

Bacheloroppgave

BCR 3100

Vår 2015

Kvinner og sykefravær i helse- og omsorgssektoren

Kilde: Kelly Brocks

”Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en del av utdannelsen ved Markedshøyskolen. Markedshøyskolen er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger”



Forord

Dette er min avsluttende bacheloroppgave for HR og personalledelse utdanningen ved Markedshøyskolen Campus Kristiania. Utføring av denne oppgavene har både vært krevende og lærerik. Sykefravær blant kvinner i helse og omsorg sektoren er et viktig tema og bør belyses da det er så høyt.

Først av alt vil jeg rette en stor takk til informantene som ønsket å delta i forskningsprosjektet og dele sine erfaringer og opplevelser med meg. Videre vil jeg takke min veileder Patrick Verde som har utfordret meg til å tenke bredere og vært der som moralsk støtte. Sist, men ikke minst vil jeg gi en stor takk til Martin Langseth Dahl, Fredrik René Farkas, Tony og min mor som har hjulpet gjennom denne utfordrende perioden, både med sine kunnskaper og støtte.

Ha en riktig god lesning!

Oslo 01. Juni 2015

Sammendrag

Tema for bacheloroppgaven er sykefravær blant kvinner i helse og omsorgssektoren, og er en kvalitativ undersøkelse. Undersøkelsen er rett mot arbeidsmiljø og sykelønnsordning, og på hvilken måte de bidrar til sykefravær. Samt har jeg valgt å se på en isolert hypotese om dobbeltarbeidshypotesen. Det kom allikevel frem andre spennende funn i oppgaven som jeg ikke bevisst valgte å undersøke som for eksempel forskjellig arbeidsbelastning mellom syke- og hjelpepleiere.

Ut i fra teori og empiri har følgende problemstilling blitt utformet:

”Hvilken rolle spiller arbeidsmiljø og sykelønnsordning for sykefravær blant kvinner ansatt i helse- og omsorgssektoren?”

Opgaven baserer seg på teori og empiri for å kunne belyse min problemstilling. Teorien bygger på belastende arbeidsmiljø samt sykelønnsordningen. For kunne svare bedre på min problemstilling har jeg valgt å intervju av syke- og hjelpepleiere som arbeider ved sykehjem. Funnene mine viser at et belastende arbeidsmiljø blir påvirket av mange sammensatte elementer som tidspress, lite kontroll, stress, fysiske tyngde, turnus osv. Funne ved sykelønnsordning viser blant at kvinners holdning til å ta ut sykefravær, og hvordan informantene velger å benytte seg av det generøse tilbudet vi har i Norge i dag.

Denne oppgaven belyser hvordan disse to faktorene arbeidsmiljø og sykelønnsordning kan bidra til å påvirker ansatte i helse og omsorgssektoren.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.0.1 Tabell 1: egenmeldt og legemeldt sykefravær for kvinner og menn	7
1.0.2 Tabell 2: Sysselsatte arbeidstakere etter næring og kjønn	7
1.0.3 Tabell 3: Legemeldt sykefravær etter næring	8
1.1 Problemstilling	8
1.2 Avgrensning	8
2.0 Litteraturgjennomgang	10
2.1 Arbeidsmiljø	10
2.2 Psykososialt arbeidsmiljø	10
2.3 Stress	10
2.4 Arbeidskrav	11
2.5 Kontroll	11
2.6 Motivasjon.....	11
2.7 Utbrenthet.....	12
2.7.1 Utbrenthet og arbeidsmiljø.....	12
2.7.1.1 Modell: Cordes og Dougherty	13
2.8 Krav og kontroll modell	13
2.8.1 Modell: Karasek krav og kontroll.....	14
2.9 Abrahamsens rapport.....	15
2.10 Vold og trusler.....	16
2.10 Fysisk arbeidsmiljø	16
2.11 Turnus.....	17
2.12 Arbeidstid og turnus	18
2.13 Kvinnfolk og mannfolkarbeid	19
2.14 Dobbeltarbeidshypotesen	19
2.15 Arbeidstilbudsmodell og effektivitetsteori	21
2.15 Sykelønnsordning.....	22
3.0 Metode	25
3.1 Kvalitativ og kvantitativ metode	25
3.2 Induktiv eller deduktiv	26
3.3 intensivt eller ekstensivt design.....	27
3.4 Informert samtykke	27
3.5 Utvalg og rekruttering.....	27
3.5.1 Kriterier for utvelgelse.....	28
3.6 Forskningsprosess	28
3.7 Presentasjon av informanter	28
3.7.1 Modell: oversikt over informantene.....	29
3.8 Kvalitativ intervju	29
3.9 Koding.....	31
3.10 Analyseprosess	32

3.10.1 Modell: Kvalitativ analyse som en sirkulær prosess	33
3.11 Pålitelighet.....	33
3.12 Troverdighet.....	33
3.13 Generalisering og overførbarhet.....	34
3.14 Metodekritikk.....	34
3.15 Etikk.....	35
4.0 Analyse	36
4.1 resultater fra intervju.....	36
4.2 Kontroll og tidspress.....	36
4.3 Tilleggsoppgaver.....	37
4.4 Selvbestemmelse.....	37
4.5 Psykisk belastning.....	37
4.6 Stress.....	38
4.6.1 Utbrenthet.....	38
4.7 Vold og trusler.....	39
4.8 fysisk belastning.....	40
4.9 Turnus.....	41
4.10 Dobbeltarbeidshypotesen.....	42
4.11 Sykelønnsordning.....	43
5.0 Resultater og drøfting	47
5.1 Psykisk arbeidsbelastning.....	47
5.1.1 Tidspress og kontroll.....	47
5.1.2 Stress.....	49
5.1.3 Utbrenthet.....	50
5.1.4 Vold og trusler.....	50
5.2 Fysisk belastning.....	51
5.2.1 Turnus.....	51
5.3 Sykelønnsordning.....	52
5.3.1 Karensdager og mestringsfravær.....	54
5.4 Dobbeltarbeidshypotesen.....	56
5.5 Andre funn.....	58
5.5.1 Økt kontroll hos sykepleiere.....	58
6.0 Konklusjon.....	59
7.0 Litteraturliste.....	61

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informert samtykke

1.0 Innledning

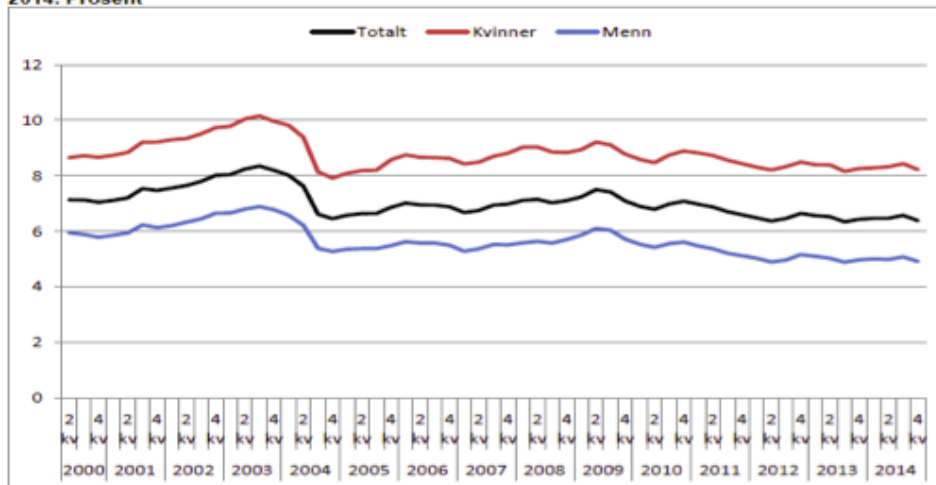
Denne bacheloroppgaven omhandler sykefravær blant kvinner i helsesektoren. Helse og omsorgssektoren omtales i denne oppgaven som sykehjem, sykehus, og hjemmetjenesten. Valg av emne bygger på flere faktorer blant annet at sykefravær et stort og komplisert fenomen som har enorm påvirkning på både samfunnet generelt, og individer spesielt. Sykefravær finnes i alle sektorer og organisasjoner i arbeidslivet, og koster årlig staten og det private næringslivet vanvittige summer. Bakgrunnen for valg av sektor er at helsesektoren har et uforholdsmessig høyt fravær, faktisk topper sektoren Navs sykefraværstatistikk. De ansatte i denne næringen utgjør hver femte arbeidstaker i Norge, og deres fravær har dermed store konsekvenser for det totale sykefraværet i norsk arbeidsliv (Nav).

I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på kvinners subjektive oppfatning og opplevelse av arbeidsmiljø, sykelønnsordning og dobbelarbeidshypotesen i forbindelse med sykefravær. Dette da 70 % av arbeidstakerne i sektoren er kvinner (Ose, 2011). Kvinner topper i tillegg fraværstatistikken. Jeg har valgt å benytte meg av intervju som datasamlingsmetode da jeg kan komme i nærmere inn på informantene, og tilegne meg dypere forståelse for hvilken rolle disse faktorene spiller inn på nevnte fraværstatistikk. Informantene har lang erfaring innenfor helse og omsorgssektoren, og er rekruttert i fra to forskjellige sykehjem i Oslo.

I første del av oppgaven omtaler jeg ulike årsaker til sykefravær ut i fra teori og tidligere empiriske undersøkelser. Jeg har også fortatt seks intervjuer hvorav fire er sykepleiere og to er hjelpepleiere. Ved hjelp av intervjuene har jeg forsket på deres subjektive opplevelse av arbeidsmiljø, sykelønnsordning og dobbelarbeidshypotesen, og i hvilken grad dette påvirker sykefraværet deres. Deretter vil jeg presentere funnene mine, og sette dette opp mot teorien.

1.0.1 Tabell 1: egenmeldt og legemeldt sykefravær for kvinner og menn

Figur 1. Egen- og legemeldt sykefravær, sesong- og influensajustert. 2. kvartal 2000 – 4. kvartal 2014. Prosent



Kilde: SSB (egenmeldt) og NAV (legemeldt)

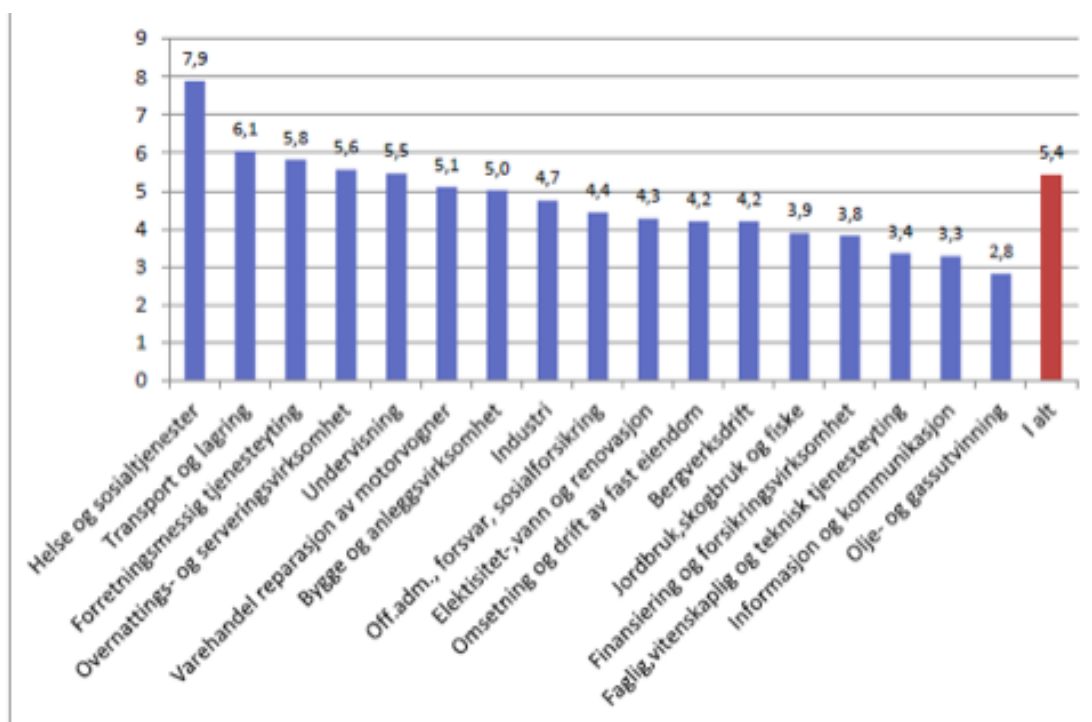
Kilde: Tabell 1 viser sykefraværstatistikk for både egen- og legemeldinger for menn, kvinner og totalt fra 2.kvartal 2000 – 4.kvartal 2014. Her ser vi at kvinner som arbeidsgruppe har holdt seg stabilt over menn i en periode på omtrent 14 år (NAV sykefraværstatistikk).

1.0.2 Tabell 2: Sysselsatte arbeidstakere etter næring og kjønn

	Alle sysselsatte	Kvinner	Menn
Helse og sosialtjenester	20 %	35 %	7 %
Varehandel reparasjon av motorvogner	14 %	14 %	14 %
Industri	9 %	4 %	14 %
Undervisning	8 %	12 %	5 %
Bygge og anleggsvirksomhet	8 %	1 %	14 %
Offentlig administrasjon, forsvar, sosialforsikring	6 %	7 %	6 %
Transport og lagring	5 %	2 %	8 %
Forretningsmessig tjenesteyting	5 %	5 %	6 %
Faglig, vitenskaplig og teknisk tjenesteyting	5 %	4 %	6 %
Informasjon og kommunikasjon	4 %	2 %	5 %
Overnattings- og serveringsvirksomhet	3 %	4 %	3 %
Private tjenester ellers	3 %	4 %	2 %
Finansiering og forsikringsvirksomhet	2 %	2 %	2 %
Bergverksdrift	2 %	1 %	3 %
Elektisitet-, vann og renovasjon	1 %	1 %	2 %
Olje- og gassutvinning	1 %	1 %	2 %
Omsetning og drift av fast eiendom	1 %	1 %	1 %
Jordbruk, skogbruk og fiske	1 %	0 %	1 %

Kilde: Tabell 2 viser en fordeling av alle sysselsatte etter næring og kjønn. Det fremkommer at 35 % av alle sysselsatte kvinner jobber innenfor sektoren «Helse og sosialtjenester» (NAV Sykefraværstatistikk).

1.0.3 Tabell 3: Legemeldt sykefravær etter næring



Kilde: I oversikten ovenfor kommer det frem at sektoren «Helse og sosialtjenester» innehar det høyeste sykefraværet i 4. kvartal 2014. Ettersom kvinner har et høyere sykefravær enn menn, og samtidig er overrepresentert i denne sektoren, vil det igjen si at kvinner utgjør en stor majoritet av det faktiske antallet (NAV Sykefraværstatistikk)

1.1 Problemstilling

”Hvilken rolle spiller arbeidsmiljø og sykelønnsordning for sykefravær blant kvinner ansatt i helse- og omsorgssektoren?”

1.2 Avgrensning

I denne oppgaven ønsker jeg å undersøke hvilken rolle arbeidsmiljø og sykelønnsordningen spiller for sykefraværet blant kvinner i helse og omsorgssektoren. Alle informantene mine jobber på sykehjem. Det er mange faktorer på som påvirker sykefravær i helse og omsorgssektoren blant annet dårlig ledelse, høy- og lavkonjunktur, graviditet, etnisitet, innvandring, utdanning, nedbemanning og omorganiseringer osv. Jeg ønsker ikke å berøre disse temaene direkte selv om disse årsakene spiller en viktig rolle for sykefravær i helse og omsorgssektoren.

Et tema jeg ønsker å berøre sammen med arbeidsmiljø og sykelønnsordning er dobbeltarbeidshypotesen. Isolert sett ønsker jeg å sette opp følgende hypotese for å se om den har en virkning på sykefravær blant kvinner i helse og omsorgssektoren:

1) Dobbeltarbeidshypotesen fører til økt sykefravær blant kvinner i helse- og omsorgssektoren.

2.0 Litteraturgjennomgang

2.1 Arbeidsmiljø

Arbeidsmiljøet kan defineres som de omgivelser ens arbeidsoppgaver utføres i, og kan deles inn i fysiske, ergonomiske, psykososiale og organisatoriske forhold (STAMI, 2008). Fysiske forhold omfatter støynivå, temperatur, luftkvalitet, vibrasjoner og lysforhold. Ergonomiske forhold defineres som samspillet mellom mennesket, og hovedsakelig arbeidsstillinger og bevegelser den ansatte gjør i sitt daglige arbeid. Ergonomiske forhold omtales ofte som fysiske forhold i flere studier, og vil derfor også her omtales som fysiske forhold (STAMI, 2008). I denne oppgaven vil det være et skille mellom fysisk og psykososialt arbeidsmiljø. Psykososialt arbeidsmiljø omhandler krav i fra andre ansatte eller ledelsen, egen kontroll over arbeidet, faglige utviklingsmuligheter, positive og negative relasjoner på jobb, forekomst av vold og trakassering, samt jobbsikkerhet (STAMI, 2008).

2.2 Psykososialt arbeidsmiljø

Skogstad skriver i boka "Det gode arbeidsmiljø og utfordringer" at begrepet psykososialt arbeidsmiljø kan oppfattes som misvisende, da det kan gi assosiasjoner om forhold som dreier seg utenfor selve individet. Skogstad foreslår at psykososiale faktorer i arbeidet beskrives bedre med følgende begrep: "De psykososiale faktorer i arbeidet som gjør seg gjeldende på sosiale arenaer, og som blir fortolket av den enkelte arbeidstaker ut fra dennes individuelle kjennetegn, med konsekvenser for jobbtrivsel, helse og ytelse" (Skogstad 2011, s. 18). De psykologiske faktorene omhandler individuelle egenskapers betydning for opplevelse, fortolkning og mestring av arbeidsrelatert forhold, mens de sosiale handler om den innflytelsen det mellommenneskelige samspillet har på oss i denne sammenhengen (Skogstad 2011, 16).

2.3 Stress

Ifølge McGrath (1970) kan stress defineres som "*en ubalanse mellom krav og responskapasitet under omstendigheter der det og ikke nå kravene får reelle konsekvenser*".

Det innebærer at stress kan oppleves som en dynamisk tilstand som er preget av usikkerhet om noe viktig. Den dynamiske tilstanden inneholder muligheter,

begrensninger, og krav i forhold til personens behov (Mathissen 2000, 264). Arbeidsrelatert stress forårsakes ikke av enkeltpersoner, men av problemer på organisasjonsnivå. Arbeidstaker vil som regel oppleve stress når det stilles større krav i jobben enn det de er i stand til å takle. De som opplever stress i lange perioder kan på arbeidsplassen utvikle fysiske og psykiske helseproblemer (Arbeidstilsynet A).

2.4 Arbeidskrav

Det finnes mange faktorer i arbeidslivet som kan føre til stressreaksjoner, og disse kan være en del av f.eks. arbeidsbetingelsene og oppgavene. Eksempler på slike faktorer kan være for mange arbeidsoppgaver, tunge arbeidsoperasjoner, skiftarbeid og ansvar for syke mennesker (Skogstad 2011, 28).

Arbeidskrav blir også beskrevet som de krav som stilles fra omgivelsene (Dallner *et al*, 1997). På jobb vil det forventes at den ansatte legger inn en fysisk og psykisk innsats som påfører den ansatte en fysisk og psykisk kostnad. Hendelser, situasjoner og tilstander på arbeidsplassen kan sette press på individet (Dallner *et al*, 1997).

Opplevelsen av krav fra kollegaer, pasienter og ledere, også kalt rollekrav, betegnes som forventninger andre betydningsfulle personer har til oss. Disse kan bli belastende når man møter motstridene krav, når forventningene er uklare eller når mengden av forventninger er større enn individets evne til å møte dem (Skogstad 2011, 23).

2.5 Kontroll

Kontroll i «krav og kontroll-modellen», betyr frihet til selv å bestemme hvordan arbeidet skal utføres, og ta beslutninger på egenhånd når situasjonen krever det (Karasek, 1990). Modellen har blitt kritisert for å bruke et snevert kontrollbegrep. Knardal (2002) definerer kontroll som frihet til å bestemme over egen arbeidssituasjon, frihet og mulighet til å anvende eget intellektuelt skjønn. Kontroll over situasjonen er også en viktig faktor for motivasjon i jobben.

2.6 Motivasjon

Motivasjon kan brukes som synonym til entusiasme og ønsket om å prestere. Drivkreftene bak en handling har en intensjon, f.eks. sykepleieres ønske om å hjelpe. Berikelsen av mestring samt følelsen av å bli satt pris på er også motivasjonsfaktorer. Opplevelsen av negativ konsekvens påvirker motivasjon, og det kan føre til demotivasjon i form av å prestere mindre (Brocks- Haukedal 2010, 105).

2.7 Utbrenthet

Herbert Freudenberger definerer utbrenthet som ”å mislykkes, bli utslitt eller utmattet gjennom overdreven bruk av energi, krefter eller ressurser”(Freudenberger 1974).

Dette kan beskrives som tilstand med kynisk innstilling til den som hjelpes og en rigid holdning der det er lite rom for fleksibilitet (Mathiesen 2000, 292). Maslach (1982) anser ”*utbrenthet å være en tilstand for hjelpere*”, eksempelvis syke-og hjelpepleier.

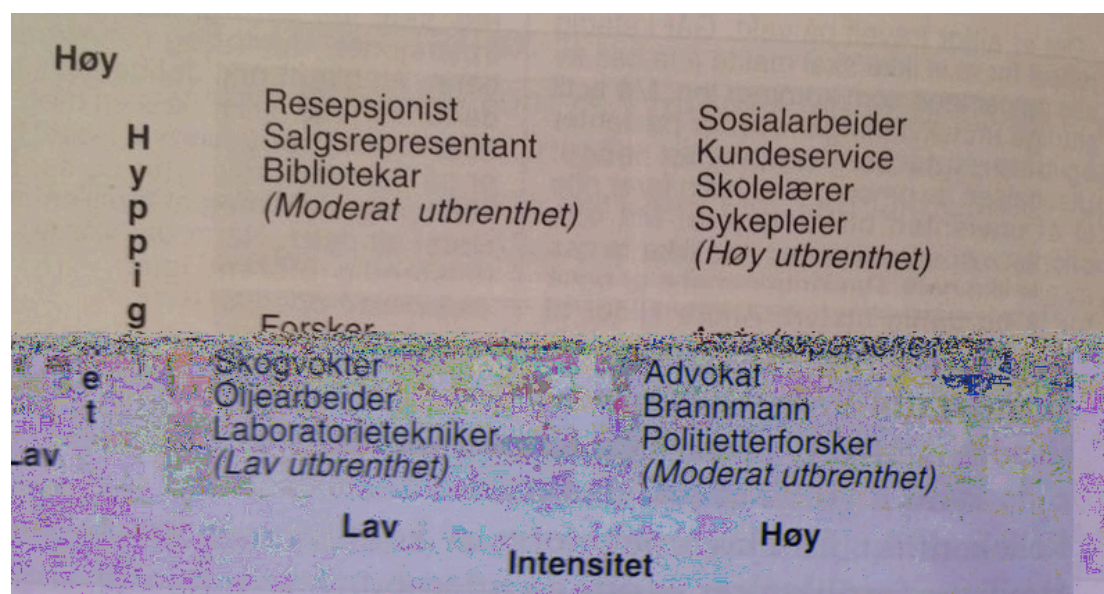
2.7.1 Utbrenthet og arbeidsmiljø

Utbrenthet kan også betraktes som et symptom på et belastende arbeidsmiljø. Ved utvikling av utbrenthet er det subjektive komponenter som er avgjørende, med andre ord hvordan den enkelte ansatte vurderer sin arbeidssituasjon. Det er som regel personer med stor grad av involvering i arbeidet, og som vurderer jobben som en viktig del av livet, som igjen vil være mest disponert for utbrenthet (Mathiesen 2000, 292).

Andre faktorer som fører til utbrenthet er form av konflikt mellom jobbens krav og familiære forpliktelser som ofte er en utløsende faktor for utbrenthet. Eksempler er uklart arbeidsinnhold og arbeidsfordeling, og den slitasje en utsettes for gjennom å måtte forholde seg til sterke interessekonflikter som f.eks. pasientens behov og krav om sterkere individuell oppfølging. I tillegg de rammebetingelsene som følger med jobben på grunn av anstrengt økonomi i form av redusert bemanning. Dette er eksempler på rollekonflikter som fører til utbrenthet (Mathiesen 2000, 294).

Utbrenthet er tilknyttet to viktige forhold, og det er intensitet og hyppigheten av kontakt med mennesker (Cordes & Dougherty 1993).

2.7.1.1 Modell: Cordes og Dougherty



Kilde: (Cordes & Dougherty 1993)

Figuren illustrerer hvilke yrkesgrupper som er mest utsatt for utbredthet som er sykepleiere, kundeservice, sosialarbeidere og skolelærer. De som er minst utsatt er oljearbeidere skogvoktere, og laboratorieteknikker.

2.8 Krav og kontroll modell

Robert Karasek og Tores Theorells (Karsek 1979) utviklet «krav og kontroll-modellen», og hevder at helse og velvære bestemmes av forskjellige krav. Disse kravene stilles til et individ, og muligheten individet har for å utøve kontroll over arbeidssituasjonen sin.

2.8.1 Modell: Karasek krav og kontroll

		Psykologiske krav	
		Lave	Høye
Beslutningskontroll	Høy	Lav Belastning	Aktivt Arbeid
	Lav	Passivt Arbeid	Høy Belastning

Kilde: (Karasek 1979)

Modellen har to hovedfaktorer: 1) psykologiske jobbkrav og 2) opplevd kontroll. Psykologiske arbeidskrav blir ofte beskrevet som opplevd tidspress, og rollekonflikt, mens handlingsrom for beslutninger innehar to dimensjoner, nemlig det å utnytte ferdighetene sine samt ha kontroll over egne arbeidsoppgaver, også kalt beslutningsautoritet.

Videre hevder «krav og kontroll-modellen» at visse former for stress kan oppleves som positivt og utviklende. Det vil si at stress kun er helseskadelig under bestemte vilkår. Såkalte «aktive jobber» er stillinger med store muligheter for personlig utvikling, motivasjon og faglig læring (Skogstad 2011, 26). Aktive jobber stiller ofte nye og utforutsette krav til den ansatte, og kan av den grunn være utviklingsfremmende. Den kritiske faktoren er den ansattes grad av kontroll og mulighet for å påvirke de stressfremkallende arbeidsforholdene. Høye arbeidskrav kombinert med begrenset kontroll og autonomi fører til slitasje, utbrenthet, og sykdom, mens stress kombinert med kontroll over egen arbeidssituasjon kan styrke personlig utvikling samt forebygge sykefravær. Når likevekten mellom stress og kontroll over arbeidssituasjonen blir forskjøvet, kan det oppstå en ”optimal læringsituasjon” med mulighet for personlig og faglig utvikling.

En annen konsekvens av Karaseks modell er at det kan oppstå en ”negativ læring” i den forstand at man mister evnen til å ta beslutninger, løse problemer og takle selv små utfordringer. Denne reaksjonen kan oppstå ved svært ”passive” jobber der kravene er små og mulighet for å bestemme like liten. Modellen har senere blitt utvidet til å gjelde mellommenneskelig forhold. Sosialstøtte er viktig i jobbsituasjoner fordi den har en beskyttende effekt mot de psykologiske kravene i jobben, og betydning for helse og atferd. Sosialt støttende medarbeidere og overordnede antas å bidra til å minske påkjenningene ved ulike arbeidsmiljøfaktorer, og forebygge sykefravær (Karasek og Theorells 1990, 70-71).

2.9 Abrahamsens rapport

Første del av undersøkelsen til Abrahamsen (1986) har som formål å gi en systematisk sammenlikning av ulike yrkers arbeidsbelastning. Undersøkelsen består av 11 forskjellige yrker som kontormedarbeider, faglærte og ufaglærte, industriarbeider, læreyrker, sykepleier, hjelpepleier, butikkekspeditor, sjåfør, rengjøringspersonale, håndverkere i bygningssektoren, bedriftsledere og akademikeryrker. Resultatene fra undersøkelsen viste at innen hver yrkesgruppe var den dominerende belastningstypen enten fysisk slit eller psykisk stress. Betrakter man begge faktorene kom det frem at de som ofte opplever stress, ikke opplevde arbeidet fysisk slitsomt og omvendt. Med et viktig unntak var det en yrkesgruppe som skilte seg ut. Pleiepersonale i helsesektoren oppgir at de opplevde både slit og stress. Det viste seg at en tredjedel av sykepleieren og hjelpepleierne rapporterte om både slit og stress. Faktisk var gjennomsnittet for andre yrker kun 10 % ved angår slit og stress kombinert. I denne undersøkelsen kom det frem at av de 11 yrkesgruppene er sykepleie og hjelpepleiere klart mest utsatt for slit og stress.

I neste del av samme rapport har Abrahamsen valgt å se på syv yrkesgrupper innenfor velferdsstaten. Studien fokuserer på kombinasjon av slit, stress og selvbestemmelse i arbeidssituasjonen. Resultatet fra undersøkelsen viste at ansatte med arbeid preget av mye stress og liten grad av frihet, hadde tre ganger så mye sykefravær som de som opplevde mye stress og stor grad av frihet.

I studiet var det pleiepersonalet som kom dårligst ut. Gruppen sliter mest med negative kombinasjoner av liten autonomi, samt fysisk og psykisk tungt arbeid. Mye

tyder på at skadelige effekter av arbeidsbelastning kan reduseres ved å gi arbeidstaker større selvbestemmelsesrett.

Undersøkelsen bekreftet nødvendigheten av at man må se på sammenhengen mellom arbeidsmiljø og helse som en prosess. Studien fant at kumulativ belastning i tidligere jobber, men ikke belastninger i nåværende jobb, har sammenheng med langtidsfravær.

2.10 Vold og trusler

Cecilie Aagestad *et al* (2014) har utarbeidet en studie hvor hun undersøker hvordan vold og trusler påvirker helsepersonell og sykefravær i Norge. Det er tatt hensyn til alder, utdanning, helse og livsstilsfaktorer, samt fysiske risikofaktorene som tunge løft, og arbeid i fremoverbøyd stilling. Det kom frem i studien at den hardeste risikofaktoren for langtidssykemelding blant kvinner i helse og omsorgssektoren var vold og trusler. Som nevnt tidligere er det omsorgsarbeidere som er mest utsatt for vold og trusler på arbeidsplassen. I studien til Aagestad *et al* (2014) kom det frem at ansatte som utsettes for voldt og trusler har 70 % høyere risiko for et høyt sykefraværnivå sammenliknet med de som ikke blir utsatt for dette på arbeidsplassen. Resultatet av studien viste betydelig sammenheng mellom selvrapportert vold og trusler og påfølgende langtidssykefravær blant kvinner i helse- og omsorgssektoren. Aagestad mener at dersom langtidssykefraværet skal reduseres bør man ha fokus på å beskytte de ansatte mot vold og trusler på arbeidsplassen (Aagestad *et al*. 2014).

2.10 Fysisk arbeidsmiljø

Arbeidsrelaterte muskel- og skjelettlidelser er en vanlig årsak til redusert arbeidsevne og kan føre til at man blir borte fra jobben. For å forebygge belastningslidelser må arbeidsplassen planlegges etter ergonomiske prinsipper, og det må tas fysiske og psykiske hensyn. Arbeidsplassen må tilpasses de ansattes kapasitet og begrensninger. Dette kan bidra til å holde de ansatte friske på jobben (NOA 2007).

Allebech og Mastekaasa (2004) forsket mye på relasjonen mellom fysisk belastning og sykefravær. I denne studien går de gjennom 15 slike studier, og konkluderer med at det er større belegg for å hevde at ergonomiske – enn eksterne belastninger, som støv, gass, temperatur osv. forklarer sykefravær. De finner at krevende fysisk arbeid og ubehagelige jobbstillinger gjentatte ganger har blitt dokumentert å øke fraværet.

Tellnes *et al* (1990) undersøkte blant totalt 1413 leger og pasienter i Buskerud for å finne hvilke årsaker som bidro til sykemelding. Resultatet fra undersøkelsen viste at både lege og pasient i 48,4 % av tilfellene var fysisk belastende arbeidsmiljø årsaken til sykemelding. Psykiske faktorer sto for 32,1 %, og det ble rapportert at i 37,1 % av hendelsene var det mulig å forebygge helseproblemene som ledet til sykemelding. Potensiale for å forebygge helseproblemer var størst hvor arbeidet krevde mye gåing, løfting, fysisk anstrengelse, og i noen tilfeller mye sittestillende arbeidet.

I rapporten skrevet av Abrahamsen (1991) fokuserer hun på de helsemessige konsekvensene av hjelpepleiernes miljø. Resultatet viste at halvparten av pleierne i undersøkelsen oppga at de hadde pådratt seg slitasjeskader i forbindelse med jobben. De fleste lidelsene var knyttet til ryggproblemer. Ved å inkludere rygg, skulder, nakke og arm, dekkes nesten 70 % av alle plager oppgitt i undersøkelsen. Undersøkelsen gir støtte til at slitasjelidelser først oppstår etter noen år med svært belastende arbeid. Videre viser undersøkelse at risiko for langvarig fravær øker med antall måneder med svært belastende arbeid. Pleiere som allerede har pådratt seg slitasjeskader i større grad enn andre har langvarig slitasjeskader. Den relative risikoen for langtidsfravær er 130 % etter 5 år med svært belastende arbeid og 189 % for de som har slitasjelidelser. Resultatene støttet altså opp om hypotesen som sier at det er en direkte sammenheng mellom belastninger på jobb over en lengre periode og nevnte type fravær.

2.11 Turnus

En stor del av helsepersonell er sykepleiere. Det er i dag omtrent 87.000 yrkesaktive sykepleiere i Norge (SSB). Sykepleiere er en yrkesgruppe som behøves 24 timer i døgnet på mange arbeidsplasser. Det er derfor vanlig at deres vaktordninger deles inn i dag-, kveld- eller nattvakt. Dette omtales som tredelt turnus. Andre helsearbeidere har todelt turnus hvor døgnet deles opp i dag og kveld. Er det sammenheng mellom turnus og sykefravær? (Bjorvatn *et al* 2014).

Det er for få gode studier til å kunne konkludere at det er en sikker årsakssammenheng mellom skiftarbeid og ulike helseplager og sykdommer. Bildet er komplekst og mange eksterne faktorer spiller inn som toleranse, livsstil, levevaner, arbeidsbelastning og sosiallivet.

Ansatte som jobber turnus har lettere for å få forstoppelse, magesår og magekatarr (Kleiven 2001). Grunnen til at de som jobber turnus er mer utsatt for disse lidelsene er at fordøyelsessystemet arbeider mer aktivt om natten enn om dagen for eksempel ved spising, eller gåing. Nattarbeid vil dermed bidra til å skape ubalanse i systemet. Turnusarbeid gjør folk mer utsatt for lettere psykiske forstyrrelser, som søvnproblemer, irritabilitet, tristhet, angst og nervøsitet. Hos mennesker som er genetisk disponert for alvorlige psykiske lidelser, kan en uregelmessig døgnrytme være en utløsende faktor i forhold til disse sykdommene. Undersøkelser fra de siste 20 år har vist at turnusarbeider har opptil 40 prosent høyere risiko for å utvikle hjerte og karsykdommer sammenliknet med andre arbeidstakere som ikke jobber turnus. Desto flere år man har jobbet skift, desto høyere er risikoen (Kleiven 2001).

Merkus *et al* (2012) gjennomførte en systematisk litteraturgjennomgang for å undersøke om det er en sammenheng mellom skiftarbeid og sykefravær. Forfatterne viser til negative helse- og psykologiske konsekvenser for ansatte som jobber skift, og konflikt mellom arbeid og familie, økt tretthet, problemer med å tilpasse seg nattarbeid, økt risiko for hjertesykdommer, mageproblemer og kreft. To paneldatastudier av høy kvalitet viste en sterk, positiv sammenheng mellom faste kveldsskift og lengden på sykefravær hos kvinnelige helsearbeidere, mens forskningen på sammenhengen mellom sykefravær og roterende skift, skiftarbeid inkludert nattskift, faste nattskift, 8- og 12 timers skift, ikke viste entydige resultater.

En forskningsstudie hadde som hensikt å undersøke om skiftordning påvirker sykefraværet. Artikkelen er basert på et datatversnitt fra 1464 sykepleiere. Det har blitt undersøkt forskjeller mellom sykepleiere i fast dagskift, fast nattskift og tredelt turnus. Resultatene av studien viser en sammenheng mellom å gå tredelt skiftturnus og antall sykefraværsdager blant kvinnelig sykepleier (Bjorvatn *et al* 2014).

2.12 Arbeidstid og turnus

Hovedregelen er at alle skal ha minst 11 timers sammenhengende hvile mellom to vakter. Arbeidsmiljøloven gir imidlertid unntak til noen yrker bla. sykepleiere. Tillitsvalgt og arbeidsgiver kan avtale en hviletid ned til åtte timer. I slike hendelser må arbeidstakerne sikres med kompenserende hvile. Vaktene som skal sikre kompenserende hvile tid må plasseres slik at det tas hensyn til at den enkelte får en

hviletid mellom to vakter arbeidsøkter som sikrer minst syv timers sammenhengende søvn (Arbeidstilsynet B).

2.13 Kvinnfolk og mannfolkarbeid

Kvinner uten høy utdanning har ikke mange valg i arbeidslivet, og havner ofte i jobber som er fysiske krevende. De siste årene har kvinners økende yrkesdeltakelse i stor grad gått til pleie- og omsorgssektoren. Andre økende sektorer er butikkansatte, stuepiker, kjøkkenhjelp og renholder. Disse yrkene har høyt fravørsbehov, fordi de er fysiske krevende. Man må være frisk for å klare jobben, samtidig som belastningene lett kan gå utover helsen. Kvinner oppgir oftere enn menn at de er fysisk utmattet etter arbeid, og andelen kvinner som er fysisk utmattet øker med alderen, mens dette ikke er tilfelle blant mennene (Weldenberg, 2012).

Det er blitt færre jobber i de tunge mannsyrkene, både på grunn av mekanisering og fordi industri- og primærnæringer er i tilbakegang. Det er blitt flere jobber i de tunge kvinneyrkene, og dette er jobber som ikke så lett kan mekaniseres. De tunge kvinneyrkene skiller seg også fra tunge mannsyrker ved at «karrieren» sjelden gir lettere arbeid med årene (Weldenberg, 2012).

Selv i samme yrke og bransje vil det være forskjell på menns og kvinners arbeidsforhold, og dermed vil behovet for fravær også variere fra menn til kvinner. De siste årene er det særlig to områder som har hatt sterk sysselsettingsvekst; olje og gass industrien, og helse- og omsorgssektoren. Helse og omsorgssektoren har tradisjonelt svært høy sykefravær. Når 70 % av veksten i helse og sosialtjenester skyldes flere kvinner er det naturlig å forvente av kjønnsforskjellene i sykefravær øker (Ose, 2014).

2.14 Dobbeltarbeidshypotesen

Denne hypotesen hevder at kvinners høyere sykefravær skyldes en større arbeidsbelastning enn menn opplever grunnet kombinasjonen av forpliktelser i hjemmet og i arbeidslivet (Kostøl & Telle, 2011). Hypotesen bygger på at kvinner er utsatt for større belastninger enn menn fordi de må kombinere lønnsarbeid og ubetalte omsorgsoppgaver som for eksempel barneoppdragelsen i hjemmet. Det er åpenbart at når flertallet av kvinner kom ut på arbeidsmarkedet i 1970- og 80-tallet fikk de en økt totalbelastning. Men siden den gangen er det ført likestillingskamp både i hjemmene

og på arbeidsplassene og mange mødre får nå betydelig avlastning i omsorgen for egne barn. Menn gjør også mer husarbeid og tilbudet om barnehageplasser og skolefritidsordninger har blitt mye bedre. En annen viktig utvikling som ofte blir glemt, er at ny teknologi har gjort hjemmene våre mer lettstelte. (Jacobsen, 2014).

Mastekaasa og Dale-Olsen (2000) ser i sin studie på om yrker dominert av kvinner er assosiert med flere negative helsekonsekvenser enn yrker dominert av menn, og om dette kan være med og forklare hvorfor kvinner har det høyeste sykefraværet. De gjennomgår to datasett fra et representativt utvalg av ansatte i Norge. Kvinner og menn som er i samme yrke og på samme arbeidsplass studeres gjennom en fast - effekt logistisk regresjonsmodell 46. Resultatene viser at kjønnsforskjellen i sykefravær ikke kan tilskrives at kvinner har mer helseskadelige jobber. Det er likevel en tendens til at kvinner er overrepresentert i jobber hvor det er høyt sykefravær på grunn av psykisk stress.

Studien til Mastekaasa (1998) undersøkte også hvordan det var for kvinner å kombinere jobb med omsorgsoppgaver i hjemmet, og om dette kunne forklare kjønnsforskjellene i sykefraværstatistikken. Resultatet viste at det å ha barn ikke kunne forklare høyt sykefravær blant kvinner, hverken på lang eller kort sikt. Mastekassa fant ingen støtte for denne hypotesen. Studien viste også at kvinner med barn hadde samme eller litt lavere fravær enn kvinner i parforhold uten barn, og at menn i parforhold med barn også hadde samme eller lavere fravær enn gifte eller samboere uten barn.

Bratberg *et al* (2002) undersøkte om det å ha flere barn bidrar til økt sykefravær blant kvinner. Utvalget besto av 27.356 kvinner mellom 30 og 40 år. Forfatterne har kontrollert at kvinner med flere barn som jobber fulltid kan være en selektert gruppe med uobserverbare egenskaper som bedre helse og motivasjon. Ved å inkludere inntekt i arbeidsmarkedsdeltakelse finner Bratberg (2002) støtte for hypotesen at arbeid og ansvar for barn kan medføre høyere sykefravær.

En undersøkelse av Marcussen (Jacobsen 2014) omhandler hva det betyr for kvinners helse og sykefravær å få barn. Forskningen er basert på store dataregistre fra SSB hvor nesten alle norske kvinner er med. Resultatet ga ingen holdepunkter for at

dobbeltarbeid er årsaken til kvinners høye sykefravær. Det å forske på sammenhengen mellom barn og kvinners sykefravær byr på flere utfordringer i samme undersøkelse (Jacobsen 2014). Et eksempel på dette kan være at det er vanligere for kvinner med lav utdanning å være borte fra jobb de første årene etter barnet er født. Noe som gjør det vanskeligere å sammenligne sykefravær med høyere utdannede kvinner.

2.15 Arbeidstilbudsmodell og effektivitetsteori

Norge er et av de få landene hvor ansatte blir kompensert med full lønn under hele sykefraværet, noe som kan være med på å forklare det høye sykefraværet. Det har også blitt foreslått at helsekøer og behandlingstid for sykdom bidrar til høyere sykefravær (NOU 2000: 27).

Arbeidstilbudsmodellen hevder at økt lønn har diffus effekt på sykefravær. Når inntekt øker, øker også etterspørselen etter fritid. Det vil si at inntektseffekten av lønn på fravær er positivt. Det vil på den andre siden bli dyrere å konsumere fritid, da alternativkostnaden ved fravær har økt. Med andre ord reduserer substitusjonseffekten fraværet. (Allen, 1981: 79). Substitusjonseffekten virker alltid slik at det blir etterspurt mindre av det godet som blir relativt dyrere, og mer av det godet som blir relativt billigere (Lederkilden). Dette medfører til at substitusjonseffekten uteblir, og effekten av økt lønn på fravær blir positivt (Allen, 1981: 79).

Sykefravær kan forklares i forhold til effektivitetslønnteori (Shapiro og Stiglitz, 1984). Denne modellen går ut på at arbeidsgiver ikke kan overvåke de ansattes arbeidsinnsats til enhver tid. Arbeidsgiver kan foreta stikkprøver for å avsløre de som velger å skofte, for så å si dem opp. Det forutsettes at arbeidstakerne har positiv preferanse for lønn og negative for arbeid, som i arbeidstilbudsmodellen for arbeid og fritid. Graden av innsats vil avveies mot sannsynligheten for å bli tatt for å skofte, og bli oppsagt. Når arbeidsledigheten er høy vil de ansatte yte mer for det vil være vanskeligere for dem å finne seg ny jobb. Høyere lønn vil også få en disiplinerende effekt, fordi det økonomiske tapet ved oppsigelse vil da bli større. Teorien om effektivitetslønn predikerer høyere sykefravær ved høykonjunkturer, samtidig som økte lønninger vil redusere fraværet. En annen predikasjon ved denne modellen er at fravær bortfaller når sannsynligheten for å miste jobben øker.

I følge effektivitetslønnsteorien vil kostnadene ved å være borte fra jobb være mindre dersom man befinner seg i lavtlønnede jobber. Lav lønn vil dermed medføre høyere sykefravær. Siden kvinner i gjennomsnitt har lavere lønn enn menn kan denne teorien være med på å forklare hvorfor kvinner har høyere sykefravær enn menn. Kostnadene ved fravær er dermed høyere for menn enn for kvinner (Brostrøm et al 2002).

2.15 Sykelønnsordning

Som nevnt har Norge har i lang tid hatt en meget god ordning for ansatte som sikrer full lønnskompensasjon fra første sykedag. Det har derfor ofte blitt trukket frem at en noe mindre lukrativ sykelønnsordning ville vært det mest effektive tiltaket for å få ned sykefraværet (Ekspertgruppen 2010). Det har så langt ikke vært nok politisk vilje til få gjennomført dette i Norge. I 2004 ble det satt i gang en rekke tiltak for å redusere sykefraværet, bla. skjerping av regelverket for legers sykemeldingspraksis, økt krav til dokumentasjon for sykefravær over åtte uker og krav til legers vurdering av arbeidsevne hos pasientene. (Einarsen, Øverland og Schulze 2011, 353) Et annet tiltak om ble iverksatt var inkluderende arbeidsliv bedre kjent som IA-avtalen. Dette tiltaket gikk ut på å bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærværet, forebygge og reduserer sykefraværet og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet. Markussen (2010) konkluderte med at sykefraværet falt 25 % etter denne reformen.

Ifølge OECD er økningen av sykefravær i sammenheng med den sjenerøse sykelønnsordningen noe som gir incentiver til lav arbeidsinnsats. OECD råder Norge å kutte i ytelsene (OECD 2005). På den andre siden gir en sjenerøs sykelønnsordning muligheter til å delta i arbeidslivet, og bør således ikke ses uavhengig av den sterke økningen i yrkesdeltakelsen vi har i Norge. Når en tar for seg konjunkturelle svingninger, er den viktigste faktoren bak økningen i sykefraværet at grupper som forventes å ha høyt sykefravær har kommet inn i arbeidslivet. Kutt i sykelønnsordningen vil på tilsvarende måte kunne gi lavere generell yrkesdeltakelse og svekke den samlede arbeidsinnsatsen, selv om sykefraværet blir redusert (Bjørnstad 2006).

Både i Sverige og Danmark har de karensdager som betyr at man ikke får full lønnskompensasjon ved fravær. I 1991 innførte Sverige en ordning hvor de reduserte

sykelønnen de tre første dagene fra 90 % til 65 % og de følgende 87 dagene fra 90 % til 80% av full lønn (Kostøl & Telle 2010) . Dette førte til at sykefraværet ble redusert når kostnaden av fravær for den enkelte ansatte gikk opp. Denne effekten var større for menn enn for kvinner. Johansson og Palme (2002) undersøkte hvordan endringene ved innføring av karensdager i Sverige påvirket sykefraværet. Resultatet viste som nevnt tidligere at innstramningen førte til en reduksjon av sykefraværet. Dette skyldes at de ansatte fikk en økt kostnad ved å ta ut sykefraværet. Dette stemmer overens med teorien til Allen (1981). Hvis de ansatte får full lønn ved første fraværsdag, vil fravær bli positiv for de aller fleste. Hvis det derimot koster å være borte fra jobben blir det negativt.

En annen undersøkelse av Johansen og Palme (2005) viste at langtidsfraværet ble høyere etter reformen. Det viste seg at de ansatte økte lengden på fravær i frykt om tilbakefall som ville medføre inntektstap på grunn av karensdagene. Effekten av å innføre en strengere sykelønnsordning i Sverige var med andre ord uklar, spesielt i forhold til de lengre sykefraværstilfellene. Ser man på lønnskutt som følge av karensdagene, vil de gå utover kvinner innen helsesektoren da de har høyest fravær og dermed vil bli mest økonomisk skadelidende (Forskning).

Aronsson og Gustafsson (2005) brukte data ifra et utvalg på over 3000 personer innsamlet gjennom AKU. I undersøkelsen referer forfatterne til begrepet "sykenærvær". Med dette menes at arbeidstakerne møter opp på jobb med sykdom, når de heller burde holdt seg hjemme. Sykefravær går ned på bekostning av sykenærvær.

Sykenærvær kan føre til økt sykdomsrisiko blant de ansatte. Resultatet viste at 53 % hadde vært syk på jobb ved mer enn en anledning det siste året. Det kom også frem at det var flere årsaker for sykenærvær. Yrker med bemanningsproblemer, tidspress, utilstrekkelig ressurser og dårlig personlig økonomi var mest relatert til sykenærvær.

I annen undersøkelse av Aronsson, Gustafsson og Dallner (1997) kom det frem at en tredjedel meldte ifra at de hadde vært på jobb to eller ganger selv om de var syke. Yrkesgrupper med arbeidsoppgaver innenfor omsorg, velferdstjenester, eller undervisning hadde økt risiko for å være på jobb ved sykdom. Et annet funn viste

høyere sykenærvær i yrker der det er vanskelig å finne erstattere i form av vikarer ved sykdom.

Å mestre er de anstrengelser vi gjør for å håndtere indre krav og krav fra omgivelsene. Man kan si at mestring er resultatet eller utfallet av egne reaksjoner (Knardal, 2002). Mestringsfravær kan forklares som aktivt å velge et korttidsfravær fra jobben for å hente seg inn, forhindre videre utvikling av sykdom eller forbedre en helsetilstand. (Saksvik *et al* 224). Saksvik referer til studie blant engelske sykepleiere. Det viste seg at mange benyttet seg av sykefravær som en måte å mestre en belastende arbeidssituasjon på ved å være borte noen dager innimellom for å forebygge lengre sykdom (Einares, Øverland og Schulze 2011, 347). Ved hjelp av slikt fravær klarte sykepleieren å stå lengre i jobben selv med skrantende helse. Sykepleierne i denne studien valgte korttidsfravær for å forebygge utvikling av stressplager når belastninger og stressnivået ble for høyt. (Einares, Øverland og Schulze 2011, 347).

I en ny rapport ifra Frisch senteret, som er utført på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet på grunnlag av at norske kvinners sykefravær er høyere enn menns i alle aldersgrupper og i alle sektorer, bransjer og næringer. Datamaterialet i denne studien er hentet i fra to kilder en spørreundersøkelse om holdninger, prioriteringer, og normer blant et utvalgt ansatte i pleie og omsorgssektoren i Norge, og personaldata fra arbeidsgiver med arbeidstid, turnus, og fravær for de utvalget. Studien kom frem til at menn og kvinner har ulike holdninger, normer og preferanser. Undersøkelsen viste at kvinner hadde høyere indre motivasjon enn menn, og indre motivasjon er forbundet med lavere egenmeldt sykefravær. Resultatet viste at høyt sykefravær hos kvinner ikke skyldes holdninger (Hauge *et al*, 2015).

3.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg presentere hvilken metode jeg har valgt for å danne et godt datagrunnlag til drøfting av min problemstilling. Jeg vil redegjøre for kvalitativ metode, og hvordan innhenting av informasjonen gikk frem. Det vil også komme frem hvorfor jeg valgte denne metoden. Videre vil jeg se på utvalg av informanter, metode for data innsamling og dataanalyse, og drøfte disse underveis. Jeg vil også underveis reflektere over mine erfaringer med intervjuene og hele prosessen.

3.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Johannessen, Kristoffersen og Tufte (2009, 32) Forklarer metode som det å følge en bestemt vei mot et mål. Samfunnsvitenskapelig metode handler om hvordan man skal gå frem ved innhenting av informasjon om virkeligheten. Den forteller oss hvordan vi skal analysere informasjonen for å kunne gi oss ny innsikt i samfunnsmessige forhold og prosesser. Det dreier seg om å samle inn, analysere og tolke data, og dette er en sentral del av empirisk forskning. De viktigste kjennetegnene ved metode er systematikk, grundighet og åpenhet (Johannessen, Kristoffersen og Tufte 2009, 33).

I læren om metode kan man skille mellom to metoder: kvantitativ og kvalitativ metode. Kvalitativ metode omhandler data i form av tekster, og har fokus i å komme i dybden og tolke dataene. Når man skal bestemme seg for hvilken metode å benytte bør man se på formålet med undersøkelsen. Dersom man ønsker å gjøre en undersøkelse der man går i dybden og undersøker et problem velger man kvalitativ metode. Dersom formålet er å undersøke bred representativ analyse velger man kvantitativ (Johannessen, Kristoffersen og Tufte, 101).

Det som skiller kvantitativ og kvalitativ metode er grad av strukturering. Kvantitativ data er som oftest preget av stor grad av strukturering og liten fleksibilitet. Når man benytter seg av spørreskjemaundersøkelser blir skjemaene utarbeidet i forkant av datainnsamlingen, og kan ikke endres i etterkant. Det må derfor gjøres grundig arbeid i forkant. Før man bestemmer hvordan dataen skal samles må man sette seg inn i relevant teori og tidligere undersøkelser på samme tema man selv ønsker å undersøke. Samling av kvalitativ data kjennetegnes ved stor åpenhet og fleksibilitet, og kan foregå ved intervju eller observasjon. Ved kvalitative intervjuer bygger man på en

intervjuguide, men vedkommende trenger ikke å følge denne slavisk. En har oftest som mål å beskrive noe, forstå eller utvikle nye perspektiver. Under intervjuet kan forskerne stille oppfølgingsspørsmål og utdypningsspørsmål, dersom noe er uklart eller et fenomen man vil utforske videre (Johannessen, Kristoffersen og Tufte 2009, 314).

Hensikten med oppgaven er å forstå meningen bak fenomenet som hvilken rolle arbeidsmiljø og sykelønnsordning har på det høye sykefraværet i helse og omsorgssektoren. Jeg ønsker å undersøke fenomenet sett gjennom sykepleierens og hjelpepleierens øyne. Johannessen, Kristoffersen og Tufte (2009) beskriver fenomenologi som læren om det som viser seg. Datainnsamlingsmetodene til kvalitativ metode kjennetegnes av høy grad av åpenhet og fleksibilitet, og foregår oftest via intervju eller observasjon. I denne oppgaven vil jeg benytte meg av kvalitativ metode noe som vil gjøre det mulig å gå dypere inn i min problemstilling, og fenomenet jeg ønsker å undersøke. Ved å bruke intervju som innsamlingsmetode kan jeg samle informasjon direkte fra kildene, og således finne deres perspektiv.

3.2 Induktiv eller deduktiv

En induktiv tilnærming innebærer at man går ut i virkeligheten med et åpent sinn, samler inn informasjon og systematiserer de dataene en har fått inn, noe som er idealet innen kvalitativ forskning (Jacobsen 2005, 35). Med andre ord går «fra empiri til teori». En deduktiv metode går derimot «fra teori til empiri». Da tar en utgangspunkt i kjente teorier eller forventninger, og samler inn empiri for å se om virkeligheten stemmer med forventningene. I denne studien har jeg benyttet meg av deduktiv tilnærming, da jeg blir påvirket av tidligere yrkeserfaring var det ikke naturlig for meg å gå inn i denne undersøkelsen med et åpent sinn (Jacobsen 2005, 35). Jeg har stilt spørsmål med åpne formuleringer, men har hatt temaer som jeg har ønsket å komme innom, men har samtidig ikke fremprovosert svar. Da jeg har yrkeserfaring innenfor helsevesenet, holdt jeg meg svært objektiv til informantene, og det de fortalte. Samt har jeg testet ut hypotesen min.

3.3 intensivt eller ekstensivt design

En ekstensiv design legger opp til en stor mengde informanter, og dataene blir mer generelle, og personlige nyanser forsvinner. Fordelen er at resultatet blir mer generaliserbart.

Ved intensivt design går man i dybden på en problemstilling med få informanter. Det søker etter personlige nyanser og detaljer av fenomenet. Det legger vekt på forståelse og tolkning, samtidig som man ønsker å få frem likheter. Jeg har valgt en intensiv design da jeg ønsker å gå i dybden, og finne ut mest mulig om informantens opplevelser om sykefravær i helse og omsorgssektoren. Jeg har spesielle temaer som arbeidsmiljø og sykelønnsordning, og ønsker en dypere forståelse rundt disse temaene og hvordan de oppleves for kvinner i helse og omsorgssektoren (Jacobsen, 2005).

3.4 Informert samtykke

Med informert samtykke menes det at den som deltar skal kunne bestemme over sin egen deltagelse. Informantene som deltar har blitt informert om oppgaven og kunne frivillig samtykke til å delta, og deltakerne skal på hvilket som helst tidspunkt kunne trekke seg uten noen form for ubehag eller negative konsekvenser (vedlegg 2). Det er fordi enkelte personer i undersøkelsen kan indentifiseres, og personopplysningsloven stiller krav til samtykke. At samtykket er informert, betyr at de som skal delta skal ha nødvendige opplysninger om undersøkelsen. Informanten som registreres, kan samtykke muntlig eller skriftlig, elektronisk eller på papir. Det skal gå klart og utvetydig fram (Johannessen, Kristoffersen og Tufte 2009,93).

3.5 Utvalg og rekruttering

I kvantitative undersøkelser velges informantene tilfeldig for at man skal kunne gjøre statistiske generaliseringer, dette kan forekomme i noen kvalitative studier. Men det er ikke vanlig, da hensikten med kvalitative studier er få utfyllende kunnskaper om fenomenet istedenfor å foreta statistiske generaliseringer. Jeg har derfor benyttet meg av en kriteriebasert utvelgning hvor man velger informanter som oppfyller kriteriene for det som skal undersøkes (Johannessen *et al* 2009, 106). Formålet med kvalitative undersøkelser er å få mest mulig informasjon om et fenomen, og derfor mener jeg at disse kriteriene er tilstrekkelig for å samle inn nødvendige data. I denne oppgaven har jeg bevisst valgt bort å undersøke menns sykefravær i denne sektoren. Da kvinner er

overrepresenterte sykefravær innenfor helsesektoren, og dominerer dette yrke ønsker jeg derfor å ha fokus på dem.

3.5.1 Kriterier for utvelgelse

For å kunne svare på problemstillingen stilte jeg noen kriterier for hvilke informanter jeg ønsket å intervju. Det første kriteriet var at de kvinner i alderen 25 til 65 år, fordi da har de mest sannsynlig jobbet i helsevesenet et par år. Det andre kriteriet er at de må være ansatt som sykepleiere eller hjelpepleiere da de har høyest sykefravær (NAV). For å få større bredde og innsikt er det siste kriteriet at noen av informantene er sykepleiere mens andre er hjelpepleiere. Det er for å kunne se forskjellige perspektiver.

3.6 Forskningsprosess

Videre tok jeg kontakt via epost med to sykehjem, og forklarte problemstillingen min. Avdelingslederne skulle forhøre seg med de ansatte hvorvidt noen på avdelingene var interessert i å delta. Det tok cirka ti dager før jeg fikk epost om at seks informanter ville delta. De seks informantene besto av fire sykepleiere og to hjelpepleiere; to sykepleiere og en hjelpepleier fra hvert sykehjem. Avdelingene informantene jobber på er en kombinert rehabiliteringsavdeling og langtidsavdeling. Videre tok jeg kontakt med informantene via epost hvor jeg informerte dem om hensikten med undersøkelsen, og at jeg ønsket et informert samtykke. Tidspunkt og sted for når intervjuet skulle foregå ble bestemt av informantene via epost. Alle informantene ble gjort oppmerksom på at intervjuet var anonymt og frivillig, og at de kunne trekke seg når som helst.

3.7 Presentasjon av informanter

Jeg ønsker å gi gjengi en kort presentasjon av de seks informantene som har deltatt i denne undersøkelsen. Som nevnt tidligere hadde jeg på forhånd avtalt med informantene at intervjuet ville bli anonymisert. Jeg har valgt å skrive profesjonen da det er to forskjellige arbeidsplasser og vi befinner oss i en storby, og det er liten fare for å bli gjenkjent. Alle informantene som ble intervjuet hadde en 100 % -stilling. Aldersspredning var fra 30 til 56 år. Sykepleierne var relative unge mellom 30 og 42 år. De hadde lang arbeidserfaring innen for helse og omsorgssektoren. Den med minst erfaring hadde åtte års erfaring i fra helse og omsorg. Det var de to hjelpepleierne som var eldst, og hadde begge over 20 års erfaring.

3.7.1 Modell: oversikt over informantene

Informant 1	Sykepleier	30
Informant 2	Sykepleier	35
Informant 3	Sykepleier	42
Informant 4	Sykepleier	36
Informant 5	Hjelpepleier	47
Informant 6	Hjelpepleier	56

3.8 Kvalitativ intervju

Ifølge Steinar Kvale skrev i 1997 (sitert i Johannessen, Kristoffersen og Tufte 2009, 135) ”*karakteriseres et kvalitativt forskningsintervju som samtale med struktur og formål.*” Kvale (1997) (sitert i Johannessen, Kristoffersen og Tufte 2009, 135) mener at med et kvalitativt intervju så kan man letter se hvordan en informant selv vil beskrive sin egen hverdag og for så kunne tolke fenomenet som blir beskrevet. I et intervju kommer oppfatninger, erfaringer og refleksjon tydeligere frem enn ved et spørreskjema. Jeg har valgt intervju for å få mest mulig informasjon om det fenomenet jeg ønsker å undersøke. Ved å bruke intervju har man mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål, det kan komme opp tema underveis som man ikke har tenkt på, men som kan være interessant og relevant for oppgaven og problemstillingen. Når man skal ha et intervju må man bestemme seg for struktur.

Videre legger også Kvale vekt på at et intervju innebærer en dialog med spørsmål fra intervjueren og svar fra informanten. Det er vanlig å skille mellom ustrukturert og strukturert intervju. Ustrukturert intervju er uformelt med åpne spørsmål, tema er fastsatt mens spørsmål blir tilpasset den enkelte. Strukturert intervju har derimot tema og spørsmål fastsatt på forhånd. Semi-strukturert intervju der man benytter seg av en intervju guidespørsmål, tema og rekkefølge kan varieres etter den man intervjuer (Johannessen, Kristoffersen og Tufte 2009, 137).

I denne oppgaven valgte jeg å benytte meg av et semi-strukturert intervju der jeg lagde en intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet. Ved utforming tok jeg utgangspunkt i teori. Semi-strukturert intervjuguide passet godt i mine intervjuer, da informantene enten var hjelpepleiere eller sykepleiere kunne jeg unnlate å stille irrelevante spørsmål. Ved å bruke semi-strukturert fløyt samtalen naturlig over på

relevante temaer uten at det ble harde overganger fra tema til tema. Jeg opplevde at ved å ha en naturlig flyt ble det mer rom for refleksjon blant flere av informantene. Når samtalen gikk treigt kunne jeg støtte meg på intervjuguiden når det var behov for dette.

Intervjuene foregikk på arbeidsplassen til informantene. Vi fikk låne et stille og rolig møterom. Jeg startet med å takke informantene for at de tok seg tid til dette, og alle ble lovet anonymitet på forhånd. Deretter gjennomgikk jeg en kort presentasjon av meg selv og oppgaven. Jeg hadde med meg mobiltelefon der jeg benyttet meg av opptaksfunksjonen. Jeg spurte om det var i orden å ta opptak, og det godtok alle informantene. Ved å benytte seg av opptak går man ikke glipp av informasjon, og siden jeg var aleine ville det vært ressurskrevende å stille spørsmål samtidig som jeg noterte. Samtlige av informantene ble nervøse ved opptak, og ba meg slå den av da de skulle stille meg spørsmål. Jeg slo av opptaket slik at de kunne føle seg trygge når de stilte spørsmål. Når spørsmålet var stilt spurte jeg om det var greit å slå på opptaket. Dette er en ulempe ved å bruke diktafon at noen kan bli svært nervøse eller reservert å utelate viktig informasjon. Selv om noen av informantene var nervøse for diktafonen opplevde jeg ikke at viktig informasjon ble utelatt av den grunn. En annen ulempe er at opptak av lyd ikke fanger opp kroppsspråk slik som kameraopptak gjør. Lydopptak kan også svikte underveis dette skjedde under to av intervjuene, men heldigvis oppdaget jeg det i tide slik at viktig informasjon ikke gikk tapt (Johannessen, Kristoffersen og Tufte 2009, 145).

Informantene som meldte seg til intervju opplevde jeg som ærlig og åpne. Noen informanter brukte litt lengre tid å få tillit til meg, men alltid mot slutten åpnet informantene seg veldig. Jeg startet med intervjuet med enkle spørsmål som ”hvor lenge har du jobbet i helse- og omsorgssektoren?”, og ”Hva liker du best med jobben din?” for å få i gang en dialog. Videre prøvde jeg å stille spørsmål rundt de største sykefraværsmomentene som stress og fysisk belastning ut ifra problemstillingen og teori. Intervjuene gikk som samtaler om jobben, det skjedde ofte at informantene kom inn på temaer som jeg hadde planer om å ta opp senere i intervjuguiden. Det førte til at det ble litt frem og tilbake, men igjen til at intervjuet opplevdes mer som en samtale.

Etter intervjuet var ferdig forespurte jeg informantene om de hadde spørsmål. De fleste hadde spørsmål vedrørende oppgaven, og ønsket å lese denne da den var ferdig. Når informanten hadde dratt ble jeg igjen for å lese over intervjuet, og kunne ta kontakt umiddelbart dersom jeg hadde oppfølgingsspørsmål eller noe var uklart. Ved to av informantene var dette nødvendig. Det hendte ved to anledninger at mobiltelefonen til informantene ringte. Informantene var nødt til å ta opp telefon ”slå av” eller bare sende melding om de har var opptatte. Oppfattet dette som litt forstyrende, og mistet litt flyt i intervjuet, men det tok seg raskt opp igjen.

Intervjueffekten er hvordan den som intervjuer blir oppfattet av informanten. Egenskaper som kjønn, alder, oppførsel og utseende spiller inn, og kan skape avstand eller nærhet mellom forsker og informant. Dersom forskeren har lite trening med å intervju kan vedkommende oppfattes som usikker, og det kan bli oppfattet negativt av informanten. Intervjueffekten kan være med å påvirke svarene forskeren får, men dette kan også påvirke til fordel. For eksempel kan det være en fordel å være kvinne i et mannsdominert nazimiljø, da en mannlig forsker kan virke truende. Det som virker som ubetydelig forhold kan skape problemer (Johannessen, Kristoffersen og Tufte 2009, 142). I forkant av hvert intervju tenkte jeg på intervjueffekten, og prøvde å kle meg nøytralt. Jeg var veldig bevisst på å ha en positiv tone mot informantene, og virke interessert i hva de hadde å si, noe jeg var.

Jeg valgte å ha et testintervju, og allerede ved første intervju merket jeg ting som måtte endres. I tillegg måtte jeg endre rekkefølgen min på intervjuguiden da mange av spørsmålene ikke ble naturlige å stille etter hverandre.

3.9 Koding

Etter å ha transkribert intervjuene ordrett ved hjelp av lydopptak satt jeg igjen med mye rått datamateriale. For å få en oversikt over datamaterialet måtte det systemiseres slik at jeg kunne og finne et mønster å analysere. Systematisering kan utføres på tre måter:

1. Kategoribasert inndeling
2. Kontekstuell inndeling
3. Diagrammer og tabeller.

(Johannessen, Kristoffersen og Tuft 2009, 165-171).

Kategoribasert inndeling av data går ut på at man lager et systematisk sett med kategorier av hele datamaterialet som kan benyttes for å identifisere temaer. Til denne oppgaven valgte jeg å bruke kategoribasert inndeling av data, da jeg følte denne egnet seg best. Kodene mine er laget på bakgrunn av problemstilling og teori. Dette kalles begrepsstyrt koding, da jeg på forhånd har utviklet kodene mine (Kvale og Brinkmann 2009, 209).

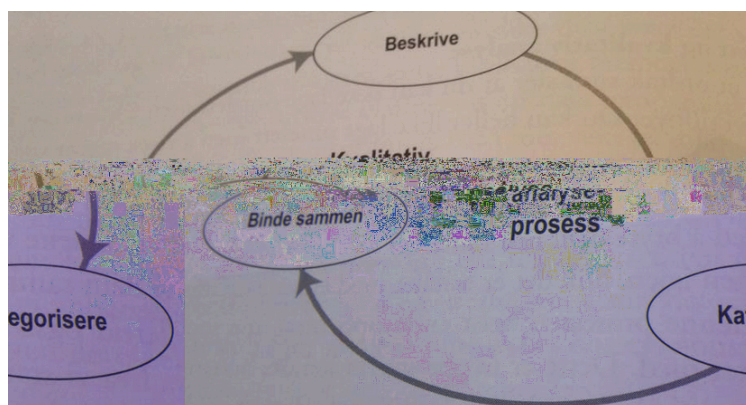
Da jeg kategoriserte dataene delte jeg opp datainnholdet i grupper, grunnlaget for disse gruppene er at de må være reflektert i dataene. Jeg startet med å markere med farge. Dersom jeg fant et sitat som kunne tolkes som kontroll merket jeg det med rødt. Etter fargekodingen var gjort la jeg inn fargekodene i begrepskodene der de tilhørte. Da dataene var systematisert under riktig begrep gjorde det analyseprosessen mer oversiktlig. Dette førte også til under tolkningen at noen utsagn og sitater ble flyttet over til andre kategorier som egnet seg bedre.

3.10 Analyseprosess

Et viktig poeng når det gjelder kvalitativ data er å forholde seg åpen til datamaterialet. Man må ikke la analysen bli styrt av forutinntatte holdninger, men opptre nøytralt til alle mulig meninger og årsaksforhold. Den som analyserer skal være et slags ”kompass” som lar omgivelsene bestemme hvilken vei nålen skal peke. Det er først etter oppgaven er systematisert, at man kan tillate seg å ha en personlig mening (Askheim og Grenness 2014, 143).

Å analysere kvalitativ data kan betraktes som en sirkulær prosess. Med det mener vi at analysen kan drives videre og videre. Det er likevel ikke uvanlig å dele prosessen opp i tre steg.

3.10.1 Modell: Kvalitativ analyse som en sirkulær prosess



Kilde: (Askheim og Grenness 2014, 143).

Som det fremgår av figuren består analyse av beskrive-kategorisere- binde sammen.

3.11 Pålitelighet

Et vanlig spørsmål i all forskning er pålitelighet, hvor pålitelig er disse dataene? I forskningspråket betegnes dette som reliabilitet.

Reliabilitet knytter seg til undersøkelsens data, hvilke data som brukes, måten den har blitt samlet inn på og videre bearbeidet. Måten reliabiliteten testes er via noe som kalles "test rater reliabilitet". Det går ut på at man gjentar samme undersøkelse på to forskjellige tidspunkt med samme gruppe. (Johannesen *et al*, 46). Det vil være lite hensiktsmessig å benytte seg av "test rater reliabilitet" i kvalitativ metode. Det skyldes at i kvalitativ metode er det samtalen som styrer datainnsamlingen. Det finnes andre metoder å forsterke påliteligheten ved å gi leseren inngående beskrivelser av teksten, konteksten, og en åpen og detaljert fremstilling av framgangsmåten (Johannessen, Kristoffersen og Tuft 2009, 199).

3.12 Troverdighet

En vanlig definisjon på validitet innenfor kvalitativ undersøkelse er "*måler vi det vi tror vi måler?*" (Johannessen, Kristoffersen og Tuft 2009, 199), dette blir også kalt for begrepsvaliditet. I kvalitative undersøkelser dreier validitet seg om i hvilken grad forskerens funn på riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten. Guba og Lincoln (1985) (Sitert i Johannessen et al 2009, 199) viser til to teknikker de mener vil øke sannsynligheten for troverdig resultater. Den ene er vedvarende observasjon som innebærer å investere nok tid å bli godt kjent med feltet,

slik at man kan skille mellom relevant og irrelevant informasjon. Den andre teknikken er å tilbakeføre resultatene til informantene for å få bekreftet resultatet (Johannessen, Kristoffersen og Tuft 2009, 199). For å øke validiteten i mine intervjuer, benyttet jeg meg av denne teknikken. Etter all informasjon var transkribert og tolket, tilbakeførte jeg resultatene til informantene for å bekrefte eller avkrefte om jeg hadde forstått dem riktig.

3.13 Generalisering og overførbarhet

Ved kvalitativ metode, er det ikke mulig å generalisere funnene. Med overførbarhet menes det at kunnskap skal kunne overføres istedenfor generalisering av funnene (Johannessen, Kristoffersen og Tuft 2009, 200). Vedrørende generalisering har jeg et utvalg av seks informanter hvor fire er sykepleiere og to er hjelpepleiere. Dette vil ikke være et representativt utvalg for denne populasjonen. Temaet som har blitt diskutert er sykefravær, og det er viktig å presisere at informantene kan ha omfattende negative opplevelser knyttet til dette som igjen farger svarene deres.

Når det gjelder å kunne overføre funnene fra min undersøkelse til andre sammenhenger, vil det muligens være utfordrende da informantene forteller om deres personlige opplevelser, helse, kropp og sinntilstand. Samtidig har jeg lett etter teori som kan belyse deres opplevelse, og denne teorien påpeker at deres opplevelse ikke alltid er unik. Det er også viktig å poengtere at kunnskap om mennesker ikke er absolutte, og vil variere i tid og rom. Kunnskapen inngår altså alltid i en kontekst. Dersom jeg hadde intervjuet sykepleiere og hjelpepleiere i en poliklinikk (kun åpent mellom 0800-1530) ville opplevelse og historiene om sykefravær vært annerledes.

3.14 Metodekritikk

Da jeg kun har seks informanter gir dette et begrenset empirisk utvalg. Dette utgjør et problem i forhold til overførbarhet og generalisering, men begrenser ikke informantenes opplevelser og historier. Informantene fortalte om deres tidligere, og nåværende opplevelse om sykefravær. Ved valg av semi-strukturert intervju fikk ikke alle informantene samme oppfølgingsspørsmål, som gjorde at noen informanter belyste et emne mer enn andre. Man kan ikke se bort ifra at jeg som forsker har filtrert bort informasjon med mitt subjektive blikk som annen forsker ville ha vektlagt. Det er også en mulighet for at en del nyanser har forsvunnet ved å systematisere datamaterialet. Dette er på en annen side nødvendig for å kunne utføre en håndterbar

analyse prosess. Kvalitativ metode kan sammenlignes med å spille et musikkinstrument. Man kan både være musikalsk og ha gode tekniske ferdigheter. Dette må tilegnes gjennom praksis (Johannessen, Kristoffersen og Tufte 2009, 201). En annen metodefeil kan være teknikk og ferdighet hos forskeren. Vedkommende har kanskje ikke hatt så stor praktisk trening med intervju tidligere.

3.15 Etikk

Etikk handler om prinsipper, regler og retningslinjer for vurdering av om en handling er riktig eller gal. Når en skal gjøre forskning må man underordne seg etiske prinsipper og juridiske retningslinjer. Som forsker er jeg fortsatt underlagt forskningsetiske retningslinjer.

Alle mine informanter er anonyme og kan ikke identifiseres. Da opplysningene ikke er sensitive eller behandlet elektronisk, har jeg ikke meldeplikt iht. personopplysningsloven. Deltagelse er frivillig, og alle informantene kan trekke seg når de vil. Det er viktig å respektere privatlivet til informantene, og unngå å stille personlige spørsmål som ikke er relevant for oppgaven. Om en stiller personlige spørsmål, og informantene ikke ønsker å svare må man respektere dette (Johannessen, Kristoffersen og Tufte 2009, 91-94). I min intervjuguide stiller jeg personlige spørsmål vedrørende sykemelding, psykiske helse osv. Alle informantene ble informert om dette i forkant av intervjuet, og at jeg ikke forventet svar hvis de følte spørsmålene var for personlige. Jeg presiserte at deltakelsen var anonym, og at eventuelle intime svar uten relevans ville bli utelatt fra oppgaven

4.0 Analyse

4.1 resultater fra intervju

Studien tar utgangspunkt i årsaksforholdene til det høye sykefraværet i helse- og omsorgssektoren blant kvinner. Her vil jeg legge frem hva som blir sagt ifra intervjuene der informantene bestod av fire sykepleiere og to hjelpepleiere.

Det kom frem at det er forskjellige faktorer som kan belyse hvorfor kvinner har høyere fravær enn menn i denne sektoren, og som jeg nå vil gå nærmere innpå for å analysere. Funnene vil bli lagt frem punktvis etter teorien for å få en mer holistisk oversikt over dataen.

4.2 Kontroll og tidspress

Alle informantene mente de hadde kontroll over deres egne arbeidsoppgaver som f.eks. hvordan de velger å stelle en pasient eller utføre en prosedyre. Hvis legen ikke møtte opp eller var forsinket sto det stille for både sykepleiere og hjelpepleiere da de ikke kan overta legens oppgaver. Sykepleierne og hjelpepleierne gjør alle rutineoppgavene ferdig som stellet, gi medisiner, ta målinger (blodtrykk, blodprøver). Dersom alt er gjort gikk sykepleieren og hjelpepleieren kun rundt og ventet på legen da de ikke kan ta legeavgjørelser som f.eks. om pasienten skal skrives ut eller bli satt på antibiotika.

Konsekvensen av dette er at arbeidsoppgavene hopper seg opp mens de venter på legen. Dette fører igjen til økt arbeidsmengde og mindre tid til å utføre arbeidet som de opplever som tidspress, som igjen fører til stress.

Sykepleierne og hjelpepleierne har ofte ikke kontroll over egne pauser. Det kan tolkes som at det er arbeidsmengde og bemanning som er avgjørende faktorer for om de får ta pause den dagen eller ikke. Dersom bemanningen er dårlig, blir det økt arbeidsmengde på de andre. Flertall av informantene opplevde at de prøvde å sette seg ned for å ta pause, mens kollegaene er ute og arbeidet. Så ser dem at klokken ringer (ifra pasientrommet), og de vet at kollegaene er opptatt ute i korridoren. Da skjer det ofte at de avbryter pausen for å ta klokken. Her spiller tidspress en viktig rolle. De ansatte får ikke tatt pause fordi de føler de har en viss mengde med tid til å utføre alle

arbeidsoppgavene. Når det ikke er mye å gjøre på jobben fortalte de at de kunne ta seg ekstra god tid til å yte pleie og omsorg til pasientene.

4.3 Tilleggsoppgaver

Informant 5 og 6 snakket om hvordan de hadde fått tildelt mange tilleggsoppgaver på grunn av innsparinger ved arbeidsplassen. Det som kom frem under intervjuet var at ved dårlig bemanning eller tunge pasienter gikk de dagligdagse rutinene i ett, og ofte ble det knapp tid til pause. Det tolkes som at hjelpepleierne synes det blir for mange oppgaver og høy arbeidsbelastning. Videre forklarer informant 5 at de før kun hadde ansvar for pasienter, og at det da ikke spilte noen rolle hvorvidt pasientene var tunge eller om bemanning var dårlig, for da tok det bare litt lengre tid. I dag må de hente mat fra kjøkkenet, få alle pasientene til matbordet samt servere dem, og noen må til og med mates. En økning av arbeidsoppgaver fører altså til en større arbeidsmengde.

4.4 Selvbestemmelse

Det kom frem at sykepleierne har mer selvbestemmelse over deres egen arbeidsdag, da de kunne variere arbeidsoppgavene mer enn hjelpepleierne. Sykepleierne kan variere med utdeling av medisiner, legevisitt, utførelse av medisinske prosedyrer, samt møte med bydel. Hjelpepleierne var mer knyttet til dagligbehovet til pasientene, og hadde liten mulighet til å variere arbeidsoppgavene, det bærer mye preg av fysisk arbeid. Sykepleierne hadde også mye mer ansvar, dette kommenterte begge informantene som var hjelpepleiere, og sa at de var glad for å slippe dette ansvaret. Det kom frem at sykepleieren var noe mer utsatt for stress enn hjelpepleieren på grunnlag av mer ansvar.

4.5 Psykisk belastning

Etter syke- og hjelpepleiernes mening er deres oppgave å sørge for at ting blir gjort. For sykepleieren var det å sørge for at de dagligdagse arbeidsoppgavene blir gjennomført. Når det er lav bemanning eller for mange pasienter per pleier, sier informantene at kravene oppleves som større.

De fortalte at det ved sykdom ofte ikke blir ringt etter vikarer, eller at de ikke får tak i folk. De ansatte mener at dette er problem hos ledelsen, og som gir økt arbeidsmengde for de som er på jobb. Dette påvirker hele dagen deres da noen av dem var nødt til å gi oppgaver til kveldsvakten, som igjen er enda dårligere bemannet. De

er nødt til å videreføre oppgaver som ikke ble gjort på dagen. Dette ga en veldig dårlig mestringsfølelse.

Det informantene opplever som mest stressende, er underbemanning. Fire av informantene opplever det som mest stressende når de er underbemannet på jobb. Da var det mer å gjøre for de som var på jobb, og arbeidsbelastningen ble altfor tung.

En annen kandidat opplever mest stress når bemanningen ikke samsvarer med pasientgruppen. Avdelingen hun jobbet på var mest for folk som var psykisk syke, men mer oppgående kroppslig sett. De er bemannet deretter, men når de har plass på avdelingen får de tildelt fysisk tunge pasienter. Med tunge pasienter det menes at de er fysisk krevende for pleierne som må være to til tre stykk for å håndtere pasienten, eller så kan det være mange medisinske prosedyrer der opplæring ikke har vært tilstrekkelig. De opplevde at ledelsen ikke tok hensyn til dette. Når arbeidsmengden er tyngre og bemanningen er statisk, skaper dette stress hos denne kandidaten. De fleste av kandidatene kom inn på bemanningsproblemer, og dette med høyt pasientbelegg eller fysisk tunge pasienter.

4.6 Stress

Årsaken til større opplevelse av stress kommer av mer tidspress og høyere arbeidsbelastning. En annen opplevelse som informant 1, 3, 5 og 6 snakket om var følelsen av å «ikke strekke til», og at de ikke føler de gjør en god nok jobb.

Informantene snakket mye om å få dårlig samvittighet over det de ikke fikk gjort ferdig, eller oppgaver som ikke ble utført på en tilfredsstillende måte. Informantene opplevde at de mistet oversikt over viktige oppgaver i løpet av en travel dag. Samtlige av sykepleierne tok seg selv i ofte å ringe til jobben for å sjekke om hun hadde husket å gi medisiner til pasient X fordi dagen hadde vært så hektisk. Informantenes opplevelse av at de ikke ”strekker til” eller ”følelsen av ikke å gjøre en god nok jobb”, kan tolkes dit at de opplever lite mestring i deres jobbhverdag når det er stressende på jobb.

4.6.1 Utbrenthet

Informantene ble også spurt hva de gjorde etter jobb og informant 2, 3 og 6 ville bare lade opp til neste vakt hjemme på sofaen. Her forteller informantene at energinivået deres er ofte på bunn etter en hektisk vakt, og de vil kun hjem for å slappe av.

Informant 1 sier hun ikke får vært like sosialt aktiv etter jobb, da hun rett og slett er

for sliten. Samtlige informanter forklarer at de blir slitne av å kommunisere med pasienter og pårørende dagen lang. Informant 3 forklarte at hun nesten slet med å prate med familien etter endt vakt. Hun forklarte også hvordan det påvirker humøret hennes svært negativt. Informantene anså jobben deres som svært viktig og det kom frem at informantene følte at pasientene var avhengig av deres hjelp. Derfor opplevde de arbeidet deres som noen ganger altoppslukende.

De ble også spurt om arbeidet deres påvirket privatlivet deres. Informant 3 har en mann som jobber på kontor, og ikke helt skjønner at man blir sliten av å ha en jobb som både er fysisk og psykisk krevende. Dette skaper ofte misnøye hos paret, noe som igjen kan være med på å bidra til psykisk belastning.

4.7 Vold og trusler

Informantene ble stilt spørsmål om de noen gang har blitt utsatt for vold og trusler på jobb. Alle informantene hadde blitt utsatt for dette i en eller annen grad. Noen hadde opplevde dette over korte periode, andre lengre. Noen av informantene har opplevd å bli slått etter og fått kastet gjenstander etter seg. Det kommer frem at det er svært vanlig å bli utsatt for vold eller trusler når man jobber som sykepleier eller hjelpepleier. De utrykte at de syntes det var kjedelig å bli utsatt for disse handlingene, men følte at de ikke kunne få gjort noe. Informantene påpekte at det var veldig viktig og ikke ta seg nær av handlingene.

”Man må jo huske på at pasienten er syk, og ikke alltid er seg selv”.

Informant 3

Det virket som alle informantene var innforstått med at det ikke var personlig ment, og at de måtte te seg profesjonelt selv om pasientene ble utagerende. Alle informantene understrekte at det var veldig viktig å te seg profesjonelt selv om pasientene «var på sitt verste». Samtidig syntes de det var ubehagelig å forholde seg til disse handlingene. Både informant 1, 2 og 6 påpekte at det de opplevde det som svært belastende når de hadde en pasient som var utagerende ovenfor dem over lang tid. Det førte til at de gruet seg til å dra på jobb eller kviet seg for å gå inn på rommet til pasienten da de følte seg utrygg. Andre opplevde det som krenkende å bli slått av et annet menneske. Dette kan tolkes som at hjelpepleiere og sykepleiere må tåle å kunne

stå i mange ubehagelig situasjonen. Dette kan utvilsomt gå utover mental og fysisk helse.

4.8 fysisk belastning

Informantene forteller at jobben deres er preget av fysisk arbeid. Jobben består av mange tunge løft, skyvning, og spesielt gåing. Tunge løft oppstår når de skal flytte pasienten fra seng til stol eller fra stol til seng. Det er lange avstander mellom hvert rom, man går gjerne frem og tilbake, og fra rom til rom. Det fører til mye gåing/løping i løpet av arbeidsdagen. Dersom man skal flytte en pasient lenger opp i sengen eller stelle i sengen, fører det til mye skyvning frem og tilbake. Dette fører ofte til slitasje som tærer på rygg, nakke, bein og armer. Informantene snakker om akutte og kroniske fysiske plager.

Alle informantene har en form for skade; informant 5 og 6 har blant annet fått ryggprolaps. Informanten sier hun har stadig vondt i ryggen da ryggen er svekket, men arbeidet er like tungt. Informant 1 forteller at ved forflytning av en tung pasient fikk hun strekk og kunne ikke bevege seg. Det førte til at hun ble sendt hjem, og var borte fra jobben i fem dager. Da syke- og hjelpepleierne ofte har tunge jobber kan det tolkes dit at de er mer utsatt for fysiske plager.

”Jeg måtte bare gå fra jobben på grunn av strekk i nakken”

Informant 1

Videre ble informantene spurt om de hadde hjelpemidler tilgjengelig på arbeidsplassen som kunne forebygge fysiske belastninger. De hadde heis til å løfte og forflytte pasientene samt forflytningsmatter. I tillegg holdt mange av avdelingene årlig forflytningskurs med fokus på løfte- og forflytningsteknikk.

Det ble avdekket gjennom intervjuet at informantene ofte ikke benyttet seg av disse hjelpemidlene. Det kom frem at man ofte måtte lete etter hjelpemidlene, og det hadde informantene som regel ikke tid til. Dersom det var en veldig tung pasient må man alltid vente på heisen og hvis pasienten ikke er altfor immobil går det raskere å bruke seg selv. Informant 1, 3 og 6 snakker om tidspresset de er under, og at det derfor blir til at de velger bort hjelpemidlene. De må bare få det gjort så de kan videre til neste

pasient. Det er under dette tidspresset at det virker som de er mest utsatt for plager og skader.

4.9 Turnus

Når det kommer til turnus er samtlige informanter enige om at det er godt å ha en dag fri i uka. Informant 4: ” *Man kan nyte formiddagen, spesielt om sommeren når sola er ute eller, du kan ha fri en dag midt i uka.* ” Alle informantene syntes det var positivt å kunne ha fri midt i uken, og informant 6 og 1 syntes det var spesielt deilig å kunne sove lenge før kveldsvakt. Videre ble det stilt spørsmål om hva informantene ikke likte ved turnus. Det viste seg at informantene ikke likte nattevakter og helgejobbing, spesielt ved høytider kom det frem at ” *det er kjedelig å dra på jobb når alle har fri* ” og ” *jeg føler jeg går glipp av mye med familien.* ”

Da informantene ble spurt om de opplevde fysiske plager ved å arbeide turnus, kom det frem at det var en rekke fysiske, samt noen lettere psykiske plager.

De aller fleste informantene opplevde en viss form for mageproblemer når de gikk mange nattevakter på rad. Dette kunne være en form for forstoppelse eller luftplager. Alle informantene var enig om at det verste med turnus var det å snu fra dag til natt eller omvendt. Det kom frem at det å snu døgnet går utover fysisk velvære og hos noen fikk det også psykiske konsekvenser. Informant 3 forteller at hun er konstant sliten flere dag etter døgnsnuingen. Videre forteller hun at hun selv opplever at hun er lite egnet til å tåle motgang. Når hun går flere nattevakter på rad, forklarer hun at føler at psyken er skjør.

”Man er oppe om nettene og sover dårlig om dagen, man blir litt rar”.

Informant 3

Dette bekreftes av informant 1, 2 og 6. Det kan tolkes som at informantene opplever lettere psykisk belastning ved å gå mange nattevakter på rad. Informant 4 opplevde det som unaturlig å jobbe nattvakt, og følte seg kvalm når hun var oppe hele natten. Som de aller fleste av informantene forteller hun at hun får lite søvn de dagene hun går netter. Dette går utover humøret noe som også kan tolkes som lettere psykisk belastning.

Det virker som informantene liker å jobbe turnus, det er mange fordeler når man har barn, og kan ha fri midt i uken eller sove lenge ved kveldsvakt. Samtidig er det ”kjedelig å dra på jobb når alle har fri”. Det kom også frem at turnusjobbing er forbundet med mange plager. Disse plagene er både fysiske og psykiske.

Videre ble de spurt om hvorvidt de fikk hvile nok mellom hver vakt. På dette spørsmålet svare alle informantene ”Ikke hvis jeg jobber kveld og dag”. Når man jobber tredelt turnus er det ofte fare for at man jobber kveld og slutter på jobb kl. 22:30, og begynner på jobb dagen etter 7:30.

”Etter kveldsvakt sovner man ikke med engang, og man må tidlig opp. Man går på reserveløsning hele den dagvakt.”

Informant 5

Alle ga uttrykk for at de mer eller mindre fikk hvilt nok mellom hver vakt, men alle var enige om at det ikke var tilstrekkelig med hvile når de jobbet kveld for så dag. Det kan tolkes at det er belastende i lengden å gå på jobb uten nok søvn, såkalt «reserveløsning».

4.10 Dobbeltarbeidshypotesen

Informantene fikk en oversikt over sykefravær i alle bransjer, og en oversikt over sykefravær i helse- og omsorgssektoren. I alle bransjene var det kvinner som hadde høyest fravær. Informant 3 mener at det er høyere sykefravær blant kvinner fordi kvinner har større ansvar hjemme med tanke på barn, husarbeid og sykdom, samt at mannen ikke bidrar så mye. Informanter 6 sier at oppgavene de har på jobb kan relateres til oppgavene i hjemmet, og at man da jobber dobbelt opp. Videre forteller hun om en opplevelse av aldri å fri hverken hjemme eller på jobb. Hun synes jobben og familielivet ofte blir likt, og at hun blir sliten av det i lengden.

Alle informantene bortsett fra én mente at en kombinasjon av andre ting og dobbeltarbeidshypotesen bidro til økt sykefravær spesielt i helse- og omsorgssektoren. Informant 1 har ingen barn så hun visste ikke hvor slitsom det egentlig kunne være. Hun sa: «Jeg kan jo tenke meg til det, og jeg hører de andre på jobben stadig klage..»

Informant 1, 3, 4 og 6 uttrykker at de har et like stort ansvar på jobb som i hjemmet. Spesielt informant 1 beskriver en følelse av å ha to jobber; en på jobb, og en på hjemmebane. Dette stemmer overens med dobbeltarbeidshypotesen. Informantene ble videre spurt om de syntes jobben var fysisk eller psykisk krevende og alle svarte at det var begge deler.

4.11 Sykelønnsordning

Informantene ble spurt om deres terskel for å sykemelde seg var lavere når de visste at de fikk full betaling fra første fraværsdag, og samtlige informanter svarte at det er lettere å sykemelde seg når de vet de uansett får kompensasjon i form av penger. Det kom frem at det ansees som positivt at man slipper å bekymre seg om penger ved sykdom. Informant 3 forteller at da har man en bekymring mindre i tillegg til å det å være syk.

Videre ble det avdekket at det finnes negative aspekter ved sykelønnsordningen. Informant 1, 3 og 4 synes det var for enkelt å sykemelde seg. Informant 1 og 4 kom inn på den så kalte ”mandagssyken”. Med ”mandagssyken” mener informantene at folk ikke orker å dra på jobb på mandager grunnet diverse selvpåført årsaker som f. eks. fyllesyke. Dette kan tolkes som at de mener det er for enkelt å sykemelde seg med dagens ordning. Informant 5 er svært glad for denne ordningen, og syntes ikke den har noen negative sider.

Videre ble informantene spurt om de tror denne ordningen bidrar til økt sykefravær. Informant 1, 3, 4 og 6 mente at denne ordningen bidro til økt sykefravær.

”Ja, folk synes vel det er greit å være borte en dag eller to og samtidig få penger likevel”.

Informant 1

Hun forklarer at hun tror mange bruker sykelønnsordningen til å ta seg fri, da man får full lønn og «man ikke taper noe på det». Informanten tror dette bidrar til økt sykefravær. Dette var forskjellig fra informant 2 og 5, som mente det ikke bidro til økt sykefravær.

Hun forteller videre at dersom vi ikke hadde hatt denne ordningen ville folk gått på jobb når de var kjempesyke. Dette kan også tolkes som at folk ikke er redde for å være borte så lenge de ikke taper noe på det. Det kan tolkes som at det å ta ut sykefravær er på lik linje med å ha lønnet fri.

De fleste informantenesvarer ja på at terskelen for å sykemelde seg er lavere når de vet at de får 100 % lønn som kompensasjon. Det er kun informant 4 som forteller at hun ikke er borte fra jobben med mindre det er absolutt nødvendig. Det kan tolkes at de ble litt flau over å svare ja. Videre ble det stilt spørsmålet til de som svarte ja, om de noen gang fikk dårlig samvittighet, der informant 1, 5 og 6 ikke fikk dårlig samvittighet. Informant 5 opplevde at hver gang hun tok seg sykemelding hadde hun legitimt grunnlag. Derfor kunne hun ikke ha dårlig samvittighet, og refererte til kroppslig plager påført av jobben samt den tunge arbeidsmengden.

Informant 1 og 6 bekrefter også at de har hatt ut sykemelding kun ved legitimt fravær. Informant 1,5 og 6 svarer altså at deres terskel for å sykemelde seg er lavere når de vet de får full kompensasjon. Samtidig opplever de at de alltid har legitimt grunnlag for sykemelding, og derfor ikke dårlig samvittighet.

Informant 2 og 3 forteller derimot at de får veldig dårlig samvittighet. Informant 3 får spesielt dårlig samvittighet ovenfor kollegaene, og ikke på grunn av terskelen hennes er lavere til å sykemelde seg når hun får 100 % kompensasjon. Informant 3 blir litt trist når hun oppsummerer med « Men noen ganger må man bare... det er tungt.» Dette kan tolkes som at jobben og spesielt arbeidsbelastningen blir for tung, og at noen ganger er man tvunget til å ta sykemelding.

Informantene ble fortalt om en britisk studie hvor sykepleiere benytter seg av egenmelding når de følte seg dårlig. De bruker egenmelding for å klare å stå i arbeidet lenger med skrantende helse, noe informant 5 og 6 sa at de også hadde gjort i flere år på grunn av slitasje. Ved å benytte seg av egenmeldingene unngår man å bli langtidssyk. Dette gir tid til å komme seg før man ”møter veggen”, blir utbrent eller få en skade som gjør at man må langtidssykemelde seg. Videre forteller informant 6 om

en egen erfaring av å tidligere ikke ha tatt ut egenmelding, noe som førte til at hun ”møtte veggen” og ble langtidssyk.

Mens hjelpepleieren snakket mer om det fysiske kom det frem at sykepleieren tok ut egenmelding på grunnlag av psykiske belastning.

”Noen ganger blir altfor mye mas, og jeg gruer meg. Da har at hendt at jeg tar en egenmelding.”

Informant 3

Det kan tolkes som at tidspress, tung arbeidsbelastning, ansvar og krav gjør at sykepleieren gruer seg til å gå på jobb. Informant 1 og 4 snakker også om at mye stress og tidspress gjør at de ofte tar ut egenmelding kun for å hente seg inn.

Informantene ble spurt om de var kjent med sykelønnsordningen i Sverige og Danmark, og ble gitt en forklaring dersom det ikke var kjent med ordningen. Deretter ble de spurt om hva som kunne skje dersom det blir innført her i Norge og hvordan det ville påvirke sykefraværet for kvinner i helsevesenet. Alle informantene var enige i at antall egenmeldinger ville gå ned dersom karensdagene ble innført. Informant 1, 3 og 5, 6 mente at korttidsfraværet ville gå ned, mens langtidsfraværet ville øke. Informant 5 og 6 mente at dersom karensdagene ble innført, ville dette påvirke dem økonomisk.

”Hvordan skal jeg klare å jobbe med dårlig rygg og skulder? Dette vil gå utover meg økonomisk.”

Informant 6

Informant 1, 2, 4 trodde at det ville føre til at det ikke alltid er kvinnen som f.eks. må være hjemme med sykt barn. At det ville bli en mer rettferdig fordeling mellom menn og kvinner. Her kommer informantene inn på dobbeltarbeidshypotesen og at dersom karensdager blir innført, blir kvinner og menn tvunget til likestilling. At det f.eks. ikke alltid er kvinnen som skal være hjemme med sykt barn.

Informantene ble spurt om de brukte egenmelding for å klare å stå i arbeid lenger eller unngå å bli syke. Alle informantene benyttet seg av denne metoden for å unngå langtidssykemelding. Det kom frem at informant 5 og 6 som er hjelpepleiere, spesielt benyttet seg av dette når det gjaldt fysiske plager, mens sykepleierne benyttet seg ofte av dette når de følte seg stresset på jobb. De benyttet egenmeldingen til å hente seg inn igjen. Måten egenmeldingene blir brukt på er forskjellig mellom arbeidsgruppene. Sykepleierne bruker egenmeldingen for å hente seg inn psykisk (stress/ansvar) mens hjelpepleierne bruker det for å hente seg inn fysisk (Rygg/nakke).

5.0 Resultater og drøfting

5.1 Psykisk arbeidsbelastning

5.1.1 Tidspress og kontroll

Informantene mente at de hadde kontroll over hvordan de velger å stelle en pasient eller hvordan de velger å utføre en prosedyre. De hadde ikke kontroll over hva de hadde lyst å til å gjøre eller når det kunne bli gjort. Dersom f.eks. legen bestiller hastebloodprøve kan ikke sykepleieren vente med å ta den til slutten av dagen. Dersom pasienten skal på en undersøkelse må hjelpepleieren stelle pasienten før han drar av gård, eller etter pasientens behov, og ikke når det selv passer hjelpepleieren. Dersom legen ikke møter opp, står det stille for både sykepleier og hjelpepleier da de ikke kan overta legens oppgaver.

Ventingene førte til økt arbeidsmengde og mindre tid til å utføre arbeidet. Dette opplevdes som tidspress, som igjen fører til opplevd stress. Sykepleieren og hjelpepleierne har ofte ikke kontroll over egen pause. Det kan tolkes som at arbeidsmengde og bemanning er avgjørende faktorer for om de får ta pause den dagen eller ikke. Dersom det er dårlig med bemanning blir det økt arbeidsmengde på de andre. Er legen sent ute av ulike årsaker vil det også kunne føre til liten tid, som igjen gjør at arbeidsmengden blir stor på for liten tid. Det kom også frem at dersom pasientenes behov, også er en faktor som spiller inn når det gjelder kontroll.

Under intervjuene kommer det frem at informantene mener de har kontroll over hvordan de velger å stelle en pasient eller utføre en prosedyre. På tross av faste rutiner kommer det i midlertidig frem at de ikke har kontroll over hvilke arbeidsoppgaver som skal gjennomføres og når de skal skje. Dette støttes i forskningen til Abrahamsen (1986) og kan skyldes at det er lite mulighet for å ta beslutninger som påpekes i Karasek-modellen (1990). Lite kontroll kan skyldes at de er avhengige av lege, pasienter som har akutte behov eller at andre nødssituasjoner oppstår. Dette kan resultere i at graden av kontroll over arbeidsoppgavene forsvinner og at arbeidsmengden kan øke senere. Dette støttes igjen av informantene.

En annen faktor informantene opplever som stressfremkallende er bemanning. Informantene opplever mindre kontroll ved lav bemanning, og at det vanskelig å få

tak i vikarer. Dette er et kjent fenomen i helse- og omsorgssektoren (Sykepleien). Under intervjuene kom det frem at informant 1, 2, 5 og 6 opplevde mest stress når det var dårlig bemanning på jobb. Videre forteller informant 1 at avdelingen hun jobber på er egnet for pasienter som er psykiske syke, men mer oppgående kroppslig sett, og de var bemannet deretter. Det viste seg de ofte har ledig plass på avdelingen, og får derfor ofte tilsendt fysisk tunge pasienter. Dette øker arbeidsmengden for personalet da de er bemannet for å håndtere en annen pasientgruppe. Når det er lav bemanning (lav kontroll) øker arbeidsmengden (krav). Ved økt arbeidsmengde får de ansatte mindre kontroll, som kan føre til stress, utbrenthet, eller sykdom. Dette støttes opp av samtlige informanter (Karasek 1990).

Informant 5 og 6 forteller om hvordan de har fått tildelt mange tilleggsoppgaver på grunnlag av innsparinger. Hjelpepleierne hadde blitt tildelt kjøkkenoppgaver, ryddeoppgaver osv. Kommunen eller andre beslutningstakere foretar ofte omorganiseringer og sparetiltak innenfor helsevesenet, uten at arbeidstakerne har mulighet til påvirke beslutningene som tas i forhold til deres arbeidsplass (Næss, 2005). Mange innsparinger kan bidra til å vanskeliggjøre arbeidsmiljøet, og føre til enda større arbeidspress som for eksempel informant 5 opplevde, noe som igjen kan bidra til økt sykefravær.

Informant 5 og 6 forteller om hvordan de har fått tildelt mange tilleggsoppgaver på grunnlag av innsparinger.

Videre opplevde informantene at de i liten grad kan styre pausene deres selv. Det er bemanning og arbeidsmengde som er avgjørende for om det blir pause den dagen eller ikke. De ansatte opplevde at de ikke rakk å ta pause da de hadde en viss mengde med tid til å utføre alle arbeidsoppgavene, og da var det som regel ikke tid til pause. (Sett inn en kilde der det kommer frem at pause påvirker arbeidsforhold). I og med at syke- og hjelpepleiere har høye arbeidskrav og lite handlingsrom, går dette blant annet utover pausene. Dette bekreftes av samtlige informanter, og kan føre til dårlig fysisk og psykisk helse noe Karasek (1990) påpeker. Ved å ikke få pause kan det tyde på at informantene i liten grad har kontroll og handlingsrom. Konsekvensene på langt sikt kan være at de fortere blir slitne, noe samtlige informanter også bekrefter.

Det kom frem at de ofte ikke fikk tak i vikarer, eller at ledelsen bestemte at det ikke gikk opp i.f.t. bemanningen. Noe av informantene mente det kun gikk utover de som ”orket” å komme på jobb. Dersom noen er syke, og det ikke blir ringt etter vikar kan ikke de ansatte kontrollere de stressfremkallende faktorene (Sykepleien).

Samtidig som de ikke har kontroll over de stressfremkallende faktorene blir sykepleieren og hjelpepleierne stilt ovenfor høye arbeidskrav som stell av tunge medisinske pasienter med begrenset personell, eller overbelegg av pasienter. I tillegg til dette har de tilleggsoppgaver og fastsatte rutiner når det gjelder mat, medisin og stell. De fastsatte rutinene, tilleggsoppgavene og overbelegg bidrar til lite handlingsrom. Andre ting som bidrar til lite handlingsrom er syke pasienter, og som nevnt tidligere avhengighet av lege og andre faggrupper.

5.1.2 Stress

Informantene opplevde mest stress pga. av mer tidspress og høyere arbeidsbelastning. Informant 1,3 og 6 snakker om følelsen av å ikke ”strekke til”, og ”føler at jeg ikke gjør en god nok jobb”. Dette kan tolkes som at informantene opplever lite mestringsfølelse i deres jobbhverdag når det er stressende på jobb. Når de ansatte opplever at kravene er for høye krav, medfører det en stressreaksjon og de opplever ikke mestring nok til å møte disse.

Det å ikke ha ferdighetene eller påvirkningsmuligheter til å utføre en arbeidsoppgave kan skyldes at det er for mange og høye krav, som deretter vil resultere i en stressreaksjon. Utfallet kan være utbrenthet, psykosomatisk tilstand og hjerteproblemer (Karsek og Theorell, 1990). Resultatene ifra Abrahamsen (1986) viste at ansatte med arbeid preget av mye stress og liten grad av frihet i arbeidet, hadde tre ganger så mye sykefravær som de som opplevde mye stress og stor grad av frihet. Dette støtter opp mot «krav og kontroll-modellen» til Karasek og Theorells (1990). I studiet var det pleiepersonalet som kom dårligst ut. Gruppen sliter mest med negative kombinasjoner av liten autonomi samt psykisk og fysisk tungt arbeid. Mye tyder på at skadelige effekter av arbeidsbelastning kan reduseres ved å gi utøveren større selvbestemmelse.

Det kommer frem av informantene at arbeidskravene fort ansees som høye når kontrollen oppleves som lav. Dette fører igjen til tidspress med en kombinasjon av lite handlingsrom. Ifølge Karasek (1979) bidrar høye arbeidskrav kombinert med begrenset kontroll og handlingsrom til utbrenthet, slitasje og sykdom.

5.1.3 Utbrenthet

Informantene opplever at jobben deres går utover privatlivet i form for utmattelse og humørsvingninger etter jobb. Freudenberg (1972) sin definisjon på utbrenthet beskriver informantenes opplevelse av arbeidet. Lav kontroll og høye krav kan knyttes opp mot Karasek modellen (1990) der et av utfallene er utbrenthet. En konsekvens av utbrenthet er at det går utover privatlivet til informantene. Dette vil igjen kunne påvirke jobben og føre til mer utbrenthet som igjen kan føre til sykefravær. En annen faktor som kan bidra til utbrenthet er at informantene betrakter arbeidet deres om altopplukende, og kan glemme seg selv i denne prosessen.

”Jeg er ofte sliten etter jobb og det skaper ofte konflikter med samboeren min som ønsker å finne på fritidsaktiviteter.”

Informant 3

Kvinner oppgir oftere enn menn at de er fysisk utmattet etter arbeid, noe informant 3 bekrefter og som Weldenberg (2012) anerkjenner. Årsaken til dette er at det er en fysisk krevende jobb som krever mye energi og bekreftes av samtlige informanter og teorier (Abrahamsen 1991: Weldenberg 2012).

Ifølge Cordes & Dougherty (1993) er utbrenthet knyttet to til viktig forhold; intensitet og hyppigheten av kontakt med mennesker. Det kan oppstå interessekonflikt mellom syke- og hjelpepleierne i tråd med pasientens behov og de pårørende rundt. Krav fra lege, pårørende og pasient kan føre til utbrenthet. Informantene bekrefter at de har hyppig kontakt med pasienter og pårørende, og andre yrkesgrupper. Dette kan være en belastning i lengden som kan føre til utbrenthet og sykefravær.

5.1.4 Vold og trusler

At sykepleiere og hjelpepleiere blir utsatt for vold og trusler støttes både av samtlige informanter og forskningen til Aagestad *et al.* (2014). Samtidig kommer det også

fram fra informantene at denne faktoren ikke har så mye å si på sykefraværet, men heller det bakenforliggende psykiske aspektet. Frykten for å bli slått eller motta trusler kan være verre enn selve handlingen, noe som informant 1,2 og 6 bekrefter. Det viser seg at det er nettopp dette som kan påvirke sykefraværet i forbindelse med vold og trusler.

Videre kommer det frem at informant 5 blir lei seg, og ofte sliter med motivasjonen. Fenomenet støttes opp av Broch-Haukedals teori (2010) og kan føre til demotiverte ansatte som gruer seg til å dra på jobb. Sykepleieren og hjelpepleieren understrekte hele tiden at det var viktig å te seg profesjonelt når pasienten var utagerende. Ved å måtte te seg profesjonelt kan det å bli utsatt for vold og trusler bidra til å forsterke belastningen som allerede er tilstede.

5.2 Fysisk belastning

At syke- og hjelpepleiere blir utsatt for fysiske plager blir bekreftet både av informantene og rapporten til Abrahamsen (1991). Både informant 5 og 6 har blant annet pådratt seg prolaps i ryggen av det tunge arbeidet. Videre viser undersøkelsen at langvarig fravær øker med antall måneder med svært belastende arbeid. Dette kan både informant 5 og 6 bekrefte. Allebech og Mastekaasa (2004) finner at krevende fysisk arbeid og gjentatte ubehagelig jobbstillinger har en dokumentert effekt på økt fravær. Alle informantene bekrefter at deres arbeid innebærer ubehagelig jobbstillinger, og at dette har ført til at de har vært borte fra jobb. At fysiske plager kan være en årsak til sykefravær bekreftes også av Tellnes *et al.* (1990) der 48,8 % av sykemeldingene dreier seg om akkurat dette området. Det ble rapportert at 37,1% av hendelsene var mulig å forebygge, spesielt arbeid som krevde mye gåing, løfting og fysisk anstrengelse. Dette kan sees i sammenheng med at sykepleiere og hjelpepleiere muligens pådrar seg fysiske belastninger på grunn av tidspress, da ikke har tid å bruke hjelpemidlene som er tilgjengelige.

5.2.1 Turnus

Informantene opplevde at det å jobbe turnus hadde både positive og negative aspekter. Alle informantene hadde opplevd en form fysisk eller psykisk plage som følge av turnusarbeid. Disse plagene bekreftes både av Kleiven (2001) og Merkus (2012).

Er turnus en bidragsyter til økt sykefravær? Kleiven (2001) mener at det er flere faktorer enn kun turnus som spiller inn ved sykefravær. Derimot viser han til en undersøkelse som bekrefter at turnusarbeidene har 40 % høyere risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer sammenliknet med de som ikke jobber turnus. Merkus (2012) fant heller ingen positiv sammenheng mellom sykefravær og roterende skiftarbeid. En forskningsartikkel utført av Bjorvatn *et al.* (2014) viser en sammenheng mellom tredelt turnus og sykefravær blant kvinnelige sykepleiere i Norge.

Alle informantene svarte følgende på spørsmål om de fikk nok hvile mellom hver vakt:

”ikke vis jeg jobber først kveld og så dag”

Informant 1, 2, 3, 4, 5 og 6.

Informantene beskriver at de ikke får nok hvile mellom vaktene, og går slitne på jobb dagen etter. Hovedregelen er minst 11 timers sammenhengende hvile mellom to vakter. Arbeidsmiljøloven gir imidlertid adgang til at tillitsvalgt og arbeidsgiver kan avtale en hviletid ned til åtte timer. Informantene ifra intervjuet hadde ni timer fra de gikk av vakt til de skulle på vakt igjen dagen etter.

Videre beskriver informantene at kveldsvakt ofte er hektisk, og at de ofte får mange tanker som må bearbeides før leggetid. Det er sjeldent man sovner innen en time pga. tanken om at man skal opp igjen om kun få timer.

Det kan tenkes at kortere restitusjon mellom vaktene og større vansker med å tilpasse fritid og arbeid, kan bidra til økt sykefravær. Under intervjuet ga informantene uttrykk for at de likte å jobbe turnus til tross for plagene de opplevde, men det kan virke som tilpasning fra kveld til dag eller fra natt til dag igjen gir større tilpasningsvansker som kan være en faktor som bidrar til økt sykefravær.

5.3 Sykelønnsordning

Informantene ble spurt om deres terskel til å sykemelde seg var lavere når de viste at de fikk 100 % lønnskompensasjon. Alle informantene svarte ja, bortsett fra informant 4. Informant 4 mente hun kun tok sykemelding kun dersom det var nødvendig.

Videre fikk de spørsmål om hvorvidt dette medførte dårlig samvittighet ved bruk av sykemelding. Informant 1, 5 og 6 mente de ikke hadde dårlig samvittighet. Selv om terskelen var lavere hadde de alltid et legitimt grunnlag. Informant 2 og 3 svarte ja på at de får dårlig samvittighet. Det blir videre avdekket at de får dårlig samvittighet ovenfor kollegaene, og ikke på grunnlag av at deres terskel er lavere til å ta ut sykemelding. Informant 2 og 3 mener også at de har legitimt grunnlag når de først tar ut sykemeldingen.

Kvinner og sykefravær har de siste årene fått mye oppmerksomhet i media. Debattene blir fort personlige og vanskelig å debattere, og også når mange forskere er uenige. Når alle forklaringer er lagt på bordet gjenstår det et tabu: kvinners holdning til sykefravær (Minerva).

Funnene fra analysen viser midlertidig at informantene selv opplever at de har god holdning knyttet til sykefravær. Dette støttes av Frisch (Hauge, Markussen, Raaum & Ulvestad 2015). Når de snakker om andre innen samme sektor, så kommer det fram en dobbeltholdning, de mistenker andre for å misbruke sykelønnsordningen. At de snakker om hverandre kan ha med erfaringer å gjøre, samtidig kan det også tenkes at de har lite innsikt i hvordan de oppfatter hverandres holdninger angående sykelønnsordning.

”Ja folk synes vel det er greit å være borte en dag eller to, og få penger likevel”

Informant 1

Informant 1 tror de fleste benytter seg av sykelønnsordningen ettersom man får 100 % lønn og at flere bruker ordningen unødvendig. OECD (2005) støtter dette utsagnet om at en bivirkning av den generøse ordningen er et såpass høyt sykefravær i Norge. Man bør også tenke om det er andre faktorer som kan være med å bidra til økt sykefravær, en mulig faktor kan være tilrettelegging eller HMS.

Et annet spørsmål hvor informantene ble spurt om hva som er negativt med sykelønnsordningen i Norge, kommer informant 1 og 4 inn på begrepet ”mandagssyken”. Spesielt informant 1 beskriver at hun tror mange benytter seg av sykelønnsordningen til å ta seg fri, da man får full lønn. Dette kan sees i lys av

arbeidstilbudsmodellen til (Allen 1981) der Norge er et av de få landene hvor man får kompensert full lønn under hele sykefraværet (Nou 2000). Dette medfører til at substitusjonseffekten uteblir,

og at effekten av økt lønn på fravær blir positivt (Allen, 1981: 79). Det vil med andre ord si at dersom man er borte ifra jobb, taper man ikke økonomisk på dette.

En undersøkelse utført av Mastekassa og Olsen (1998) resulterte i at kvinner kan ha sterkere økonomiske incentiver til å ta ut fravær. I følge effektivitetslønnsteorien (Shapiro og Stiglitz, 1984), vil kostnadene ved å være borte fra jobb være mindre dersom man befinner seg i lavtlønnede jobber. Lav lønn vil dermed medføre høyere sykefravær. Siden kvinner i gjennomsnitt har lavere lønn enn menn kan denne teorien være med på å forklare hvorfor kvinner har høyere sykefravær enn menn (Mastekassa og Olsen, 1998).

Informant 2 og 5 var ikke enige om at sykelønnsordningen bidro til økt fravær. De mente tvert imot at dersom de ikke hadde hatt denne ordningen, ville de ansatte dratt på jobb på tross av sykdom. Aronsson og Gustafsson (2005) støtter informantene gjennom sin undersøkelse. Utfallet av ikke å ha en sykelønnsordning kan være at man øker risiko for å bli sykere enn det man i utgangspunktet var. Konsekvensen er at arbeidsmengden på de resterende kan øke samtidig som både pasienter og kollegaer utsettes for smitte.

5.3.1 Karensdager og mestringsfravær

Hvordan ville det sett ut hvis det blir innført karensdager, slik som det finnes i Sverige og Danmark? Informantene er enige med Johansson og Palme (2002) i at bruk av egenmelding ville gått ned dersom karensdagene ble innført, som ville ført til mindre korttidsfravær. Hvis de ansatte får full lønn ved første fraværsdag, vil fravær bli positiv for de aller fleste. Hvis det derimot koster å være borte fra jobben blir det negativt (Allen 1981). Lav lønn vil dermed medføre høyere sykefravær. Siden kvinner i gjennomsnitt har lavere lønn enn menn kan denne teorien bidra til å forklare hvorfor kvinner har høyere sykefravær enn menn. Kostnadene ved fravær er dermed høyere for menn enn for kvinner (Brostrøm *et al.* 2002).

Langtidsfraværet kan også få den konsekvens at de ansatte øker lengden på fraværet i frykt om at tilbakefall vil medføre inntektstap på grunn av karensdagene. Dette støttes av informant 1, 3, 5 og 6, samt Johansson og Palme (2005). Effekten av å innføre en strengere sykelønnsordning i Sverige var med andre ord uklar, spesielt i forhold til de lengre sykefraværstilfellene.

Informantene ble spurt om hvordan det ville påvirke dem dersom karensdager ble innført i Norge. Samtlige informanter beskriver at de vil komme dårligere økonomisk ut dersom dette blir innført. Informant 5 og 6 beskriver dette på grunnlag av den tunge arbeidsmengden, og kan føre til at ikke blir yrkesaktive like lenge som de hadde ønsket.

”Hvordan skal jeg klare å jobbe med dårlig rygg og skuldre? Dette vil gå utover meg økonomisk.”

Informant 6

Informant 1, 2, 4 trodde at det ville føre til at det ikke alltid er kvinnen som må være hjemme med f.eks. sykt barn, og at det ville bli en mer rettferdig fordeling mellom menn og kvinner. Ariansen (Gullvik 2015) mener at kutt i sykelønnsordninger vil ramme kvinner hardest, da de har høyest sykefravær. Som følge av kuttet vil flere kvinner enn menn oppleve inntektstap. Dersom det skal diskuteres kutt i sykelønnsordning og nedskjæringer må vi vite hva konsekvensene blir for de som er sykemeldte (Gullvik 2015).

Er det vanlig å bruke egenmelding for å kunne stå i arbeid lengre og unngå å bli syk? Dette er noe samtlige informanter mener og det støttes også av (Einarsen, Øverland og Schulze 2011, 347). Begge samstemmer i at å bruke egenmeldingen på denne måten vil hindre å bli langtidsmeldt. Ved ikke å bruke egenmelding kan langtidsfraværet øke, da syke- og hjelpepleierne ikke får god nok restitusjon, noe som kan gi psykiske og fysiske plager. Dette er et punkt som informantene også støtter. Dette kan forklares som mestringsfravær (Saksvik *et al.* 2011, 224).

Det kom frem at informant 5 og 6 mener at sykelønnsordningen bidrar til at de kan delta i yrkeslivet. På den andre siden gir en sjenerøs sykelønnsordning muligheter til å

delta i arbeidslivet, og bør således ikke ses uavhengig av den sterke økningen i yrkesdeltakelsen vi har i Norge (Bjørnstad 2006). Ved å kutte ned sykelønnsordningen vil det stride imot IA-avtalen som Norge iførte i 2004. Etter at IA-avtalen ble innført har sykefraværet gått ned med 25 % (Markussen 2010). Samtidig som korttidsfraværet i Sverige gikk ned ved innføring av karensdager, økte langtidssykefraværet. Dette kan indikere at fraværsmestring bidrar til å holde langtidssykefraværet nede.

5.4 Dobbeltarbeidshypotesen

Informantene ble spurt hva de tror årsaken til økt sykefravær blant kvinner i helseomsorgssektoren er.

Årsaken til økt sykefravær er skilt mellom hva informantene sier og hva forskning sier. Mastekaasa (1998) mener at det å ha barn ikke forklarer det høye sykefraværet, men her informantene uenige. De mener at det å ha barn påvirker sykefraværet både på lang og kort sikt. Det kan ha med å gjøre at forskningen og resultatene ikke er reproducerbare og at tidene har endret seg siden forskningen ble utført. Informantene mener det er større krav knyttet til barn i dag enn før.

Bratberg *et al.* (2002) er derimot enige med informantene og mener at flere barn bidrar til økt sykefravær blant kvinner. Videre ser man at Markussen (Jacobsen 2014) sin forskning ikke viser sammenheng mellom det høye sykefraværet og dobbeltarbeidshypotesen.

”Det er veldig slitsomt å føle at man har ansvar både hjemme og på jobb. Man vil jo gjøre det beste både hjemme og på jobb og det blir veldig mye.”

Informant 4

Markussen (Jacobsen 2014) derimot utførte en undersøkelse som viser hva det å få barn betyr for kvinners helse og sykefravær. Resultatet viste ingen sammenheng til at dobbeltarbeid er årsaken til det høye sykefraværet. Mange ulike studier viser at det ikke er noen sammenheng mellom kvinner og dobbeltarbeidshypotesen. Ifølge Mastekaasa og Dale-Olsen (2000) ble kvinner og menn studert i samme yrke på arbeidsplassen. Resultatet viser at kjønnsforskjellen i sykefraværet ikke kan tilskrives at kvinner har mer helseskadelige jobber. Gjennomsnittskvinnen har en svakere fysisk

biologi enn gjennomsnittsmannen. Selv med nøyaktig samme jobb er den fysiske belastningen oftest større for kvinnen (Weldenberg, 2012) noe informantene er enige i.

Det å ha kontorjobb kan være mindre belastende enn å jobbe på hektiske sykehjemsavdeling. Abrahamsen (1986) testet 11 forskjellige yrker, og hvert yrke var dominert av en belastningstype, enten psykisk stress eller fysisk slit. Resultatet viste med et viktig unntak at det var en yrkesgruppe som skilte seg ut. Pleiepersonalet i helsesektoren oppga at de opplevde både slit og stress. Det viste seg at en tredjedel av syke- og hjelpepleierne rapporterte om både slit og stress. Gjennomsnittet for andre yrker var derimot kun 10 %.

Samtlige informanter opplever jobben deres som både fysisk og psykisk krevende samtidig som de opplever at deres arbeidsoppgaver ligner på oppgavene i hjemmet. Dette kan medføre at skillet mellom arbeid og fritid oppleves som minimalt. Et annet viktig poeng som Markussen (Jakobsen, 2014) belyser, er at dagens mødre får betydelig større avlastning i omsorg for egne barn. Mange menn gjør også mer husarbeid enn tidligere, og tilbud om barnehager og skolefritidsordninger har blitt mye bedre (Jakobsen, 2014).

Det at informantene bruker dobbeltarbeidshypotesen som en viktig årsak til høyt sykefravær avvises av Markussen (Jakobsen, 2014). Med tanke på dagens utviklende samfunn bidrar menn mer i hjemmet med tanke husarbeid og omsorg for barn. I noen tilfeller vil denne hypotesen stemme for alenemødre eller ektefeller med turnusjobber. Til tross for alle hjelpemidler regjerer kvinner fortsatt sykefraværet, spesielt i helse- og omsorgssektoren. Kvinner er mer enn noensinne aktive i 100 % fulltidsjobb (Bjørnstad og Sollie 2006, Bjørnstad 2006, 2010).

Kvinner har en tendens til å velge jobber hvor det er høyt sykefravær på grunn av psykisk stress (Mastekaasa og Dale-Olsen 2000). For eksempel så har helse- og omsorgssektoren tradisjonelt sett høyt sykefravær. Da 70 % av veksten i helse- og sosialtjenester skyldes flere kvinner i arbeid, er det naturlig å forvente at sykefraværet vil øke (Ose 2011).

5.5 Andre funn

5.5.1 Økt kontroll hos sykepleiere

Det kom frem at sykepleiere har mer selvbestemmelse over egen arbeidsdag, da de kunne variere arbeidsoppgavene mer enn hjelpepleieren. Sykepleieren har varierte oppgaver som å ta ut medisiner, legevisitt, utføre medisinske prosedyrer, møte med bydel osv. Hjelpepleieren var mer knyttet til det daglige behovet til pasientene, og hadde liten mulighet til å variere deres arbeidsoppgaver. Sykepleierne hadde også mye mer ansvar. Dette kommenterte begge informantene som var hjelpepleiere, og understrekte at de var glad for å slippe dette ansvaret da de opplevde det som stressende.

6.0 Konklusjon

”Hvilken rolle spiller arbeidsmiljø og sykelønnsordning for sykefravær blant kvinner ansatt i helse- og omsorgssektoren?”

I denne oppgaven kom det frem at både sykepleiere og hjelpepleiere jobber i svært belastende arbeidsmiljø. Dette kan være både fysisk og psykisk krevende arbeidsmiljø.

Dette kan være en nøkkelfaktor for det høye sykefraværet. Dersom man kun opplever et av elementene på jobb vil man kunne restituere seg lettere enn hvis man opplever begge samtidig. Ved at man hele tiden oppholder seg i et fysisk og psykisk krevende arbeidsmiljø vil dette kunne gjøre syke- og hjelpepleiere mer utsatt for sykefravær.

Et annet funn som kom frem er at hjelpepleiere mer utsatt er mer utsatt for fysisk belastning, og lite variert arbeidsoppgaver. Sykepleieren hadde større mulighet til å variere arbeidsoppgavene, men var utsatt for stress.

Med tanke på sykelønnsordningen gir ikke holdningene til informantene grobunn for det høye sykefraværet blant kvinner i helse- og omsorgssektoren. Jeg oppfattet informantene slik at de kun tok sykemelding når ytterst nødvendig. Når de snakker om andre innen samme sektor, så kommer det fram en dobbeltholdning, de mistenker andre for å misbruke sykelønnsordningen.

Samtidig som jeg oppfatter at de har en god holdning ovenfor sykefravær, ser jeg også at informantene ikke har noe imot å være fraværende fra jobb siden de ikke lider et økonomisk tap. De vil med andre ord ha sterke incentiver til å ta ut egen- og legemelding. Syke- og hjelpepleiere tar nok flere syke- og legemeldinger enn andre arbeidstakere da de igjen er utsatt for et mer belastende arbeidsmiljø. Det ble gitt et inntrykk av at sykelønnsordningen fører til økt deltagelse i arbeidslivet, spesielt blant kvinner som er eldre, og i belastende yrker som informant 5 og 6.

Dersom det hadde blitt innført karens, ville det mest sannsynlig ført til en reduksjon i bruk av egen ,men ikke legemelding. Ved innføring av Karensdager vil langtidsfraværet mest sannsynlig øke da arbeidstakere vil være redd for tilbakefall.

Det vil også påvirke kvinner i belastende yrker ved at de vil tape økonomisk eller de drar på jobb når de burde vært sykemeldte.

Et funn som oppgaven belyste var det såkalte «mestringsfraværet». Dette innebærer at informantene benytter seg av egenmelding for å unngå å bli langtidssyke. Dette er en faktor som kan bidra til økt korttidssykefravær blant kvinner i helse og omsorgssektoren samtidig som den til bidrar til å holde langtidsfraværet nede.

Isolert hypotese: Dobbeltarbeidshypotesen fører til økt sykefravær blant kvinner i helse- og omsorgssektoren.

Konklusjonen er at dobbeltarbeidshypotesen ikke er med på å øke sykefraværet i stor grad, samtidig som det kan være én av mange faktorer. Dagens kvinner får mer hjelp og bistand av sine partnere enn tidligere, og tilgangen til barnehageplass er mye større enn før. Sykefraværstallene er for høye til at hypotesen skal være den eneste grunnen. Selv om det ikke er tvil om at det å ha barn i kombinasjon med fulltidsarbeid er slitsomt, kan ikke bare denne hypotesen forklare det høye sykefraværet.

7.0 Litteraturliste

Aagestad, Cecilie., Reidar Tyssen , Håkon A. Johannessen, Hans Magne Gravseth, Tore Tynes & Tom Sterud: Psychosocial and organizational risk factors for doctor-certified sick leave: a prospective study of female health and social workers in Norway. *BMC public health* 2014, 14(1):1016.

Lesedato: 1. April 2015 :

[file:///Users//Downloads/Sykefrav%C3%A6rsnotat%204%20kv%202014%20\(2\).pdf](file:///Users//Downloads/Sykefrav%C3%A6rsnotat%204%20kv%202014%20(2).pdf)

Abrahamsen, Bente. (1986) Harde yrker i myk sektor. *Sammenliknende analyser av belastninger i forskjellige yrker*. ISF-Rapport 86: 3. Oslo. Institutt for samfunnsforskning.

Abrahamsen, Bente. (1991) Pleiearbeid og helse. Daglige belastninger, slitasjelidelser Og sykefravær blant hjelpepleiere. ISF-Rapport 91:6. Oslo. Institutt for samfunnsforskning.

Allebeck, Peter, & Arne Mastekaasa . 2004. Risk factors for sick leave – general studies. *Scandinavian Journal of Public Health* 2004 32: 49 -108
ISSN 1403-4948. 32

Allen, Steven, G. 1981 An Empirical Model of Work Attendance. *The Review of Economics and Statistics*, Volume 63, Issue 1, 77-87.

Arbeidstilsynet A. Stress på arbeidsplassen. Lese dato 05. Mai 2015 :

<http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=78247>

Arbeidstilsynet B. Arbeidstid. Lese dato 05. Mai. 2015:

<http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=78151>

Arbeidsforhold av betydning for helse. 2008. Rapport fra Statens arbeidsmiljøinstitutt STAMI .Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt

Askheim, Ole, Gaute Aas & Tor Grennes. 2008. Kvalitative metoder for

markedsføring og organisasjonsfag. Oslo: Universitetsforlaget.

Bratberg Espen., Sven Åge Dahl & Alf Erling Risa . 2002. «The double burden-2 – Do combinations of career and family obligations increase sickness absence among women? European Sociological Review 18, 233 – 249.
doi: 10.1093/esr/18.2.233

Brostrøm Gjørn., Per Johansson og Marten Palme. 2002. Economic incentives and gender differences in work absence behaviour. Working Paper 2002: 14.
Institute for Labour Market Policy Evaluation
02.Mars.2015 Lesedato:
<http://www.government.se/contentassets/0859a86e9f3a4a418a893166bdf70b3e/goran-brostrom-per-johansson--marten-palme-economic-incentives-and-gender-differences-in-work-absence-behavior>

Brochs-Haukedal, William. 2010. *Arbeids- og lederpsykologi*. 8.utg, Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

Bjorvatn, Bjørn., Bente Elisabeth Moen., Torbjørn Flataker Lien & Ståle Pallesen, 2014”Skiftarbeid og sykefravær blant sykepleiere” Forskning nummer 4, 2014; 9: 350-356 : 10.4220/Sykepleien. (2014.0176)

Bjørnstad, Roger 2006 ”Er det økte sykefraværet tegn på et mer inkluderende eller ekskluderende arbeidsliv?” *Statistiskentral byråd* Lesedato 5. April 2015:
https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/oa_200606/bjornstad.pdf

Bjørnstad, Atle F. & Marte Sollie 2006: ”Utviklingen i folketrygdens utgifter til sykepenger”, iRapporter 2 006 740, Statistisk sentralbyrå. Lesedato 6 April 2015: <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/utviklingen-i-folketrygdens-utgifter-til-sykepenger>

Brocks, Kelly. Chill Out: Five Tips to Cool Down On-the-Job Stress. Johns Hopking Nursing. 31. Mai 2015:

<http://magazine.nursing.jhu.edu/2009/08/chill-out-five-tips-to-cool-down-on-the-job-stress/#prettyPhoto>

Cordes, Cynthia L. & Thomas M, Dougherty. 1993. A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18 (4),621-656
Lesedato 04. Mai 2015

<ftp://www.elet.polimi.it/outgoing/Marcello.Restelli/258593.pdf>

Dallner, .1997. "Job demands" Kari.Lindstrøm, Margaret. Dallener., Anna-Liisa Elo., Francesco Gamberale., Stein Knardahl., Anders Skogstad & Elsa Ørhede (Eds.). Review of psykological and social factors at work and suggestions for the General Nordic Questionnaire (QPS Nordic) (pp 56-59) Copenhagen: Nordic Council. Lesedato: 09. Mars 2015:

https://books.google.no/books?hl=en&lr=&id=mQtTckRZp58C&oi=fnd&pg=PA7&dq=Dallner,+1997.+%E2%80%9DJob+demands&ots=kaKumf_pvR&sig=qMgrcTTMHrbfJTf-WpiQR0yg9Q4&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Einarsen, Steinar, Simon Nygård Øverland & Ova- Catrine Schulze .2011: Å redusere bedriftens sykefravær; et håpløst prosjekt? I: Einarsen, Ståle & Anders Skogstad: *Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer*. Fagboklaget, Bergen

Einarsen, Steinar & Anders Skogstad.red. 2000. *Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer*. 1 utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Einarsen, Steinar. & Anders Skogstad, .red. 2011. *Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer*. 2 utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Forskning. Klasse påvirker kvinners sykefravær. Lesedato 26. Mai 2015

<http://forskning.no/helse-samfunn-kjonn-og-samfunn-velferdsstat/2015/03/klassebakgrunn-pavirker-kvinnens-sykefravaer>

Freudenberger Herbert J. 1974. "Staff Burn- Out. *Journal of Social Issues*." 30 (1): 159 –65. Lesedato: 06. Mai 2015: DOI: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x

- Hauge, Karen., Simen Markussen, Oddbjørn Raaum & Marte Ulvestad. Kan kjønnsforskjellen i sykefravær forklares av holdninger, normer og preferanser? Finansier av Arbeids – og sosialdepartementet, rapport Frisch senteret . Lese dato 15.05.15: http://www.frisch.uio.no/publikasjoner/pdf/rapp15_01.pdf
- Jacobsen, Dag. Ingvar. 2005. Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Jacobsen, Siw Ellen. 2014.”Barn gir ikke mer sykefrav.” *Forskning*. 17. November. Lesedato: 26. Februar 2015:
<http://forskning.no/helsepolitikk/sykdommer-barn-ogungdom/2014/11/ikke-mer-sykefravaer-med-barn>
- Johansson, Per. og Marten Palme. 2002. “Assessing the effect of public policy on worker absenteeism.” *Journal of Human Resources*, 37, 381 – 409.
DOI: 10.2307/3069652
- Johansson, Per. og Marten Palme. 2005. “Moral hazard and sickness insurance.” *Journal of Public Economics*, 89, 1879 – 18890.
[doi:10.1016/j.jpubeco.2004.11.007](https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2004.11.007)
- Johannessen, Asbjørn., Per Arne Tufté & Line Kristoffersen. 2009 Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 3 utg. Oslo, Abstrakt forlag as.
- Karasek, Robert .A., JR. (1979): Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign, *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308. DOI: 10.2307/2392498
- Karasek, Robert. og Thores. Theorell 1990 Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.
- Knardahl, Stein.2002. Kropp og sjel. Psykologi, biologi og helse. Gyldendal akademisk forlag as.

- Knardahl, Stein. 2011. Arbeid, stress og helse. I Ståle Einarsen & Andersen Skogstad, (Eds.), *Det gode arbeidsmiljø* (263-286). Bergen: Fagbokforlaget
- Kostøl, Andreas R. & Kjetil Telle .2011. Sykefraværet i Norge de siste tiårene: Det handler om kvinnene. *Samfunnsøkonomen. Lesedato 03.Mars 2015:*
http://www.ssb.no/a/filearchive/sykefravaer_kvinner2.pdf
- Kleiven, M. 2001. Skift- og turnusarbeid, hva skjer med oss? Idebanken for Sykefraværarbeidet. Statens Arbeidsmiljøinstitutt. Lesedato 01.April 2015:
<http://www.idebanken.org/materiell/skift-og-turnusarbeid>
- Kvale, Steinar & Svend Brinkmann. 2009. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lederkilden. Ordliste. Substitusjonseffekten.
Lesedato 05.05.1: <http://www.lederkilden.no/ordliste/substitusjonseffekten>
- Markussen, S., Mykletun, A., Røed, K. (2010): The Case for Presenteeism. IZA Discussion Paper
- Maslach Christina .1982. *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliff, Nj: Prentice Hall. ISBN 1-883535-35-9
- Mastekaasa, Arne. 1998. "Parenthood, gender and sickness absence." *Social Science and Medicine*, 50. ss 1827-1842. Doi:10.1016/S0277-9536(99)00420-7
- Mastekaasa, Arne 1998: Sykefraværet i Norge 1990-1997: Hva vet vi om utvikling, kjønnsforskjeller og effekter av tiltak? ISF rapport 98:10, Institutt for samfunnsforskning, Oslo.
- Mastekaasa, Arne. og Harald Dale-Olsen. 2000. Do women or men have the less healthy jobs? An analysis of gender differences in sickness absence. *European Sociological Review*. 16(3), ss.267-286. Doi: 10.1093/esr/16.3.267
- Matthiesen, Stig. B. 2000.: Ildsjeler brenner ikke evig – om utbrenthet i arbeidslivet I:

Einarsen, Ståle & Anders, Skogstad, : *Det gode arbeidsmiljø, Krav og utfordringer, Bergen: Fagboklaget*

McGrath, Joseph.E. 1970. *Social and Psychological factors in stress*. New York: Holt, Rinehart & Winston

Merkus, Suzanne L., Alwin Van Drongelen, Kari Anne Holt, Merete Labriola, Thomas Lund, Willem Van Mechelen & Allard Jay Van der Beek, . 2012. The association between shift work and sick leave: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 2012. 69: p. 701-712.
Lesedato: 02. Mars 2015
http://www.researchgate.net/publication/228331481_The_association_between_shift_work_and_sick_leave_a_systematic_review

Minerva. Det syke kjønn. Lesedato 26. Mai 2015:

<http://www.minervanett.no/det-syke-kjonn/>

Nav. Tabell 1: Egenmeldt eller legemeldt sykefravær for kvinner og menn

Lesedato: 01. Mai 2015:

<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Sykefravar>

Nav. Tabell 2: 1.0.2 Tabell 2: Sysselsatte arbeidstakere etter næring og kjønn.

Lesedato: 01. Mai 2015:

<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Sykefravar>

Nav Tabell 3: Legemeldt sykefravær etter næring. Lesedato: 01. Mai 2015:

<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Sykefravar>

NOA 2007. Nasjonalt overvåking av arbeidsmiljø og helse. *Arbeidsmiljø og helse, faktoa verblick 2007*, Statens arbeidsmiljøinstitutt.

Norges offentlige utredninger 2010:13. *Arbeid for helse, Sykefravær og utstøting helse- og omsorgssektoren (NOU 2010:13)*

- Norges offentlige utredninger, 2000: 27 Sykefravær og uførepensjonering. Etinkluderende arbeidsliv. Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning. Oslo 2000. NOU 2000:13
- Næss, Sturle. 2005. Omsorgens vilkår i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Bergen: Stein Rokkansenter for flerfaglige samfunnsstudier.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2005. Economic Survey of Norway. Paris. Lesedato 24. Februar 2015:
https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/oa_200606/bjornstad.pdf
- Ose S.O. 2014. Det kjønnsdelte arbeidsmarked og kvinners helse .Sintef Helse, 2014. Lesedato 01. Januar. 2015:
http://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/a26056_endelig_rapport.pdf
- Saksvik, Per. Øystein., Guttormsen, Atle G & Sylvi Thun. 2011. Sykenærvær, nærværspres, fraværmestring og langtidsfriskhet-nye begrep i sykefraværsforskningen. I Per Øystein Saksvik (Red.), *Arbeids- og organisasjonspsykologi*. Aktuelle tema til inspirasjon for et bedre arbeidsliv. 3 Utg. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Shapiro, C. og J. E. Stiglitz 1984, Equilibrium unemployment as a worker discipline device. American Economic Review 74, 433-444. Lesedato: 19. Februar 2014:
<http://econ.ucdenver.edu/beckman/Econ%205083/shapiro-stiglitz.pdf>
- Sykepleien. 2014 ”Kommunene tar ikke høyde for sykefravær ” Lesedato 03. Mai. 2015: <https://sykepleien.no/2014/11/faerre-sykepleiere-pa-jobbenTurnusplanen>
- Tellnes, G., D. Brusgaard og L. Sandvik 1990 Occupational Factors in Sickness

Certification. Scand J Prim Health Care, 8: 37-44. Lese dato 02. Februar 2015:<http://tellnes.info/wp-content/uploads/2012/04/6.Paper-Occupational-Factors-in-Sickness-Certification.pdf>

Ekspertgrupperapport. Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform Oslo: Arbeidsdepartementet, 2010. Lesedato 30. Januar 2015:https://www.regjeringen.no/contentassets/2e391e09f9d1452987c37df028d78d61/r_2010_tiltak_sykefravaer.pdf

Wergeland, Ebba. 2012. *"Hvorfor kvinner har høyere sykefravær enn menn"* Arbeidstilsynet fagblad Arbeidsvern nr 6/2012 Lesedato. 05. April 2015: <http://www.arbeidstilsynet.no/arbeidervernartikkel.html?tid=236277>

Vedlegg 1: Intervjuguide

Fase 1: Rammesetting

- Løs informasjon
- Litt om meg og hva ønsker jeg?

-

Om informanten

Alder:

Arbeidsplass:

Fase 2: Grunnleggende spørsmål

Fortell om det å være sykepleier ?

Fortell om det positive ved å være sykepleier.

Fortell om det negative ved å være sykepleier.

Fase 3: Fokusering

Stressfaktorene:

- Kan du beskriv en dag på jobben for deg? Med tanke på rutine arbeidsoppgave, hvordan dagen er lagt opp?
- Kan du fortelle om stressfaktorene ved din arbeidsplass?
- Hender det er det blir for mange pasienter ved din avdeling?
- I hvilken grad kan du styre din egen dag?
- Har mye kontroll har du over din egen arbeidsdag? Skala 1-5
- Kan du legge opp til pauser selv eller er det jobben som styrer?

- Har du økt selvbestemmelse og lav kontrollert arbeid? Eller lav selvbestemmelse og høy kontrollert arbeid?

Arbeidsmiljø/Kollegaer

- Kan du beskrive arbeidsmiljøet på arbeidsplassen din?

Fysisk arbeidsmiljø: Tungeløft, Arbeidsverktøy.

- Sykepleie er kjent som et aktiv yrke hvor du ikke sitter stille? Stemmer det? Hvis ja kan du nevne noen fysiske aspekter ved jobben?
- Hvordan påvirker det kroppen din? Har arbeidsplassen din forebyggende tiltak som de råder dere til å gjøre eller bruke mot belastende arbeid?
- Har du noen ganger hatt smerter i kroppen på grunn av jobben din? Hvis ja hvor da?
- Hvis nei kjenner du noen som har vært det?
- Etter en hektisk vakte føler du at du får hvilt seg nok før neste vakt
- Dersom du kommer hjem fra en super hektisk dagvakt og skal på dagen etter får du hvilt nok til dagen etter?
- Har du noen gang vært sykemeldt på grunn av fysiske plager fra jobben? Hvis ja utdyp og hvor lenge.
- Opplever du som sykepleier både slit og stress? Eller kun en av delene eller ingenting av overnevnte?

Dobbelt arbeidshypotesen/ OG Kjønn

- Har du barn?
- Hva gjør du etter jobb?
- Har yrket ditt noe påvirkning på hjemme situasjonen din med familie eller samboer eller ektefelle?
- Mange forbinder sykepleie med omsorgsoppgaver er det slik for deg at du må yte omsorg både på jobb og privaten.
- Hvordan påvirker det deg som person og din psykisk helse?

Høy sykefravær sykeordning og arbeidsmarkedet

- I Norge så har vi en offentlig forsikringsordning som gir de ansatte full lønnskompensasjon fra første fraværsdag. På hvilken måte tror du dette er positivt for din meg?
- og hvilken måte er det negativt ?
- Den offentlig forsikringsordningen som gir de ansatte full-lønnskompensasjon tenker du at den er bidrar til økt sykefravær?
- Hvis ja hvorfor / Hvis nei hvorfor ikke
- Er din terskel for å sykemelde deg høyere når du vet du får 100% lønn i kompensasjon?
- Hvis ja får du dårlig samvittighet?
- Hvis nei, hvorfor får du ikke dårlig samvittighet?
- Sverige, Danmarks har innført karensdager. Det vil si at man ikke får full lønn de første dagene ved sykefravær. Tror du sykefraværet går ned dersom de innfører dette?
- Hvordan påvirker dette deg i en belastende jobb dersom disse karensdagene blir innført?
- Hva tenker du det blir hvis de ikke kompensert 3 dagers ?

Turnus

- Hva slags turnus jobber du?
- Hvor lenge har du jobbet turnus?
- Hva synes du er positivt med å jobbe turnus?
- Hva tenker du er negativt med å jobbe turnus?
- Har du opplevd kroppslige plager ved turnus arbeid over lengere tid?
- Oppstår det lettere psykiske belastning etter 5 nattevakter?

- Når på døgnet trives du best å arbeide?
- Hva tror du er hovedårsaken til sykefravær i denne helse og omsorgsektoren? Gjerne utdyp

Samtykke erklæring Undersøkelse i prosjektet

Jeg har lest igjennom informasjonsskrivet og samtykker i å delta i undersøkelsen.

Jeg er kjent med at informasjonen skal brukes i en bacheloroppgave og rapport over prosjektet.

Jeg er kjent med at informasjonen anonymiseres og slettes etter bruk.

Jeg er kjent med at deltakelse er frivillig, og at jeg når som helst kan trekke meg fra deltakelse og få slettet de opplysninger som er registrert om

Dato:

Navn på informant

Telefonnummer

Makuleres senest dato 03.06.15