

Den helsefremmende arbeidsplassen

Hvilken betydning har fullintegrert tjeneste for arbeidsgleden blant ansatte i pleie- og omsorgstjenestene.

HØGSKOLEN I VESTFOLD

Master i helsefremmende arbeid

Marit Langesæter

Juni 2008

15 948 ord

”Gleden er en støtte for helsen
og en motgift mot sykdom”

Henry Mackenzie (1745-1831) skotsk forfatter

”Av alle glæder i livet
er arbeidsgleden den varigste”

Henry Heerup (1907 -1993) dansk kunstner

Forord

Ja, tenk jeg er kommet i havn etter lang tid på opprørt hav og til dels i urent farvann. Reisen har ført meg til HP-land som er helsens og mulighetenes hjemland. Det har vært litt av en seilas og det har gått bra takket være et fantastisk mannskap som har støttet, oppmuntret og raust delt erfaringer og kunnskaper.

Først og fremst en takk til pleie- og omsorgssenteret der studien er gjort. Dere som deltok i fokusgruppene skal ha mange takk for at dere så sjenerøst delte erfaringer, opplevelser og refleksjoner med meg.

Tusen takk til min kunnskapsrike, kloke og helsefremmende veileder, førstelektor Grete Eide Rønningen ved Høgskolen i Vestfold. Du har betydd mer enn noen andre i denne prosessen.

Takk til alle dere lærere ved masterstudiet for et faglig og engasjerende opplegg. Til alle dere medstudenter – takk for flotte og lærerike dager på Bakkenteigen.

En stor takk til ledelsen ved Høgskolen Stord/Haugesund for praktisk tilrettelegging og økonomiske støtte i studietiden.

På jobb er det mange gode kollegaer som fortjener en takk. Tusen takk til alle dere som har støttet og oppmuntret meg, gitt meg faglige innspill og deltatt i spennende diskusjoner. En spesiell takk til Georg Førland og Ingrid Gilje Heiberg som har engasjert seg i min læreprosess langt mer enn hva som kan forventes, selv av så gode kollegaer.

Så en stor takk til de ansatte på biblioteket ved Høgskolen Stord/Haugesund for velvilje og hjelpsomhet. Her fortjener bibliotekar Irene Waage en ekstra stor takk.

I siste fase av arbeidet med oppgaven har medstudent Kristin Mo vært en fantastisk støtte- og medspiller. De daglige telefonsamtaler mellom Haugesund og Bergen har vært *uunnværlige*.

Sist, men ikke minst, så vil jeg takke deg Harald for alt du har tolerert av en frustrert og egosentrisk og til dels fraværende samboer. Nå er det over!

Summary

What importance has fully integrated services for employees' zest for work in care-services?

This master's thesis is about the relationship between zest for work and the organisation of fully integrated services; based on the concept of Health Promotion.

Fully integrated services are care-centres where home-care services and a nursing home are organised with mutual management. This way, the employees are working both in the patients' homes and in the nursing home.

The purpose of this study is to promote development at the working place where this study took place, and to contribute for health promotion research.

The thesis is a qualitative analysis with elements from an exploratory and descriptive design. Data is collected and interpreted from four focus group interviews, consisting of care assistants, leaders, care workers and nurses in a care-centre. The participants described zest for work as a state of energy and a sense of coping and pride, where comprehensibility, manageability and meaningfulness are the main factors for zest for work.

Moreover, fully integrated services in combination with primary nursing and the employees' authority to allocate services, promotes a holistic view, continuity, flexibility and a possibility for high quality services - which is important for zest for work.

Key words: Zest for work, health promotion, workplace health promotion, salutogenesis, settings for health, empowerment, fully integrated care-services.

Sammendrag

Denne masterstudien tar utgangspunkt i temaet *den helsefremmende arbeidsplassen*, som er forankret i faget helsefremmende arbeid.

De kommunale pleie og omsorgstjenestene står i og foran store utfordringer og har behov for kompetente ansatte med arbeidsglede og god helse, slik at de kan bidra til helse hos brukerne av tjenestene. Denne studien ser på sammenhengen mellom arbeidsglede og organisering. Her er organisering avgrenset til fullintegrert tjeneste, som vil si at hjemmesykepleie, hjemmehjelp og sykehjem har felles ledelse og de ansatte arbeider både ute i hjemmetjenestene og inne på sykehjemmet.

Problemstillingen ”Hvilken betydning har fullintegrert tjeneste for arbeidsglede blant ansatte i pleie- og omsorgstjenesten ” skal ivareta tre ulike aspekter. En beskrivelse av fenomenet arbeidsglede og hva som fremmer arbeidsgleden, så om fullintegrert tjeneste har betydning for arbeidsglede og til slutt hvilke handlingsrom fullintegrert tjeneste gir for å fremme arbeidsgleden.

Hensikten er å komme med innspill til utvikling av arbeidsplassen der denne studien er gjort, samt å bidra til kunnskapsutvikling i faget helsefremmende arbeid.

Det er en kvalitativ studie med elementer fra utforskende og beskrivende design. Dataene er fra fire fokusgruppeintervjuer med assistenter, ledere, hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og sykepleiere ved et pleie- og omsorgssenter.

Deltakerne har beskrevet arbeidsglede som en tilstand av energi, mestringsfølelse og stolthet, der mening, begripelighet og håndterbarhet er vesentlige faktorer for arbeidsglede.

Fullintegrert tjeneste kombinert med primærsykepleie og myndighet for tildeling av omsorgstjenester på enhetsnivå gir grunnlag for helhet, kontinuitet, fleksibilitet som igjen gir mulighet for kvalitet på tjenestene. De ansattes opplevelse av kvalitet på sykepleieutøvelsen har stor betydning for arbeidsglede. Det å jobbe både ute i hjemmetjenestene og inne på sykehjemmet gir en variasjon som blir opplevd som positiv.

Nøkkelord: Arbeidsglede, helsefremmende arbeid, den helsefremmende arbeidsplassen, salutogenese, setting, empowerment, myndiggjøring, fullintegreert tjeneste, pleie- og omsorgstjenester.

Innholdsfortegnelse

FORORD.....	3
SUMMARY.....	4
SAMMENDRAG.....	5
1. INNLEDNING.....	9
1.1. BAKGRUNN	9
1.2. PROBLEMSTILLING	10
1.3. TIDLIGERE FORSKNING	12
1.4. PRESENTASJON AV SETTINGEN	15
1.5. OPPGAVENS OPPBYGGING.....	16
1.6. OPPSUMMERING	17
2. TEORETISKE PERSPEKTIV.....	18
2.1. HELSEFREMMEDE ARBEID.....	18
2.1.1. SALUTOGENESE.....	18
2.1.2. EMPOWERMENT.....	20
2.1.3. SETTINGSBEGREPET	21
2.1.4. DEN HELSEFREMMEDE ARBEIDSPLASSEN.....	22
2.2. ORGANISERING	24
2.2.1. ORGANISERING I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE.....	24
2.2.2. FULLINTEGRERT TJENESTE.....	25
2.2.3. PRIMÆRSYKEPLEIE.....	26
2.3. ARBEIDSGLEDE	26
2.4. OPPSUMMERING	27
3. METODE.....	28
3.1. FORSKNINGSDESIGN	28
3.2. FORSKNINGSMETODE	29
3.3. REKRUTTERING TIL FOKUSGRUPPENE.....	30
3.4. PLANLEGGING OG GJENNOMFØRING AV FOKUSGRUPPEINTERVJUENE.....	31
3.5. TRANSKRIBERING OG ANALYSE.....	32
3.6. ETISKE BETRAKTNINGER	33
3.7. TROVERDIGHET, BEKREFTBARHET OG OVERFØRBARHET	35
3.8. OPPSUMMERING	35
4. FUNN.....	36
4.1. ARBEIDSGLEDE	36
4.1.1. ARBEIDSGLEDE; EN TILSTAND PREGET AV ENERGI, MESTRINGSFØLELSE OG STOLTHET	36
4.1.2. EN JOBB MED MENING	37
4.1.3. RAMMEFAKTORER	38
4.1.4. ARBEIDSKLIMA	39

4.1.5.	UTFORDRINGER OG UTVIKLING.....	40
4.1.6.	OPPSUMMERING	41
4.2.	ORGANISERING	41
4.2.1.	KVALITET; HELHET, KONTINUITET OG FLEKSIBILITET	41
4.2.2.	DE ANSATTES OPPLEVELSE; VARIASJON, SELVSTENDIGHET OG SAMARBEID	42
4.2.3.	UTFORDRINGER I FORHOLD TIL ORGANISERINGEN	43
4.2.4.	OPPSUMMERING	43
4.3.	HANDLINGSROM	44
4.3.1.	SAMARBEID OG FELLESKAP PÅ TVERS AV YRKESGRUPPENE	44
4.3.2.	TRYGGHET OG ÅPEN DIALOG	45
4.3.3.	MYNDIGGJØRING; GJENNOM VEKST OG UTVIKLING	46
4.3.4.	OPPSUMMERING	47
4.4.	OPPSUMMERING AV FUNN	47
5.	<u>DRØFTING</u>	<u>48</u>
5.1.	HVORDAN BESKRIVER ANSATTE I FULLINTEGRERT TJENESTE ARBEIDSGLEDE?	48
5.1.1.	ARBEIDSGLEDE SOM TILSTAND.....	48
5.1.2.	ARBEIDSPLOSSFAKTORER SOM FREMMER ARBEIDSGLEDE	50
5.1.3.	SALUTOGENESE OG ARBEIDSGLEDE.....	50
5.1.4.	OPPSUMMERING	51
5.2.	HAR DET Å JOBBE I FULLINTEGRERT TJENESTE "I SEG SELV" BETYDNING FOR ARBEIDSGLEDE?	51
5.2.1.	FULLINTEGRERT TJENESTE OG ARBEIDSGLEDE.....	51
5.2.2.	FULLINTEGRERT TJENESTE SETT I LYS AV EMPOWERMENT	52
5.2.3.	FULLINTEGRERT TJENESTE SETT I LYS AV SETTINGSBEGREPET	53
5.2.4.	OPPSUMMERING	53
5.3.	HVILKE HANDLINGSROM MENER DE ANSATTE AT FULLINTEGRERT TJENESTE GIR FOR Å FREMME ARBEIDSGLEDE?	54
5.3.	OPPSUMMERING	55
6.	<u>AVSLUTNING</u>	<u>57</u>
	<u>LITTERATURLISTE.....</u>	<u>59</u>
	<u>VEDLEGG</u>	<u>65</u>

1. Innledning

1.1. Bakgrunn

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene står i og foran store utfordringer. Dette gjelder både kvalitet og kvantitet. Det blir flere eldre som trenger pleie- og omsorgstjenester. Særlig vil de aller eldste utgjøre en større og mer krevende gruppe. Kommunene har også ansvar for yngre med store hjelpebehov. Framtidens eldre vil trolig være ressurssterke og stille store krav til individuelt tilpassede tjenester. Samtidig blir det færre yrkesaktive og dermed større kamp om rekruttering til aktuelle utdanninger og om arbeidstakerne (Stortingsmelding nr. 25. 2005-2006).

Med dette bakteppe er det bekymringsfullt at interessen for å arbeide med eldre i pleie- og omsorgstjenesten er fallende, både i Norge og andre land (Hansen, Hansen, Høgh, Kines, & Schibye, 2004; Rognstad, 2006). I en undersøkelse av våre største kommuner vurderte 2/3 av hjelpepleierne og sykepleierne i aldergruppen 26-35 år å slutte (Næss, 2003).

Det er nok mange årsaker til den fallende interessen for pleieyrkene. En medvirkende årsak er kanskje det som beskrives i en delrapport av makt- og demokratiutredningen (1998-2003), ”Maktens samvittighet”. Her blir problemene i velferdsstaten forstått som et misforhold mellom statens ambisjoner og tildelte ressurser. Dette misforholdet forplanter seg nedover i nivåene og det er politikerne og de ansatte i kommunene som sitter igjen med problemet, en desentralisering av dilemmaer (Vike et al., 2002).

At organisering er et viktig element, for å kunne gjøre en god jobb og trives, viser Rønnings (2004) forskning om hvordan organisering og tildeling av tjenester i hjemmetjenestene påvirker både brukernes medvirkning og de ansattes mulighet til å utøve faglig skjønn.

Kommunene har en stor utfordring både i å rekruttere og beholde fagfolk, samt å utvikle gode tjenester. Omsorgsmeldingen (Stortingsmelding, nr. 25. 2005-2006) legger opp til flere strategier for utvikling og forbedring innen pleie- og omsorgstjenestene, som flere årsverk, kompetanseheving, forskning/kvalitetsutvikling, vekt på aktivitet for de eldre og utvikling av organisasjonsformer og ledelse.

Dersom en skal sikre rekruttering til disse yrkene må en blant annet skape gode arbeidsplasser. Karseth, Christiansen et al. (2005) sier at velferdsstatens evne til å skape attraktive og gode arbeidsplasser vil være en kritisk faktor for å rekruttere og beholde arbeidskraft i pleie- og omsorgstjenestene.

Sett i lys av denne utviklingen er det nyttig å se på faktorer som bidrar til god arbeidshelse i pleie- og omsorgstjenestene. Dette vil ha betydning både for de ansatte selv og for dem som skal motta tjenester. En arbeidsplass med arbeidsglede kan ha et konkurransefortrinn i kampen om arbeidstakerne.

Forskningsmessig er tema interessant da vi vet en del om sammenhenger mellom blant annet organisering og arbeidshelse (Sørensen & Rapmund, 1998; Sørensen, Skogstad, & Dahl-Jørgensen, 1998), men det ikke er forsket mye på sammenhengen mellom de ”nyere organisasjonsformene” i pleie- og omsorgstjenestene og arbeidsglede.

1.2. Problemstilling

I 2006 ble jeg kontaktet av et pleie- og omsorgssenter som ønsket ”å bli kikket i kortene”. Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene er et område jeg tidligere har jobbet med og fortsatt er opptatt av.

Den helsefremmende arbeidsplassen ble valgt som tema, da den er forankret i helsefremmende arbeids grunnleggende verdier (Poland, Green, & Rootman, 2000; Tones & Green, 2004). Denne tenkningen inngår også i forståelsen av et bærekraftig arbeidsliv (Sørensen & Wathne, 2007).

Lederen av pleie- og omsorgssenteret og jeg hadde jevnlige samtaler for å finne en aktuell og interessant problemstilling. Vi diskuterte områder som utvikling av kompetanse og stolthet hos de ansatte, faglig veiledning som utviklingsredskap, evaluering av organisasjonsmodellen, m.v.. Ved å fokusere på de ansatte vil dette komme pasientene til gode. Foss og Ellefsen (2005) mener at i helsetjenesteforskningen er de ansatte like viktige som pasientene, organisatoriske og finansielle forhold, fordi fokuset på de ansatte har betydning for kvaliteten på tjenestene. De samme forfatterne peker på at i perioden 1998 – 2004 var hovedvekten av

publikasjoner fra sentrale institusjoner innen helsetjenesteforskning knyttet til pasienter. Færrest undersøkelser hadde fokus på de ansatte.

Arbeidsglede ble valgt fordi det er et allment og positivt begrep. Selve gleden ved arbeidet har ikke noen stor plass i norsk forskning. Vi vet at organisatoriske faktorer har betydning for jobbtilfredshet (Sørensen & Rapmund, 1998; Sørensen et al., 1998). Dette pleie- og omsorgssentret har en organisering, kalt fullintegrert tjeneste, som det finnes lite evaluering av. Fullintegrert tjeneste er en organisasjonsmodell der hjemmesykepleie, hjemmehjelp og sykehjem er i en enhet og de ansatte både jobber ute i hjemmetjenestene og inne på sykehjemmet (Kristoffersen & Solem, 1998). Kombinasjonen fullintegrert tjeneste og arbeidsglede har jeg ikke funnet noe forskning om. Intensjonen med oppgaven blir å forstå hva arbeidsglede er og hva den er knyttet til. Videre om fullintegrert tjeneste har betydning for arbeidsglede og i tilfelle på hvilken måte. Hvilket handlingsrom er det for å fremme arbeidsgleden innenfor denne organisasjonsmodellen?

Ut fra dette blir problemstillingen:

Hvilken betydning har fullintegrert tjeneste for arbeidsgleden blant ansatte i pleie- og omsorgstjenestene.

For å belyse problemstillingen stilles følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan beskriver ansatte i fullintegrert tjeneste arbeidsglede?
- Har det å jobbe i fullintegrert tjeneste ”i seg selv” betydning for arbeidsglede?
- Hvilket handlingsrom mener ansatte at fullintegrert tjeneste gir for å fremme arbeidsglede?

Studien bygger på tenkningen til helsefremmende arbeid. Slik faget framstår nå er det et ungt fag. Det har imidlertid røtter helt tilbake til antikken (Tones & Green, 2004). I dag er det mange ulike fagdisipliner som bidrar (Bunton & Macdonald, 2002). Seedhouse (1997) er kritisk til fagets mangfold og manglende avgrensning. Forskning og fagutvikling er av avgjørende betydning i arbeidet med å bygge opp et eget kunnskapsgrunnlag (Mittelmark, 1999) og håpet er at denne studien kan være et lite bidrag.

1.3. Tidligere forskning

For å finne tidligere forskning med relevans for oppgaven måttet jeg gå bredt ut.

Arbeidsglede koblet opp til fullintegrert tjeneste gav ingen resultat. Begrepet arbeidsglede gav få treff og ble derfor blitt utvidet til beslektede begreper som jobbtilfredshet og jobbengasjement, med mange treff på jobbtilfredshet og få på jobbengasjement.

Jobbtilfredshet koblet til arbeidsområdet pleie- og omsorgstjenester, med søkeord som sykepleie, hjemmesykepleie, hjemmetjenester, sykehjem, gav mange treff. Ved å koble til begreper som organisering, integrerte tjenester og fullintegrert tjeneste fikk jeg treff på noen norske forskningsrapporter. Helsefremmende arbeidsplasser gav få treff. Hjemmesidene til det europeiske nettverket for helsefremmende arbeidsplasser (ENWHP) har tilgang til mange prosjekter.

Engelske søkeord: Zest for work, joy of work, pleasure of work, job satisfaction, job engagement, community nursing (inkl.nursing home and home care), integrated services and workplace health promotion.

Søkene ble gjort i BIBYS, Academic Search Elite og Cinahl.¹

Det foreligger mye forskning om den helsefremmende arbeidsplassen. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) har i en omfattende rapport om effekten av helsefremmende arbeid et kapittel om Workplace Health Promotion (WHP). Breucker og Schröer (2000) gjennomgår 10 reviewsartikler og 46 individuelle studier. De skisserer tre grunnleggende områder for effektive WHP-aktiviteter; tverrfaglighet, at ulike enheter i organisasjonen spiller på lag, at alle involverte deltar og samarbeider og at det er helhetstenkning som kombinerer aktiviteter på individnivå med organisatoriske forhold. Forfatterne har delt studiene i 3 aktivitetsområder; atferdsforandringer, helsefremmende jobber og organisatorisk utforming og til slutt det de kaller internal communication and marketing for WHP. Den siste forstår jeg som aktiviteter for at hele organisasjonen skal "gjennomsyres" av helsefremmende tenkning. Uten å gå inn i hver studie, er det umulig å vurdere i hvilken grad disse tilnærmingene er basert på en salutogen tenkning, men storparten av studiene omhandlet atferdstiltak, altså individnivå. En salutogen tenkning har fokus på det

¹ I tillegg til litteratursøk har jeg vært i kontakt med Kommunenes Sentralforbund (KS), Ressurssenteret for omstilling i kommunene (RO) og statlige helsemyndigheter.

som fremmer helse ved å se både på individ og omgivelser, mens en patogen tilnærming leter etter de negative faktorene (Eriksson, 2007; Tones & Green, 2004)

Sørensen og Rapmund (1998) har i sin kunnskapsoversikt av psykologiske, organisatoriske og sosiale faktorerens betydning for helse, en gjennomgang av forskning knyttet til jobbtilfredshet. Begrepet defineres vidt; hvordan arbeidstakerne føler om arbeidet generelt og enkelte sider spesielt. Jobbtilfredshet blir forstått som en del av den allmenne trivsel. Det er vanskelig å se at arbeidsgleden, gleden i seg selv, har noen framtrepende rolle her. Forfatterne har en todeling av undersøkelsene, et fokus på resultater av opplevd tilfredshet og et som omhandler konsekvenser av å ikke oppleve jobbtilfredshet. Fra et helsefremmende synspunkt er den første tilnærmingen mest fruktbar, men det andre fokuset er også interessant. Aronsson & Lindh (2004) konkluderer i en studie med at storparten av variablene som påvirker helse og uhelse i arbeidslivet, fungerer symmetrisk.

Jobbtilfredshet er et flerdimensjonalt fenomen, med både organisasjonsmessige, psykologiske, fysiske elementer og personlighetstrekk.

Jobbtilfredshet: hva det er enighet om i forskningsmiljøene:

- Samsvar mellom respekt for seg selv og jobbtilfredshet.
- Betydning av organisatorisk forhold som; jobberelatert informasjon, utstyr, økonomiske rammer, støtte/hjelp fra andre, tid, fysiske forhold
- Tilgang på faglig støtte fra arbeidsledelsen
- Arbeidsklimaet; gode relasjoner til lederne, frihet/autonomi i beslutninger
- Stress, spesielt psykologisk, har negative effekter på helse og velvære
- Autonomi, tilknytning og kompetanse fører til økt motivasjon, større jobbtilfredshet, glede ved å utføre arbeidsoppgaver og psykologisk tilpasning
- Rolletvetydighet, rollekonflikter, uthuling av kompetanse har negative effekter
- Muligheter for å bruke ferdigheter og kompetanseutvikling har positive effekter
- Negative effekter av underbelastning og opplevd monotoni
- Arbeidsbyrde gir sprikende funn

(Sørensen & Rapmund, 1998).

Sørensen har sammen med Skogstad og Dahl-Jørgensen (1998) utarbeidet en kunnskapsoversikt når det gjelder arbeid og arbeidshelse i pleie- og omsorgssektoren. Her er fokus hva som bidrar til god helse og forhold som kan ha skadelig innvirkning på helsen. Utredningen er knyttet til kjønnsperspektivet. Sentrale funn er at miljøbetingelser omfatter både fysiske og mentale utfordringer. Ulike symptomer kan knyttes til belastninger i organisatoriske eller det fysiske eller det sosiale arbeidsmiljøet. Her synliggjøres verdikonflikten mellom de grunnleggende omsorgsverdiene hos de ansatte og de tekniske/administrative styringssystemene som de er underlagt. De største belastningsmomentene er å ikke kunne gjøre en god jobb, det vil si å ivareta behovene til pasienter. Flere studier bekrefter at det er en klar sammenheng mellom jobbtilfredshet og pleiernes opplevelse av kvaliteten på sykepleieutøvelsen (Castle, 2007; Hofseth & Norvoll, 2003; Häggström, Skovdahl, Fläckman, Kihlgren, & Kihlgren, 2005; Lövgren, Rasmussen, & Engström, 2002; Moyle, Skinner, Rowe, & Gork, 2003; SOSU-rapport, 2007).

Det finnes flere rapporter med fokus på ledelse og organisering av pleie- og omsorgstjenestene (Kristoffersen & Solem, 1998; Moland, 2002; Solem & Høistad, 2000). Ingen er direkte knyttet til arbeidsglede, men i rapporten til Solem og Høistad (2000) har ledere som jobber innen ulike organisasjonsmodeller vurdert sterke og svake sider. I forhold til fullintegret tjeneste vil dette bli belyst i teorikapittelet.

Arbeidssituasjonen til de ansattes i pleie- og omsorgstjenestene er beskrevet i diverse rapporter (Hofseth & Norvoll, 2003; Næss, 2003; Sørensen et al., 1998). Det er mange nyanser her, men de største utfordringene handler om tidspress og mangel på kompetanse. I hjemmesykepleien blir variasjon og selvstendighet ansett som viktige elementer i jobbtilfredsheten. Mange trives i arbeidet og gir uttrykk for at nærheten til pasientene er en viktig kilde til glede og innsats.

I en sammenfatning om hva vi vet om motivasjon, yrkesutøvelse og kompetanse hos ansatte i pleie- og omsorgssektoren konkluderes det med at fremmede faktorer er respons på eget arbeid, føle trygghet og åpen dialog. Viktige områder er fora for etisk og faglig refleksjon, god faglig ledelse og felles mål (Karseth et al., 2005).

I en noe eldre forskningsartikkel fra 1993 (Maben, Latter, Macleod, & Wilson-Barnett) diskuteres sammenhengen mellom organiseringen av sykepleien til den enkelte pasient og de

ansattes tilnærming til pasientene. Enkelt sagt møter de ansatte pasienten på en helsefremmende måte når organisering og ledelse bygger på en helsefremmende tenkning.

Jobbengasjement er et begrep som brukes som antitese til utbrenthet. Forskning her har blant annet fokus på effekt av veiledning og ”self-tuning” som helsefremmende strategier (Bégat, Ellefsen, & Severinsson, 2005; Vinje, 2007). Fra forskningen til Vinje (2007) vet vi at jobbengasjement paradoksal nok kan slå to veier, både til arbeidsglede og utbrenthet.

1.4. Presentasjon av settingen

Verdens helseorganisasjon (WHO) vektlegger at helse skapes i det de kaller settinger, steder og sosiale kontekster der folk samhandler over tid (WHO, 1998). En arbeidsplass er en setting og her presenteres arbeidsplassen for denne studien.

Denne studiet er gjort ved et pleie- og omsorgssenter på Sør-Vestlandet. Kommunen har ca. 10 000 innbyggere og næringsgrunnlaget er hovedsakelig industri, tjenesteproduksjon og primærnæringer. Arealmessig er det en stor kommune, med noen mindre tettsteder og en del gravgrendt bebyggelse. Pleie- og omsorgstjenestene er organisert i tre distrikter. Hvert distrikt ledes av en enhetsleder som har totalt driftsansvar; det vil si ansvar for budsjett, fag og personal. Hun rapporterer til omsorgssjefen som er del av rådmannsgruppen. Hvert distrikt består av sykehjem, trygdeboliger, omsorgsboliger og tjenester til hjemmeboende, inkludert trygghetsalarmer. Organiseringen kalles fullintegret tjeneste fordi alle tjenestene er organisert under en ledelse og at de ansatte faktisk jobber både inne på sykehjemmet og ute i hjemmetjenesten. På kommunens hjemmeside står det at organiseringen skal gi økt trygghet for brukerne ved at de treffer de samme personene inne på institusjon som de møter i hjemmet. Det skal gi større fleksibilitet for å tilrettelegge tjenester ut fra behov. For personalet skal det gi økt kompetanse og varierte arbeidsoppgaver.

Enhetsleder har både tildelingsmyndighet (forvaltningsansvar) og ansvar for tjenesteutøvelsen. Tildeling av fast sykehjemsplass skjer i tiltaksnemnd som består av omsorgssjef, lege og tre enhetsledere. Dette i motsetning til nabokommunene, der forvaltings- og tjenesteansvaret er delt, den såkalte bestiller-utfører-modellen.

Organiseringen av tilbudet til den enkelte pasient bygger på tenkningen til primærsykepleie, der en sykepleier har hovedansvaret for den totale sykepleien til en eller flere pasienter. Her utgjør en sykepleier og en eller flere hjelpepleiere/omsorgsarbeidere en såkalt primærgruppe. Denne gruppen har ansvar for noen beboere på sykehjemmet og noen brukere som bor hjemme. Dette ansvaret består i å holde kontakt med beboer/bruker og pårørende, lage pleieplan og følge opp planen. Når det er praktisk mulig har primærkontaktene den daglige kontakten og praktiske oppfølging.

Assistentene arbeider for det meste inne på sykehjemmet med oppgaver knyttet til måltider og aktiviseringstilbud, samt renhold og arbeid i vaskeriet. Assistentene ruller mellom disse fire ulike oppgavetyper. Noen deltar dessuten i den direkte pleien. Hjemmehjelperne utfører praktisk bistand i hjemmet og ruller med å være inne på sykehjemmet der de deltar i assistentenes arbeidsoppgaver. Dette for å sikre at hjemmehjelperne har kollegaer. Verken hjemmehjelpere eller assistenter tilhører primærgruppene.

For å ivareta ledelsen av senteret har enhetsleder med seg tre sykepleiere i det som kalles driftsgruppen. En har tittelen koordinator og er enhetsleders stedfortreder. Hun har et spesielt ansvar for fagutvikling og kvalitetssikring, medikamenthåndtering, saksbehandling for tildeling av tjenester, samt ansvar for oppfølging av studenter, elever, nyansatte etc. Som saksbehandler for tildeling av tjenester har hun førstegangskontakt med nye brukere og vurderer hjelpebehovet. Hun deltar i den direkte pleien når situasjonen krever det.

De to andre kalles fagansvarlige og har ansvar for den daglige driften. De har ikke ledertitler eller personalansvar, så formelt sett er de ikke ledere. De fordeler oppgaver, gir faglig veiledning i den praktiske hverdagen og støtter primærgruppene i deres arbeid. Da de ansatte ser på dem som ledere, har jeg valgt å inkludere dem i det som omtales som ledelsen i oppgaven.

1.5. Oppgavens oppbygging

I kapittel 2 presenterer de teoretiske perspektivene; den helsefremmende arbeidsplassen forankret i helsefremmende arbeid, organisering av pleie- og omsorgstjenestene og arbeidsglede. Kapittel 3 omhandler metodiske valg og gjennomføring av studien, samt etiske betakninger. Funnene blir presentert i kapittel 4 og drøftes i kapittel 5.

Når det gjelder begrepene pasient, bruker og beboer er de brukt om hverandre. Begrepene betyr det samme i den forstand at det handler om en person som får tjenester eller har et tilbud fra pleie- og omsorgstjenestene. Begrepet pasient har vært kritisert for å virke pasifiserende på den som mottar hjelp. Stordalen (1998) mener at det vesentlige er ikke hvilket begrep man benytter. For en og samme person kan både være pasient som trenger pleie og samtidig som han er bruker eller beboer som oppfattes som en selvstendig person.

I det daglige snakker de ansatte om å jobbe inne og ute og dette er begreper som vil bli brukt i oppgaven. Det betyr å jobbe *inne* på sykehjemmet og *ute* i hjemmetjenesten.

1.6. Oppsummering

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene har store utfordringer når det gjelder tjenestenes kvantitet og kvalitet og fremtidig rekruttering av fagpersonell. Tidligere forskning viser at det er sammenheng mellom organisering og jobbtilfredshet. Det er lite forskning knyttet til arbeidsglede og nyere modellene for integrerte tjenester. En organisering som ivaretar både pasienters behov og ansattes arbeidsglede kan bidra til helse for alle parter. Studien ser på en organisasjonsmodell, fullintegrert tjeneste, betydning for arbeidsglede. Teorien som presenteres i neste kapittel omhandler den helsefremmende arbeidsplassen forankret i helsefremmende arbeid, organisering og arbeidsglede.

2. Teoretiske perspektiv

For å ramme inn teamet, den helsefremmende arbeidsplassen, presenteres først faget helsefremmende arbeid med nøkkelbegreper som salutogenese, empowerment og setting. Deretter beskrives den helsefremmende arbeidsplassen. Det gis et overblikk over mangfoldet og utviklingen i organiseringen av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene med fokus på fullintegret tjeneste og primærsykepleie. Til slutt redegjøres det for begrepet arbeidsglede.

2.1. Helsefremmende arbeid

Ottawa-charteret (WHO, 1986) danner grunnlaget for helsefremmendes arbeid. Her er tenkningen at det er videre rammer, større handlingsrom og muligheter enn det en vanligvis tror. Helsefremmende arbeid fokuserer på å endre tekning fra problemer til muligheter og å bruke ressursene, strukturene og kulturen som allerede finnes i settingen. Helsefremmende arbeid handler om å mobilisere, tenke nytt og gjøre både de små og de store endringene som gjør det mulig for enkeltmenneske og settinger å ta kontroll over egen helse og det som påvirker helsen. Det er de som lever, arbeider og samhandler i de ulike settingene som vet hvor mulighetene og problemene ligger (Tones & Green, 2004).

Helse forstås her som en ressurs i hverdagen. En ressurs som kan bidra til at enkeltmennesker, grupper og samfunn kan leve gode liv ut fra egen forståelse av hva det gode liv er. Helse kan oppnås gjennom å kontrollere og mestre livssituasjonen. Dette forutsetter at de strukturelle forhold også er tilrettelagt. Helse er et positivt begrep som vektlegger både sosiale og personlig ressurser, så vel som fysisk kapasitet (WHO, 1998).

2.1.1. Salutogenese

En aktuell tilnærming til helsefremmende arbeid er salutogenese som vektlegger at synet på livet har grunnleggende betydning for helsen. I Antonovskys teori forstås helse som et kontinuum med helse (health ease) i en ende og uhelse (dis-ease) i den andre. I hvor stor grad en beveger seg mot helse har sammenheng med hvordan vi oppfatter verden og livet (Antonovsky, 2005).

Et sentralt begrep er generelle motstandsressurser (GMR). Dette er psykososiale faktorer som materiell velstand, kunnskap, jeg-styrke, mestringsevne, kulturell stabilitet, sosial støtte m.v. Alt etter hvor en befinner seg på GMR- kontinuumet vil dette styrke eller svekke SOC (Antonovsky, 2005; Hanson, 2004). SOC og GMR er begreper som kan benyttes på ulike nivåer; enkeltindivid, settinger og samfunn (Eriksson, 2007).

Sense of Coherence (SOC) handler om en gjennomgående opplevelse av sammenheng, Dette kan enkelt beskrives som å evnen til forstå hele situasjonen og å gjøre bruk av tilgjengelig ressurser. Denne teorien kan forklare hvorfor noen mennesker som blir utsatt for store stresspåkjenninger beholder helsa, kanskje forbedrer den, mens andre opplever uhelse (Antonovsky, 2005). Erikssons (2007) forskning viser at det kan se ut som at SOC på den ene siden har en direkte effekt på opplevd helse og på den andre siden en modererende effekt ved å fungere som en buffer og lindre effekten av stress.

SOC-begrepet består av komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet handler om å begripe/forstå de stimuli som vi konfronteres med. At stimuliene er kognitivt forståelige, at en opplever informasjonen som ordnet, sammenhengende, strukturert og tydelig. Den som har en sterk opplevelse av begripelighet, forventer at de stimuli de vil møte i framtiden er forutsigbare. Dersom det kommer noen overraskelser, vil de passe inn i en sammenheng og kunne forklares. Begripeligheten er med å gi en opplevelse av forutsigbarhet, kontroll og trygghet i hverdagen eller ens grunnleggende evne til å bedømme virkeligheten. Håndterbarhet er i hvilken grad en oppfatter at en har ressurser til rådighet som er tilstrekkelige for å møte de krav en blir stilt ovenfor. Dette handler både om egne ressurser og de ressursene som tilgjengelige via andre. I den grad en har en sterk opplevelse av håndterbarhet vil en kunne finne løsninger og kontrollere de krav som oppstår. Meningsfullhet er motivasjonselementet i teorien og omhandler i hvilken grad krav (stimuli) er forståelig rent følelsesmessig og om de krav som oppstår er verd å engasjere seg i (Antonovsky, 2005).

De viktigste områdene for SOC er aktiviteter som for eksempel arbeid, eksistensielle spørsmål, følelser og nære relasjoner som familie og venner (Antonovsky, 2005). Arbeidsplassen som setting kan da ha flere av de viktige områdene med seg, både arbeidet i seg selv og kollegaer, dersom kollegaene oppleves som nære.

Tabell 1. Arbeidsplassens opplevelse av sammenheng (sense of coherence – SOC)

BEGRIPELIGHET	HÅNTERBARHET	MENINGSFULLHET
<i>Kunnskap om</i>	<i>Ressurser og støtte</i>	<i>Motivasjon</i>
Omgivelsene	Materiale og verktøy	Visjoner
Arbeidsområdet /fagområdet	Mennesker	Mål
Arbeidsplassens historie	Tydlig organisasjon	Rimelig lønn
Arbeidsplassens organisering	Klare retningslinjer	Fordeler
Arbeidsinnhold		
Arbeidsmiljø	<i>Påvirkningsmuligheter</i>	<i>Vurderinger</i>
Egen rolle	Arbeidstempo	Etikk og moral
Endringer	Arbeidsplanlegging	Sentrale vurderinger
	Beslutninger	Rettferdig behandling
<i>Tilbakemelding fra</i>		
Sjefen	<i>Kompetanse</i>	<i>Positive opplevelser</i>
Kollegaer	Fagkunnskap	Relasjon til kollegaer
Kunder/brukere	Sosial kompetanse	Relasjon til sjefer
	Kommunisere	Trivelig miljø
		Humor
	<i>Ork eller evne/ overskudd</i>	Variasjon i arbeidet
	Fysisk evne	Trivselsaktiviteter
	Psykisk evne	Selvfølelse
	Distansering	
	Pauser	

(Fritt oversatt fra svensk til norsk fra Hanson, 2004, side 126)

2.1.2. Empowerment

Empowerment er et nøkkelbegrep i helsefremmende arbeid (Tones & Green, 2004) og defineres av WHO som “a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health” (WHO, 1998). Begrepet lar seg vanskelig oversette til norsk uten at de mister noe av meningen. Ord som har vært brukt og brukes er myndiggjøring, bemyndigelse, brukermedvirkning og livsstyrketrening (Stang, 2003).

Kommunenes sentralforbund (KS) bruker begrepet myndiggjøring og satser på det de kaller strategier for ansvarliggjøring/myndiggjøring av medarbeidere (Copson, 2005; Karlsen, 2000; Kommunenes sentralforbund, 1996). KS har utarbeidet et idehefte til hjelp i utvikling av myndiggjorte medarbeidere i pleie- og omsorgstjenestene (Copson, 2005). Innsatsområdene er en tydelig og synlig ledelse, reell medvirkning, en åpen og god kommunikasjon, kompetanseutvikling, et arbeidsmiljø preget av trygghet, trivsel og tillit (se tabell 2).

2.1.3. Settingsbegrepet

Setting (settings for health) forstås som en fysisk plass og sosial kontekst der folk samhandler jevnlig over tid og der deltakerne aktivt bruker og skaper miljøet for å bidra til helse (Rootman, Poland, & Green, 2000; WHO, 1998). En arbeidsplass er dermed en setting. Wenzel (1997) er kritisk til WHO`s faktiske bruk av settingsbegrepet. Han mener WHO fortsatt er mest opptatt av individuell livsstil- og atferdsforandring og for liten grad bruker de mulighetene, erfaringene og ressursene som finnes i settingstenkningen. Wenzel anbefaler å bruke Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell for å gjøre settingstilnærming mer i samsvar med intensjonen.

Denne modellen har fire ulike nivåer som påvirkes og påvirker hverandre.

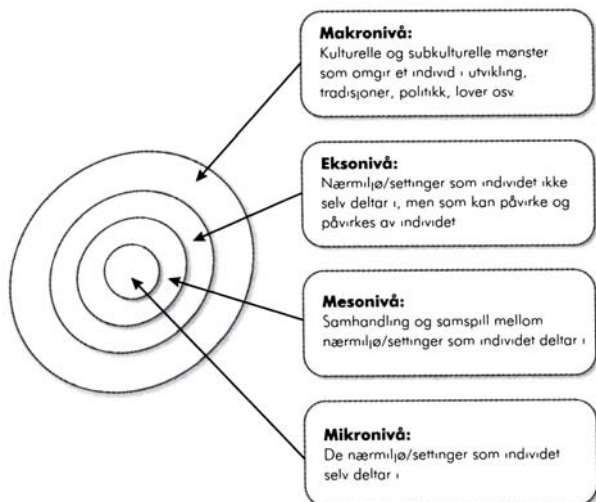
Mikro-nivået – er en situasjon der to eller flere personer møtes og samhandler ansikt til ansikt.

Meso-nivået er bånd og samspill mellom ulike settinger og arenaer som personen ferdes i/på.

Ekso-nivået er andre miljøer som personen sjelden eller aldri er i, men hvor det ligger beslutningsmakt som har betydning for personen.

Makro-nivået er kulturelle og subkulturelle mønster i samfunnet som omgir personen; lovverk, tradisjoner, politikk

(Bronfenbrenner, 1981; Bø, 2000; Rønningen, 2003)



Figur 1. Bronfenbrenners sosioøkologiske modell (Rønningen, 2003, side 58)

Meso-nivået er samhandlinger og forbindelseslinjer mellom menneskene på mikronivået.

Tette og positive forbindelser bidrar til kvalitet i relasjonene på meso-nivået. Når mikro- og

ekso-nivået samhandler legges grunnlaget for medvirkning (empowerment) (Rønningen, 2003).

Eriksson (2007) setter Bronfenbrenners teori i et salutogenese perspektiv. Personen betraktes som aktiv og opplever livet som en interaksjon mellom interne og eksterne ressurser. Sammenheng mellom ulike settinger/nivåene gjør at overgangene oppleves begripelige og håndterbare. Utviklingen skal bidra i prosessen mot ”det gode liv”. Denne prosessen er kjennetegnet ved samhandling med andre og den er myndiggjørende (bidrar til empowerment) og dette bidrar til sense of coherence (SOC).

2.1.4. Den helsefremmende arbeidsplassen

I kjølvannet av Ottawa-charteret ble det etablert flere nettverk for å fremme helse innen ulike settinger som skoler, byer, sykehus og arbeidsplasser. Det europeiske nettverket for helsefremmende arbeidsplasser, ENHPW, (European Network for Health Promoting Workplace)) har i Luxembourg-deklarasjonen (1997) tatt til ordet for en helhetstenkning som inkluderer den samlede satsing av arbeidsgiver, arbeidstaker og samfunnet for å forbedre helse og velvære for mennesker i arbeid. Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) er vårt nasjonale kontaktkontor. De har sammen med aktuelle samarbeidspartner i arbeidslivet utarbeidet et norsk grunnlagsdokument om helsefremmende arbeidsplasser. Målet er å skape arbeidsplasser som gir alle mulighet til å ta i bruk sine ressurser og derigjennom bidra til verdiskaping og sunne, levedyktige virksomheter (Lillestrømerklæringen, 2002).

På hjemmesidene til det europeiske nettverket (ENHPW) finnes et mangfold av ideer og tilnærminger, samt presentasjoner av prosjekter. De sentrale verdiene i helsefremmende arbeid er helhetstekning, likhet, deltagelse og empowerment, rettferdighet, partnerskap og autonomi (Tones & Green, 2004). Disse verdiene og grunnlagstekningen bør gjennomsyre hele organisasjonen, både i ledelsesfilosofi, organiseringen og være forankret i alle ledd og vil da vise seg i praktisk handling. Satsningsområdene til ENHPW er forbedring av arbeidsorganisasjoner og arbeidsmiljø, fremming av aktiv medvirkning og oppmuntring til personlig vekst (tabell 2).

Hanson (2004) har i sitt teoretiske overblikk på helsefremmende arbeidsplasser satt opp fire innsatsområder eller forutsetninger; arbeidsplassen som setting eller arena som han kaller det for, fokus på det som fremmer/salutogenese, delaktighetens vilkår og til slutt prosessinnrettet arbeid (tabell 2).

Et nordisk forskerteam har på oppdrag fra Nordisk råd utarbeidet forslag til en teoretisk modell som grunnlag for videre forskning med å måle positive faktorer i arbeidslivet. Fokuset er flyttet fra risikofaktorer og negative helsesyntomer til fokus på hva som fremmer motivasjon, velvære, langtidfriskhet og god jobbutøvelse. Her er det fokus både på individ og omgivelser (Christensen et al., 2008).

Tabell 2:

Oversikt over tre aktørers forutsetninger eller satsningsområder i arbeidet med helsefremmende arbeidsplasser:

ENWHP	Forbedre arbeidsorganisasjonen og arbeidsmiljøet	Fremme aktiv deltagelse	Oppmuntre til personlig utvikling		
HANSON	Arbeidsplassen som setting (arena)	Fokus på det helsefremmende (salutogen tenkning)	Delaktighetens vilkår	Prosessinnrettet arbeid (bevegelse mot helse)	
KS	Ledelsen (tydelig og synlig)	Arbeidsmiljøet (trygghet, trivsel, tillit)	Kommunikasjon (åpen og god)	Kompetanseutvikling (diskusjon om faglige spørsmål)	Reell medvirkning (ta alvor de ansattes opplevelse og forståelse)

Felles for disse tre er intensjonen om å tilrettelegge arbeidsplassene slik at de ansatte har en reell mulighet til å påvirke egen arbeidssituasjon, til å ta ansvar og utvikle seg. Dette handler om empowerment, som i henhold til Tones og Green (2004) er selve nøkkelbegrepet i helsefremmende arbeid. Hanson er den eneste som bruker begrepet salutogenese, hos de andre ligger nok denne tenkningen mer implisitt.

2.2. Organisering

Her beskrives utviklingen av organisasjonsmodeller i kommunenes organisering av pleie- og omsorgstjenester de siste tiårene, samt hva fullintegrert tjeneste er. Primærsykepleie, en måte å organisere sykepleien til den enkelte pasient, presenteres kort.

2.2.1. Organisering i pleie- og omsorgstjenestene

Kommunene står fritt til å organisere pleie- og omsorgstjenester så lenge som de er innenfor lov- og regelverket. Tjenester som sykehjem, hjemmesykepleie og hjemmehjelp har utviklet seg som selvstendige tjenester, tidligere underlagt ulikt lovverk. Kommunene har gjennom de to-tre siste tiårene omorganisert og gjort tilpasninger for å få mer helhetlige og sammenhengende tjenester. Allerede på slutten av 1970-tallet kom de første anbefalingene i Nyhusutvalget (NOU, 1979:28), men arbeidet skjøt virkelig fart med Gjærvollutvalget (NOU, 1992:1). Her trekkes det opp forslag til integrering av ulike tjenestene. RO, tidligere ”ressurssenter for pleie- og omsorgstjenester”, nå ”ressurssenter for omstilling i kommunene” var og er en viktig støttespiller for kommunene i disse endringsprosessene.

Tildeling av tjenester kan skje på ulike måter. I den tradisjonelle modellen var det leder av tjenestene, eventuelt et tildelingsteam, som vurderte behov og gjorde tildelingsvedtak. I den senere tid er det i mange kommuner innført en deling av tildelingsmyndighet (forvaltning) og tjenesteutøvelse; bestiller-utfører-modellen. Kort sagt ivaretar bestiller-utfører-modellen brukers rettsikkerhet bedre, mens den tradisjonelle modellen har en større grad av fleksibilitet i seg (Ro-rapport, 2006; Rønning, 2004).

Oversikt over ulike organisasjonsmodeller:

- Den tradisjonelle modellen eller sidestilte tjenester. Hjemmehjelp, hjemmesykepleie og sykehjem er lagt til ulike administrative enheter og med egen ledere
- Lille integrasjon; hjemmehjelp og hjemmesykepleie er organisert som en enhet
- Store integrasjon; hjemmehjelp, hjemmesykepleie og institusjon er samorganisert, men der personalet enten jobber ute eller inne
- Full integrasjon – de tre tjenestene er integrerte i sammen enhet og personalet veksler mellom arbeid i hjemmetjenesten og institusjon

- Blandingsmodeller. Dette kan være kommuner som har ulike modeller i ulike deler (soner/distrikter) av kommunen og/eller har integrert deler av hjemmetjenestene med deler av institusjonsomsorgen (Kristoffersen & Solem, 1998).

2.2.2. Fullintegrert tjeneste

En fullintegrert tjeneste er en helhetlig og samordnet pleie- og omsorgstjeneste, der de ansatte jobber både inn og ute. I en NOVA-rapport fra 2000 (Solem & Høistad) vurderes svake og sterke sider ved integrasjon i praksis. Lederne ved integrerte tjenester, spesielt fullintegrert er fornøyde med modellen og med kvaliteten på tjenestene. De sterke sidene handler om bedre samordning, fleksibilitet og ressursutnyttelse. Dette viser seg spesielt når arbeidsbelastningen topper seg. Her er det personalet som må tilpasse seg utfordringene, ikke pasientene/brukerne. Det kan synes som om kommuner med høy grad av integrasjon har lite overlapping mellom hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Noe av forklaringen kan være at lederne synes å ha en sterk sykepleiefaglig orientering med vekt på faglig kvalifisert personale og høy faglig standard på tjenestene. Det er tydelige grenser i forhold til arbeidsoppgaver mellom de faglærte og de ufaglærte. Rapporten tar ikke stilling hva som er det beste løsningen når det gjelder arbeidsdelingen mellom hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

De svake sidene omhandler integrering av hjemmehjelp. De fortsetter i stor grad å leve sitt eget liv. Rapporten spør om hvordan hjemmehjelpenes erfaringsbaserte kunnskap kan integreres i den sykepleiefaglige tradisjonen.

Solem og Høistad stiller spørsmål ved hvordan ansvarsbredden i helhetlige tjenester kan avgrenses slik at ledere og ansatte ikke strekker seg for langt og overbelastes?

Full integrasjon finner man oftest i små kommuner med god økonomi. Det er vanskelig å si om det er størrelse eller økonomi som er den viktigste variabelen her. I 2000 var mindre enn en av ti kommuner organisert med fullintegrert tjeneste (Solem & Høistad, 2000). Det finnes i dag ingen statistikk over hvor mange kommuner som har fullintegrert tjeneste ².

² Brit Bakken ved Ressurssenteret for omstilling i kommunene (RO), sier, i en telefonsamtale, at flere kommuner som prøvde ut fullintegrert tjeneste på 1990-tallet har gått bort fra denne organisasjonsmodellen. Ut fra RO sine erfaringer er det trolig færre kommuner med fullintegrert tjeneste nå, enn det var i Kristoffersen og Solem sitt materiale som ble innhentet 1996.

2.2.3. Primærsykepleie

Sykepleien til den enkelte pasient kan organiseres på flere måter. En forhåpentligvis avlagt måte er fokus på arbeidsoppgaver og kontroll, der leder fordeler konkrete arbeidsoppgaver fra dag til dag og kontrollerer sine ansatte. Primærsykepleiemodellen kan sees på som en motpol (Maben, Latter, Macleod & Wilson-Barnett). En sykepleier, primærsykepleier, har hovedansvaret for en pasient, med alle de aktiviteter det innebærer, gjennom hele forløpet. Systemet skal sikre kontinuitet, individuell helhet og pasientsentrert sykepleie (Kristoffersen & Jensen, 2005). Primærsykepleietenkning kan organiseres med liten gruppe av pleiere som primærkontakter, såkalte primærgrupper.

2.3. Arbeidsglede

Sørensen, Wathe m.fl. (2007) sier i en utredning om bærekraftig arbeidsliv i Norden at arbeidsglede er den vanligste av alle gleder for dem som er heldig å ha en jobb. Det er imidlertid forsket og skrevet lite om arbeidsglede. Arbeidslivsforskning handler mye om problemer og lite om glede (Halvorsen, 2002). Begrepet arbeidsglede er nordisk og finnes omtalt allerede i sagaene (Sørensen & Wathne, 2007) og videre både hos Ibsen og Hamsun (Halvorsen, 2002).

I en eldre artikkel beskriver Spilling (1955) arbeidsgleden som gleden over jobben i seg selv. Gleden over det han kaller arbeidets egenverdi. Han er opptatt av den enkeltes innstilling om en vil finne fram til arbeidsgleden. Arbeid kan sees på fra tre ulike vinkler, som en nødvendighet for å tjene til livets opphold eller som en profesjonsutøvelse som kan ha i seg både gleden og stolthet. Som den ”høyeste” form for arbeid er kallet, som innebærer at den enkelte ser arbeidet som sin personlige livsoppgave i en større sammenheng, i en større mening. Han advarer mot å ofre arbeidsgleden på det materielle alteret, for lønn og andre arbeidsbetingelser. Han har noen betraktninger om at arbeidsgleden kan smitte, at den som har arbeidsglede ”kaster solstreif” over hele arbeidsplassen.

I et intervju med Sørensen (Halvorsen, 2002) beskriver hun arbeidsglede som

” en grunnleggende følelse av å være til. Når arbeidet flyter og går fremover takket være vår personlige medvirkning, da opplever vi arbeidsglede. Det er en følelse av mestring og voksende tro på egne ressurser”.

Sørensen (2002) har i et annet intervju beskrevet arbeidsgleden som både et kollektivt og individuelt fenomen. Det handler om å dele felles opplevelser og stolthet knyttet til felles innsats som gir resultater.

I en brosjyre fra Senter for seniorpolitikk (Halvorsen, 2002) har personer med ulik bakgrunn gitt sin forståelse av arbeidsglede. Det spenner fra forståelse av arbeidsglede som naturkraft på linje med vann, olje og tømmer til å se likheten med barns spontane lek, om la folk få gjøre rare ting i jakten på det menneskelige, maktfrie utforskende fellesskapet der arbeidsgleden plutselig popper opp som uventet belønning.

Velten (2003) skriver i en populærvitenskaplig bok at det er tvilsomt om ledere kan skape arbeidsglede, men han synliggjør at de iallfall kan ødelegge gleden for medarbeiderne. Han beskriver arbeidsglede som ”å være seg selv på sitt beste”. I det han kaller en sunn arbeidsplass skapes arbeidsgleden av elementer som organisasjonsfølelse og stolthet, motiverende arbeidsmiljø, engasjement og medansvar, utvikling og læringsmiljø.

2.4. Oppsummering

Den helsefremmende arbeidsplassen er forankret i tenkningen til helsefremmende arbeid og viktige begreper er salutogenese, empowerment og setting. Den mest helhetlige og sammenhengende organisasjonsmodellen i dag er fullintegrert tjeneste; der hjemmehjelp, hjemmesykepleie og sykehjem er organisert i en enhet og de ansatte jobber både ute i hjemmetjenestene og inn på sykehjemmet. Arbeidsglede omhandler de mer immaterielle sidene ved jobben, gleden ved selve jobben. Det å kunne gjøre en god jobb, relasjonen til de en jobber sammen med og muligheten til utvikling. I neste kapittel redegjøres det for metodiske valg og gjennomføring av studien.

3. Metode

Her beskrives ulike metodiske valg, datasamling og analyse, etiske betraktninger med refleksjoner omkring egen forskerrolle og avslutningsvis diskuteres troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet. Intensjonen er at leseren skal få innsyn i prosessen som grunnlag for selv å kunne vurdere troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet.

3.1. Forskningsdesign

Forskningsdesign velges ut fra hva og hvem som skal studeres og hvordan det mest hensiktsmessig kan gjøres (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2004).

Utforskede design brukes ofte når fenomenet som skal studeres er uklart eller lite beskrevet. Dette designet er kjennetegnet ved en åpen struktur og tilnærming, samt en fleksibel plan for gjennomføring. Empirien hentes fra små utvalg og målet er å få detaljrikdom med bredde. Det er vanlig med datainnsamling over lang tid og gjerne benyttes flere datakilder (Fagermoen, 1998).

Beskrivende design er mer strukturert enn det utforskende. Det kan ha likhetspunkter med det utforskende designet, men forskeren er innenfor definerte temaområder og styrer datainnsamlingen mer. Det er to hovedgrupper beskrivende design, survey og case-studier. Det er her også vanlig å bruke flere metoder, gjerne triangulering (Nord, 1998).

Denne studien har elementer fra både utforskede og beskrivende design, uten at den fullt ut tilhører en av dem. Arbeidsglede er et kjent fenomen, men det finnes lite litteratur om det. Kombinasjonen arbeidsglede og fullintegret tjeneste finnes det ikke forskning om. Målet om å gi rom for deltakernes opplevelser, erfaringer og refleksjoner som kan sees på som utforskende. Samtidig er det en beskrivende studie da tema, problemstilling og spesifikke forskningsspørsmål er definerte og rammen for fokusgruppeintervjuene er lagt på forhånd. Utvalget i denne studien er lite og hentet fra en setting. Analyse av et enkeltstående tilfelle kan gi innsikt i et fenomen og sammenhengene det er i (Thagaard, 2003). For begge design anbefales flere datakilder og her brukes bare en kilde.

3.2. Forskningsmetode

Kvale (1997) og Thagaard (2003) mener intervju er et egnet redskap til å innhente data om sosiale fenomener for å forstå deltakernes opplevelse og forståelse. For å få tilgang til opplevelser og forståelse av arbeidsglede må denne informasjonen hentes fra dem er eksperter på området, nemlig de ansatte. Et halvstrukturert intervju har i følge Kvale (1997) som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene. Dette er en kvalitativ tilnærming, som har som mål å *forstå* i motsetning til en kvantitativ som vil forklare (Gilje & Grimen, 1993).

Fokusgruppeintervju ble valgt til fordel for individuelle intervju på grunn av at grupper åpner for å bruke det eksisterende arbeidsfellesskapet til *felles* utforsking av fenomenet (Wennberg & Hane, 2007). Et annet argument for å bruke grupper er at arbeidsglede kan forstås både som en subjektiv og kollektiv opplevelse (Sørensen, 2002). Wennberg og Hane (2007) mener at fokusgrupper kan medvirke til å forandre holdninger, tanker og handlinger hos de impliserte. Selv om dette primært er en datainnsamling, er det mulig at deltakerne kan ha utbytte av det som skjer i fokusgruppene.

Andre kvalitative metoder som dybdeintervju, deltakende observasjon, aksjonsforskning eller en kombinasjon av disse, kunne vært aktuelle (Johannessen et al., 2004).

Utforskende og beskrivende design beveger seg forskningsteoretisk både innenfor fenomenologi og hermeneutikk. Dette er to hovedretninger innen kvalitativ metode (Thagaard, 2003). Fenomenologien tar utgangspunkt i hvordan subjektet opplever fenomenet og leter etter en dypere forståelse av meningen i subjektens erfaringer. Her er fokuset subjektets opplevelse, den ytre verden får ikke så stor oppmerksomhet. Hermeneutikken har et større fokus på fortolkning, jakten på et dypere meningsinnhold som ikke er lett tilgjengelig. Forskjellen på disse retningene ligger videre i hvordan de ser på hva som er sannhet/realiteter. Fenomenologien legger i bunn at folks opplevelser og oppfattelser er realiteten, men hermeneutikken bygger på at det egentlig ikke finnes en sannhet; fenomener kan tolkes ulikt og på ulike nivåer (Thagaard, 2003). Kvalitativ forskning henter informasjon fra ulike kontekster og er dermed kontekstavhengig. Organisasjonsutvikling alltid foregår i en kontekst, der den enkelte organisasjon har sin egen historie og kultur og egne rammevilkår (Fosse, 2001).

I analysearbeidet er utgangspunktet en metode, kalt kvalitativ innholdsanalyse som bygger på både fenomenologi og hermeneutikk. Det fenomenologiske tilnærmingen kalles her det manifeste innholdet, det deltakerne selv beskriver. Det hermeneutiske som tolkning av det usagte benevnes som det latente (Graneheim & Lundman, 2004).

3.3. Rekruttering til fokusgruppene

Utvelgelse av informanter til undersøkelser kan skje på ulike måter. Strategisk utvalg er et tilfeldig utvalg som skal kunne representere den populasjonen som undersøkelsen angår. Representativitet er nødvendig når det skal gjøre statistiske generaliseringer, som ofte brukes i kvantitative undersøkelser. I kvalitativ forskning er det mer et spørsmål om hva som er hensiktsmessig for øke kunnskapen om et fenomen. Det betyr at en må være pragmatisk og hente kunnskap hos dem som har kompetanse om fenomenet (Johannessen et al., 2004).

Deltakerne her ble rekruttert fra dem som hadde *direkte sykepleiefunksjoner* både inne på sykehjemmet og ute i hjemmetjenestene. dvs. hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, assistenter og sykepleiere og ledere. Hjemmehjelpere, merkantilt ansatte, aktivitør, ergoterapeut, fysioterapeut og lege ble ekskludert for å få en tydelig avgrensning. Samtidig ble det sikret representasjon av ulike faggrupper og dermed ulik formell kompetanse. For å være sikker på at deltakerne hadde erfaring med fullintegrert tjeneste ble det stilt krav om minimum ett års arbeidsforhold, altså kriteriebasert utvalg (Johannessen et al., 2004).

Det ble valgt homogene grupper, dvs. grupper med lik formell kompetanse, for å prøve å sikre størst mulig aktivitet fra alle deltakerne. Wibeck (2000) og Wennberg og Hane (2007) støtter synet på at deltakerne er mer aktive når de er blant "likesinnede". Det ble fire grupper fordelt på assistenter, sykepleiere, hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og lederne. Med heterogene grupper ville jeg kanskje fått et bilde av hvordan de ulike yrkesgruppene kommuniserte og samhandlet. Faren med homogene grupper der deltakerne kjenner hverandre godt, er at de kan komme til å diskutere ting som har betydning for dem, men som ikke har betydning for forskningsspørsmålene (Wibeck, 2000).

Det er noe ulike anbefalinger ang. gruppestørrelser (Krueger, 1998; Wibeck, 2000). Her ble det valgt seks deltakere, for å gi mulighet til det Wibeck (2000) kaller livsrom. Det vil si å

sikre at samtlige deltakere kan bli sett og hørt, og har en reell mulighet til å delta aktivt. I utgangspunktet ba jeg om seks-åtte påmeldte, i tilfelle frafall.

Informasjon til de ansatte om prosjektet skjedde ved at enhetsleder i forkant informerte på personalmøter. I begynnelsen av oktober 2007 var jeg med på ett personalmøte. Dette møtet var obligatorisk, så der deltok storparten av de ansatte. Både enhetsleder og omsorgssjef satte prosjektet inn i pleie- og omsorgssenterets arbeid med å forbedre det totale arbeidsmiljøet. Jeg oppfattet at det var interesse for prosjektet ved at de ble stilt spørsmål og at to ansatte, som tidligere hadde deltatt i fokusgrupper, anbefalte kollegaene å delta.

Interesserte meldte seg frivillig ved påmeldingslister som var opphengt på sykehjemmet. Sammen med påmeldingslistene var det skriftlig informasjon om prosjektet (vedlegg 1).

Enhetsleder ordnet det praktiske omkring intervjuene som; deltakeroversikt, fordeling av grupper på aktuelle møtedatoer, møterom, mat/drikke. Intervjuene ble definert som arbeidstid og medarbeidere som deltok på fritid, fikk velge mellom lønn og avspasering.

3.4. Planlegging og gjennomføring av fokusgruppeintervjuene

For å utarbeide en intervjuguide kreves det kunnskap både om temaet og om rollen som intervjuer (Kvale, 1997) eller moderator som det kalles i litteraturen om fokusgruppeintervju (Krueger & Casey, 2000; Wibeck, 2000). På forhånd hadde jeg satt meg inn i aktuell litteratur. Det finnes lite forskning på selve fenomenet arbeidsglede. Da det både skulle være en utforskende og beskrivende tilnærming, valgte jeg å bruke forskningsspørsmålene; arbeidsglede, organisering og handlingsrom, som åpne rammespørsmål (vedlegg 2).

Alle samtalene startet med noen innledende runder uten opptaker på. Litt uformell prat før vi gikk over til presentasjon av deltakerne med litt bakgrunnsinformasjon. Dette kaller Wibeck (2000) og Krueger (2000) for åpningsspørsmål som skal bidra til trygghet, blant annet ved at deltakerne hører seg selv snakke. Jeg informerte om hensikten med prosjektet, rammer og etiske retningslinjer (vedlegg 2). Disse innledende rundene var forskjellige fra gruppe til gruppe, noen ble mer formelle enn andre. Jeg brukte Wennberg og Hane (2007) sine ord, om

at fokusgrupper er en samtale mellom kunnige og erfarne personer, for å understreke viktigheten av deres bidrag.

Gruppene varierte fra tre til seks deltakere; seks hjelpepleiere/omsorgarbeidere, fem sykepleiere, fire ledere og tre assistenter.

Kvale (1997) sier det er nødvendig at intervjueren beskriver egen rolle og aktivitet i intervjuprosessen. Deltakerne ble informert om at det var en samtale mellom dem, der jeg styrte hoveddrammene for innhold, men ellers var den lyttende. For det meste fløt samtalen lett. Det var energi og engasjement, der folk tidvis snakket i munnen på hverandre - til lengre pauser som jeg ofte tolket som tid til ettertanke. I en gruppe gikk samtalen noe tregere og der var jeg mer verbalt aktiv, både med å bekrefte det deltakerne sa og med å stille spørsmål. Intervjuene varte fra en time til over to timer. Det var ingen streng styring på innhold og tid, bare en kontroll av at alle områdene i intervjuguiden ble diskutert. En gruppe oppsummerte selv ved en avsluttende runde rundt bordet, ellers oppsummerte jeg og deltakerne fikk komme med kommenter og avsluttende betraktninger.

Det første intervjuet ble ikke tatt opp, disketten var av ukjent årsaker tom. Etter samtaler med alle deltakerne i gruppen ble vi enige om å gjøre intervjuet på nytt. En av deltakerne valgte å trekke seg, så det ble fem deltakere.

Det ble ikke behov for flere enn de planlagte intervjuene, da jeg vurderte å ha metning. Metningspunkt er når flere intervjuer ikke gir vesentlig ny kunnskap om fenomenet (Kvale, 1997; Thagaard, 2003).

3.5. Transkribering og analyse

Opptakene ble skrevet ut ordrett, med uferdige setninger, kremt etc. Pauser ble registrert og i noen grad kommenterte jeg min fortolkning av stemninger, som ettertanke, pinlig taushet, nervøsitet. Enkelte deler var uråd å skrive ut, da folk snakket i munnen på hverandre.

Kvale (1997) påpeker at det er viktig å beskrive analyseprosessen, spesielt når en ikke følger de formelle og konkrete prosedyrene. Jeg har latt meg inspirere av metoden til Granheim og Lundman (2004) om kvalitativ innholdsanalyse og analysen følger deres tenkning i store

trekk. For å få en god oversikt over materialet leste jeg først igjennom alle intervjuene to ganger. Deltakerne fikk fiktive navn og utsagnene ble nummerert. Arbeidet ble organisert i de tre innholdsområdene, arbeidsglede, organisering og handlingsrom med egne fargekoder. Innenfor de tre innholdsområdene fant jeg først meningsenheter, dvs. utsagn som beskrev noe meningsfullt. Videre fortettet mening, dvs. at meningsenhetene ble komprimert til få ord uten at meningen forsvant og så ble de fortattede meningene kodet. En kode er et begrep og et verktøy til å tenke med, slik at en kan reflektere over det sagte på nye og varierte måter (Graneheim & Lundman, 2004). I noen sammenhenger ble fortettet mening en kode, så dette fløt noe sammen. Det ble mange og tildels overlappende koder. Som eksempel kan begrep som den gode samtalen, dialog, samhandling og åpen kommunikasjon omhandle samme fenomen.

Ved valg av kategorier måtte jeg være pragmatisk og velge det jeg mente hadde direkte betydning for mine forskningsspørsmål. Kategorier skal ideelt sett utgjøre en samling av koder som deler noe felles, dvs. de skal ha en indre homogenitet. Samtidig skal de ulike kategoriene være heterogene, dvs. ingen overlapping (Graneheim & Lundman, 2004). Kategoriene her er ikke absolutte. De er til dels overlappende og det kunne gjerne vært brukt andre begreper som hadde vært like dekkende. Områder som lønn, deltidsproblematikk og pleieyrkenes status anså jeg som mer overordnede samfunnsproblemer og har derfor ikke tatt dette med. Til slutt endte jeg opp med fem kategorier under arbeidsglede, tre under organisering og tre under handlingsrom. Kategoriene presenteres med sitater for å illustrere hva jeg bygger mine funn på. Da ordrett muntlige uttalelser kan, i følge Kvale (1997), fremstå som usammenhengende og forvirrende i skriftlig form, har jeg noen få steder kuttet gjentakelser og ufullstendige setninger.

3.6. Ethiske betraktninger

Forskningsetikk, som all annen etikk, handler om et menneskesyn, en forståelse av hva som er det gode liv (Alver & Øyen, 1997). Dette menneskesynet, denne verdiforståelsen, er nedfelt i konkrete retningslinjer av Nasjonal og forskningsetisk komité for samfunnsfag og humaniora (NESH, 2006). De viktigste områdene her er å sikre at deltakernes samtykke, frivillighet og anonymisering.

Prosjektet ble innmeldt til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (DSN), personvernombudet, i juni 2007 (vedlegg 3). I dette prosjektet ble det ikke registrert personopplysninger. De transkriberte intervjuene ble lagret på datamaskinen min med passord og kassettenne/diskettene ble oppbevart nedlåst på mitt kontor. På min arbeidsplass er det tradisjonelt regional etisk komité for medisinsk forskningsetikk (REK) som er godkjenningssinstans for forskningsprosjekter. En telefon til REK, bekreftet at dette ikke var noen sak for dem.

I hele prosessen har jeg lagt vekt på å vise respekt for deltakerne og å sikre at de ikke blir påført skade eller noen form for belastning (NESH, 2006).

Forhold på arbeidsplassen kan oppleves som ømtålige. Noe av det kan unngås med å bruke fokusgrupper, da de har muligheten til å styre samtalen en del selv. Som Wibeck (2000) skriver er det nødvendig at mentor også har evne til empati og er sensibel for andre sitt ubehag. Innledningsvis avtalte deltakerne taushetsplikt og vi snakket om å ta ansvar for egne grenser.

Anonymisering er en utfordring når data innhentes fra små og gjennomsiktige miljøer (Alver & Øyen, 1997). Ved gjengivelse av sitater har jeg valgt bort flere illustrerende uttalelser fordi det kunne være fare for identifisering av deltakere. Av samme grunn er fiktive navn og nummerering fjernet i selve oppgaven.

Enhver studie vil være preget av forskerens kompetanse og forforståelse (Kvale, 1997; Repstad, 2007). Selv om jeg var utenforstående hadde jeg med meg mitt kjennskap til feltet. Denne settingen kjente jeg fra mitt arbeid som kontaktlærer for sykepleierstudenter, to av deltakerne var tidligere kollegaer og et par andre var bekjente av meg. Repstad (2007) skriver om å balansere mellom å være nær og direkte og samtidig ha nødvendig distanse, både til deltakerne og til stoffet. Det er enda viktigere å være seg bevisst når en forsker på hjemmebane. Om det har hatt noen betydning for datamaterialet at jeg kjente flere, vet jeg ærlig talt ikke. Det kan ha ført til at enkelte følte seg tryggere og var mer åpne og direkte, men det kan hatt motsatt effekt. Repstad (2007) mener det er viktig å være seg bevisst at det å være ekspert på eget felt, lett kan føre til at en gir karakterer i stedet for beskrive dataene presist. Den setningen har vært spesielt nyttig for meg i analysearbeidet.

3.7. Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet

Min inspirasjonskilde Graneheim og Lundman (2004) anbefaler å bruke kvalitative begreper i stedet for de kvantitative; validitet, reliabilitet og generalisering. Her brukes Thagaards (2003) begreper troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet. Dette er begreper som er vevd inn i hverandre og gir grunnlag for vurderinger i hele forskningsprosessen.

Troverdighet er knyttet til om forskningen er utført på en tillitsvekkende måte. Det omhandler kvaliteten på dataene og hvordan dataene er blitt utviklet i prosessen, samt redegjørelse for forskers relasjon til deltakerne og feltet (Thagaard, 2003). Dette mener jeg å ha synliggjort. Den gruppen som ble intervjuet to ganger; mente selv at det var det samme som ble sagt begge ganger.

Bekreftbarhet er knyttet til tolking av resultatene. Forskeren bør være kritisk til egne tolkninger og vurdere resultatene opp mot annen forskning (Thagaard, 2003).

Analyseprosessen mener jeg å ha beskrevet inngående og i drøftingen er funnene koblet opp til annen forskning.

Overførbarhet er kvalitative studiers svar på generaliseringer. Denne typen utforskende og beskrivende studier belyser data om et avgrenset og spesifikt fenomen (Johannessen et al., 2004) og det er *konteksten* og fortolkningen som gir grunnlag for overføring. Konteksten er forsøkt synliggjort ved presentasjon av settingen og redegjørelse for metodiske valg og gjennomføring, så det blir opp til leserne å vurdere om dette har relevans for andre settinger (Vinje, 2007). Generalisering på grunnlag av et enkelttilfelle kan gjøres i følge Flyvbjerg (2006). Han sier videre at formelle generaliseringer er overvurdert som en kilde til vitenskaplig forankret utvikling, mens ”eksemplets makt” er undervurdert.

3.8. Oppsummering

Studien har elementer både fra utforskende og beskrivende design og benytter fokusgruppeintervju som metode.. Fire grupper har delt tanker og erfaringer i halvstruktureerte intervjuer. Det er redegjort for analyseprosessen som inspirert av kvalitativ innholdsanalyse og etiske betraktninger, samt troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet. I neste kapittel presenteres funnene.

4. Funn

Dette kapittelet er organisert i tre innholdsområder eller content areas (Graneheim & Lundman, 2004). Disse samsvarer med fokuset til de spesifikke forskningsspørsmålene; arbeidsglede, organisering og handlingsrom. Funnene belyses med sitater fra intervjuene.

4.1. Arbeidsglede

Her beskrives opplevelsen og forståelsen av arbeidsgleden hos deltakerne. Hva var det som kjennetegnet arbeidsglede og når opplevdes arbeidsglede? Hvilke forhold var det som påvirket arbeidsgleden? Alle deltakere gav uttrykk for at de visste hva arbeidsglede var. Det gikk lett å beskrive hva som påvirket og hadde betydning for arbeidsglede. Like enkelt var det ikke å beskrive selve opplevelsen, hva kjennetegnet arbeidsglede. Det at deltakerne i gruppene delte tanker og opplevelser, at det var dynamikk i gruppene, hadde betydning for at kjennetegnene på arbeidsglede sakte og sikkert ble synliggjort.

4.1.1. Arbeidsglede; en tilstand preget av energi, mestringsfølelse og stolthet

Energi, overskudd, gnist og piff ble brukt for beskrive opplevelsen av arbeidsglede. Gleden ble beskrevet både i fremtid, nåtid og fortid; som å våkne og glede seg til å gå på jobb og gleden ved å være på jobb og gjøre en god jobb og den gode følelsen ved å se tilbake på en god arbeidsdag. En viktig del av opplevelsen var å mestre og å føle seg flink i det daglige, samt å takle det uforutsette. Det å møte en uventet situasjon eller stå i en ekstra krevende situasjon og så mestre den – ja, det gav en ekstra god følelse. Flere snakket om å gjøre ting sammen, at å jobbe som et team, var en viktig dimensjon i det å mestre, og dermed for arbeidsgleden. Opplevelse av stolthet ble koblet til arbeidsglede. Det gjaldt stolthet over egen jobbutøvelse, stolthet over hva de klarte å få til i fellesskap og stolthet over kommunens eldreomsorgstilbud. Her er to uttalelser om opplevelse av arbeidsgleden:

”Da tenker jeg umiddelbart på indre og ytre. Den indre gleden av at du gjør en god jobb - jeg tenker at dette var du jammen flink til. Det er jo den ytre når noen kommer til deg og sier, at jammen er du flink.”

”At jeg liksom får veldig energi når jeg ser at personalet får noe de synes er kjekt. Jeg kan være trøtt på forhånd, men når jeg ser at de blir giret på det, så kjenner jeg at trøttheten min på en måte er forsvunnet. Sånn opplever jeg arbeidsglede og får en masse energi.”

Dette siste sitatet, fra en leder, viser at arbeidsgleden også kan ha sammenheng med å se andres glede og engasjement. Flere snakket om positive og blide kollegaer, som med sitt gode humør skapte god stemning.

”Ja, jeg føler arbeidsglede når jeg kommer på jobb og det er positive folk rundt meg og de seg meg.”

Det er selvsagt ikke bare kollegaer som registrerte sinnsstemninger. En som snakket om forholdet til pasientene, sa det slik:

”De leser jo på kroppsspråket ditt at du egentlig har det godt. Altså holdningen din – i det hele tatt. At du smiler mer og ja, at du føler alt går lett. Har du ikke arbeidsglede, tror jeg det automatisk vil vise igjen på hvordan du oppfører deg.”

Det ble også snakket om hvordan arbeidet og privatlivet gjensidig påvirket hverandre. Når arbeidet har så viktig plass i livet av livet, vil arbeidsgleden være en del av selve livsgleden.

”Arbeidet er jo en stor del av livet ditt, så hvis du skal fungere generelt, både hjemme og på jobb, så må du ha en jobb du trives med. Altså hvis du ikke har arbeidsglede i livet ditt, at du er der og kan trives, hvis du er frisk da og er oppgående, ja, så får du det ikke så bra i livet ditt i hele tatt.”

At deltakerne måtte bruke tid på å finne kjennetegn ved arbeidsglede kan forstås som at det er noe selvfølgelig som en ikke har et bevisst forhold til. En sa det slik:

”Merker det egentlig best når en ikke opplever fullt så mye arbeidsglede.”

4.1.2. En jobb med mening

Deltakerne gav uttrykk for at selve jobben, møtet og samhandlingen med pasientene var verdifull og gav mening. De tok opp hvor viktig det var å ha en god relasjon til både pasienter og pårørende. De brukte ord som mening, det å gjøre noe for andre, gjøre noe fornuftig, gjøre noe positivt, være til nytte, hjelpe andre - ja, det å se gleden hos den andre. Det å kunne gjøre en god jobb og mestre hverdagen var nødvendig for å kunne ivareta selve intensjonen med jobben, det at pasientene hadde det bra, at de fikk *kvantitativ og kvalitativ god sykepleie*.

Deltakerne var ikke bare opptatt av de selv skulle ha innhold og mening i arbeidsdagen. De var også opptatt av at pasientene skulle ha en meningsfylt hverdag. Det å gjøre det lille ekstra, var noe som gikk igjen. Å kunne bruke ledig tid på ettermiddagen til en sangstund eller en tur ut i frisk luft. Å finne tid til en handletur sammen med en hjemmeboende som sjelden kom

seg ut av huset. Dette handlet også om nærhet og relasjoner mellom pleiere og pasienter. For eksempel gis der uttrykk for sorg når pasienter dør, pasienter som en har hatt en nært forhold til over tid. Eksempler på utsagn som beskriver mening:

”Ja, det som gir meg arbeidsglede er at jeg føler det gir mening, at det gjør meg stolt og viktig. At når jeg på en måte ikke helt ser poenget i det jeg gjør, da merker jeg at jeg mister energien.”

”Jeg synes det viktigste er at vi gjør en skikkelig jobb, at vi er til hjelp for noen.”

4.1.3. Rammefaktorer

For å kunne gjøre en god jobb, utøve tilfredsstillende sykepleie, må en del rammefaktorer være på plass, som nok tid til å gjøre en god jobb, nødvendig kunnskap og informasjon om pasientene. Det ble videre påpekt behov for riktig og nok fagkompetanse. I perioder med mye vikarer og ufaglærte økte kravet til de faste og rutinerte. De beskrev da bekymring over at kvaliteten på pleien ikke var god nok. Samtidig følte de ansvar for pasienten og kvaliteten på den pleien de ufaglærte utførte. Dette førte også til at de brukte mye tid på å kontrollere. Som en av deltakerne sa det:

”Nei, det har jo litt med at jeg gleder meg til å gå på jobb. Men jeg gledet meg ikke til å gå på jobb i sommer da. Nei, det gjorde jeg ikke. Det var fordi jeg visste at det var masse ufaglærte og som ikke kunne liksom alt - og måtte liksom gå etter de for å se at jobben ble gjort. Det synes jeg var slitsomt - det synes jeg ikke var kjekt. Når det fungerer alt, da er det voldsomt kjekt.”

I følge turnusen er det alltid to sykepleiere på vakt, men det fungerte ikke i ferier og i perioder med sykemeldinger. Det å være eneste sykepleier på vakt ble opplevd som belastende og lite faglig motiverende:

”Det burde vært flere sykepleiere om sommeren, for da blir det ikke leid inn sykepleiere. Da skal vi gå alene og da blir det masse og det er ganske travelt det - når du skal ha oversikten på alt - og masse nye folk som du skal ha en opplæring på - i en vanlig hverdag, så er det ganske heavy.”

Det tærte på arbeidsgleden når arbeidet var fordelt på en måte som opplevdes urettferdig. Skeiv arbeidsfordeling hadde også innvirkning på kvaliteten. For stor arbeidsmengde kunne gi en opplevelse av gå på akkord med egne verdier og faglige prinsipper. Deltakerne var opptatt av rettferdige fordeling, nok tid og rett kompetanse til arbeidsoppgavene. De kom med betraktninger om at arbeidstakerne var ulike. De hadde ulik kompetanse, jobber i forskjellig

tempo og maktet ulik belastning. Lederne var opptatt av å fordele arbeidet ut fra pleietyngde.

Ett utsagn knyttet til arbeidsbelastning:

”Allikevel, jeg føler jo selv at jeg prøver jo å lage mine rutiner da – med klokkeslett og sånne ting som det – men allikevel så ... Jeg har ikke kontakt med de brukerne i hele tatt på den vekten der. For det blir sånn, inn – ut – du skal ha tablett - du skal ha mat – du skal ha ditt – du skal ha stell.”

Orden og system var nødvendig for at arbeidet skulle flyte, være forutsigbart og kvalitetssikret. Her handlet det om alt fra å rydde etter seg, sette ting og utstyr på plass – ha en god turnus - til at kjørebekrivelser, prosedyrer og pleieplaner var på plass og oppdaterte. Det å stå uten en skikkelig kjørebekrivelse når alarmen gikk hos en ny pasient – var et skrekkeeksempel på hva som i verste fall kunne skje. System og orden omhandlet også forutsigbarhet og at de overordnede hadde felles forståelse og gav like beskjeder. Oppgaver og opplegg som endret seg etter hvem som hadde ansvaret, skapte usikkerhet og virket stressende. Noen utsagn som illustrere noe av dette:

”Så er det litt godt å komme på jobb når ting er sånn som du har forlatt det. At ting og tang er i orden rundt deg, det synes jeg. Når ting er på halv åtte - har det lett for å gå utover arbeidsgleden.”

”Det er jo kjempeviktig at du får de samme beskjedene – at ikke en sier en ting om prosedyrer, hvordan det skal gjøres og så kommer gjerne en annen og sier stikk motsatt.”

4.1.4. Arbeidsklima

Arbeidet er relasjonelt og emosjonelt på flere plan. De skal forholde seg både til pasienter og pårørende, til kollegaer og ledere. Det gode kollegiale fellesskapet ble sterkt vektlagt i alle gruppene. Et godt arbeidsklima ble beskrevet med ord som høflighet, respekt, trygghet, bli sett og hørt, bli tatt på alvor og å få nødvendig støtte. Dette handler om grunnleggende verdier og holdninger som bør vises igjen i handling og samhandling. De samme verdiene og holdningene som ligger til grunn for et godt arbeidsmiljø – skal gjenfinnes i møte med pasienter og pårørende.

Trygghet var et begrep som gikk igjen mange ganger. Mangel på trygghet i arbeidsmiljø kan gi seg utslag i at medarbeiderne ikke våger å si hva de mener og å ta opp det som oppleves problematisk. ”Å våge å gi beskjed” var ikke selvsagt for alle. Trygghet er også basis for utvikling av medbestemmelse. Ledere og medarbeidere hadde et felles ønske om et

arbeidsmiljø med åpenhet og gode diskusjoner, der alle kunne komme fram med sine synspunkter.

”Men det går altså på at folk er så trygge at de kan si det de mener i diskusjoner. Sånn at en ikke opplever at en diskuterer med folk som ikke gjør det en er enige om – men gjør det på sin måte. Men at de gjennom en diskusjon kan komme frem med sin mening og at en kan diskutere det ferdig.”

”Trygg på den du går til - at du kommer der uten å føle deg bortreist eller at du er dum som spør om sånt. Du skal være trygg.”

Flere opplevde at de fikk tilbakemeldinger hos pasientene, både verbalt og non-verbalt. Flere etterlyste mer tilbakemelding på seg selv fra ledelsen og kollegaer. Det er ikke nok at ledelsen gir generelle tilbakemeldinger på fellesmøter. Den konkrete og individuelle tilbakemeldingen er viktig for å vite hvor en står. Støtte var et viktig begrep.

”Og det å kunne få positive tilbakemeldinger fra dem som bestemmer over deg. Det gir meg arbeidsglede – at du får høre at du gjør faktisk en god jobb.”

4.1.5. Utfordringer og utvikling

Ønsket om være i utvikling, å få nye oppgaver og utfordringer, var tema i samtlige grupper. Flere tok opp mulighetene for å få bruke sin nåværende kompetanse. Utfordringer var for noen spesielt forbundet med det å jobbe ute. Flere, spesielt hjelpepleiere og omsorgsarbeidere gav uttrykk for at de fikk brukt seg selv og kompetansen mer ute enn inne.

”Dersom det er en lang periode der ingenting skjer – at det er det samme liksom – ikke noe ny diagnose eller noe nytt, da merker jeg at arbeidsgleden forsvinner litt. Så det med nye utfordringer - det gir meg mye energi. Da får jeg lyst å stå på ekstra mye.”

I tillegg til primærgruppenes ansvar for definerte pasienter, var det nedsatt grupper som jobbet med spesifikke fagområder, samt trivselsgruppe. Flere deltakere gav uttrykk for at det var positivt å være med i faglige grupper så lenge arbeidet deres ble tatt på alvor. Flere opplevde seg imidlertid overkjørte og det hadde betydning for motivasjon og engasjement. Muligens var mandatet uklart. En kommentar som illustrerer dette:

”Du er med i en gruppe – men så blir det gjerne gjort ting – så blir det henvist til den gruppen - og så har du gjerne ikke vært med på det i hele tatt.”

4.1.6. Oppsummering

Deltakerne beskrev arbeidsglede som en tilstand preget av energi, mestringsfølelse og stolthet i en jobb som i seg selv gav mening. Rammefaktorer som tilstrekkelig tid, riktig kompetanse og gode system/rutiner bidro til arbeidsglede. Et arbeidsklima preget av respekt, trygghet, tilbakemelding og støtte er medvirkende faktorer. Et godt kollegialt fellesskap ble tillagt stor betydning. Mulighet til å bruke eksisterende kompetanse og å få utfordringer ble vektlagt.

4.2. Organisering

Deltakerne var samstemte i vurderingen av fullintegreert tjeneste; en organisasjonsform som tilrettela for god kvaliteten på tjenestene og bidro til arbeidsgleden hos de ansatte. Det var ingen kritiske kommentarer til selve ideologien/tenkningen. Forbedringspotensialer var det selvsagt i den praktiske hverdagen. I forbindelsen med omorganiseringen var det noen ganske få ansatte som hadde sluttet. Et par av deltakerne sa de hadde vært kritiske til modellen i starten, men med tiden hadde de sett fordelene. Flere sammenlignet seg med nabokommunene som har andre organisasjonsmodeller, og de kunne ikke skjønne hvordan de ansatte kunne trives.

4.2.1. Kvalitet; helhet, kontinuitet og fleksibilitet

I sykepleiefaget som i helsefremmendes arbeid er helhetstenkning en grunnleggende forutsetning. Helhet og kontinuitet er grunnpilarer i primærsykepleie og viktige bidrag for å sikre og utvikle kvalitet. Dette ble ivaretatt via intern organisering med primærgrupper, faste primærkontakter som fulgte pasienten både ute og inne under hele forløpet. Fleksibilitet handler om kontroll og myndighet over arbeidet og det totale tilbudet og dermed mulighet til å gjøre nødvendige endringer/tiltak uten for mye byråkrati. Som en av deltakerne sa det:

”Når vi omorganiserte og fikk litt mer kontroll på eget arbeid og fikk styre hele distriktet selv, gav det på en måte en tilfredsstillende og arbeidsglede. Du har på en måte en kontroll med brukeren inne og ute. Vi fikk ikke gjort en skikkelig god nok jobb tidligere og så stagnerte vi litt. Når omorganiseringen kom og vi kunne ordne opp selv, så ble ting mye bedre og da følte vi at – jeg iallfall – at jeg fikk et helt annet ”stå på” - og fikk mye mer ansvar. Og det var jo kjempebra”.

Mange av deltakerne var opptatt av betydningen kunnskap om og kontakt med brukeren fra hjemmesituasjonen hadde, for opphold i sykehjemmet.

”Det jeg synes er godt - når du har vært ute hos en bruker - og da lærer du deg litt å kjenne denne brukeren. Og så går det en stund og så får du de inn og da er det voldsomt godt å vite – hvordan var du da du bodde hos deg selv kontra når du kommer inn. Hvordan du hadde det rundt deg. Hva du likte? Var du en som likte å være for deg selv? Du har masse å bygge videre på når du får dem inn. For vi er gjerne litt sånn – at vi må gå i oss selv og bli påmint om at de skal leve sånn som de er vane med - at ikke alle skal være like.”

Deltakerne mente at organiseringen hadde betydning for pasientenes og pårørendes trygghet.

”Vi hadde jo ett tilfelle der vi hadde en terminal bruker – og det at de kjente oss – gjorde også at de fikk oppleve å få den siste tiden hjemme. De var trygge nok på personalet – at de visste at det var vi som kom – og da valgte de hjemmedød – for å si det sånn. Det tror jeg også har stor betydning både for brukere og personale – at de stolte på dem som var her – og våget å reise hjem.”

En annen styrke ved organiseringen var mulighet og myndighet for rask tilrettelegging, når behovet for hjelp endret seg. Dette bidro til individuelt tilpassede tjenester uten byråkratisering. Det var kort vei fra tanke til handling. De formelle tildelingsvedtakene ble gjerne ordnet i etterkant. En av deltakerne sa det slik;

”Vi har stor frihet når det gjelder sånne ting, også med plass som skal behandles høyere opp, så kan vi ofte gjøre vedtak og ta dem inn før vedtaket er gjort – det også er veldig godt. Altså er det ikke papiret og vedtaket som er styrende – det er handlingen mot pasienten som styrer oss og det er jo en frihet som gir glede - og så at vi har ansvar for faget vårt. Det gir stor glede at vi ikke trenger tenke på at papiret må komme først.”

4.2.2. De ansattes opplevelse; variasjon, selvstendighet og samarbeid

Deltakerne beskrev det å ha variasjonen, både jobbe både ute og inne som en stor fordel. I forhold til det fysiske arbeidet, sa en det slik:

”Da blir en ikke så fort trøtt - for jeg må si at jeg var blitt trøtt av å vaske. Men når jeg ikke gjør det så mye nå, så er det helt greitt.”

Inne var det alltid kollegaer som de kunne diskutere med og få hjelp hos. De var ikke alene, verken faglig eller sosialt. Inne var det samarbeidet og fellesskapet som rådde. Ute var den ansatte vanligvis alene og må ta det som kom der og da. Dette var selvstendig, spennende og utfordrende, og samtidig krevende. Ett eksempel på dette:

”Du får variert litt med det å jobbe ute og det å jobbe inne. Når du er ute så får du jo styre deg selv – og er selvstendig og får kjøre ditt eget løp. Når du er inne så må du jo samarbeide. Det er jo kjekt begge deler og variert – du går liksom ikke bare inn i et spor. Når du er ute så får du nå prøvd deg og får sett at du faktisk klarer det.”

Det å kunne jobbe selvstendig, ha kontroll og styring på eget arbeid beskrives mest som et gode, om ikke alltid. Mange deltakerne gav uttrykk for at de opplevde mestring, og glede ved å mestre, sterkest når de jobbet ute. Det var godt å ha denne balansen mellom samarbeid og selvstendighet. Selv om deltakerne satte stor pris på variasjon, så trenger ikke det å gjelde alle. Ett eksempel på at det kan være greit bare å jobbe inne eller ute:

”Jeg liker jo at det er variasjoner – både ute og inne – i forhold til alder og diagnoser og personligheter, men jeg vet ikke om det er det viktigste for min arbeidsglede. Jeg kunne kanskje like godt ha – hvis jeg hadde fokus enten bare på terminalpleie eller bare en type sykdommer – jeg tror jeg kunne ha det godt med det også.”

4.2.3. Utfordringer i forhold til organiseringen

I pleie- og omsorgstjenestene er det begrensede ressurser som skal fordeles. Tildeling skjedde på bakgrunn av den enkeltes behov og rettigheter og samtidig måtte tildelingen ta hensyn til det totale bildet av tilgjengelige ressurser og krav. Det at primærgruppene fulgte pasientene/brukerne tett og i mange tilfeller over lang tid, førte til nære relasjoner. Vedtakene for tildeling av tjenester var utformet slik at det gav primærgruppene rimelig stor mulighet til å bruke faglig skjønn. Dette kunne føre til ulike oppfatninger mellom lederne og primærgruppene om behovet, spesielt når det var snakk om å redusere eller avslutte tjenester.

”For det opplever jeg en del og det er ganske frustrerende – for de vil gjerne at sin primærgruppe skal få så og så mye – og det går ikke i forhold til resten av listene. Og da klager de andre for at det plutselig ble så mye å gjøre.”

4.2.4. Oppsummering

Fullintegrert tjeneste ble vurdert som positive både i forhold til kvaliteten på tjenestene og for de ansattes arbeidsglede. Tjenestene var kjennetegnet ved helhet, kontinuitet og fleksibilitet. Kjennskap og relasjon til pasientene og vide rammevedtak gav grunnlag for individuelt tilpassede tjenester og raske endringer i tilbudet uten byråkratisering. Å jobbe både ute og inne gav variasjon; både psykisk, fysisk og sosialt. Kombinasjonen selvstendig og samarbeid ble vektlagt som viktig. De ansattes nære relasjoner til pasientene og mulighetene til å bruke faglig skjønn, må balanseres mot arbeidsplassens totale ressurser og utfordringer.

4.3. Handlingsrom

Hva sa så deltakerne selv om handlingsrommet, om hvilke muligheter var det for å fremme arbeidsglede i en fullintegrert tjeneste? Her var det forslag om å gripe fatt i konkrete problemstillinger, videreutvikle det som fungerte og å fokusere på nye områder. Flere var opptatt av arbeidsplassens omdømme i fagmiljøet. De mente at et godt omdømme, både faglig og arbeidsmiljømessig, var en stor fordel i konkurransen om gode fagfolk. I flere av gruppene var det bekymring for den fremtidige rekrutteringen i et presset arbeidsmarked.

4.3.1. Samarbeid og felleskap på tvers av yrkesgruppene

Totalt sett gav deltakerne uttrykk for gode kollegiale forhold og en velfungerende organisasjon, slik disse utsagnene vitner om:

”Men det må jo sies at mesteparten fungerer jo kjempebra”..

”Ja, jeg har det godt med mine kollegaer, jeg. Jeg er jo glad for hver dag jeg går på jobben. Så jeg vet ikke hva som kan bli bedre”.

Det kom frem at det var spenninger i organisasjonen. Det ble blant annet pekt på muligheter for å bedre samarbeidet mellom yrkesgruppene, spesielt mellom de faglærte og ufaglærte. Det var minst samhandling, både faglig og sosialt, mellom assistenter og pleiere. I pausen satt for eksempel assistentene og pleierne ved hvert sitt bord. Assistentene var ikke en del av primærgruppene og de deltok heller i de daglige rapportene. Det ble gitt uttrykk for at informasjonen de fikk om pasientene var mye bedre enn tidligere, likevel med forbedringsmuligheter.

Ønsket var å bedre kontakten mellom yrkesgruppene for å skape forståelse for hverandre og utvikle arbeidsfellesskapet. Et tiltak for å bli kjent var å ha noe felles utenom arbeidstid. Her var det tradisjon for felles sosiale arrangementer, samtidig som flere tok opp behovet for et mer variert tilbud.

”Varierte aktiviteter og ikke bare sånne ensporede. For her reiser vi jo med fly og båt og det er ikke alle som er like glad i de tingene. Alle er ikke like glad i overnattinger, de vil hjem igjen sant. Ja, noen liker å gå på sopp og andre liker å gå på en konsert og noen liker å leke.”

Samtidig som de fleste ønsket mer samarbeid, gav flere sykepleiere og noen hjelpepleiere/omsorgsarbeidere uttrykk for behov for egen samlinger. Så her er det både ønske om å styrke det faglige fellesskap internt i yrkesgruppene og mellom yrkesgruppene.

Flere var opptatt av egen og andres innstilling til jobben og kollegaer. Det å ha med godt humør på jobben og lage litt "sjau" som en formulerte det. I forhold til pasientene/brukerne vektla deltakerne å gjøre det lille ekstra og det gjorde de også i forhold til hverandre. Det var flere historier om det "lille ekstra", for eksempel den gangen de kom på jobb og der var tente stearinlys og servering av gløgg og julekaker til rapporten. Flere etterlyste også det "lille ekstra", den uventede oppmerksomheten, fra ledelsen.

4.3.2. Trygghet og åpen dialog

Et tema som gikk igjen var behovet for å skape trygge rammer for meningsutveksling. Det handlet om trygghet på hele arbeidsplassen; mellom enkeltpersoner, mellom yrkesgrupper og mellom de ansatte og ledelsen. Ord som høflighet, vennlighet, anerkjennelse, bli tatt på alvor, bli hørt og sett var grunnleggende i det de beskrev som grunnlag for å føle trygghet. Noen mente de kunne si sin mening og ble både sett og respektert av kollegaer og ledelse. Det var flere eksempler på at det nyttet å ta opp problemer og at forslag til forbedringer ble gjennomført, mens en del av deltakerne så forbedringsområder her. Ledelsen gav klart uttrykk for at de ønsket å legge til rette for et klima preget av trygghet og åpenhet.

Det handler kanskje om forståelse og innstilling til spenninger. Er spenninger en nødvendighet for utvikling eller er de "skadelige" for arbeidsklimaet. Er det er ønskelig med uenighet og friske diskusjoner? Hvor går grensene mellom saklig uenighet og personlige spenninger? Som en sa det:

"Ja, ikke være redd for litt konflikter. Det kan godt være litt bråk inn i mellom – for å få en utvikling. Det trenger ikke vare evig - hele veien, men vi må jo være enige om noen ting."

Ut fra det som ble snakket om, kan spenninger sorteres som strukturelle, faglige og eventuelt personlige. Eksempler på strukturelle forhold som kan føre til spenninger er arbeidsfordeling, forståelse av rutiner og klarhet i ansvarsforhold.

"Hadde jeg funnet den permen - ja, så hadde jeg skrevet avviksmelding. Det er helt klart et stort avvik. Og avvik er for å løse problemer og ting som ikke er i orden. Det er ikke sånn at det går på enkeltmennesker, men det er systemene som er for dårlige."

Faglig spenninger kan eksemplifiseres med følgende uttalelse:

"Og når noen trenger skjerming og så er det en eller annen som mener at han har godt av å treffe folk."

4.3.3. Myndiggjøring; gjennom vekst og utvikling

Ønsket om faglig utvikling og nye utfordringer var gjennomgående i alle gruppene. For noen så handlet utvikling også om å få bruke den kompetansen de hadde. For andre var det viktig å få spesifikke områder å fordype seg i. Som neste uttalelse viser, så er ledelsen opptatt av dette.

”Det er jo ledelsen sitt ansvar å gjøre det attraktivt å jobbe her. Finne nisjefelter, så sykepleierne får utfolde seg på og vokse. Her skal vi være gode på noe – og det er ledelsen her litt opptatt av – for det har de snakket om. Vi skal være gode på død for eksempel.”

Tilbakemelding er en viktig faktor for vekst og utvikling. Flere ønsket mer konkrete tilbakemeldinger fra ledelsen. Samtidig var flere opptatt av at de ansatte selv måtte bli flinkere til å gi hverandre både støtte og tilbakemeldinger. En med erfaring fra en annen institusjon sa det slik:

”Jeg synes det er voldsomt kjekt å få positive tilbakemeldinger. Ja, jeg synes det er greit å få litt kritikk og. Jeg synes ikke vi er så flinke til å gi verken ris eller ros. At du blir lagt merke til og. Da jeg jobbet i XX, så fikk jeg tilbakemeldinger hele veien. Der var det jo vanlig at personalet skulle gi kritikk og være positive til kritikk.”

Flere gav uttrykk for at de ønsket mer medbestemmelse.

”Vi har vel egentlig kanskje lyst å være med å bestemme litt mer – både dette og hint. For vi føler vel i blant at når mange av oss er enige i noe – så er det fra høyere hold noen som sier nei.”

Eksempler på mer medbestemmelse var deltagelse på vurderingssamtalene til nye brukere og større innflytelse når rutiner skulle endres. Flere av gruppene tok opp at rutiner, som de opplevde som hensiktsmessige og gode, ble endret uten at de så noen hensikt.

”Ja, dersom du har god erfaring med at en ting fungerer bra og så kommer det gjerne beskjeder at nei, vi skal ikke gjøre det sånt og sånt – fordi sånt vil vi ikke ha det. Så kommer du med at dette her er jo så bra og brukeren synes det er kjekt. Ja, men sånn skal vi ikke ha det her på huset.”

I ledergruppen var det bevissthet om at det ikke nytter med bare regler og påbud. De ansatte må ha nødvendig kompetanse og de må få ansvar – og at dette må følges opp.

”At folk får den undervisningen de trenger, at det blir iverksatt når det skal og at de får det ansvaret de skal – og at de tar det ansvaret de skal – og at det blir fulgt opp. Det må være trygghet i forhold til det at primærkontaktene får det faglige påfyllet de skal ha og at prosedyrene på en måte er satt.”

Hvem er det som bestemmer? Hvor mye innflytelse har de ansatte på områder de mener de burde ha innflytelse? Primærgruppene hadde rimelig stor frihet i forhold til å planlegge tiltak

til pasienter. Samtidig ble det gitt uttrykk for at mangel på faglig kunnskap gjorde at ting ikke ble fulgt opp – eller kanskje det var andre faktorer som mangel på tid eller faglig enighet?

Ett nylig oppstartet kompetansetiltak var refleksjonsgrupper.

”Vi begynner nå med refleksjonsmøter. Vi har jo hatt det før. Det er jo en utvikling bare i seg selv. Artikler eller pasienter vi har - eller noe vi er uenige i - det er det samme hva temaet er.”

4.3.4. Oppsummering

Stort sett beskrev deltakerne en velfungerende organisasjon med et bra arbeidsklima, samtidig som her var spenninger med muligheter for vekst og utvikling. Økt samarbeid mellom faglærte og ufaglærte, fokus på trygghet og åpen dialog, økt medbestemmelse og bruk av refleksjonsgrupper var sentrale områder i handlingsrommet til denne arbeidsplassen.

4.4. Oppsummering av funn

Arbeidsglede og påvirkningsfaktorer er beskrevet. Fullintegret tjeneste kombinert med primærsykepleie og tildelingsmyndighet på enhetsnivå opplevdes å ha positive effekter på kvaliteten av sykepleien og gav variasjon i arbeidet. Selv om organisasjonen fremstår som velfungerende med et godt arbeidsmiljø er her mulighet for forbedringer. Funnene drøftes i neste kapittel.

5. Drøfting

5.1. Hvordan beskriver ansatte i fullintegrert tjeneste arbeidsglede?

5.1.1. Arbeidsglede som tilstand

I litteraturen blir arbeidsglede først og fremst beskrevet som de immaterielle sidene ved jobben, som å mestre, gjøre en god jobb og være stolt over jobben en gjør (Halvorsen, 2002; Spilling, 1955; Sørensen, 2003; Vinje, 2007). Kvaliteten på arbeidet er viktig for alle yrkesgruppene Aronsson og Thomas (2004) har kartlagt. En sentral faktor er at jobben oppleves meningsfull. Å få virkelig gjort egne verdier i jobben gir mening og meningen igjen gir glede og vitalitet til å stå i jobben (Vinje, 2007). Spilling (1955) beskriver ulike nivåer av arbeidets betydning, der kallet er det viktigste når det gjelder mening og arbeidsglede. Vinje beskriver kallet som en viktig drivkraft. Kallet her er ikke et kall i religiøs forstand, men en følelse av meningsfullhet og ivaretagelse av viktige verdier til fordel for noe utenfor seg selv (Vinje, 2007). Det handler både om å være i rett yrke og på rett arbeidssted (Aronsson & Thomas, 2004). Forskning i pleie- og omsorgstjenestene viser at relasjonen til pasienten er et viktig bidrag til arbeidsgleden (Hofseth & Norvoll, 2003; Næss, 2003).

I en doktoravhandling (Wärnå, 2002) er det gjort en kobling mellom dygder og helse, med et spesielt fokus på arbeidshelse. Wärnå beskriver stolthet som en betydningsfull dygd for helse, livslust og glede, det er selve ryggraden for helse sier hun. Stolthet utgjør sammen med dygder som ærlighet, raushet og kjærlighet grunnlaget for yrkesstolthet, trivsel på arbeidsplassen og åndelig velbefinnende. Stolthet kan fremmes i det som Wärnø kaller "ett værdig bemötande", et møte preget av åpenhet og ærlighet.

Arbeidsgleden er "smittsom" og kollegaers glede har betydning for ens egen arbeidsglede (Spilling, 1955).

Deltakerne i denne studien beskrev arbeidsglede som en tilstand preget av energi, mestringsfølelse og stolthet. Relasjonen til pasientene, det å gjøre noe for andre, det å være til nytte og til hjelp var en viktig drivkraft. Mange vektla viktigheten av at pasientene også opplevde mening i hverdagen.

Stolthet knyttet deltakerne både til egne prestasjoner og til det de fikk til i fellesskap. Det ble også gitt uttrykk for stolthet over kommunens tilbud til de eldre. Når deltakerne vektlegger teamarbeid og ser kommunens tilbud som et grunnlag for arbeidsgleden, kan vi vel snakke om kollektiv stolthet og arbeidsglede?

Viktigheten av god humør, det å skape litt "sjau" og ha humor i hverdagen var områder som kom frem i denne studien.

Det første spørsmålet i intervjuet var å beskrive arbeidsglede. Deltakerne måtte ha tid og rom til felles refleksjon før kjennetegnene på arbeidsglede ble synliggjort. Bjørg Aase Sørensen (Halvorsen, 2002) har beskrevet arbeidsglede som en naturkraft på linje med vann, olje og tømmer og dette gir assosiasjoner til forståelsen Fugelli (2003) har av frihet. Han beskriver frihet som luft og vann, som en selvsagt ressurs - som bare er der. Kanskje er det slik med arbeidsgleden også, at mange ikke har et bevisst forhold til den. Det er først når arbeidsgleden er avtakende eller mangler, slik som en av deltakerne her beskrev det, at vi blir bevisste. Arbeidsgleden kan muligens forstås som opplevelser på et kontinuum, der en beveger seg mellom høy arbeidsglede og det Spilling (1955) kaller ulystfølelse?

Som deltakerne her påpekte, så kan ikke arbeidsgleden isoleres fra livsgleden. Vi er hele mennesker som påvirkes av og påvirker hverandre både i jobb og i livet som helhet. Hjemmeforhold har betydning for arbeidshelsen (Aronsson & Thomas, 2004; Thuen, 2000).

Spilling (1955) er opptatt av den enkeltes innstilling og dette vektla også deltakerne i denne studien. Det handler ikke bare om jobben i seg selv og påvirkningsfaktorer, det også om enkeltes personlighet og innstilling (Kaufmann, 2000). Dette samsvarer med at deltakerne vektla de ansattes ulike forutsetninger.

Funnene i denne studien samsvarer med andres beskrivelser av hva arbeidsglede er. Det kan både være en individuell og en kollektiv opplevelse og er knyttet til mening, mestring, stolthet og energi, der disse områdene påvirker og påvirkes av hverandre. Videre nå presenteres faktorer i arbeidet som kan fremme arbeidsgleden.

5.1.2. Arbeidsplassfaktorer som fremmer arbeidsglede

Hvilke faktorer på arbeidsplassen er det som påvirker arbeidsgleden? I følge Sørensen og Rapmund (1998) er det både organisatoriske, sosiale og psykologiske faktorer. Faktorer som nok tid, riktig kompetanse og nødvendig utstyr (ressurser) for å gjøre en bra jobb. En viss grad av autonomi, støtte og tilbakemelding fra arbeidsledelsen og tydelige mål vektlegges av flere forskere (Aronsson & Thomas, 2004; Sørensen & Rapmund, 1998).

Klimaet på arbeidsplassen, som gode relasjoner til kollegaer og ledere har betydning for trivsel og arbeidsglede. Glasø (2006) har studert forholdet mellom ledere og ansatte. Å få gi uttrykk for følelser, slippe å undertrykke eller forstille (fake) følelser har betydning for trivsel og kvalitet på samhandling. Dette oppleves viktigere for medarbeidere enn for ledere og er derfor nyttig kunnskap for lederne i møte med deres ansatte. Ved å ta de ansattes følelser på alvor kan en tilrettelegge for trivsel, læringsmiljø og legge grunnlag for kloke beslutninger.

I denne studien ble rammefaktorer som nok tid og kompetanse til å gjøre en god jobb vektlagt. Deltakere var opptatt av at arbeidsfordelingen opplevdes rettferdig og at det ble tatt hensyn til den enkeltes forutsetninger. Strukturer, prosedyrer og orden var faktorer som bidro til forutsigbarhet og flyt i arbeidet. Mange ønsket seg nye utfordringer som kunne føre til vekst og utvikling. For noen var det viktig å få arbeidsoppgaver som gjorde at de kunne bruke eksisterende kompetanse. Trygghet, åpen kommunikasjon og tilbakemeldinger, samt gode relasjoner til kollegaer og ledelse ble vektlagt som grunnlag for utvikling.

Funn i denne studien om hva som påvirker og ikke minst fremmer arbeidsgleden bekreftes av andre studier, både studier for arbeidslivet generelt og pleie- og omsorgstjenestene spesielt.

5.1.3. Salutogenese og arbeidsglede

Antonovskys SOC- begrep (sense of coherence) handler om en gjennomgående opplevelse av sammenheng. Det handler om å forstå hele arbeidssituasjon med alle oppgaver, ventede som uventede, ha nødvendige ressurser, både egne og tilgjengelige andres, for å kunne mestre arbeidskravene. Under de ulike komponentene i SOC; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet har Hanson (2004) plassert ulike faktorer i arbeidslivet (tabell 1).

I denne studien ble det fokusert på ulike arbeidsplassfaktorer. Under begripelighet kom det fram faktorer som tilstrekkelig kunnskap og informasjon om pasienter, å forstå hensikten med endringer og tilbakemeldinger fra ledere, kollegaer og pasienter. Håndterbarhet omhandlet nok ressurser i form av tid og kompetanse, orden og struktur i hverdagen og mulighet til å bruke faglig skjønn. For å sikre motivasjon og engasjement må arbeidet gi mening. Deltakerne gav klart uttrykk for at arbeidet i seg selv gav mening. De tre komponentene i SOC er gjensidig avhengig av hverandre og når jobben tilrettelegges for at de ansatte kan oppleve høyere grad av begripelighet og håndterbarhet kan dette styrke motivasjonsfaktoren som er meningsfullhet. Mulighet til å gjøre en faglig forsvarlig og kvalitetsmessig god jobb er en viktig faktor for å oppleve mening og glede. Dette er også dokumentert i utenlandske studier (Häggström et al., 2005; Lövgren et al., 2002; Moyle et al., 2003; SOSU-rapport, 2007).

5.1.4. Oppsummering

Studien her viser at arbeidsglede som tilstand og påvirkende arbeidsplassfaktorer samsvarer med annen forskning. Sett i lys av salutogenese er meningsfullhet motivasjonsfaktoren i arbeidet og den påvirker og påvirkes av de to andre elementene, begripelighet og håndterbarhet. Kvalitet på arbeidet, mening og arbeidsglede har faktorer som er nært knyttet til hverandre.

5.2. Har det å jobbe i fullintegrert tjeneste ”i seg selv” betydning for arbeidsglede?

5.2.1. Fullintegrert tjeneste og arbeidsglede

Intensjonen med fullintegrert tjeneste er å yte mer *helhetlige* og *sammenhengende* tjenester til brukere. Modellen skal også bidra til mer variasjon i arbeidet og gi grunnlag for økt kompetanse (Solem & Høistad, 2000).

Dennes studien viser at deltakerne opplevde kvalitet på sykepleieutøvelsen og at dette hadde sammenheng med organiseringen som tilrettela for helhet, kontinuitet og fleksibilitet. Her har primærgruppene ansvar for noen få pasienter som de følger gjennom hele forløpet. Dette gir

grunnlag for kvalitet, kontinuitet og fleksibilitet. De formelle vedtakene om omsorgstjenester gir primærgruppene vide rammer for å bruke faglig skjønn. Dette kombinert med tildelingsmyndighet hos enhetsleder gir kort vei fra behovsmelding til konkret handling. Tenkningen i sykepleien handler om helhet og individuell tilpasset sykepleie (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2005). Deltakerne her påpekte dette som viktige faktorer for arbeidsgleden. Det opplevdes godt at både brukere og deres pårørende føler seg trygge. Som tidligere påpekt viser forskning en nær kobling mellom arbeidsglede og opplevelse av å yte god sykepleie.

Funnene kan tolkes som om arbeidsglede kan knyttes til fullintegrert tjeneste når dette kombineres med helhets- og kontinuitetstenking i den daglige organiseringen og beslutningsmyndighet er plassert slik at det er mulighet for fleksibilitet.

Deltakerne i denne studien mente at variasjon i arbeidet, både fysisk, psykisk og sosialt, har betydning for arbeidsglede. Dette bekreftes av Sørensen og Rapmund (1998). Spesielt vektla deltakerne betydningen av å veksle mellom å være selvstendig ute og å samarbeide inne.

5.2.2. Fullintegrert tjeneste sett i lys av empowerment

I helsefremmende arbeid er empowerment et nøkkelord (Tones & Green, 2004). Det handler om prosessen for å gi folk større kontroll over forhold som påvirker deres helse (WHO, 1998). I tabell 2 er det presentert en oversikt over arbeidslivsfaktorer med betydning for utvikling av empowerment og dermed for arbeidshelsen (Copson, 2005; ENHPW, ; Hanson, 2004). Innholdet i tabellen kan oppsummeres med Velten (2003) sine ord om å tilrettelegge, slik at de ansatte har mulighet til ”være seg selv på sitt beste”.

I denne studien kan det se ut som at fullintegrert tjeneste kombinert med primærgrupper og tildelingsmyndighet på enhetsnivå gir grunnlag for utvikling av empowerment. Mulighet og myndighet til utøvelse av faglig skjønn, ansvar og autonomi bidrar til større kontroll i arbeidet. Kontroll forutsetter at andre rammefaktorer, som tid, kompetanse, støtte etc. er til stede. Arbeidsglede er knyttet til både til opplevelse av god sykepleieutøvelse og medvirkning. Slik kan en kanskje si at organiseringen fremmer både empowerment og arbeidsglede.

I denne studien kan se ut som at helhetstenkning og medvirkning fører til at de ansatte vil ha mer av det samme. For eksempel ønsker deltakerne å delta i den første vurderingssamtalen og de vil ha mer medvirkning i forhold til faglige og strukturelle områder.

Lederne i denne studien var opptatt av at de ansatte hadde nødvendig kompetanse og fikk ansvar og støtte. Denne tenkningen samsvarer med verdigrunnlaget i helsefremmende arbeid, som gir vekstvilkår for reell medvirkning og kompetanseutvikling (Copson, 2005).

5.2.3. Fullintegrert tjeneste sett i lys av settingsbegrepet

Setting eller ”settings for health” (WHO, 1998) er et komplekst system der flere parallelle prosesser og organisatoriske nivå er gjensidig avhengige av hverandre, samtidig som de påvirker hverandre og der målet er å skape grunnlag for kontroll av faktorer som påvirker helsen (Hanson, 2004).

En av deltakerne i denne studien mente at omorganiseringen fra tradisjonell modell til fullintegrert tjeneste hadde medført større kontroll og dermed muligheter for å gjøre en bedre jobb.

Fullintegrert tjeneste kan forklares ved at flere enkeltsettinger er blitt en større setting. Ut fra Bronfenbrenners sosioøkologiske modell (figur 1) kan dette forstås som at meso- nivået er styrket. Arbeidsplassen har fått større grad av kontroll og styring med hele pasientforløpet og dermed med eget arbeid. Rønningen (2003) sier at toveis- kommunikasjon mellom setting og maktsentra legger grunnlag for empowerment-utvikling. At tildelingssmyndighet i denne settingen ikke er skilt fra tjenestene gir fleksibilitet og kort vei fra behovsmeldinger til beslutning, også en styrkning av meso-nivået. Det kan gi en faglig trygghet og stolthet, en stolthet som også kan innbefatte hele arbeidsplassen og kommunen som helhet. Det har vært kritiske røster til for mye styring via detaljerte tildelingsvedtak, som tar bort muligheter for brukermedvirkning og faglig skjønn (Rønning, 2004).

5.2.4. Oppsummering

Om fullintegrert tjeneste ”i seg selv” gir arbeidsglede er vanskelig å si, for det er kombinasjonen med primærsykepleie og tildelingsmyndighet på enhetsnivå som gir

grunnlaget for helhetstenkning, kontinuitet, fleksibilitet, variasjon og kontroll i arbeidet. Dette har betydning for kvaliteten på sykepleien, som igjen bidrar til arbeidsglede.

5.3. Hvilke handlingsrom mener de ansatte at fullintegrert tjeneste gir for å fremme arbeidsglede?

Deltakerne i denne studien ønsket å ta tak i konkrete problemer i hverdagen, videreutvikle det som fungerte og fokusere på nye områder. Konkrete forbedringsområder var; bedre samarbeidet mellom yrkesgruppene (tverrfaglighet), åpnere og tryggere klima for dialog, mer medbestemmelse, tilbakemeldinger og fagutvikling. Lederne ønsket å tilrettelegge for kompetanseutvikling, mer ansvar hos de ansatte og bidra til en åpen dialog. Refleksjonsmøter var ett nylig oppstartet tiltak for kompetanseutvikling.

KS vektlegging av arbeidsplassutvikling er:

- tydelig og synlig ledelse
- et arbeidsmiljø preget av trygghet, trivsel og tillit
- en åpen og god kommunikasjon
- kompetanseutvikling ved å diskutere aktuelle faglige spørsmål
- en reell medvirkning ved å ta de ansattes opplevelser og forståelse på alvor (Copson, 2005).

Det deltakerne i denne studien vektla samsvarer bra med KS sine anbefalinger. Både organiseringen og grunnlagstekningen til ledelsen gir et godt grunnlag for videre utvikling. Her er det mulig å hente ideer fra både KS`s anbefalinger, (Copson, 2005), Hanson (2004) modell for å bygge den helsefremmede arbeidsplassen og fra prosjekter som bygger på strategien til ENWHP.

Den helsefremmende arbeidsplassen bygger på en tekning om at alle ansatte må involveres i jakten på muligheter og handlingsrom. Handlingsrommet finnes innenfor de eksisterende rammer og det gjelder å gjøre bruk av de ressursene, strukturene og kulturen som allerede er der (WHO, 1986). Det er de som arbeider i settingen som vet hvor både mulighetene og problemene finnes (Tones & Green, 2004). Medvirkning og dialog kan bidra til at de ansatte

og arbeidsplassen får kontroll over de faktorene som bidrar til arbeidsglede og helse. Dersom en skal få til endringer og vekst, må de det angår være deltakende og det må forankres hos dem (Breucker & Schröer, 2000). En måte å involvere alle i settingen på, er å arrangere en søke- eller dialogkonferanse. Det er et godt utgangspunkt for videre medvirkning (Sørensen, 2006).

De spenningene som finnes på arbeidsplassen kan ut fra et helsefremmende synspunkt være selve drivkraften i endrings- og utviklingsarbeid. Til hjelp her finnes en refleksjonsmodell utviklet på Henær-senteret som gir grunnlag for systematisk refleksjon over aktiviteter vi engasjerer oss i når vi prøver å få kontroll over endringsprosesser. Modellen er relasjonell og den åpner for å analysere sammenhengene og for å synliggjøre handlingsrommet når man står foran valg (Hauge & Aursland, 2003).

I pleie- og omsorgstjenestene er det behov for møteplasser der de ansatte kan reflektere over faglig og etisk problemstillinger (Karseth et al., 2005). Veiledning kan være et middel for å øke jobbengasjementet (Bégat et al., 2005). Arbeidstakerne kan ivareta mening, arbeidsglede og vitalitet ved en egenomsorgsprosess Vinje (2007) kaller "self-tuning". Denne prosessen består av introspeksjon, sensibilitet, refleksjon og aktiv mestring og denne prosessen kan læres. Thomassen (2008) anbefaler fokusgrupper som middel til utdypning, klargjøring og refleksjon i arbeidet med arbeidsmiljøutvikling.

5.3. Oppsummering

Arbeidsglede beskrives av deltakerne som en tilstand av energi, mestringsfølelse og stolthet. Mening i arbeidet og opplevd kvalitet på sykepleieutøvelsen er vesentlige bidrag til arbeidsgleden.

Kombinasjonen fullintegrert tjeneste, primærsykepleie og tildelingsmyndighet på enhetsnivå gir grunnlag for arbeidsglede gjennom helhetstenkning, kontinuitet, fleksibilitet, variasjon og kontroll i arbeidet. Dette har betydning for kvaliteten på sykepleien, som igjen bidrar til arbeidsglede. Funnene er forklart ved hjelp av teorier om salutogenese, settingstekning og empowerment.

Flere områder for forbedringer ble synliggjort. Den største utfordringen er kanskje å videreutvikle samarbeidet mellom de faglærte og ufaglærte. I arbeidet med å utvikle den helsefremmende arbeidsplassen er det et sentralt poeng at alle deltar og her finnes det ulike tilnærminger. Spenninger i organisasjonen kan brukes konstruktivt ved at de ansatte selv er med og utforsker det handlingsrommet som finnes.

6. Avslutning

Denne masterstudien har fokus på sammenhengen mellom arbeidsglede og en organisasjonsmodell i pleie- og omsorgstjenestene, såkalte fullintegrert tjeneste. Det er lite forskning på dette området.

Deltakerne i denne studien beskrev arbeidsglede som en tilstand preget av energi, mestringsfølelse og stolthet. Jobben i seg selv gir mening og meningen kan forsterkes ved at det legges til rette for at arbeidet er begripelig og håndterbart. Arbeidsgleden er nært knyttet til opplevelsen av å yte kvalitativ og kvantitativ god sykepleie.

I fullintegrert tjeneste jobber den ansatte både ute og inne, og denne variasjonen var i seg selv en kilde til arbeidsglede. Ved å organisere tjenestene med primærgrupper, der en liten gruppe ansatte har ansvar for noen pasienter som de følger opp hele perioden, blir det kontinuitet i relasjonen til pasienten og helhet i tilbudet. Det å kjenne pasienten fra hjemmesituasjon har betydning for hvordan man møter han når han kommer i institusjon. Når myndighet for tildeling av omsorgstjenester er lagt til enhetsleder gir dette grunnlag for raske og fleksible endringer i tilbudet når det er nødvendig. Dette er områder som har betydning for kvaliteten på tjenestene som igjen har betydning for arbeidsgleden.

Organiseringen sammen med vide rammer i tildelingsvedtakene gir ansatte både ansvar og myndighet til å utøve faglig skjønn. Ved å gi ansatte kontroll, ansvar og myndighet legger til rette for utvikling av empowerment, men det forutsetter at strukturelle rammefaktorer også er på plass.

I denne studien var ikke hjemmehjelperne inkludert. De er en viktig del av pleie- og omsorgstjenestene og dette en svakhet ved studien. Det kan bidra til å forsterke tendensen som Solem og Høistad (2000) beskriver, om at hjemmehjelperen lever sitt eget liv på siden av den fullintegrerte tjenesten. De samme forskerne mener at fullintegrert tjeneste har en utfordring i å integrere erfaringskunnskapen til de ufaglærte med den sykepleiefaglige og medisinske tenkningen. Dette er et område for videre forskning. I denne studien ble det tydelig at samarbeidet mellom ufaglærte og faglærte kan fremmes.

Da denne studien knytter arbeidsglede til fullintegrert tjeneste, kombinert med primærgrupper og nivået for tildelingsmyndighet, hadde det vært interessant å studere og sammenligne med andre organisasjonsmodeller. Andre aktuelle spørsmål er hvordan kvalitet og arbeidsglede oppleves når ansatte ikke jobber etter primærsykepleietenkningen? Påvirkes fleksibilitet og kvalitet og dermed arbeidsgleden dersom tildelingsvedtak ligger utenfor enheten? Utforming av tildelingsvedtak har stor betydning. Rønnings (2004) studie viser at detaljerte, forhåndsdefinerte vedtak fratrukker brukerne medvirkning og den ansatte mulighet for å bruke faglig skjønn.

Da arbeidsglede er så nært knyttet til de ansattes opplevelse av kvalitet på tjenestene hadde det vært interessant å sammenholde dette med brukernes vurdering av kvalitet.

Litteraturliste

- Alver, B. G., & Øyen, Ø. (1997). *Forskningsetikk i forskerhverdag : vurderinger og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Aronsson, G., & Thomas, L. (2004). *Långtidsfriskas arbetsvillkor. En populasjonsstudie*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Bégat, I., Ellefsen, B., & Severinsson, E. (2005). Nurses satisfaction with work environment and the outcomes of clinical supervision on nurses experiences of well-being - a Norwegian study. *Journal of Nursing Management*, 13, 21-230.
- Breucker, G., & Schröer, A. (2000). Health promotion in the Workplace. In IUHPE. *The Evidence of Health promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. Part Two*. Luxemburg.
- Bronfenbrenner, U. (1981). *The Ecology of Human Development. Experiments by nature and design*. Cambridge, Massachusetts and London, England: Harvard University Press.
- Bunton, R., & Macdonald, G. (2002). *Health promotion : disciplines, diversity, and development*. London: Routledge.
- Bø, I. (2000). *Barnet og de andre. Nettverk som pedagogisk og sosial ressurs*. Otta: Universitetsforlaget.
- Castle, N. G. (2007). Assessing Job Satisfaction of Nurse Aides in Nursing Homes. *Journal of Gerontological Nursing*, Mai 41-47.
- Christensen, M., Lindström, K., Straume, L. V., Kopperud, K. H., Borg, V., Clausen, T., Hakanen, J., Aronsson, G., & Gustafsson, K. (2008). *Positive Factors at Work*. København: Nordisk råd.
- Copson, A.-K. (2005). *Bedre tjenester med myndiggjorte medarbeidere : et idéhefte for medarbeiderutvikling i pleie- og omsorgstjenesten*. Oslo: Kommuneforlaget.
- ENHPW. (European Network for Health Promoting Workplace).
<http://www.enwhp.org/index.php?id=4>. Lesedato: 31.01.08
- Eriksson, M. (2007). *Unravelling the mystery of salutogenesis the evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky`s sense of coherence scale*. Åbo: Åbo akademi.
- Fagermoen, M. S. (1998). Studier med utforskende design. In M. S. Fagermoen & R. Nord & B. R. Hanestad & E. Bjørnsbeorg (Eds.), *Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Flyvbjerg, B. (2006). "Five Misunderstandings About Case Study Research". *Qualitative Inquiry*, 12(no.2), 219-245.
- Foss, C., & Ellefsen, B. (2005). *Helsetjenesteforskning : perspektiver, metoder og muligheter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fosse, E. (2001). *Aksjonsprogrammet barn og helse*. Bergen: Universitetet i Bergen. Hemilsenteret.
- Fugelli, P. (2003). *0-visjonen : essays om helse og frihet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gilje, N., & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger : innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Glasø, L. (2006). *Affects and emotional regulation in leader-subordinate relationships*. Bergen: Department of Psychosocial Science, Faculty of Psychology.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Halvorsen, P. (2002). *Arbeidsglede*. Oslo: Senter for seniorpolitikk.
- Hansen, A. F., Hansen, Å. M., Høgh, A., Kines, P., & Schibye, B. (2004). Arbejdsmiljøforhold blandt social- og sundhedspersonale på ældreområdet - et litteraturstudie. København: Arbejdsmiljøinstituttet,
- Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Hauge, H. A., & Aursland, L. H. (2003). Frihet og ansvar i forebyggende og helsefremmende arbeid. Synliggjøring av handlingsrom med HENÆR-modellen. In H. Hauge & M. Mittelmark (Eds.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid*. Bergen: Fagforlaget.
- Hofseth, C., & Norvoll, R. (2003). *Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer : en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. Trondheim: SINTEF, Unimed.
- Hägström, E., Skovdahl, K., Fläckman, B., Kihlgren, A. L., & Kihlgren, M. (2005). Work satisfaction and dissatisfaction - caregivers' experiences after a two-year intervention in a newly opened nursing home. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 9-19.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2004). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Karlsen, E. (2000). *Strategier for ansvarliggjøring/myndiggjøring i kommunene : empowerment i norske kommuner*. Bodø: Nordlandsforskning.
- Karseth, B., Christiansen, B., Abrahamsen, B., & Jensen K. (2005). *Utredning om motivasjon, yrkesutøvelse og kompetanse i pleie- og omsorgssektoren*. Oslo: Universitetet i Oslo, Det Utdanningsvitenskapelige fakultet.

- Kaufmann, A. (2000). Hvor ble det av individet i organisasjonen? In S. Einarsen & A. Skogstad (Eds.), *Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kommunenes sentralforbund. (1996). *Ansvarlige arbeidsgivere, myndiggjorte medarbeidere : KS' plattform for en framtidig arbeidsgiverpolitikk*. Oslo: Kommuneforlaget
- Kristoffersen, G., & Solem, P. E. (1998). *Integrering av pleie- og omsorgstjenestene virkninger på ledelsesstrukturen*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring..
- Kristoffersen, N. J., & Jensen, K. O. (2005). Sykepleier i organisasjon og samfunn. In N. J. Kristoffersen & F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Eds.), *Grunnleggende sykepleie*. (Vol. 4). Oslo: Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2005). Om sykepleie. In N. J. Kristoffersen & F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Eds.), *Grunnleggende sykepleie* (Vol. 1). Oslo: Gyldendal.
- Krueger, R. A. (1998). *Developing questions for focus groups*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus groups : a practical guide for applied research*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Lillestrømerklæringen. (2002). Lillestrømerklæringen om helsefremmende arbeidsplasser. http://www.stamiweber.no/hefa/Lille_erklar.htm. Lesedato: 20.09.07
- Luxenburgdeklarasjonen. (1997). http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf. Lesedato: 20.08.07
- Lövgren, G., Rasmussen, B. H., & Engström, B. (2002). Working conditions and the possibility of providing good care. *Journal of Nursing Management*, 10, 210-209.
- Maben, J., Latter, S., Macleod, J., & Wilson-Barnett, J. (1993). The organization of care: its influence on health education practice on acute wards. *Journal of Clinical Nursing*, 2(6), 355-362.
- Mittelmark, M. B. (1999). Health Promotion at the Communitywide Level. Lessons From Diverse Perspectives. In N. Bracht (Ed.), *Health Promotoin at the Community Level 2*. Thousand Oaks, London, New Dehli: Sage Publications.
- Moland, L. E. (2002). *Nærværende lederskap og tverrfaglighet i pleie- og omsorgssektoren. Arbeidslagsmodellen i Rykkinn, et pilotprosjekt i Bærum kommune*. Oslo: Fafo.
- Moyle, W., Skinner, J., Rowe, G., & Gork, C. (2003). Views of job satisfaction and dissatisfaction in Australian long-term care. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 168-176.

- NESH. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsfag, jus og humaniora*.
<http://www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer/index.txt/NESHretningslinjer/06>. Lesedato: 30.10.07
- Nord, R. (1998). Ulike typer design. In M. S. Fagermoen & R. Nord & B. R. Hanestad & E. Bjørnsbeorg (Eds.), *Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU. (1979:28). Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU. (1992:1). Trygghet - verdighet - omsorg. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Næss, S. (2003). *I tøffeste laget? Dokumentasjonsrapport om arbeidssituasjonen til ansatte i pleie- og omsorgstjenesten*. Bergen: Rokkansenteret.
- Poland, B. D., Green, L. W., & Rootman, I. (2000). *Settings for Health Promotion. Linking Theory and Practice*. London: Sage Publications Ltd.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse : kvalitative metoder i samfunnsfag* (4. reviderte utgave ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ro-rapport. (2006). *Forvaltningsreformer i pleie- og omsorgstjenesten - en kartlegging av kommuner og bydeler med bestiller-utførermodell: Ressurscenter for omstilling i kommunene*.
- Rognstad, M.-K. (2006). *Nursing students' motivation and socialization : a prospective, unbalanced cohort study of nursing students from study time into working life*. Oslo: Faculty of Medicine Unipub.
- Rootman, I., Poland, B. D., & Green, L. W. (2000). *Settings for health promotion : linking theory and practice*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Rønning, R. (2004). *Omsorg som vare? : kampen om omsorgens sjel i norske kommuner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rønningen, G. E. (2003). Nærmiljø. Nostalgi - eller aktuell arena i forebyggende og helsefremmende arbeid? In H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Eds.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Seedhouse, D. (1997). *Health promotion : philosophy, prejudice and practice*. Chichester: Wiley.
- Solem, P. E., & Høistad, B. (2000). *"Vi spiller på lag" om integrerte organisasjonsmodeller i pleie- og omsorgstjenestene*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- SOSU-rapport. (2007). *Arbejdsmiljø i ældreplejen i Danmark. Resultater og konklusioner*. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

- Spilling, G. (1955). Arbeidsglede. *Samtiden. Tidsskrift for politikk, litteratur og samfunnsspørsmål.*, 1, 1-11.
- Stang, I. (2003). Bemyndigelse. En innføring i begrepet og "empowermentteknings" relevans for ansatte i velferdsstaten. In H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Eds.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid : fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Stordalen, J. (1998). *Pasient et begrep til besvær?* Oslo: Universitetet i Oslo.
- Stortingsmelding. (nr. 25. 2005-2006). Mestring, muligheter og mening : framtidens omsorgsutfordringer. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sørensen, B. A. (2002). Arbeidshelse - en buffer mot uhelse. *Intervju med Turid Børtnes i Tidsskriftet Arbeidsmiljø*, 4.
- Sørensen, B. A. (2003). Arbeidsglede en slags "natur-kraft". *Intervju med Turid Børtnes i Tidsskriftet Arbeidsmiljø*, 1.
- Sørensen, B. A. (2006). *Å forandre for å forstå - utkast til hefte i praktisk metodebruk.* Høgskolen i Vestfold: Upublisert.
- Sørensen, B. A., & Rapmund, A. (1998). *Psykologiske, organisatoriske og sosiale faktorer i arbeid av betydning for helse : kunnskapsmangler og forskningsbehov.* Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Sørensen, B. A., Skogstad, A., & Dahl-Jørgensen, C. (1998). *Arbeid og arbeidshelse i pleie- og omsorgssektoren en kunnskapsoversikt med forslag til modellforsøk.* Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Sørensen, B. A., & Wathne, C. T. (2007). *Bærekraftig arbeidsliv : arbeidslivsutvikling i Norden.* København: Nordisk Ministerråd.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomassen, O. J. (2008). Å gjøre en god nok jobb - er det å kreve for mye? *Sykepleien Jobb*, 02, 16-20.
- Thuen, F. (2000). Motsetninger mellom arbeid og hjem. Den nye, store arbeidsbelastningen. In S. Einarsen & A. Skogstad (Eds.), *Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Tones, K., & Green, J. (2004). *Health promotion : planning and strategies.* London: Sage Publications.
- Velten, J. (2003). *Arbeidsglede : hvordan være seg selv på sitt beste.* Oslo: Damm.

- Vike, H., Bakken, R., Kroken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H., & Makt- og demokratiutredningen 1998-2003. (2002). *Maktens samvittighet : om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vinje, H. F. (2007). *Thriving despite adversity: Job engagement and self-care among community nurses*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Wennberg, B.-Å., & Hane, M. (2007). Utvärdering med fokusgrupper. <http://www.samarbetsdynamik.se/artman/publish/formfokus.shtml> Lesedato: 02.02.08
- Wenzel, E. (1997). Comment on settings in health promotion. *Internet Journal of Health Promotion*, URL: <http://www.rhpeo.org/ijhp-articles/1997/1/index.htm>. Lesedato: 30.04.08
- WHO. (1986). *Ottawa-charerret*. Geneve.
- WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*. http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf. Lesedato:15.04.05
- Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper : om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Wärnå, C. (2002). *Dygd och hälsa*. Åbo: Åbo Akademis förlag.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjon til de ansatte

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Tilbakemelding fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Vedlegg nr. 1

ARBEIDSGLEDE

TIL HJELPEPLEIERE, OMSORGSARBEIDERE, ASSISTENTER OG SYKEPLEIERE

Jeg holder på med en masteroppgave i helsefremmende arbeid der fokuset mitt er arbeidsglede. Hva er arbeidsglede og hvilke faktorer er det som skaper og fremmer arbeidsglede hos ansatte i pleie- og omsorgstjenestene? Hvilken betydning har fullintegrert tjeneste for arbeidsgleden? I denne forbindelse har jeg behov for å få innblikk i dine erfaringer, opplevelser og refleksjoner fra arbeidet ved dette senteret.

Jeg ønsker å gjøre gruppeintervjuer med 3 ulike grupper. 6-8 deltakere i hver gruppe.

- 1 gruppe med assistenter – dvs. ansatte som arbeider i sykepleietjenesten uten formell helse- og sosialfaglig utdanning.
- 1 gruppe med hjelpepleiere og/eller omsorgsarbeidere
- 1 gruppe med sykepleiere
- evt. lederne (driftsgruppen)

Du må ha minimum 1 års erfaring fra denne arbeidsplassen.

Det er frivillig å delta og du kan når som helst trekke deg etter du har samtykket til å delta.

Intervjuene vil bli behandlet konfidensielt. Jeg ønsker å ta intervjuene opp på lydbånd og så skrive de ut, for lettere å analysere innholdet. Det er bare jeg og min veileder, Grete Eide Rønningen ved Høgskolen i Vestfold, som skal ha tilgang til lydbåndene og det skriftlige materialet.

Prosjektet mitt er registrert hos Norsk Samfunnsvitenskaplige Datatjeneste og dataene vil bli behandlet i tråd med deres retningslinjer. Både lydbånd og utskrifter skal tilintetgjøres når oppgaven er ferdig i april 2008.

I oppgaven blir dataene presentert på en slik måte at det ikke skal kunne spores til enkeltpersoner.

Interesserte melder seg på hos enhetsleder. Intervjuene skjer på senteret i uke 41 og 42, evt. også uke 43. Intervjuene tar ca. 2 timer

Har du spørsmål eller kommentarer, så ta kontakt på telefon eller e-mail.

Jobb: 52 70 27 54

Privat: 52 72 71 20

Mobil: 95 02 87 38

marit.langesaeter@hsh.no

Med vennlig hilsen
(underskrift)

Vedlegg nr. 2

GUIDE FOR FOKUSGRUPPEINTERVJU

Rammer og målsetting

Ønske velkommen. Takke dem for at de tar sagt seg villige til å dele sine opplevelser erfaringer og tanker. Ressursankring; det er de som er ekspertene.

Presentasjon av meg, samt kort skisser tema og problemstilling og bakgrunn for oppgaven.

Forskningsspørsmålene:

1. Hvordan opplever dere arbeidsglede
2. Har det å jobbe både inne på sykehjemmet og ute i hjemmene – i seg selv – noen betydning for arbeidsgleden, og hvordan er i tilfelle denne sammenhengen
3. Hvordan kan så arbeidsgleden fremmes/strykes her (handlingsrom)

Et fokusgruppeintervju er en samtale mellom kunnskapsrike og erfarne personer om et fokus/område der de er eksperter – og derfor er alle sine innspill viktige. Her er ingen rette eller feil svar, det handler om den enkeltes og gruppens opplevelse og forståelse – og hva dere er opptatt av innen fokuset. Alle må få komme til ordet og skulle noen bli svært tause, vil jeg nok invitere vedkommende til å bidra. Viktig at bare en snakker om gangen.

Min rolle som intervjuer/mentor er å holde diskusjonen i gang, holde fokus, notere stikkord og ha en kort oppsummering til slutt.

Forsikre meg om at alle skjønner hva frivillighet, samtykke, anonymitet/konfidensialitet betyr. Vektlegge at de kan trekke seg når de måtte ønske det - jf. formasjonsskrivet. Avklar taushetsplikt i gruppen. Ivareta egne grenser – ikke si mer enn det de ønsker. Alle får tilgang til oppgaven når den er ferdig, planlagt til april 2008.

Kort presentasjonsrunde. Hvor lenge de har jobbet her ved senteret, stillingsandel, evt. etter- /videreutdanning m.v.

Intervjuet starter

(Båndet settes på).

Arbeidsglede

Hva er arbeidsglede?

Bruk deres egne ord til å beskrive hva du/dere legger i det. Gjerne med situasjonsbeskrivelser.

Hva er tegn på at du/dere opplever arbeidsglede? Når opplever dere arbeidsglede – tidspunkt. Hvordan vet du at det er arbeidsglede du opplever?

Organisering - Fullintegrert tjeneste

Hvilke erfaringer har du/dere med å jobbe både inne på sykehjemmet og ute i hjemmene? Hva er likheter/forskjeller. Har denne organiseringen betydning for arbeidsgleden, og i tilfelle hvordan? Hvordan. Hvorfor.

Fremtiden

Hvordan kan arbeidsgleden fremmes/styrkes? Hvilke handlingsrom finnes?

Hva kan du bidra selv med? Hva kan kollegaer bidra med? Hva kan ledelsen/organisasjonen bidra med?

Kort oppsummering

Avslutning

Er det noe mer du/dere ønsker å tilføye før vi avslutter?

Hvordan var det å delta i dette fokusgruppeintervjuet?

Takke for deltagelsen

Minne om telefonnummer og mail-adresse dersom noen har behov for å snakke med meg i etterkant.

Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel +47-55 58 21 17
Fax +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr 985 321 884

Grete Eide Rønningen
Avdeling for samfunnsfag
Høgskolen i Vestfold
Postboks 2243
3103 TØNSBERG

Vår dato 05 07 2007

Vår ref 17015/SM

Deres dato

Deres ref

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.06.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

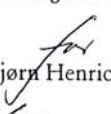
17015	<i>Empowerment på arbeidsplassen. Hva fremmer kompetanse og stolthet hos ansatte i pleie- og omsorgstjenesten? En studie av ansatte i sykepleietjenesten ved et aktivitets- og omsorgssenter</i>
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Vestfold, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Grete Eide Rønningen
Student	Marit Langesæter


Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.


Dersom prosjektet endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endrings skjema>

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig. Prosjektet kan settes i gang.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Siv Midthassel


Kontaktperson: Siv Midthassel tlf: 55 58 83 34

Vedlegg: Prosjektvurdering

√ Kopi: Marit Langesæter, Tittelsnesveien 18 D, 5515 HAUGESUND

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO NSD Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo Tel +47 22 85 52 11 nsd@uio.no
TRONDHEIM NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet 7491 Trondheim Tel +47 73 59 19 07 kyrr@svarva@svi.ntnu.no
TROMSØ NSD SVF, Universitetet i Tromsø 9037 Tromsø Tel +47 77 64 43 36 nsdmaa@svi.ut.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

17015

Ombudet kan ikke se at det foretas behandling av personopplysninger med elektroniske hjelpemidler eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten.

Det legges til grunn at opptak ikke behandles på pc samt at opplysninger anonymiseres ved transkribering ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Det vil ikke finnes en koblingsnøkkel/navneliste som kobler transkripsjoner til informant.