

Sissel C. Trygstad og Rolf K. Andersen

Arbeidsmiljø i norske sykehus 2014



Sissel C. Trygstad og Rolf K. Andersen

Arbeidsmiljø i norske sykehus 2014

© Fafo 2015

ISBN 978-82-324-0199-4 (papirutgave)

ISBN 978-82-324-0200-7 (nettutgave)

ISSN 0801-6143

Omslagsfoto: Colourbox.com

Omslag: Fafos Informasjonsavdeling

Trykk: Allkopi AS

Innhold

Forord	5
1 Tilstanden i sykehusene	7
Arbeidsmiljøutfordringer	7
Problemstillinger og metodisk tilnærming	13
Rapportens oppbygning	18
2 Endringer i sykehusene	19
Omstillingstakt og type endringer	19
Samarbeid og innflytelse i omstillingsprosessen	29
Oppsummering	33
3 Arbeidstid og øvrige arbeidsbetingelser	35
Praktisering av arbeidstidsordningene	35
Innflytelse over valg og utforming av arbeidstidsordningene	42
Arbeidsbetingelser	45
Oppsummering	50
4 Ansettelsesformer	53
Konsekvenser ved bruk av midlertidige og innleide	59
Har de innflytelse, og hvordan er samarbeidet?	64
Oppsummering	66
5 Forholdet mellom partene	69
Samarbeidet mellom ledere, tillitsvalgte og verneombud	69
Arbeidsmiljøet	73
Oppsummering	76
6 Avslutning	79
Hva kan forklare variasjon og avstand?	79
Måleindikatorer	84
Referanser	87

Forord

I denne rapporten gir vi et innblikk i ulike sider ved arbeidsmiljøet i norske sykehus, slik de framsto i 2014. Våre analyser bygger på en spørreundersøkelse blant ledere, verneombud og tillitsvalgte våren 2014. I tillegg har vi gjennomført kvalitative intervjuer med representanter for de samme tre gruppene høsten 2014. Samlet gir dette et godt datagrunnlag. Både i spørreundersøkelsen og i de kvalitative intervjuene har vi vært opptatt av endrings- og omstillingsprosesser og nye kompetansekrav i kjølvannet av disse, og vi har ønsket data om arbeidstidsordninger og ansettelsesformer. Vi har også stilt spørsmål om arbeidsbetingelser og arbeidsmiljø og ikke minst samarbeid. Hvordan vurderer ledere, tillitsvalgte og verneombud sitt samarbeid når det gjelder valg av arbeidstidsordninger? Det er ett av spørsmålene som diskuteres.

Aller først ønsker vi å rette en stor takk til alle dere som har brukt tid på å besvare spørreundersøkelsen. Tusen takk også til dere som stilte opp til intervju med oss i en hektisk hverdag. Uten velvillige respondenter og informanter ville dette aldri blitt noen rapport.

Det er Arbeidstilsynet som har finansiert undersøkelsen, og tilsynet gjorde også en stor jobb med å samle inn adresser til ledere, tillitsvalgte og verneombud i sykehusene. Arbeidstilsynet har hatt en referansegruppe som har fulgt prosjektet. Referansegruppen har fungert glimrende som en sparringspartner underveis. Medlemmene i referansegruppen har også bidratt med viktige kommentarer og innspill i løpet av prosjektperioden. Tusen takk til Solveig Gaupset, Irene Hagen, Monica Seem og Edle Utaaker.

På Fafos har Ragnhild Steen Jensen deltatt i intervjuarbeidet sammen med Rolf K. Andersen og undertegnede. Tusen takk til Ragnhild. Kristine Neergaard har som alltid gjort en grundig og svært god jobb som kvalitetssikrer og skal ha stor takk for det. Sist, men ikke minst – tusen takk til Fafos informasjonsavdeling som også denne gangen har gjort det som skal til for at dette blir en lesbar rapport.

Oslo, mars 2015
Sissel C. Trygstad
prosjektleder

1 Tilstanden i sykehusene

I denne undersøkelsen har vi rettet blikket mot arbeidsmiljøet i norske sykehus. Vi er særlig opptatt av omstillinger, arbeidstidsordninger, ansettelsesformer og kompetansebehov. Vi undersøker hvordan ledere, tillitsvalgte og verneombud vurderer disse temaområdene, og om de samarbeider om å løse utfordringer de står overfor.

Sykehus er store og komplekse organisasjoner. Endringsprosesser blir dermed krevende fordi mange arbeidstakere og enheter berøres, og fordi endringer ett sted får konsekvenser for andre ansatte og enheter i en annen del av sykehuset eller helseforetaket. Samtidig omfattes sektoren av stor politisk interesse og av krav om å yte gode og effektive tjenester. Ulike profesjonsgrupper løser viktige velferdsoppgaver av stor interesse for pasientene, pårørende, befolkningen og for politikerne. Politiske og Eiermessige forhold legger føringer for ledelse, ansvar og medvirkning i helseforetakene, samtidig som endrings- og utviklingsprosessene er kontinuerlige og betydelige. Forventningene og kravene som rettes mot ansatte i norske sykehus, er med andre ord mange og store, for ikke å si voksende. I 2012 gjennomførte vi et søk i norske medier på ordkombinasjonen «helse og krise» i perioden 30.09.2001 til 30.09.2012. I 2001 var det om lag 25 treff. I 2012 var det 275 treff, noe som vitner om en formidabel økning (Hippe & Trygstad 2012:42). Økningen sier lite om den faktiske situasjonen i de ulike helseforetakene og på det enkelte sykehus, men forteller mye om den interessen det til enhver tid er for situasjonen i norsk helsevesen. At interessen er stor, er en god ting, men trykket mot ledere og arbeidstakere innenfor sektoren kan tidvis bli massivt i en tid der antall medier og kanaler er økende.

Arbeidsmiljøutfordringer

«Det er store HMS-bedringer i norske sykehus, men betydelig forverring av tidspresset.» Slik oppsummerte prosjektlederen for Arbeidstilsynets satsing «God vakt» situasjonen i 2008.¹ Det ble konkludert med at det hadde skjedd store forbedringer innen sykehusenes HMS-rutiner, og at vernetjenestens status og medvirkning var styrket. Samtidig ble det påvist et stadig større sprik mellom oppgaver og ressurser

¹ <http://www.arbeidstilsynet.no/artikkel.html?tid=101470>

i sykehusene. I en undersøkelse i 2012 fikk vi mange beskrivelser av situasjonen for mellomledere i sykehusene. Følgende sitat er relativt dekkende:

«Det er økonomiske innstramminger og urealistiske forventninger i forhold til arbeidsoppgaver som skal gjøres. Det er svært dårlig samsvar mellom sentrale føringer og prioriteringer i sykehuset når det gjelder ulike pasientgruppers behov [...] Nye endringer øker dette misforholdet ytterligere. De dårligste pasientene blir mest skadelidende. Faglige forhold vektlegges ikke, kun økonomi.» (Leder) (Hippe & Trygstad 2012:40)

I mange helseforetak og ved enkelte sykehus har det skjedd store og til dels grunnleggende endringer i rammebetingelser for drift og ledelse av sykehus. Omfattende og gjentakende endringer vil kunne skape turbulente forhold mellom grupper av ansatte og mellom ansatte og ledelsen. Det vil også kunne medføre endringstretthet (Trygstad et al. 2006). I undersøkelsen fra 2012 fant vi, som sitatet over illustrerer, at arbeidsbelastningen for ledere på lavere nivåer i helseforetakene er stor, samtidig som endringstakten beskrives som høy. Det var stor frustrasjon over tidsbruken til ulike former for rapportering, framfor det som oppfattes å være det viktigste – pasientrettet arbeid (Hippe & Trygstad 2012). Hvordan utfordringer knyttet til omstillinger faktisk adresseres, er et av temaene som vi diskuterer i denne rapporten.

Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og helse (NOA) viser i publikasjonen *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2011 – Status og utviklingstrekk* at flere av de yrkesgruppene vi finner i norske sykehus, har arbeidsmiljøutfordringer. På et overordnet nivå fastslår NOA (2011) at norske arbeidstakere generelt er godt fornøyde med de mulighetene de har når det gjelder å utnytte ferdigheter, kunnskap og erfaring i jobben. De fleste opplever støtte fra kolleger, og lederne oppfattes som rettferdige. Det er likevel utfordringer knyttet til høye arbeidskrav, liten grad av opplevd kontroll over egen arbeidsdag og lange arbeidsøkter innenfor enkelte yrkesgrupper. Ifølge NOA er denne type utfordringer hyppigere å finne i blant annet helse- og omsorgssektoren (NOA 2011:8).

Arbeidspress

I SSBs Levekårsundersøkelsen fra 2013 (LKU 2013) svarer om lag to av ti arbeidstakere innenfor statlige helsetjenester at de mangler tid til å utføre jobben sin på en skikkelig måte. Videre svarer 72 prosent av arbeidstakerne i denne gruppen at de nokså ofte (38 prosent) og meget ofte eller alltid (34 prosent) må jobbe i et høyt tempo. Mange av de ansatte i sykehusene vil være i en situasjon der de ser et nærmest umettelig behov for helsehjelp og pleie innenfor rammer preget av begrensede økonomiske ressurser. Om omsorgsarbeidere, og vi kan trolig også inkludere helsearbeidere, har Vike (2002) skrevet følgende:

«[...] er preget av en svært sterk opplevelse av å ikke kunne imøtekomme overveldende forventninger og krav fra dem som etterspør deres tjenester, så vel som fra dem som spesifiserer betingelsene tjenestene skal gis under.» (Vike 2002:10f)

Forskning viser at ledere i helse- og omsorgsyrker ofte står i dette klassiske dilemmaet mellom et stort behov for behandling, pleie og omsorg og begrensede tilgjengelige ressurser (Skivenes & Trygstad 2012). Hvordan dette presset løses i praksis, om det gjøres til gjenstand for diskusjon i tilgjengelige fora, er et interessant spørsmål.

Arbeidstidsordninger og ansettelsesformer

Det er en høyere andel midlertidige ansettelser blant flere av de yrkesgruppene vi finner innenfor helse og omsorg, sammenliknet med i arbeidslivet for øvrig. I levekårsundersøkelsen 2009 er pleie- og omsorgsarbeidere samt leger og farmasøyter blant dem som utmerker seg – mellom 24 og 27 prosent er midlertidig ansatt (NOA 2011:9). Dette er langt høyere enn for arbeidslivet samlet (10 prosent) og også høyere enn for offentlig sektor sett under ett (15 prosent). Når det gjelder andelen midlertidig ansatte sykepleiere, er den på 12 prosent (NOA 2011:9). En forklaring på den høye andelen midlertidige er at arbeidskraftmangelen er vesentlig innenfor helse og omsorg. I virksomhetene kan et stort innslag av vikarer være avgjørende for å få driften til å gå rundt (Berge et al. 2011). Men helse- og omsorgssektoren har også mange ekstrahjelper, og i sykehusene brukes midlertidig ansettelse for leger i en del typer stillinger (leger i spesialisering, turnusarbeid). I stortingsmeldingen om utfordringene innen helse- og omsorgssektoren blir det framholdt at den største utfordringen de nærmeste tiårene vil være å skaffe til veie nok fagutdannet arbeidskraft (St.meld. nr. 25 (2005-2006)). Meldingen fastslår at dersom ikke ekstra tiltak igangsettes, blir det anslått et underskudd på 36 000 årsverk av hjelpepleiere og omsorgsarbeidere fram mot år 2025 (ibid. kap. 8). I en undersøkelse om innleie av sykepleiere gjennomført i 2011 framgikk det at utleiebyråer opplever stor pågang fra helseforetak når det gjelder etterspørsel etter helsepersonell. Bruk av utenlandske arbeidstakere har vært økende i løpet av det siste tiåret (Berge et al. 2011). Dersom vi ser på statistikk fra SSB, jobbet det per 4. kvartal 2012 (både bosatte og ikke bosatte) 20 607 arbeidstakere med utenlandsk bakgrunn innenfor området helsetjenester. Innenfor helseforetakene er det særlig innslaget av svensker som er stort. Mange av disse har en fast deltidsjobb i Sverige og tar oppdrag som vikarer på norske sykehus (Berge et al. 2011). En del avdelinger er helt avhengige av vikarer for å kunne gjennomføre driften. Samtidig skaper et stort innslag av innleid og midlertidig arbeidskraft noen utfordringer.

Bruk av midlertidige ansettelser og innleide vikarer kan gi utfordringer når det gjelder arbeidstidsbestemmelsene for den enkelte så vel som for arbeidsmiljø og kompetanse som en helseforetak. For det første er det en utbredt oppfatning både hos innleier

og utleiere at vikarer gjerne har et ønske om å jobbe *mye* når de tar på seg oppdrag. Dette betyr gjerne mer enn hva arbeidstidsbestemmelsene i loven åpner for. Berge og medforfattere (2011) skriver at arbeidsgiver i visse tilfeller kan føle seg presset til å la arbeidstakerne få ta vakter, i frykt for at vikarene ikke vil komme tilbake og dermed eksempelvis gjøre ferieavviklinger vanskelige. Innleide sykepleiere kan også gjøre avtaler om uformelle bytter av vakter, uten å få overtidsbetaling. Bemanningsbyråene bekrefter at arbeidstidsbestemmelsene ofte brytes. De peker på en konflikt mellom særlig svenske vikarer som ønsker å jobbe lange og intensive økter når de kommer til Norge, og arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser (ibid. s. 85). Det ville imidlertid bli en for enkel framstilling å kun relatere brudd på arbeidstidsbestemmelsene til innleie av arbeidskraft. Dette er en utfordring av mer generell karakter.

For det andre vil arbeidstakere på midlertidige kontrakter eller innleide gjerne ha en løs tilknytning til arbeidsstedet, og det er rimelig å anta at dette påvirker engasjementet for arbeidsplassen, kolleger og ledere. Undersøkelser gjennomført av Berge og medforfattere viste at en «vanlig innleid svensk helsearbeider» arbeider mellom to og fire uker ved et eller flere av landets sykehus, før de vender tilbake til sitt hjemland. Den korte varigheten på oppdraget påvirker mulighetene for integrering fordi både arbeidsfellesskapet og den/de aktuelle arbeidstakerne på korttidsopphold vil ha begrenset med vilje til og ønsker om dette. I 2011 fant vi at ved mange sykehus (og også i mange kommuner) fyller helsepersonell på korttidsopphold en svært viktig funksjon, samtidig som det kan skape turbulens i form av ekstrabelastninger for de øvrige ansatte når det gjelder opplæring, stadig nye vikarer å forholde seg til og uforutsigbarhet når det gjelder hvem som skal utgjøre vaktlag eller arbeidsteam.

Spørsmål om arbeidstid inngår i denne undersøkelsen, samtidig som vi også ser nærmere på problemstillinger knyttet til ulike former for arbeidstilknytning.

Kompetanse

Kompetanse har en tredelt funksjon. For det første er et arbeidsmiljø som er opptatt av kompetanse, avgjørende for å tiltrekke seg dyktige arbeidstakere. For det andre er det viktig for å beholde ansatte. For det tredje er det viktig for å kunne utvikle arbeidstokken i tråd med de til enhver tid gjeldende krav og standarder som preger oppgavene. Når det gjelder allerede ansatte arbeidstakere, viser NOAs analyser av levekårsundersøkelsen 2009 at arbeidstakere med høy utdanning er mer fornøyd med mulighetene for formell kompetanseutvikling enn øvrige arbeidstakere (NOA 2011). I sykehusene vil vi finne flere yrkesgrupper med høy utdanning, noe som indikerer at de også opplever at mulighetene for å få faglig påfyll er gode. Som yrkesgruppe er imidlertid sykepleierne blant dem som oftest svarer at de har fått for lite opplæring i ny teknologi (25 prosent).

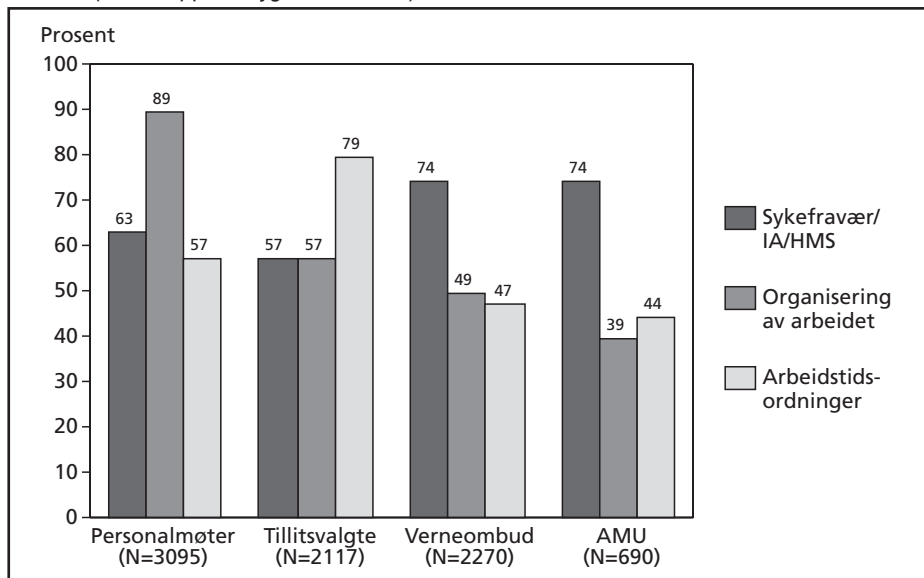
I 2012 svarte en klar majoritet (74 prosent) av lederne ved de offentlige sykehusene at de var helt eller ganske enige i at de har den nødvendige kompetansen i de avdelin-

gene eller enhetene de leder. Andelen som var uenig, er beskjeden (9 prosent) (Hippe & Trygstad 2012:51). Spørsmål om kompetanse inngår også i denne undersøkelsen. Det er dessuten grunn til å stille spørsmål om hvordan høy omstillingstakt, mangel på arbeidskraft og bruk av vikarer påvirker mulighetene for å drive kompetanseutvikling blant ansatte både formelt og mer uformelt gjennom kunnskapsoverføring i den ordinære oppgaveløsningen, ganske enkelt fordi avdelinger og enheter kan bli preget av stor grad av turbulens og gjennomtrekk.

En velorganisert sektor

Til tross for arbeidsmiljøutfordringer er sykehussektoren en velorganisert og ryddig sektor sammenliknet med andre deler av norsk arbeidsliv. Virksomhetene er dekket av tariffavtaler, og organisasjonsgraden er høy. Som vi refererte til over, var også et av funnene i «God vakt» i 2008 at man har en oppegående vernetjeneste, og at HMS-arbeidet blir prioritert. I Hippe og Trygstads undersøkelse fra 2012 spurte vi ledere om spørsmål som berører arbeidsmiljøet i vid forstand diskuteres på arbeidsplassen. Svarene kan leses ut av figur 1.1.

Figur 1.1 Ledere i sykehus i 2012 og diskusjonstema i møter med tillitsvalgte og verneombud. Prosent. (Kilde: Hippe & Trygstad 2012:84)



Dersom vi først ser på sykefravær, IA og HMS, svarer rundt seks av ti at dette diskuteres i personalmøter, mens noen færre svarer at dette diskuteres i møter med tillitsvalgte.

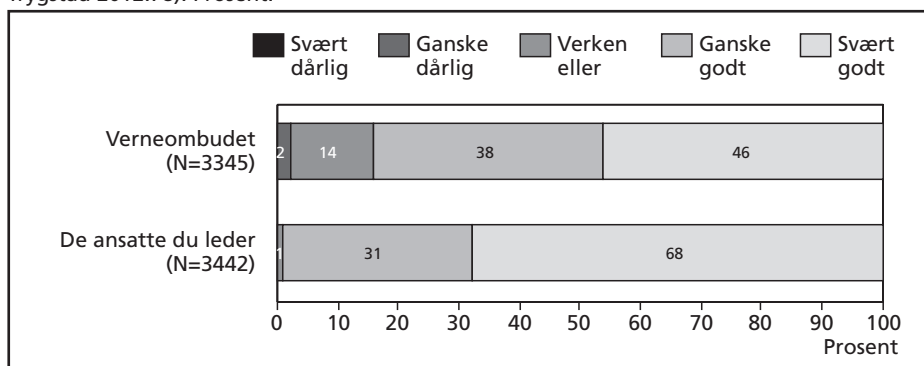
Det er imidlertid særlig i møter med verneombud og i AMU at dette diskuteres. Det er like fullt omkring en av fire som svarer at dette ikke er tema i de to sistnevnte foraene.

Videre ser vi at nesten ni av ti ledere oppgir at organisering av arbeidet er tema på personalmøter, en drøy halvpart svarer at dette diskuteres i møter med tillitsvalgte, nesten like mange sier i møter med verneombud, mens noen færre svarer at dette er tema i AMU. Det temaet som særlig diskuteres i møter med tillitsvalgte, er arbeidstidsordninger.

I undersøkelsen *Bedriftsdemokratiets tilstand* (Falkum et al. 2009) ble det stilt spørsmål om hvilke saker som ble diskutert og behandlet i møter der ledere og tillitsvalgte deltar, eksempelvis møter i AMU og møter med tillitsvalgte. 78 prosent av lederne i statlig sektor svarte at de diskuterer og behandler saker som berører sykefravær, og 76 prosent svarte saker om inkluderende arbeidsliv. Når det gjelder arbeidstidsordninger, svarte 70 prosent av ledere og tillitsvalgte at dette ble diskutert i fora der begge parter deltok. Fordelingen i figur 1.1 er relativt nær opptil disse funnene.

I undersøkelsen fra 2012 spurte vi også lederne om hvordan de vurderte sitt samarbeid med ulike grupper.

Figur 1.2 Samarbeidet med ansatte og verneombud sett fra sykehuslederens ståsted (Hippe & Trygstad 2012:78). Prosent.



Som det går fram av figur 1.2, vurderte majoriteten av lederne sitt samarbeid med de ansatte og med verneombudet som godt eller svært godt. Hele 68 prosent anså samarbeidet med sine ansatte som svært godt, mens det var noe lavere andel som svarte «svært godt» når det kommer til verneombudet, 46 prosent. Ingen ledere svarte at samarbeidet med ansatte eller verneombud var svært dårlig, og kun 2 prosent betraktet samarbeidet med verneombudet som ganske dårlig. Også forholdet til tillitsvalgte ble beskrevet som jevnt over godt. Åtte av ti ledere var enige i at forholdet til tillitsvalgte er preget av gjensidig tillit og respekt. Dette betyr at forutsetningene for et velfungerende samarbeid om arbeidsmiljøet er gode i offentlige sykehus. Det er ingen grunn til å tro at situasjonen i private sykehus er vesentlig annerledes.

Problemstillinger og metodisk tilnærming

Dennes studien har rettet seg mot ledere, tillitsvalgte og verneombud på norske sykehus. I den omtalte undersøkelsen fra 2012 (Hippe & Trygstad 2012), der vi undersøkte sykehuslederens holdninger til de mange endringene som har funnet sted i norske sykehus, er det relativt store forskjeller i vurderingene, alt etter hvor i lederhierarkiet den enkelte leder var plassert. I herværende undersøkelse har vi også muligheter til å undersøke om svarene varierer etter rolle. Ledere, verneombud og tillitsvalgte vil i kraft av sine roller ha ulike formelle ansvarsområder på en arbeidsplass. Ledere har fått et delegert arbeidsgiveransvar og skal sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø (aml. § 1-1, a)), men også arbeidstakere har en medvirkningsplikt til at så skjer, og verneombudene har et særskilt ansvar (aml. § 6-2 (1)). Mens verneombudenes plikter og rettigheter er hjemlet i arbeidsmiljøloven, har tillitsvalgtes rettigheter og plikter fortrinnsvis sin forankring i avtaleverket, selv om en del saker vil befinne seg i skjæringspunktet mellom lov og avtale. Et sentralt spørsmål blir om ledere, tillitsvalgte og verneombud ser likt eller ulikt på forskjellige sider ved arbeidshverdagen i norske sykehus. I undersøkelsen stiller vi følgende spørsmål:

- Hvor mange har vært gjennom omstillinger de siste to år?
 - Har endringene medført nye kompetansebehov?
 - Samarbeider ledere, tillitsvalgte og verneombud under omstillingsprosesser, og har ulike aktører innflytelse?
- Hvilke arbeidstidsutfordringer og arbeidsbetingelser preger hverdagen i norske sykehus?
- Hvilke typer ansettelser er vanlige?
 - Er bruk av midlertidig ansatte og innleide på korte kontrakter et tiltakende fenomen, hvilke konsekvenser kan det ha, og diskuteres bruken?
- Alt i alt, hvordan er samarbeidet mellom partene i sykehusene?

Hvordan?

Det empiriske materialet bygger i hovedsak på en spørreundersøkelse besvart av ledere, verneombud og tillitsvalgte våren 2014. Spørreundersøkelsen er organisert rundt fire hovedtema: omorganisering og kompetanse, arbeidstid, ansettelses- eller tilknytningsformer og samarbeid. I diskusjonen av de fire problemstillingene vil det være sentralt å avdekke divergerende syn mellom blant annet de ulike gruppene av respondenter, ledere, tillitsvalgte og verneombud, så vel som ulikheter innenfor de ulike gruppene, forskjeller

mellom ulike regionale helseforetak og mellom privat og offentlig eide sykehus. I tillegg har vi flere bakgrunnsvariabler, som gir informasjon om blant annet kjønn, utdanning, ansiennitet og hvilken gren eller område respondentene arbeider innenfor (se under).²

Denne undersøkelsen omfatter alle helseregionene. Adresselistene ble samlet inn av Arbeidstilsynet. Arbeidstilsynet henvendte seg til alle helseforetakene og fikk deretter e-postadressene tilsendt. Disse ble overlevert Fafo. I alt satt vi igjen med 9708 unike e-postadresser. Av disse har 63 prosent (6143 stykker) vært inne på undersøkelsen. Vi har imidlertid hatt en del frafall underveis ved at respondentene har påbegynt, men ikke sluttført undersøkelsen. Vi sitter igjen med en svarprosent på 50. Frafallet har fire hovedgrunner. For det første vet vi at en del arbeidstakere har opplevd at undersøkelsen har «lukket» seg, det vil si at de ikke har kommet videre i undersøkelsen, og de har derfor måttet avslutte den. De vil da være registrert som respondenter, og de er dermed forhindret i å forsøke en gang til. For det andre er målgruppen for undersøkelsen arbeidstakere som i liten grad sitter stille ved en PC i løpet av en arbeidsdag. Det betyr at en del trolig har måttet avbryte gjennomføringen av spørreundersøkelsen fordi mer presserende oppgaver har oppstått. Den tredje forklaringen har sammenheng med undersøkelsens lengde. Jo lengre slike undersøkelser er, jo større er frafallet underveis. Den siste begrunnelsen er at undersøkelsen trolig har framstått som mindre relevant for de lederne, tillitsvalgte og verneombud som ikke har pasientrelaterte oppgaver. Utvalget er imidlertid stort nok til at vi kan bryte det ned på ulike respondentgrupper og gjennomføre mer inngående analyser.

Hvem?

Utvalget består av ledere, tillitsvalgte og verneombud fra samtlige helseregioner. I tillegg har vi også respondenter fra private sykehus. I antall utgjør dette kun 179 respondenter. Vi har derfor i liten grad valgt å beholde dette som en egen gruppe. Der det er signifikante forskjeller, blir imidlertid dette kommentert.

Hvem er respondentene, og hvor jobber de?

I tabell 1.1 ser vi på trekk ved ledere, tillitsvalgte og verneombud. Som omtalt over har vi 6143 respondenter som har vært inne på undersøkelsen. En stor del av disse har falt fra innledningsvis. Disse er utelatt fra de analysene som gjennomføres. Det er også en del frafall utover i undersøkelsen, noe som gjenspeiler seg i den nederste linjen i tabell 1.1. Vi sitter igjen med et utvalg som varierer fra 5666 til 4728, og som benyttes i de ulike analysene.

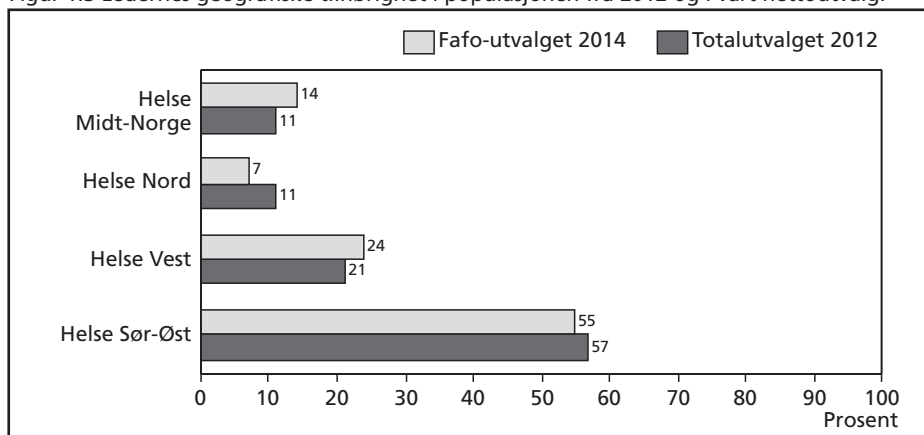
² Se www.faf.no, vedlegg 1 for spørreskjema.

Tabell 1.1 Sentrale kjennetegn ved utvalget

Variabler	Ledere	Verneombud	Tillitsvalgte
Kjønn			
Kvinner	70 %	75 %	66 %
Menn	31 %	25 %	34 %
Alder			
18 til 33 år	2 %	11 %	19 %
34 til 41 år	12 %	21 %	25 %
42 til 49 år	26 %	28 %	22 %
50 til 57 år	33 %	28 %	21 %
58 til 67 år	26 %	12 %	12 %
Over 68 år	1 %		1 %
Gjennomsnittlig ansiennitet i helsevesenet, år			
	23 år	18 år	17 år
Gjennomsn. ansiennitet i nåværende stilling, år			
	7 år	9,5 år	8,5 år
Utdanning			
Grunnskole		2 %	1 %
Videregående/yrkesfaglig/gymnas	8 %	24 %	15 %
Høyskole/universitet lavere grad	39 %	45 %	29 %
Høyskole/universitet høyere grad	46 %	28 %	47 %
Høyskole/universitet doktorgrad	6 %	1 %	8 %
Hvor i helseforetaket er man leder?			
Topplederen	4 %		
Avdelingsledelsen	23 %		
Seksjons- eller enhetsledelsen	67 %		
Annet	6 %		
Tillitsvalgt og verneombudsfunksjon			
Tillitsvalgt			
Hovedtillitsvalgt			74 %
Annen tillitsvalgt			24 %
Verneombud			
Hovedverneombud		93 %	2 %
Annet verneombud		5 %	
		2 %	
Helseregion			
Helse Midt-Norge	14 %	31 %	14 %
Helse Nord	7 %	17 %	12 %
Helse Sør-Øst	54 %	46 %	61 %
Helse Vest	24 %	6 %	13 %
Hvilken gren/område jobber du innenfor?			
Anestesi/Akuttmedisin	7 %	10 %	8 %
Medisin	12 %	17 %	15 %
Kirurgi	13 %	12 %	15 %
Psykisk helsevern	20 %	20 %	19 %
Gynekologi/føde	3 %	3 %	5 %
Barn/ungdom	4 %	4 %	6 %
Geriatri	1 %	1 %	1 %
Medisinsk service	13 %	11 %	12 %
Annet	27 %	22 %	19 %
Hvem eier sykehuset?			
Offentlig	97 %	97 %	97 %
N =	2643 - 3137	794 - 931	1291-1598

Vi ser av tabell 1.1 at det er noe færre kvinner blant de tillitsvalgte enn blant ledere og særlig verneombud. Ikke overraskende er det færre ledere i de laveste alderskategoriene enn hva det er av tillitsvalgte og verneombud, og noen flere ledere blant dem som er 58 år og mer. Aldersfordelingen mellom tillitsvalgte og verneombud er imidlertid ikke veldig forskjellig. Ledere har også noen år lenger ansiennitet i helsevesenet, samtidig som de har noe kortere ansiennitet i nåværende stilling enn hva de to andre gruppene har. Igjen er det kun små forskjeller mellom tillitsvalgte og verneombud. Når det gjelder utdanning, er det omtrent like mange ledere og tillitsvalgte som har utdanning fra høyskole eller universitet med høyere grad. Det er imidlertid noen flere tillitsvalgte på lavere nivå. Gjennomgående har verneombudene flere med utdanning opp til høyskole/universitet lavere grad. Når det gjelder hvilken gren eller område respondentene jobber innenfor, er det ingen store forskjeller mellom de tre gruppene, selv om det er noen flere ledere i kategorien «Annet». Her finner vi de som jobber i merkantile stillinger, men det er også en relativt stor andel respondenter som jobber innenfor flere av de opplistede alternativene, eksempelvis akutt og medisin. Vi ser at det er noen skjevheter når det gjelder helseregion, og særlig i andel verneombud. Vi har langt flere verneombud fra Helse Midt-Norge enn det vi har ledere og tillitsvalgte, mens vi har langt flere ledere fra Helse Vest enn vi har tillitsvalgte og verneombud. I de multivariate analysene kontrollerer vi blant annet for helseregion og rolle, og dette skal derfor ikke innvirke nevneverdige på resultatene. I forbindelse med undersøkelsen som Fafo gjennomførte for arbeidsgiverforeningen Spekter (Hippe & Trygstad 2012), fikk vi tilgang på tall som viste totalfordelingen av ledere i de fire helseregionene i 2012. Det er ingen grunn til å tro at denne fordelingen er vesentlig endret siden den tid. Ved å sammenlikne vårt utvalg av ledere i 2014 med totalutvalget for ledere i 2012 kan vi derfor få en pekepinn om skjevheter i materialet hva gjelder ledere. I figur 1.3 framgår fordelingen på regioner.

Figur 1.3 Ledernes geografiske tilhørighet i populasjonen fra 2012 og i vårt nettoutvalg.



Som det framgår av fordelingen, er det noe færre ledere i vårt utvalg fra Helse Nord og Helse Sør-Øst, mens vi har noen flere fra Helse Midt-Norge og Helse Vest. Forskjellene er imidlertid ikke veldig store, og når det gjelder lederes fordeling på regioner, vurderer vi vårt utvalg fra 2014 som relativt representativt. Vi mangler dessverre en tilsvarende oversikt over tillitsvalgte og verneombud innenfor helseregionene, noe som gjør at vi ikke kan utføre tilsvarende øvelse med disse to gruppene.

I noen analyser skiller vi ut toppledere og hovedtillitsvalgte som to grupper. Grunnen til det er at disse to gruppene befinner seg på det samme nivået, noe som vil kunne gjøre at de har en mer omforent oppfatning om ulike spørsmål. Totalt er 4 prosent av lederne i utvalget toppledere (123 personer). Blant de tillitsvalgte utgjør hovedtillitsvalgte 24 prosent (394 personer). I utgangspunktet skulle vi også gjerne ha skilt ut hovedverneombud som egen gruppe. Men antall hovedverneombud er kun 43 personer, noe som gjør at utvalget blir for lite til at dette er forsvarlig.

Utdypende intervjuer

Siden spørsmål om arbeidsmiljøarbeidet kan være vanskelige å fange opp i god nok grad i en spørreundersøkelse, har vi gjennomført kvalitative intervjuer med verneombud, tillitsvalgte og ledere i fire sykehus. Samlet er 20 personer intervjuet. Blant disse finner vi ledere, tillitsvalgte og verneombud på ulike nivåer. Informantene ble rekruttert gjennom henvendelser per e-post og telefon. Hensikten med de kvalitative intervjuene har vært å gå nærmere inn på funn fra spørreundersøkelsen og ikke minst få bedre informasjon om hva som er utfordringer for et vellykket arbeidsmiljøarbeid.³ Intervjuene fulgte en semistrukturert intervjuguide, som sikrer at noen spørsmål besvares av alle, samtidig som den åpner for å forfølge interessante tema som dukker opp under intervjuet. Som i spørreundersøkelsen var intervjuene konsentrert rundt temaene endringsprosesser, kompetanse, arbeidstid, utfordringer knyttet til bruk av ulike typer ansettelse, arbeidsmiljø og samarbeid. Intervjuene ble delvis gjennomført på telefon og delvis ved personlig møte, og de varte fra 45 minutter til to timer.

Indikatorer på tilstanden

På bakgrunn av funn fra survey og intervjuer har vi i samarbeid med oppdragsgiverne utviklet indikatorer som kan brukes til å følge utviklingen i sektoren. Hensikten er at disse skal kunne benyttes som utgangspunkt for seinere kartlegginger i sektoren og slik sett kunne si noen om utviklingen over tid.

³ Se www.faf.no, vedlegg 2 for intervjuguide.

Rapportens oppbygning

Denne rapporten består av seks ulike kapitler. I det påfølgende kapittel 2 undersøker vi omstillingsprosesser i sykehusene. Hvor mange har vært gjennom omstillingsprosesser de siste to årene, hvilke endringer er gjennomført, og hadde respondentene innflytelse på utfallet av prosessene? I tillegg undersøker vi om omstillingsprosessene medførte nye kompetansekrav, og om det i så tilfelle ble gitt opplæring for å imøtekomme disse.

I kapittel 3 retter vi blikket mot arbeidstidsutfordringer og arbeidsbetingelser i sykehusene. I hvilken grad er det utfordringer når det gjelder arbeidstid, og er eventuelle utfordringer særlig knyttet til visse grupper av ansatte, eller er de jevnt fordelt? Og når det gjelder arbeidsbetingelsene – har det eksempelvis blitt mer eller mindre krevende å jobbe i norske sykehus i løpet av de siste to årene?

Ulike ansettelsesformer er tema for kapittel 4. I hvilken grad bruker sykehusene ansatte på korte midlertidige kontrakter eller innleide arbeidstakere? Og hvilke konsekvenser har dette blant annet for arbeidsmiljøet?

I kapittel 5 undersøker vi ulike betraktninger om samarbeidet mellom partene. Opplever tillitsvalgte, verneombud og ledere på lavere nivåer at de samarbeider godt med toppledelsen? Avholdes møter i tråd med planen, og i hvilken grad har man tillit til hverandre?

I rapportens kapittel 6 oppsummerer vi hovedfunn og presenterer mulige indikatorer som kan benyttes som en termometer for arbeidsmiljøet i norske sykehus.

2 Endringer i sykehusene

Det er omstillinger hele tiden. Og som en følge av omstilling er det en hel haug av møter. Kunne fylt en hel stilling bare ved å delta på den type møter og produksjonen av papirer og notater som kommer i forkant og i etterkant av disse. (Tillitsvalgt, Akademikerne)

Sykehusene er kunnskapsbaserte organisasjoner. Behandlingsformer, arbeidsmetoder og arbeidsverktøy endres i takt med utviklingen innenfor forskning og innovasjon. Disse endringene vil kunne bety at arbeidstakerne i sykehusene får nye arbeidsoppgaver og andre ansvarsområder. I tillegg vil økonomiske rammebetingelser legge føringer på organisering og ressursbruk. Noen av dem vi har intervjuet, forteller om nærmest kontinuerlige endringsprosesser, mens andre arbeider innenfor avdelinger som i stor grad har vært skjermet. I dette kapittelet retter vi blikket mot endrings- og omstillingsprosesser i norske sykehus. Vi spør:

- Hvor mange har vært gjennom endringer eller omstillingsprosesser de siste to år?
- I hvilken grad vektlegges kompetanse i kjølvannet av omstillingsprosessene?
- I hvilken grad samarbeider ledere, tillitsvalgte og verneombud i endrings- og omstillingsprosesser, og har de innflytelse?

Som det framgår av spørsmålene, er vi ikke kun interessert i omfanget av omstillingsprosessen, men vi undersøker også om partene samarbeider, og om konsekvenser for arbeidsmiljøet får oppmerksomhet i denne type prosesser.

Omstillingstakt og type endringer

I SSBs levekårsundersøkelse (LKU) fra 2009 er det stilt spørsmål om endringsprosesser. Et av disse er om man har vært gjennom omorganiseringsprosesser siste tre år som har berørt den enkeltes arbeidssituasjon. Dersom vi skiller ut respondentene fra statlig sektor og ser på de som har en lederfunksjon, svarte 48 prosent bekreftende på dette spørsmålet. I vårt utvalg sier 61 prosent at det har vært gjennom endringer eller omstillingsprosesser de siste to år på den arbeidsplassen de jobber. Dette er 13 prosent flere

enn i LKU. I en undersøkelse blant NITOs tillitsvalgte i privat sektor er imidlertid andelen som har svart at de har vært gjennom omstillinger og endringer de siste to år, enda større, 70 prosent (Trygstad & Vennesland 2012:41), mens den i en nylig gjennomført undersøkelse blant tillitsvalgte i tre LO-forbund er på 64 prosent (Alsos et al. under arbeid). Vi kan med andre ord slå fast at omstillingsprosesser skjer hyppig innenfor norske sykehus, men det gjør de også innenfor andre deler av arbeidslivet.

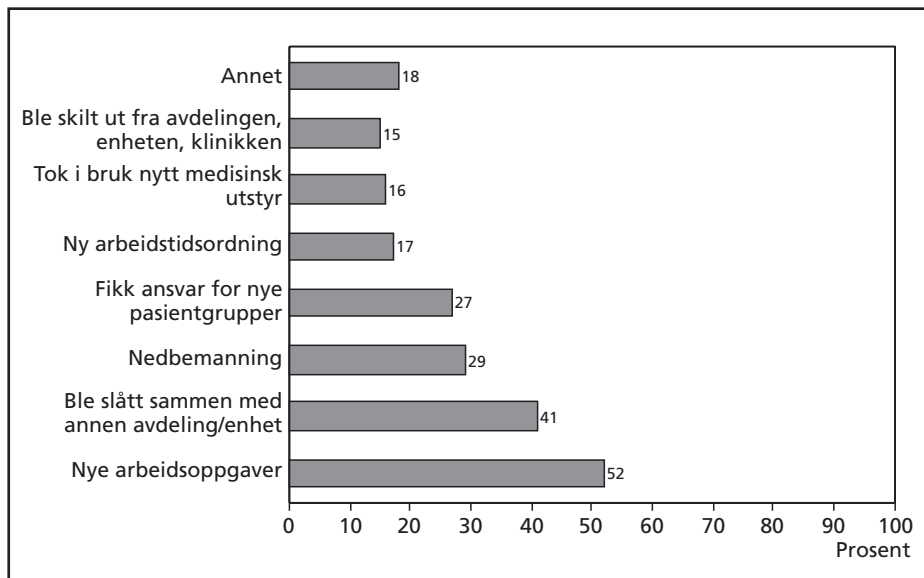
Dersom vi sammenlikner respondenter fra private og offentlige sykehus, har de offentlig ansatte i noe større grad svart at de har vært gjennom endringer eller omstillingsprosesser siste to år – 61 versus 54 prosent. Innenfor de offentlige sykehusene er det ledere, tillitsvalgte og verneombud i Helse Vest som i minst grad svarer at de har vært gjennom endringer – 51 prosent – mens de tilsvarende andelene i Helse Sør-Øst og Helse Nord er henholdsvis 65 og 67 prosent. I Helse Midt-Norge svarer 56 prosent at de har vært gjennom endringer eller omstillinger i løpet av de siste to årene. Videre har ledere, tillitsvalgte og verneombud innenfor geriatri (77 prosent) og gynekologi/føde (73 prosent) i større grad vært gjennom endringsprosesser enn øvrige grener i sykehusene (som ligger på rundt 60 prosent).

Ulike former for endring

Omstillings- og endringsprosesser kan være et resultat av ulike drivere. Nye diagnoser, behandlingsmåter og ny teknologi kan medføre endringer i både organisering og arbeidsoppgaver. Det samme vil gjelde endringer som skal gi bedre ressursutnyttelse eller være effektiviserende. Videre vil noen endringer kunne bety andre og mer spennende oppgaver, mens andre forandringer vil være beheftet med større utfordringer. Dersom endringene skyldes knappe ressurser, vil de trolig oppfattes som mer krevende. Vi har i denne undersøkelsen ikke stilt spørsmål om begrunnelsen for de omstillingsprosessene som informantene har vært gjennom de siste to år, men vi har spurt om type endring. I figur 2.1 framgår det hvilke endringer som har vært gjennomført på den arbeidsplassen man leder eller er tillitsvalgt eller verneombud for.

Den endringen som flest har erfart de siste to år, er å få ansvar for nye arbeidsoppgaver. Dernest følger å bli slått sammen med annen avdeling eller enhet. Det er også 29 prosent som svarer at de har vært gjennom nedbemanning, og nesten like mange har fått ansvar for nye pasientgrupper. Ny arbeidstidsordning, bruk av nytt medisinsk utstyr og det å bli skilt ut fra avdelingen/enheten eller klinikken er mindre vanlige endringer, men mellom 15 og 17 prosent har svart dette. Når det gjelder nedbemanning, er det noe overraskende at så vidt mange svarer at dette er en erfart endring i løpet av de siste to årene. Det er rimelig å anta at det ikke nødvendigvis er snakk om nedbemanning i form av oppsigelser, men snarere at arbeidstakere kan ha blitt flyttet på som følge av andre endringer.

Figur 2.1 Respondenter som har vært gjennom endringer siste to år. Hva besto endringene av? N = 3564.



Alternativene i figur 2.1 er ikke gjensidig utelukkende, og respondentene kan selvsagt ha vært gjennom flere av de endringene som vi har spurt om. Når vi undersøker dette nærmere, er det 35 prosent som har vært gjennom en av de nevnte endringene, mens henholdsvis 30 og 20 prosent har erfart to eller tre endringer i løpet av perioden.

Seks av ti har vært gjennom endrings- og omstillingsprosesser siste to år. Den vanligste formen for endring er å få nye arbeidsoppgaver. Noen av endringene henger tett sammen, i den forstand at de hyppig kombineres. Dette er: nye arbeidsoppgaver, nytt medisinsk utstyr, ansvar for nye pasientgrupper og ny arbeidstidsordning.

Store variasjoner på samme sykehus

I de kvalitative intervjuene framgår det at ansatte ved samme sykehus har ulike erfaringer med omorganiseringer eller andre endringsprosesser. Vi har de som er veldig berørt og har vært gjennom «gjentatte endringer», og vi har informanter som ikke er eller ikke på flere år har vært berørt. Sistnevnte gruppe er likevel i mindretall. Endringene dreier seg om alt fra sammenslåinger og ny struktur som har berørt nivåene i sykehusene, til flytting av pasientgrupper og nedleggelse av enheter og avdelinger. Selv om store endringer kan medføre belastninger, er det også en forståelse hos flere

av informantene for at mange av endringene har vært nødvendige. Her er to eksempler fra to ulike sykehus:

Jeg skjønner at omstillinger er nødvendig, og ofte fører det til at vi lærer nytt av det også, og kvaliteten blir bedre. Men det er nok en del som ikke har den forståelsen, som ser på endringene som unødvendige. Og det kan nok være lite forståelse for at det er satt av en viss mengde penger til å drive sykehus, og da må man også husholdere i forhold til de ressursene man har. (Tillitsvalgt, Akademikerne)

Det har vært store endringsprosesser de siste årene. Ledelsesstrukturen er endret, og man har gått over til en klinikkstruktur. Jeg mener dette har vært positivt. Dette grepet har medført bedre kvalitet og at alle får den hjelpen de skal ha. Vi har også innført stedlig ledelse, en samordnende leder som skal være til stede på de ulike sykehusene. Den kvaliteten vi leverer nå, er bedre enn tidligere. (Hovedverneombud)

Den ene informanten trekker også fram et aktuelt tema, at man ved en kirurgisk klinikk må ha et visst antall operasjoner for å kunne levere god kvalitet. Men blant informantene er det også de som ikke nødvendigvis har sett hensikten med endringsprosessene, bortsett fra å spare penger:

Vi flyttet fra nyoppussede og fine lokaler til et gammelt rakkell av et sykehus. Vi var for eksempel vant til at henvisningen gikk elektronisk, her var det gammeldags og gikk på papir. Det var litt uforståelig. (Tillitsvalgt, Fagforbundet)

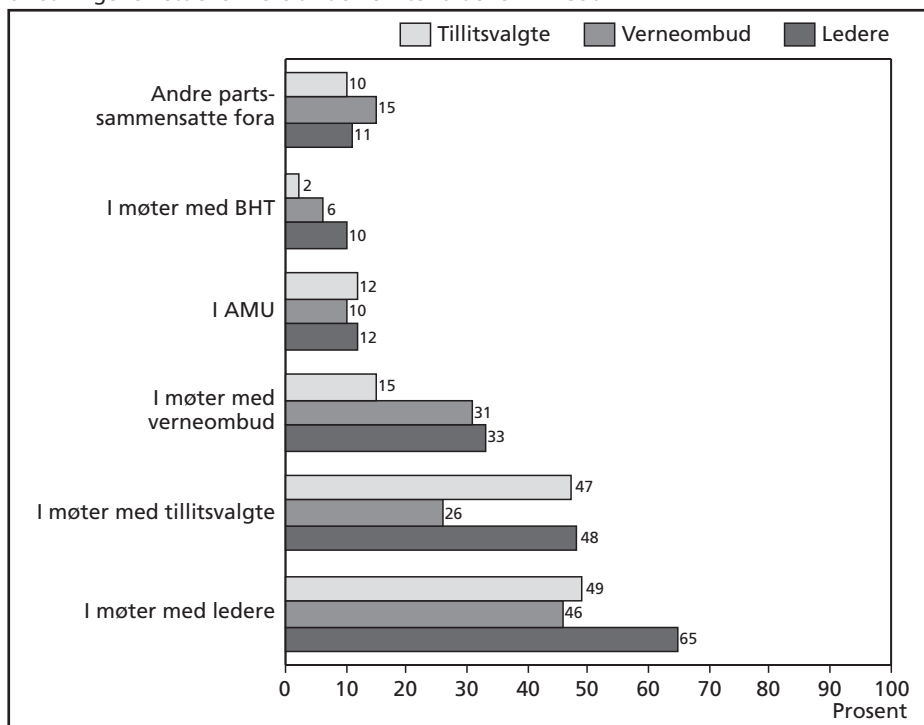
Blant dem som har vært gjennom endringer, pekes det på ganske omfattende og som nevnt nærmest kontinuerlige prosesser. Disse kontinuerlige prosessene oppfattes av flere som belastende, ikke bare for personalet, men tidvis også for pasientene. Som vi skal komme tilbake til under, peker tillitsvalgte på at de ofte involveres seint i prosessen, «gjørne etter at alle brikkene er lagt», som en sier.

Konsekvenser av endringer

Både hovedavtalen og arbeidsmiljøloven har bestemmelser som skal sikre ansatte medvirkning i større omorganiseringsprosesser (aml. §§ 3-1, 4-1). I 2004 ble det gjennomført en undersøkelse i norske sykehus i forbindelse med Arbeidstilsynets tilsynskampanje «God vakt» (Grimsø & Sørensen 2004). Undersøkelsen ble besvart av et utvalg sykepleiere, leger og hjelpepleiere, og det ble blant annet stilt spørsmål om omstillingsprosesser. Analysene viste at de aller fleste av de ansatte ga omstillingsprosessene «Lite godt» eller «Nokså godt» som karakter. Om lag en av tolv ga omstillingsprosessene god karakter. Forfatterne konkluderte med at «Det vil si at de færreste mener omstillingene er godt planlagt, at de ansatte blir informert, får tilstrekkelig opplæring og mulighet til å medvirke» (ibid. s. 40). Våre spørsmål knyttet

til omstillinger er litt annerledes formulert og ikke direkte sammenliknbare, men også vi har stilt spørsmål om informasjon, kompetanse og innflytelse i endringsprosessene. De som har vært gjennom mer enn en endringsprosess de siste årene, ble bedt om å ta utgangspunkt i den som berørte flest ansatte. La oss først se om ledere, verneombud og tillitsvalgte som har vært gjennom omstillingsprosesser, har diskutert utfordringene for arbeidsmiljøet i ett eller flere fora i sykehusene.

Figur 2.2 Har du diskutert de arbeidsmiljømessige utfordringene knyttet til endringene eller omstillingene i ett eller flere av de nevnte foraene? N = 3564.



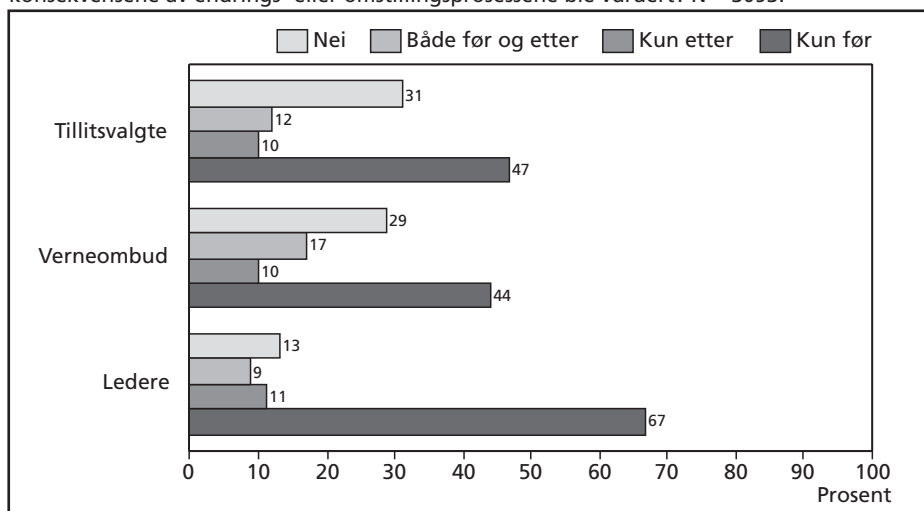
Ledere, verneombud og tillitsvalgte har fortrinnsvis diskutert utfordringer knyttet til endrings- eller omstillingsprosessene i møter med (andre) ledere, i møter med (andre) tillitsvalgte og i møter med (andre) verneombud. Av figur 2.2 kan det synes som om dette i liten grad er tema i AMU-møter og ei heller i møter med bedriftshelsetjenesten. Dersom vi tar utgangspunkt i dem som sitter i AMU, endrer dette bildet seg. Ser vi da på tillitsvalgte og verneombud, svarer 64 prosent av de tillitsvalgte og 60 prosent av verneombudene at dette har vært tematisert i utvalget.

Figur 2.2 viser også at det er forskjeller mellom gruppene når det gjelder deltakelse i diskusjoner. Hvis vi kun ser på toppledere og hovedtillitsvalgte, endrer dette seg. Det er nesten like mange i hver av gruppene som svarer at de har diskutert denne tematik-

ken i henholdsvis møter med/i ledelsen (65 vs. 60 prosent) og møter med/mellom tillitsvalgte (61 vs. 59 prosent).

I figur 2.3 tar vi for oss spørsmålet om omstilling og arbeidsmiljø nærmere. Vi spør om respondentene selv har tatt initiativet til at de arbeidsmiljømessige konsekvensene av omstillingsprosessene har blitt vurdert.

Figur 2.3 Tok du som leder, verneombud og tillitsvalgt initiativ til at de arbeidsmiljømessige konsekvensene av endrings- eller omstillingsprosessene ble vurdert? N = 3093.



På bakgrunn av figur 2.3 kan vi utlede at det særlig er ledere som har svart at de har tatt initiativ til å vurdere hvilke konsekvenser endringene har fått for arbeidsmiljøet, enten før, i etterkant eller både før og etter. Dette er ikke overraskende siden ledere har et særskilt ansvar for å ivareta arbeidsmiljøet på arbeidsplassen (jf. aml. § 1.1). Der er også en andel på 13 prosent som svarer at de ikke har tatt et slikt initiativ. Der er også verd å merke seg at det i alle gruppene er relativt få som har svart at de har tatt initiativ til å undersøke konsekvensene både før og etter, eller kun etter. Andelen som svarer at de ikke har tatt noe initiativ er likevel betraktelig høyere blant verneombud og tillitsvalgte, der om lag tre av ti svarer dette. Det kan være flere grunner til at dette initiativet ikke har blitt tatt av tillitsvalgt og verneombud. For det første kan en forklaring være at den lederen som tillitsvalgt og verneombud forholder seg til, selv har igangsatt eller signalisert at hun eller han vil igangsette dette. For det andre kan det være at endringene er så begrenset at tillitsvalgte og verneombudet ikke ser behovet for det. En tredje forklaring kan imidlertid være at tillitsvalgte og verneombud ikke har sett det som sin oppgave å ta et slikt initiativ.

Rundt tre av ti tillitsvalgte og verneombud tok ikke initiativ til å vurdere hvilke konsekvenser endrings- eller omstillingsprosessen medførte. Majoriteten av ledere, tillitsvalgte og verneombud tok imidlertid et slikt initiativ, enten i forkant eller i etterkant av endringsprosessene.

En måte å ha kontroll over hvilke konsekvenser som påføres arbeidsmiljøet, kan være å også involvere bedriftshelsetjenesten i omstillingsprosessene kan også være å involvere bedriftshelsetjenesten i omstillingsprosessene. 16 prosent har svart bekræftende på at bedriftshelsetjenesten var involvert i prosessen, mens 54 prosent har svart «nei». Så mange som 29 prosent er imidlertid usikre, og denne andelen er særlig høy blant tillitsvalgte og verneombud. Det virker derfor rimelig å konkludere med at bedriftshelsetjenesten ikke har hatt noen særlig omfattende rolle i de endringsprosessene som har vært gjennomført i sykehusene der respondentene jobber, i løpet av de siste to årene.

Fordret endringene ny kompetanse?

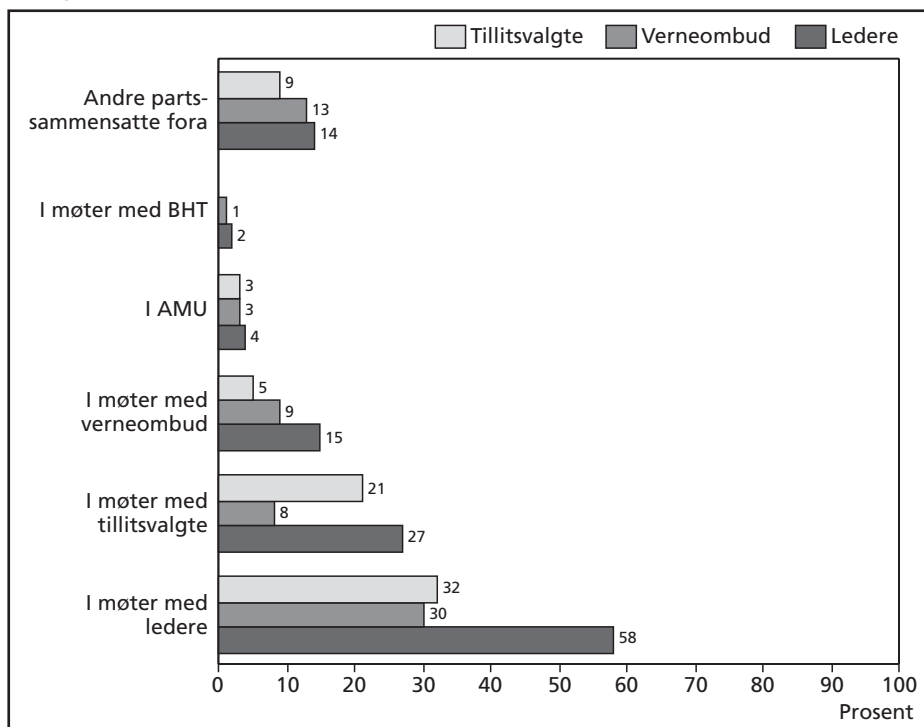
I figur 2.1 framgikk det at den hyppigst erfarte endringen er å få ansvar for nye arbeidsoppgaver. Nye arbeidsoppgaver eller nytt utstyr kan lett medføre behov for ny kompetanse. Dette synes å ha høy prioritet:

Det er jo helt avgjørende for at vi skal kunne få gitt god behandling – at vi kan håndtere utstyret på en skikkelig måte. Vi har en ordning med superbrukere. Når nytt utstyr eller nye behandlingsmåter kommer, er det noen som får full opplæring. Og så skal de igjen lære opp de andre. Dette fungerer veldig bra. (Leder)

At dette fungerer bra i avdelingen som informanten leder, er noe tillitsvalgt og verneombud er enige i. Blant informantene våre forteller tillitsvalgte og ledere også at en avdeling, eksempelvis kirurgi, har blitt flyttet til et annet sykehus. I «bytte» mot dette har sykehuset fått tilførte midler til å ruste opp psykiatrisk avdeling. Slike endringer vil kreve rekruttering av ny kompetanse.

I arbeidsmiljøloven (aml § 4-2 (2)) framgår det at det skal gis tilstrekkelig med informasjon og opplæring slik at arbeidstakere er i stand til å utføre arbeidet når det skjer endringer som berører vedkommendes arbeidssituasjon. I spørreundersøkelsen stilte vi spørsmål om utfordringer knyttet til kompetanse og opplæring er tema i fora eller utvalg der respondentene deltar.

Figur 2.4 Deltar du i fora der utfordringer knyttet til kompetanse og opplæring diskuteres?
N = 4842.



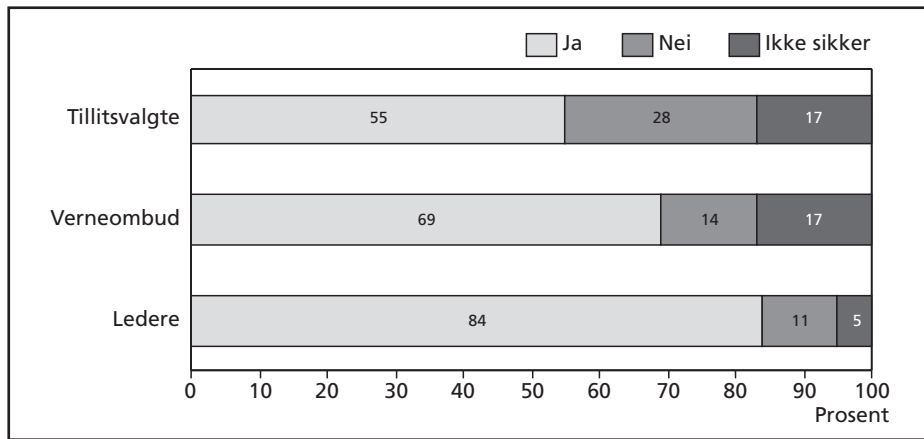
Figur 2.4 viser at dette er tema som ledere i større grad enn tillitsvalgte og verneombud diskuterer, og særlig i møter med andre ledere. Vi ser videre at i underkant av tre av ti ledere diskuterer dette i møter med tillitsvalgte, mens 15 prosent svarer i møter med verneombud. Når det gjelder tillitsvalgte og verneombud, er det rundt tre av ti som svarer at de har diskutert dette i møter med ledelsen. Det er enda færre som har diskutert dette i møter med (andre) tillitsvalgte og verneombud.

Når det gjelder AMU, er tallene i figur 2.4 noe misvisende siden få ledere, tillitsvalgte og verneombud sitter der. Dersom vi tar utgangspunkt i de tillitsvalgte og verneombud som deltar i AMU-møter, svarer henholdsvis 17 og 30 prosent at dette har vært diskutert. Ellers er det få som har tematisert dette i møter med bedriftshelsetjenesten, mens det er noen som svarer andre fora.

I utgangspunktet kunne man forvente at utfordringer knyttet til kompetanse og opplæring ble gitt større oppmerksomhet der det har foregått større endringer eller omstillingsprosesser. Det er imidlertid ingen signifikante forskjeller som tilsier at de som har vært gjennom endringsprosesser, i større grad enn andre har deltatt i diskusjoner om kompetanse og opplæring. Like fullt svarer 44 prosent av dem som har vært gjennom endringer, at dette medførte nye kompetansekrav, mens 10 prosent er usikre

på dette (ikke vist). Andelen som svarte at endringene medførte nye kompetansekrav, fikk spørsmål om det ble gitt opplæring for å imøtekomme de endrede kravene. Ser vi utvalget under ett, svarer 74 prosent ja. Vi skal likevel merke oss at det er store forskjeller i hvordan de tre gruppene av respondenter vurderer dette spørsmålet.

Figur 2.5 Hvorvidt det ble gitt opplæring for å imøtekomme endrede kompetansekrav for ansatte. N = 1459.



Ledere er de som i størst grad svarer bekreftende på at det ble gitt opplæring for å imøtekomme nye kompetansekrav – 84 prosent – mens andelen tillitsvalgte som svarer det samme, er betraktelig lavere. Det er også en tendens til at toppledere i større grad enn seksjonsledere/enhetsledere svarer at opplæring ble gitt. Ulikheten i svarene *kan* komme av at toppledere har bedre oversikt over om dette faktisk blir gitt. Dersom vi sammenlikner svarene til toppledere og hovedtillitsvalgte, blir likevel ikke ulikhetene mindre: 52 prosent av de hovedtillitsvalgte og 98 prosent av topplederne svarer at opplæring ble gitt. En forklaring på variasjonen i svarene vil være at toppledere har ansvar for flere grupper. Det kan ha blitt gitt tilbud om opplæring til sykepleiere, mens hjelpepleiere og portører i mindre grad har fått tilbud om dette. Det er likevel også grunn til å anta at noe av variasjonen kan være at toppledere og hovedtillitsvalgte har ulike oppfatninger knyttet til hva som er opplæring og ikke minst hva som er tilstrekkelig opplæring.

44 prosent av dem som har vært gjennom endringsprosesser siste to år, svarer at endringene medførte nye kompetansekrav. Av disse svarer 77 prosent at det ble gitt opplæring for å imøtekomme de nye kravene. Ledere og tillitsvalgte vurderer dette forskjellig, og avstanden er særlig stor mellom toppledere og hovedtillitsvalgte. Det skiller 46 prosentpoeng mellom de to gruppene.

Det er ingen forskjell mellom hvordan ledere, tillitsvalgte og verneombud i private og offentlig eide sykehus vurderer dette. Når det gjelder helseregion, befinner respondentene i Helse Nord seg lavest på skalaen, der 66 prosent svarer at det ble gitt opplæring. I den andre enden av skalaen finner vi ansatte i Helse Vest, der den tilsvarende andelen er 84 prosent.

I intervjuene er de fleste informanter av den oppfatning at man får ta del i kompetansehevende tiltak når det er behov for det. Ved to avdelinger i ett sykehus blir vi imidlertid fortalt at den økonomiske situasjonen gjør at de får avslag:

Det er økonomien som styrer alt. Derfor er det vanskelig å få oppfylt ønsker om [å] ta kurs og etterutdanning. (Tillitsvalgt, Unio)

Det er veldig vanskelig på grunn av den økonomiske situasjonen. Det er ikke penger til at ansatte kan ta kurs. Er bare småbeløp satt av på budsjettet. De er nesten sånn at det må gjøres utenom arbeidstid. (Tillitsvalgt, Unio)

På en annen avdeling ved samme sykehus er hovedtillitsvalgt og verneombud av en litt annen oppfatning. Slik kommenterer en hovedtillitsvalgt fra Unio mulighetene for å gå på kurs:

Det å vedlikeholde og videreutvikle kompetansen vår er et prioritert område. Her får vi tilbud om videreutdanning, de dekker hele pakka. Det er et veldig fokus på det. Likevel går folk rundt og tror at det er vanskelig å få dra på kurs, men jeg har ennå ikke hørt om en eneste person som har fått nei. Når det er noe konkret og nyttig, så finner de [ledelsen] penger til det. (Hovedtillitsvalgt, Unio)

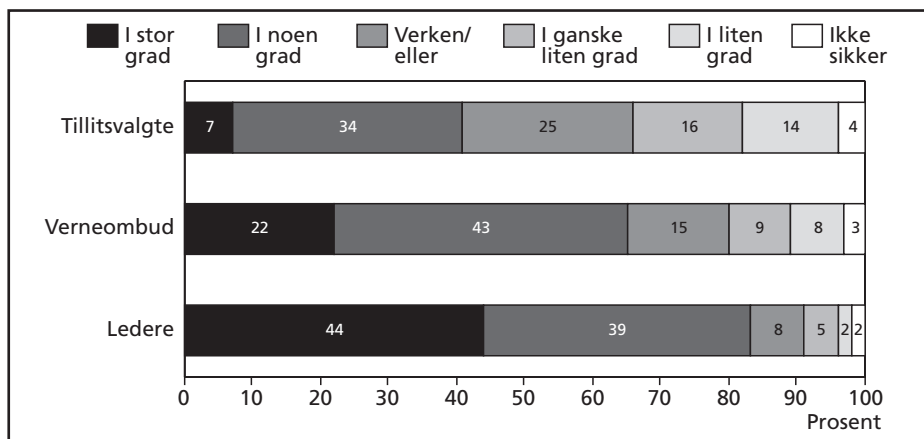
De ulike oppfatningene om hvor lett eller vanskelig det er å delta på kurs, kan ha flere forklaringer. For det første kan det bero på en misforståelse, eller et «rykte», som hovedtillitsvalgt her antyder. En annen forklaring er at den hovedtillitsvalgte har et fortegnert bilde av virkeligheten. En tredje forklaring kan selvsagt være at det er store variasjoner mellom de ulike avdelingene når det gjelder muligheten for å delta i kurs og etter- og videreutdanning. Vi har ikke grunnlag for å si hvilken av forklaringene som er mest dekkende, men funn i spørreundersøkelsen viser at det er en forholdsvis utbredt oppfatning blant tillitsvalgte at det ikke har blitt gitt tilstrekkelig med opplæring for å imøtekomme de endrede kompetansekravene.

Samarbeid og innflytelse i omstillingsprosessen

Tillitsvalgte har vært med gjennom hele prosessen, fra de første tegningene og til innflytting. Det vil jeg si at har fungert veldig bra. (Tillitsvalgt, Unio)

Den siterte tillitsvalgte er i mindretall. Majoriteten av de tillitsvalgte og verneombud vi har intervjuet, og som har vært gjennom større endringsprosesser, mener at de har vært for lite eller blitt for seint involvert i prosessen. Tilsvarende funn framheves i undersøkelsen til Grimsmo og Sørensen (2004). Der var 43 prosent uenige i påstanden «Vi får alltid muligheter til medvirkning i omstillingene». Ytterligere 35 prosent var «Delvis uenig» (ibid. s. 39). I vår undersøkelse har vi bedt ledere, tillitsvalgte og verneombud om å besvare spørsmål om samarbeid og innflytelse. Vi starter med det første – i hvilken grad mener respondentene at man samarbeider i omstillingsprosesser?

Figur 2.6 I hvilken grad samarbeidet ledelsen, verneombud og tillitsvalgte i omstillingsprosessen? N = 3242.



Dersom vi ser utvalget under ett, svarer 69 prosent at ledelsen, verneombud og tillitsvalgte i stor grad eller i noen grad samarbeidet i omstillings- eller endringsprosessen. 15 prosent svarer i ganske liten eller i liten grad, mens de øvrige enten har svart at de ikke er sikre, eller «verken – eller». Figur 2.6 viser at de tre gruppene vurderer dette ulikt. Det er særlig stor forskjell på hvordan ledere og tillitsvalgte svarer, og så mange som 30 prosent av de tillitsvalgte svarer i ganske liten grad eller i liten grad.

Det er også forskjeller som kan relateres til helseregion. De med tilhørighet i Helse Vest er mer tilbøyelige til å svare i stor eller noen grad (80 prosent) sammenliknet med de i Helse Nord (67 prosent).

Vi har også stilt spørsmål om hvordan respondentene vurderer kvaliteten på samarbeidet, uavhengig av om det samarbeides mye eller lite. Hvis vi ser på utvalget samlet,

svarer 17 prosent at samarbeidet fungerte svært godt, 43 prosent ganske godt, 24 prosent verken godt eller dårlig, 13 prosent dårlig og 3 prosent svært dårlig. 5 prosent er usikre.

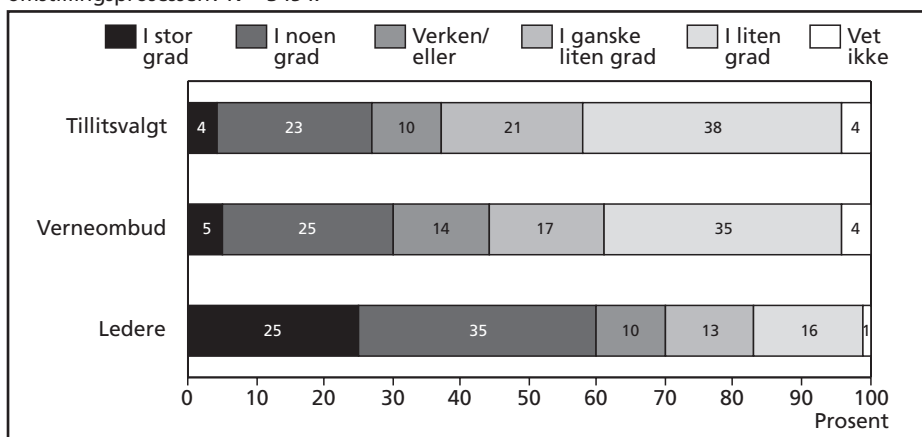
Det er store forskjeller i hvordan lederne og tillitsvalgte vurderer kvaliteten på samarbeidet. Mens 73 prosent av lederne vurderer kvaliteten på samarbeidet som svært eller ganske godt, er den tilsvarende andelen blant tillitsvalgte 37 prosent. Verneombud plasserer seg et sted imellom – 56 prosent.

Når det gjelder arbeidsområde, framgår det at de som jobber innenfor geriatri og gynekologi/føde i nevnte rekkefølge, vurderer samarbeidet som signifikant dårligere enn de som jobber innenfor de øvrige grenene. Det er ikke forskjeller i hvordan ledere, tillitsvalgte og verneombud i private og offentlige sykehus vurderer dette.

Det bør også nevnes at det er en sterk sammenheng mellom hyppigheten på samarbeidet og vurderingen av kvaliteten. De som svarer at de har samarbeidet i stor grad, vil også med høy sannsynlighet svare at de vurderer samarbeidet som godt, og motsatt.⁴

Samarbeidets hyppighet og kvaliteten på dette vil ha betydning for aktørenes innflytelse. Vi har spurt ledere, tillitsvalgte og verneombud om de – i kraft av sine roller – hadde innflytelse på resultatet av omstillingene. Igjen minner vi om at de som har vært gjennom flere omstillingsprosesser de siste to årene, ble bedt om å vurdere spørsmålet i lys av den omstillingsprosessen som berørte flest ansatte.

Figur 2.7 Hadde du som leder, tillitsvalgt eller verneombud innflytelse på resultatet av omstillingsprosessen? N = 3454.



⁴ Pearsons korrelasjonskoeffisient er .77***.

Ser vi hele utvalget under ett, svarer 46 prosent at de i stor eller noen grad hadde innflytelse på resultatet, 11 prosent svarer «Verken – eller», 41 prosent i ganske liten eller i liten grad, mens 2 prosent er usikre. Ikke overraskende vurderer lederne sin innflytelse som større enn verneombud og tillitsvalgte, som ikke skiller seg vesentlig fra hverandre. Når det gjelder ledere, har ledernivå betydning. Eksempelvis svarer 68 prosent av topplederne at de hadde stor grad av innflytelse på resultatet, mens 19 prosent av seksjonslederne eller enhetslederne svarer det samme. Det er også forskjeller i hvordan plasstillitsvalgte og hovedtillitsvalgte vurderer dette, men her er ikke forskjellene like store. 24 prosent av plasstillitsvalgte sier de hadde stor eller ganske stor grad av innflytelse, mens 41 prosent av de hovedtillitsvalgte svarer det samme.

I en undersøkelse gjennomført blant tillitsvalgte i tre LO-forbund i privat sektor har vi stilt et tilsvarende spørsmål (Alsos et al. under arbeid). I figur 2.7 ser vi at 27 prosent av de tillitsvalgte i sykehusene svarer at de i stor grad eller i ganske stor grad hadde innflytelse på resultatet av omstillingsprosessen. I undersøkelsen til Alsos og medforfattere svarer 29 prosent at de i stor eller i noen grad hadde innflytelse på utfallet av omorganiseringsprosessen (Alsos et al. under arbeid). Innflytelsen vurderes med andre ord som relativt lik på tvers av bransjer og sektorer. Det er heller ingen forskjeller mellom respondentene i privat og offentlig eide sykehus.

Vi «kommer ofte bakpå»

Overskriften er hentet fra et intervju med en tillitsvalgt som på undersøkelsestidspunktet var inne i en større endringsprosess. De tillitsvalgte var involvert i prosessen, men vår informant mente at de kom for seint inn, at «arbeidsgiver ikke overholder plikten om å ta oss inn tidlig nok i prosessen. Særlig når det gjelder spørsmål knyttet til innsparinger og nedskjæringer» (tillitsvalgt, Akademikerne). Denne oppfatningen er ganske dekkende for hvordan tillitsvalgte og verneombud oppfatter både samarbeidet og egen innflytelse i endringsprosessene.

En annen tillitsvalgt fra et annet sykehus, men fra samme sammenslutning skiller mellom formell og uformell innflytelse.

Jeg vil si at jeg har hatt stor innflytelse på et uformelt nivå, men når det gjelder det formelle nivået, tror jeg egentlig at sentrale fagpersoner har mer innflytelse enn jeg som tillitsvalgt har. Jeg synes å merke en tendens til at toppledelsen – med føringer fra arbeidsgiverforeningen – kjører på. Det er tendenser til mindre dialog. (Tillitsvalgt, Akademikerne)

Den siterte tillitsvalgte er opptatt av at maktforholdene har blitt mer tydelige og fleksibiliteten mindre, i den forstand at det som omtales som en lite samarbeidsinnstilt ledelse, medfører lite samarbeidsorienterte tillitsvalgte. Det har vokst fram en «gjerrighet» i systemet, som ikke er fleksibilitetsfremmende. Samtidig er det flere tillitsvalgte og

verneombud som mener at grunnen til at de trekkes seint inn, ikke nødvendigvis er en bevisst ledelsesstrategi, men snarere et resultat av at det går for fort i svingene, noe det *særlig* gjør i endringsprosesser:

Lederne på avdelingsnivå er ganske flinke til å ta med tillitsvalgte, selv om det ofte er i siste liten. Men det er egentlig slik at det meste er bestemt når det kommer til oss. De hører litt på oss for å sjekke om vi skulle ha enda bedre ideer. Vi blir hørt, men får sjelden gjennomslag. (Tillitsvalgt, Fagforbundet)

Avslutningsvis skal vi undersøke nærmere hva som ser ut til å påvirke svarene når det gjelder grad av samarbeid, kvaliteten på samarbeidet og innflytelse over resultatet. Er det slik at regioner fortsatt har betydning når vi for eksempel kontrollerer for størrelse, målt i antall ansatte? For å svare på dette har vi benyttet lineære regresjonsmodeller. I tabell 2.1 har vi kun inkludert de variablene som har signifikant effekt på de tre avhengige variablene samarbeidets omfang, samarbeidets kvalitet og innflytelse på resultatet. I tabellen angir vi i parentes retningen på hvordan de ulike uavhengige variablene innvirker på de avhengige.

Tabell 2.1 Variabler som påvirker samarbeidets omfang, kvalitet og innflytelse over resultatet

	Samarbeidets omfang	Samarbeidets kvalitet	Innflytelse på resultatet
Kjønn (0 = kvinne)	Menn (-) **	Menn (-) **	Kvinner (-) **
Utdanning (1 = grunnskole)	Høy (-) ***	Høy (-) ***	-
Ansiennitet i helsevesenet (antall år)	-	-	Lang (+) ***
Funksjon (0 = leder)	Leder (+) ***	Leder (+) ***	Leder (+) ***
Arbeidstakerorganisasjon (andre = 0)	Akademikerne (-)***	Akademikerne (-)***	Akademikerne (-)***
Helseregion (andre = 0)	Helse Sør-Øst (-)***	Helse Sør-Øst (-)***	Helse Sør-Øst (-)***

Tabell 2.1 gir en oversikt over hvilke variabler som har betydning i analysene. Vi ser blant annet at menn vurderer samarbeidets omfang og kvalitet som dårligere enn kvinner, mens menn – pussig nok – vurderer sin egen innflytelse på resultatene som større enn kvinner gjør. Arbeidstakere med høy utdanning vurderer samarbeidet som både dårligere og mindre omfangsrikt enn de med lav utdanning, men utdanning har ingen signifikant betydning når det gjelder innflytelse på resultatet. Ellers bekrefter analysene at ledere vurderer de tre spørsmålene langt mer positivt enn særlig tillitsvalgte, men også verneombud. Arbeidstakerorganisasjon har også betydning. De som er organisert i Akademikerne, vurderer gjennomgående samarbeidets omfang og kvalitet samt

innflytelsen på resultatene som dårligere enn hva organiserte i Unio, YS og LO gjør. Den store majoriteten av de organiserte i Akademikerne er leger.

Når det gjelder regional tilhørighet, viser denne analysen at de som jobber i Helse Sør-Øst, vurderer de tre spørsmålene mer negativt enn andre. Det tabell 2.1 ikke viser, er at ansatte i Helse Vest gjennomgående vurderer samarbeidets omfang som større og kvalitet og innflytelse som bedre enn de øvrige, men effekten er ikke like sterk. Ellers har antall ansatte ved sykehuset der man jobber, ingen signifikant betydning.⁵

Oppsummering

Tre spørsmål ble reist innledningsvis i dette kapittelet. Det første var: Hvor mange har vært gjennom endringer eller omstillingsprosesser de siste to år?

- Seks av ti svarer at de har vært gjennom omstillingsprosesser de siste to år.
 - Om lag halvparten av de som har vært gjennom omstillingsprosesser svarer at dette medførte nye arbeidsoppgaver.
 - Fire av ti svarer at deres arbeidsted ble slått sammen med annen avdeling/enhet.
 - Følgende endringer opptrer gjerne sammen: nye arbeidsoppgaver, nytt medisinsk utstyr, ansvar for nye pasientgrupper og ny arbeidstidsordning.
- På et og samme sykehus kan en avdeling eller klinikk være omfattet av store endringer, mens situasjonen i en annen del av sykehuset er preget av stabilitet.
- Rundt tre av ti tillitsvalgte og verneombud tok ikke initiativ til at de arbeidsmiljømessige konsekvensene av omstillingene ble vurdert.
- Bedriftshelsetjenesten ser ikke ut til å ha noen sentral rolle i omstillingsprosessene i norske sykehus.

Dernest spurte vi: I hvilken grad vektlegges kompetanse i omstillingsprosessene?

- Om lag en av tre tillitsvalgte og verneombud har diskutert utfordringer knyttet til kompetanse og opplæring i møter med ledelsen.
- 44 prosent av dem som har vært gjennom endrings- eller omstillingsprosesser siste to år, svarer at dette medførte nye kompetansekrav for ansatte.
 - Av disse svarer 74 prosent at det ble gitt opplæring for å imøtekomme de endrede kravene. Mens 98 prosent av topplederne svarer dette, er den tilsvarende andelen blant hovedtillitsvalgte 52 prosent.

⁵ Se www.faf.no, vedlegg 3 for analyser.

- De kvalitative intervjuene viser at det er ulike oppfatninger om hvor lett eller vanskelig det er å kunne ta del i kompetansehevende tiltak innenfor samme sykehus:
 - Noen mener det blir gitt positive svar, mens andre peker på at den økonomiske situasjonen gjør at mange får avslag når de søker.

Det tredje spørsmålet var: I hvilken grad samarbeider ledere, tillitsvalgte og verneombud i endrings- og omstillingsprosesser, og har de innflytelse? De ulike gruppene vurderer spørsmålene forskjellig.

- 83 prosent av lederne svarer at de samarbeider med tillitsvalgte og verneombud i stor eller i noen grad. Den tilsvarende andelen blant tillitsvalgte er 41 prosent. Verneombudene plasserer seg et sted imellom (65 prosent).
- Ikke uventet vurderer lederne sin innflytelse på utfallet av omstillingsprosessene som langt bedre enn hva tillitsvalgte og verneombudene gjør.
- I de kvalitative intervjuene er det flere tillitsvalgte som sier at de ofte kommer seint inn i prosessen, og etterlyser mer dialog og tidligere involvering.
- Menn, arbeidstakere med høy utdanning, ledere, organiserte i Akademikerne og de med tilhørighet i Helse Sør-Øst vurderer samarbeidets omfang og kvalitet som dårligere enn andre.
- Når det gjelder innflytelse på resultatet, vurderer kvinner, ansatte med kort ansienitet, ledere, tillitsvalgte i Akademikerne og de i Helse Sør-Øst dette som signifikant dårligere enn andre.

3 Arbeidstid og øvrige arbeidsbetingelser

Det er for kort hviletid mellom kveldsvakt og morgenvakt. Det er så vidt man klarer å overholde den avtalte hviletiden på åtte timer. Har man litt reisevei, så kan det bli lite hvile. Det kan også være vanskelig å snu døgnnet når man har kveldsvakter. Særlig er det en del av de eldre som sier at dette blir vanskeligere og vanskeligere med årene. (Verneombud)

Deler av sykehusene er i døgnskunterlig drift. Samtidig vil deler av driften være uforutsigbar. Hvor travel en vakt eller et døgn blir, vil i stor grad være avhengig av forhold som arbeidstakere og ledere i liten grad rår over. Hvor mange pasienter som kommer inn på akuttmottaket, hvor mange som legges inn, hvor mange som må opereres – dette og en rekke andre forhold er med på å legge rammer for de arbeidsoppgavene som mange av de ansatte utfører. Samtidig vil både arbeidstid og arbeidsbetingelser være påvirket av blant annet hvor mange ansatte det til enhver tid er på jobb, og hvor lange arbeidsøkter de har. I dette kapittelet undersøker vi spørsmålet:

- Hvilke arbeidstidsutfordringer og arbeidsbetingelser preger hverdagen i norske sykehus?

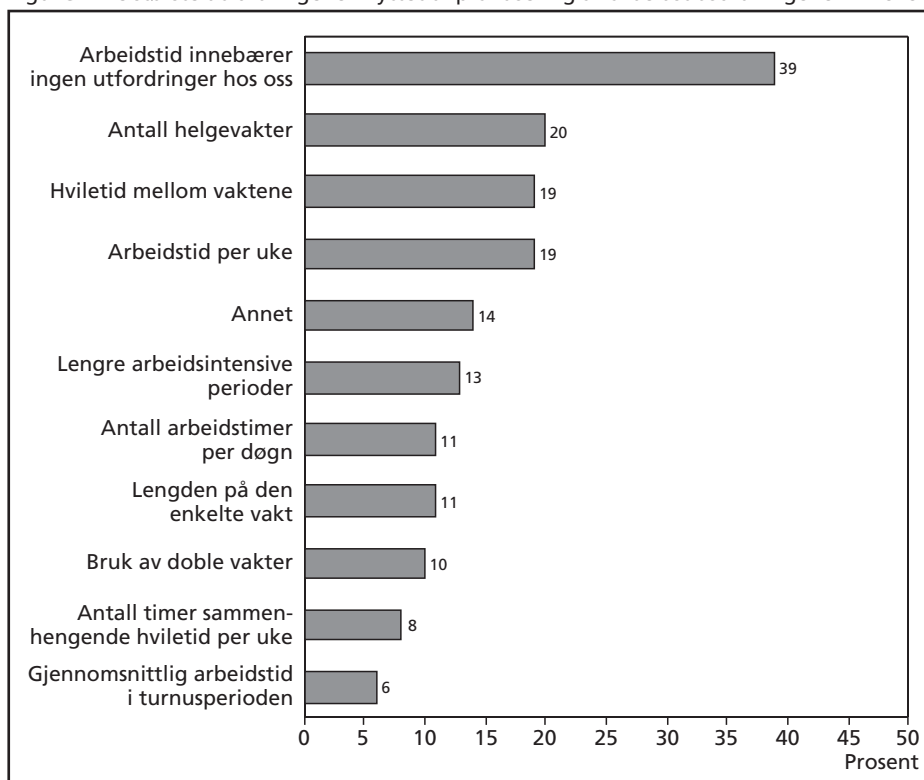
Praktisering av arbeidstidsordningene

Arbeidstid reguleres både i arbeidsmiljøloven kapittel 10 og i tariffavtaler, men mens reglene i loven gjelder alle arbeidstakere, dekker tariffavtaler kun de som arbeider i organiserte virksomheter. Alle helseforetakene er dekket av tariffavtaler. I mange sammenhenger gir loven minstebestemmelser som tariffavtalene utfyller, for eksempel når det gjelder daglig og ukentlig arbeidstid, overtidssatser eller lønnstillegg for skift/turnus (Seip et al. 2013). Tariffavtalene gir med andre ord et sterkere vern av arbeidstaker og inneholder vilkår som er bedre for arbeidstakerne enn lovens vilkår. Samtidig har arbeidsmiljøloven kapittel 10 flere bestemmelser som kan fravikes. Arbeidstidsbestemmelsene kan fravikes når det gjelder daglig eller ukentlig arbeidstid (9 timer per dag / 48 timer per uke), hviletidsbestemmelsene, bestemmelsene om fri annenhver søndag og reglene som angir øvre grense for overtid. I tillegg kommer fravik fra forbudet mot

nattarbeid (Seip et al. 2013:21). I helseforetakene vil arbeidets karakter kreve at grupper av ansatte jobber i tredelt turnus, altså arbeid på dag, kveld og natt, og i helger. Seip og medforfattere finner eksempelvis at avtaler om fravik fra arbeidsmiljølovens hvilebestemmelser er ganske vanlig i sykehus, sykehjem og andre deler av helse- og sosialsektoren (Seip et al. 2013:32).

Vi har bedt respondentene angi om de har noen utfordringer med praktisering av arbeidstidsordningene der de jobber.

Figur 3.1 De største utfordringene knyttet til praktisering av arbeidstidsordningene. N = 5250.



Knappe fire av ti svarer at arbeidstid ikke innebærer noen utfordring der de er leder, tillitsvalgt eller verneombud. Det er noen flere ledere enn tillitsvalgte som svarer dette, uten at forskjellene er veldig store (41 versus 33 prosent). Der er imidlertid verneombud som i størst grad svarer at praktisering av arbeidstidsbestemmelsene er uproblematisk, 45 prosent. Dersom vi ser på hvilket område respondentene arbeider innenfor, uavhengig av hvilken rolle de har, framgår det at de som arbeider innenfor anestesi/akuttmedisin, i minst grad svarer at arbeidstid er uproblematisk – 17 prosent,

mens de innen psykisk helsevern befinner seg i den andre enden av skalaen, der den tilsvarende andelen er 47 prosent.

Respondentene ble bedt om å krysse av for hvilke områder det eventuelt var utfordringer, og det er antall helgevakter, hviletid mellom vaktene og arbeidstid per uke som flest vektlegger. Det som i minst grad betraktes å være et problemområde, er gjennomsnittlig arbeidstid i turnusperioden.

Ledere og tillitsvalgte har en ganske omforent vurdering når det gjelder spørsmålene i figur 3.1, selv om det er tendens til at tillitsvalgte vurderer de ulike spørsmålene som mer utfordrende enn det ledere gjør. På ett av spørsmålene er forskjellene større, og det gjelder om det er utfordringer knyttet til «lengre arbeidsintensive perioder». Her svarer 10 prosent av lederne ja, mens den tilsvarende andelen blant tillitsvalgte er 19 prosent.

Som det framgår av figur 3.1, er det også en kategori «Annet». Her fikk respondentene i spørreundersøkelsen muligheter til å utdype, og her er noen eksempler på hva de svarte:

Til tider mye bruk av overtid og vakter som utløser aml.-brudd. Årsaken er uforutsette hendelser som sykdom blant personalet og pasienter som eksempelvis krever fastvakt. (Leder)

Det er for lav grunnbemanning, for mye adhocløsninger som er krevende for ledere på lavere nivåer, og dyre, dårlige løsninger som ofte gir aml.-brudd. (Leder)

Arbeidsmengden er for stor i forhold til tiden vi har til rådighet. (Tillitsvalgt)

Underbemanning fører til økt belastning på en allerede sliten «arbeidsstokk». (Tillitsvalgt)

Har fleksitid. Utfordring å sette grenser for seg selv med hensyn til arbeidstimer. (Verneombud)

Mange aml.-brudd i forhold til arbeidstid, årsbrudd allerede i januar, men også i de andre kategoriene. En del ledere har ikke fokus på fordeling av belastningen. (Verneombud)

Som det framgår av situatene, er det ulike begrunnelser som er under «Annet». Flere peker på underbemanning, andre på sykdom og uforutsette hendelser, men felles er at dette gir stor belastning på de ansatte. Det er også respondenter som begrunner utfordringer knyttet til arbeidstid med et lite fleksibelt regelverk/avtaleverk: «Behandlerne ønsker mer fleksibel arbeidstid for å nå pasientene bedre» (leder).

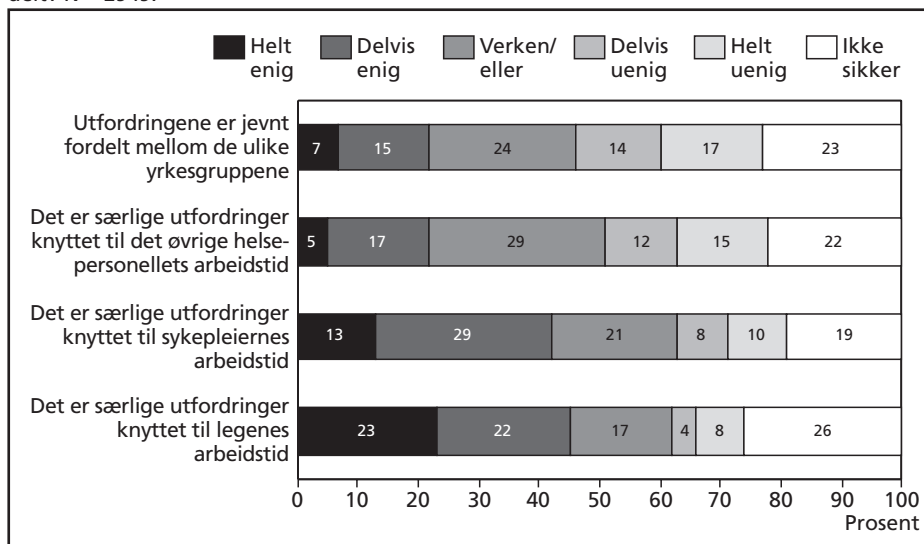
Arbeidstid har også vært tema i de kvalitative intervjuene. De fleste informantene er enten ledere, tillitsvalgte eller verneombud for ansatte som går i tredelt turnus. Flere informanter påpeker at det er få problemer med arbeidstid på ukedager. Det er derimot

større utfordringer i helgene. Det er også flere som påpeker at det i utgangspunktet er en for lav grunnbemanning:

På sengeposten er det for få sykepleiere til døgkontinuerlig drift. Bemanningsbehovet er omtrent likt på natt og helg som på dagtid. Det er et problem at vi nok på deler av døgnet/helgene kunne trenge større bemanning. Men uansett grunnbemanning blir det lett huller i helgen, og dette er vanskelig å løse. (Leder)

Noen steder har man diskutert bruk av tolvtimersvakter, uten at dette har vakt særlig entusiasme. Andre steder har man forsøkt dette. Ifølge hovedverneombudet ble forsøket innført etter initiativ fra en seksjon. Utgangspunktet var ønsket om flere frihelger, «men det ble for lange vakter» (hovedverneombud). I spørreundersøkelsen har vi stilt spørsmål om eventuelle utfordringer knyttet til arbeidstidsordningene er relatert til bestemte yrkesgrupper, eller om de er jevnt fordelt. I figur 3.2 har vi tatt utgangspunkt i dem som har svart at det er arbeidstidsutfordringer der de er ledere, tillitsvalgte eller verneombud.

Figur 3.2 Er arbeidstidsutfordringene størst blant enkelte yrkesgrupper, eller er de jevnt fordelt? N = 2949.



Det er 45 prosent som svarer at de er helt eller delvis enige i at det særlig er utfordringer ved legenes arbeidstid. Nesten like mange – 42 prosent – svarer at det er utfordringer knyttet til sykepleiernes arbeidstid. 22 prosent svarer at utfordringene er jevnt fordelt mellom de ulike yrkesgruppene. Like mange svarer at det er særlige utfordringer knyttet til det øvrige helsepersonellens arbeidstid. Vi ser at det er ganske mange som har svart «ikke sikker», samtidig som det er ganske store andeler av «Verken – eller». Rundt 50

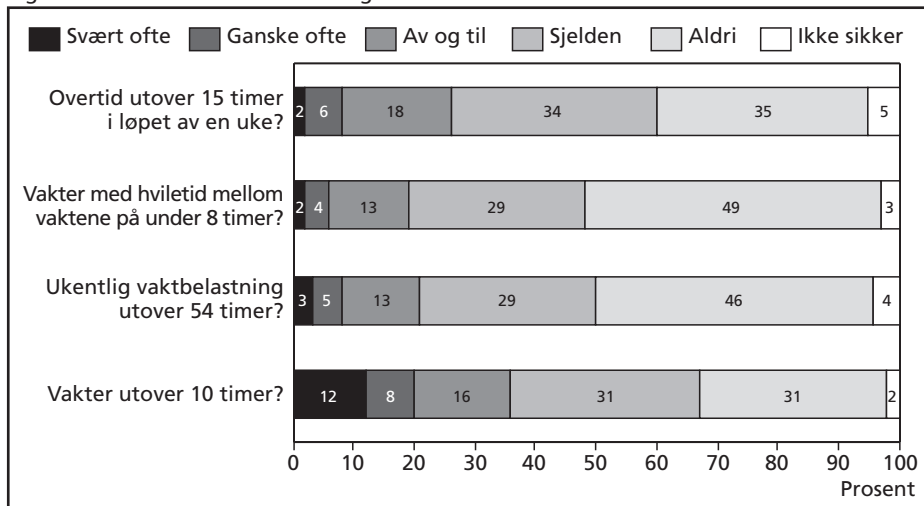
prosent svarer eksempelvis at de er usikre, eller de svarer «Verken – eller» på utsagnet om at det er særlig utfordringer knyttet til det øvrige helsepersonellens arbeidstid.

Seks av ti svarer at det har vært utfordringer knyttet til praktisering av arbeidstidsordningene. Og for dem som svarer at det er utfordringer, gjelder det særlig legenes og sykepleiernes arbeidstid.

Det er en tendens til at vurderingen av utfordringene følger respondentenes organisasjonstilknytning, slik at de som er organisert i Unio, er mest enige i at det er særlig utfordringer ved sykepleiernes arbeidstid, og så videre. Det er ingen særskilte forskjeller mellom regionene eller mellom offentlig og privat eide sykehus.

I figur 3.3 framgår det blant annet hvor ofte overtid på mer enn 15 timer i uka forekommer.

Figur 3.3 Hvor ofte forekommer følgende? Lavest N = 5095.



26 prosent svarer at overtid utover 15 timer i løpet av en uke forekommer svært ofte, ganske ofte eller av og til. Det er imidlertid vakter utover 10 timer som forekommer hyppigst – 36 prosent. Fordelingene i de to øvrige – vakter med hviletid mellom vaktene på under 8 timer og ukentlig vaktbelastning utover 54 timer – forekommer nesten like hyppig eller sjelden. Tillitsvalgte svarer gjennomgående at de ulike ordningene forekommer hyppigere enn hva ledere gjør, det største avviket er når det gjelder vakter utover 10 timer, der 32 prosent av lederne svarer at dette forekommer av og til, ganske ofte og svært ofte. Den tilsvarende andelen for tillitsvalgte er 49 prosent. Organiserte

i Akademikerne svarer også i signifikant større grad at de har vakter utover 10 timer (58 prosent) og ukentlig vaktbelastning utover 54 timer (43 prosent), enn øvrige. I den forbindelse kan det minnes om at Den norske legeförening i sin sentrale tariffavtale har bestemmelser som sier at arbeidstid kan avtales individuelt med den enkelte lege, innenfor rammen av arbeidsmiljøloven kapittel 10.12 (4).

Dersom vi sammenlikner svarene med hvilket område respondentene jobber innenfor, framgår det at de som jobber innenfor anestesi og akuttmedisin, i størst grad svarer at de ulike forholdene forekommer hyppig. I motsatt ende av skalaen finner vi de innenfor psykisk helsevern. Det er også en tendens til at arbeidstakere i Helse Nord er de som svarer at de ulike variantene i figur 3.3 forekommer hyppigst. De som jobber i private sykehus, er også noe mer tilbøyelige til å svare at overtid utover 15 timer i løpet av en uke forekommer sjelden eller aldri, sammenliknet med sine kolleger i offentlig eide sykehus. Ellers er det ingen særskilte forskjeller som kan knyttes til eierskap.

Vi har også stilt spørsmål om det er et løpende system for registrering av arbeidstid der respondentene jobber. 81 prosent svarer bekreftende på dette, men her er det ganske store forskjeller mellom de ulike gruppene.

89 prosent av lederne svarer at de har et system for registrering av arbeidstid der de jobber. Blant tillitsvalgte er den tilsvarende andelen 73 prosent. Videre svarer 79 prosent at de registrerte timene avspeiler den reelle tiden som faktisk arbeides, men også her er det variasjon. Ledere er langt mer enige i dette enn tillitsvalgte: 87 versus 61 prosent.

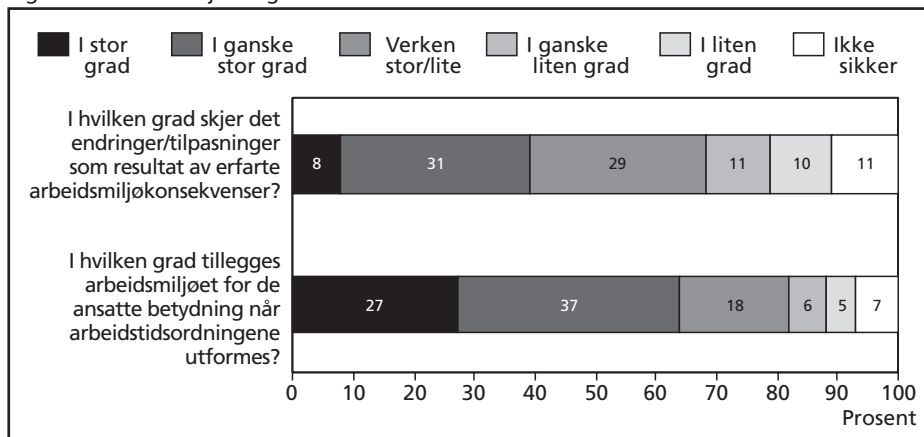
Vi har også undersøkt om avstanden mellom ledere og tillitsvalgte reduseres dersom vi sammenlikner svarene deres med svarene til dem som befinner seg på samme nivå, eksempelvis toppledere og hovedtillitsvalgte. Avstanden er omtrent den samme. En forklaring kan være at ledere har ansvar for flere grupper, og de kan derfor svare «ja» dersom de har et slikt system for én av gruppene, men ikke for andre. Tillitsvalgte vil på sin side svare ut fra hvordan det er på arbeidsplassen der de har sitt verv.

Et spørsmål som Arbeidstilsynet er opptatt av, er om arbeidsmiljøet for de ansatte tillegges vekt når arbeidstidsordninger utformes. Figur 3.4 viser hvordan dette vurderes.

Ser vi hele utvalget under ett, svarer 64 prosent at arbeidsmiljøet i stor eller ganske stor grad har betydning for utforming av arbeidstidsordninger. Men her er det et stort sprik i svarene, og det kan relateres til de tre gruppene. Mens 80 prosent av lederne svarer dette, er den tilsvarende andelen blant tillitsvalgte 42 prosent. Rett i underkant av 40 prosent svarer at det i stor eller ganske stor grad skjer endringer som følge av arbeidsmiljøkonsekvenser. Igjen er det stor avstand i hvordan ledere og tillitsvalgte vurderer dette. Henholdsvis 49 og 22 prosent har svart at de er helt eller delvis enige i

dette. Det er også ganske store andeler som ikke har gjort seg opp noen helt klar mening i disse to spørsmålene, eller som svarer at de er usikre. Særlig gjelder dette spørsmålet om arbeidsmiljøet har betydning for utforming av arbeidstidsordninger. Samlet svarer 40 prosent «verken stor/liten», eller at de er usikre.

Figur 3.4 Arbeidsmiljøet og arbeidstid. Lavest N = 5118.



Det er også en relativt sterk sammenheng mellom disse to spørsmålene. Sammenhengen tilsier at dersom man i stor eller ganske stor grad mener at arbeidsmiljøet for de ansatte tillegges betydning når arbeidstidsordningene utformes, er man også langt mer tilbøyelig til å svare at det skjer endringer eller tilpasninger som resultat av erfarte arbeidsmiljøkonsekvenser. Dette gjelder også vice versa.⁶ Som vi kommer inn på under, gjøres det også individuelle tilpasninger.

Individuelle tilpasninger

I de kvalitative intervjuene har vi spurt våre informanter om det gjøres individuelle tilpasninger i arbeidstiden. Spørsmålet om individuelle tilpasninger ser særlig ut til å være en relevant problemstilling på de arbeidsplasser der man har tredelt turnus. Informantenes svar varierer ganske mye. Noen steder gjøres dette i stor grad, andre steder har de strammet dette inn, mens det atter andre steder gjøres tilpasninger i liten grad. Grunnen til at det enten er strammet inn, eller at det i liten grad gjøres individuelle tilpasninger, er at individuelle tilpasninger kan påvirke arbeidssituasjonen til de øvrige ansatte i negativ retning. Vårt inntrykk er at enslige forsørgere likevel stiller i en særskilt rolle med hensyn til tilpasninger.

⁶ Pearsons korrelasjonskoeffisient er .53***.

Her er eksempler på ulike grader av tilpasninger:

Vi hadde en som ba om å få slippe nattevakt. Hun hadde også med seg en anbefaling fra legen. Vår første innskyttelse var at dette måtte vi innvilge. Men da var det et lyst hode som tenkte, hva når nummer to, tre, fire og fem ber om det samme? Det ble innvilget en ordning der den ansatte må søke hvert halvår. Men hovedholdningen er at dersom du ikke klarer nattevakt og er rundt 40, så må du heller hjelpes over i noe annet. Vi er ingen verna bedrift. (Hovedtillitsvalgt, Unio)

Individuell tilpasning er ikke så lett. Vi gjør det jo i forhold til graviditet og nattevakt. Vi er en IA-bedrift. Men det blir mer press på de andre. (Hovedverneombud)

Det er særlig ønsker om å slippe nattevakt og jobbe færre helger som er gjengangere når vi spør om individuelle tilpasninger, men som det framgår av sitatene, ser det ut til at man har en relativt restriktiv holdning til slike ønsker. Blant våre informanter har ledere, tillitsvalgte og verneombud en omforent oppfatning om at denne type tilpasninger bør begrenses mest mulig.

Innflytelse over valg og utforming av arbeidstidsordningene

Hvilken innflytelse arbeidsgiverens representanter og tillitsvalgte på virksomhetsnivå har på utforming av arbeidstidsordningene, vil bero på de ulike tariffavtalenes utforming. Som vi omtalte over, gir den sentrale avtalen til Legeforeningen det enkelte medlem vide fullmakter til å inngå avtale med sin arbeidsgiver.

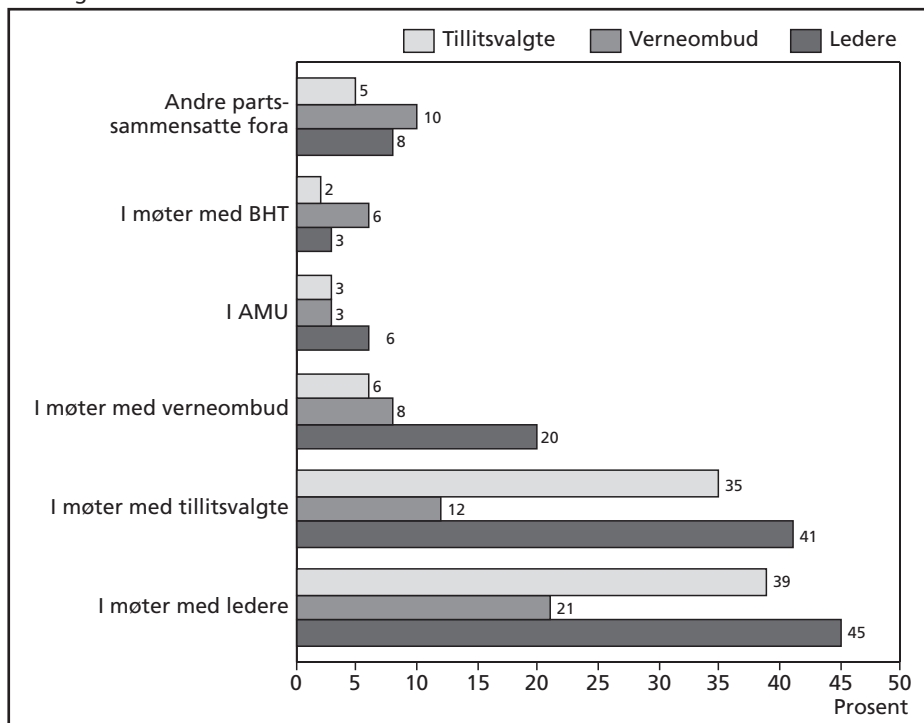
En forutsetning for innflytelse er gjerne at man får muligheten til å diskutere et tema i fora av betydning. Vi har spurt respondentene om de, i kraft av sin rolle som ledere, tillitsvalgte eller verneombud har diskutert utfordringer knyttet til arbeidstidsordninger i ulike opplistede fora eller møteplasser. Figur 3.5 viser resultatet.

45 prosent av lederne og 39 prosent av de tillitsvalgte har diskutert utfordringer knyttet til arbeidstidsordninger i møter med andre ledere / møter med ledelsen. Kun drøyt to av ti verneombud svarer det samme. Det er nesten like mange ledere (41 prosent) og tillitsvalgte (35 prosent) som svarer at dette diskuteres i møter med tillitsvalgte eller i møter med andre tillitsvalgte. Vi ser at verneombud i mindre grad diskuterer dette på de ulike opplistede møteplassene.

Det er få som svarer at de har vært med på å diskutere problematikken i AMU i møter med bedriftshelsetjenesten og i andre partssammensatte fora. At så få har svart de to førstnevnte, er ikke overraskende. Det er et begrenset antall ledere, tillitsvalgte og verneombud som sitter i AMU. Dersom vi tar utgangspunkt i tillitsvalgte og verne-

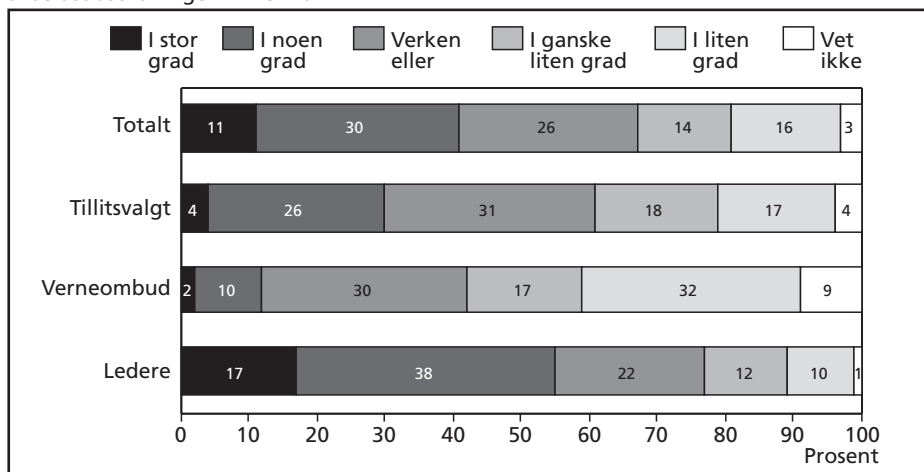
ombud som faktisk møter i AMU, svarer 13 prosent av de tillitsvalgte og 25 prosent av verneombudene at de har diskutert utfordringer knyttet til arbeidsordninger i utvalget. Der er imidlertid grunn til å understreke at det blant våre respondenter kun er 57 verneombud og 121 tillitsvalgte som sitter i AMU.

Figur 3.5 Deltar du, i kraft av din rolle, i diskusjoner om utfordringer knyttet til arbeidstidsordninger i ett eller flere av disse foraene? N = 6037.



I undersøkelsen har vi også stilt spørsmål om hvor stor innflytelse respondentene mener de har på utforming av arbeidstidsordningene som benyttes. Samlet svarer 41 prosent at de i stor eller noen grad har innflytelse på utformingen av arbeidstidsordningene, mens 30 prosent svarer i ganske liten eller i liten grad. Figur 3.6 (på neste side) viser ikke overraskende at ledere vurderer sin innflytelse som større enn hva tillitsvalgte og verneombud gjør.

Figur 3.6 Ledere, verneombud og tillitsvalgtes vurdering av egen innflytelse på utforming av arbeidstidsordninger. N = 5120.



Verneombudene er de som vurderer sin innflytelse som lavest, heller ikke det er veldig overraskende siden arbeidstiden i sykehusene i stor grad reguleres gjennom tariff-avtalene – der tillitsvalgte er part. Forholdet mellom tillitsvalgte og ledere endrer seg ikke dersom vi sammenlikner svarene fra henholdsvis hovedtillitsvalgte og toppledere. Vi har gjennomført en lineær regresjonsanalyse og finner at følgende trekk ved arbeidsplassene og respondentene har betydning for vurdering av egen innflytelse på arbeidstid:⁷

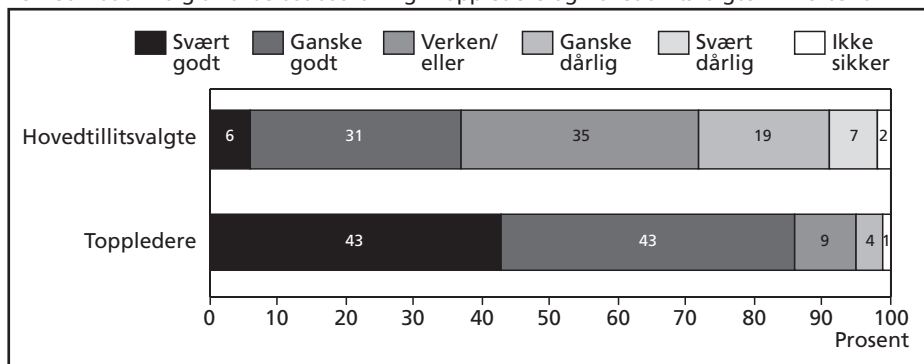
- Ledere vurderer sin innflytelse som større enn andre.
- De med lang ansiennitet vurderer sin innflytelse som større enn de med kort.
- Organiserte i Akademikerne vurderer sin innflytelse som lavere enn organiserte i andre forbund.
- Menn vurderer sin innflytelse som lavere enn kvinner.
- De med lav utdanning vurderer sin innflytelse som høyere enn de med lang.

Helseregion, antall ansatte der man er verneombud, tillitsvalgt eller leder, og om arbeidsplassen har vært gjennom omstilling, har her ingen særskilt betydning.

Men hva med samarbeidet? Synes ledere, tillitsvalgte og verneombud at de samarbeider godt i spørsmål om valg av arbeidstidsordning?

⁷ Utdanning er signifikant på 5-prosentnivå, de øvrige er signifikante på 1-prosentnivå. Se www.fafo.no, vedlegg 3 for nærmere informasjon.

Figur 3.7 Alt i alt, hvordan vil du karakterisere samarbeidet mellom ledelsen, tillitsvalgte og verneombud i valg av arbeidstidsordning? Toppledere og hovedtillitsvalgte. N = 91/346.



Igjen er det store forskjeller i svarene, alt etter hvilken rolle man har. 73 prosent av lederne svarer at samarbeidet fungerer svært godt eller ganske godt, mens den tilsvarende andelen blant tillitsvalgte er 37 prosent. Verneombud plasserer seg et sted imellom – 56 prosent. Samarbeidet kan tenkes å være ulikt på forskjellige nivåer. Det er derfor av interesse å undersøke hvordan hovedtillitsvalgte og toppledere vurderer dette, og resultatene viser at avstanden ikke blir mindre.

Vi ser at det er svært store forskjeller i hvordan hovedtillitsvalgte og toppledere vurderer samarbeidet. Når vi ser nærmere på de hovedtillitsvalgte, framgår det at det også her er variasjon. Vi skal være litt varsomme for utvalget blir lite når vi deler det opp på denne måten. Men mens rundt sju av ti hovedtillitsvalgte i LO vurderer samarbeidet som svært godt eller ganske godt, er den tilsvarende andelen i Akademikerne 43 prosent, mens 49 prosent i Unio svarer det samme. Hovedtillitsvalgte i YS befinner seg et sted midt imellom, seks av ti vurderer samarbeidet som svært godt eller ganske godt.

Det siste temaet vi skal se på i dette kapittelet, er arbeidsbetingelser.

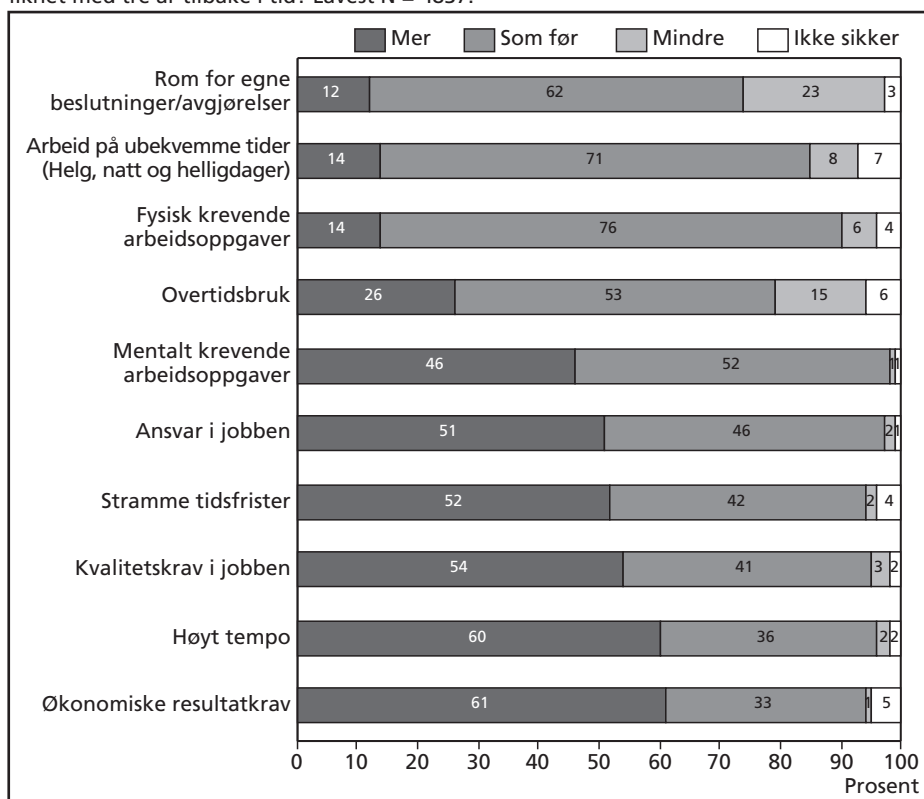
Arbeidsbetingelser

Arbeidspresset er veldig stort i perioder, og det er uforutsigbart. Vi tar imot øyeblikkelig hjelp. Det som kan redusere et slikt press, er høyere grunnbemanning. Dette diskuterer vi med ledelsen. Bemanningsplanen slik den er i dag, er ikke god nok. Den tar ikke høyde for ferier, permisjoner eller sykefravær. (Tillitsvalgt, Unio)

Slik beskriver en av våre tillitsvalgtinformanter arbeidspresset på sin arbeidsplass. I tilsynsaksjonen «God vakt» og i den påfølgende evalueringen framgikk det at mye var endret til det bedre når det gjaldt arbeidsmiljø og HMS i norske sykehus, men det

ble pekt på en betydelig forverring av tidspresset. I vår spørreundersøkelse har vi blant annet stilt spørsmål om tidsfrister og arbeidstempo. Spørsmålene er i stor grad de samme som Grimsmo og Sørensen (2004) stilte i sin undersøkelse. Svarene er likevel ikke direkte sammenliknbare siden vår undersøkelse kun er besvart av arbeidstakere som er verneombud, tillitsvalgte eller ledere. De tre ulike gruppene av respondenter blir imidlertid bedt om å vurdere sin egen arbeidssituasjon. I figur 3.8 ser vi hvordan ulike sider ved arbeidssituasjonen vurderes i 2014.

Figur 3.8 Har arbeidssituasjonen endret seg til det bedre, verre, eller er den uendret sammenliknet med tre år tilbake i tid? Lavest N = 4837.



Når det gjelder de tre øverste, «Rom for egne beslutninger/avgjørelser», «Arbeid på ubekvemme tider» og «Fysisk krevende oppgaver», er bildet preget av stabilitet. Det er likevel verd å merke seg at 23 prosent svarer at rommet for egne beslutninger har blitt mindre sammenliknet med tre år siden. Det er også som vurderer at arbeidsoppgavene har blitt mer krevende, og at det å arbeide på ubekvemme tider har tiltatt snarere enn avtatt i løpet av de tre siste årene. Hvis vi ser på «Overtidsbruk», framgår det at rundt en fjerdedel mener at dette har økt, mens 15 prosent svarer at

dette har avtatt. Drøye 50 prosent svarer som før. Når det gjelder vurderingene av de øvrige spørsmålene, er det svært få som har svart mindre. Utvalget er ganske delt mellom dem som svarer «Mer», og dem som svarer «Som før». Men vi ser at seks av ti svarer at «Høyt tempo» i arbeidssituasjonen har tiltatt. Det samme gjelder «Økonomiske resultatkrav».

Tillitsvalgte, verneombud og ledere vurderer en del av spørsmålene i figur 3.8 ulikt. Ledere svarer i større grad enn øvrige at kvalitetskravene (62 prosent) og ansvaret i jobben har tiltatt (59 prosent). Tillitsvalgte og verneombud er på sin side mer tilbøyelige til å svare at jobben har blitt mer fysisk krevende. Tillitsvalgte svarer også at man oftere jobber i et høyt tempo (67 prosent), og at overtidbruken har økt (36 prosent) sett i forhold til hvordan det var tre år tidligere.

Når vi undersøker lederne litt nærmere, er det variasjon alt etter hvor i lederhierarkiet man er. Seksjons- eller enhetsledere svarer i signifikant større grad enn øvrige ledere at arbeidstempoet (61 vs. 51 prosent), overtidbruken (27 vs. 17 prosent), økonomiske resultatkrav (66 vs. 52 prosent), mentalt krevende arbeidsoppgaver (51 vs. 35 prosent) og mer ansvar (62 vs. 37 prosent) har tiltatt. Når det gjelder arbeidstempo, ser det ut til at tillitsvalgte og seksjons- eller enhetslederne vurderer dette ganske likt.

Selv om vi skal være svært varsomme med å sammenlikne resultatene fra vår undersøkelse med funn fra Grimsmo og Sørensen (2004), finner vi at når det gjelder stramme tidsfrister, kvalitetskrav og ansvar i jobben, er det drøye 10 prosent flere i vår undersøkelse som svarer at disse har tiltatt. Det er også 10 prosent flere som svarer at rommet for egne beslutninger har blitt mindre. Hvorvidt disse forskjellene skyldes ulikt utvalg, eller om situasjonen faktisk er endret i de ti årene som ligger mellom disse to undersøkelsene, vet vi ikke, men forskjellene er like fullt interessante.

Figur 3.8 indikerer en intensivering av arbeidssituasjonen. Slik sett er våre funn sammenliknbare med en av konklusjonene til Grimsmo og Sørensen (2004).

Analysen viser at grad av intensivering i noen grad er knyttet til hvorvidt man er leder, tillitsvalgt og verneombud, samtidig som det for ledernes del særlig ser ut til å være seksjons- eller enhetslederne som i størst grad vurderer arbeidssituasjonen som tøffere nå enn tidligere.

«Alle jobber mer og raskere enn hva som var tilfelle for si 20 år siden»

Sitatet er hentet fra et intervju med en leder. Samtlige av våre informanter forteller om et tidvis stort arbeidspress. Men det går i bølger. Utfordringen er at det i mange tilfeller er vanskelig å forutse, særlig for dem som jobber på avdelinger eller i klinikker der de tar imot øyeblikkelig hjelp-pasienter. Det er imidlertid også flere som framhever at arbeidspresset blir tøffere fordi man i utgangspunktet har en for lav grunnbemanning. Her er det et skille mellom tillitsvalgte og verneombud på den ene siden og ledere på den andre siden. Sett fra et lederståsted vil man aldri kunne bemanne seg vekk fra det uforutsigbare ved å jobbe på et sykehus. De vektlegger i stor grad behovet for at det må være gode rutiner på plass for å unngå at det gjøres feil. En sier at et relativt stort arbeidspress følger av jobbens karakter:

De fleste forutsetter vel det når vi tar en sykehusjobb, men for unge leger kan det bli tøffe dager. Samtidig er det jo givende arbeid, så det bidrar nok til at vi tåler en støyt. Dette med arbeidspress går egentlig greit, så lenge det er orden i sakene, og det er en viss grad av forutsigbarhet. (Leder)

Det er et stort arbeidspress, og det gjelder særlig sengepostene. Vi skal i utgangspunktet ha et belegg på mellom 65 og 70 prosent, det er det vi er bemannet for, men nå er det er fylt helt opp. Og det har vi ikke bemanning for. Det er økonomien som bestemmer dette. (Tillitsvalgt, Unio)

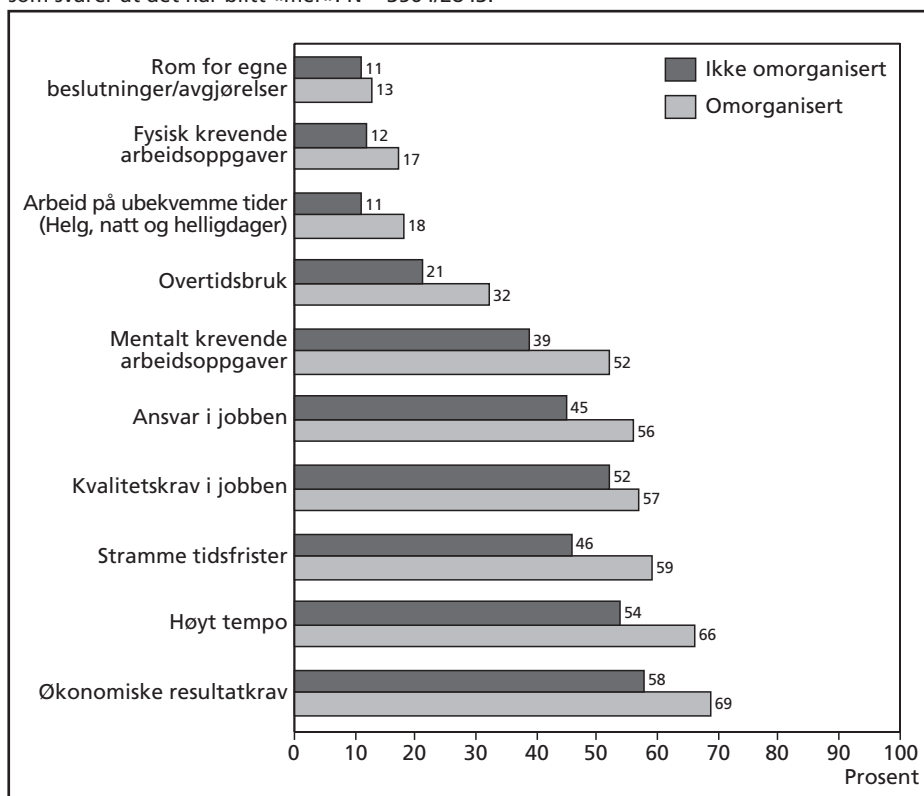
Det er imidlertid også tillitsvalgte som mener at spørsmålet om arbeidspress særlig aktualiseres når man føler at jobben ikke er godt nok gjort. En tillitsvalgt for Akademikerne framhever at det er ikke den samme diskusjonen for leger og for sykepleiere. Informanten mener at det er enklere å få vikarer, ekstrahjelpere eller innleide til å overta pleieoppgaver. For legene er det annerledes fordi arbeidets karakter krever spesial- eller spisskompetanse som er svært vanskelig å få tak i gjennom innleie.

Blant våre informanter har vi ledere og tillitsvalgte fra Akademikerne som ønsker å få fram at de mange rapporteringskravene er belastende. Det er en viss forståelse for at rapporteringen i mange tilfeller er «fornuftig», men at det samlet blir en for stor belastning «uten at det følger med ressurser» (leder), samtidig med at merkantilt personale har blitt redusert. Også andre ledere forteller at dette diskuteres i lederkollegiet, men fortrinnsvis uformelt, og det snakkes om økt byråkratisering. Økende rapportering og byråkratisering var to sentrale funn i Hippe og Trygstad sin undersøkelse blant ledere i norske sykehus i 2012 (Hippe & Trygstad, 2012). Til tross for frustrasjon blir dette ikke tematisert i ledermøter som informantene deltar i. En sier at frustrasjonen derfor tidvis kan få karakter av sutring fordi den bare snakkes om i uformelle fora. Samtidig er denne informanten, i likhet med andre, opptatt av at rapporteringen stjeler tid fra andre viktigere oppgaver. En tillitsvalgt påpeker at kravene kommer fra ulike nivåer:

En del følger av det lovpålagte. Men det kommer også en hel rekke krav fra ledelsen. Det kan oppstå nye rapporteringsrutiner dersom det skjer uheldige hendelser. Jeg har for så vidt en respekt for regler og ser behov for at vi rapporterer på en rekke parametere, men jeg tror at for mange er mye rapportering uforståelig. Slik sett har ledelsen et oversettelsesproblem: De må forklare bedre hvorfor det og det er viktig å rapportere. (Tillitsvalgt, Akademikerne)

Et annet interessant spørsmål er om vurderinger av arbeidssituasjonen er påvirket av om man har vært gjennom endrings- eller omstillingsprosesser. I kapittel 2 så vi at om lag seks av ti har svart at de har vært gjennom denne type prosesser i løpet av de siste to årene. I figur 3.9 har vi sammenliknet denne gruppen med dem som har svart at de ikke har vært gjennom endrings- eller omstillingsprosesser, og vi ser flere eksempler på at de to gruppene vurderer arbeidssituasjonen forskjellig.

Figur 3.9 Påvirker endrings- og omstillingsprosesser vurderingen av arbeidssituasjonen? Andel som svarer at det har blitt «mer». N = 3564/2843.



Figur 3.9 antyder at de som har vært gjennom endrings- eller omstillingsprosesser, i større grad enn øvrige svarer at tidsfristene har blitt strammere, at det har blitt mer mentalt krevende oppgaver i jobben, at tempoet er skrudd opp, at økonomiske resultatkrav i jobben har økt, og at overtidsbruken har gått opp sett i forhold til for to år siden. Hvorvidt endringene er forbigående eller mer permanente, forteller disse dataene ingen ting om. Men opplevelsen av en hektisk hverdag underbygges, som vi har sett, i de kvalitative intervjuene.

Oppsummering

I dette kapittelet har vi rettet blikket mot arbeidstidsutfordringer og arbeidsbetingelser som preger hverdagen i norske sykehus. Vi starter med arbeidstidsordninger.

- 39 prosent svarer at det ikke er noen utfordringer knyttet til arbeidstid der de er leder, verneombud eller tillitsvalgt.
 - Det er færrest innen anestesi og akuttmedisin som svarer dette.
- Blant de øvrige 61 prosentene trekkes blant annet antall helgevakter, hviletid mellom vaktene og arbeidstid per uke fram som utfordringer.
- I de kvalitative intervjuene er tillitsvalgte og verneombud opptatt av at lav grunnbemanning skaper utfordringer og arbeidspress.
- 45 prosent svarer at det særlig er utfordringer knyttet til legenes arbeidstidsordninger, mens nesten like mange (42 prosent) sier at det er utfordringer knyttet til sykepleiernes arbeidstidsordninger.
- 89 prosent av lederne oppgir at man har et system for registrering av arbeidstid der de jobber. Den tilsvarende andelen blant tillitsvalgte er 73 prosent.
- 87 prosent av lederne svarer at de registrerte timene avspeiler den reelle arbeidstiden, den tilsvarende andelen blant tillitsvalgte er 61 prosent.
- 64 prosent hevder at arbeidsmiljøet tillegges stor eller ganske stor betydning når arbeidstidsordningene utformes, men igjen er det sprik i svarene:
 - Mens åtte av ti ledere svarer dette, er den tilsvarende andelen av tillitsvalgte rundt fire av ti.
- De kvalitative intervjuene viser at graden av individuelle tilpasninger varierer ganske mye. Ledere, tillitsvalgte og verneombud ser imidlertid ut til å ha en omforent oppfatning om at individuelle tilpasninger kan påvirke arbeidssituasjonen til de øvrige i negativ retning.

- Ledere vurderer sin innflytelse på valg av arbeidstidsordning som høyere enn hva tillitsvalgte og verneombud gjør. Nærmere analyser viser at foruten lederfunksjon har følgende variabler betydning:
 - De med kort utdanning, organiserte i Akademikerne, menn og de med lang utdanning vurderer sin innflytelse som dårligere enn øvrige.
- 73 prosent av lederne vurderer samarbeidet knyttet til arbeidstidsordninger som godt. Den tilsvarende andelen blant tillitsvalgte er 37 prosent, mens for verneombudene er den 56 prosent.
- Ledere, tillitsvalgte og verneombud som vi har intervjuet, forteller om et tidvis stort arbeids- og tidspress. Også spørreundersøkelsen kan tyde på at arbeidsintensiviteten har økt de seinere år:
 - Ledere, tillitsvalgte og verneombud har en ganske omforent oppfatning av arbeidssituasjonen. Men mens ledere særlig opplever en økning hva gjelder kvalitetskrav og ansvar i jobben, svarer tillitsvalgte og verneombud i noe større grad at jobben har blitt mer fysisk krevende.
- De som har vært gjennom endrings- eller omstillingsprosesser siste to år, svarer i større grad enn øvrige at tidsfristene har blitt strammere, at det har blitt mer mentalt krevende oppgaver i jobben, at tempoet er skrudd opp, at økonomiske resultatkrav i jobben har økt, og at overtidsbruken har gått opp sammenliknet med to år tilbake i tid.

4 Ansettelsesformer

Turnover varierer med sengeområdene. Det er belastende å være på visse sengeposter, og vi ser at en del ansatte går til plasser hvor det ikke er døgnkontinuerlig turnus, men dagarbeid. Vi bruker både vikarer og innleie fra vikarbyråer. Det gjelder først og fremst om sommeren, og grunnen er ferieavvikling. De som arbeider ufrivillig deltid og ønsker å jobbe mer, bruker vi hele året. (Tillitsvalgt, Unio)

I dette kapittelet skal vi se på bruk av innleide arbeidstakere og midlertidige ansettelser. Vi spør:

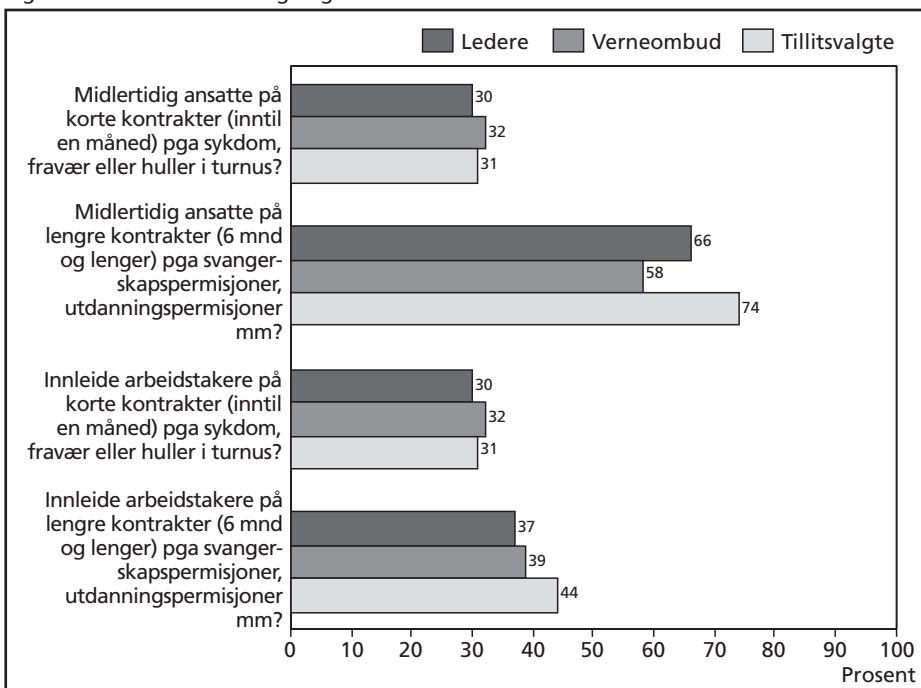
- I hvilken grad bruker sykehusene midlertidig og innleid arbeidskraft, og er bruken økende?
- Hvilke konsekvenser har bruk av midlertidige og innleide på korte kontrakter på ulike sider av arbeidssituasjonen?
- Diskuteres bruk av midlertidige og innleide på korte kontrakter, og har ledere, tillitsvalgte og verneombud innflytelse på omfanget?

Som det framgår av problemstillingene, er vi særlig opptatt av innleide og midlertidige på korte kontrakter på inntil en måned. I de kvalitative intervjuene framkommer det at bruk av midlertidige og innleide varierer mye. Noen steder er dette bare i bruk under helt spesielle omstendigheter. Andre steder, som på arbeidsplassen til den siterte tillitsvalgte, er dette langt mer vanlig.

Fra 1. juli 2000 ble det gjennom lovendring mulig å bruke innleie fra langt flere yrkesgrupper enn tidligere. Det ble da mulig å leie inn arbeidstakere fra bemanningsbyråer i blant annet helse- og omsorgssektoren, og det har vokst fram bemanningsbyråer som har profilert seg som utleiende av helsepersonell, slik som leger, sykepleiere og hjelpepleiere. I 2002 fant Nergaard og Nicolaisen at innleie i helse- og omsorgssektoren dekket ulike behov, blant annet behovet for å dekke vakter i forbindelse med ferieavvikling, sykefravær samt å dekke spesielt ubekvemme vakter på helseinstitusjoner. Samtidig pekte også forskerne på at innleie ble brukt for å prøve ut mulige kandidater for fast stilling (ibid. s. 59). Etter den tid viser ulike undersøkelser at bruk av innleide arbeidstakere har økt i helse og omsorg (Econ 2009; Berge et al. 2011; Nergaard et al. 2011). Berge og medforfattere undersøkte bruk av innleide sykepleiere i sykehus og i den kommunale pleie- og omsorgssektoren i 2011, og de fant at sykefravær og ferie-

avvikling var viktige motiver for innleie. I tillegg var også rekrutteringsproblemer en viktig forklaring på bruk av sykepleiere fra bemanningsselskap. Som nevnt flere ganger tidligere er sykehus komplekse organisasjoner, og store deler av det har døgkontinuerlig drift. Sykefravær får derfor konsekvenser for bemanningssituasjonen. I tillegg vil store virksomheter ha ansatte som går ut i ulike former for permisjoner, herunder blant annet svangerskaps- og foreldrepermisjoner samt utdanningspermisjoner. I figur 4.1 ser vi hvordan våre respondenter vurderer omfanget av midlertidige og innleide arbeidstakere på både korte og lengre kontrakter.

Figur 4.1 Bruk av midlertidige og innleide arbeidstakere siste året. Lavest N = 4937.



Vi ser at det er relativt mange som har erfaring med midlertidig ansatte på lengre kontrakter (6 måneder eller mer), samlet svarer 67 prosent «ja» på dette. Dernest følger innleide arbeidstakere på lengre kontrakter (6 måneder eller mer), som 39 prosent svarer har blitt benyttet siste året. Vi ser også at rundt tre av ti svarer at det har blitt brukt midlertidig ansatte og innleide på korte kontrakter grunnet sykdom, fravær eller huller i turnusen der de er ledere, tillitsvalgte eller verneombud.

Fordelingen i figur 4.1 viser at ledere, tillitsvalgte og verneombud vurderer bruk av innleie og midlertidige ansettelse på kortere og lengre kontrakter ganske likt. Det er riktignok noen flere tillitsvalgte som svarer at midlertidige på lengre kontrakter har blitt brukt, enn hva ledere og verneombud gjør, men ellers er det ikke store forskjeller.

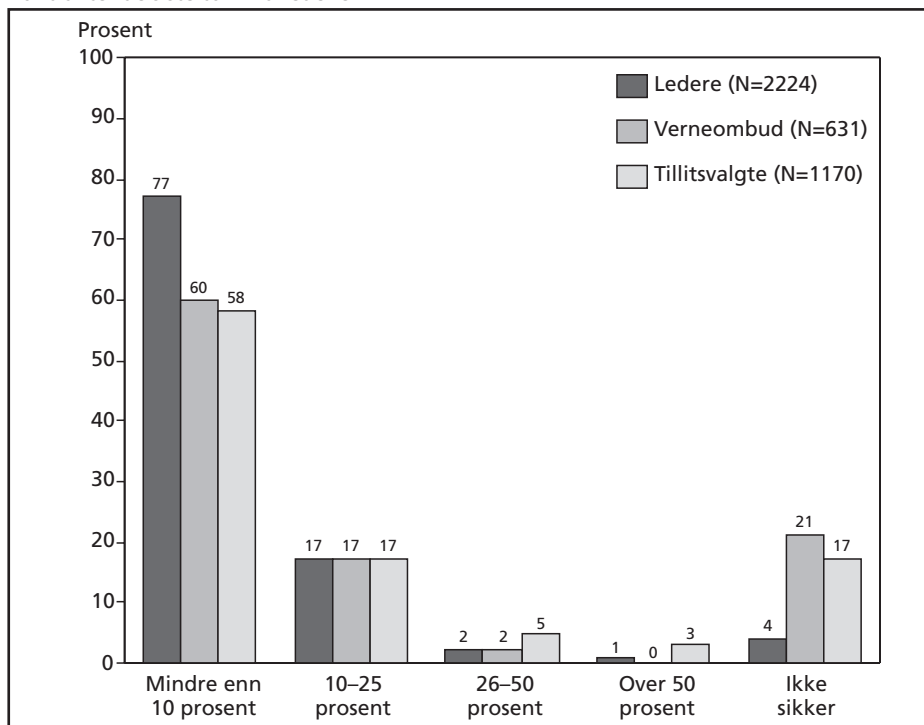
Det figur 4.1 ikke viser, er at 21 prosent av respondentene svarer at de ikke har benyttet noen av disse formene for arbeidskraftstrategier de siste tolv månedene, eller at de er usikre på dette, mens 16 prosent svarer at samtlige former har vært benyttet der de er ledere, tillitsvalgte eller verneombud. Det er også en større andel av verneombud og tillitsvalgte som svarer at ingen av formene er benyttet de siste tolv månedene, eller at de er usikre på det (ikke vist, 29 versus 14 prosent). I en undersøkelse blant medlemmer i Norsk Sykepleierforbund fra 2010 framgikk det at 35 prosent svarte at arbeidsgiver ikke hadde benyttet vikarbyråer siste to år. Det ble i den undersøkelsen ikke stilt spørsmål om bruk av annen midlertidig arbeidskraft (Berge et al. 2011:65).

Dersom vi ser på hvilket område respondentene jobber innenfor – uavhengig av rolle – er det de innenfor anestesi/akuttmedisin (42 prosent) og gynekologi/føde (42 prosent) som i størst grad svarer at det har blitt benyttet midlertidige på korte kontrakter. Det er også respondenter innenfor disse to områdene (henholdsvis 50 og 47 prosent) som i størst grad svarer at også innleide på korte kontrakter har blitt brukt i løpet av de siste tolv månedene der de jobber. En forklaring kan være at det innenfor disse områdene lett vil kunne oppstå situasjoner der det vil være behov for ekstra arbeidskraft.

Et annet spørsmål av interesse er omfanget. I figur 4.2 på neste side ser vi omtrent hvor stor andel av arbeidsstokken som har vært midlertidig ansatt eller innleid på korte kontrakter de siste tolv månedene.

Ser vi hele utvalget under ett, svarer 69 prosent at den totale bruken av innleide eller midlertidig ansatte på korte kontrakter tilsvarer mindre enn 10 prosent av den samlede arbeidsstokken de siste tolv månedene. Vi ser imidlertid at det er ganske store variasjoner i hvordan på den ene siden ledere har vurdert dette og på den andre siden tillitsvalgte og verneombud. Denne variasjonen må imidlertid ses i forhold til at det er flere tillitsvalgte og verneombud som har svart at de ikke er sikre på dette. Ellers er de tre respondentgruppene samkjørte når det gjelder om andelen er mellom 10 og 25 prosent, mellom 26 og 50 prosent og over 50 prosent. Vi har også i tidligere undersøkelser spurt tillitsvalgte om hvor stor andel av arbeidsstokken som er innleid fra bemanningsbyrå. I en undersøkelse blant tillitsvalgte i tre LO-forbund svarte 68 prosent mindre enn 10 prosent, 14 prosent svarte mellom 10 og 25 prosent, mens 5 prosent svarte mellom 26 og 50 prosent, og 2 prosent svarte over halvparten. De øvrige tillitsvalgte var usikre (Alsos et al. under arbeid). Det er med andre ord 10 prosent flere i sistnevnte undersøkelse som svarer under 10 prosent, sammenliknet med andelen som svarer det samme blant tillitsvalgte i sykehusene.

Figur 4.2 Andel av arbeidsstokken som har vært midlertidig ansatt eller innleid på korte kontrakter de siste tolv månedene.



Ledere, tillitsvalgte og verneombud vurderer både bruk og omfanget av bruken av innleie og midlertidige ansettelser på kortere og lengre kontrakter ganske likt.

Vi har også bedt respondentene vurdere om det totale omfanget av midlertidig og innleide i hovedsak har vært å finne på korte (inntil én måned) eller lengre kontrakter (opptil ett år). Det er ikke nevneverdige forskjeller i hvordan ledere, verneombud og tillitsvalgte vurderer dette spørsmålet. Vi finner at 14 prosent svarer at det i hovedsak er snakk om korte kontrakter i inntil en måned, mens 80 prosent svarer på lengre kontrakter i inntil ett år. 11 prosent svarer imidlertid «Annet». Dette er en åpen svarkategori, og her framgår blant annet at mange har svart «Begge deler», altså at de bruker innleide og midlertidige til både korte og lange oppdrag. Det er også noen som svarer at de har brukt midlertidige i lengre perioder enn ett år. Ellers er det mange her som svarer at de leier inn eller bruker vikarer for å håndtere sykdom eller ferier.

Her er tre ulike sitater hentet fra det åpne svaralternativet som utdyper «Annet»:

Har hatt stillingsstopp de siste årene på grunn av fire omstillinger. Har måttet gi vikariater av kortere og lengre tid for å få hverdagen til å gå i hop. (Leder)

Vikariater som blir forlenget fra år til år, det vil si de samme har vært midlertidig ansatt i opptil fire år. (Leder)

Vår avdeling har stort forbruk av innleide vikarer fra ulike byråer. Det skaper stor frustrasjon blant de ansatte. (Verneombud)

I de kvalitative intervjuene setter informantene et klart skille mellom bruk av midlertidige på lengre kontrakter og midlertidige og/eller innleide på korte oppdrag. Førstnevnte gruppe benyttes under svangerskapspermisjoner eller eksempelvis utdanningspermisjoner. Dette omtales som «nødvendig og ukontroversielt» (hovedtillitsvalgt, Unio). Det som skaper større problemer, er stor bruk av midlertidige og innleide på korte oppdrag. Både ledere, tillitsvalgte og verneombud forteller at dette kan slite på de faste fordi det må brukes en del tid på opplæring i en ellers veldig hektisk situasjon, og fordi det kan «være ujevn kvalitet på de innleide». Samtidig peker informantene også på at dette varierer, og de har gjengangere som kommer på korte oppdrag. Disse kan mer «sømløst gå inn i arbeidet» (leder).

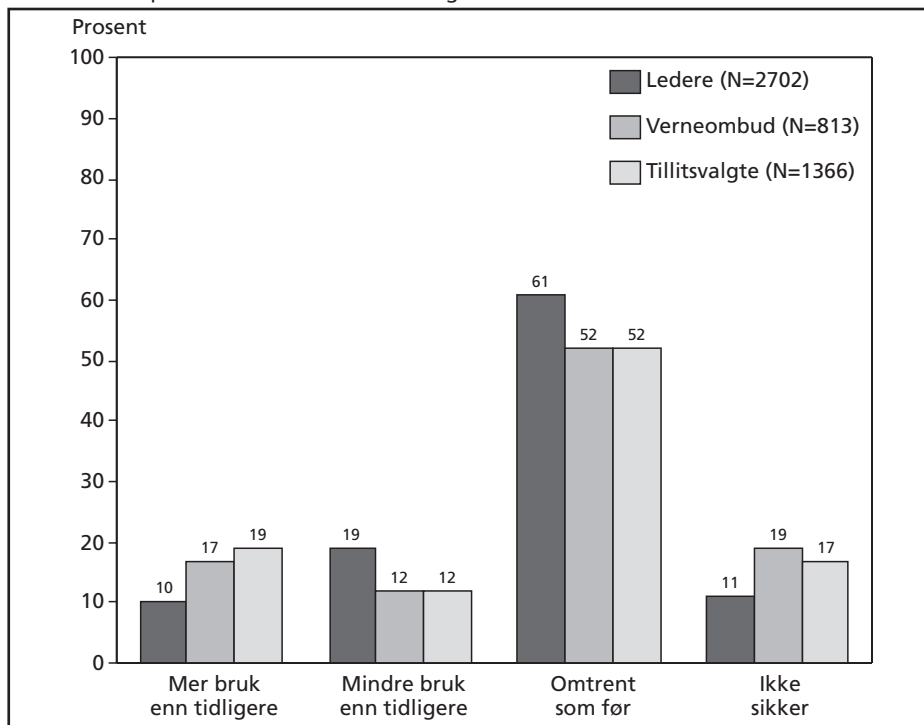
Mer bruk nå enn før?

I 2013 ble spørsmål om blant annet bruk av innleie stilt i LOs tillitsvalgtpanel.⁸ I undersøkelsen framgikk det at 49 prosent av LO-tillitsvalgte svarte at det var benyttet innleid arbeidskraft fra bemanningsforetak i 2013 der de jobbet. Det samme spørsmålet ble stilt i 2012, og gjennomgående er det en svak økning i andelen som svarer «ja» på dette. Det interessante i vår sammenheng er at den største endringen i bruk var å finne i statlig sektor, som også inkluderer helseforetakene. Der var det en økning fra 42 prosent i 2012 til 51 prosent i 2013 (Ødegård & Andersen 2014:8). Vi har forsøkt å fange en mulig endring ved å stille spørsmål om hvorvidt bruken av innleide eller midlertidige på korte kontrakter har endret seg over tid. Resultatet kan leses ut av figur 4.3 på neste side.

Det er ikke veldig store forskjeller i hvordan lederne på den ene siden og tillitsvalgte og verneombud på den andre siden vurderer dette spørsmålet. Vi ser likevel en tendens til at særlig tillitsvalgte er noe mer tilbøyelige til å svare at bruken har økt. Det store bildet er imidlertid stabilitet. Samlet svarer 57 prosent at bruken er omtrent som tidligere. Ledere svarer dette i noe større grad enn de to andre respondentgruppene.

⁸ Disse undersøkelsene gjennomføres og analyseres av Fafo.

Figur 4.3 Dersom du ser to til tre år tilbake i tid, har bruken av midlertidige og innleide arbeidstakere på korte kontrakter endret seg? I så fall har det blitt ...

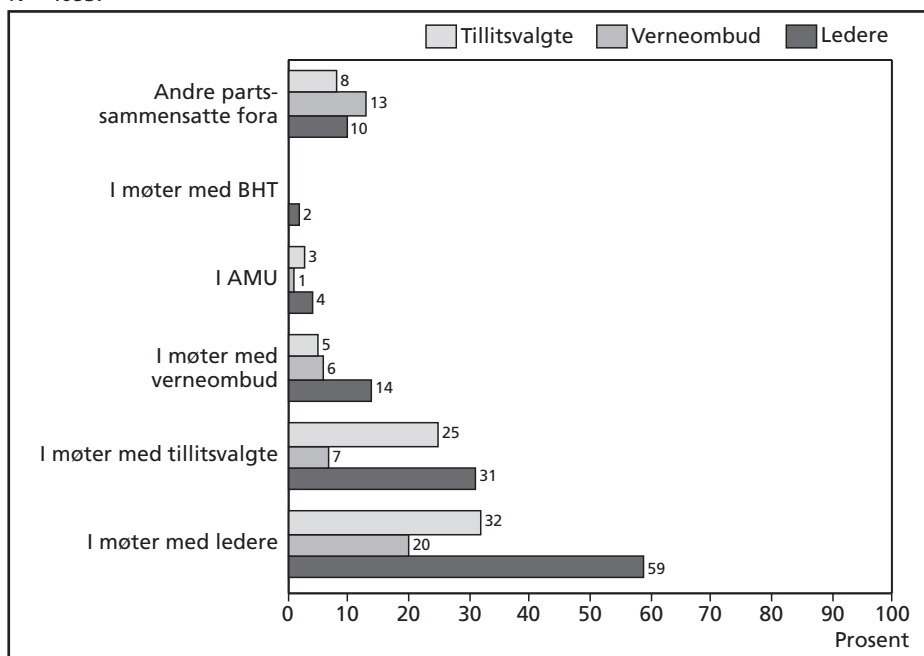


Samtidig som sykehusene langt på vei er avhengige av ansatte som jobber på korte kontrakter, enten som innleid eller som midlertidig ansatt, viser tidligere forskning at det er delte meninger om hvorvidt et stort forbruk av denne type vikarer er positivt eller ikke for arbeidsmiljøet (Berge et al. 2011). Det skal vi komme tilbake til i neste avsnitt, men først skal vi undersøke om ledere, tillitsvalgte og verneombud har diskutert utfordringer ved bruk av midlertidige eller innleide på korte kontrakter i ulike fora.

Rundt seks av ti ledere svarer at dette er diskutert i møter med andre ledere, mens tre av ti ledere svarer at de har diskutert denne problematikken i møter med tillitsvalgte. 14 prosent av lederne har diskutert dette i møter med verneombud. Når det gjelder tillitsvalgte, har om lag tre av ti diskutert dette i møter med ledelsen, mens noen færre (25 prosent) har diskutert dette i møter med andre tillitsvalgte. Få tillitsvalgte har diskutert dette i møter med verneombud. Med unntak av «andre partssammensatte fora» har verneombud diskutert dette i mindre grad enn de øvrige to gruppene. Dersom vi igjen kun tar utgangspunkt i de tillitsvalgte og verneombud som sitter i AMU, har 10 prosent av tillitsvalgte og 5 prosent av verneombudene diskutert utfordringer for arbeidsmiljøet forbundet med bruk av midlertidige eller innleide på korte kontrakter

i dette forumet. Det ser derfor ikke ut til at dette er en problematikk som er gjenstand for hyppige diskusjoner i AMU.

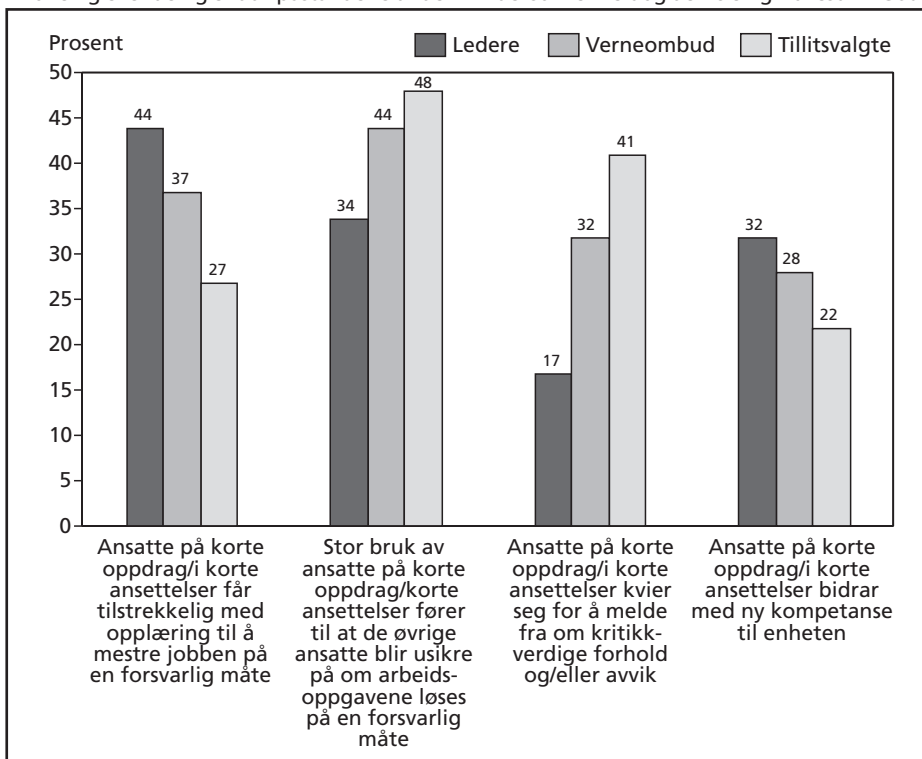
Figur 4.4 Har du diskutert utfordringer knyttet til bruk av midlertidige eller innleide på korte kontrakter i ett eller flere av de nevnte foraene? (Kun de som svarer at de bruker dette.) N = 4053.



Konsekvenser ved bruk av midlertidige og innleide

I undersøkelsen har vi stilt spørsmål om hvorvidt stor bruk av midlertidige blant annet påvirker forsvarligheten i tjenestene. I rapporten til Berge og medforfattere (2011) var en av konklusjonene at man i sykehusene i stor grad var avhengig av innleide arbeidstakere for å kunne utføre arbeidsoppgavene. Samtidig medførte stor bruk av innleide og andre former for vikariat over korte perioder en slitasje på de ansatte fordi de innleide og andre midlertidige må læres opp fort for å kunne gå raskt inn i behandling eller pleie. I figur 4.5 ser vi andelen som har sagt seg helt eller delvis enig i de ulike påstandene. Igjen tar vi utgangspunkt i den delen av utvalget som svarer at de bruker midlertidige eller innleide arbeidstakere der de er verneombud, tillitsvalgt eller leder.

Figur 4.5 Påstander om bruk av midlertidige eller innleide arbeidstakere på korte kontrakter. Hvor enig eller uenig er du i påstandene under? Andel som er helt og delvis enig. Lavest N = 3860.



Det er en viss avstand i hvordan særlig ledere og tillitsvalgte vurderer de ulike påstandene. Verneombud plasserer seg et sted imellom. Den største avstanden er i påstanden «Ansatte på korte oppdrag eller korte ansettelse kvier seg for å melde ifra om kritikkverdige forhold og/eller avvik». Ser vi utvalget under ett, svarer 26 prosent at de er helt eller delvis enige, men her skiller det 24 prosentpoeng mellom ledere og tillitsvalgte.

Det er også ganske stor avstand mellom ledere og tillitsvalgte når det gjelder vurderingen av påstanden «Ansatte på korte oppdrag eller korte ansettelse får tilstrekkelig med opplæring til å mestre jobben på en forsvarlig måte». Samlet er 38 prosent helt eller delvis enige, men det er 17 prosentpoeng som skiller hvordan ledere og tillitsvalgte vurderer dette. Det figur 4.5 ikke viser, er at andelen som svarer «delvis» og «helt uenig» blant ledere, er 12 prosent, mens den tilsvarende andelen blant tillitsvalgte er 31 prosent. I en midtposisjon finner vi verneombudene, der 24 prosent er helt eller delvis uenige. Det er også avstander i vurderingene av de to øvrige påstandene, men noe mindre. Samlet er 28 prosent helt eller delvis enige i at «Ansatte på korte oppdrag eller i korte ansettelse bidrar med ny kompetanse til enheten». Her skiller det 10 prosentpoeng mellom ledere og tillitsvalgte, mens avstanden mellom de to gruppene er 14

prosentpoeng når det gjelder vurderingen av «Stor bruk av ansatte på korte oppdrag eller korte ansettelse fører til at de øvrige ansatte blir usikre på om arbeidsoppgavene løses på en forsvarlig måte». Her er andelen som samlet er helt eller delvis enig, relativt høy, 40 prosent, mens andelen som er delvis eller helt uenig, er 21 prosent.

Tillitsvalgte svarer i større grad enn øvrige at stor bruk av midlertidige og innleide på korte kontrakter fører til usikkerhet blant ansatte. De svarer også i større grad enn ledere og verneombud at midlertidige og innleide på korte kontrakter kvier seg for å melde fra om kritikkverdige forhold og avvik.

Når det gjelder konsekvenser ved bruk av midlertidige eller innleide på korte kontrakter, ble også respondentene gitt muligheten til å komme med utfyllende kommentarer. Svært mange peker på at bruk av innleie eller midlertidige på korte oppdrag skaper ekstrabelastning for de ansatte. Det er også mange som framhever språkproblemer som en utfordring, som her:

Avdelingens kultur er ukjent for dem, rutiner er ukjent, kan være språkproblemer, utrygge i akutsituasjoner, men de har ofte høy arbeidsmoral når det gjelder å stille opp. (Leder)

Leder må bruke store deler av sin arbeidsdag for ansettelse, introduksjon, opplæring og oppfølging av de nye. (Leder)

Får ikke mulighet til å nyttiggjøre seg sin kompetanse før de skal slutte igjen, har kanskje akkurat rukket å bli vant til rutinene. Skaper dårlig arbeidsmiljø, kniving om stillinger, melder ikke fra om problemer, unngår å engasjere seg i arbeidsmiljøet. (Tillitsvalgt)

Tidkrevende å følge opp og lære opp nye vikarer kontinuerlig. Ansatte opplever det som belastende å ha ansvaret for de nye. (Verneombud)

Men det er også respondenter som framhever at man er avhengig av vikarer:

Vi har mange «faste» ekstravakter fra Sverige som kommer en–to ganger i måneden. Disse menneskene er alfa [og] omega for at bemanningen skal gå opp i helgene. Mange av dem jobber flere dobbeltvakter i strekk. (Leder)

Sitatene, sammen med resultatene i figur 4.5 antyder at bruk av midlertidige og innleide arbeidstakere på korte kontrakter kan ha innvirkning på arbeidsmiljøet i sykehusene. Er bruken omfattende, kan det skape usikkerhet og føre til at kritikkverdige forhold eller

avvik ikke blir rapportert. Det kan også skape merarbeid for ledere og andre ansatte. Samtidig, som det siste sitatet illustrerer, er også mange avdelinger og/eller klinikker avhengige av tilgang på midlertidige og innleide arbeidstakere. Vi finner tilsvarende i de kvalitative intervjuene. Ledere og tillitsvalgte er her ganske enige. En leder sier det slik: «Vi har en omforent oppfatning om dette. Det er en felles forståelse at mange vikarer går utover pasientsikkerheten.» Ambivalensen, særlig til innleie på korte kontrakter, registrerte også Berge og medforfattere da de undersøkte bruk av innleide sykepleiere i helse- og omsorgssektoren i 2011. På den ene siden er tillitsvalgte og ledere i sykehusene opptatt av at vikarer og innleide i en del tilfeller skaper ekstraarbeid. På den annen side blir det påpekt at faste hull i turnusene og fravær på grunn av sykdom, ferier, etter- og videreutdanning og permisjoner skaper et permanent behov. Sett fra utleiebyråenes ståsted fortøner dette seg som «skaff oss dem vi trenger – det er det som er interessant» (Berge et al. 2011:91). «Dem» viser i denne sammenheng til de innleide som helseforetakene er avhengig av.

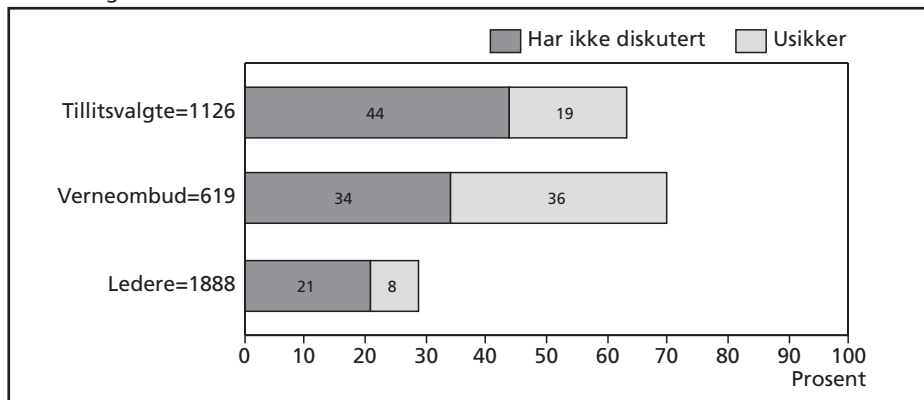
Blir bruken diskutert?

I tråd med arbeidsmiljølovens bestemmelser skal arbeidsgiver minst en gang i året informere om og drøfte bruk av innleide og midlertidig ansatte med tillitsvalgte (aml §§ 14-13, 14-12).⁹ I spørreundersøkelsen har vi stilt spørsmål om hvorvidt bruk av midlertidige og innleide arbeidstakere har vært drøftet mellom tillitsvalgte og ledere eller i andre partssammensatte fora i løpet av det siste året. Det er kun de som har sagt at det har vært benyttet innleide eller midlertidig ansatte de siste tolv månedene, som har svart på dette spørsmålet. I figur 4.6 ser vi andelen av ledere, tillitsvalgte og verneombud som svarer at dette enten ikke er drøftet, eller at de er usikre på det.

Vi ser av fordelingen i figuren at en stor andel av tillitsvalgte og verneombud svarer at bruk av innleie eller midlertidige ikke er drøftet i partssammensatte fora der de deltar, eller i møter mellom tillitsvalgt og ledere de siste tolv månedene. Det er også rundt regnet tre av ti ledere som svarer det samme. Dersom vi kun undersøker hovedtillitsvalgte og toppledere, endrer bildet seg noe, men det er fortsatt mange hovedtillitsvalgte som svarer at dette ikke drøftes. For toppledere er det 8 prosent som svarer at dette ikke er drøftet, mens 7 prosent svarer at de er usikre. Når det gjelder hovedtillitsvalgte, er de tilsvarende andelen 45 prosent og 10 prosent. For tillitsvalgte er det med andre ord andelen «usikre» som reduseres.

⁹ Se også overenskomst del A1 og A2, Spekter og Norsk Sykepleierforbund, 2012–2014, overenskomstområde 10 III, 1.8.

Figur 4.6 Andel ledere, verneombud og tillitsvalgte som ikke har drøftet bruk av innleie eller midlertidige siste tolv månedene.

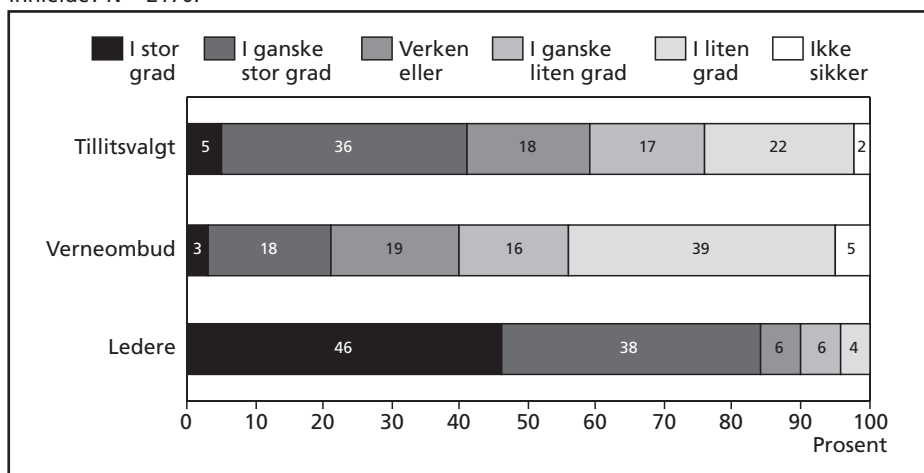


I utgangspunktet er det noe overraskende at en så vidt stor andel av de hovedtillitsvalgte svarer «nei» på dette spørsmålet, og vi mangler gode forklaringer på hvorfor det er så stor forskjell mellom de to gruppene når det gjelder andelen som svarer at dette ikke er drøftet. En forklaring kan imidlertid være at jo mer innleie og midlertidige man bruker, jo større er sannsynligheten for at man også vil svare at dette er drøftet. Når vi undersøker fagforeningstilknytning, finner vi at hovedtillitsvalgte i Fagforbundet i størst grad svarer at dette er drøftet (51 prosent), mens 35 prosent av hovedtillitsvalgte i YS svarer det samme. Svarene til hovedtillitsvalgte fra Akademikerne og Unio er omtrent like; henholdsvis 48 og 46 prosent svarer at dette ikke er drøftet. Vi vet fra de kvalitative intervjuene at omfanget av midlertidige og innleide sykepleiere er relativt stort, noe som svekker forklaringen om at omfang har betydning, noe. Vi mangler også gode tall å sammenlikne våre funn med. I Eldring og medforfattere (2011) framgår det at 31 prosent av tillitsvalgte i Fellesforbundet svarer at de ikke har vært med på å drøfte eller inngå avtale om vilkårene for bruk av innleie, eller at de er usikre på dette. Denne andelen er lavere enn hva vi finner i vår undersøkelse. En forklaring på forskjellene kan være at det har vært rettet mye oppmerksomhet mot dette i deler av Fellesforbundets områder, som eksempelvis bygg, grunnet fare for sosial dumping. En annen forklaring kan ha sammenheng med at sykehusene inngår rammeavtaler for to år av gangen når det gjelder innkjøp av tjenester fra bemanningsbyråer. Det er HINAS (Helseforetakenes innkjøpsservice AS) som inngår disse avtalene, og helseforetaket, bemanningsbyrået og HINAS er avtalepartnere. HINAS stiller blant annet krav om autorisasjoner, attester, referanser, arbeidsavtaler, overholdelse av arbeidsmiljølovens bestemmelser om arbeidstid og overtidsgodtgjørelse (Berge et al. 2011:77). En forklaring på at bruk av innleie i en del tilfeller ikke drøftes, kan være at dette langt på vei følger en fastsatt rutine, der sykehusene kontakter bemanningsbyråene ved behov, som jo oppstår ganske hyppig og som regel mer eller mindre akutt.

Har de innflytelse, og hvordan er samarbeidet?

Det siste spørsmålet vi skal se nærmere på i dette kapittelet, er om våre respondenter mener de har innflytelse på bruk av innleide og midlertidig ansatte der de er ledere, tillitsvalgte eller verneombud. Ikke uventet vurderer ledere sin innflytelse som langt større enn det tillitsvalgte og verneombud gjør.

Figur 4.7 Har ledere, tillitsvalgte og verneombud innflytelse på bruk av midlertidig ansatte og innleide? N = 2170.



84 prosent av lederne svarer at de i stor eller i ganske stor grad har innflytelse på bruk av midlertidig eller innleide ansatte der de jobber. 10 prosent vurderer at de i ganske liten eller i liten grad har slik innflytelse. Ser vi på tillitsvalgte, er den tilsvarende andelen 39 prosent, mens 41 prosent svarer at de i stor grad eller i ganske stor grad har innflytelse, mens 18 prosent er usikre. Det er verneombudene som vurderer sin innflytelse som dårligst. 55 prosent svarer at de i ganske liten eller i liten grad har innflytelse, mens 21 prosent svarer i ganske stor eller i stor grad. Det er ikke overraskende at verneombud vurderer sin innflytelse som lavere enn hva tillitsvalgte gjør. Eksempelvis fastslår arbeidsmiljøloven og overenskomsten mellom Spekter og Norsk Sykepleierforbund, som tidligere nevnt, at bruk av midlertidige og innleide skal drøftes. Unntatt herfra er vikariater, men det forutsettes da at det er snakk om reelle vikariater.¹⁰

¹⁰ Jf. arbeidsmiljøloven og Overenskomst mellom Spekter og NSF, tariffperioden 1. mai 2012 til 30. april 2014.

Hva avgjør?

Vi har benyttet en lineær regresjonsanalyse for å undersøke hva som påvirker respondentenes vurderinger av egen innflytelse på bruk av innleide og midlertidig ansatte. Vi har også undersøkt hva som påvirker oppfatninger om samarbeidet mellom ledelsen, verneombudet og tillitsvalgte i spørsmål knyttet til bruk av midlertidig og innleide arbeidstakere. La oss se på innflytelse over bruk først. Vi finner at følgende variabler har en effekt på opplevd innflytelse:¹¹

- Ledere vurderer sin innflytelse som større enn tillitsvalgte og verneombud.
- Jo høyere utdanning, jo lavere vurderes innflytelsen.
- Jo lengre ansiennitet i stillingen, jo større oppfattes innflytelsen å være.
- De i Helse Vest vurderer sin innflytelse som lavere enn andre.

I «alt i alt»-spørsmålet, der vi ber respondentene karakterisere samarbeidet dem imellom når det gjelder bruk av innleie og midlertidig ansatte, er det litt andre variabler som har betydning. Forklaringskraften i denne analysen er imidlertid dårligere:¹²

- Ledere karakteriserer samarbeidet som bedre enn øvrige.
- Jo lengre ansiennitet i stillingen, jo bedre karakteriseres samarbeidet å være.
- De som har vært gjennom omorganisering siste to år, karakteriserer samarbeidet som dårligere enn andre.
- Organiserte i Akademikerne karakteriserer samarbeidet som dårligere enn organiserte i andre forbund.

¹¹ De to første variablene er signifikante på 1-prosentnivå, mens øvrige er signifikante på 5-prosentnivå. Adjustet R-square .27. Se www.faf.no vedlegg 3 for modell.

¹² Samtlige variabler er signifikante på 1-prosentnivå. Adjustet R-square er .09. Se www.faf.no vedlegg 3 for modell.

Oppsummering

I dette kapittelet har vi vært opptatt av bruk av midlertidige og innleide arbeidstakere. Vi har blant annet stilt spørsmål om bruk og omfang.

- 67 prosent svarer at det har vært benyttet midlertidig ansatte på lengre kontrakter (seks måneder og mer) der de jobber, mens 39 prosent svarer at de har hatt innleide på lange oppdrag.
- Tre av ti svarer at de har brukt midlertidige eller innleide på korte kontrakter eller i korte oppdrag (inntil én måned) der de jobber.
- 21 prosent svarer at de ikke har benyttet innleide eller midlertidige overhodet i løpet av det siste året.
- De som jobber innenfor anestesi/akuttmedisin og gynekologi/føde, bruker i større grad enn andre innleide eller midlertidige på korte kontrakter.
- Om lag sju av ti svarer at omfanget av midlertidige og innleide på korte kontrakter utgjør mindre enn 10 prosent av den totale arbeidsstokken.
- I underkant av seks av ti svarer at bruken er omtrent som for to til tre år tilbake. Det er like mange som svarer at bruken har avtatt og tiltatt.

Ledere, tillitsvalgte og verneombud har en ganske lik oppfatning når det gjelder bruk av innleide og midlertidig ansatte. Det gjelder også omfang. Vi har også stilt spørsmål om hvilke konsekvenser bruk av midlertidige og innleide på korte kontrakter har på ulike sider av arbeidssituasjonen. Her spriker svarene noe mer.

- 44 prosent av lederne er helt eller delvis enige i at ansatte på korte kontrakter eller innleide får tilstrekkelig med opplæring til å mestre jobben sin på en forsvarlig måte. 37 prosent av verneombudene og 27 prosent av de tillitsvalgte mener det samme.
- 41 prosent av tillitsvalgte er helt eller delvis enige i at ansatte på korte kontrakter eller innleide kvier seg for å melde fra om kritikkverdige forhold eller avvik. Den tilsvarende andelen blant ledere og verneombud er henholdsvis 17 og 32 prosent.
- Intervjuer med ledere, tillitsvalgte og verneombud viser at bruk av midlertidige og innleide kan være belastende for de fast ansatte. Det skaper merarbeid og usikkerhet. Samtidig understreker flere at de er avhengige av denne arbeidskraften.

De to siste spørsmålene som ble reist, er om bruk av midlertidige og innleide på korte kontrakter diskuteres, og om ledere, tillitsvalgte og verneombud har innflytelse på omfanget. Det er store forskjeller i hvordan særlig ledere og tillitsvalgte vurderer disse spørsmålene:

- Tre av ti ledere svarer at de har diskutert bruk av innleide og midlertidige på korte kontrakter med tillitsvalgte.

- 44 prosent av tillitsvalgte mener at bruk av innleie eller midlertidige på korte kontrakter ikke er diskutert. Den tilsvarende andelen blant ledere er 21 prosent, mens for verneombud svarer 34 prosent dette.
- 84 prosent av lederne svarer at de i stor eller ganske stor grad har innflytelse på bruk av midlertidige eller innleide der de jobber. 41 prosent av de tillitsvalgte svarer det samme. Ellers finner vi at
 - høy utdanning, kort ansiennitet og de i Helse Vest vurderer sin innflytelse på bruk av midlertidige og innleide som lavere enn andre.
- Når det gjelder samarbeidet om bruken, finner vi at tillitsvalgte og verneombud, de med kort ansiennitet, de som har vært gjennom endrings- eller omstillingsprosesser siste to år, og organiserte i Akademikerne vurderer dette som dårligere enn andre.

5 Forholdet mellom partene

Vi har i de foregående kapitlene sett tegn til at samarbeidet mellom på den ene siden tillitsvalgte og verneombud og på den andre siden ledelsen vurderes ulikt av de tre gruppene. Ledere er jevnt over mer tilbøyelige til å vurdere samarbeidet i forbindelse med omstillingsprosesser, valg av arbeidstidsordninger og bruk av arbeidskraftstrategier som bedre enn hva særlig tillitsvalgte gjør. Vi ser derfor konturene av ulike virkelighetsoppfatninger mellom de tre gruppene av respondenter. I dette kapittelet spør vi:

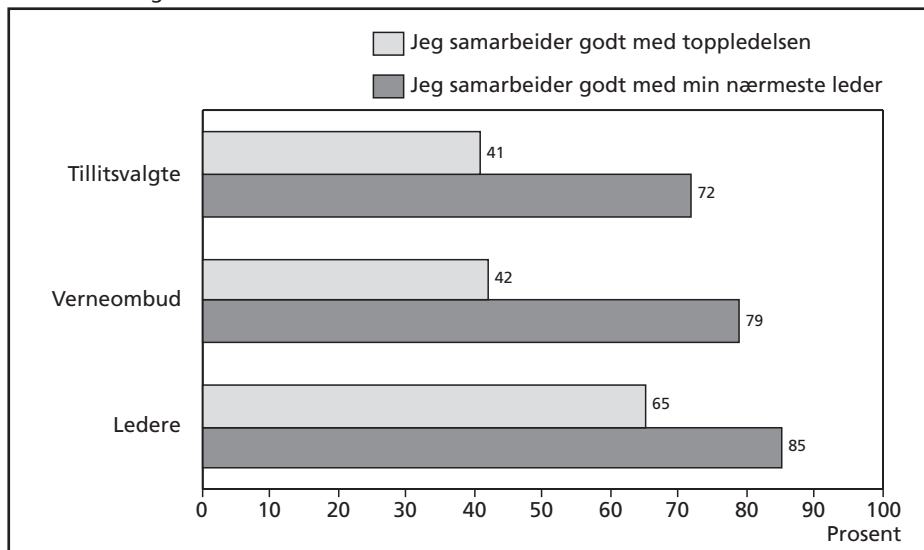
- Hvordan vurderer de ulike gruppene sitt daglige samarbeid med hverandre?
- Hvordan vurderes arbeidsmiljøet i vid forstand?

Samarbeidet mellom ledere, tillitsvalgte og verneombud

Samarbeid mellom partene er en viktig forutsetning både i lov- og avtaleverk. I arbeidsmiljøloven § 1 framgår det blant annet at lovens formål er å «gi grunnlag for at arbeidsgiver og arbeidstakerne i virksomheten selv kan ivareta og utvikle sitt arbeidsmiljø i samarbeid med arbeidslivets parter og med nødvendig veiledning og kontroll fra offentlig myndighet». Og i hovedavtalene mellom Spekter og hovedsammenslutningene på arbeidstakersiden framgår det av § 2 at avtalen inneholder bestemmelser «om forholdet mellom partene og tillitsvalgtes rettigheter og plikter, og danner grunnlaget for samarbeidet i den enkelte virksomhet».¹³ I figur 5.1 på neste side ser vi først hvordan de tre gruppene vurderer samarbeidet med ledere på ulike nivåer. I spørreundersøkelsen var det også et alternativ «ikke aktuelt». Det er utelatt fra denne figuren. Tillitsvalgte og verneombud er bedt om å svare ut fra sine roller.

¹³ HOVEDAVTALE MELLOM ARBEIDSGIVERFORENINGEN SPEKTER OG UNIO, 1.1.2013–31.12.2016

Figur 5.1 Vurdering av samarbeidet med nærmeste leder og toppleder. Andel som svarer «helt eller delvis enig». Lavest N = 4163.



Dersom vi ser på samarbeidet med nærmeste leder, vurderes dette jevnt over som godt, selv om det er noen forskjeller i hvordan ledere og særlig tillitsvalgte vurderer dette. Forskjellene er likevel ikke overraskende. Det er rimelig å anta at ledere på lavere nivåer har et bedre utviklet samarbeidsforhold med sin nærmeste leder enn hva tillitsvalgte i kraft av sin partsrolle har. Det er også relativt få som er delvis og helt uenige i at de samarbeider godt med nærmeste leder, og her er forskjellene mellom de tre gruppene langt mindre: 7 prosent av lederne svarer dette, mens den tilsvarende andelen blant tillitsvalgte er 11 prosent (ikke vist).

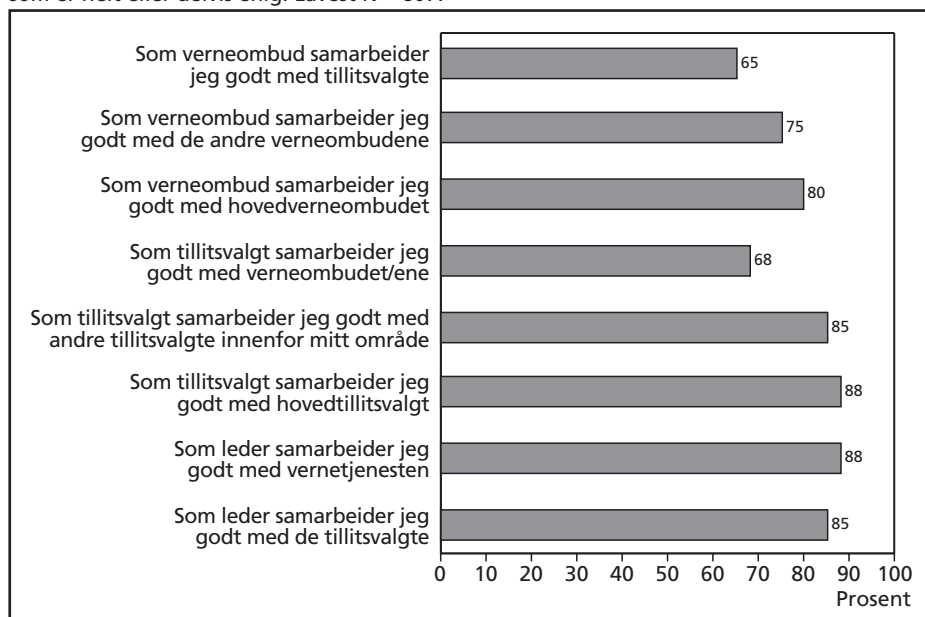
Når det gjelder samarbeidet med toppledelsen, vurderes dette som noe mindre bra, og her er forskjellene mellom de tre gruppene mer markante: 65 prosent av lederne er helt eller delvis enige i at dette samarbeidet er godt, mens drøye 40 prosent av verneombudene og tillitsvalgte mener det samme. I den motsatte enden av skalaen svarer 32 prosent av verneombudene og tillitsvalgte at de er helt eller delvis uenige i at de samarbeider godt med toppledelsen. Blant ledere er andelen 15 prosent. Det er imidlertid også en relativt stor andel som svarer at dette er en uaktuell problemstilling. 18 prosent av lederne og 15 prosent av tillitsvalgte er ikke i fora der de møter representanter fra toppledelsen.¹⁴ Det er ikke uvanlig at man vurderer samarbeidet med nærmeste leder som langt bedre enn samarbeidet med toppledelsen. Dette har blant annet sammenheng med hvor hyppig man møtes både formelt og uformelt, og med den opplevde avstanden mellom nivåene (Trygstad & Vennesland 2012; Skivenes & Trygstad 2007).

¹⁴ Noe overraskende er det ingen verneombud som her har svart «uaktuelt».

Når vi skiller ut hovedtillitsvalgte som egen gruppe, framgår det at disse vurderer samarbeidet med toppledelsen som bedre enn det øvrige tillitsvalgte gjør. Andelen som er helt eller delvis enig i at de samarbeider godt med toppledelsen, øker til 55 prosent, mens 21 prosent er helt eller delvis uenige.

For at et partssamarbeid skal fungere godt, må de ulike aktørene innenfor et område kunne samarbeide med hverandre på en konstruktiv måte. Ikke bare må tillitsvalgte og verneombud kunne samarbeide godt med ledelsen, men også med hverandre. I tillegg vil et godt partssamarbeid forde at plasstillitsvalgte kan kommunisere med sin hovedtillitsvalgt på en grei måte. Det samme vil gjelde for verneombudet og hovedverneombudet. I figur 5.2 tar vi for oss hvordan tillitsvalgte og verneombud ser på samarbeidet med hverandre og ledelsen.

Figur 5.2 Vurdering av samarbeidet med tillitsvalgte og verneombud på ulike nivåer. Andel som er helt eller delvis enig. Lavest N = 807.

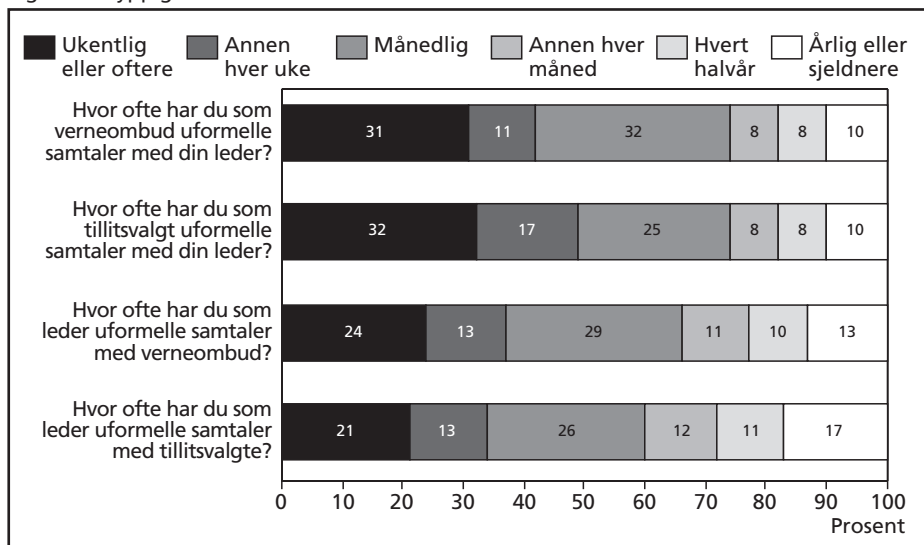


Ledere vurderer jevnt over samarbeidet med tillitsvalgte og vernetjenesten som bra. Det er kun 4 prosent som sier seg helt eller delvis uenige i at de samarbeider godt med disse aktørgruppene (ikke vist). Ellers ser vi en tendens til at tillitsvalgte og verneombud vurderer samarbeidet med henholdsvis andre tillitsvalgte og andre verneombud som bedre enn samarbeidet med hverandre. Det er eksempelvis 85 prosent av de tillitsvalgte

som vurderer samarbeidet med andre tillitsvalgte på avdelingen eller i enheten som bra, og 88 prosent sier at de er helt eller delvis enige i at de samarbeider godt med hovedtillitsvalgt. Selv om for eksempel andelen verneombud som vurderer samarbeidet med tillitsvalgte som godt, i denne sammenheng er noe lav (65 prosent er helt eller delvis enige), er det nok en gang en forholdsvis beskjeden andel som er helt eller delvis uenig i at samarbeidet er godt (12 prosent). To av ti svarer «Verken – eller», noe som kan indikere at en del verneombud samarbeider i mindre grad med tillitsvalgte, og vice versa.

Tidligere undersøkelser indikerer at kombinasjonen av formelle og uformelle samtaler påvirker tillitsvalgtes og ledelsens vurderinger av partssamarbeidet (Trygstad & Vennesland 2012; Alsos et al. under arbeid). I figur 5.3 ser vi hvor ofte ledere, tillitsvalgte og verneombud har uformelle samtaler.

Figur 5.3 Hyppigheten av uformelle samtaler. Lavest N = 761.



Majoriteten av tillitsvalgte og verneombud har uformelle samtaler med sin leder månedlig eller hyppigere. Og rundt tre av ti svarer ukentlig eller oftere. Når det gjelder ledere, har de omtrent like hyppig uformelle samtaler med henholdsvis verneombud og tillitsvalgte. Vi finner en klar sammenheng som tilsier at jo oftere tillitsvalgte og verneombud har uformelle samtaler med sin nærmeste leder, jo bedre vurderer man at samarbeidet er, og motsatt.¹⁵ Det er også en tilsvarende sammenheng når det gjelder forholdet til topplederne, men denne er ikke like sterk. Også når det gjelder lederes vurderinger av samarbeidet, er det en sammenheng mellom hvordan dette vurderes, og hyppigheten av uformelle samtaler, men mindre markant enn det vi så for tillitsvalgte

¹⁵ Pearsons korrelasjonskoeffisient er henholdsvis .39*** og .38***.

og verneombudet. Dette må ses i sammenheng med at den store majoritet av ledere i utgangspunktet svarer at samarbeidet er godt.¹⁶

Avholdes møter som planlagt?

Arbeidsdagen innenfor sykehusene kan være svært travel. Vi har derfor undersøkt om det er slik at møter som partene skal delta i, blir avholdt etter planen, eller om de ofte utsettes. Ser vi på utvalget under ett, svarer 86 prosent at møtene som regel eller ofte blir avholdt som planlagt, 10 prosent svarer «av og til», mens 4 prosent svarer «ofte ikke» eller «som regel ikke». Det er en større andel ledere som svarer at møtene avholdes som planlagt, enn øvrige. Dersom vi ser på andelen som har svart «Ja, som regel», er forskjellen 14 prosentpoeng mellom ledere (76 prosent) og tillitsvalgte (62 prosent), mens verneombud igjen plasserer seg i midten med 68 prosent.

Arbeidsmiljøet

Vi har så langt i denne rapporten sett hvordan ledere, tillitsvalgte og verneombud samarbeider i spørsmål om omorganisering og kompetanse, arbeidstid og arbeidsvilkår og tilknytningsformer. Avslutningsvis retter vi blikket mot arbeidsmiljøet som helhet.

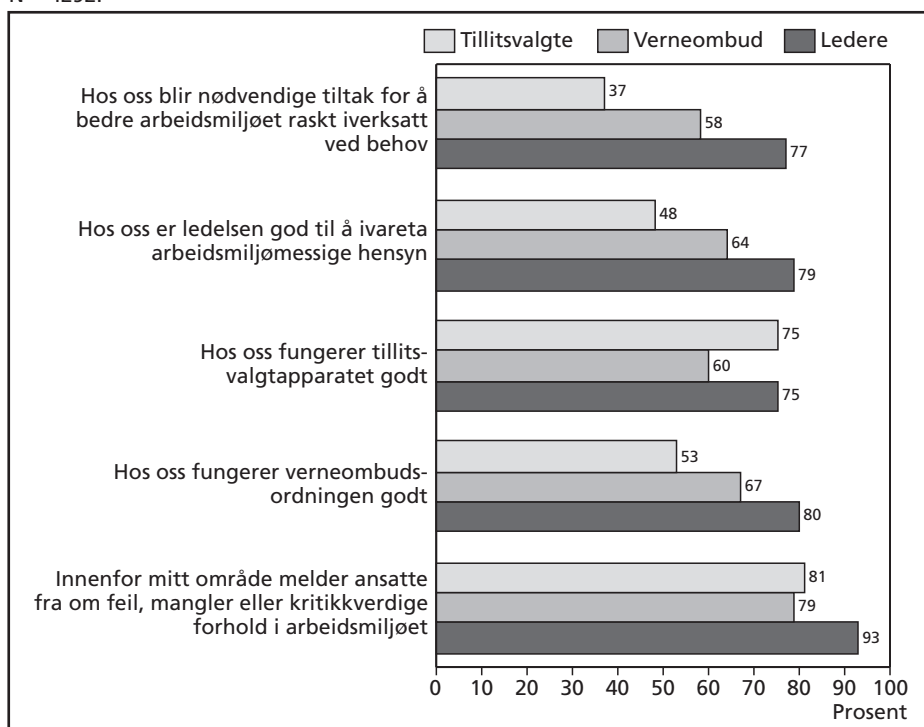
Synspunkter på arbeidsmiljøet var tema i de kvalitative intervjuene. Gjennomgående framhever informantene at hverdagen er hektisk. Det pekes som før nevnt på lav bemanning og stort arbeidspress. Samtidig påpeker samtlige at de har en god dialog på arbeidsplassen, og de beskriver arbeidsmiljøet som godt: «Det er det som holder oss gående», som en tillitsvalgt sier det. Også i spørreundersøkelsen ba vi respondentene om å vurdere mer generelle spørsmål om arbeidsmiljøet.

Vi har spurt ledere, verneombud og tillitsvalgte om de risikerer å bli møtt med uvilje fra overordnede hvis de kommer med kritiske synspunkter på arbeidsforholdene (ikke vist). Ser vi hele utvalget under ett, svarer 13 prosent at dette skjer alltid eller for det meste. 47 prosent svarer for det meste ikke, 30 prosent aldri, mens 9 prosent er usikre. Ledere svarer i klart større grad benektende på dette enn hva tillitsvalgte gjør. Mens 22 prosent av tillitsvalgte svarer «alltid eller for det meste», er den tilsvarende andelen blant ledere 9 prosent. Verneombud svarer i tråd med ledere, 13 prosent. I en undersøkelse gjennomført for Fritt ord i 2013 (Staksrud et al. 2013) ble et tilsvarende spørsmål rettet mot norske arbeidstakere. Siden utvalget er forskjellig fra vår i undersøkelse, er ikke svarene direkte sammenliknbare. Men i Fritt ord-undersøkelsen svarte 26 prosent at de i svært stor eller i ganske stor grad blir møtt med uvilje fra sjefen hvis

¹⁶ Pearsons korrelasjonskoeffisient er henholdsvis .16*** og .24***.

de kommer med kritiske synspunkter om arbeidsforholdene der de jobber, mens 45 prosent svarte at de i svært liten eller i ganske liten grad vil bli møtt på en slik måte. På bakgrunn av disse to undersøkelsene er det ingen grunn til å tro at situasjonen i norske sykehus er vesentlig verre enn i arbeidslivet sett under ett når det gjelder å bli møtt med uvilje fra sjefen hvis man tar opp problematiske forhold på arbeidsplassen. I figur 5.4 ser vi også at det er ganske stor grad av enighet om at ansatte melder fra om feil, mangler eller kritikkverdige forhold i arbeidsmiljøet.

Figur 5.4 Spørsmål knyttet til samarbeid og arbeidsmiljø i vid forstand. Helt/delvis enig. Lavest N = 4292.



Figur 5.4 viser nok en gang at det er store forskjeller i hvordan ledere, verneombud og tillitsvalgte vurderer ulike påstander om samarbeid og arbeidsmiljø. Vi ser imidlertid at ledere og tillitsvalgte har en omforent oppfatning om hvordan tillitsvalgtapparatet fungerer. Det er også liten forskjell mellom verneombud og tillitsvalgte når det gjelder påstanden om at ansatte melder fra om feil, mangler eller kritikkverdige forhold i arbeidsmiljøet, og som nevnt ovenfor sier majoriteten seg enig i dette. Ser vi utvalget under ett, svarer kun 8 prosent at de er delvis eller helt uenige i dette. I et intervju med en tillitsvalgt fra Akademikerne ble dette omtalt slik:

Jeg opplever et stort rom for kritiske uttalelser og stor takhøyde. Det er romslig her, og vi har ikke munnkurvproblematikk som vi kan lese om andre steder. Vi har hatt eksempler her på folk som har gått amok på mail, uten at dette har ført til sanksjoner fra toppledelsen. I de tilfellene har direktøren valgt å svare helt saklig og avbalansert. Det har vært ganske beundringsverdig faktisk. (Tillitsvalgt, Akademikerne)

I tre av fem påstander er avstanden betydelig større i hvordan ledere og tillitsvalgte vurderer de ulike påstandene. Den største variasjonen i vurderingene finner vi i påstanden om at nødvendige tiltak for å bedre arbeidsmiljøet blir raskt iverksatt ved behov. Det er 40 prosentpoeng som skiller ledere fra tillitsvalgte, og 21 prosentpoeng som skiller ledere og verneombud. Men det er også store forskjeller knyttet til påstanden «Hos oss er ledelsen god til å ivareta arbeidsmiljømessige hensyn». Det er også interessant å registrere at ledere vurderer verneombudsordningen som mer positivt enn både verneombudene selv og de tillitsvalgte, mens tillitsvalgte befinner seg i den andre enden av skalaen. Vi har nok en gang skilt ut toppledere og hovedtillitsvalgte og undersøkt om disse to gruppene har mer sammenfallende vurderinger av påstandene i figur 5.4. Konklusjonen er nei. Det er eksempelvis 85 prosent av topplederne som her helt eller delvis er enige i at nødvendige tiltak for å bedre arbeidsmiljøet blir raskt iverksatt ved behov. Den tilsvarende andelen blant hovedtillitsvalgte er kun 25 prosent. Avstanden er med andre ord større enn når vi sammenlikner svarene til tillitsvalgte og ledere under ett. Avstanden mellom hovedtillitsvalgte og toppledere er også stor når det gjelder vurderingen av påstanden om at ledelsen er god til å ivareta arbeidsmiljømessige hensyn. 89 prosent av topplederne er helt eller delvis enige, mens den tilsvarende andelen blant hovedtillitsvalgte er 36 prosent.

Påstandene i figur 5.4 måler ulike sider ved arbeidsmiljøet. Analyser viser en stor grad av samvariasjon mellom disse. Har man eksempelvis svart at man er helt enig i at verneombudsordningen fungerer godt, er det også stor sannsynlighet for at man vil si seg enig i at man har en ledelse som er god til å ivareta arbeidsmiljømessige hensyn, og motsatt.

På bakgrunn av de fem variablene har vi derfor konstruert en indeks.¹⁷ Vi bruker denne indeksen til å undersøke hvilke variabler som synes å påvirke vurderingene. Gjennom

¹⁷ En reliabilitetsanalyse viser en Cronbachs alpha på .79.

en lineær regresjonsanalyse finner vi at følgende variabler påvirker vurderingen av det vi kan omtale som arbeidsmiljøsam arbeidet:¹⁸

- Kvinner vurderer samarbeidet som mer positivt enn menn.
- Ledere er mer positive enn verneombud og tillitsvalgte.
- Lang ansiennitet fører til mer positiv vurdering enn kort ansiennitet.
- Høy utdanning fører til mer negativ vurdering enn kort utdanning.
- Organiserte i Akademikerne er mer negative enn øvrige.
- De i Helse Midt-Norge er mer positive enn andre.
- De som har vært gjennom endrings- eller omstillingsprosesser siste to år, er mer negative enn øvrige.

Oppsummering

Vi har i dette kapittelet rettet blikket mot samarbeidet mellom ulike grupper i sykehusene, og vi har vært opptatt av arbeidsmiljøet i vid forstand. Vi oppsummerer samarbeidet først.

- Samarbeidet med nærmeste leder vurderes jevnt over som bra. 72 prosent av tillitsvalgte er helt eller delvis enige i at de samarbeider godt med nærmeste leder, den tilsvarende andelen blant verneombud er 79 prosent, mens 85 prosent av lederne svarer det samme.
- Samarbeidet med toppledelsen vurderes som noe mindre godt, selv om det her er større forskjeller mellom gruppene. 65 prosent av lederne svarer at de samarbeider godt med toppledelsen. Tilsvarende andeler blant tillitsvalgte og verneombud er drøye 40 prosent.
- Ledere vurderer samarbeidet med tillitsvalgte og vernetjenesten jevnt over som godt, mens tillitsvalgte og verneombud vurderer samarbeidet med henholdsvis andre tillitsvalgte og verneombud som bedre enn med hverandre.
- Majoriteten av tillitsvalgte og verneombud har uformelle samtaler med sin leder månedlig eller hyppigere. Rundt tre av ti har slike samtaler ukentlig eller oftere. Jo oftere man har uformelle samtaler med sin leder, jo bedre vurderer man samarbeidet til å være, og motsatt.

¹⁸ Med unntak av utdanning, som er signifikant på 5-prosentnivå, er de øvrige signifikante på 1-prosentnivå. $R^2 = .18^{***}$. Se www.faf.no vedlegg 3 for modell.

Vi har i spørreundersøkelsen stilt ulike spørsmål om arbeidsmiljøet. Vi har blant annet spurt om ansatte melder fra om feil, mangler eller kritikkverdige forhold i arbeidsmiljøet. Vi finner at majoriteten svarer bekreftende på dette, noen flere ledere enn tillitsvalgte (93 versus 81 prosent). Vi finner imidlertid noe større variasjon når det gjelder andre spørsmål.

- 77 prosent av lederne er helt eller delvis enige i at nødvendige tiltak for å bedre arbeidsmiljøet blir raskt iverksatt ved behov. Blant verneombud svarer 58 prosent det samme, mens andelen blant tillitsvalgte kun er 37 prosent.
- 79 prosent av lederne er helt eller delvis enige i at ledelsen er god til å ivareta arbeidsmiljømessige utfordringer. 64 prosent av verneombudene og 48 prosent av de tillitsvalgte svarer det samme.
- 75 prosent av lederne og de tillitsvalgte er helt eller delvis enige i at tillitsvalgt-apparatet fungerer godt. 60 prosent av verneombudene er av samme oppfatning.
- 80 prosent av lederne, 67 prosent av verneombudene og 53 prosent av de tillitsvalgte sier seg helt eller delvis enige i at verneombudsordningen fungerer godt der de jobber.
- I de kvalitative intervjuene forteller informantene om et arbeidsmiljø preget av stor takhøyde. Flere understreker at arbeidshverdagen kan være både fysisk og psykisk belastende, men gode kollegiale forhold framheves like ofte.
- Følgende variabler påvirker vurderinger av arbeidsmiljøet:
 - Kvinner, ledere, lang ansiennitet, kort utdanning og de som ikke har vært gjennom endrings- eller omstillingsprosesser siste to år, vurderer arbeidsmiljøsam- arbeidet som dårligere enn andre. Det samme gjør organiserte i Akademikerne, mens de som arbeider i Helse Midt-Norge, vurderer dette som mer positivt enn andre.

6 Avslutning

Vi har gjennom fem ulike kapitler sett på forskjellige sider ved arbeidshverdagen i norske sykehus, slik de framsto for ledere, verneombud og tillitsvalgte i 2014. Gjennom både kvantitative og kvalitative data har vi fått innblikk i endrings- og omstillingsprosesser, arbeidstidsordninger og arbeidsbetingelser, tilknytningsformer og en slags «alt i alt»-vurdering av samarbeid og arbeidsmiljø. I dette siste kapittelet foreslår vi noen funn som kan benyttes som måleindikatorer dersom en tilsvarende undersøkelse skulle gjentas om noen år. Men aller først noen ord om variasjonen vi finner når det gjelder innflytelse og den tidvis store avstanden mellom hvordan ledere og særlig tillitsvalgte vurderer situasjonen.

Hva kan forklare variasjon og avstand?

Ledere, verneombud og tillitsvalgte har i kraft av sine roller ulike formelle ansvarsområder på en arbeidsplass. Ledere har fått et delegert arbeidsgiveransvar. I dette ligger det blant annet «å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utviklingen i samfunnet» (aml. § 1-1, a)). Formålet i arbeidsmiljøloven må sies å være ambisiøst. Selv om arbeidsgiver har hovedansvaret for at lovens krav etterleves, har arbeidstakerne en klar medvirkningsplikt til at så skjer. Verneombud har et særskilt ansvar. Verneombudet skal blant annet se til at virksomheten er «innrettet og vedlikeholdt, og at arbeidet blir utført på en slik måte at hensynet til arbeidstakernes sikkerhet, helse og velferd er ivaretatt i samsvar med bestemmelsene i denne lov» (aml. § 6-2 (1)). Mens verneombudenes plikter og rettigheter er hjemlet i arbeidsmiljøloven, har tillitsvalgtes rettigheter og plikter fortrinnsvis sin forankring i avtaleverket, selv om en del saker vil befinne seg i skjæringspunktet mellom lov og avtale.

I undersøkelsen har vi blant annet studert lederes, verneombuds og tillitsvalgtes vurdering av egen innflytelse over endrings- og omstillingsprosesser, på valg eller utforming av arbeidstidsordning og på bruk av midlertidige og innleide arbeidstakere. Ikke overraskende vurderer ledere sin innflytelse som større enn hva tillitsvalgte og

verneombud gjør. I tabell 6.1 har vi gruppert de som svarer at de i stor grad eller i noen grad har innflytelse på de nevnte områdene.

Tabell 6.1 Andel som svarer at de «i stor grad» eller «i ganske stor grad» har innflytelse på ... Prosent. N = 3377/5111/2442.

	Ledere	Verneombud	Tillitsvalgte
Resultatet av omstillings-/endringprosessen	60	31	28
Valg eller utforming av arbeidstidsordning	55	12	30
Bruk av midlertidige eller innleide arbeidstakere	84	23	41

Ledere vurderer sin innflytelse over bruk av midlertidige eller innleide som størst, der nest på resultatet av omstillings- eller endringsprosessen, og på en tredjeplass kommer innflytelse på valg eller utforming av arbeidstidsordning. Man skal være litt varsom med hvordan man tolker spørsmål om egen innflytelse. Denne type vurderinger vil være preget av kontekst og forventning. Noen saker bestemmes på arbeidsplassnivå, andre høyere opp. Og på noen arbeidsplasser vil disse sakene ha stått høyt på dagsordenen og dermed aktualisert spørsmålet om innflytelse, mens andre arbeidsplasser har stabil arbeidstidsordning og færre omstillinger. Men det kan også være at jo større forventninger man har til egen innflytelse, jo lavere vil man vurdere den til å være, og motsatt – noe vi kan oppsummere som «de stigende forventningers misnøye» – jo høyere forventninger man har til delaktighet og innflytelse i en prosess, jo større blir misnøyen med den dersom resultatene ikke lever opp til forventningene. Slik sett vil forventningene som verneombud og tillitsvalgte har, trolig være ganske like. De jobber alle i sykehus, og de forholder seg til samme type ledere.

Vi ser at bruk av midlertidig ansatte eller innleide arbeidstakere er det området som flest tillitsvalgte har innflytelse over. Det samme gjelder for ledere. At begge disse gruppene mener de har så mye innflytelse her, tyder på at dette er saker som avgjøres nede i organisasjonen. Samtidig er avstanden mellom ledere og tillitsvalgte også størst på dette saksfeltet (43 prosentpoeng). Det er færre både blant tillitsvalgte, og ikke minst blant ledere, som oppgir å ha innflytelse over arbeidstidsordninger og omstillingsprosesser. Men «gapet i innflytelse», det vil si forskjellen mellom de to gruppene i prosentpoeng, er noe mindre her enn for midlertidige ansettelser / innleie.

Når det gjelder «styrkeforholdet» mellom verneombud og tillitsvalgte, målt i vurdert egeninnflytelse, ser vi at dette er forholdsvis jevnt når det gjelder resultatet av omstillings- eller endringsprosesser. Dette er kanskje litt overraskende siden medvirkning i omstillingsprosesser har vært et sentralt element i medbestemmelsen fastsatt i hovedavtalene. En forklaring kan være at både verneombud og tillitsvalgte trekkes med i større omstillingsprosesser, og at slike saker behandles i flere organer. Tillitsvalgte vurderer imidlertid sin egen innflytelse som signifikant større enn hva verneombudene gjør når det gjelder valg eller utforming av arbeidstidsordning og bruk av midlertidige

eller innleide arbeidstakere. Tillitsvalgtes rolle i spørsmål om arbeidstid og bruk av midlertidige eller innleide understrekes i avtaleverket, men også i arbeidsmiljøloven. Det er imidlertid grunn til å merke seg at kun 12 prosent av verneombudene svarer at de i stor grad eller i ganske stor grad har innflytelse over valg eller utforming av arbeidstidsordning, mens 54 prosent svarer at de i ganske liten eller liten grad har slik innflytelse (ikke vist). Dette indikerer at verneombudene ikke har en veldig sentral rolle i denne type spørsmål. Verneombudets rolle er trolig heller ikke veldig sentral når det gjelder diskusjoner om bruk av midlertidige eller innleide arbeidstakere.

Når vi her har gjengitt hvordan de ulike respondentgruppene vurderer sin egen innflytelse, sier dette likevel mindre om kvaliteten på samarbeidet. I tabell 6.2 ser vi på hvordan samarbeidet mellom ledere, tillitsvalgte og verneombud vurderes i spørsmål knyttet til endrings- eller omstillingsprosesser, valg eller utforming av arbeidstidsordninger og i bruk av midlertidige og innleide. I tabell 6.2 har vi igjen gjengitt andelen som karakteriserer samarbeidet som relativt godt.

Tabell 6.2 Andel som svarer «svært godt» eller «ganske godt» på hvordan samarbeidet mellom ledelsen, verneombud og tillitsvalgte er i/om ...Prosent. N = 3061/5051/2287.

	Ledere	Verneombud	Tillitsvalgte
Omstillings-/endringsprosessen	76	59	40
Valg el. utforming av arbeidstidsordning	75	49	36
Bruk av midlertidige eller innleide	66	40	42

Igen ser vi at lederne skiller seg ut som gruppe. De vurderer samarbeidet som klart bedre enn hva tillitsvalgte og verneombud gjør, og best i omstillingsprosesser og i spørsmål knyttet til valg eller utforming av arbeidstidsordning. Mens vi i tabell 6.1 så at verneombudene i to av tre tilfeller vurderer sin innflytelse som lavere enn hva tillitsvalgte gjør, ser vi i tabell 6.2 at de vurderer samarbeidet i to av tre tilfeller som *bedre* enn hva tillitsvalgte gjør. Dette er interessant. I tabell 6.1 så vi at kun 12 prosent av verneombudene svarer at de har innflytelse på valg av eller utforming av arbeidstidsordning. Det er imidlertid 49 prosent av verneombudene som vurderer samarbeidet på dette området som svært godt eller ganske godt. Vi har tidligere i rapporten omtalt at det er forholdsvis sterke sammenhenger når det gjelder hvordan man vurderer egen innflytelse, og hvordan man vurderer samarbeidets kvalitet. Dette gjelder for alle tre grupper, men denne sammenhengen er sterkest når vi ser på tillitsvalgte.¹⁹ Dette betyr at verneombud er noe mer tilbøyelige til å vurdere samarbeidet som bra selv om de ikke

¹⁹ Eksempelvis er Pearsons korrelasjonskoeffisient .64 for tillitsvalgte i spørsmålene «I hvilken grad vil du si at du som tillitsvalgt har innflytelse på omfanget av midlertidige eller innleide arbeidstakere» og «Alt i alt, hvordan vil du karakterisere samarbeidet mellom ledelsen, verneombud og tillitsvalgte i spørsmål knyttet til bruk av midlertidige og innleide arbeidstakere». Den tilsvarende koeffisienten for verneombud er .52 og for ledere .27. Alle signifikante på 1-prosentnivå.

har så stor innflytelse, enn hva tillitsvalgte er. Dette kan bero på at forventningene til innflytelse på disse områdene er lavere blant verneombudene enn blant de tillitsvalgte.

Nærmere om forskjeller

Det er ikke bare i vurderinger av innflytelse og samarbeidets kvalitet at vi finner forskjeller, dette er et gjennomgående funn. Hvorfor finner vi at ledere i flere tilfeller vurderer ulike sider ved arbeidsmiljøet som signifikant mye bedre enn hva tillitsvalgte gjør? Vi har ikke noe godt og entydig svar på dette, men avslutningsvis i de kvalitative intervjuene stilte vi spørsmål om nettopp det. Og det er i den forbindelse verd å understreke ett forhold til. I våre intervjuer med tillitsvalgte, verneombud og ledere fikk vi i en del sammenhenger forskjellige oppfatninger og svar på samme spørsmål, men avstanden mellom de ulike gruppene framstår som mindre enn hva den gjør i de kvantitative analysene. Det kan være flere grunner til dette. For det første vil det være lokale forskjeller, både innenfor et sykehus, mellom sykehus, mellom foretak og ikke minst mellom regioner, og mens spørreundersøkelsen har et bredt nedslagsfelt, er det kun gjennomført et begrenset antall intervjuer. For det andre kan det være at den metodiske tilnærmingen som benyttes, «tvinger» fram ulike svar. I en intervjusituasjon vil informanten ofte reflektere høyt og samtale om svarene. Hun eller han vil gjerne bli bedt om å utdype og forklare sine svar. I en spørreundersøkelse vil respondentene bli bedt om å ta stilling til ulike påstander eller gi kort svar på spørsmål som vil kunne bli tolket ulikt fra person til person. For det tredje vil en spørreundersøkelse kunne treffe grupper av ansatte når de eksempelvis er midt oppe i en situasjon der frontene har hardnet til. Dette vil kunne påvirke svarene, uten at vi som tolker dem, nødvendigvis har den kontekstuelle bakgrunnen. Trolig har alle disse mulige forklaringene en viss betydning. Like fullt, da vi ba våre informanter om deres tanker om den store variasjonen, fikk vi en rekke svar. Vi lar representanter fra de ulike informantgruppene få slippe til:

Vi ser situasjonen fra ulike steder. Vi ser ikke ledelsens problemstillinger. Vi ser aldri de som sitter høyt oppe. Jeg har aldri møtt klinikksjefen. Vi ser ikke hva de gjør. Vi opplever bare at det kommer kutt, og de kommuniseres via mellomlederne. (Tillitsvalgt, Akademikerne)

Tja, si det? Det er vel sånn at vi er forskjellige og vurderer situasjoner ulikt. For eksempel kan det jo være at du og jeg har ulik forståelser av hva jeg har sagt i dette intervjuet. Jeg tenker at det kan variere med størrelse. Dette sykehuset er stort, det er mange nivåer, hierarkisk systemer, og det kan bli lange veier som gjør at tillitsvalgte og ledelse har litt ulik forståelse av hva som foregår. På den annen side har jeg også vært på små sykehus, og egentlig er det mer misnøye der, der får misnøyen gro. Nei, jeg vet ikke. (Leder)

Haha, ja, det var overraskende! Nei, det handler om det jeg sier, at oppover i systemet er det økonomi, innsparinger og nedskjæringer som er det viktige, og det er ikke det vi er opptatt av i vår arbeidshverdag. Og da blir det heller ikke et godt samarbeid, i hvert fall ikke sett fra vår side. (Tillitsvalgt, Fagforbundet)

Jeg har ikke noen veldig god forklaring på dette, men en del tillitsvalgte vil vel mene at de har medlemmer som stadig utsettes for store og omfattende endringsprosesser. Over tid skaper dette slitasje. Det vil vel også være slik at vi som ledere jo skal forsvare overordnede beslutninger, mens tillitsvalgte skal forsvare medlemmenes interesser. Vi befinner oss tidvis i ulike ender av skalaen. Men mitt inntrykk er at vi har ganske sammenfallende syn på mange saker. Men det er klart at stort arbeidspress skaper noen klare utfordringer, og det er ikke alltid like enkelt å si at man ikke har ressurser til det ene og det andre. (Leder)

Jeg tror ledelsen vil framstå som gode ledere med et godt samarbeid. Og de ser oss, men jeg er ikke alltid sikker på om de ser at vi er en god samarbeidspartner. De ser det mer som noe de må gjøre. At samarbeidet oppleves forskjellig mellom ledere og oss, skyldes vel at man sitter på litt ulike sider. At man ser situasjonen fra sitt ståsted, og da ser det litt ulikt ut. (Hovedverneombud)

Det kan skyldes at de tillitsvalgte står mellom de ansatte og ledergruppen og dermed ser situasjonen fra flere sider. Ledergruppen ser det bare fra sitt ståsted. Tillitsvalgte får tilbakemeldinger fra ansatte, de ansatte går ikke direkte til ledere. Ledelsen tror ofte at alt er bra helt til det blir en stor sak av ting. [...] Det har blitt mer fokus på de tillitsvalgte og verneombudenes rolle de siste årene. Vi blir i større grad tatt med både i drøftelser og informert, men det er ofte satt av for lite tid når endringer skal gjøres, og økonomi trumfer alt. (Tillitsvalgt, Sykepleierforbundet)

Ikke overraskende pekes det blant annet på stor avstand. Men det vises også til at man tror det er et ønske om å samarbeide, men at dette av ulike grunner ikke alltid materialiserer seg i faktiske handlinger. Det er likevel grunn til å igjen påpeke at majoriteten av informantene beskriver arbeidsmiljøet der de jobber, som bra, og vi så i kapittel 5 at flertallet beskriver samarbeidet med nærmeste leder som godt. De utfordringer som vi har pekt på i denne rapporten, må derfor ikke overdrives.

Måleindikatorer

Hva hvis denne undersøkelsen skulle gjentas om fem år? Hva burde ha endret seg til det bedre? Og hva kan brukes som mål? Et veldig enkelt svar ville være at en mer samstemt oppfatning av situasjonen ville kunne være en indikator på en positiv utvikling, gitt at den gikk i ønsket retning. Det vil imidlertid være naivt å anta at det ikke alltid vil være forskjeller i hvordan man vurderer ting, etter rolle og ståsted i organisasjonen. Vi velger derfor å trekke fram de funn der både samlet vurdering og avstanden mellom gruppene gir grunn til en viss bekymring.

- Det er store forskjeller i hvordan ledere, verneombud og tillitsvalgte vurderer samarbeidet i omstillingsprosesser. Tillitsvalgte påpeker i intervjuene at de ofte blir involvert for seint i prosessen. Den store avstanden mellom vurderingene av samarbeid bør bli mindre.
- Rundt tre av ti tillitsvalgte og verneombud svarer at de ikke tok initiativ til at arbeidsmiljømessige konsekvenser av endrings- eller omstillingsprosesser ble vurdert. Tillitsvalgte og verneombud mener de ikke blir dratt tidlig nok inn i omstillingsprosesser. Tidligere involvering vil kunne øke initiativet til at arbeidsmiljømessige konsekvenser vurderes.
- 74 prosent har svart at det ble gitt opplæring for å imøtekomme endrede krav til kompetanse som følge av endrings- eller omstillingsprosesser. Det er store forskjeller i hvordan tillitsvalgte og ledere vurderer dette. Den samlede andelen som mener at opplæring blir gitt, bør øke, og avstanden mellom særlig hvordan hovedtillitsvalgte og toppledere vurderer dette, bør reduseres.
- Arbeidstid er et område preget av ulike oppfatninger, og det er derfor av interesse. 64 prosent svarer at arbeidsmiljøet tas i betraktning ved utforming av arbeidstidsordninger, men kun 41 prosent av de tillitsvalgte er enige i dette. Den tilsvarende andelen blant ledere er 80 prosent. Avstanden er så stor at eventuelle justeringer åpenbart ikke når fram til de tillitsvalgte. Den samlede andelen bør opp, og avstanden mellom partene bør ned.
- Arbeidsintensiteten ser ut til å øke i sykehusene. Ledere svarer i større grad enn øvrige at kvalitetskravene (62 prosent) og ansvaret i lederjobben har tiltatt (59 prosent). Tillitsvalgte og verneombud er på sin side mer tilbøyelige til å svare at jobben har blitt mer fysisk krevende. Tillitsvalgte svarer også at man oftere jobber i et høyt tempo (67 prosent), og at overtidsbruken har økt (36 prosent) sett i forhold til hvordan det var tre år tidligere. Sett under ett bør disse målene på arbeidsintensitet ikke øke, men snarere reduseres.

- Tillitsvalgte svarer i større grad enn øvrige at stor bruk av midlertidige og innleide på korte kontrakter fører til usikkerhet blant ansatte. De svarer også i større grad enn ledere og verneombud at midlertidige og innleide på korte kontrakter kvier seg for å melde fra om kritikkverdige forhold og avvik. Det bør rettes oppmerksomhet mot tiltak som vil kunne redusere ulempene ved bruk av midlertidige og innleide.
- 44 prosent av tillitsvalgte svarer at bruk av innleide og midlertidige på korte kontrakter ikke er drøftet med dem i løpet av de siste tolv månedene. Dette er en høy andel og overraskende siden både arbeidsmiljøloven og overenskomstene pålegger arbeidsgivere å drøfte slik bruk. Denne andelen bør reduseres.
- 79 prosent av lederne er helt eller delvis enige i at ledelsen er god til å ivareta arbeidsmiljømessige utfordringer. 64 prosent av verneombudene og 48 prosent av de tillitsvalgte svarer det samme. Forskjellene mellom gruppene bør reduseres, og andelen som er helt eller delvis enig blant tillitsvalgte og verneombud, bør økes.
- 77 prosent av lederne er helt eller delvis enige i at nødvendige tiltak for å bedre arbeidsmiljøet blir raskt iverksatt ved behov. Blant verneombud svarer 58 prosent det samme, mens kun 37 prosent av de tillitsvalgte er av samme oppfatning. Andelen blant verneombud og tillitsvalgte bør definitivt opp, men andelen av ledere som er helt og delvis enige, kan også med fordel økes.

Referanser

- Alsos, K., Hagen, I. M., Jensen, S. R. & Trygstad, S. C. (under arbeid). *Den norske modellen sett nedenfra*.
- Arbeidstilsynet (2008). *God vakt*. <http://www.arbeidstilsynet.no/artikkel.html?tid=78766>
- Berge, Ø. M., Falkum, F., Trygstad, S. C. & Ødegård, A. M. (2011). *Skaff oss dem vi trenger. Om arbeidskraftstrategier og forebygging av sosial dumping i helse og omsorg*. Fafo-rapport 2011:20 .
- Econ (2009). *Bemanningsbransjen. Struktur, utvikling og rolle*. Rapport 2009:83.
- Eldring, L., Ødegård, A. M., Andersen, R. K., Bråten, M., Nergaard, K. & Alsos, K. (2011). *Evaluering av tiltak mot sosial dumping*. Fafo-rapport 2011:09.
- Falkum, E., Hagen, I. M. & Trygstad, S. C. (2009). *Bedriftsdemokratiets tilstand. Medbestemmelse, medvirkning og innflytelse i 2009*. Fafo-rapport 2009:35.
- Grimsmo, A. & Sørensen, B. Aa. (2004). *Null-punkt-undersøkelse i sykehus*. Arbeidsforskningsinstituttet.
- Hippe, J. M. & Trygstad, S. C. (2012). *Ti år etter. Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus*. Fafo-rapport 2012:57.
- Nergaard, K., Nesheim, K., Alsos, K., Berge, Ø. M., Trygstad, S. C. & Ødegård, A. M. (2011). *Utleie av arbeidskraft 2011*. Fafo-rapport 2011:33.
- Nergaard, K. & Nicolaisen, H. (2002). *Utleie av arbeidskraft. Omfang og utvikling*. Fafo-notat 2002:17.
- NOA (2011). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2011 - Status og utviklingstrekk*.
- Seip, Å. A., Andersen, R. K., Nergaard, K. & Nicolaisen, H. (2013). *Arbeidstid og fleksibilitet. Omfang og praksis ved inngåelse av lokale arbeidstidsavtaler*. Fafo-rapport 2013:46.
- Skivenes, M. & Trygstad, S. C. (2012). *Åpenhet, ytring og varsling*. Gyldendal Akademisk.

- Skivenes, M. & Trygstad, S. C. (2007). *Varslere. Om arbeidstakere som sier ifra!* Gyldendal Akademisk.
- St.meld. nr. 25 (2005–2006). *Mestring, mulighet og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.*
- Staksrud, E., Steen-Johnsen, K., Enjolras, B., Gustafsson, M. H., Ihålebak, K. A., Midtbøen, A. H., Sætrang, S., Trygstad, S. C. & Utheim, M. (2014). *Holdninger og erfaringer i befolkningen. Resultater fra befolkningsundersøkelsen 2014.* Oslo: ISF.
- Stokke, T. Aa., Berge, Ø. & Seip, Å. A. (2010). *Arbeidstidsordninger som fraviker arbeidsmiljøloven. Utvikling, omfang og praksis.* Fafo-rapport 2010:42.
- Trygstad, S. C. & Vennesland, T. E. (2012). *Medbestemmelse – har eierskap betydning?* Fafo-rapport 2012:58.
- Trygstad, S. C., Lorentzen, T., Løken, E., Moland, L. & Skalle, N. (2006). *Den nye staten. Omfang og effekter av omstillingene i staten 1990–2004. Hovedrapport.* Fafo-rapport 530.
- Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A. H., Haukline, H. & Kroken, R. (2002). *Maktens samvittighet.* Gyldendal norsk forlag.
- Ødegård, A. M. & Andersen, R. (2014). *Om arbeidstid, konkurranseutsetting, innleie av arbeidskraft, tiltak mot sosial dumping, AFP og kontroll og overvåkning på arbeidsplassene.* LOs tillitsvalgtpanel, høst 2013. Fafo-notat 2014:04.

Arbeidsmiljø i norske sykehus 2014

Hvordan er arbeidsmiljøet i norske sykehus? Vi er særlig opptatt av omstillinger, arbeidstidsordninger, ansettelsesformer og kompetansebehov. Vi undersøker hvordan ledere, tillitsvalgte og verneombud vurderer disse områdene, og om de samarbeider om utfordringer de står overfor. Studien bygger på undersøkelser gjennomført våren og høsten 2014, og den viser at særlig ledere og tillitsvalgte vurderer ulike spørsmål forskjellig. Undersøkelsen er finansiert av Arbeidstilsynet.



Fafo

Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-rapport 2015:17
ISBN 978-82-324-0199-4
ISSN 0801-6143
Bestillingsnr. 20422