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 74:489-509.

St.meld. nr. 25 (2005-2006), *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.meld. nr. 47 (2008–2009), *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Stansfeld S & Candy B (2006): Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 32:443-462.

Steiger JH (1990): Structural Model Evaluation and Modification - An Interval Estimation Approach. *Multivariate Behavioral Research* 25:173-180.

Stogdill RM & B. M. Bass (1981): *Stogdill's handbook of leadership. A survey of theory and research*. Free Press, 1981.

Strand T (2007): *Ledelse, organisasjon og kultur* (2. utg.) Bergen: Fagbokforlag.

Svalund J (2009): Vold og trusler om vold i offentlig sektor. Fafo- rapport 2009:30.

Svare H (2009): *Menn i pleie og omsorg – brødre i hvitt*. Universitetsforlaget.

Sveinsdottir H, Biering P, Ramel A (2006): Occupational stress, job satisfaction, and working environment Icelandic nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 43:875-889.

Sveinsdottir H, Gunnarsdottir HK (2008): Predictors of self-assessed physical and mental health of Icelandic nurses: Results from a national survey. *International Journal of Nursing Studies* 45:1479-

1489.

Svensson T, Müssner U, Alexanderson K (2006): Pride, empowerment, and return to work: On the significance of promoting positive social emotions among sickness absentees. *Work* 27:55-65.

Sørensen BA, C Dahl-Jørgensen, A Skogstad (1998): Arbeid og arbeidshelse i pleie- og omsorgssektoren: en kunnskapsoversikt med forslag til modellforsøk. AFI- rapport 6/1998. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Theorell T, Oxenstierna G, Westerlund H, Ferrie J, Hagberg J, Alfredsson L (2003): Downsizing of staff is associated with lowered medically certified sick leave in female employees. *Occupational and Environmental Medicine* 60.

Vike, H, Bakken R, Brinchmann A, Hauklien H & Kroken R (2003). Maktens samvittighet: Om styring og dilemmaer i velferdsstaten. Del av: Makt- og demokratiutredningen 1998-2003. Gyldendal Akademisk.

Voss M, Floderus B, Diderichsen F (2001): Physical, psychosocial, and organisational factors relative to sickness absence: a study based on Sweden Post. *Occup Environ Med* 58:178-184.

Wilhelm K, Kovess V, Rios-Seidel C, Finch A (2004): Work and mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39:866-873.

Wilhelmsson S, Akerlind I, Faresjo T, Ek AC (1999): Assessment of psychosocial work environment in primary care -development of a questionnaire. *J Med Syst* 23:447-456.

Young SA & Parker CP (1999): Predicting collective climates: assessing the role of shared work values, needs, employee interaction and work group membership. *Journal of Organizational Behavior* 20:1199-1218.

Ytrehus S & BR Nuland (2007): " Gull eller gråstein. Status for rekruttering og kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene". Fafo- rapport 2007:21.

Yukl G (2010): *Leadership in Organizations* (Seventh Edition). Pearson.

Vedlegg

NACE-kode	Næringsbeskrivelse	Antall ansatte	Andel av hovednæring
85100	Førskoleundervisning	10	0.0
85201	Ordinær grunnskoleundervisning	94 857	83.8
85202	Spes.undervisn. for funksj.hemmede	2 235	2.0
85203	Kompetansesentra og lignende	1 364	1.2
85310	Undervisning i allmennfag	1 344	1.2
85320	Undervisn. i tekn./yrkesrettede fa	1 173	1.0
85521	Kommunal kulturskoleunderv.	4 872	4.3
85529	Annen undervisning innen kultur	5	0.0
85591	Folkehøgskoleundervisning	28	0.0
85592	Arbeidsmarkedkurs	2	0.0
85593	Studieforb.- og friv. organ kurs	41	0.0
85594	Voksenopplæringsentre	3 294	2.9
85599	Undervisning ellers	1 374	1.2
85601	Pedag./psyk. rådgivningstjeneste	2 613	2.3
85609	Tjenester tilkn. undervisning el.	41	0.0
85	UNDERVISNING	113 253	100.0
86103	Andre somat. spesialinstitusjoner	86	0.2
86104	Inst. i psyk helsevern voksne	141	0.4
86107	Rehab.- og opptreningsinstitusjone	1 362	3.5
86211	Allmenn legetjeneste	5 922	15.2
86212	Somatiske poliklinikker	3	0.0
86222	Legetj. innen psykisk helsevern	29	0.1
86225	Rusmiddelpoliklinikker	58	0.1
86230	Tannhelsetjenester	176	0.5
86901	Hjemmesykepleie	20 463	52.6
86902	Fysioterapitjeneste	1 994	5.1
86903	Helsestasjons- og skolehelsetjenes	4 845	12.5
86904	Annen forebyggende helsetjeneste	3 770	9.7
86905	Klinisk psykologtjeneste	10	0.0
86906	Medisinske laboratorietjenester	9	0.0
86907	Ambulansetjenester	22	0.1
86909	Andre helsetjenester	2	0.0
86	HELSETJENESTER	38 890	100.0

87101	Somatiske spesialsykehjem	41	0.0
87102	Somatiske sykehjem	73 554	60.0
87201	Psykiatriske sykehjem	168	0.1
87202	Omsorgsinst. for rusmiddelmisbruk.	726	0.6
87203	Bofellesskap for utv.hemmede	18 767	15.3
87301	Aldershjem	1 948	1.6
87302	Heldøgns pleie eldre/funksjonshem.	14 881	12.1
87303	Deldøgns pleie eldre /funksj.hem.	3 175	2.6
87304	Avlastningsboliger/-institusjoner	6 867	5.6
87305	Barneboliger	1 584	1.3
87901	Inst for barne- og ungdomsvern	676	0.6
87909	Omsorgsinstitusjoner ellers	287	0.2
87	PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER I INSTITUSJON	122 674	100.0
88101	Hjemmehjelp	33 374	27.3
88102	Akt.sentra eldre og funksjonshem.	4 452	3.6
88103	Eldresentre	496	0.4
88911	Barnehager	49 826	40.7
88912	Barneparker og dagmammaer	15	0.0
88913	Skolefritidsordninger	14 547	11.9
88914	Fritidsklubber for barn og ungdom	2 576	2.1
88991	Barneverntjenester	5 466	4.5
88992	Familieverntjenester	69	0.1
88993	Arb.trening for ordinært arb.marke	613	0.5
88994	Varig tilrettelagt arbeid	228	0.2
88996	Asylmottak	417	0.3
88997	Sos.tj. rusmisbr. uten botilbud	812	0.7
88998	Kommunale sosialkontortjenester	8 176	6.7
88999	Andre sosialtjenester uten botilbu	1 206	1.0
88	SOSIALE OMSORGSTJENESTER UTEN BOTILBUD	122 273	100.0
99999	ANDRE NÆRINGER	86 506	
Sektorkode 550	TOTALT KOMMUNAL SEKTOR	483 596	

Næringsstandard	Fom. og tom. kvartal	Næringskode og -tekst
SN 94	2000k2 - 2002k3	80 Undervisning 85 Helse- og sosialtjenester
SN02	2002k4 - 2008k4	80 Undervisning 85 Helse- og sosialtjenester
SN 07	2008k1 - 2010k2	85 Undervisning 86-88 Helse- og sosialtjenester 86 Helsetjenester 87 Pleie- og omsorgstjenester i institusjon 88 Sosiale omsorgstjenester uten botilbud



Teknologi for et bedre samfunn
www.sintef.no