

MASTEROPPGÅVE

Organisasjon og leiing
Masterstudium i helse- og sosialleing og utdanningsleing

Fråvershaldningar blant sjukepleiarar

Ein kvantitativ studie om samanhengen mellom fråvershaldningar og
sjølvopplevd uerstattelegheit på jobb. Studien er basert på ei
spørreundersøking blant sjukepleiarane i Helse Førde 2010.

av

Lena Haveland

Juni 2011



Boks 133, 6851 SOGDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgåve i:

Organisasjon og leiing

Masterstudium i helse- og sosialleing og utdanningsleing

Tittel:

Fråvershaldningar blant sjukepleiarar

Ein kvantitativ studie om samanhengen mellom sjølvopplevd uerstattelegheit på jobb og fråvershaldningar. Studien er basert på ei spørreundersøking blant sjukepleiarar i Helse Førde 2010

Engelsk tittel:

Attitudes to absenteeism among nurses

A quantitative study of the relationship between the sense of being irreplaceable at work and attitudes to absenteeism. The study is based on a cross-sectional survey among nurses in Helse Førde in 2010.

Forfatar:

Lena Haveland

Emnekode og emnenamn:

MR690 - Masteroppgåve i organisasjon og leiing

Kandiatnummer:

7

Publisering i institusjonelt arkiv, HSF Biblioteket (set kryss):

JA_*_ Nei__

Dato for innlevering:

17.juni 2011

Eventuell prosjektilknytning ved HSF

Emneord (minst fire):

Attitudes to absenteeism
Among nurses
the sense of being irreplaceable
selfperception of being irreplaceable
irreplaceable nurses
short-term absence

Tittel og samandrag:

Fråvershaldningar blant sjukepleiarar

Ein kvantitativ studie om samanhengen mellom sjølvopplevd uerstattelegheit på jobb og fråvershaldningar. Studien er basert på ei spørreundersøking blant sjukepleiarar i Helse Førde 2010

Prosjektet byggjer på ei elektronisk spørreundersøking som vart gjennomført i perioden juni til august 2010. 374 sjukepleiarar har svart på undersøkjinga. Hovudmålsetjinga med prosjektet har vore å bidra til auka kunnskap kring fråvershaldningar hjå sjukepleiarar i Helse Førde. Prosjektet si avgrensande problemstilling var å sjå om og eventuelt i kva grad fråvershaldningar blant sjukepleiarar kan forklarast av sjukepleiaren si oppleving av uerstattelegheit på jobb. Til grunn for prosjektet ligg ein hypotese om at sjukepleiarar som opplever seg som vanskelegare å erstatte på jobben har annleis fråvershaldningar enn sjukepleiarar som opplever seg som lettare å erstatte. Ein uerstatteleg sjukepleiar vil i større grad vere vanskeleg å skaffe vikar for ved uforutsett korttidsfråvere, i lys av sin kompetanse og sitt ansvarsområde på jobb. Med omgrepet uerstatteleg sjukepleiar meiner eg sjukepleiarar som har scora seg høgt på uerstattelegheitsindikatorane i spørreundersøkjinga. Fråvershaldningar er definert utifrå sjukepleiarane sine haldningar til korttidsfråvere (opptil 10 dagar), der både eigenmeldt og legemeldt fråvere inngår, samt eigenmeldingsbruk for sjuke born.

Det ligg også implisitt i problemstillinga å sjå på kva faktorar blant sjukepleiarane i Helse Førde som er assosiert med det å oppleve seg som ein uerstatteleg sjukepleiar. Dei viktigaste funna frå studien kan oppsummerast slik:

- Det er funne statistisk signifikant samanheng mellom kor uerstatteleg ein sjukepleiar opplever å vere, og kva fråvershaldningar vedkomande har. Dei som i større grad opplever seg som uerstattelege, scorar høgare på fråvershaldningar. Det vil i denne samanheng seie at desse sjukepleiarane rapporterar i større grad at dei går på jobb sjuke, dei vil i større grad friskmelde seg før ei kortvarig sjukmelding utløper dersom dei kjenner seg friske nok, og dei tek i større grad jobbelaterte omsyn når dei tek stilling til bruk av korttidsfråvere. Til dømes vil dei i større grad enn andre vurdere meirbelastninga fråveret deira medfører for kollegaer og for pasientane/klientane.
- Samanhengen mellom sjølvopplevd uerstattelegheit og betre fråvershaldningar let seg i liten grad påverke av andre faktorar frå datamaterialet i denne studien. Følgande to faktorar er imidlertid også positivt assosiert med betre fråvershaldningar, uavhengig av sjølvopplevd uerstattelegheit: Sjukepleiarar som jobbar dagtid og sjukepleiarar som i stor grad hevdar at kollegaer sine fråvershaldningar har betydning for egne fråvershaldningar. Begge desse faktoraner er positivt assosiert med betre fråvershaldningar.
- Funn viser at sjukepleiarane si oppleving av uerstattelegheit er positivt assosiert med følgande faktorar:
 - å ha ein funksjon i avdelinga som få eller ingen andre har (også uløna funksjon)
 - arbeidstid (jobbe dagtid)
 - vere leiar
 - at næraste leiar sine fråvershaldningar har stor betydning for egne fråvershaldningar
 - at kollegaer sine fråvershaldningar har liten betydning for egne fråvershaldningar.

- jobbe på poliklinikk/anna (ikkje sengepost/akuttmottak)
- litt mindre grad av pasient/klientkontakt
- høgare stillingsprosent

Av desse faktorane viser det seg at det å ha ein funksjon i avdelinga som få eller ingen andre har, er den viktigaste forklaringsfaktoren for at sjukepleiarane i Helse Førde opplever seg som uerstattelege på jobb. Denne faktoren forklarar i større grad uerstattelegheitsopplevinga enn alle dei andre forklaringsvariablane, inkludert det å vere leiar. Funn frå undersøkjinga viser at i underkant av 40 % av sjukepleiarane frå undersøkjinga rapporterer at dei har ein funksjon i avdelinga som få eller ingen andre har. Av desse er det heile 38 % som ikkje har særskilt betalt for denne funksjonen. Det indikerar at det å ha ein funksjon på jobb som få eller ingen har, sjølv om denne funksjonen er mindre formalisert, og utan særskilt avlønning, i stor grad fremmar sjukepleiarane i Helse Førde si oppleving av å vere uerstattelege på jobb.

Title and Abstract:

Attitudes to absenteeism among nurses

A quantitative study of the relationship between the sense of being irreplaceable at work and attitudes to absenteeism. The study is based on a cross-sectional survey among nurses in Helse Førde in 2010.

The electronic survey was conducted during June to August of 2010. 374 nurses participated in the survey. The objective of the project has been to contribute to increased knowledge of the attitudes to absenteeism among nurses. The project's appraisal was to look at whether and to what extent the attitudes to absenteeism among nurses can be explained by the nurse's sense of being irreplaceable at work.

The basis for the project is a hypothesis that nurses who feel it is difficult to replaced them at work, have different attitudes to absenteeism than nurses who feel they are easier to replace. Irreplaceable nurses regard themselves as hard to substitute during unexpected short-term absence, in light of their expertise, their responsibilities and tasks at work. Attitudes to absenteeism refers to the nurses' attitudes to their own short-term absence (up to 10 days), where both self-reported and doctor-certified absences are included, in addition to self-certificate use for sick children.

It is implicit in the hypothesis also looking at what job- related factors among the nurses in Helse Førde that are associated with the sense of being irreplaceable at work. The key findings from the survey can be summarized as follows:

It is found statistically significant correlation between the sense of being irreplaceable and the attitudes to absenteeism. Those who regard themselves as irreplaceable employees, are the nurses who score higher on the attitudes to absenteeism - index. In this context that means that these nurses report that they will to a greater extent go to work even though they are sick, they will to a greater extent return to work if they feel fit before their sick leave expires and they will take more job-related considerations when they consider the use of short-term absence. For example, they are more likely to consider the effect of their absence in regard to the additional responsibilities to their colleagues etc. The relationship between the sense of being irreplaceable and better attitudes to absenteeism is to a small extent influenced by other background variables from the data in this study. The following two factors are found to be positively associated with better attitudes to absenteeism:

Nurses who work daytime shifts and nurses who largely claim that their colleagues attitudes to absenteeism effect their own attitudes to absenteeism. Both these factors are independently predictors for better attitudes to

absenteeism.

Findings show that the sense of being irreplaceable is positively associated with following factors:

- To have a function (set of tasks) in the unit which few or no one else has (also without economical compensation)
- Working hours (daytime shift)
- Being a leader
- Reporting that the immediate supervisor's attitudes to absenteeism are of great importance for their own attitudes to absenteeism
- Reporting that the colleagues' attitudes to absenteeism have little impact on their own attitudes to absenteeism
- Working in outpatient units (not on hospital wards or emergency departments)
- A little less patient / client contact
- Full time employment as apposed to part time employment

Of these factors, reporting to have a function (tasks) in the unit that few or no others have, is the largest explanatory factor to the sense of being irreplaceable at work. This factor is of greater importance than all the other explanatory variables, including being a leader. Findings from the survey show that just under 40 % of the nurses from the survey report to have a function on the unit that few or no others have. Out of these, 38 % of the nurses report that they do not receive financial compensation for these tasks. This indicates that having a function (set of tasks) in the unit as few or no others have, also may involve less formal functions without special compensation, for example in the form of limited responsibilities for a set of tasks in the unit. As long as the nurses feel that there are few or no others that have these special tasks, it is positively associated with the feeling of being irreplaceable.

Innholdsliste

INNHALDSLISTE	1
FORORD	3
1. INNLEIING	4
1.1 PROBLEMSTILLING OG HYPOTESE SOM LIGG TIL GRUNN FOR PROSJEKTET	5
2. KUNNSKAPSSTATUS OG TEORI	8
2.2 FRÅVERE OG FRÅVERSHALDNINGAR – OMGREPSAVKLARING	8
2.2.1 Definisjon av fråvere i dette prosjektet.....	9
2.2.2 Helse Førde - IA verksemd	10
2.3 SJØLVOPPLEVD UERSTATTELEGHEIT – EI EMPIRISK TILNÆRMING TIL OMGREPET	11
2.4 FRÅVERE – FORSKING.....	13
2.4.1 Arbeidstid og formelt arbeidstilhøve	13
2.4.2 Kjønnsskilnadar og omsorgsfaktorar	14
2.4.3 Trivsel og meistring	14
2.4.4 Fråvere i helse- og omsorgsyrkene.....	15
2.4.5 Arbeidsmiljøet si betydning	15
2.5 FRÅVERE - ULIKE TILNÆRMINGAR OG TEORiar	16
2.5.1 Nærværspress og sjukenærvær.....	16
2.5.2 Fråvereskultur	17
2.5.3 Ansvar og motivasjon	19
2.5.4 Jobbtilfredshet, motivasjon og fråvere	21
3. FORSKINGSOPPLEGG	23
3.1 METODEVAL OG DESIGN FOR DETTE SAMFUNNSVITENSAPLEGE PROSJEKTET	23
3.2 UTVAL OG DATAINNSAMLING	24
3.3 UTARBEIDING AV INTERVJUGUIDE	26
3.4 OPERASJONALISERING AV OMGREPA FRÅVERSHALDNINGAR OG SJØLVOPPLEVD UERSTATTELEGHEIT I HØVE TIL RELIABILITET OG VALIDITET.....	28
3.5 DESKRIPTIV STATISTIKK OG SLUTNINGSTATISTIKK.....	30
3.6 ANALYTISKE OG STATISTISKE METODAR.....	30
3.7 ETISKE REFLEKSJONAR KRING MI EIGA ROLLE I FORSKINGSPROSJEKTET	32
4. RESULTAT MED KOMMENTARAR	33
4.1 KJENNETEIKN VED SJUKEPLEIARANE I UNDERSØKJINGA	33
4.4 KVEN ER DEI UERSTATTELEGE SJUKEPLEIARANE?.....	40
4.4.1 Faktorar som er assosiert med sjølvopplevd uerstattelegheit, målt ved multivariat regresjonsanalyse	41
4.4.2 Fordelinga av sjølvopplevd uerstattelegheit blant sjukepleiarane	44
4.5 SAMANHENGEN MELLOM SJØLVOPPLEVD UERSTATTELEGHEIT OG FRÅVERSHALDNINGAR.....	46
4.5.1 Fråvershaldningar målt i samlescore.....	46
4.5.2 Fordelinga av fråvershaldningar blant sjukepleiarane	47
4.5.3 Samvariasjonen mellom uerstattelegheit og fråvershaldningar	49
4.5.4 Samanhengen mellom uerstattelegheit og fråvershaldningar målt ved enkel regresjonsanalyse.....	51
4.5.5 Samanhengen mellom uerstattelegheit og fråvershaldningar - målt ved multivariat regresjonsanalyse	53
4.5.6 Skilnaden i fråvershaldningar hjå dei uerstattelege og dei erstattelege sjukepleiarane	55
5. DISKUSJON OG ANALYSE	59
5.1 ILLUSTRASJON AV HOVUDFUNN OG SAMANHENGAR FRÅ UNDERSØKJINGA	60
5.1 KVA ROLLE SPELAR NÆRVÆRSPRESSET FOR FRÅVERSHALDNINGANE?	63
5.2 MOTIVASJONSFAKTORANE SI BETYDNING FOR SJØLVOPPLEVD UERSTATTELEGHEIT	66
5.3 HAR UERSTATTELEGE SJUKEPLEIARAR BETRE FRÅVERSHALDNINGAR ELLER BETRE ARBEIDSTILHØVE?	70
5.4 KVA ROLLE SPELAR ARBEIDSMILJØET FOR SAMANHENGEN MELLOM SJØLVOPPLEVD UERSTATTELEGHEIT OG BETRE FRÅVERSHALDNINGAR?.....	74
6. AVSLUTTANDE VURDERINGAR	79

REFERANSELISTE	82
VEDLEGG	86
VEDLEGG 1- LØYVE HELSE FØRDE	86
VEDLEGG 2- NSD PROSJEKTNUMMER/ STATUSRAPPORT.....	87
VEDLEGG 3 - INFORMASJONSSKRIV.....	88
VEDLEGG 4 – FREKVENSTABELLAR	89

Forord

Dette prosjektet er basert på ei spørreundersøking blant sjukepleiarar i Helse Førde sommaren 2010. Utforming av intervjuguide, gjennomføring av spørreundersøking og resultatanalyse er gjennomført av undertekna. Eg vil imidlertid rette ein stor takk til rettleiaren min Åge Vebostad samt hans medkollega Torbjørn Aarethun ved Høgskulen i Sogn og Fjordane for god hjelp og støtte. Eg vil og takke leiar ved Senter for helseforskning i Sogn og Fjordane Marit Solheim og hennar kollega Runar T. Hovland for all velvilje dei har vist meg undervegs. Ikkje minst har dei formidla kontakt med statistikar Roy Miodini Nilsen som har vore til god hjelp. Eg vil også takke Helse Førde for høvet til å gjennomføre undersøkjinga, og ikkje minst takke leiarane i medisinsk klinikk for den fleksibilitet eg er blitt vist ved ferdigstilling av denne oppgåva.

Til sist vil eg takke min mann og mine tre born (Rita, Ola og Emil) for det tålmod dei har vist meg, spesielt ved siste del av skriveprosessen.

Lena Haveland
Førde, juni 2011

1. Innleiing

Til grunn for prosjektet ligg eit ynskje om å sjå nærare på samanhengen mellom sjukepleiarane si oppleving av uerstattelegheit på jobben og fråvershaldningane deira. Eg er sjølv sjukepleiar og jobbar i Helse Førde, eit foretak som ved prosjektstart har eit mål om å ha eit sjukefråvere på maks 4,5 prosent. Ved prosjektstart låg det samla sjukefråveret på godt over 10 prosent. Ved prosjektslutt er det samla sjukefråveret gått ned til om lag 7 prosent, uavhengig av dette prosjektet. Høgt sjukefråvere er generelt ei utfordring for alle foretak der dette førekjem. I dette prosjektet vil eg sjå nærare på sjukepleiarane sine haldningar til korttidsfråvere på jobben. Det er ei kjent sak at det er langtidsfråveret som kostar samfunnet mest pengar. Så lenge fråveret ikkje varer lenger enn to veker vil det ifølge Olsen og Mastekaasa (1997:11) i dei fleste tilfelle ikkje ha store konsekvensar for foretaket sine lønsutbetalingar om arbeidstakaren er fråverande eller ei. Mona Elin Steen hevdar i si prosjektoppgåve frå organisasjons- og ledelsesstudiet ved Høgskolen i Hedmark at eit relativt høgt korttidsfråvere (16 dagar er arbeidsgjevarperioden) kan ha store kostnadmessige konsekvensar for ein organisasjon (2010). Mitt inntrykk er at korttidsfråveret ikkje har same ”prioritet” i samfunnet å fokusere på. Mi erfaring frå helsesektoren med bakgrunn både som operativ og administrativ sjukepleiar ved sjukehuset i Helse Førde, er imidlertid at dei bemanningsmessige og driftsmessige konsekvensane av korttidsfråvere i mange tilfelle kan vere meir utfordrande å handtere enn langtidsfråveret, ettersom korttidsfråvere på eit sjukehus veldig ofte inneber ressurskrevjande og tidsforbrukande omrokkingar av personell og drift på kort varsel.

Mannen min er lærar og eg har fleire gongar sett han gå på jobb meir enn halvsjuk. Han skildrar ein kultur i skuleverket der ein skal vere temmeleg dårleg for å vere heime ved sjukdom ”legitimt”. Når eg spør kvifor han og fleire av hans kollegaer ikkje held seg heime ved sjukdom, så seier han: *det er nesten meir arbeid å vere heime ein dag enn det er å gå sjuk på jobb*. Med det meiner han at han ved fråvere fyrst bør ringe læraren som skal overta arbeidet hans den dagen for å gje han instruksjonar, for så å dagen(eller dagane etterpå), måtte overta halvferdig arbeid som den vikarierande læraren ikkje hadde føresetnad for å overta fullt ut. I tillegg skal den vanlege timeplanen som ligg i botn gjennomførast. Dette meiner han verkar så avskrekkande at han føretrekker å gå på jobb i staden. For meg som sjukepleiar, tenkjer eg at dette skildrar ein noko annleis fråverskultur enn den mange av oss sjukepleiarar er vande med. For mange sjukepleiarar vil det vere lite oppgåver som hoper seg opp i eins

fråvere. Ein tenkjer gjerne at dette har ein naturleg samanheng med at kjerneverksemda på sjukehuset tilseier at dersom ein sjukepleier er vekke frå jobb, så lyt vedkomande erstattast for at pasientane skal få den naudsynte behandlinga og pleien dei treng. For oss som jobbar som sjukepleiarar veit vi likevel at dette biletet er nyansert, også innanfor sjukepleiargruppa. Somme sjukepleiarar let seg lettare erstatte enn andre. Eg har erfart at sjukepleiarar som vanlegvis har hyppig fråvere på jobb, har fått redusert fråveret sitt til det ugjenkjennelege i periodar der dei har fått auka og endra sine personlege ansvarsoppgåver på jobb. I den anledning spør eg meg: kan det vere at ein sjukepleiar som opplever seg som vanskeleg å erstatte på jobb utviklar annleis fråvershaldningar?

1.1 Problemstilling og hypotese som ligg til grunn for prosjektet

For å gjennomføre eit forskingsprosjekt er det viktig å ha kjennskap til forskingsprosessen. Forskingsprosessen vert gjerne skildra i form av seks trinn: Idè, problemstilling, strategi og design, datainnsamling, dataanalyse og rapportering (Midtbø 2007:18). I forrige avsnitt presenterte eg idèen som ligg til grunn for prosjektet, og i dette vil eg presentere problemstillinga. Eg har formulert følgande problemstilling for prosjektet:

Kan opplevinga av uerstattelegheit på jobben påverke sjukepleiarane sine fråvershaldningar?

Problemstillinga viser at eg ynskjer å sjå nærare på samanhengen mellom to jobbrelaterte faktorar: sjølvopplevd uerstattelegheit på jobb og fråvershaldningar. Den hypotetiske samanhengen mellom sjølvopplevd uerstattelegheit på jobb og fråvershaldningar har eg søkt å formulere i ei konkret hypotese. Hypoteser er empiriske argument som er avleda frå teori, og gjev førebelse svar på problemstillinga (Midtbø 2007:18) Hypotesa som er laga for prosjektet lyder som følger:

Sjukepleiarar som opplever seg som uerstattelege på jobb har betre fråvershaldningar enn sjukepleiarar som opplever seg som erstattelege.

For å visuelt illustrere hypotesa har eg laga ein enkel firefeltmodell. Grovt forenkla illustrerer modellen i figur 1 at sjukepleiarane som opplever seg som meir uerstattelege på jobb har betre fråvershaldningar enn dei erstattelege sjukepleiarane.

	"Dårlegare" Fråvershaldningar	"Betre" Fråvershaldningar
Erstattelege Sjukepleiarar	X	
Uerstattelege Sjukepleiarar		X

Figur 1: Hypotetisk samanheng mellom sjølvopplevd uerstattelegheit og fråvershaldningar blant sjukepleiarar (av Lena Haveland)

For å gjere modellen lett forståeleg, men også lett angripeleg, har eg valt å bruke omgrepa "betre" og "dårlegare" fråvershaldningar, vel vitande om at dette kan vere både lada og stigmatiserande omgrep. Det er imidlertid ikkje prosjektet si målsetjing å belyse det moralske aspektet ved fråvershaldningane til sjukepleiarane. Frå eit forskingssynspunkt er det begrensa kva ein kan seie om dei moralske sidene ved fråvere. Høgt sjukefråvere vert imidlertid ifølge Mastekaasa (1991) ofte tolka som eit uttrykk for dårleg arbeidsmoral i samfunnsdebatten. I dette prosjektet er omgrepet fråvershaldningar tilsikta å gje uttrykk for sjukepleiaren si haldning til bruk av korttidsfråvere og vedkomande sin terskel for å gå på jobb trass anledning og/eller grunnlag for å bruke korttidsfråvere. Eg er imidlertid medviten om at det som for modellen sin enkelhet vert definert som "betre" fråvershaldningar, frå eit helsemessig perspektiv kan hevdast å vere uttrykk for det motsette. I den grad det inneber at sjukepleiaren går på jobb når vedkomande av openbart helsemessige omsyn for seg sjølv eller andre, burde vore heime. Omgrepa betre og dårlege fråvershaldningar som eg har brukt i hypotesemodellen, kan argumenterast for å vere farga av eit arbeidsgjevarperspektiv. Normalt

vil det vere i arbeidsgjevar si interesse at arbeidstakaren strekkjer seg langt for å gå på jobb for å få drifta til å gå rundt. Eg vil imidlertid hevde at det å kunne gå på jobb generelt sett for dei fleste av oss arbeidstakarar også vil vere eit gode. Arbeidsplassen er ein arena der ein kan få utfordringar, ny kunnskap og arbeide saman med andre. I dei fleste kulturar er også det å ha status som arbeidar viktig for sjølvkjensla, og det å jobbe blir sett på som eit viktig bidrag til fellesskapet (Knardal 2000:263).

2. Kunnskapsstatus og teori

2.2 Fråvere og fråvershaldningar – omgrepsavklaring

I dette prosjektet har eg tilstreba å gjere kvantitative målingar av fråvershaldningane blant sjukepleiarane i Helse Førde. Til grunn for problemstillinga ligg det ei formeining om at sjukepleiarane sine haldningar til fråvere også kan påverke det reelle fråveret deira. Det faktiske fråveret til sjukepleiarane vil imidlertid ikkje denne spørreundersøkinga kunne måle. Fleire av forklaringane på utviklinga i sjukefråveret vert hevda å ha samanheng med haldningane våre. Det kan imidlertid vere vanskeleg å undersøkje haldningar til fråvere og andre kvalitative faktorar (NOU 2000:27). Ifølge Mastekaasa (1991) er det ikkje urimeleg å anta at arbeidstakarane sine haldningar kan ha betydning for omfanget av sjukefråveret. Han har studert samanhengen mellom dei tilsette sine haldningar (målt i bedriftstilhøyrighet) og betydninga desse haldningane har for omfanget av sjukefråveret. Han fann at dei tilsette si kjensle av bedriftstilhøyrighet har samanheng både med korttids- og langtidsfråveret, men at samanhengen hadde større betydning for menn enn for kvinner, og større betydning for langtidsfråveret (Olsen og Mastekaasa 1997:83). Eg har valt å sjå på samanhengen mellom sjukepleiarane si oppleving av uerstattelegheit og fråvershaldningane deira, målt ved indikatorar som eg vil gjere nærare greie for i metodekapitlet.

Når ein skal studere haldningar til fråvere, er det viktig å ha klart føre seg kva ein legg i omgrepet fråvere. Fråvere er eit vidare omgrep enn sjukefråvere. I praksis kan fråvere på jobben vere alt frå planlagt fråvere i form av ferieavvikling og permisjonar, til fråvere relatert til helseplager og sjukdom – også kalla sjukefråvere (Lønningdal, Aas, Kiær, Ellingsen og Mørk 2010:4). Fråvere på jobben kan også vere ikkje- planlagt fråvere som ikkje skuldast sjukdom, men som likevel vert meldt inn til arbeidsgjevar som sjukefråvere, i form av eigenmelding. Den type fråvere som ikkje skuldast sjukdom vil bli registrert som eit sjukefråverstilfelle og vil såleis vere nærast uråd å skille frå anna fråvere, uavhengig om det er legitimt eller ei (Lønningdal, Aas, Kiær, Ellingsen & Mørk 2010:4). Fråvere på jobben kan også vere å bruke eigenmelding som arbeidstakar har rett på å bruke dersom sjuke born under 10 år. Sjukefråvere kan definerast som fråvere sertifisert av lege, eller som fråvere rapportert av den yrkesaktive sjølv. Statistisk sentralbyrå måler sjukefraværsprosenten som tapte dagsverk på grunn av eigen sjukdom i prosent av avtalte dagsverk (NOU 2008: 7).

2.2.1 Definisjon av fråvere i dette prosjektet

For spørreundersøkinga eg har gjennomført i Helse Førde, har eg laga ein samlevariabel for fråvershaldningar målt ved fleire indikatorar. Når eg brukar omgrepet fråvershaldningar blant sjukepleiarane i Helse Førde, siktar eg til sjukepleiarane si haldning til fråvere, der fråvere vert definert som:

Alt ikkje- planlagt fråvere på jobb der arbeidstakar brukar eigenmelding for seg sjølv, eigenmelding for sjuke born, og/eller legemeldt fråvere inntil 10 dagar.

Denne definisjonen omhandlar kort fortalt korttidsfråveret til sjukepleiarane, der både eigenmeldt og legemeldt fråvere kan inngå. Det kan som tidlegare nevnt vere ulike grunnar til bruk av korttidsfråvere på jobben enn kun helserelaterte plager hjå arbeidstakar eller borna. Eg har ved prosjektstart ei formeining om at korttidsfråvere i form av eigenmeldingsbruk, der arbeidstakar sjølv kan definere behov og sjølv beslutte om ein skal vere vekke frå jobben eller ei, til ein viss grad kan pregast av den tilsette sine haldningar. Det er ein tendens til å sjå på korttidsfråvere som meir ”frivillig” og mindre sjukdomsbestemt enn langtidsfråveret. I den grad eit krav om sjukmelding frå lege verkar begrensande på sjukefråveret, skulle ein anta at dei tilsette sine haldningar ville ha større innverknad på omfanget av korttidsfråvere (Mastekaasa 1991). Dersom ein antar at haldningar skal påverke sjukefråveret føreset det element av val i beslutninga om å til dømes sjukmelde seg. Ved alvorleg og langvarig sjukdom vil dette ikkje vere tilfellet. Det er i fyrste rekkje korttidsfråveret som kan påverkast av haldningar og fråverskultur (NOU 2000:27). Ifølge Olsen og Mastekaasa (1997:13) kan imidlertid også lange fråvere innehalde betydelege element av frivilligheit. Særskilt kan det vere rimeleg å tru at tidspunktet for avslutning av ei sjukmelding i betydeleg grad også vil vere avhengig av den tilsette, sjølv om det er legen som formelt sett friskmelder (Olsen og Mastekaasa 1997:13).

Eg har valt å la eigenmeldingsbruk for sjuke barn inngå i definisjonen min av korttidsfråvere på jobb. I praksis er det for arbeidstakar i Helse Førde lik dokumentasjonsplikt for eigenmelding relatert til eiga helse som det er for eigenmeldingsbruk på sjuke born, dei fyrste tre dagane. Arbeidstakar pliktar ikkje å gå til lege for å verifisere eller dokumentere behov for bruk av eigenmelding for barnet før etter tre dagar. Arbeidstakar pliktar generelt å gje

arbeidsgjevar munnleg beskjed om fråveret sitt snarast mogleg og seinast innan utløpet av fyrste fråversdag, samt presisere om det skuldast eigen sjukdom eller sjukdom for barn. Men utover det så kan arbeidstakar i praksis disponere eigenmeldingsdagane for seg sjølv og borna, relativt fritt innanfor eiga skjønsubøving. Fleire svenske studier har vist at kvinner med born har mindre korttidsfråvere (definert som inntil 7 dagar i Sverige) enn kvinner utan born (Bjørklund, 1991; Vogel, Kindlund, og Diderichsen 1992; Svensson, 1995, sitert i Mastekaasa og Dale-Olsen 1998:13). Forskarar har spekulert i om det kan skuldast at fråvere som elles ville blitt oppgitt som fråvere pga. eigen sjukdom, til ein viss grad vert rapportert som fråvere pga. sjuke born (Mastekaasa og Dale- Olsen 1998:13). For arbeidsgjevar, og utifrå min eigen leiarbakgrunn, vil eg hevde at om korttidsfråvere skuldast sjukdom hjå arbeidstakar eller sjukdom hjå borna er mindre vesentleg. Det viktige for arbeidsgjevar er omfanget og bruken av eigenmeldingane, og i kva grad det går ut over drifta. Eg har difor valt å ta med eigenmeldingsbruk for sjuke born i definisjonen av korttidsfråvere for dette prosjektet.

For lesaren er det viktig å vere klar over at i forskning og litteratur som eg viser til i denne oppgåva, kan det vere fleire ulike definisjonar av omgrepa fråvere og sjukefråvere. Det er likevel naudsynt og nyttig å sjå til denne forskinga og litteraturen når eg skal analysere datamaterialet frå denne undersøkjinga, sjølv om dette prosjektet kan ha ein noko annleis definisjon av omgrepet fråvere enn dei kjeldene eg viser til. Når eg refererer til funna frå undersøkjinga om fråvershaldningar blant sjukepleiarane i Helse Førde, så er det imidlertid utelukkande sett i høve til definisjonen av korttidsfråvere som ligg til grunn for dette prosjektet.

2.2.2 Helse Førde - IA verksemd

Helse Førde er ei IA verksemd. IA er ei forkorting for inkluderande arbeidsliv, som betyr at det er inngått ein intensjonsavtale om eit meir inkluderande arbeidsliv mellom partane i arbeidslivet og regjeringa. Avtala sitt hovudmål er å gje plass til alle som kan og vil arbeide i yrkeslivet. Verksemdar som inngår samarbeidsavtale med NAV blir IA-verksemd med tilgang til spesielle tenester og verkemiddel. For å ha rett til å nytte eigenmelding i Helse Førde, må arbeidstakeren ha vore tilsett i minst to måneder. Eigenmeldingsperioden for tilsette i ei IA-verksemd er utvida til 8 kalendardagar per sjukefråvere, med eit samla øvre tak på 24 dagar i løpet av ein 12 månaders periode. Eventuelt kan eigenmelding nyttast 24 gonger a' 1 dag i

løpet av ein 12 månaders periode. Det føreset ei utvida eigenerklæring kor vekt på funksjonsevne inngår. Arbeidstakarar i IA-verksemder får moglegheit til å bruke eigenmelding i inntil 8 kalendardagar pr. fråverstilfelle med eit samla øvre tak på 24 kalendardagar pr. 12 månaders periode. Denne fleksibiliteten inneber at eigenmelding for eksempel kan brukast 24 gonger a' 1 dag i løpet av ein 12 månaders periode. Ved sjukefråvere utover 8 dagar skal sjukmelding framleggast. Eigenmelding for sjuke born kan nyttast etter at arbeidsforholdet har vart i minst 4 veker. Hovedregelen er sjukepermisjon med løn i 10 arbeidsdagar pr. kalenderår, begrensa til 3 dagar pr. tilfelle (etter 3 dagar vert det krevd sjukmelding fra lege som dokumentasjon på barnet sin sjukdom). Når ein har omsorg for meir enn 2 born, har ein rett på 15 arbeidsdager fri med løn for sjuke born. Einslege forsørgarar har krav på 20 arbeidsdager, og 30 hvis ein har meir enn 2 born.

(Helse Førde si elektroniske personalhandbok, kapittel Fråvere)

2.3 Sjølvopplevd uerstattelegheit – ei empirisk tilnærming til omgrepet

Eg var lenge usikker på korleis eg kunne kartlegge sjukepleiaren sin uerstattelegheit på jobben. Graden av uerstattelegheit tenkte eg i utgangspunktet burde kunne målast på ein mest mogleg objektiv måte og at uerstattelegheit på jobben truleg ville ha stor samanheng med kva kompetanse, stilling, funksjon, ansvar og oppgåver sjukepleiaren har på jobb. Eg hadde likevel ei formeining om at det ikkje kun ville vere gjennom konkrete spørsmål knytt til stilling og ansvar ein har på jobb eg ville avdekkje grad av erstattelegheit. Opplevinga av uerstattelegheit trur eg kan vere framtrudande hjå ein arbeidstakar sjølv om vedkomande ikkje nødvendigvis har ei konkret, lett definerbar og ansvarsfull stilling som objektivt sett tilseier større uerstattelegheit. Når eg brukar omgrepet sjukepleiarar som opplever seg som uerstattelege, gjer eg det vel vitande om at sjukepleiarane ikkje nødvendigvis ville bruke slike omgrep om seg sjølv. I dette prosjektet inneber det imidlertid at uerstattelige sjukepleiarar er blitt definert utifrå at dei har scora seg sjølve høgare på indikatorane for uerstattelegheit i undersøkjinga. Det å bli kalla ein erstatteleg sjukepleiar, eller ein sjukepleiar som opplever seg som erstatteleg vil også klinge negativt for mange av oss. Det er ikkje min tanke bak omgrepsbruken å kategorisere sjukepleiarane utifrå kor viktige dei er for drifta i foretaket eller ei. Alle sjukepleiarane i undersøkjinga frå Helse Førde har utvilsomt ei vesentleg rolle i eininga si, og som er viktig for drifta, pasientundersøkjinga og pasientbehandlinga ved

sjukehuset. For hypotesetestinga sin del, har eg imidlertid kategorisert sjukepleiarane utifrå opplevd uerstattelegheit. Sjølv om uerstattelegheiten til sjukepleiarane i stor grad må seiast å vere knytt til ei subjektiv oppleving av uerstattelegheit, har eg likevel lagt vekt å finne mest mogleg konkrete og målbare indikatorar for uerstattelegheit. Forut for prosjektstart snakka eg med ei jordmor om forskingskonseptet, og ho sette meg på sporet av moglege måleindikatorar for uerstattelegheit.

*”Det er stor skilnad på den jobben eg har no som ei av mange jordmødre på sengeposten, og den jobben eg hadde som aleine jordmor på helsestasjonen. På helsestasjonen hugsar eg godt at eg meir enn ein gong kara meg på jobb sjuk, og ein gong gjekk eg på jobb med urinveisinfeksjon og 39 i feber, fordi eg visste at det kom pasientar heilt i frå øvre Årdal eine og aleine til kontroll hjå meg”
(jordmor i Helse Førde).*

Denne samtalen fekk meg til å ikkje berre søkje å skille dei uerstattelege sjukepleiarane frå dei erstattelege sjukepleiarane på bakgrunn av oppgåver, funksjon og ansvar på jobben, men i hovudsak utifrå *effekten av sjukepleiaren uteblir frå jobb*. Kva konsekvens meiner sjukepleiarane sjølve det vil få for kollegaer, pasientar, klientar og ein sjølv - om ein uteblir frå jobb? Og kva av desse effektane veg eventuelt tyngst for sjukepleiaren med tanke på fråvershaldningane? Er det viss fråveret går ut over pasienten, kollegaen, leiaren, eller om arbeidsoppgåvene hopar seg opp for ein sjølv? Val av måleindikatorar for uerstattelegheit kan også sjåast i samanheng med tidlegare nevnte erfaring vedrørande lærarar som tilsynelatande går på jobb halvsjuka - fordi effekten av å utebli frå jobb framstår som ”verre”. Men sjukepleiaren sin oppleving av uerstattelegheit på jobb heng nok også saman med arbeidsoppgåver og ansvarsområde på jobben. Eg fann imidlertid ut at det ville bli vanskeleg å kategorisere sjukepleiarane eine og aleine utifrå spørsmål om grad av personleg ansvar på jobb ettersom dei fleste sjukepleiarar som jobbar med liv og helse vil oppleve at dei har høg grad av personleg ansvar på jobben sin, anten ein frå eit arbeidsgjevarperspektiv vil vere lette å erstatte, eller ei.

2.4 Fråvere – forskning

Ei utfordring på godt og vondt for dette prosjektet har vore at det eksisterar særskilt mykje forskning på sjukefråvere og fråvere. Ettersom fråveret kostar samfunnet mykje pengar, er det god samfunnsøkonomi å forske på moglege fråversforklaringar med den intensjon å kunne redusere sjukefråveret. Vi veit at årsakene til sjukefråveret er komplekst, og denne undersøkinga har ikkje til hensikt å avdekkje alle dei komplekse årsakssamanhengar til fråvere blant sjukepleiarar. Men det er viktig å orientere seg i det eksisterande kunnskapsgrunnlaget om eit tema før ein tek til med eit prosjekt. For å bringe fram ny kunnskap som kan bidra til å redusere sjukefråvere, må ein ha kunnskap om årsakene til sjukefråvere og dei mekanismane som spelar inn. Ifylgje rapporten ”Sykefravær- kunnskapsstatus og problemstillingar” (Ose, S.O.; Jensberg, H.; Reinertsen, R.E.; Sandsund, M. og J.M. Dyrstad 2006) viser ein kritisk gjennomgang at teorigrunnlaget er begrensa i mange av sjukefraversstudiane som er gjennomført. Det kan verke tilfeldig kva variablar som er med. I følgje rapporten ovanfor så er det legemeldte sjukefråveret er stigande, og det eigenmeldte fråveret har vore og er relativt stabilt.

2.4.1 Arbeidstid og formelt arbeidstilhøve

Fleire studier indikerer at skiftarbeid som inneber nattarbeid er ein risikofaktor for helseproblem. Generelt er det høgare førekomst av både arbeidsrelatert sjukefravær og annet sjukefråvere ved fast natt, samt ulike typer skift- og turnusordningar samanlikna med dagtid. Høgast andel med arbeidsrelatert sykefravær finn ein ved fast nattarbeid og lavest arbeidsrelatert sykefravær ved døgntilsette skift. Generelt er det små skilnader i førekomst av arbeidsrelatert sykefravær når vi sammenlikner ulike typer skift- og turnusordningar (NOU 2008:17). Mange sjukepleiarar i nøkkelposisjonar eller som har særskilte ansvarsoppgåver på sjukehuset jobbar dagtid. Dersom det å jobbe dagtid viser seg å ikkje berre påverke fråveret, men også har samanheng med fråvershaldningar så er arbeidstidsfaktoren ein viktig faktor å kartlegge i undersøkinga. Elles kan ein feilaktig dra slutningar om at det er ansvarsoppgåvene på jobben til dei eventuelt uerstattelege sjukepleiarane som er utslagsgjevande for fråvershaldningane, utan å ta høgde for at det kan ha med arbeidstida å gjere. Tilsette som har midlertidige kontraktar har ifølgje studier synt lågare fråvere, samanlikna med fast tilsette. Ein studie viste at fråveret auka når tilsette gjekk

frå vikariat til fast tilsetjing. Ein kan tenkje seg at dette kan ha å gjere med at dei tilsette søker å gjere seg meir attraktive for å kome i posisjon til å få fast stilling dersom fråveret deira er lågt (Ose, S.O.; Jensberg, H.; Reinertsen, R.E.; Sandsund, M. og J.M. Dyrstad 2006).

2.4.2 Kjønnsskilnadar og omsorgsfaktorar

Når det gjeld kjønnsskilnadar i sjukefråvere, så ser dette ut til å vere avhengig av lengda på fråveret, men fråveret er generelt høgare blant kvinner enn blant menn. Ein opplagt skilnad mellom menn og kvinner er imidlertid relatert til svangerskap, men det forklarar ikkje heile skilnaden. Kvinner har generelt også høgare korttidsfråvere. Det er fleire undersøkingar som viser at sjukefråveret blant gravide er høgt. Det er også funn som indikerar at fråveret for kvinner er avhengig av om dei har små barn eller ikkje, men det er ikkje sikkert dette er tilfellet om ein samanliknar det med menn. Det er også undersøkt om årsaka til høgare fråvere blant kvinner kan skuldast ”dobbelbyrde” pga. hovedansvar i heimen. For kvinner er fråveret høgare på kvinnedominerte arbeidsplassar, men det er ein svak samanheng. Det vert antyda at kvinnedominerte arbeidsplassar utviklar normer som er meir tolerant i høve til sjukefråvere. Men det vert i rapporten ”Sykefravær- kunnskapsstatus og problemstillinger” påpeika at det er relativt lite forskning på kva som kjenneteikner typiske kvinnedominerte yrker (Ose, S.O.; Jensberg, H.; Reinertsen, R.E.; Sandsund, M. og J.M. Dyrstad 2006)

2.4.3 Trivsel og meistring

I ei omfattande spørreundersøking som vart gjennomført på om lag 10 000 hjelpepleiarar er det samla inn eit stort datamateriale knytt til ei mengde faktorar som arbeidsmiljø, helse, livsstil, arbeidstid, trivsel, meistring, sjukefråvere med meir, som ein har brukt for å sjå kva som påverkar trivsel og meistring i denne yrkesgruppa (Ose et al., 2009 sitert i Ose:2010) . Det viser seg her at det er arbeidsmiljøfaktorane som i størst grad forklarar skilnader i meistring og trivsel. Og den viktigaste enkeltfaktoren for trivsel og meistring var å ha ein god leiar. Dei som ikkje var tilfreds med leiaren sin hadde systematisk høgare sjukefråvere og lågare score på trivsels og meistringsindikatorar (Ose:2010).

2.4.4 Fråvere i helse- og omsorgsyrkene

Kvinner og menn jobbar ofte i stor utstrekning i ulike yrker og på ulike arbeidsplassar. Kvinner er i klart fleirtal i omsorgsyrkene i offentleg sektor. Det er i pleie og omsorgssektoren ein finn dei såkalla ”trøste og bære” yrkene. Dei som jobbar i slike yrker møter omfattande fysiske og mentale krav, og store belastningar i høve tidspress. I tillegg kjem det relasjonelle kravet om at arbeidstakaren må vise eller undertrykke kjenslemessige uttrykk. Summen av desse faktorane blir sett på som å vere ein viktig årsak til at tilsette i pleie- og omsorgssektoren rapporterer om hyppige helseproblem (NOU 2000:27).

2.4.5 Arbeidsmiljøet si betydning

Når det gjeld arbeidsmiljø og sjukefråvere, så veit ein at dårleg arbeidsmiljø gjev høgare sjukefråvere, men det er store sprik i undersøkingar kva gjeld å forklare kor mykje av sjukefråveret som skuldast arbeidsplassrelatererte faktorar kontra andre tilhøve. Sosial støtte frå kollegaer og /eller leing vert sett på som noko som minskar risikoen for sjukefråvere. Risikofaktorar for sjukefråvere synast å vere låg sosial støtte, lite kontroll over eige arbeid og arbeidstid, og auka arbeidskrav. Resultata varierar, men psykososiale faktorar ser ut til å spele større rolle for sjukefråvere blant kvinner enn blant menn. Når det gjeld organisatoriske endringar, så finn ein hovedsakleg at endringar som vert opplevd som positive av dei tilsette fører til mindre sjukefråvere, medan det motsette aukar sjukefråveret. Ein veit relativt mykje om kva arbeidsmiljøfaktorar som ser ut til å ha samanheng med sjukefråveret. Kor sterke desse samanhengane er, er imidlertid vanskeleg å vite. Det er gjort få forsøk på å forklare kor mykje av sjukefråveret som vert påverka av arbeidsmiljøfaktorar i høve andre faktorar. Dersom arbeidsmiljøet har liten innverknad på helsa til arbeidstakarane, så vil det naturlegvis vere viktigare å sjå på tilhøve utanfor arbeidsplassen, og omvendt (Ose, S.O.; Jensberg, H.; Reinertsen, R.E.; Sandsund, M. og J.M. Dyrstad 2006)

Kort oppsummert kan ein seie at fråverssamanhengane er komplekse og at noko av fråveret kan relaterast til arbeidsplassen og mykje kan ikkje det. Men det meste av sjukefråversvariasjonen er imidlertid fortsatt uforklart ifylgje den siste Sintefrapporten om kunnskapssummering på sjukefråversforskning (Ose 2010). I det neste kapitlet vil eg sjå nærare

på kva litteraturen seier om ulike teoriar og omgrep som søkjer å sjå på kva jobbrelaterte faktorar som kan påverke arbeidstakarane med tanke på stabilitet på jobb.

2.5 Fråvere - ulike tilnærmingar og teoriar

I litteraturen finnast det eit utal av ulike omgrep som søkjer å tilnærme seg og definere fenomenet fråvere og sjukefråvere. Omgrep som sjukenærvær, langtidsfriskhet, meistringsfråvere og nærværspres kan utvikle synet vårt på sjukefråvere i nye retningar ifølge Saksvik og Finne (2009: 346). I dei neste avsnitta vil eg kome litt nærare inn på somme av desse omgrepa, samt ulike teoriar som søkjer forklare kva jobbfaktorar som spelar ei rolle for at arbeidstakarane opplever meistring, motivasjon og eventuelt bidreg til stabilitet på jobben.

2.5.1 Nærværspres og sjukenærvær

Dei fleste arbeidstakarar går jamt og trutt på jobb, medan det er om lag 8 % av arbeidstakarane som ofte er fråverande, og dei står ifylgje Nytrø (1995, sitert i Saksvik og Finne 2009:346) for 80 % av alt sjukefråvere. Men blant dei 92 % andre arbeidstakarane er det også nokon som går på jobb utan å vere heilt friske, og dei er det som vert kalla sjukenærverande. Det er ikkje heilt eintydig korleis sjukenærvær skal definerast. Ifølge Saksvik og Finne (2009) handlar sjukenærvær om det vert teke omsyn til at ein arbeidstakar går på jobb utan å vere frisk, og at jobben vert tilrettelagt slik at ein kan utføre den utan å bli verre. Helst bør ein oppnå ei forbetring i helsetilstanden. Det kan vere mange grunnar til at nokon går på jobb medan andre ikkje gjer det, sjølv om det i begge tilfelle føreligg sjukdom. Det kan til dømes vere ulike pressfaktorar i jobben for dei som gjer det. Det kan vere det å ha eit høgt ansvar for å gjere jobben, ikkje ville belaste kollegaer osv. Dette er det ein kallar for nærværspres. Saksvik (1995) har analysert samanhengen mellom nærværspres og sjukefråvere. Han fann i si undersøkjing frå eit stort norsk selskap som gjennomgjekk omorganisering at nærværspresfaktorar forklarte signifikante variasjonar i sjukefråveret blant dei tilsette.

Negative nærværspresfaktorar er faktorar som gjer at du *må* kome på jobben sjølv om du eigentleg ikkje er i helsemessig forstand til det. Det finst ulike slike pressfaktorar som fremmar nærvær. Uunnværlighetpress dreier seg om å gå jobb til trass for sjukdom fordi ein

har høgt ansvar i jobben, eller at det er vanskeleg å skaffe vikar. Sanksjonspress er når ein får ”høyre det” frå leiinga eller kollegaer om ein er vekke, moralpress er knytt til eige samvit, mens trygghetspress har å gjere med redsla for å misse jobben om ein ikkje kjem på jobb. Dette er alle negative pressfaktorar som pressar ein til å gå på jobben til trass for at ein er sjuk. Negative faktorar i den forstand at dei ikkje omfattar noko tilrettelegging for at du skal klare jobben om du er sjuk. Det er mange faktorar som kan presse folk til å gå på jobb, og som på lengre sikt kan gje auka sjukefråvere. Men det finst også positive faktorar som er assosiert med sjukenærver som ikkje gjev ein slik langtidseffekt (Saksvik og Finne 2009: 346- 357). Kristensen (1991, sitert i Saksvik og Finne 2009:357) har gjort eit skille mellom positive og negative fråversfaktorar, men greier ikkje å skille mellom dei faktorane som er pressfaktorar og dei som er stimulerande positive. I Kristensen si analyse er positive nærværsfaktorar til dømes interessant, stimulerande arbeid, høg jobbtilfredshet, belønning for lågt fråvere og godt samvit (Saksvik og Finne 2009:357).

2.5.2 Fråverskultur

Omgrepet fråverskultur vert brukt for å uttrykkje at *”det eksisterer lokale normer eller en felles forståelse på en arbeidsplass, av hva som er legitimt fravær”* (Johns og Nicholson 1982, sitert i Olsen og Mastekaasa 1997:75). Ein fråverskultur vil regulere normen for mykje fråvere eller kor mange fråvere som er ”tillete” på ein arbeidsplass. Fråverskulturar kan vakse fram på ulike måtar, blant anna gjennom at tilsette observerar andre tilsette sitt fråvere og ser kva reaksjonar desse får. Så tilpassar dei fråversnivået sitt etter dette. Det er grunn til å tru at både gruppenormer og individuelle fråvershaldningar spelar ei rolle i utviklinga av fråverskulturar, men det kan vere vanskeleg å skille dei to. Kulturtilnærminga til fråvere behandlar i hovudsak fråvere som ikkje skuldast alvorleg sjukdom, men fråvere der element av val er større. Det er difor grunn til å tru at korttidsfråveret fyrst og fremst vert påverka av dette (Olsen og Mastekaasa 1997:75-89) Olsen og Mastekaasa (sitert i Gjørund og Størkersen 2009:111) har gått gjennom 14 studier på temaet fråverskultur og fann at alle konkluderte med at det var ein samanheng mellom fråverskultur og faktisk fråvere.

Det er ulike måtar å sjå på fråvere på. Dei medisinske studiane har tradisjonelt i større grad enn andre fagdisiplinar vore opptekne av fråvere som eit uttrykk for sjukdom (Olsen og Mastekaasa 1997:8-9). Det er imidlertid også mogleg å sjå på fråvere frå andre perspektiv.

Berit Brandth (1991, sitert i Gjørund og Størkersen 2009) seier noko om at det å vere vekke frå jobben kan sjåast på som ei aktiv handling, der sjukefråvere kan vere ein meistringsstrategi for å møte livets krav og mål. Og når ein ikkje finn alternative måtar å meistre kvardagen på, kan sjukmelding vere ein utveg. Meistringsfråvere er ifylgje Saksvik og Guttormsen (2006, sitert i Saksvik og Finne 2009:347-348) naudsynt frivillig fråvere som fyrst og fremst vert meldt som eigemeldt fråvere. Dette er fråvere for å førebygge at ei liding vert verre, der intensjonen er å førebygge at ytterlegare skade skjer. Det kan til dømes vere når det er belastande og tøft på jobb, og ein finn det naudsynt å ta eit avbrekk for å meistre situasjonen (Saksvik og Finne 2009:348).

I eit stort prosjekt kalla ”*Nærvær i forpleining*” har ein studert forpleiningsavdelingar ved 6 oljeplattformer som hadde særskilte fråversstatistikk. Funn viser at årsakene til nærvær og fråvere var ulike på kvar plattform, men tre organisatoriske element gjekk igjen som kunne forklare noko av variasjonen i fråveret:

1. Førebygging
2. Nærværnormer (faktorar som gjer at ein kan og vil vere på jobb)
3. Identitetskonstruksjon.

Sjukdomsførebygging handlar ofte om å redusere risiko for fysiske plager. Men det viser seg frå studien nevnt ovanfor også å dreie seg om organisering og sosial støtte frå kollegaer. Med nærværnormer refererer ein til dei tilsette sine reglar for når ein bør gå på jobb og når ein bør halde seg heime. I samarbeid med kollegaer vert det skapt haldningar til nærvær gjennom dagleg kommunikasjon. Også sjølve organisasjonen sine signal om kva som er akseptabelt fråvere vil imidlertid påverke fråversnormene. Funn frå *Nærvær i forpleining* – prosjektet viser at nærvær og fråvere også har samanheng med korleis identiteten til den tilsette er og blir utforma i ein jobbkontekst. Dersom den tilsette opplever at jobben ein gjer ikkje vert sett på som viktig er det lett å tenkje at det ikkje spelar noko rolle kven som utfører den. Identitetsopplevinga, eller identitetskonstruksjonen til dei tilsette vil såleis kunne påverke fråvere og nærvær (Gjørund og Størkersen 2009:110-128).

2.5.3 Ansvar og motivasjon

Det finst ulike motivasjonsteoriar, og desse skiller tradisjonelt mellom indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon inneber at aktiviteten er ei belønning i seg sjølv, mens ytre motivasjon vert styrt av ytre tilhøve som straff og belønning (Hetland og Hetland 2009:141). Teori tilseier at motivasjon kan bli fremma av ulike faktorar, deriblant det å bli ”sett” av leiar og det å ha eit personleg ansvar (Kaufmann og Kaufmann 1998) Det finst mange motivasjonsteoriar som søker å finne samanheng mellom den tilsette sin motivasjon og jobbadferd og yting. Betydningen av motivasjon er avhengig av kva arbeidsoppgåver den enkelte har på jobben. Dersom kravet til personleg initiativ og sjølvstende er høgt, så kan ein tenkje seg at motivasjonen hjå arbeidstakaren er viktigare enn om det motsette er tilfelle. Derfor stiller tenesteproduksjon særlege krav til motivasjon (Jacobsen og Thorsvik 2006:260-261). Med tenesteproduksjon siktar Jacobsen og Thorsvik til arbeid som inneber sosial samhandling andlete til andlete til ansikt (2006:32.) I eit tenestebasert yrke som sjukepleiaryrket kan ein kanskje tenkje seg at grad av sjølvstende er høgt og at motivasjonsfaktoren difor vil ver ein viktig faktor i arbeidet. Abrahamsen (1986:13) hevdar imidlertid, etter gjennomgang av datamateriale frå den store Levekårsundersøkinga frå 1983, at menneskebehandlande yrke har lite sjølvbestemmelse i arbeidet, og trekkjer fram sjukepleiargruppa som eit døme på dette. Lite sjølvbestemmelse er her målt utifrå moglegheita til å planlegge/regulere arbeidsoppgåver, arbeidstempo og ta jobbpausar (Abrahamsen 1986:13)

Gjeve at motivasjon vert fremma av det å ha personleg ansvar på jobben, så kan ein spørre seg om motiverte tilsette vil ha høgare terskel for å vere vekke frå jobb. Her finst ulike teoriar omkring dette komplekse samspelet. Dersom motivasjon er viktig i høve til kva oppgåver ein utfører på jobb, så er det naturleg å tenkje at motivasjon vil kunne påverke jobben ein gjer. Om det også kan påverke haldningane til fråvere på jobben gjenstår å sjå nærare på. Dersom det er ein samanheng mellom sjukepleiarar som har eit særskilt personleg ansvarsområde på jobb og fråvershaldningane deira, så må ein spørje seg følgande: Er det det å ha eit personleg ansvarsområde kvilande på sine skuldre, oppgåver du veit ikkje vert utført av andre, som kan verke positivt inn på fråvershaldningane dine, eller kan det ha med opplevinga av å bli ”sett” av leiar, i form av å få tildelt ansvarsoppgåver som eventuelt kan påverke fråvere? Den såkalla *Hawthorne* effekten (Kaufmann og Kaufmann 1998:25).

Det å ha personleg ansvar på jobb kan ha betydning for motivasjonen. I fylgje Johnsson, Lugn og Rexed så er ein viktig eigenskap ved gode medarbeidarar og leiarar at dei ser, aksepterar og ivaretek sitt eige personlege ansvar. Vellukka organisasjonar har utvikla ein kultur der denne haldninga er ei sjølvfølge. Og i denne samanhengen er leiarane ein nøkkelperson for å utvikle ei slik haldning (Johnsson, Lugn og Rexed 2006:188-189). Så kan ein spørre seg. Er det slik at menneske som er meir motiverte i jobben sin, også er disponerte for å få tildelt ansvar på jobb, eller er det det å få eit personleg ansvar som skaper motivasjonen? Det er vel ikkje urimeleg å tenkje at begge variantar kan finne stad, og at sjølv om den tilsette i utgangspunktet er ein motivert arbeidstakar, så kan motivasjonen bli ytterlegare forsterka ved å få ansvar og oppgåver tildelt.

Det finst mykje teori omkring kva eigenskapar ved jobben som påverkar motivasjon og prestasjonar. Herzbergs motivasjonsteori, utvikla i 1959 (sitert i Kaufmann og Kaufmann 1998), går i hovudsak ut på at ein arbeidstakar som trivast også vil vere ein produktiv og motivert medarbeidar. Herzberg fann grunnlag for å skilje mellom faktorar som fremma trivsel dersom dei var tilstades, men ikkje mistrivsel ved fråvere av desse. Dette er er dei såkalla motivasjonsfaktorane som til dømes prestasjonar, anerkjennelse, involvering, ansvar, forfremming og vekst. Hygienefaktorar er faktorar som skaper mistrivsel i den grad dei ikkje er tilstades, men som ikkje skaper trivsel dersom dei er tilstades. Desse såkalla hygienefaktorane har innverknad på arbeidstilhøva, leing, lønnstilhøve, status, sikkerhet i jobben og privatliv. Han kom også med praktiske tiltak som skulle fremme motivasjon og yting, så som:

- å utfordre arbeidstakaren
- å erstatte vanskelege, repeterande og kjedelege arbeidsoppgåver med maskiner
- å utvide jobben med fleire oppgåver og aspekt
- å benytte jobbrotasjon .

Herunder ligg det også at det vil vere jobberikande å gje arbeidstakaren auka personleg ansvar (Kaufmann og Kaufmann 1998:64-66).

2.5.4 Jobbtilfredshet, motivasjon og fråvere

Jobbtilfredshet er eit organisasjonsmessig omgrep som har vore og vert mykje brukt.

Jobbtilfredsheit treng ikkje kun vere eit resultat av eigenskapar ved jobben, men også av eigenskapar ved arbeidstakaren, som kva verdiar eller behov vedkomande har (Locke 1976; Mastekaasa 1984 sitert i Olsen og Mastekaasa 1997:42-43). Samanhengen mellom jobbtilfredsheit, høg turn- over og fråvere vert stadfesta av forskning. I praksis vil det innbere at utilfredse medarbeidarar oftare skiftar jobb, og er meir vekke frå jobben. Men når det gjeld tilhøvet til fråvere, er denne samanhengen svakare, ifylgje Kaufmann og Kaufmann (1998: 249-250). Arbeidslivsforskar Einar Thorsrud har gjennom Thorsrud – prosjektet hatt som mål å påverke arbeidstakarane sin motivasjon ved å fremme jobbtilfredsheit. Seks grunnleggande behov vart formulert som viktige psykologiske behov i jobben:

- behov for eit visst innhald/utfordringar /variasjon
 - behov for å lære og stadig lære noko
 - behov for eit minimumsnivå av beslutningsmynde og ansvar som ein kan kalle sitt eige
 - Behov for eit minimumsnivå av sosial støtte og anseelse
 - Behov for å sjå arbeidet som meiningsfylt og nyttig
- (Kaufmann og Kaufmann 1998: 66-67)

Det finst mykje teori om kva faktorar som kan lede til motiverte medarbeidarar, men finn ein teori som koplar kombinasjonen motiverte medarbeidarar til stabilitet på jobben? Her vil eg trekkje fram Hackman og Oldham sin jobbkarakteristikteori kor fem faktorar vert framheva som viktig i høve for å fremme jobbtilfredsheit, jobbmotivasjon, prestasjonar og hindre gjennomtrekk på jobb:

- oppgåvevariasjon i evna som krevst for å løyse oppgåver
- oppgåveidentitet
- oppgåva si betydning
- sjølvstende ved utføringa
- tilbakemelding på utføring av oppgåvene.

(sitert i Glasø 2009:102)

Modellen til Hackman og Oldham har vore utsett for mykje diskusjon. Teorien til Hackman og Oldham vektlegg at arbeidet må vere utfordrande for arbeidstakaren. Det vert samstundes

presisert at jobben kan bli for krevjande. Dersom arbeidstakarane opplever at oppgåvene ikkje står i høve til eiga meistring , så er det nærliggande å tenkje at helseplager kan oppstå, og/eller at fråvere kan bli ein utveg. Kvar går grensa for når det å ha personleg ansvar går i retning av å påverke haldningane til fråvere i negativt og kanskje også medføre fråvere? Kan det bli for mykje personleg ansvar? Karasek og Theorell sin krav og kontroll modell seier noko om at kombinasjonen av høge krav og låg kontroll på jobb kan føre til sjukdom og fråvere (Karasek og Theorell 1990:31-44)

3. Forskingsopplegg

3.1 Metodeval og design for dette samfunnsvitenskaplege prosjektet

Denne undersøkjinga som er gjennomført blant sjukepleiarane i Helse Førde er eit ledd i eit samfunnsvitenskapleg forskingsprosjekt. Vitenskap kan definerast som ”*systematiske studier av fysiske eller sosiale fenomen*” (Ringdal 2007:33). Naturvitenskaplege prosjekt studerar naturfenomen medan samfunnsvitenskaplege prosjekt studerar samfunnsfenomen.

Samfunnsvitenskapen ser på mennesket som tenkande og handlande vesen og det viktigaste målet er å søkje å forklare samfunnsfenomen (Ringdal 2007: 43-44). Dette prosjektet har som formål å sjå om sjølvopplevd uerstattelegheit blant sjukepleiarar kan bidra til å forklare fenomenet fråvershaldningar blant sjukepleiarane i Helse Førde. I mange samanhengar kan imidlertid samfunnsfenomen opptre nesten som naturfenomen, men det viktig å vere klar over at samfunnsfenomen er prinsipielt annleis frå naturfenomena fordi samfunnsfenomen kan endre form dersom mennesket bestemmer seg for å handle annleis (Ringdal 2007:43-44).

Eg har valt ei kvantitativ datainnsamling for prosjektet, det vil seie at forskingsstrategien baserer seg på taldata. Ein kvantitativ forskingsstrategi er tufta på den oppfatning at sosiale fenomen viser så stor stabilitet at ei kvantitativ måling vert meiningsfull (Ringdal 2007: 91). Temaet for prosjektet er sjukepleiarane sine haldningar til korttidsfråvere på jobben. Til grunn for prosjektet ligg eit ynskje om å sjå om ein hypotetisk skilnad i fråvershaldningane til dei uerstattelege og dei erstattelege sjukepleiarane let seg talfeste. Ein viktig årsak til at eg vel kvantitativ metode for prosjektet er at eg ynskjer studere få variablar, men mange respondentar for betre å kunne teste hypotesen som ligg til grunn for prosjektet. Eg ynskjer med andre ord å gå i breidda, og då vil eit kvantitativt forskingsopplegg vere best. Det vil også vere enklere å sammenlikne ulike grupper respondentar innanfor utvalet ved hjelp av kvantitativ metode, og for hypotesetesting er kvantitative forskningsopplegg den mest eigna metoden (Grimen 2004:234-256). Temaet for prosjektet har også påverka val av forskingsstrategi. Sjukepleiarane i undersøkjinga jobbar i Helse Førde, eit foretak som er relativt lite og gjennomsiiktig. Eg jobbar sjølv i same foretak og eg såg det som problematisk å skulle gjennomføre kvalitative intervju av medkollegaer om eit sensitiv tema som eigne

fråvershaldningar. Det er nærliggande å tenkje at det ville vere vanskeleg for respondentane å uttale seg fritt og ærleg om eigne fråvershaldningar til ein tilsett som også jobbar i foretaket.

Eg har valt eit tverrsnittdesign for undersøkjinga. Det er eit vanleg design å velje, og det inneber kort fortalt at datamaterialet er innhenta ein gong frå respondentane, frå eitt gjeve tidspunkt (Johannesen 2007:46). Når eg skal gjennomføre analyse av datamaterialet i statistikkprogrammet SPSS 18, vil eit tverrsnittsdesign eigne seg godt til det (Johannesen 2007:46).

3.2 Utval og datainnsamling

Løyve til å innhente personopplysningane som eg trengte for å gjennomføre spørreundersøkjinga og forskingsprosjektet blei innhenta via søknad til NSD.

NSD står for Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, og er personvernombudet for forskar- og studentprosjekt. Alle forskingsprosjekt som skal behandle personopplysningar har meldeplikt til personvernombudet. Personopplysningar er opplysningar som kan identifisere enkeltindivid direkte eller indirekte (NSD, personvernombudet for forskning).

For å føreta undersøkjinga i Helse Førde, fekk eg løyve frå personaldirektør ved Helse Førde. Eg ba om å få namna på alle sjukepleiarar i Helse Førde som jobbar i sjukepleiarstillingar. Aller helst ville eg ha ei e-postliste over alle sjukepleiarar i foretaket, men det viste seg vere uråd å oppdrive. Eg fekk oppgitt omlag 900 namn på sjukepleiarar av foretaket sin personaladministrasjon. Desse namna var henta frå rapportar frå AA registeret, eit arbeidstakarregister som Helse Førde, i likheit med andre foretak er pliktig til å rapportere inn til kvart år. Eg fekk ei liste over namn på sjukepleiarar i ulike sjukepleierelaterte stillingar, som fagutviklingssjukepleiarar, oversjukepleiarar, avdelingssjukepleiarar, kreftsjukepleiarar, anestesijukepleiarar, intensivsjukepleiarar, psykiatriske sjukepleiarar, jordmødre, ”vanlege” sjukepleiarar med meir. Etter å ha gått gjennom lista med namn, fann eg at fleire av namna stod to gonger og talet blei redusert til cirka 750. Deretter måtte eg søkje fram e-post adressa til kvart av desse namna i Outlook Express adressebok i foretaket. Somme av sjukepleiarane viste seg å ha bytta jobb og hadde slutta i foretaket. Dei e-postadressene eg då sat att med, la eg inn i programvaren Questback, som eg har brukt som dataverktøy for design av intervjuguide, utsending av spørreundersøkjing og innsamling av datamaterialet. Når eg la inn

desse e-postadressene i Questback og kørte duplikatkontroll, så sat eg att med 734 e-postadresser til sjukepleiarar i Helse Førde. Desse blei då mitt utval av sjukepleiarar i Helse Førde, og spørreundersøkinga blei sendt ut til desse 734 sjukepleiarane via link i e-post. Utvalet mitt er såleis basert på enkel tilfeldig uttrekking (Ringdal 2007:187), det vil seie at alle sjukepleiarane i sjukepleiarstillingar i Helse Førde skulle ha lik moglegheit for å bli trekt ut til å vere med i undersøkinga. Enkel tilfeldig uttrekking er ein føresetnad for statistisk generalisering (Ringdal 2007:187), som eg vil kome tilbake til.

Datamaterialet blei innhenta via den elektronisk utførte spørreundersøkinga som vart gjennomført i perioden frå juni til august 2010, med to purringar. Undersøkinga vart avslutta 23. august 2010. Ved avslutta undersøking hadde 51 % av respondentane svart på undersøkinga, det vil seie at 374 sjukepleiarar har svart på denne. 49 % har ikkje svart på undersøkinga. Fråfall er eit stort problem, spesielt i undersøkingar som er basert på sjølvutfyllingskjema, og eit fråfall på 50 % eller meir i eit generelt utval er vanleg (Ringdal 2007: 104). Dersom dei respondentane som har svart på undersøkinga ikkje er representative for variansen i *heile* utvalet av sjukepleiarar i undersøkinga (også dei som ikkje har svart), så kan dette teoretisk sett representere ein utvalsskeivheit. I ettertid er det ikkje råd for meg å måle om det er tendens til utvalsskeivheit i denne studien. Eg ser ingen umiddelbar årsak til at eventuell utvalsskjevheit skulle påverke prosjektet si hovudmålsetjing som er å teste samanhengen mellom sjølvopplevd uerstattelegheit og fråvershaldningar blant sjukepleiarane. Det kan imidlertid ikkje utelukkast at det kan vere uforholdsmessig fleire blant dei sjølvopplevd uerstattelege sjukepleiarane som har svart på undersøkinga enn kva som er representativt for heile utvalet mitt, dersom ein antar at dei uerstattelege sjukepleiarane i større grad kan finne anledning, tid og ha datamaskin tilgjengeleg for å svare på undersøkinga enn andre sjukepleiarar. Det har eg imidlertid ikkje grunnlag for å konkludere med. Det kan heller ikkje utelukkast at det kan vere ei overvekt av sjukepleiarar med spesiell interesse for det temaet som undersøkinga omhandlar som har svart på denne, eller at det er fleire av dei meir utprega motiverte sjukepleiarar som har teke seg tid til å svare på undersøkinga i høve til dei som ikkje har svart på denne.

3.3 Utarbeiding av intervjuguide

Eg har vore oppteken av at spørreundersøkinga måtte kunne besvarast raskt, for å fremme høg svarprosent, men samtidig måtte eg stille nok og riktige spørsmål til å kunne teste hypotesa. Spørreundersøkinga er gjennomført ved sjølvutfyllingsskjema sendt via link i e-post og inneber såleis høg grad av standardisering. Formålet med høg grad av standarisering er å eliminere tilfeldige målefeil og gje pålitelege data. Ein misser imidlertid moglegheita til å følge opp interessante trådar frå respondentane og kunne improvisere (Ringdal 102-104). Det er imidlertid lagt eit spørsmål med høve for fri kommentar til slutt i intervjuguiden.

Alle sjukepleiarar i Helse Førde har tilgang til e- post, men mange sjukepleiarar les ikkje e-post like hyppig eller regelmessig. For mange er dette noko ein gjer innimellom kjernearbeidet som sjukepleiar. Fleire må også dele datamaskin på vaktskifta. Det kan tenkjast at enkelte kanskje eldre sjukepleiarar ikkje har eit like naturleg tilhøve til e-post og elektroniske undersøkingar som yngre. Det er imidlertid forventa at alle arbeidstakarar i Helse Førde skal halde seg oppdatert på jobb e-posten sin.

Eg har sett på arbeidsmiljøundersøkinga som STAMI (Statens arbeidsmijøinstitutt) tilbyr. Dei har blant anna ei stor og generell spørreundersøking som heiter QPS Nordic, som søker å måle psykologiske, sosiale og organisasjonsmessige faktorar i arbeidet i forbindelse med organisasjonsutvikling. Eg tenkte i utgangspunktet det kunne vere nærliggande å bruke *delar* av slike validerte intervjuguider i eigen intervjuguide (validiteten ville sjølv sagt bli forringa av kun å bruke delar av denne). Eg har imidlertid i liten grad gjort dette, fordi det vart for mange generelle spørsmål om arbeidsplass- og arbeidsmiljøfaktorar, og summen av alle spørsmåla ville gjere undersøkinga tidkrevjande for sjukepleiarane å svare på. Mi målsetjing har heller ikkje vore å gjennomføre ei generell arbeidsmiljøundersøkinga i Helse Førde. Eg har imidlertid brukt eit par spørsmål frå QPS Nordic, men med litt reformulering av svaralternativa. Det gjeld spørsmåla kring arbeidsmiljø og jobbviktigheit. Dette er det full aksept for. Eg har hatt e-post korrespondanse med STAMI vedrørande det, og har prøvd å presisere kva spørsmål som er henta frå QPS Nordic.

Intervjuguiden for dette prosjektet består av 45 avkrysningsspørsmål pluss eit spørsmål for fri kommentar. Den frie kommentaren er såleis den moglegheita respondentane har for å kome med tilbakemelding til meg på spørsmålsformuleringar i intervjuguiden, eller eventuelt andre ting som den standardiserte intervjuguiden ikkje tillet. Målsetjinga var at undersøkinga i snitt ikkje skulle overskride 4 minutt å svare på. Eg trur til dels den relativt høge svarprosenten på denne ikkje-obligatoriske spørreundersøkinga gjennomført blant sjukepleiarar i eit foretak der mange ikkje les e-post regelmessig, kan skuldast det faktum at mål om kort svaretid blei overheldt.

Bradburn, Wansink og Sudman (2004, sitert i Ringdal 2007:181) har utarbeida ei rekkje råd når det kjem til å formulere spørsmål om haldningar. Eg har prøvd å la dette vere rettesnor for meg ved utarbeiding intervjuguide. Eit hovudmoment som går igjen er å hovudsakleg stille lukka og ikkje opne spørsmål, for å gje mest mogleg føringar for respondenten, og gjere svara lettast mogleg å kode i etterkant (Ringdal 2007:181-183). Det er ulike svarmål ein kan bruke når respondentar skal svare på spørsmåla i ei undersøking. Ein Likert skala er mest brukt i samfunnsvitenskapleg forskning. Tal svarkategoriar kan variere frå 4- 7, svara har ingen fasit og Likert skalaer kan difor ikkje brukast til å måle kunnskap (Ringdal 2007:359). Eg har valt å benytte meg av Likert svarskala i intervjuguiden, og der svaralternativa gjekk frå 1-5. 1 vart definert som ”i svært liten grad og 5 definert som ”i svært stor grad”. Eit problem ved tolkinga av svara frå ein Likert skala er at det kun vil vere ytterpunkta gjev meining og seier noko om unike svarmønster. Det beste vil difor vere å tolke ein person sin relative posisjon på skalaen, anten i høve til andre eller til gjennomsnittet (Ringdal 2007: 361).

Ved førebuing av dette prosjektet var eg oppteken av at sjukepleiarane som skulle utgjere utvalet mitt, skulle kjenne seg tilstrekkeleg trygge på at dei svara dei bidreg med, ikkje skulle kunne sporast tilbake til den enkelte sjukepleiar. For alle undersøkingar av forskingsmessig verdi, er det viktig med ærlege svar, og det er ikkje minst viktig i eit prosjekt der temaet er haldningar til fråvere på jobben. Eg la vekt på formidle at respondentane sin identitet ville vere skjult, og at svara frå den enkelte respondent ville gå via programvaren Questback, og ikkje via meg som gjennomførte undersøkinga. I informasjonsskrivet som respondentane fekk før spørreundersøkinga, blei dette aspektet vektlagt. I tillegg la eg vekt på å formidle intensjonen bak prosjektet så dei var godt informerte om kva dei samtykkja til, men også i den von at dette ville inspirere sjukepleiarane til å delta og bidra til forskning. For å fremme svarprosent og interesse for prosjektet tok eg også initiativ til å bli intervjuet om

spørreundersøkinga. Denne nyhendesaka kom på foretaket sitt intranett på den tida då spørreundersøkinga vart sendt ut.

3.4 Operasjonalisering av omgrepa fråvershaldningar og sjølvopplevd uerstattelegheit i høve til reliabilitet og validitet

For at ei spørreundersøking skal bli mest mogleg riktig så er det viktig at den er påliteleg. Reliabilitet, også kalla pålitelegheit, går ut på om gjentekne målingar med same spørreskjema vil gje same resultat. Ein vanleg kritikk mot kvantitativ forskning er at ein ikkje kan forsikre seg om at respondentane som svarar på spørsmåla i undersøkinga forstår spørsmålsformuleringane likt, og /eller at spørsmåla ikkje vert forstått slik forskaren ynskjer at dei skal bli forstått. Det er difor viktig å lage presise spørsmål, og gjerne prøve ut spørsmålsformuleringane på ei mindre gruppe respondentar før hovudundersøkinga (Grimen 2004:257). Etter utarbeiding av spørsmåla i intervjuguiden, så køyrte eg ein pilottest på ei gruppe på 10 sjukepleiarar frå ulike avdelingar på sjukehuset med den intensjon å få tilbakemelding på eventuelle tvetydige formuleringar. Desse svara inngår ikkje i undersøkinga. Etter denne pilottesten vart nokre svaralternativ endra, og eit par spørsmålsformuleringar vart reformulerte ettersom dei ikkje framstod eintydig nok for pilotrespondentane.

Validitet, eller gyldigheit, går på om ein faktisk måler det ein vil måle . Høg reliabilitet er ein føresetnad for høg validitet. Ein kan seie at reliabilitet er eit reint empirisk spørsmål (Ringdal 2007: 168), mens validitet i tillegg krev ei teoretisk vurdering. Reliabilitetsmåling krev statistiske analyser av målingane sin konsistens. Reliabilitet kan altså målast direkte. Validitet kan ikkje målast på same måte som reliabilitet. Validitet handlar om samanhengen mellom indikatorar og teoretiske omgrep. Eg har valt eit prosjekt som tilstrebar å kvantifisere sjukepleiarane sine fråvershaldningar. ”*Holdningar er psykologiske tilstander som bare er indirekte målbare*” ifølge Ringdal (2007:181). Det å operasjonalisere omgrepa fråvershaldningar og sjølvopplevd uerstattelegheit til empirisk handterbare fenomen (Ringdal 2007:168), var ein prosess som måtte modnast hjå meg over tid. Det vil sjeldan vere fullt samsvar mellom den teoretiske og den operasjonelle validiteten til eit omgrep (Ringdal 2007:168). Fråvershaldningar og sjølvopplevd uerstattelegheit er to store og romme omgrep som eg ikkje direkte etterspør i undersøkinga. Det let seg helle ikkje gjere for slike

fleirdimensjonale variablar. Det gjeld då å finne indikatorar for å søke å gjere omgrepa målbare. Det vil alltid vere dissens kring kva indikatorar som bør falle inn under eit teoretisk omgrep, ettersom kriteria vil vere subjektive (Ringdal 2007:168). Sjølvopplevd uerstattelegheit har eg hovudsakleg søkt å måle utifrå effekten av at sjukepleiaren uteblir frå jobb. Effekten av at vedkomande uteblir frå jobb vert såleis målt utifrå respondentane si subjektive scoring på uerstattelegheitsindikatorar. For å operasjonalisere omgrepet sjølvopplevd uerstattelegheit har eg brukt desse måleindikatorane:

Gradering på ein skala frå 1-5:

- I kva grad kan dine arbeidsoppgåver utførast av andre dersom du er vekke frå jobb i ei veke?
- I kva grad vert dine arbeidsoppgåver utført av andre dersom du er vekke frå jobb i ei veke?
- I kva grad vert dine arbeidsoppgåver tilfredsstillande utført av andre dersom du er vekke frå jobb i ei veke?
- I kva grad hopar arbeidsoppgåver seg opp for deg dersom du er vekke frå jobb i ei veke?
- I kva grad kan ein på kort tid få tak i andre som kan utføre dine arbeidsoppgåver ?
- I kva grad utfører du arbeidsoppgåver som få eller ingen andre i avd. di gjer?
- I kva grad har du jobbrelevant kompetanse (erfaring/kunnskap/opplæring) som få eller ingen andre i eininga di har?

(med vekke frå jobb meinast fråvere ved sjukdom eller sjuke born)

Når det gjeld omgrepet fråvershaldningar (den avhengige variabelen), så er det eit omgrep eg i undersøkjinga søker å finne svar på gjennom å stille respondenten spørsmål omkring haldningar til korttidsfråvere. Målsetjinga var å søkje å finne eit mål som kunne seie noko om sjukepleiaren sin eigen terskel for bruk av korttidsfråvere, og i kva grad sjukepleiaren tek jobbrelaterte omsyn/vuderingar før bruk av slikt fråvere. Eg snakka med fleire sjukepleiarar og bad om innspel til spørsmålsformuleringar *dei* meinte ville kunne kartlegge deira fråvershaldningar. Såleis vart også den siste måleindikatoren formulert. For å operasjonalisere fråvershaldningar har eg brukt desse måleindikatorane:

Gradering på ein skala frå 1-5:

- I kva grad vert fråveret ditt påverka dersom:
 - det vert meirbelastning på kollegaene dine?
 - det vert vanskeleg å erstatte deg?
 - arbeidsoppgåvene dine ikkje vert utført?

- pasientane /klientane ikkje får det tilbodet dei elles ville fått
- I kva grad stemmer denne påstanden for deg;
 - Eg har høgare terskel for å vere vekke frå jobb når eg har viktige oppgåver som ventar på meg
 - eg går på jobb sjølv om eg er sjuk
 - eg har lågare terskel for å vere vekke frå jobb når høg arbeidsbelastning i avd.
 - dersom eg vert sjukmeldt i 10 dagar, men er frisk etter 5 dagar, så vil eg friskmelde meg og gå på jobb

(med vekke frå jobb meinast fråvere ved sjukdom eller sjuke born)

I dei neste kapitla vil eg sjå litt nærare på statikkongrepet og dei statistikk- og analysemetodane eg har valt å vektleggje i dette prosjektet.

3.5 Deskriptiv statistikk og slutningsstatistikk

I forskingsmetode vert det skilt mellom deskriptiv (skildrande) statistikk og slutningsstatistikk (Johannesen 2007:46) Omgrepa deduktiv og induktiv statistikk vert også brukt (Thrane 2003:16). Deskriptiv statistikk skildrar korleis observasjonar fordelar seg i utvalet. Med deskriptiv statistikk kan ein skildre samanhengen mellom dei variablane ein ser på. Viss ein skal generalisere resultatane frå utvalet til populasjonen, vil det imidlertid vere usikkerheit knytt til resultatane ein får. Denne usikkerheita kan bereknast ved hjelp av slutningsstatistikk, iform av signifikanstesting (Johannesen 2007:46). Deduktiv statistikk er krevjande nok i seg sjølv, men mange lærebøker har desse to statistikkdimensjonane så tett samanfiltra at det kan vere vanskeleg å skilje (Thrane 2003:16). Hovudresultata frå undersøkjinga vert presentert både i form av deskriptiv statistikk og slutningsstatistikk. Sett at reliabilitet og validitetskriteria for undersøkjinga skulle vere tilfredsstillande oppfylt, så vil det vere grunnlag for å hevde at hovudresultata frå undersøkjinga av sjukepleiarane i Helse Førde også er representative for den delen av utvalet (dei sjukepleiarane) som ikkje har svart på undersøkjinga.

3.6 Analytiske og statistiske metodar

All resultatanalyse er gjennomført i programvaren SPSS 18 ved hjelp av ulike analysemetodar. Val av analysemetode er avhengig av kva prosjektet søker å finne svar på.

Dataanalyse består i å få fram talmateriale som kan belyse hypotesene i forskingsprosjektet utan for mykje overflødig informasjon (Ringdal 2007: 28). Eg har formulert ei hypotese som seier at det er samanheng mellom variablane sjølvopplevd uerstattelegheit og fråvershaldningar. Statistisk analyse skil mellom to typer hypoteser. Den fyrste er nullhypotesen som seier at det *ikkje* er samanheng mellom variablane (Midtbø 2007:18).

Nullhypotesa for dette prosjektet er (H_0):

Sjukepleiarar som opplever seg som uerstattelege på jobb har ikkje betre fråvershaldningar enn sjukepleiarar som opplever seg som erstattelege.

Alternativhypotesa seier at nullhypotesa tek feil, og at samanhengen er reell (Ringdal 2007:19). Nullhypotesa skal ein imidlertid stole på inntil analyse seier at denne er feil (Midtbø 2007:18).

Alternativhypotesa for dette prosjektet er (H_a):

Sjukepleiarar som opplever seg som uerstattelege på jobb har betre fråvershaldningar enn sjukepleiarar som opplever seg som erstattelege.

Sannsynlegheita for å forkaste ei rett nullhypotese, vert uttrykt i p-verdiar. P kjem frå engelsk *probability*, som på norsk betyr sannsynlegheit. Det sentrale ved statistisk signifikanstesting er om p-verdien er mindre eller større enn 0.05. Ved p-verdi større enn 0.05 beheld vi nullhypotesen og ved p-verdi mindre enn 0.05 forkastar ein nullhypotesa, noko som vil sannsynleggjere alternativhypotesa. Det vil seie at det då er mindre enn 5 % sjanse for at vi forkastar ei rett nullhypotese. Sidan det er ein fare for feil konklusjon, med tanke på både reliabilitet og validetsaspekta, lyt ein begrense seg til å seie at det anten er nullhypotesa eller alternativhypotesa som vert sannsynleggjort. Men jo mindre p-verdi, desto sikrare er ein på at det også er ein skilnad i populasjonen (Johannesen 2007). Det er vanleg å velje eit signifikansnivå på $p < 0.05$ for å sannsynleggjere alternativhypotesa, og det er også dette signifikansnivået eg har valt for mine analyser. Hypotesetestinga i dette prosjektet er i hovudsak basert på regresjonsanalyse, og denne analytiske metoden vil eg kome tilbake til i resultatkapitlet. Før eg går vidare til resultatkapitlet vil eg fyrst seie litt om eigne refleksjonar kring mi rolle som forskar i dette prosjektet.

3.7 Ethiske refleksjonar kring mi eiga rolle i forskingsprosjektet

Eg er sjølv sjukepleiar, og jobbar som fagutviklingssjukepleiar ved ei eining i Helse Førde. Det er såleis viktig å presisere at eg er ein av sjukepleiarane i populasjonen som utvalet for undersøkjinga er trekt i frå. Eg har imidlertid ikkje sjølv svart på undersøkjinga, men har utarbeida intervjuguide og i stor grad utforma kriteriar for indikatorar som inngår i dei to omgrepa som er brukt i problemstillinga. Det er viktig at eg som den urøynde forskaren i dette prosjektet er medviten om min eigen posisjon og mi eiga rolle i forskingsprosessen. Det er eit viktig moment å vere medviten kva eventuell forforståing og forutinntekne haldningar eg har, ettersom dette kan prege analysa av datamaterialet og tolking av funn. Det er viktig å tilstrebe å ha eit opent sinn og kunne sjå på datamaterialet frå mange ulike perspektiv. Problemstillinga er imidlertid sprunge ut ifrå mitt eige hovud, og på ideformulerinstrinnet i forskingsprosessen er også forskaren si faglege interesse viktig (Ringdal 2007:18). Eg som forskar bør imidlertid tilstrebe å eliminere fordommar og subjektive innslag dersom eg skal kunne frambringe objektiv kunnskap. Interessesubjektivitet og saklegheit er viktig. Interessesubjektivitet betyr at den framgangsmåten ein brukar ved forskinga, bør presenterast på ein slik måte at andre i prinsippet kan gjenta undersøkjinga (Grimen 2004:375- 376). Av omsyn til dette, og for å fremme reliabilitetsaspektet i studien av sjukepleiarane frå Helse Førde har eg vektlagt å presentere resultatkapitlet mest mogleg transparent og grundig, så lesaren tydeleg kan sjå kva metodiske og analytiske grep eg har gjort for å kome fram til resultata.

Elles vil eg som innleiingsvis nevnt poengtere at ideen for problemstillinga baserer seg på ei formeining om at haldningar til fråvere til ein viss grad kan påverke det reelle fråveret til sjukepleiarane. Det ligg implisitt i hypotesa eg har formulert for prosjektet også ei formeining om at fråvere på jobben som vert meldt inn i form av kortare sjukmelding og/eller eigenmelding på seg sjølv eller borna, kan påverkast av andre faktorar enn kun det helserelevante aspektet. Dette er ikkje nødvendigvis noko alle vil vere samde i. Frå eit arbeidsgjevar- og lovperspektiv er det teoretisk sett kun det helserelevante aspektet som er formelt legitim grunn for bruk av slikt fråvere. Resultatkapitlet som følger, vert i hovudsak via testing av hypotesen som ligg til grunn for prosjektet. Men eg vil starte med å presentere litt deskriptiv statistikk omkring typiske karakteristika ved sjukepleiarane frå undersøkjinga.

4. Resultat med kommentarar

374 respondentar har besvart undersøkjinga og svara frå respondentane la seg fortløpande i svarloggen i programvaren Questback, og når undersøkjinga var avslutta, eksporterte eg datamaterialet via ei SAV fil inn i SPSS 18, som er det statistisk analyseprogrammet eg har brukt ved analysering av datamateriale. Det er totalt 45 spørsmål å krysse av på i intervjuguiden i tillegg til eit for fritekst. Det gir eit datamateriale på om lag 16.800 talverdiar. Det er eit stort datamateriale å orientere seg i. Fyrst måtte eg få ei oversikt over dette datamaterialet før eg kunne ta stilling til analysemetodar. Variablar måtte snuast i same retning før eg kunne sjekke om det passa å slå dei saman i samlevariablar. Det viste seg å vere 7 missing values i undersøkjinga sjølv om alle spørsmåla i undersøkjinga var gjort obligatoriske. Det vil seie at respondenten ikkje hadde høve til å gå vidare til neste spørsmål før ein har besvart det noverande. Det viser seg at dei manglande verdiane skriv seg frå 4 respondentar som ligg inne med tilsaman 7 missing values som mest truleg skuldast ein teknisk feil av ukjent grunn. Eg har valt å fjerne desse i dei analysene det er påkrevd. I det neste underkapitlet presenterer eg litt generell karakteristika som gjeld sjukepleiarane i utvalet mitt frå Helse Førde, som gjev ein del vesentleg bakgrunnsinformasjon om respondentane før eg går vidare i resultatkapitlet og tek føre meg hypotesetestinga.

4.1 Kjenneteikn ved sjukepleiarane i undersøkjinga

Helse og omsorgssektoren er ein typisk kvinne-dominert sektor, og 89 % av sjukepleiarane frå undersøkjinga i Helse Førde viser seg å vere kvinner. Hovuddelen av dei tilsette sjukepleiarane ligg i alderskategorien frå og med 31 år til og med 50 år, og om lag 25 % av sjukepleiarane er over 51 år. Gjennomsnittsalderen på respondentane ligg i øvre sjiktet på alderskategorien 31-40 år. Dette er ein typisk småbarnsforeldrefase, og det viser seg at heile 44 % av respondentane har ansvar for born under 12 år. I Helse Førde har tilsette med born opptil 10 år anledning å ta ut eigenmelding for å vere heime med sjuke born. Mi erfaring er at det i praksis herskar noko tvil om dette talet er 10 eller 12 år og eg valde difor å etterspørre ansvar for born under 12 og ikkje 10 år. På bakgrunn av at så mange av sjukepleiarane i Helse Førde har born under 12 år, så veit vi at eigenmeldingsbruk for sjuke born i stor grad også vil gjere seg gjeldande i foretaket. Dersom sær få av respondentane hadde hatt ansvar for

mindreårige born, ville det vere mindre naturleg å ha eigenmeldingsbruk for sjuke born med i definisjonen av korttidsfråvere i dette prosjektet.

Eg har heile tida hatt ynskje om å gjennomføre ei undersøkjing på sjukepleiarar som jobbar i stillingar som er typisk sjukepleiaryrke, og i stor grad omfattar pasient /klientkontakt. Som vi ser i tabell 1 så viser det seg at nesten 90 prosent av dei spurde sjukepleiarane i Helse Førde svarar at dei har høg grad av pasient /klientkontakt

Tabell 1: Har du pasient/klientkontakt:

Pasient/klientkontakt:	Tal	Valid Prosent
Nei	4	1,1
I svært liten grad 1	13	3,5
2	6	1,6
3	17	4,5
4	25	6,7
I svært stor grad 5	309	82,6
Totalt	374	100

I ettertid tenkjer eg at eg kanskje burde etterspurt både direkte og indirekte pasient/ klientkontakt. Direkte pasientkontakt kan i større grad assosierast med å vere fysisk og psykisk meir belastande og kan såleis representere ein større fråversrisiko enn indirekte pasientkontakt. Leiarar er noko ein gjerne i større grad enn andre forbinder med å vere ”uerstattelege”. Heile 14 % av respondentane frå undersøkjinga er leiarar. Det kunne vere interessant å vite kor mange av desse leiarane som også i stor grad har direkte pasient/klientkontakt, ettersom direkte pasient /klientkontakt i utgangspunktet ikkje ei typisk leiaroppgåve. Ved samanlikning av to variablar (det vil seie krysstabulering) finn eg at 6,7 % av leiarane i undersøkjinga rapporterer at dei har stor/svært stor grad av pasient/klientkontakt i arbeidet sitt. Det tilsvarande talet for ikkje- leiarane er over 96 %. Det er med andre ord eit sterkt uttrykk for at sjukepleiarane i Helse Førde, representert ved dette utvalet i stor grad jobbar tett opp imot pasientar og klientar.

Prosjektet si målsetjing er å sjå på samanhengen mellom sjukepleiarane si oppleving av uerstattelegheit og vedkomande sine fråvershaldningar. Eg tenkte ved prosjektstart det kunne vere samheng mellom sjølvopplevd uerstattelegheit og kor lenge ein har jobba som sjukepleiar, ettersom det er nærliggande å tenkje at ein over tid vil ha større moglegheit til

opparbeide seg ein kompetanse og ein posisjon i avdelinga som kan medføre ei større kjensle av å vere uerstatteleg.

Vi ser av tabell 2 at over 68 % av sjukepleiarane har jobba som sjukepleiar i over 10 år, og det er kun 5 % av sjukepleiarane som har jobba under 2 år. Det er altså i stor grad erfarne sjukepleiarar som er representert i utvalet frå undersøkjinga.

Tabell 2: *Kor lenge har du jobba som sjukepleiar:*

<u>Ansiennitet:</u>	<u>Tal</u>	<u>Valid Prosent</u>
Under 2 år	20	5,3
Fom.2 år tom.5 år	38	10,2
Over 5 år, under 10 år	60	16
10 år eller meir	256	68,4
Totalt	374	100

Studier har vist at dei som har fast stilling har generelt høgare fråvere enn dei som jobbar i midlertidige stillingsforhold (Ose, S.O.et al 2006). I tabell 3 og 4 ser vi fordelinga av faste stillingar og vikariat stillingar blant sjukepleiarane i undersøkjinga, samt kor mange sjukepleiarar som seier dei ynskjer å gå opp i stilling utan at arbeidsgjevar gjev rom for det.

Tabell 3: *Stillingstilhøve i Helse Førde:*

<u>Stillingstilhøve:</u>	<u>Tal</u>	<u>Valid Prosent</u>
Fast stilling	312	83,4
Vikariat	53	14,2
Likt fordelt fast/vikariat	9	2,4
Totalt	374	100

Tabell 4: *Ynskjer du gå opp i stilling utan at arbeidsgjevar gjev rom for det:*

<u>Ynskjer :</u>	<u>Tal</u>	<u>Valid Prosent</u>
Ja	80	21,4
Nei	294	78,6
Totalt	374	100

Over 14 % av sjukepleiarane frå undersøkjinga jobbar i reine vikariatstillingar, og 21 % av dei spurde sjukepleiarane i Helse Førde ynskjer å gå opp i stilling utan at arbeidsgjevar gjev rom for det. Hypotesen kring samanhengen mellom det å ha midlertidig stilling og mindre fråvere er at desse søker å gjere seg ”attraktiv” for arbeidsgjevar for å oppnå fast stilling. Eg tenkjer difor det er viktig å sjå om denne faktoren også kan påverke fråvershaldningar til

sjukepleiarane i undersøkjinga positivt i den forstand at desse tilstrebar å gjere seg ”attraktive” for å få høgare stillingsprosent.

Vi veit at deltid er særst utbreidd i helse og omsorgssektoren. Vi veit at dette også kan vere frivillig fordi mange ser det som eit gode på grunn av til dømes studier eller ansvar for barn og familie (NOU 2008:17). I tabell 5 ser vi fordelinga av stillingsprosent blant sjukepleiarane frå undersøkjinga:

Tabell 5: Stillingsprosent i Helse Førde:

Stillingsprosent:	Tal	Valid Prosent
Under 50 %	13	3,5
fom.50 % tom.60 %	36	9,6
fom.61 % tom.70 %	15	4
fom.71 % tom.80 %	106	28,3
fom.81 % tom.90 %	24	6,4
fom.91 % tom.99 %	6	1,6
100%	174	46,5
Totalt	374	100

Heile 53,5 % av sjukepleiarane jobbar i redusert stilling. Det kan vere nærliggande å tenkje at uerstattelegheit vil vere positivt assosiert med høgare stillingsprosent. Det er ikkje urimeleg å tenkje at personar som er meir uerstattelege på jobb også innehar uformelle/formelle nøkkelposisjonar i eininga si som tilseier at dei lyt ha ein stillingsprosent over eit visst minimumsnivå for å kunne oppretthalde uerstattelegheitgraden i eininga si. Det er imidlertid opplevinga av uerstattelegheit eg vil måle, så dette treng ikkje vere ein faktor som er samanfallande med stillingsprosent.

Arbeidstida til sjukepleiarane er viktig å kartlegge ettersom forskning viser at det er høgare fråvere blant turnus og skiftarbeidarar enn dei som jobbar dagtid (Ose, S.O.; Jensberg, H.; Reinertsen, R.E.; Sandsund, M. og J.M. Dyrstad 2006). Det vil vere interessant å sjå om arbeidstida også er positivt assosiert med fråvershaldningar.

Tabell 6: Arbeidstida til respondentane:

Arbeidstid:	Tal	Valid Prosent
Dagtid	121	32,4
Turnus(dag/sein/natt)	188	50,3
Turnus (dag/sein)	51	13,6
Nattarbeid	14	3,7
Totalt	374	100

Blant respondentane i undersøkjinga er det grovt rekna 1 /3 av dei tilsette sjukepleiarane som jobbar dagtid, medan 2/3 av sjukepleiarane jobbar turnus i ein eller annan grad. Ved prosjektstart hadde eg ei formeining om at sjukepleiarar som er uerstattelege på jobb, kanskje også oftare jobbar dagtid og har mindre fysisk krevjande og direkte pasientnært arbeid enn mange av sjukepleiarane i den andre ”gruppa”. Etersom vi veit at dei som jobbar dagtid framfor skiftarbeid (og turnus) har meir sjukefråvere, var eg usikker på kva evt. ny kunnskap eg kunne få fram av undersøkjinga enn å få bekrefta at sjukepleiarar med lågare grad av erstattelegheit (som evt. jobbar meir turnus og i tunge krevjande jobbar) også har meir fråvere. Dette er imidlertid ikkje eit prosjekt som kartlegg fråveret til den enkelte respondent, men skal sjå på tendensar i fråvershaldningane til sjukepleiarane, sett i høve til korleis dei opplever sin egen uerstattelegheit på jobb. Sjølv om turnusarbeidarar viser seg frå fleire andre studier å ha meir fråvere(Ose, S.O.et al 2006), treng ikkje det bety at turnusarbeidarane i undersøkjinga mi har annleis fråvershaldningar, slik eg har målt fråvershaldningar utifrå indikatorane som ligg til grunn for dette prosjektet

Helse Førde består som andre foretak av mange ulike einingar av ulik størrelse. Somme av desse einingane er spesielt dagtidprega, medan andre einingar er meir turnusprega. Sengepostane og akuttmottak på sjukehuset er i hovudsak drifta av turnusarbeidande sjukepleiarar. Poliklinikk/sjukepleiarar jobbar dagtid, og poliklinikkane på sjukehuset er generelt også mindre einingar enn sengepostane. I tabellen 7 ser vi fordelinga av sjukepleiarane utifrå ei grov inndeling av kvar dei jobbar i Helse Førde.

Tabell 7: Kvar jobbar du hovudsakleg i Helse Førde:

Arbeidsstad:	Tal	Valid Prosent
Sengepost/akuttmottak eller anna eining for pas./klientar	267	71,4
Poliklinikk	63	16,8
Anna	44	11,8
Totalt	374	100

Ein ser at om lag 1/3 av dei tilsette jobbar på poliklinikk/anna medan 2/3 av respondentane jobbar på sengepost/akuttmottak eller anna eining for pasientar/klientar. Dette samsvarar også delvis med tabellen ovanfor som viser at 1/3 av dei tilsette jobbar dagtid. Eg finn ved krysstabulering at av dei som jobbar på poliklinikk i Helse Førde er det heile 92 % som jobbar dagtid (nokre få prosent kombinerer poliklinikkarbeid med helgestilling på sengepostane). Det tilsvarande talet for dei som jobbar dagtid på sengepost/akuttmottak/anna eining for pasientar

er 15,3 %. For dei 44 respondentane som har svart at dei jobbar i kategorien ”anna” (*enn sengepost/akuttmottak og poliklinikk*) så jobbar halvparten av desse dagtid. Eg vel difor i dei vidare analysene å slå saman poliklinikk og anna til *ein* arbeidsplasskategori ettersom dette er ein utprega dagtidarbeidsplass medan sengepost/akuttmottak er typisk turnusprega einingar.

Vi veit at låg utdanning kan ha samanheng med høgare sjukefråvere (Ose, S.O.et al.2006) Det kan vere interessant å sjå om utdanning over sjukepleiarnivå (bachelor) er positivt assosiert med høgare score på fråvershaldningar. Eller om utdanning utover sjukepleiarnivå er positivt assosiert med å oppleve uerstattelegheit på jobb. Det kan vere rimeleg å tenkje at det å ta vidareutdanning kan medføre auka kompetanse som i neste omgang vil kunne bidra til ei meir oppleving av uerstattelegheit på jobb. I tabellane 8 og 9 ser vi fordelinga av dei som har /tar utdanning utover sjukepleiarnivå.

Tabell 8: *Har du, eller tek du vidareutdanning i sjukepleie:*

Vidareutdanning:	Tal	Valid Prosent
Ja	184	49,2
Nei	190	50,8
Totalt	374	100

Tabell 9: *Har du, eller tek du anna høgare utdanning:*

Anna høgare utd.:	Tal	Valid Prosent
Ja	116	31
Nei	258	69
Totalt	374	100

Ein ser at om lag halvparten av alle sjukepleiarane som har besvart undersøkjinga har eller tek vidareutdanning i sjukepleie. Og 1/3 av respondentane har eller tek anna høgare utdanning. Det er eit relativt høgt tal, og kan til ein viss grad sjåast i samanheng med at fleirtalet av sjukepleiarane viser seg å ha i føretaket lenge. Dei kjem såleis ikkje kjem rett frå skulebenken, og dei fleste vidareutdanningar innan sjukepleie forutset halvanna til 2 års praksis før ein kan ta til på desse.

Når det gjeld forskning på samanhengen mellom arbeidsmiljø og sjukefråvere, så veit ein at dårleg arbeidsmiljø gjev høgare sjukefråvere (Ose, S.O.et al. 2006). I undersøkjinga frå Helse Førde vert det stilt fire spørsmål kring arbeidsmiljøet. Desse fire spørsmåla er henta frå QPS Nordic sitt spørreskjema. I QPS Nordic er det brukt svarskala frå 1-5, der 1 er definert som

”svært lite/eller ikke i det hele tatt”, og 5 er definert som ”svært meget”. Eg har brukt svaralternativa ”1 = i svært liten grad og ”5 = i svært stor grad”. Alle dei fire spørsmåla med svar ihøve arbeidsmiljøet frå undersøkjinga i Helse Førde kan sjåast i sin heilheit på vedlegg bak i oppgåva. I tabell 10 er det ei kort samanfating av dei viktigaste funna frå dei fire spørsmåla kring arbeidsmiljø.

Tabell 10. *I kva grad er arbeidsmiljøet:*

Svar:	I stor / svært stor grad (<i>i Prosent</i>):
Stivbeint og regelstyrt	10,1
Mistruisk og mistenksomt	4,4
Avslappa og behageleg	58,1
Oppmuntrande og støttande	72,8
Total prosent	100

Vi ser at det er henholdsvis 10 og 4 prosent av sjukepleiarane som i stor/svært stor grad finn arbeidsmiljøet stivbeint og regelstyrt, og mistruisk og mistenksomt. Og det er henholdsvis 58 og 73 prosent av sjukepleiarane som finn arbeidsmiljøet avslappa og behageleg og oppmuntrande og støttande. Det indikerer at sjukepleiarane i Helse Førde jamt over rapporterar tilfredsheit med arbeidsmiljøet i eininga si. Basert på stor grad av intern konsistens i svara frå desse fire arbeidsmiljøspørsmåla (Cronbachs alpha er på 0.782) har eg laga ein samleindeks av variablane, for å sjå om det generelt er ulik arbeidsmiljøtilfredsheit blant dei uerstattelege sjukepleiarane og dei erstattelege sjukepleiarane.

Vi veit frå før kva faktorar som ligg implisitt i samlevariabelen sjølvopplevd uerstattelegheit, og i det neste kapitlet vil eg sjå nærare på kva jobbfaktorar i Helse Førde som er assosiert med det å oppleve seg som uerstatteleg sjukepleiar.

4.4 Kven er dei uerstattelege sjukepleiarane?

Eg har stilt fleire spørsmål i intervjuguiden for å måle opplevinga av uerstattelegheit hjå sjukepleiarane. For å få ei heilheitleg oversikt over alle variablane som seier noko om sjølvopplevd uerstattelegheit har eg slått saman 7 variablar til *ein* samlevariabel for uerstattelegheit. Cronbachs alfa er eit statistisk mål på den interne konsistensen mellom ulike indikatorar som skal inngå i ein samlevariabel. Cronbachs alfa kan variere frå 0 til 1, og ein samlevariabel har ein tilfredsstillande reliabilitet (pålitelegheit) viss alfa har høg verdi, oftast over 0,7. Jo sterkare og jo fleire samanhengar det er mellom indikatorane, desto betre vert reliabiliteten målt med Cronbachs alfa (Ringdal 2007:87). Cronbach alfa for dei 7 variablane i samlevariabelen for uerstattelegheit = 0,868. Ved å slå saman variablar til ein samleindeks, vil ein få fram fleire aspekt ved omgrepet uerstattelegheit, og såleis kan ein kanskje auke validiteten til omgrepet. Før ein kan slå saman enkeltvariablar lyt ein imidlertid omkode datamaterialet først (Thrane 2003:16). Det inneber at eg lyt snu enkelte av verdiane i variablane slik at dei vender same veg innanfor samlevariabelen.

Sjukepleiarar som scorar høgare på samlevariabelen for uerstattelegheit på jobb er kjenneteikna ved at:

- Arbeidsoppgåvene deira hopar seg i større grad opp når dei er vekke frå jobb ei veke
- Arbeidsoppgåvene deira kan i mindre grad bli utført av andre når dei er vekke uforutsett ei veke
- Arbeidsoppgåvene deira vert i mindre grad utført av andre når dei er vekke uforutsett ei veke
- Arbeidsoppgåvene deira vert i mindre grad tilfredsstillande utført av andre når dei er vekke frå jobb i ei veke
- Det er vanskelegare å få tak i andre på kort tid som kan gjere arbeidsoppgåvene deira
- Dei utfører i stor grad oppgåver som få eller ingen andre gjer
- Dei har i større grad jobbrelevant kompetanse (erfaring/kunnskap/opplæring) som få el. Ingen andre har.

Kva typiske jobbkarakteristika sjukepleiarane som opplever seg som uerstattelege i Helse Førde har, vil ein kunne få fram i ei regresjonsanalyse. Ei regresjonsanalyse er godt eigna til å behandle ulike typar data og teste dei for samanhengar. Regresjonsanalysa seier oss noko om kva variabel som skal forklarast og kva variablar som kan forklare denne (Midtbø 2007:11). Det er imidlertid visse føresetnadar som bør vere på plass før ein kan gjennomføre ei regresjonsanalyse. Det er viktig å ha mest mogleg normalfordeling på variablane i ei

regresjonsanalyse, men det gjeld særskilt den avhengige variabelen (Ringdal 2007:411). Samlescoren for uerstattelegheit, som vi no vil ha som den avhengige variabelen, viser seg å vere noko høgreskeiv, og ikkje heilt normalfordelt. Det kan då vere tilrådd å gjere ein logaritmisk transformasjon. Ein logaritmisk transformasjon kan gjere ein variabel meir normalfordelt. I tillegg er det enkelt å tillate ikkje- lineære samanhengar mellom uavhengig og avhengig variabel i ei regresjonsanalyse dersom ein gjer ei logaritmisk transformering av avhengig og/eller uavhengig variabel (Eikemo og Høyvarde Clausen 2007: 245). Eg vel å bruke den logtransformerte samlevariabelen for uerstattelegheitsoppleving i alle vidare analyser.

4.4.1 Faktorar som er assosiert med sjølvopplevd uerstattelegheit, målt ved multivariat regresjonsanalyse

Eg ynskjer å finne ut meir om kva faktorar på jobben som sjukepleiar i Helse Førde som er assosiert med det å oppleve seg som uerstatteleg sjukepleiar. Det er ikkje alltid opplagt kva forklaringsvariablar ein skal ta med i ei regresjonsanalyse. Det er imidlertid eit viktig poeng å ta med dei variablane som ein grunn til å tru kan påverke den avhengige variabelen fråvershaldningar. Det er også viktig å sjekke at det er signifikant korrelasjon (samvariasjon) mellom den avhengige og dei uavhengige variablane ein tek inn i ei regresjonanalyse. Dette har eg gjort, og på bakgrunn av denne føresetnaden har eg sett opp ein regresjonsmodell i tabell 11 der vi ser kva faktorar som er signifikant positivt assosiert med det å oppleve seg som ein uerstatteleg sjukepleiar i undersøkjinga frå Helse Førde. Dei faktorane som ikkje er signifikant korrelerte med uerstattelegheit vert ikkje teke med i regresjonsanalysa på tabell 11 neste side.

Tabell 11. Lineær regresjonsanalyse med logtransformert variabel for uerstattelegheitsoppleving som avhengig variabel, justert for diverse kontrollvariablar:

(N = 374)

Variabel	B	St.avvik	R2 = 0.590 (Justert R2 = 0.581)	
			p-nivå	Pearsons korr.koeff.
Funksjon få el.ingen andre har i avdelinga	.197	.016	.001	.495
Leiar	.062	.025	.016	.112
Arbeidstid (dagtid)	.069	.021	.001	.167
Arbeidsplass (poliklinikk)	.040	.018	.031	.093
Høgare stillingsprosent	.007	.003	.048	.070
Kollegaer sine fråvershald. har liten betydning for egne haldningar	.020	.008	.012	.121
Næraste leiar sine fråvershaldningar har stor betydn. for egne haldningar	.017	.007	.011	.126
Mindre grad av pasient/ klientkontakt	.016	.008	.043	.084

p<0.05 er valgt som signifikansnivå

R2 kan tolkast som den forklarte variansen i den avhengige variabelen (Cristophersen 2006:154). Det vil seie at summen av forklaringsfaktorane i regresjonsanalysa forklarar 59 % av variansen i sjølvopplevd uerstattelegheit. Den justerte R2 tek i større grad høgde for om det er mange forklaringsvariablar i modellen, men vi ser at skilnaden på R2 og justert R2 er liten. Modellen indikerer altså at dei signifikante forklaringsvariablane i regresjonsanalysa i tabell 11 kan forklare nærare seksti prosent av variansen i det å oppleve seg som ein uerstatteleg sjukepleiar. Som vi ser i tabell 11 har vi i regresjonsanalysa som er justert for bakgrunnsvariablar, funne 8 variablar som er positivt assosiert med det å oppleve seg som uerstatteleg. Summen av desse 8 faktorane kan forklare 59 % av variasjonen i uerstattelegheitsopplevinga hjå sjukepleiarane.

Når ein føretek logaritmetransformering av den avhengige variabelen kan ein tolke effekten av ei einings effekt endring på den uavhengige variabelen som prosentvis endring i den avhengige variabelen, uavhengig av kva eining som er brukt på uavhengige variabelen (Eikemo og Høyvarde Clausen 2007: 237). Regresjonskoeffisienten (B) er i alle høve eit uttrykk for eit forholdstal mellom den avhengige og den uavhengige variabelen, så det er grunn til å presisere at eg vel å ikkje kommentere B som prosentvis endring i kommentarane til analysa under, men som poengvis endring.

Leiarane scorar 0,062 poeng meir på uerstattelegheitsindeksen enn ikkje- leiarane. Dei som jobbar dagtid scorar 0,069 poeng meir på uerstattelegheitsindeksen enn dei som jobbar turnus. Dei som jobbar på poliklinikk/anna scorar 0,040 poeng meir på uerstattelegheit enn dei som jobbar på sengepost/akuttmottak eller anna eining for pasientar/klientar.

Høgare grad av stillingsprosent gjev høgare score på uerstattelegheitsindeksen. Samanhengen viser seg ikkje vere heilt lineær, men det er grunn til å sei at dei som jobbar i høg stillingsprosent scorar høgare på uerstattelegheitsindeksen enn dei som jobbar i låg stillingsprosent. Det å i liten grad bry seg om kollegaer sine haldningar til fråvere er positivt assosiert med det å vere uerstatteleg. Ein som i svært liten grad bryr seg om kollegaer sine haldningar til fråvere scorar 0,008 poeng mindre på uerstattelegheit enn ein som i svært liten grad bryr seg om kollegaer sine haldningar til fråvere. Det å i stor grad bry seg om leiar sine haldningar til fråvere er positivt assosiert med opplevinga av uerstattelegheit. Ein som i svært stor grad bryr seg om næraste leiar sine haldningar til fråvere scorar 0,068 poeng meir på uerstattelegheit enn ein som i svært liten grad bryr seg om leiar sine haldningar til fråvere. Dei uerstattelege ser dermed ut til å ha sterkare leiartilknytning enn kollegatilknytning kva gjeld adaptering av fråvershaldningar.

Mindre grad av pasient/klientkontakt er positivt assosiert med det å oppleve å vere uerstatteleg sjukepleiar. Styrken på samanhengen er ikkje spesielt stor (Pearsons 0.084), og vi veit også at heile 89,3 % av alle respondentane seier at dei i stor/svært stor grad har pasient/klientkontakt. Denne variabelen påverkar også leiarvariabelen, sjølv om begge isolert sett er signifikant positivt assosierte med uerstattelegheit, men mindre grad av pasient/klientkontakt styrkar samanhengen mellom leiarvariabelen og uerstattelegheitsvariabelen.

Det å ha ein funksjon i avdelinga som få eller ingen andre i eininga har, er sterkt positivt assosiert med det å vere uerstatteleg. Dei som har ein slik funksjon scorar 0,197 poeng meir enn dei som ikkje har det. Det såg lenge ut som at det å ha/ ta anna høgare utdanning utover sjukepleiarnivå var positivt assosiert med det å vere uerstatteleg. Det viste seg imidlertid at når eg justerte regresjonsanalysa for variabelen ”*har du ein funksjon i avd. som få eller ingen andre har*” så var denne klart signifikant positivt assosiert med uerstattelegheit, og utdanningsvariabelen *anna høgare utdanning* blei ikkje-signifikant. Det er rimeleg å tenkje at det å ha eller ta anna høgare utdanning (gjeld ikkje sjukepleievidareutdanning) snarare er ein innfallspurt for å bli rekruttert til å få ein funksjon i avd. som få eller ingen andre har, som igjen er med på å forklare uerstattelegheitsopplevinga. Utifrå Pearsons korrelasjonskoeffisient (0,495) ser vi at dette heilt klart er den sterkaste forklaringsvariabelen for sjølvopplevd uerstattelegheit. Det interessante i denne samanheng er at det å ha ein funksjon som få eller ingen andre har, *ikkje* er einstyddande med å ha ei eiga stilling for det. Å ha ein funksjon i avdelinga kan vere det å ha eit sett med oppgåver i eininga som få eller ingen andre har. Eg fann det overraskande at heile 38 % av alle sjukepleiarane i undersøkjinga frå Helse Førde svarar ”ja” på at dei har ein funksjon i avdelinga si, som få eller ingen andre har. For å finne ut om det dette var ein formalisert funksjon med dertilhøyrande løn, valde eg å stille spørsmålet om dei får særskilt løn for denne funksjonen. Det viser seg at litt under 40 % av dei som har ein funksjon i avdelinga som få eller ingen andre har, ikkje har særskilt løn for denne funksjonen. Uavhengig av om denne funksjonen er særskilt avlønna eller ei, så viser denne forklaringsvariabelen seg å vere signifikant positivt assosiert med betre fråvershaldningar.

4.4.2 Fordelinga av sjølvopplevd uerstattelegheit blant sjukepleiarane

Det har ikkje vore ei målsetjing å finne kor mange av sjukepleiarane som er blant dei erstattelege eller uerstattelege, eller å finne ut kor mange som er blant dei med betre fråvershaldningar og dei med dårlegare fråvershaldningar. Målsetjinga har vore å sjå om ein finn ulike *tendensar* i fråvershaldningane til dei to gruppene. Det kan likevel vere interessant å sjå litt nærare på korleis uerstattelegheitsopplevinga fordeler seg blant sjukepleiarane i undersøkjinga frå Helse Førde. Dersom det skulle vere usannsynleg låge eller høge tal

respondentar som hamnar i kategoriane, så lyt ein stille spørsmålsteikn ved kriteriane og/eller indikatorane eg har brukt.

Uerstattelegheitsvariabelen er ein samlevariabel for 7 spørsmål som omhandlar sjølvopplevd uerstattelegheit, der det er svarkategori frå 1-5, 1 = i svært liten grad, og 5 = i svært stor grad. Ifølge Ringdal er det beste å tolke ein person sin *relative* posisjon på Likertskalaen, anten ved å sjå han i høve til andre eller til gjennomsnittet (Ringdal 2007: 361). Eg let i dette tilfellet kriteriet for å vere i kategorien uerstattelege sjukepleiararar gå ved at ein må score over eller lik gjennomsnittsverdien (15) som er målt for samlevariabelen for uerstattelegheit. Dvs. delingspunktet går ved verdi ≥ 15 . Då får eg funn som vist i tabell 12.

Tabell 12: *Sjølvopplevd uerstattelegheit hjå sjukepleiarane målt ved samlevariabel:*

<u>Respondentar</u>	<u>Tal</u>	<u>Valid Prosent</u>
Uerstattelege spl	140	37,4
Erstattelege spl.	234	62,6
<u>Totalt</u>	<u>374</u>	<u>100</u>

Då ser ein at 140 sjukepleiarar frå undersøkjinga vil hamne i kategorien uerstattelege sjukepleiarar, og 234 hamnar i kategorien erstattelege sjukepleiarar. Grovt sagt kan ein seie at om lag 40 % av sjukepleiarane i undersøkjinga vil i større grad oppleve seg som uerstattelege på jobb i høve til dei 60 % andre. Utifrå tidlegare funn frå resultatkapittel veit vi at desse omlag 40 % sjukepleiarane i stor grad vil ha ein funksjon i avdelinga som få eller ingen andre har. Dei vil i større grad bestå av leiarar, poliklinikktilsette og dagtidarbeidarar. Det er også ein svak tendens til at dei har litt mindre grad av pasient/klientkontakt. I tillegg er det ein tendens til at dei uerstattelege sjukepleiarane i større grad vert påverka av næraste leiar si haldning til fråvere, og at kollegaene si haldning til fråvere i mindre grad betyr noko for desse sjukepleiarane sine haldningar.

4.5 Samanhengen mellom sjølvopplevd uerstattelegheit og fråvershaldningar

Målsetjinga for prosjektet er å sjå om det kan målast ein samheng mellom sjølvopplevd uerstattelegheit og betre fråvershaldningar hjå sjukepleiarane i Helse Førde. I forrige kapittel såg ein på korleis sjølvopplevd uerstattelegheit fordelte seg blant alle sjukepleiarane, og i dette kapitlet vil eg sjå korles fråvershaldningane målt ved samlescore fordeler seg blant sjukepleiarane i undersøkjinga.

4.5.1 Fråvershaldningar målt i samlescore

I likheit med samlescoren som er laga for sjølvopplevd uerstattelegheit så har eg laga ein samlescore over variablane som gjev uttrykk for fråvershaldningane til sjukepleiarane i undersøkjinga. Eg har slått saman 8 variablar til *ein* samlevariabel for fråvershaldningar. I likheit med samlevariabelen for uerstattelegheit har eg måtte snu enkelte av verdiane i variablane slik at dei vender same veg innanfor samlevariabelen. Cronbachs alpha for dei 8 variablane er 0,626, og eg vurderar det som tilfredsstillande til å lage samleindeks for fråvershaldningar. Høg score på samlevariabelen for fråvershaldningar inneber at sjukepleiarane:

Tek i større grad omsyn til om korttidsfråveret deira gjev:

- Meirbelastning på kollegaene
- Om dei vert vanskeleg å erstatte
- Om arbeidsoppgåvene deira vert utført i deira fråvere
- Om pasientane/klientane vil få det tilbodet dei elles ville fått

Dei har høgare terskel for å vere vekke frå jobb:

- når viktige oppgåver ventar på dei og
- når det er høg arbeidsbelastning i avdelinga
- Dei vil i større grad gå på jobb sjuke
- Dei vil i større grad friskmelde seg dersom dei vert friske før ei 10 dagars sjukmelding utløper

Denne samlescoren blir utgangspunktet for vidare analyse av fråvershaldningar i undersøkjinga. I neste avsnitt ser eg på korleis fråvershaldningane fordeler seg blant respondentane i undersøkjinga.

4.5.2 Fordelinga av fråvershaldningar blant sjukepleiarane

Eg set at kriteriet for å vere i kategorien ”betre fråvershaldningar” er å score over eller lik gjennomsnittsverdien som er målt på fråvershaldningsvariabelen for alle sjukepleiarane i undersøkjinga. Gjennomsnittsverdien er 24,9 og eg let delingspunktet gå ved poengverdi ≥ 24 . Dersom sjukepleiarane scorar i snitt 3 poeng, på svarskaalen frå 1-5, på kvar av dei 8 spørsmåla som ligg implisitt i samlevariabelen for fråvershaldningar vil også talverdien bli 24, så eit delingspunkt på 24 for å kategorisere fråvershaldningane kan verke naturleg å velje dersom ein skal dele fråvershaldningane blant sjukepleiarane i to kategoriar.

Tabell 13. *Fråvershaldningar blant sjukepleiarane målt i samlevariabel:*

<u>Respondentar</u>	<u>Tal</u>	<u>Valid Prosent</u>
Betre fråvershaldningar	222	59,9
Dårlegare fråvershaldningar	147	40,1
<u>Totalt</u>	<u>367</u>	<u>100</u>

(7 missing values)

Eg ser at 222 av respondentane (ca.60 %) av sjukepleiarane hamnar i kategorien blant dei med betre fråvershaldningar, og 147 (40 %) av sjukepleiarane kjem i kategorien dårlegare fråvershaldningar. Reint forskingsmessig er dette ein sær overforenkla konstruksjon. Skillet mellom betre og dårlegare fråvershaldningar blant sjukepleiarar vil vere glidande, og det vil også vere eit diskusjonsspørsmål kva kriterier ein bør setje dersom ein kategorisk skal dele fråvershaldningane i to. Det vil også som innleiingsvis nevnt vere ei diskusjonssak korvidt fråvershaldningar slik det er målt i denne undersøkjinga, bør definerast som betre eller dårlegare. Det viktige er imidlertid at det er påvist store skilnader i fråvershaldningar blant sjukepleiarane, når sjukepleiarane vert kategorisert utifrå uerstattelegheitsopplevinga si.

Det kan vere ein moglegheit for at nokre sjukepleiarar vil kunne score seg sjølv høgare på spørsmål som dei opplever måler positive haldningar til fråvere, for å framstille seg sjølv i eit meir fordelaktig lys (Olsen og Mastekaasa 1997:13). Det er 8 indikatorar i samlevariabelen for fråvershaldningar, der det eine spørsmålet går ut på at sjukepleiarane skal vurdere sannhetsgehalten i påstanden ”eg går på jobb sjølv om eg er sjuk”. Det å i stor grad gå på jobb sjølv om ein er sjuk er altså ein av fleire indikatorar i samlevariabelen for fråvershaldningar. Høg score på denne enkeltindikatoren vil gje høgare score i samlevariabelen for

fråvershaldningar. For mange sjukepleiarar vil dette spørsmålet også vere positivt lada. Det å seie at ein i stor grad går på jobb sjølv om ein er sjuk, kan vise at ein er ein arbeidstakar som strekker seg langt for drifta. Ein av respondentane seier i undersøkjinga:

” eg er på jobb i dag, men er sjuk”
(respondent Helse Førde)

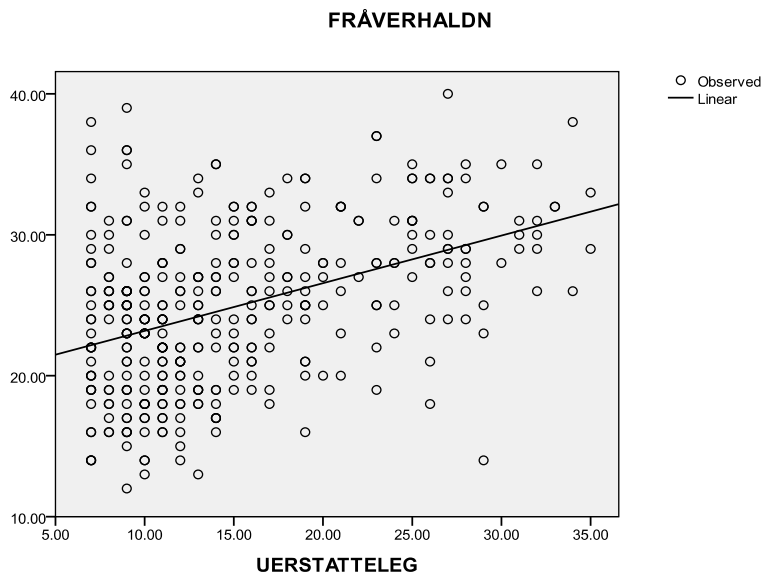
Det er rimeleg å anta at denne respondenten vil poengtere sin sterke arbeidsmoral, og at vedkomande oppfattar det å gå på jobb sjuk som eit uttrykk for dette. Det kan for øvrig også vere at sjukepleiarar i undersøkjinga kan tolke dette annleis. Ein av respondentane seier:

Så sant eg ikkje smittar andre går eg på jobb.
(respondent Helse Førde)

Dette utsegnen uttrykkjer at denne sjukepleiaren og truleg også andre sjukepleiarar i undersøkjinga kan oppfatte det å gå på jobb sjuk som noko negativt lada, all den tid det å vere sjuk eventuelt inneber ein infeksjonsrisiko for pasientar eller medkollegaer. For sjukepleiarar som jobbar fysisk tett innpå sjuke og svake pasientar er det viktig å ikkje utgjere ein infeksjonsrisiko. Å gå på jobb sjuk er imidlertid ikkje nærare definert av meg i undersøkjinga, så det vert opptil sjukepleiarane å vurdere kva dei legg i dette. Det er imidlertid eit faktum at det å gå på jobb sjuk også kan indikere sjukdoms- eller skadetilstandar som ikkje utgjere infeksjonsrisiko for andre eller høg alvorlegheitsgrad. Ved analysa av datamaterialet har eg som tidlegare nevnt kun slått saman dei 8 fråvershaldningsindikatorane som innbyrdes har høg intern konsistens. Om ein i tenkt tilfelle ser føre seg at somme sjukepleiarar søker å score seg urimeleg høgt på dei spørsmåla dei oppfattar skildrar positive fråvershaldningar, så tenkjer eg det er rimeleg å anta at denne tendensen i så fall vil gjere seg gjeldande i begge gruppene av sjukepleiarar. Det vil seie at ei slik eventuelt feilkjelde vil gjere seg gjeldande både hos dei som opplever å vere uerstattelege og dei andre. Eg tenkjer såleis at slike eventuelle feilkjelder ikkje burde påverke i kva grad ein finn *ulike* tendensar i fråvershaldningane til dei erstattelege og dei uerstattelege sjukepleiarane.

4.5.3 Samvariasjonen mellom uerstattelegheit og fråvershaldningar

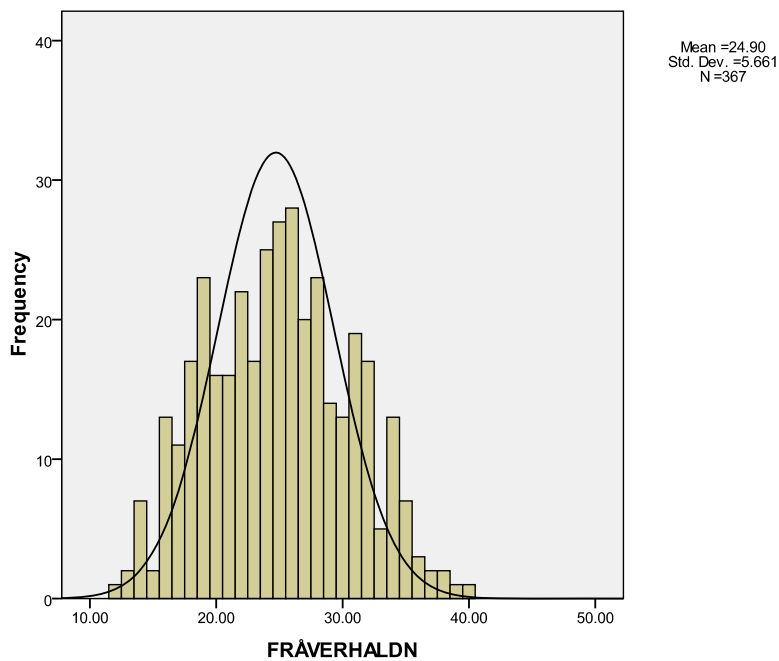
Eit scatterdiagram (prikkdiagram) i SPSS, er ei grafisk framstilling av samvariasjonen mellom to variablar (Midtbø 2007: 47). I dette tilfellet vil eg sjå om det reint visuelt er tendens til at sjølvopplevd uerstattelegheit og fråvershaldningar har samvariasjon (sjå figur 2).



Figur 2: Prikkdiagram over samvariasjon mellom uerstattelegheitsoppleving og fråvershaldningar, med innteikna regresjonslinje

På figur 2 ser vi eit prikkdiagram med innteikna regresjonslinje over samlevariabelen for fråvershaldningar og samlevariabel for uerstattelegheit. Jo tettare prikkane ligg rundt regresjonslinja, desto sterkare er samvariasjonen mellom dei to variablane (Midtbø 2007:48). Reint visuelt ser vi at samvariasjonen (korrelasjonen) er positiv, dvs.vi ser at den innteikna linja er stigande og at denne er rett (lineær). Diagrammet er imidlertid grafisk og gjev oss ingen eksakte talverdiar på korrelasjonen mellom dei to variablane. For å få eksakte tal utover det ein ser reint visuelt, kan ein føreta ei korrelasjonsanalyse, ei analyse som i talverdiar viser grad av samvariasjon mellom dei to variablane. I dette tilfellet brukar eg Pearsons R, det mest kjende korrelasjonsmålet for metriske variablar. Pearsons R kan variere frå -1 (perfekt negativ lineær samanheng) til $+1$ (perfekt positiv lineær samanheng) (Midtbø 2007:55).

Pearson korrelasjonskoeffisient for uerstattelegheit og fråvershaldningar er 0,401 som er ein relativt sterk korrelasjon. Samvariasjonen mellom desse to variablane seier oss at desse variablane passar til å bli brukt i ei regresjonsanalyse. I ei regresjonsanalyse er det som tidlegare nevnt viktig å ha mest mogleg normalfordeling på variablane, spesielt den avhengige (Ringdal 2007). Eg har som nevnt logaritmetransformert uerstattelegheitsvariabelen fordi den var noko høgreskeiv (lang hale mot høgre). Samlevariabelen for fråvershaldningar viser seg å vere bra normalfordelt, som vist i figur 3.



Figur 3: Histogram over fråvershaldningar målt i samlevariabel

Samlevariablane for uerstattelegheit og fråvershaldningar vil i neste avsnitt bli brukt i ei lineær regresjonsanalyse, og eg vel å bruke den logaritmetransformerte uerstattelegheitsvariabelen i vidare analyser.

4.5.4 Samanhengen mellom uerstattelegheit og fråvershaldningar målt ved enkel regresjonsanalyse

Hovudmålet for prosjektet er å sjå om det kan vere ein årsakssamheng mellom uerstattelegheitsopplevinga til sjukepleiarane og betre fråvershaldningar. Til det vil eg bruke regresjonsanalyse - som er ei analyse som eignar seg godt til å sjå om det er ein årsak - effekt samheng mellom to variablar (Midtbø:2007). Målsetjinga i forskingsøyemed er å tilstrebe å falsifisere alternativhypotesa og sannsynleggjere nullhypotesa. Nullhypotesa mi seier at det er ingen samheng mellom fråvershaldningar og opplevinga av uerstattelegheit.

Nullhypotesa er (H 0):

Sjukepleiarar som er lette å erstatte har ikkje annleis fråvershaldningar enn sjukepleiarar som er vanskeleg å erstatte.

Alternativhypotesa mi er som tidlegare gjort greie for i oppgåva, tufta på at eg antar det er ein positiv årsakssamheng mellom uerstattelegheitsopplevinga til sjukepleiarane og fråvershaldningane. Denne eventuelle samanhengen skal la seg måle i talverdiar ved ei regresjonsanalyse som vist i neste tabell. Eg har valt å setje opp ei enkel lineær regresjonsanalyse, med fråvershaldningar som *avhengig* variabel (i samlev variabel) og uerstattelegheit som *uavhengig* variabel (i samlev variabel) i tabell 14:

Tabell 14: Lineær regresjonsanalyse med fråvershaldningar som avhengig variabel og logtransformert uerstattelegheitsvariabel(samlescore) som uavhengig variabel:

(N = 374)

R² = 0.161

Variabel	B	St.avvik	p-nivå	Pearsons Korr.koeff.
log.Uerstattelegheitsoppleving	11.804	1.410	.001	.401

p<0.05 er valgt som signifikansnivå

Ein ser her ein positiv *samvariasjon* mellom fråvershaldningar og uerstattelegheitsopplevinga, uttrykt i korrelasjonskoeffisienten Pearsons R: 0, 401. Dette viser ein *sterk samvariasjon*

mellom variablane. Ein ser også at denne samanhengen er signifikant fordi p-verdien er 0,001, og signifikansnivået vi har valt for analysa er $p\text{-verdi} < 0,05$.

Regresjonskoeffisienten (B) er den verdien fråvershaldningar vil auke med for kvar eining ein går opp på uerstattelegheitsvariabelen. Regresjonskoeffisienten er 11,804. Ein lyt her ha i mente at den uavhengige variabelen er logtransformert, noko som den høge B verdien uttrykkjer. P- verdien som her er $< 0,05$ seier oss at regresjonskoeffisienten uttrykker ei *signifikant* auke i fråvershaldningar for kvart poeng ekstra på samlevariabelen for uerstattelegheit (logtransform.)

Forklart varians (R^2) seier noko om kor mykje av variasjonen i den avhengige variabelen som kan forklarast av dei uavhengige forklaringsvariablane utifrå regresjonsmodellen. I denne modellen har eg kun teke med ein forklaringsvariabel. R^2 er enkelt forklart eit mål for kor tett prikkane i det tidlegare viste prikkdiagrammet ligg rundt den lineære regresjonslinja (Midtbø 2007:87). Viss ein tenkjer seg at prikkane låg perfekt plassert på den lineære regresjonslinja så er $R^2 = 1$. Dvs. det er den maksimalt oppnådde verdien for R^2 , med andre ord 100 % av variansen i fråvershaldningar ville kunne forklarast av uerstattelegheitsopplevinga dersom R^2 var 1. Dette er ein utopi. I denne regresjonsmodellen er R^2 lik 0,161, og det vil seie at om lag 16 % av variansen i fråvershaldningane utifrå denne univariate modellen kan forklarast av uerstattelegheitsopplevinga til sjukepleiarane. Det er vanskeleg å gje eit eintydig svar på kva som er ein høg eller låg R^2 . R^2 vert påverka av mange faktorar, og pleier å ligge høgare for tidsseriedata enn for tverrsnittsdata (dette prosjektet er basert på tverrsnittsdata). Det er også usemje i forskarmiljøet om kva vekt ein skal leggje på den forklarte varians (Midtbø 2007:88). Men som teori og kunnskapsstatus kring fråvere og fråvershaldningar har vist, så veit ein at det er mange faktorar som kan påverke og forklare. Ei slik regresjonsanalyse der ein kun har med *ein* uavhengig forklaringsvariabel i ei regresjonsanalysesom skal forklare fråvershaldningar, vil difor kunne gje eit forenkla og også til dels misvisande bilete av samanhengen mellom variablane (Midtbø 2007: 97). Ein lyt difor justere regresjonsanalysesom for kontrollvariablar for å sjå om det er andre faktorar som eventuelt kan påverke samanhengen mellom uerstattelegheitsopplevinga og fråvershaldningar, eller aleine kan forklare fråvershaldningane. Til det eignar ei multivariat regresjonsanalyse seg, som eg vil ta før meg i neste avsnitt.

4.5.5 Samanhengen mellom uerstattelegheit og fråvershaldningar - målt ved multivariat regresjonsanalyse

Det er viktig å sjå nærare på den positive samanhengen eg fann i tabell 14 mellom uerstattelegheitsopplevinga til sjukepleiarane og betre fråvershaldningar, og spørre seg om om denne er reell, eller om det er andre variablar (som *ikkje* var teke med) som eventuelt kan forklare samanhengen. Eg vil difor i den neste regresjonsanalysa ta med ein del bakgrunnsvariablar frå undersøkjinga som eg har grunn til å tenkje kan påverke *samanhengen* mellom uerstattelegheit og fråvershaldningar, eller fråvershaldningane. Det er også viktig å sjekke at det er signifikant korrelasjon (samvariasjon) mellom den avhengige og dei uavhengige variablane ein tek inn i ei regresjonsanalyse. Det har eg gjort, og i den endelege regresjonsanalysa som er vist i tabell 15, har eg kun teke med variablar som var assosierte både med eksponeringa (uerstattelegheitsvariabelen) og med utfallet (fråvershaldningar). På bakgrunn av denne føresetnaden har eg sett opp regresjonsmodellen i tabell 15.

Tabell 15: Lineær regresjonsanalyse - multivariat, med fråvershaldningar som avhengig variabel og logtransformert uerstattelegheitsvariabel som uavhengig variabel justert for kontrollvariablar:

Variabel	B	St.avvik	R2 = 0.218 (Justert R2 = 0.202)	
			p-nivå	Pearsons Korr.koeff.
log.Uerstattelegheitsoppleving	8.008	2.105	.001	.275
Leiar	.018	1.006	.986	.001
Arbeidstid (dagtid)	2.148	.713	.003	.177
Har ein funksjon i avdelinga di som få eller ingen andre har	.218	.766	.776	.019
Kollegaer sine fråvershaldningar har stor betydning for egne haldningar	.815	.317	.008	.178
Næraste leiar sine fråvershaldningar har betydning for egne haldningar	-.121	.273	.659	-.030
Mindre grad av pasient/klientkontakt	.178	.317	.575	.032

p<0.05 er valgt som signifikansnivå

Som ein ser her når regresjonsanalysa er justert for kontrollvariablar, som alle var signifikant korrelerte med fråvershaldningar i utgangspunktet, så har eg funne 2 nye uavhengige variablar som viser seg å vere signifikant assosierte med betre fråvershaldningar, i tillegg til uerstattelegheitsvariabelen. Uerstattelegheitsvariabelen er fortsatt sterkt signifikant positivt assosiert med betre fråvershaldningar. P- nivået er 0,001, altså godt under 0,05, og det vil seie at ein med meir enn 95 % sannsynlegheit kan forkaste nullhypotesa i prosjektet som seier at det ikkje er samanheng mellom uerstattelegheit og betre fråverhaldningar. Det sannsynleggjer alternativhypotesa som seier at uerstattelegheitsopplevinga til sjukepleiarane påverkar fråvershaldningane positivt.

Korleis vert samanhengen mellom uerstattelegheit og fråvershaldningar påverka av å få inn signifikante kontrollvariablar? I tabell 14 (før eg justerte for kontrollvariablar) så var korrelasjonskoeffisienten 0,401. No er den sunke til 0,275. Det er fortsatt ein positiv relativt sterk korrelasjon mellom uerstattelegheitsopplevinga og fråvershaldningar. Vi ser klart av korrelasjonsverdiane (Pearsons) til dei tre signifikante forklaringsvariablane at det er uerstattelegheitsopplevinga som har den største korrelasjonskoeffisientverdien og difor har den sterkaste betydninga for betre fråvershaldningar i denne modellen. R² har stege frå 0.16 til 0.218 frå den univariate regresjonsmodellen til det kom inn fleire forklaringsvariablar i den multivariate regresjonsanalysa. Det vil seie at når dei signifikante variablane ”dagtid” og ”Kollegaer sine fråvershaldningar(..)” kom inn i modellen, så auka forklaringseffekten til modellen frå 16 % til 21,8 %. Det vil seie at den multivariate regresjonsanalysa forklarar variansen i fråvershaldningar i større grad, ettersom R² har auka med 5,8 % poeng pga. dei to nye signifikante forklaringsvariablane. Det er likevel uerstattelegheitsopplevinga som forklarar størstedelen av variasjonen i fråvershaldningane (høg korr.koeffisient).

Arbeidsplassvariabelen viste seg å ikkje vere signifikant assosiert med betre fråvershaldningar, og på grunn av trulig kolineritet (sterk korrelasjon) mellom denne og arbeidstidsvariabelen så valde eg å ta denne heilt vekk frå regresjonsanalysa i tabell 15. (Signifikansnivået til arbeidstidsvariabelen sank då også til til p 0,003, mot 0,042 før).

Eg har altså funne 2 signifikante forklaringsfaktorar for betre fråvershaldningar i tillegg til uerstattelegheitsopplevinga hjå sjukepleiarane. Det er imidlertid interessant å sjå at av dei

faktorane som eg tidlegare fann var positivt assosierte med uerstattelegheitsopplevinga, er det kun ein av desse faktorane som er direkte assosiert med betre fråvershaldningar. Det er arbeidstidsvariabelen. Det å jobbe dagtid forklarar høgare score på betre fråvershaldningar. I tillegg finn eg at ”betydningen av kollegaer sine haldningar til fråvere” viser seg å vere positivt assosiert med betre fråvershaldningar. Det vil seie at dei som i stor grad bryr seg om kollegaer sine haldningar til fråvere scorar høgare på fråvershaldningar. Dei som i svært stor grad meiner at kollegaer sine haldningar til fråvere har betydning for eige fråvere, scorar 3, 26 poeng meir på fråvershaldningssamlescoren enn dei i som i liten grad bryr seg om kollegaer sine haldningar. Dei respondentane som scorar høgare på betre fråvershaldningar er altså i større grad påverka av kollegaer sine haldningar til fråvere enn andre.

4.5.6 Skilnaden i fråvershaldningar hjå dei uerstattelege og dei erstattelege sjukepleiarane

Ein har altså funne at opplevinga av uerstattelegheit, målt i samlevvariabel, er positivt assosiert med høgare score på fråvershaldningar målt i samlevvariabel. Samlevvariabelen for fråvershaldningar består av 8 måleindikatorar. Det kan vere interessant å sjå korleis svarfordelinga er blant sjukepleiarane på kvar av enkeltindikatorane som ligg i samlevvariabelen. Dersom ein finn at skilnadane som i fråvershaldningar blant dei uerstattelege og erstattelege sjukepleiarane kun er tilstades på enkelte av indikatorane, så vil det svekke grunngevinga for å slå desse indikatorane i lag i samlevvariabel (sjølv om cronbach alpha var tilfredsstillande). Eg har latt delingspunktet for sjølvopplevd uerstattelegheit gå ved gjennomsnittsverdien på uerstattelegheitsvariabelen (gjennomsnittsverdien er 15 poeng) målt for alle sjukepleiarane i undersøkjinga. Det vil seie at dei som scorar 15 poeng eller meir vert definert som som uerstattelege, og dei som scorar under 15 poeng vert definert som dei erstattelege sjukepleiarane. I tabell 16 neste side ser ein ei frekvensfordeling over fråvershaldningane til dei sjølvopplevd uerstattelege og erstattelege sjukepleiarane målt utifrå kvar av dei 8 enkeltindikatorane.

Tabell 16. Fråvershaldningane til dei sjølvopplevd uerstattelege og erstattelege sjukepleiarar vist ved dei 8 enkeltindikatorane som inngår i samlevariabelen for fråvershaldningar.

(n = 374)

		Erstattelege	Uerstattelege	Diff
Eg går på jobb sjølv om eg er sjuk	I stor grad:	33%	54,2%	(21,2)
Dersom eg vert sjukmeldt i 10 dg. Men vert frisk igjen etter 5, vil eg friskmelde meg og gå på jobb	I stor grad:	61,9%	75,5%	(13,6)
Fråveret mitt vert påverka dersom det medfører meirbelastning på kollegaer	I stor grad:	42,2%	73,5%	(31,3)
Fråveret mitt vert påverka dersom det medfører at pasientane ikkje får det tilbodet dei elles ville fått	I stor grad:	13,3%	30,3%	(17)
Eg har høgare terskel for å vere vekke frå jobb dersom det er høg arbeidsbelastning i avdelinga	I stor grad:	69,7%	84,5%	(14,8)
Fråveret mitt vert påverka dersom det medfører at eg eg vert vanskeleg å erstatte	I stor grad:	27,7%	56,7%	(29)
Eg har høgare terskel for å vere vekke frå jobb når eg har viktige oppgåver som ventar på meg	I stor grad:	37,6%	54,7%	(17,1)
Fråveret mitt vert påverka dersom det medfører at arbeidsoppgåvene mine ikkje vert utført	I stor grad	16%	40%	(24)

I tabell 16 ser ein at dei uerstattelege sjukepleiarane scorar vesentleg høgare på dei 8 enkeltvariablane som målar haldningar til korttidsfråvere. Det understøtter grunngevinga mi for å slå desse saman til ein samlevariabel. Det kan kanskje hevdast at dei 3 siste indikatorane i samlescoren over, i *for* stor grad appellerer til dei uerstattelege sjukepleiarane sin arbeidssituasjon. Spørsmåla som omhandlar i kva grad fråveret til sjukepleiaren vert påverka dersom det medfører at

- dei vert vanskelege å erstatte (eller)
- dersom dei har viktige oppgåver som ventar på dei (eller)
- dersom arbeidsoppgåvene deira ikkje vert utført.

Sett at sjukepleiarar som i liten grad opplever at desse 3 effektane vil inntre som følge av fråveret deira, kan ein tenkje seg at desse sjukepleiarane også vil score seg sjølv lågare på svarskalen frå 1-5 i høve til i kva grad desse effektane *vil påverke fråveret* deira. Det er imidlertid stor grad av samsvar på desse tre indikatorane og dei 5 andre indikatorane i samlescoren. Svartendensen for alle variablane er den same, og peikar i klar retning av at sjukepleiarane som opplever seg som uerstattelege generelt har høgare score på alle enkeltvariablane som ligg implisitt i samlevariabelen for fråvershaldningar. Dei 5 øverste indikatorane kan eg ikkje sjå skal appellere meir til dei uerstattelege sjukepleiarane enn dei erstattelege sjukepleiarane. Eg vil imidlertid også påpeike at sjølv om dei 3 siste indikatorane tilsynelatande kan appellere meir til uerstattelege sjukepleiarar så er det grunn til å tru at opplevinga av uerstattelegheit også i mange tilfelle kan opptre periodevis hjå dei meir erstattelege sjukepleiarane. Dette kjem til uttrykk gjennom ein av respondentane på denne måten:

”Eg har ikkje særskilt ansvar i avdelinga, men når eg er gruppeleiar, så er det mykje vanskelegare å vere vekke frå jobb fordi det er vanskeleg for andre å steppe inn for meg på kort varsel.”

(respondent Helse Førde)

Gruppeleiarfunksjonen ved sjukehuset i Helse Førde er ein ansvarsfunksjon som går på omgang hjå sjukepleiarane på sengepostane i sjukehuset. Det inneber at kvar sjukepleiar normalt har nokre dagar på turnusen kvar månad der vedkomande er gruppeleiar og har delegert ansvar for arbeidsfordeling og koordnering av den daglege drifta på sitt vaktskift. Det er litt ulik organisering frå avdeling til avdeling, men det inneber i hovudsak å vere det koordinerande leddet i avdelinga som informasjonsflyten ihøve pasientane går igjennom. Gruppeleiararen er også koordineringsleddet mellom pasient og lege, pårørande og lege, samt mellom lege og dei andre pleiarane. Utsagnet frå respondenten kva gjeld å ha gruppeleiarfunksjon, indikerer at opplevinga av uerstattelegheit såleis kan opptre periodevis hjå sjukepleiarar som elles opplever seg som erstattelege sjukepleiarar. Det seier noko om at på dei vaktskifta der sjukepleiararen har gruppeleiarfunksjon, så oppstår det ei midlertidig uerstattelegheitsoppleving hjå sjukepleiararen som igjen kan påverke fråvershaldningane. Respondenten oppfattar det som vanskelegare å ha fråvere på jobben når vedkomande har fått denne midlertidige funksjonen i avdelinga som få eller ingen andre har, fordi vedkomande oppfattar seg som sjølv som vanskelegare å erstatte. Mi erfaring er at dette er ei utbreidd haldning blant mange sjukepleiarar i Helse Førde, sjølv om eg ikkje gjennom talmaterialet frå

undersøkinga kan fange opp og måle periodevis uerstattelegheitsoppleving. Så sjølv om det som mange forbinder med typiske sjukepleieoppgåver ikkje nødvendigvis er oppgåver som i stor grad vil hope seg opp i eins fråvere, så kan det å ha gruppleiarfunksjon vere eit eksempel på ein midlertidig ansvarsfunksjon hjå sjukepleiarane som kan medføre nærværspress (Saksvik og Finne 2009). Det er ofte slik at det å vere gruppleiar på seinvakta, inneber at ein også har gruppleiarfunksjon på dagvakta dagen etter. I perioden frå seinvakta sluttar (22.30) til neste gruppleiarvakt startar neste morgon (07.15) vil gruppleiarane etter mi erfaring i mange tilfelle sitje med ein heil del pasientrelatert informasjon i hovudet som vedkomande skal vidarebringe til neste dagskift. Dette er i mange tilfelle informasjon som ikkje nødvendigvis i si heilheit er rukke å bli dokumentert tilstrekkeleg i løpet av seinvakta til at det vil vere lett transparent for annan sjukepleiar å steppe inn som gruppleiar på kort varsel. Og sjølv i dei tilfella der det meste er skriftleg dokumentert, så vil ikkje den ”vikarierende” gruppleiaren i tilstrekkeleg grad rekke å lese dette, og såleis ha føresetnad for å overta gruppleiarfunksjonen utan at dette påverkar kvaliteten og flyten i arbeidet på avdelinga den dagen. Dette kan ein tenkje seg kan utgjere eit nærværspress om å kome på jobb, hjå den sjukepleiaren som i utgangspunktet er sett opp med gruppleiarfunksjon.

5. Diskusjon og analyse

Prosjektet mitt byggjer på ei hypotese om at sjukepleiarar som er uerstattelege har annleis fråvershaldningar enn sjukepleiarar som er erstattelege. Firefeltstabellen som eg laga som ein arbeidsmodell ved prosjektstart søkte å vise denne tenkte samanhengen mellom uerstattelegheitsopplevinga og fråvershaldningar.

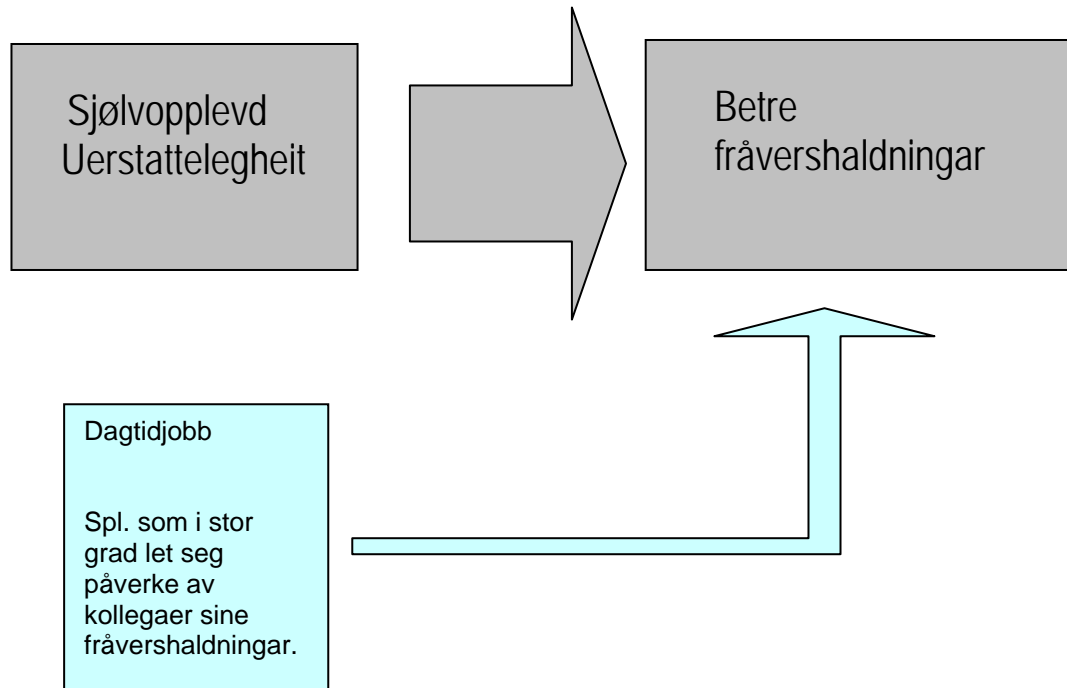
	"Dårlegare" Fråvershaldningar	"Betre" Fråvershaldningar
Erstattelege Sjukepleiarar	X	
Uerstattelege Sjukepleiarar		X

Figur 1: Hypotetisk samanheng mellom sjølvopplevd uerstattelegheit og fråvershaldningar:
(av Lena Haveland, 2011)

Eg har no gjennomgått og analysert datamaterialet frå spørreundersøkjinga og har på bakgrunn av dette laga ein ny modell som illustrerer hovudhypotesen med samanhengar i nyansert utgåve. Denne bekreftar firefeltstabellen, men gjev også utfyllande informasjon om andre samanhengar som firefeltstabellen ikkje gjev. Denne vert presentert i neste avsnitt.

5.1 Illustrasjon av hovudfunn og samanhengar frå undersøkjinga

Vi ser i figur 4 ein illustrasjon av den påviste samanhengen mellom sjølvopplevd uerstattelegheit hjå sjukepleiarane og betre fråvershaldningar, i tillegg til dei to faktorane som viser seg å vere positivt assosiert med betre fråvershaldningar, uavhengig av sjølvopplevd uerstattelegheit.

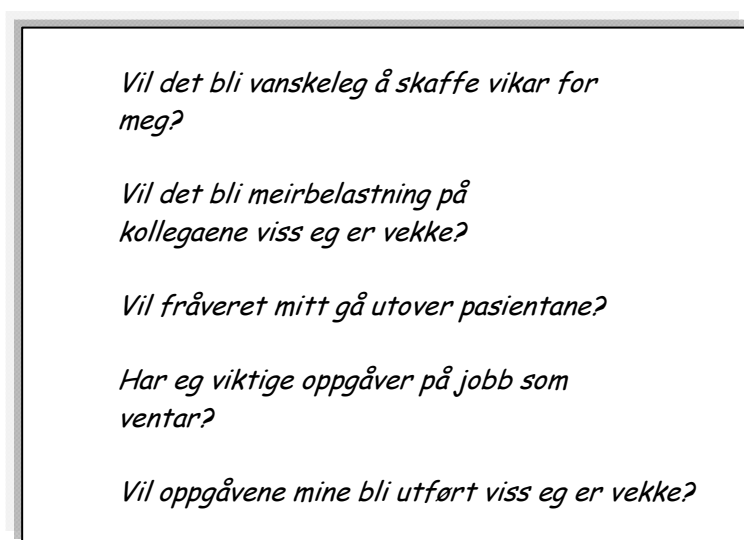


Figur 4: Samanhengen mellom sjølvopplevd uerstattelegheit og fråvershaldningar samt to faktorar som er signifikant assosiert med betre fråvershaldningar (av Lena Haveland, 2011)

Eg har i forrige kapittel sannsynleggjort hypotesa om at opplevinga av å vere uerstatteleg fører til betre fråvershaldningar hjå sjukepleiarar, slik figur 1 hypotetisk indikerte.

Figur 4 er basert på reelle analyse og ein ser at det å oppleve seg som uerstatteleg kan forklare betre fråvershaldningar. Av den breide grå pila på figur 4, forstår ein også at dette er den største forklaringsfaktoren i modellen. I tillegg har analyse frå datamaterialet frå undersøkjinga i Helse Førde vist at det å jobbe dagtid, samt det å meine at kollegaer sine fråvershaldningar har stor betydning for eigne fråvershaldningar er signifikant assosiert med betre fråvershaldningar, uavhengig av sjølvopplevd uerstattelegheit. Desse tre faktorane er

alle forklaringsfaktorar til betre fråvershaldningar. Betre fråvershaldningar er eit uttrykk for at sjukepleiarane i større grad går på jobb sjuke, i større grad vil friskmelde seg dersom dei vert frisk før ei 10 dagars sjukmelding utløper, og dei har høgare terskel for fråvere dersom det er høg arbeidsbelastning i avdelinga. Betre fråvershaldningar inneber også å i større grad å la jobbrelaterte omsyn påverke bruken av korttidsfråveret. Denne jobbrelaterte vurderingsprosessen (figur 5) førekjem i større grad hjå dei sjølvopplevd uerstattelege sjukepleiarane.

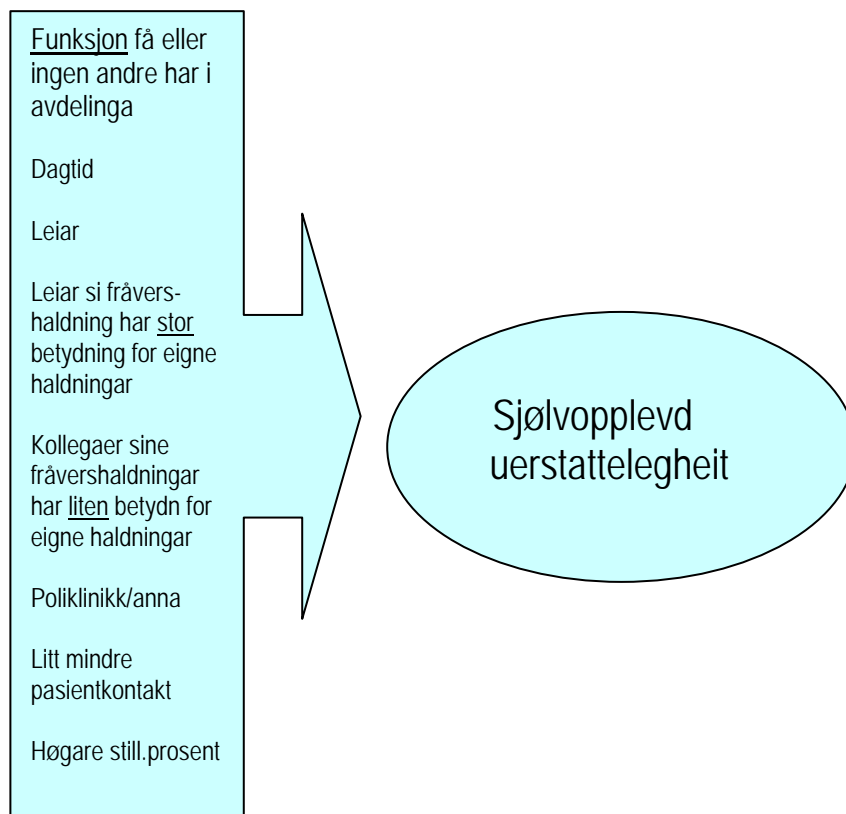


Figur 5: *Vurderingsprosessen som dei sjølvopplevd uerstattelege sjukepleiarane gjennomgår når dei tek stilling til bruk av korttidsfråvere (av Lena Haveland, 2011)*

Vi ser i figur 5 kva jobbrelaterte omsyn som inngår i vurderingsprosessen til dei uerstattelege sjukepleiarane når dei tek stilling til bruk av korttidsfråvere. Alle desse jobbrelaterte omsyna kan seiast å vere i arbeidsgjevar si interesse dersom det medfører at sjukepleiarane ikkje benyttar fråvere. Det kan innebere at sjukepleiaren anten strekkjer seg ekstra for å gå på jobb, eller at sjukepleiaren strekkjer seg ekstra for å skaffe barnevakt til sjuke born. I dei neste kapitla vil eg diskutere nærare kva som kan vere moglege årsaksforklaringar til at sjukepleiarar som opplever seg som uerstattelege i større grad tek slike jobbrelaterte omsyn, og kva som kan forklare kvifor desse sjukepleiarane i større grad rapporterar at dei går på jobb sjuke og vil friskmelde seg i større grad enn andre dersom dei vert friske før utløpet av ei sjukmelding. Sjukepleiarane som opplever seg som uerstattelege er definerte ved at:

- Arbeidsoppgåvene deira kan og vert i mindre grad utført av andre når dei er vekke uforutsett i ei veke.
- Arbeidsoppgåvene deira vert i mindre grad *tilfredsstillande* utført av andre når dei er vekke frå jobb uforutsett i ei veke.
- Arbeidsoppgåvene deira hopar seg i større grad opp når dei er vekke frå jobb ei veke
- Det er vanskelegare å få tak i andre på kort tid som kan gjere arbeidsoppgåvene deira
- Dei utfører i stor grad oppgåver som få eller ingen andre gjer
- Dei har i større grad jobbrelevant kompetanse (erfaring/kunnskap/opplæring) som få eller ingen andre har.

Studien frå undersøkjinga i Helse Førde har vist kva jobbrelevante faktorar som er positivt assosiert med det å oppleve seg som uerstatteleg sjukepleiar i Helse Førde (sjå figur 6).



Figur 6: Faktorar som er positivt assosiert med det å oppleve seg som uerstatteleg sjukepleiar (av Lena Haveland, 2011)

Til venstre i figur 6 ser vi kva faktorar som er signifikant positivt assosiert med det å oppleve seg som uerstatteleg sjukepleiar i Helse Førde, og den viktigaste forklaringsfaktoren er det å

oppleve at ein har ein funksjon i avdelinga som få eller ingen andre har, anten denne er særskilt avlønna eller ei.

Når eg no går vidare i drøftingsdelen av oppgåva, er det viktig å ha med seg at kvaliteten på ei undersøkjing aldri kan vurderast utifrå datamaterialet åleine. Resultata vert fyrst truverdige når dei er forankra i solid teori (Midtbø 2007:27). I den neste delen av drøftingskapitlet vil eg difor på bakgrunn av teori, forskning samt eiga erfaring diskutere nærare kva faktorar som kan bidra til å forklare den samanhengen eg har funne mellom opplevinga av uerstattelegheit og betre fråvershaldningar. Eg vil hovudsakleg konsentrere drøftinga kring kva rolle nærværsfaktorarar, motivasjonsfaktorar, arbeidstilhøva og arbeidsmiljøet spelar i høve til den påviste samanhengen mellom sjølvopplevd uerstattelegheit og betre fråvershaldningar.

5.1 Kva rolle spelar nærværspresset for fråvershaldningane?

Dei såkalla uerstattelege sjukepleiarane, det vil seie sjukepleiarar som opplever seg som uerstattelege, vil i større grad enn dei erstattelege sjukepleiarane vurdere effekten av at dei uteblir frå jobb *før* dei benyttar seg av korttidsfråvere. Effekten av at ein uerstatteleg sjukepleiar uteblir frå jobb kan vere at arbeidet hopar seg opp og eller at det vert meirbelastning på kollegaer. Slike såkalla negative nærværspressfaktorar kan føre til at arbeidstakarar vel å gå på jobb trass sjukdom (Saksvik og Finne 2009:347). Det at dei uerstattelege sjukepleiarane uteblir frå jobb inneber ifølgje dei sjølve, ein vesentleg større effekt enn om dei erstattelege sjukepleiarane uteblir frå jobb. Det er rimeleg å tenkje at dei uerstattelege sjukepleiarane kjenner på eit anna press for å kome på jobben enn kva dei erstattelege sjukepleiarane. Ei rimeleg tolking av at desse sjukepleiarane i større grad rapporterer å gå å jobb sjuke, kan vere på grunn av uunnverligheitspress i form av at det er vanskeleg å skaffe vikar for ein (Saksvik og Finne 2009:347). Det føreligg eit negativt nærværspress om å vere tilstades på jobb, som medfører at desse sjukepleiarane har høgare terskel for å ha fråvere på jobben. Nokre av respondentane har uttrykt følgande i fritekstkommentaren i undersøkjinga:

”Om eg er litt småsjuk sjølv, og veit det er dårleg med folk på jobb, går eg oftast på arbeid” (respondent Helse Førde)

”Jobbar på ei spesialavdeling der det er få tilsette, men er heilt avhengig av å vere minst to på jobb. Viss ein ikkje blir erstatta av nokon ved sjukefråvere, må evt. avd. stengje”. (respondent Helse Førde)

”Jobbar innanfor eit fag der vi kun er to som sit på kompetansen, dersom eg ikkje er på jobb må pasientane få ny time. I nokre tilfeller kan min kollega overta "mine" pasientar”. (respondent Helse Førde)

Ein kan tenkje seg at dersom avdelinga lyt stengje i eins fråvere slik ein av sjukepleiarane uttrykkjer det her, så vil det utgjere eit sterkt negativt nærværspress for sjukepleiarane. Av utsegna ser ein også døme på at når eins eige fråvere går utover ein tredjepart, så kan det i seg sjølv fungere som eit nærværspress. Tredjeparten kan vere kollegaer, men også pasientar. I mange tilfelle vil dette sikkert også vere samanfallande. Utifrå respondentane sine kommentarar så ser ein imidlertid at det ikkje er einstyddande å ha ei stillingar med høgt ansvar for å oppleve uunverligheitspresset. Ein treng ikkje å vere leiar for å kjenne på uunverligheitspress. Opplevinga av at det er mindre tilgang på bemanning og rett bemanning (tilstrekkelegkompetanse), kan i seg sjølv vere ein pressfaktorar for desse sjukepleiarane. I denne undersøkjinga er om lag 14 % av dei spurde sjukepleiarane leiarar. Og vi veit at om lag 40 % av sjukepleiarane i undersøkjinga scora over eller lik gjennomsnittsverdien på uerstattlegheitsindeksen. Dei uerstattelege sjukepleiarane er altså ikkje knytt kun oppimot leiaransvar. Det å vere leiar viser seg heller ikkje å vere positivt assosiert med betre fråvershaldningar, slik uerstattelegheitsopplevinga derimot er. Det å vere ein av få sjukepleiarar på små einingar kan imidlertid gjere det så sårbart for fråvere, at det i seg sjølv påverkar fråvershaldningane i lys av uunverlighetspress eller nærværspress. Eg har ikkje grunnlag for å hevde at det å jobbe på små einingar medfører betre fråvershaldningar. Ein veit imidlertid at det å jobbe på poliklinikk som er langt mindre einingar enn sengepostane, frå undersøkjinga mi viser seg å vere positivt assosiert med det å vere uerstatteleg, og når det er høg spisskompetanse fordelt på få individ, så kan ein tenkje seg at terskelen for fråvere vert høgare.

Det kan også vere at at det er meir synleg å vere sjuk på små einingar. På ein sengepost der det kan vere 40-60 tilsette kan det vere mindre transparent om ein er vekke. Det å vere sjuk på ein sengepost der det er mange sjukepleiarar på kvart skift kan kanskje også bidra til å gjere fråveret meir handterbart, enn om det er færre sjukepleiarar på jobb. På sengepostane vil det

gå lengre tid mellom kvar gang dei same kollegaene er på vakt fordi alle jobbar ulik turnus. I motsetnad til på poliklinikkane der alle er på jobb på same tid på døgnet- på dagtid, så sant dei er på jobb. Det interessante i denne diskusjonen er forvørig ikkje om det er ulike fråverskulturar på små og store einingar, men om dei uerstattelege sjukepleiarane, som vi veit i større grad er assosiert med dagtid og poliklinikkjobb utviklar andre fråversnormer enn dei erstattelege sjukepleiarane. Det viser seg for øvrig at det å jobbe på poliklinikk/anna (ikkje sengepost/akuttmottak) i seg sjølv ikkje er positivt assosiert med betre fråvershaldningar i undersøkjinga mi. Det er imidlertid arbeidstida, det å jobbe dagtid som er signifikant assosiert med betre fråvershaldningar.

Moralpress vert definert som ein negativ nærværspressfaktor. Det handlar om at samvitet til arbeidstakaren pressar ein til å gå på jobb (Saksvik og Finne 2009:347). Eg har ikkje grunnlag for å seie at samvitsfaktoren i større grad gjer seg gjeldande for dei uerstattelege sjukepleiarane enn dei erstattelege. Dette er heller ikkje etterspurt i intervjuguiden. Det interessante ved diskusjonen kring moralpressfaktorar, ville imidlertid vere om ein såg på dei uerstattelege sjukepleiarane utifrå eit personkarakteristikaperspektiv og i mindre grad frå det oppgåverelaterte perspektivet eg har vektlagt i måleindikatorane for uerstattelegheit i oppgåva. Personlege eigenskapar betyr mykje for korleis ein meistrar arbeidet, og mange modellar legg stor vekt på individeigenskapar når ein skal skildre tilhøvet mellom arbeid og helse (Knardal 2000: 273). Viss ein tenkjer seg at dei uerstattelege sjukepleiarane innehar personlege eigenskapar som medfører at dei er meir disponerte og tilbøyelege til å bli tildelt ansvarsfulle oppgåver og funksjonar i arbeidet sitt, som dernest medfører det eg har målt som uerstattelegheitsoppleving, så kan ein sjå det slik at det ikkje nødvendigvis er uerstattelegheitsopplevinga som medfører betre fråvershaldningar, men eigenskapane ved desse sjukepleiarane i form av utprega sterkt samvit som ”pressar” dei til å gå på jobb trass sjukdom. Noko som teoretisk sett kan medføre høgare score på fråvershaldningar i undersøkjinga hjå denne gruppa. Dette har eg imidlertid ikkje grunnlag frå datamaterialet for å hevde. Eg har ikkje hatt fokus på å etterspørre personkarakteristika hjå respondentane og eg vel å ikkje drøfte dette vidare her.

5.2 Motivasjonsfaktorane si betydning for sjølvopplevd uerstattelegheit

Å trivast på jobbe er for mange av oss ein motiverande jobbfaktor. Herzbergs motivasjonsteori går i hovudsak ut på at ein arbeidstakar som trivast vil vere ein motivert arbeidstakar (i Kaufmann og Kaufmann 1998:64-66). Dersom det skulle vere skilnadar i dei uerstattelege og dei erstattelege sjukepleiarane sin trivsel på jobb så kan ein tenkje seg at det kan påverke motivasjonen deira i ulik retning, og at det kan vere ein medvirkande grunn til at dei også får ulike fråvershaldningar. I ei spørreundersøking utført blant 10 000 hjelpepleiarar fann ein at den viktigaste enkeltfaktoren for trivsel og meistring var å ha ein god leiar, og dei som ikkje var tilfreds med leiaren sin hadde også høgare sjukefråvere (Ose:2010). Espeland (2009) har i si masteroppgåve gjort ei systematisk kunnskapsoppsummering omkring samanhengen mellom organisasjonsklima og fråvere og nærvær i verksemdene, og hevder å ha funne at leiarstil, leiarstøtte og tillit til leiar hadde samheng med sjukefråveret (Espeland 2009:4). Eg var ved utarbeiding av intervjuguiden oppteken av å stille spørsmål som i minst mogleg grad skulle støte respondentane. Direkte spørsmål kring sjukepleiarane sin relasjon til leiar var eit av dei spørsmåla eg valde å ikkje ta med. Eg hadde ei formeining om at dei uerstattelege sjukepleiarane i stor grad ville kunne vere leiarar, eller i større grad ha tett leiartilknytning, og at det å stille spørsmål kring leiarrelasjonar i eit relativt lite foretak som Helse Førde i verste fall kunne bidra til at somme av respondentane ikkje ville fullføre undersøkinga, og at eg ville få færre såkalla uerstattelege sjukepleiarar til å svare på undersøkinga. Det er 53 leiarar i undersøkinga mi, og i ettertid kan det kanskje hevdast at eg vektla denne potensielle fråfallfaktoren for mykje. Ein av respondentane skreiv dette i fritekstkomentaren:

”Savner spørsmål om organisasjon og ledelseskultur i HF og hvordan det innvirker på fravær/nærvær. Takket være menneskelig oversykepleier har jeg etter mitt skjønn en sunn holdning til fravær”
(respondent Helse Førde)

Sjukepleiarane i undersøkinga vert imidlertid stilt spørsmål om kva betydning næraste leiar sine fråvershaldningar har for den enkelte sjukepleiar sine egne fråvershaldningar. Eg finn at det å i stor grad bry seg om næraste leiar sine haldningar til fråvere er positivt assosiert med

det å vere uerstatteleg sjukepleiar i Helse Førde. Det vil seie at for dei uerstattelege sjukepleiarane har næraste leiar sine haldningar til fråvere større betydning for eigne fråvershaldningar enn for dei erstattelege sjukepleiarane. Det ser altså ut til at leiartilhøvet kan ha betydning for opplevinga av uerstattelegheit. Fleire av dei uerstattelege sjukepleiarane frå undersøkjinga i Helse Førde er leiarar, eller går kanskje med "ein leiar i magen" i lys av sin særeigne kompetanse/oppgåver i eininga. Undersøkjinga syner også at dei i større grad jobbar på poliklinikk/anna enn dei erstattelege, noko som igjen betyr at dei i større grad jobbar på mindre einingar. På ein poliklinikk vil næraste leiar ofte ha personalansvar for kun 5-10 tilsette. Det er ikkje utenkjeleg at leiartilknytninga vert tettare og at leiar sine haldningar blir viktigare for dei tilsette når leiaren har ansvar for færre tilsette. På sengeposten og i akuttmottak har sjukepleieleiarane i Helse Førde gjerne personalansvar for 30- 50 tilsette. I Helse Førde som i landets øvrige foretak er trenden å slå mindre sengepostar saman til større einingar med tanke på kostnadseffektivitet og stordriftsfordelar. Det inneber i praksis at næraste leiar til sjukepleiarane på sengepostane får personalansvar for fleire. Helse Førde er ei IA- verksemd og dei siste åra har det administrative oppfølgingsarbeidet kring sjukmelde auka for sjukepleieleiarane. Dette vil naturlegvis også stele av den tida leiaren har til oppfølging av dei tilsette generelt. Tilbakemelding på utføringa av jobben ein gjer er ein viktig motivasjonsfaktor, og kan fremme jobbtilfredshet, men også jobbstabiliteten ifølge Hackman og Oldham sin jobbkararakteristikamodell (sitert i Saksvik og Finne 2009:102). Det er naturleg å tenkje at det vil vere lettare for ein leiar å gje tilbakemelding og følge opp kvar og ein tilsett når ein har færre tilsette. Teori tilseier at motivasjon kan bli fremma av det å bli "sett" av leiar (Kaufmann og Kaufmann 1998). Det kan vere at behovet for tilbakemelding og oppfølging, og det å bli "sett" av leiar i større grad vert stetta hjå dei uerstattelege sjukepleiarane. Og at desse motivasjonsfaktorane i større grad er representerte for dei sjukepleiarane som opplever seg som uerstattelege. Sjølv om det er stor grunn til å seie at nærværspressfaktorane hjå dei uerstattelege sjukepleiarane bidreg til betre fråvershaldningar, så kan det også vere at summen av pressfaktorar i lag med ein del motivasjonsfaktorar i arbeidet til dei uerstattelege sjukepleiarane saman kan bidra til høgare score på fråvershaldningar til korttidsfråvere. Vi veit imidlertid at bruk av kortttidsfråvere i enkelte tilfelle også kan bli sett på som ein form for meistringsstrategi for å hente seg inn, og forebygge lengre sjukmeldingar (Brandth 1991, sitert i Gjørund og Størkersen 2009). Det kan av den grunn vere nærliggande å tenkje at kun eksistensen av nærværspressfaktorar i arbeidet utan dei nevnte motivasjonsfaktorane, på lengre sikt kan verke uheldig og påverke fråvershaldningar og fråvere, jamfør Karasek og Theorell sin krav-kontroll modell som seier

noko om at høge krav og lite kontroll på sikt kan føre til sjukdom og fråvere (Karasek og Theorell 1990). Det er for øvrig ikkje utenkjeleg at somme av dei faktorane som her er blitt presenterte som negative nærværspressfaktorar i dei uerstattelege sjukepleiarane sitt arbeid, imidlertid for sjukepleiarane sjølve, kan opplevast som motiverande faktorar. Det kan vere at dersom ein opplever at eins eige og personlege frammøte på jobb kvar dag i stor grad står i direkte avhengighetstilhøve til at pasientane får dei tenestene dei skal ha, og at oppgåvene dine vert utført, så kan dette i seg sjølv verke stimulerande og motiverande, sjølv om det umiddelbart kan framstå som negativ pressfaktorar. Kristensen (1991, sitert i Saksvik og Finne 2009) tilstrebar å skille mellom positive og negative nærværspressfaktorar, men ifølge Saksvik og Finne (2009:357) finn han det vanskelegare å skille mellom dei faktorane som er pressfaktorar og dei som er stimulerande positive.

Behovet for eit minimumsnivå av beslutningsmynde og ansvar som ein kan kalle sitt eige og behovet for å sjå arbeidet sitt som meiningsfylt og viktig, er ifølge arbeidslivsforskar Einar Thorsrud viktige behov, som i den grad dei vert dekkja kan fremme jobbtilfredshet og motivasjon hjå arbeidstakarane (Kaufmann og Kaufmann 1998:66- 67). Dei sjølvopplevd uerstattelege sjukepleiarane meiner at dei i større grad har ein kompetanse som få eller ingen andre har i eininga si og at effekten ved at dei uteblir frå jobb får ein synlegare konsekvens for drifta enn i tilfellet for dei erstattelege sjukepleiarane. Utifrå funna frå undersøkjinga er det grunn til å sei at dei uerstattelege sjukepleiarane i større grad har personleg tilknytta ansvarsoppgåver på jobb som dei kan kalle "sitt eige". Det er også grunn til å tenkje at dei i større grad kan ha ein viss innflytelse og mynde på jobben i lys av den kompetansen eller funksjonen dei innehar. Teorien tilseier at desse faktorane vil bidra til å fremme motivasjon, og skape eit større eigarforhold til jobben. Dette kan kanskje også fremme nærværet på jobb.

Teorien til Hackman og Oldham vektlegg at arbeidet må vere utfordrande (sitert i Glasø 2009). Samstundes veit vi at dersom oppgåvene ikkje står i høve til kva ein meistrar (Karasek og Theorell 1990) så kan det bidra til fråvere. Det å ha nok utfordringar i jobben er imidlertid viktig for å fremme motivasjon. Utifrå svara på spørsmålet: "*I kva grad opplever du at jobben din er utfordrande på ein positiv måte?*" i undersøkjinga mi (spl. er henta frå QPS Nordic) finn eg ikkje signifikante skilnadar mellom dei uerstattelege og dei erstattelege sjukepleiarane sine svar. Men som belyst i diskusjonen i dette kapitlet, så er det grunn til å tru at motivasjon generelt sett, og sett i høve til kva oppgåver og utfordringar ein har i jobben, ikkje er utan betydning.

Identitetskonstruksjon er ein av tre organisatoriske faktorar som viste seg å forklare fråvere og nærvær blant tilsette i forpleiningssektoren offshore. Omgrepet tilseier at identiteten til den tilsette vert utforma på jobben, i samspel med andre. Dersom den tilsette opplever at jobben ein gjer ikkje blir sett på som viktig, så kan det påverke fråveret til dei tilsette (Gjøsund og Størkersen 2009:111). Å sjå arbeidet sitt som meingsfullt og viktig er ein motiverande faktor. Når det gjeld behovet for å sjå arbeidet sitt som meiningsfullt og viktig, så fekk respondentane i mi undersøkjinga følgande to spørsmål: "*I kva grad opplever du at jobben er viktig i livet ditt?*" og "*I kva grad opplever du at jobben du gjer er viktig i eininga di?*" (Henta frå QPS Nordic, men med mindre omformuleringar). Eg finn ingen signifikant skilnad i svara til sjukepleiarane som opplever seg som uerstattelege i høve til dei andre, og har ikkje grunnlag for å seie at dei uerstattelege sjukepleiarane i større grad opplever at arbeidet dei gjer er viktig. Det kan imidlertid vere ei kjelde til diskusjon om dei to spørsmåla i for stor grad fangar opp sjukepleiarane si *eiga* oppleving av at jobben ein gjer er viktig, og i mindre grad fangar om sjukepleiarane opplever at andre (leiarane til dømes) tykkjer jobben dei gjer er viktig. Uerstattelegheitsindikatorane som er brukt i undersøkjinga kan imidlertid også uttrykke noko om kor viktig sjukepleiarane meiner dei er på jobb, all den tid dei fleste indikatorane etterspør effekten av at sjukepleiarane uteblir frå jobb. Dei uerstattelege sjukepleiarane meiner at dei i mindre grad let seg skaffe vikar for, og at deira oppgåver i mindre grad kan bli utført av andre dersom dei er vekke på kort varsel. Dette er faktorar som også kan vere uttrykk for at desse sjukepleiarane meiner dei er viktige på jobb. Å oppleve at jobben ein gjer er viktig kan vere med på å utforme arbeidstakarane sin arbeidsidentitet. Og identitetskonstruksjon har vist seg å ha samanheng med fråvere og nærvær (Gjøsund og Størkersen 2009:111). Det kan tilseie at det å oppleve seg sjølv som uerstatteleg på jobb kan bli/vere ein del av identitetskonstruksjonen til desse sjukepleiarane, som igjen kan tenkjast å bidra til å forklare noko av samanhengen med betre fråvershaldningar.

5.3 Har uerstattelige sjukepleiarar betre fråvershaldningar eller betre arbeidstilhøve?

Ein av respondentane frå undersøkjinga har uttrykt kva vedkomande meinar om enkelte sin terskel for å vere vekke frå jobb.

*”Alt for lett å vere heime!! Låg moral! Ingen karensdag”
(respondent Helse Førde)*

Det vert sagt at det er for lett å vere heime, og at somme kollegaer har for låg terskel for fråvere. Det å ha låg terskel for å vere vekke frå jobben er stort sett noko som kling negativt for dei fleste av oss. Sidan fråvershaldningar er målt ved ulike indikatorar som er slått saman til ein samlevariabel av fråvershaldningar, lyt også fråvershaldningane tolkast i lys av dei indikatorane som ligg i samlevariabelen. Men gitt det som ligg i samlevariabelen for fråvershaldningar så veit ein at dei uerstattelige sjukepleiarane gjev uttrykk for å ha høgare terskel for å vere vekke frå jobb, at dei i større grad går på jobb sjølv om dei er sjuke, i større grad vil friskmelde seg før sjukemeldinga utløper og i større grad vil la omsyn til andre på jobben (kollegaer og pasientar) påverke om ein tek ut korttidsfråvere eller ei. Kan det tenkjast at noko av grunnen til at dei uerstattelige sjukepleiarane scorar høgare på betre fråvershaldningar, er at dei har annleis arbeidstilhøve på jobb som i større grad gjer det lettare for dei å gå på jobb sjølv om dei er halvsjuke? Eller kan det vere at dei i større grad kan styre arbeidstida si utan å måtte ta ut fråversdagar? Ein av respondentane seier:

”Jeg kan være borte fra jobb med syke barn på dagtid og ta igjen enkelte av mine oppgaver senere på dag når far er kommet hjem. Eller jeg kan utføre deler av jobben fra hjemmet. Dette gjør jeg svært ofte når jeg er hjemme med syke barn. Men mye kan ikke gjøres hjemmefra”.

(respondent Helse Førde)

Blant kvinner med deltidarbeid er det få som har fleksible frammøtetider. I det heile teke er fleksitid lite utbreidd, og det er nesten berre dagtidarbeidande med heiltidsjobb som har moglegheita for å variere frammøtetida (Abrahamsen og Kalleberg 1986:5) Er det noko som tilseiar at det vil vere lettare for dei uerstattelige sjukepleiarane (som viser seg i større grad å bestå av dagtidarbeidarar og poliklinikktilsette) å flekse med arbeidstida si slik at ein i mindre grad er avhengig av å ta ut korttidsfråvere? Ein typisk turnusarbeidande sjukepleiar startar

dagvakta si på sjukehuset klokka halv åtte om morgonen, og vil i dei fleste tilfelle vere avhengig av å stille presis på jobb til dette tidspunktet ettersom den viktige morgonrapporten føregår på dette tidspunktet. Dersom det skulle vere faktorar i den uerstattelege sjukepleiar sin arbeidssituasjon som gjer at vedkomande i større grad kan flekse litt med arbeidstida si på morgonen, så kan ein tenkje seg at det kan gjere det enklare å få tid til å skaffe til veie barnepass for eventuelt sjuke born, og såleis hindre bruk av eigenmelding. Det forutset imidlertid likevel eit ”ynskje” hjå arbeidstakaren om å ville unngå å bruke ei eigenmelding for barnet sjølv om vedkomande reint lovmessig har krav på det. Noko som igjen tilseier at det er grunn til å tru at det lyt vere press – eller motivasjonsfaktorar tilstades i tillegg til anledningen til å eventuelt tilpasse arbeidstidsframmøtet. Eg har imidlertid ikkje stilt spørsmål i undersøkjinga vedrørande fleksibiliteten til sjukepleiarane i høve til frammøtetider og arbeidstid. Det å jobbe dagtid, og å jobbe på poliklinikk er imidlertid positivt assosiert med dei uerstattelige sjukepleiarane. Frammøtetida på poliklinikkane i Helse Førde er klokka 08, men ein startar ikkje umiddelbart med pasientmottak. Den fyrste halvtimen/timen går ofte med til utstyrsførebuande og administrative tiltak før dei fyrste pasientane kjem. Det kan kanskje skape eit handlingsrom for større tidfleksibilitet på morgonen, men eg har ikkje grunnlag for å hevde det. Turnusarbeidarane på si side har ofte sein og nattevakter, og vil i også i mange tilfelle kunne passe sjuke born sjølv før ein går på seinvakt.

Dei som jobbar turnus scorar lågare på fråvershaldningar enn dagtidarbeidarar i undersøkjinga. Dagtidarbeid er både assosiert med uerstattelegheitsopplevinga hjå sjukepleiarane, men også direkte assosiert med betre fråvershaldningar. Sistnevnte samanheng er signifikant, men ikkje veldig sterk, sett i høve til uerstattelegheitsopplevinga, og dagtidsfaktoren forklarar i begrensa grad variasjonen i fråvershaldningar blant sjukepleiarane i undersøkjinga frå Helse Førde. Bakgrunnen for å sjå om det å jobbe dagtid framfor turnus vil påverke sjukepleiarane sine fråvershaldningar, er relatert til forskning som viser at turnus-skiftarbeidarar generelt har høgare fråvere enn dei som jobbar dagtid (Ose, S.O etal. 2006). 81 % av dei som jobbar dagtid i undersøkjinga frå Helse Førde scorar over eller lik gjennomsnittsverdien på fråvershaldningsindeksen for alle sjukepleiarane i undersøkjinga. Medan det tilsvarande talet er 51 % for turnusarbeidarane. Mange som jobbar turnus vil ofte i stor grad ha direkte pasientnær kontakt i form av fysisk pleie av pasientar. Det kan vere at dette i kombinasjon med å jobbe turnus kan vere ein medvirkande årsak til at turnusarbeidarane i mi undersøkjing får lågare score på fråvershaldningar. Det er ein stor grad av samvariasjon mellom dei som jobbar turnus og det å i stor grad ha pasient/klientkontakt.

Det vert imidlertid som tidlegare nevnt ikkje presisert om det er direkte eller indirekte pasient/klientkontakt. Men sjølv om vi veit at skift- og turnusarbeid påverkar helsa til arbeidstakarane, så kan det vere eit komplekst samspel. Det er ikkje sikkert at heile grunnen til ulik score på fråvershaldningar hjå dagarbeidarane og turnusarbeidarane i undersøkjinga frå Helse Førde skuldast at det er helseaspektet ved å jobbe turnus aleine som påverkar fråvershaldningane ulikt. Det kan ifølge studier Kleiven (2001) viser til, vere at arbeidskulturen utviklar seg ulikt blant dagarbeidarane og turnusarbeidarane. Det er nemleg ofte slik at når ein turnusarbeidar er vekke frå jobb, så må andre overta jobben istaden. Skiftlaget (red.merk.:eller turnuslaget) kan opplevast som ein familie, der terskelen for fråvere er lågare enn den er hjå dagarbeidarane, slik at dette kan gje seg utslag i annleis fråvermønster (Kleiven 2001: 26-27). Bemanninga på dei turnusprega einingane på sjukehuset i Helse Førde er ofte såpass marginale på dei ubekveme vaktene at dersom ein sjukepleiar har fråvere på nattevakt, seinvakt og i helgane, så er det underforstått og kjent for sjukepleiarane at det vil måtte skaffast til vege ny sjukepleiar. Dermed kan det vere nærliggande å tenkje at turnusarbeidaren i mindre grad vil kjenne på ansvaret for at kollegaene går underbemanna ved sitt fråvere fordi ein veit at leiar vil måtte skaffe vikar, særskilt på dei ubekveme vaktene. Det kunne imidlertid vere interessant å vite om og eventuelt korleis det påverkar turnussjukepleiarane sine fråvershaldningar generelt, dersom dei veit at tilgangen på vikarar (andre sjukepleiekollegaer) som kan steppe inn kort varsel er begrensa. At tilgangen på bemanning spelar ei rolle for fråversterskelen for sjukepleiarane i Helse Førde er det imidlertid grunn til å hevde, ettersom heile 43 % av turnussjukepleiarane i undersøkjinga frå Helse Førde seier at dei i stor/svært stor grad har høgare terskel for fråvere når det er helg og høgtid. Det er ingenting som tilseier at ein er mindre sjuk på desse tidene. Men dette er ei tid då alle sjukepleiarar veit at tilgangen på vikarar som kan steppe inn på kort varsel er begrensa. Ein ser altså her eit uttrykk for at kunnskapen om at begrensa tilgang på vikarar kan indikere ein begrensande faktor på sjukepleiarane sitt fråvere(korttids).

Vi veit altså at dei uerstattelege sjukepleiarane er ei gruppe i stor grad beståande av sjukepleiarar som har ein funksjon i avdelinga som få eller ingen andre, har, fleire er leiarar, dagtidarbeidarar, polikliniktilsette osv. Det er nærliggande å tenkje at dette er ei gruppe sjukepleiarar som i større grad enn dei erstattelege sjukepleiarane har meir type ”kontorarbeid”. Sjølv om kontorarbeid i denne samanheng likevel inneber at det er sjukepleiarar som har stor grad av pasientkontakt. Heile 95 % av alle dei spurde sjukepleiarane i undersøkjinga har nemleg ei stilling som inneber at ein må ha

sjukepleiarutdanning, og 89 % av sjukepleiarane seier dei har i stor/svært stor grad pasient/klientkontakt. Kan det likevel vere at dei som er uerstattelege i større grad kan gå på jobb halvsjuke, fordi det er enklare for dei å utføre oppgåvene dei har, sjølv om ein kanskje ikkje er heilt i form? Kan det vere "lettare" å vere halvsjuk "delvis kontorarbeidande" sjukepleiar enn å gå ute i fysisk pleie med pasientane? Har desse uerstattelege sjukepleiarane meir frihet i arbeidet i form av mulighet for å ta småpauser innimellom til dømes? Kan det vere at dei har mindre fysisk krevjande oppgåver, mindre tidspress og/eller meir innflytelse på tidsdisponeringa i arbeidet enn dei sjukepleiarane som opplever seg som erstattelege? Eg har ikkje i undersøkjinga kartlagt tidspress og fysisk belastning i jobbsituasjonen, så det vert vanskeleg å seie noko eksakt om dette. Menneskebehandlande yrke har liten sjølvbestemmelse i arbeidet, ifølge Abrahamsen (1986) og siktar til i kva grad den tilsette kan planlegge og regulere arbeidsoppgåver, bestemme tempo i arbeidet og moglegheita for å ta småpausar i arbeidet. Sjukepleiarar vert trekt fram som eksempel på eit slikt yrke (Abrahamsen 1986 :13) Det er likevel ikkje urimeleg å anta at det kan vere vesentlege skilnader innanfor sjukepleiaryrket og eventuelt mellom dei uerstattelege og dei erstattelege sjukepleiarane sine arbeidstilhøve. Det er nærliggande å tenkje at dei sjølvopplevd uerstattelege sjukepleiarane i lys av sin "uunnverlige" funksjon har meir innflytelse og sjølvbestemmelse i arbeidet sitt enn dei erstattelege, og kanskje kan denne faktoren i større grad kan vege opp for eventuelle belastningar i jobben, og kanskje også i større grad bidra til sjukenærveret hjå denne gruppa. Det er mogleg at desse sjukepleiarane i større grad har moglegheit for sjukenærver dersom arbeidet til ein viss grad lettare kan tilpassast formen sjukepleiaren er i. Når det gjeld tidsfaktoren i jobbsamheng, og i kva grad sjukepleiarane opplever at dei får utført jobben sin utan stort tidspress, så er dette altså ikkje målt i denne undersøkjinga. Men eg vil hevde at tilstrekkeleg med tid for å gjere ein god jobb i arbeidet med pasientar og klientar generelt er viktig for sjukepleiarane. Og det er rimeleg å tenkje at det å ha tid nok til å utføre arbeidet sitt er ein faktor som kan påverke fråvershaldningane til dei tilsette. I den grad eg hadde etterspurt dette i undersøkjinga, og funne at dei uerstattelege har større innflytelse på tidsbruken i arbeidet sitt, så vil dette kanskje bidra til å forklare noko av samanhengen ein finn mellom uerstattelegheit og betre fråvershaldningar.

5.4 Kva rolle spelar arbeidsmiljøet for samanhengen mellom sjølvopplevd uerstattelegheit og betre fråvershaldningar?

Funn frå undersøkjinga i Helse Førde viser at det er ulike arbeidsfaktorar som er assosiert med dei uerstattelege sjukepleiarane i høve til dei erstattelege sjukepleiarane. Dei uerstattelege sjukepleiarane jobbar i større grad dagtid og oftare på poliklinikk/andre einingar enn i dei turnusdrevne sengepostane/akuttmottaka. Det kan sjå ut som dei uerstattelege sjukepleiarane i større grad jobbar på mindre einingar enn dei erstattelege sjukepleiarane. Eg har diskutert at nærværspressfaktorane hjå dei uerstattelege sjukepleiarane kan spele ei vesentleg rolle i samanhengen mellom uerstattelegheitsopplevinga deira og betre fråvershaldningar. Det er imidlertid grunn til å tru at det også kan vere andre motivasjonfaktorar i arbeidet til dei uerstattelege som kan bidra til ulike fråvershaldningar enn hjå dei erstattelege. Ein kan heller ikkje utelukke at dei uerstattelege sjukepleiarane er prega av andre fråversnormer enn dei erstattelege anten på individnivå og /eller gruppenivå. Det vert antyda at kvinnedominerte arbeidsplassar utvikler normer som er meir tolerante i høve til sjukefråvere (Ose, S.O.; Jensberg, H.; Reinertsen, R.E.; Sandsund, M. og J.M. Dyrstad 2006). Ein kan tenkje seg at det kan utvikle seg ulike fråversnormer innanfor ulike einingar i same foretaket, og ulik toleranse for fråvere på mindre einingar som er sårbare for fråvere der dei tilsette i stor grad er avhengig av at alle kjem på jobb. Med omgrepet fråverskultur antek ein at det eksisterar lokale normer og ei felles forståing av kva som er eit akseptabelt fråversnivå. (NOU 2000:27).

Sosial støtte frå kollegaer og/eller leiing minskar risiko for sjukefråvere(Ose, S.O.et.al.2006)
Funn frå undersøkjinga i Helse Førde viser at det å i mindre grad bry seg om kollegaer sine fråvershaldningar er positivt assosiert med det å oppleve seg som ein uerstatteleg sjukepleiar. Samtidig er det å i stor grad bry seg om næraste leiar sine fråvershaldningar positivt assosiert med uerstattelegheitsopplevinga hjå sjukepleiarane. Omlag 32 % av dei uerstattelege sjukepleiarane seier at næraste leiar sine fråvershaldningar har stor/svært stor betydning for egne fråvershaldningar. Det tilsvarande talet for dei erstattelege sjukepleiarane er 18 %. Det viser at dei uerstattelege sjukepleiarane har ein tettare tilknytning til leiar sine fråvershaldningar enn til kollegaene sine fråvershaldningar. Vi veit at uerstattelege sjukepleiarar i store grad består av leiarar, og/eller at dei i større grad har ein funksjon i avdelinga som gjere dei meir uunnverlege. Det er imidlertid heile 33 % ikkje- leiarar som

hamnar i kategorien uerstattelege sjukepleiarar (dvs. over eller lik gjennomsnittsverdien på samlescoren) så det å vere leiar i seg sjølv forklarar på ingen måte uerstattelegheitsopplevinga hjå sjukepleiarane aleine. Vi veit at det å adaptere næraste leiar sine fråvershaldnignar er klart signifikant assosiert med å det å oppleve seg sjølv som ein uerstatteleg sjukepleiar. Det er nærliggande å tenkje at desse uerstattelege sjukepleiarane i større grad assosierer seg med leiarane i foretaket, som igjen sannsynlegvis i større grad er tettare kopla til foretaket sine interesser. Leiarlojaliteten hjå denne gruppa kan synast å vere større, viss ein ser på det å adaptere næraste leiar sine fråvershaldningar som eit lojalitetsuttrykk. Det indikerer at leiaren synast å vere ein nøkkelperson for danninga av fråversnormer hjå desse sjukepleiarane. Og denne normdanninga synast å trekkje i retning av ei meir restriktiv haldning til fråvere på jobben.

Generelt ser ein frå undersøkjinga i Helse Førde, at sjukenærvar (Saksvik og Finne 2009) hos sjukepleiarane er utbreidd. Det vil seie at det er ein høg grad av sjukepleiarar som rapporterer i undersøkjinga at dei går på jobb sjuke. 43 % av alle sjukepleiarane i undersøkjinga seier at dei i stor eller svært stor grad går på jobb sjølv om dei er sjuke. Denne haldninga er imidlertid betydeleg meir utbreidd blant dei sjukepleiarane som opplever at dei er uerstattelege (54 % går i stor/svært stor grad på jobb sjuke) i høve til dei erstattelege sjukepleiarane (33 %). Vi veit at det å jobbe på poliklinikk til ein viss grad er positivt assosiert med dei uerstattelege sjukepleiarane, og eg lyt sjå om det er noko ved eigenarten i arbeidet ved poliklinikkane som tilseier at denne sjukenærvarshaldninga er utbreidd. 55 % av dei tilsette på poliklinikken seier at dei i stor eller svært stor grad går på jobb sjølv om dei er sjuke. På sengeposten/akuttmottak er det 37 % av dei tilsette som seier at dei går på jobb sjølv om dei er sjuke. 18 % fleire av respondentane som jobbar på poliklinikk/anna ville hamna i kategorien med betre fråvershaldningar enn dei andre. Det indikerer at det er ulike haldningar til fråvere innanfor dei ulike einingane i Helse Førde. Ein stor og naturleg del av denne skilnaden kan ein tenkje vil vere nærliggande å relatere til at sjukepleiarar som jobbar på sengepost/akuttmottak/intensivavd generelt sett behandlar dårlegare pasientar enn dei som jobbar på poliklinikk/anna. Det vil seie at pasientar som er innlagte i sjukehuset (slik som på sengepostane) generelt sett må reknast som dårlegare enn dei som går til undersøkjing/behandling på poliklinikken. Det er naturleg å tenkje at aksepten for å gå på jobb for ein ”halvsjuk” sjukepleiar og potensielt sett smitte pasientane, vil vere lågare på sengepostane. Innhaldet i samlescoren for fråvershaldningar inneheld altså ein sjukenærvarsindikator (det å gå på jobb sjuk). Når eg fjernar denne indikatoren frå samlevariabelen frå

fråvershaldningar for å sjå om det er *denne* som utgjer skilnaden i fråvershaldningar til dei som jobber på sengepost kontra poliklinikkane, så finn eg at likevel at det er 21 % fleire blant dei som jobbar på poliklinikk/anna som ville hamna i kategorien betre fråvershaldningar enn blant dei som jobbar på sengepost/akuttmottak. Så det at ein i mindre grad kan og bør gå på jobb sjuke (pga. infeksjonsrisiko etc.) på sengepost/akuttmottak kan altså ikkje forklare skilnaden i fråvershaldningar mellom desse einingane aleine. Innhaldet i samlescoren for fråvershaldningar er imidlertid som kjent ikke kun målt i indikatorar som måler sjukenærver (altså det å gå på jobb sjuk), men det inneheld også ein ”friskmeldings”indikator som etterspør i kva grad sjukepleiarane vil friskmelde seg før ei 10 dagars sjukmelding utløper dersom vedkomande kjenner seg frisk etter fem dagar. Når eg samanliknar fråvershaldningane til sjukepleiarane på sengepost/akuttmottak kontra poliklinikk/anna kun utifrå denne eine ”friskmeldingsindikatoren” så finn eg imidlertid ingen skilnadar.

Anten så er ein frisk og går på jobb, eller så er ein såpass dårleg at ein ikkje vil kunne utføre oppgåvene tilfredsstillande, og då blir ein heime. (respondent Helse Førde)

Denne respondenten gjev uttrykk for at det å vere sjuk er eit ”anten frisk nok, eller sjuk nok” spørsmål, og underforstått at sjukepleiarane har same forståing av kva som inngår i desse uttrykkja. Utifrå funn frå denne undersøkinga, samt etablert forskning kring fråvere, så veit vi at fråvere på jobb ikkje nødvendigvis er eit anten - eller spørsmål. Fråvere kan vere eit resultat av både helserelevante problem og korleis det enkelte individ forhold seg til dette (NOU 2010:13). Det kan også vere ulik oppfatning både på individ og gruppenivå på arbeidsplassen om kva som er ”sjuk nok” for å vere heime, eller ”frisk nok” til å gå på jobb. Det er ikkje gitt at alle sjukepleiarar har same oppfatning av kva som ligg i det denne respondenten kallar ”frisk nok”. Det vil vere både kontekst -og normavhengig, i tillegg til det helserelevante aspektet. Saksvik og Nytrø (2009:348) omtalar omgrepet meistringsfråvere, der fråvere vert definert som frivillig, men naudsynt fråver frå jobben, til dømes å ta ei eigenmelding når det er belastande på jobb, og ein treng eit avbrekk for å meistre situasjonen og unngå å bli langtidssjuk. Berit Brandth (1991, sitert i Gjørund og Størkersen 2009:11) poengterer at det å vere vekke frå jobben kan sjåast som ei aktiv handling viss det vert brukt som ein meistringsstrategi. Når ein her finn at dei uerstattelege sjukepleiarane har annleis fråvershaldningar enn dei erstattelege sjukepleiarane, så indikerer det også at fråvere og haldningar til fråvere ikkje kun er helserelevante. Ein har sett i figur 3 at dei sjukepleiarane som i større grad opplever seg som uerstattelege gjennomgår ein annan vurderingsprosess før dei

tek beslutning om eventuelt å bruke korttidsfråvere. Denne vurderingsprosessen går ut på å vurdere potensielt uheldige konsekvensar av fråveret sitt med tanke på drifta på jobb. Det er nærliggande å tenkje at denne vurderingsprosessen i større grad vil gjere seg gjeldande i dei tilfella då sjukepleiarane befinn seg i *gråsona* mellom frisk og sjuk, og/eller i dei tilfella det kan vere snakk om fråvere som praktisk sett *kan* unngåast, dersom arbeidstakaren strekkjer seg litt ekstra for det. Når sjukepleiaren er i denne ”mellomsona” mellom ”frisk nok” eller ”sjuk nok” kan ein tenkje seg at det oppstår eit handlingsrom der dei sjukepleiarane som opplever seg som uerstattelige i større grad tek jobbrelaterte omsyn når dei vurderar bruk av korttidsfråvere. Eg vil hevde det er nyttig for sjukepleieieiarane å kjenne til dette handlingsrommet og denne vurderingsprosessen som kan oppstå før bruk av korttidsfråvere. Det er nyttig å kjenne til at dei uerstattelige sjukepleiarane i denne fasen i større grad viser seg å vere mottakelege for jobbrelaterte omsyn. Men det er også nærliggjande å tenkje at leiarane med små eller større grep også kan vere nøkkelpersonar for å fremme denne vurderingsprosessen, som kanskje kan i større grad forståast som eit uttrykk for lojalitet til foretaket.

Vi veit at arbeidsmiljøet kan påverke fråveret (Ose:2010). Vi veit også at sosial støtte frå kollegaer hemmer fråvere og at organisasjonskulturen på arbeidsplassen kan fremme sjukenærver (Espeland 2009:4). Det er for øvrig vanskeleg å måle fråversnormer og fråverskultur, og det vil også vere vanskeleg å skille dei generelle arbeidsmiljøfaktorane og fråverskulturen frå kvarandre når det gjeld effekten desse har på haldningane til fråvere (Olsen og Mastekaasa 1997:89). Sjukepleiarane frå undersøkjinga i Helse Førde er jamt over tilfredse med arbeidsmiljøet utifrå spørsmåla som er stilt omkring arbeidsmiljøet (sjå svara i sin heilheit på vedlegg). Utifrå arbeidsmiljøindeksen (som er ein samlevariabel av fire spørsmål knytt til arbeidssmiljø) finn eg ikkje signifikante skilnad i arbeidsmiljøtilfredshet mellom dei uerstattelege og erstattelege sjukepleiarane. Eg fann heller ikkje at høg score på arbeidsmiljøsamlescoren var assosiert med høgare score på betre fråvershaldningar i undersøkjinga. Tilfredsheit med arbeidsmiljøet i Helse Førde synast såleis ikkje å spele ei rolle for samanhengen mellom samanhengen mellom sjølvopplevd uerstattelegheit og fråverhaldningar, eller å påverke fråvershaldningane signifikant i denne undersøkjinga. Funn frå undersøkjinga i Helse Førde viser imidlertid at sjukepleiarar, (uavhengig av uerstattelegheitsopplevinga) som hevdar at det å hevde at kollegaer sine fråvershaldningar har stor betydning for egne fråvershaldningar har signifikant samanheng med høgare score på fråvershaldningsvariabelen. Den generelle arbeidsmiljøvariabelen

(i samleindeks) i undersøkjinga var ikkje assosiert med verken uerstattelegheit eller betre fråvershaldningar. Funn frå undersøkjinga indikerer likevel at fråvernorene som eksisterer blant dei tilsette på eininga påverkar sjukepleiarane og kan representere ein eigen og meir ”atskilt” del av det øvrige arbeidsmiljøet. All den tid vi ser at fråverhaldningane til kollegaer har ein smitteeffekt på sjukepleiarane sine egne fråvershaldningar, indikerer det at det er viktig å utvikle fråverskulturar på einingane som både er sunne for arbeidstakarane og samstundes ivaretek foretaket sine driftsmessige interesser. Det er grunn til å tenkje at leiarane spelar ei viktig rolle her. Sjølv om det å adaptere næraste leiar sine fråvershaldningar ikkje er signifikant positivt assosiert med betre fråvershaldningar i denne undersøkjinga (men med uerstattelegheitsopplevinga), tenkjer eg likevel at leiar spelar ei vesentleg rolle ved danninga av fråversnormer hjå dei tilsette på einingane. Både i lys av rolla som kulturformidlar og premissleverandør i lys av å vere personalleiar med kontaktflate for eit stort tal tilsette sjukepleiarar.

6. Avsluttande vurderingar

Problemstillinga for prosjektet var som følgjer:

Kan opplevinga av uerstattelegheit på jobben påverke sjukepleiarane sine fråvershaldningar?

Eg valde å formulere ei hypotese (alternativhypotesa) som seier at:

Sjukepleiarar som opplever seg som uerstattelege på jobb har betre fråvershaldningar enn sjukepleiarar som opplever seg som erstattelege.

For å teste denne hypotesa statistisk lyt ein formulere ei nullhypotese. Nullhypotesa seiar at alternativhypotesa er feil. Basert på statistisk analyse og signifikanstesting av datamaterialet frå spørreundersøkinga blant 374 sjukepleiarar i Helse Førde, har eg i denne oppgåva sannsynleggjort at nullhypotesa kan forkastast (med mindre enn 5 % sjanse for at dette er feil). Under føresetnad av at dei belyste validitets- og reliabilitetsaspekta er tilstrekkeleg ivaretekne, kan ein seie at alternativhypotesa (over) er sannsynleggjort. Det betyr at eg på bakgrunn av dette, sett i lys av teoretisk og empirisk drøfting i oppgåva, hevdar at sjukepleiarar som opplever seg som meir uerstattelege på jobb har signifikant betre fråvershaldningar (slik det er definert i dette prosjektet) enn sjukepleiarar som i mindre grad opplever seg som uerstattelege. Sjukepleiarar som opplever seg som uerstattelege på jobb, seier dei i større grad går på jobb sjuke, i større grad friskmelder seg dersom dei kjenner seg friske før ei 10 dagars sjukmelding utløper, har høgare terskel for fråvere ved høg arbeidsbelastning i avdelinga og dei vil i større grad ta jobbrelaterte omsyn når dei vurderer bruk av korttidsfråvere på jobb.

Det er grunn til å hevde at det å oppleve seg som uerstatteleg sjukepleiar på jobb er viktig, og at dette kan påverke utviklinga av sjukepleiarane sine fråvershaldningar. Eg har gjennom analyse av datamaterialet også funne faktorar som er signifikant assosiert med det å oppleve seg som uerstatteleg sjukepleiar i Helse Førde. For sjukepleieieiarane i Helse Førde vil det truleg vere av størst interesse å kjenne til at den viktigaste forklaringsfaktoren for opplevinga av uerstattelegheit, er at sjukepleiarane opplever at dei har ein *funksjon i avdelinga som få eller ingen andre* har. Denne faktoren er sterkt signifikant og positivt assosiert med opplevinga av uerstattelegheit på jobb. Det gjeld også for uløna funksjonar.

Funksjonsomgrepet er imidlertid ikkje synonymt med det å ha ei særskilt stilling. Eg har ikkje

definert omgrepet funksjon i intervjuguiden til respondentane, men det var likevel overraskande å finne at omlag 40 % av sjukepleiarane frå undersøkjinga i Helse Førde har svart ja til at dei har ein funksjon i avdelinga som få eller ingen andre har. Av desse igjen er det 40 % utan særskilt avlønning for denne funksjonen. Det høge talet av sjukepleiarar som opplever at dei har ein funksjon få eller ingen andre har, tilseier at det må vere store variasjonar i kva det innber å ha ein slik funksjon. Det er grunn til å tru at ein slik funksjon, i stor grad også kan vere å ha mindre formaliserte funksjonar, her oppfatta som til dømes det å ha ansvar for eit sett med oppgåver i avdelinga. Det viktige er imidlertid at det å ha ansvar for desse oppgåvene/funksjonen er noko få eller ingen andre har. Det gjer også opplevinga av uerstattelegheit større fordi det er (eller opplevast som) vanskeleg for andre å overta desse oppgåvene på kort varsel. Det er også grunn til å tru at opplevinga av uerstattelegheit hjå sjukepleiarane kan opptre periodevis hjå dei elles erstattelege sjukepleiarane. Til dømes når dei har midlertidige ansvarsfunksjonar i form av å vere gruppeleiar. Gruppeleiarfunksjonen er eit delegert gruppeleiaransvar som går på omgang blant sjukepleiarane på sengepostane. Det er grunn til å tru at også denne sporadisk tildelte ansvarsfunksjonen kan påverke uerstattelegheitsopplevinga, og kanskje også fråvershaldningane positivt. Det kunne imidlertid vere interessant for seinare studier å sjå nærare på eigenarten ved arbeidsoppgåvene til dei utprega sjølvopplevd uerstattelige sjukepleiarane i undersøkjinga, og finne ut meir om dei funksjonane på sjukehuset som bidreg til opplevinga av å vere uerstatteleg.

Utifrå drøftinga i oppgåva er det vesentleg grunn til å hevde at det er innslaget av nærværspressfaktorar, og då særskilt uunnverlighetspressfaktoren (Saksvik og Finne 2009), som bidreg til at dei sjølvopplevd uerstattelige sjukepleiarane er positivt assosierte med betre fråvershaldningar. Desse sjukepleiarane si oppleving av at få andre kan ta over oppgåvene deira på kort varsel, gjer at dei strekkjer seg langt for å kome på jobb fordi dei meiner effekten av at dei uteblir vil vere belastande, anten for dei sjølv, og eller for kollegaer og pasientane. Teori og drøfting i oppgåva tilseier imidlertid at det også er grunn til å tru at det er betydeleg innslag av motivasjonsfaktorar i arbeidet til dei sjølvopplevd uerstattelige sjukepleiarane. Og at summen av pressfaktorar i tillegg til motivasjonsfaktorar truleg begge dreg i retning av betre fråvershaldningar. Fråveret av motivasjonsfaktorar kan teoretisk sett elles tenkjast å vere uheldig på sikt. Eg vil hevde at for sjukepleieleiarane er det nyttig å ha kjennskap til kva faktorar som fremmar og forklarar uerstattelegheitsopplevinga hjå sjukepleiarane

Tilleggsfunn frå undersøkinga har vist at det er to andre faktorar utanom uerstattelegheitsopplevinga som er signifikant positivt assosiert med betre fråvershaldningar. Det å jobbe dagtid og det å i stor grad hevde at kollegaer sine fråvershaldningar har betydning for egne fråvershaldningar er begge positivt assosierte med betre fråvershaldningar. Dei er assosierte med betre fråvershaldningar, uavhengig av uerstattelegheitsopplevinga og uavhengig av kvarandre, men desse faktorane har i min analysemodell mindre forklaringsseffekt enn uerstattelegheitsopplevinga. Det vil imidlertid vere nyttig å kjenne til kva mekanismar som påverkar fråvershaldningane til sjukepleiarane, og eg vil på bakgrunn av hovudfunna i undersøkinga hevde at sjukepleiarane har ei viktig rolle kva gjeld å fremme uerstattelegheitsopplevinga hjå sjukepleiarane, i tillegg til å fremme sunne fråversnormer i einingane dei driftar. Sistnevnte med bakgrunn i tilleggsfunnet frå undersøkinga som viser at det å i stor grad la seg påverke av kollegaer sine fråvershaldningar dreg i retning av betre fråvershaldningar hjå sjukepleiarane generelt.

Referanseliste

Abrahamsen, Bente (1986): *Harde yrker i myk sektor:*

Sammenliknende analyser av belastninger i forskjellige yrker (Arbeidsnotat 86:1)

Institutt for Samfunnsforskning

Abrahamsen, Bente og Kalleberg, Annemor (1986): *Arbeidstid og arbeidsmiljø:*

En artikkelsamling om arbeidstid, arbeidstidsordninger og arbeidsmiljø

(Rapport 86:3) Institutt for samfunnsforskning

Christophersen, Knut-Andreas (2006): *Databehandling og statistisk analyse med SPSS*

(3.utg.)Unipub forlag og forfatteren, Oslo.

Eikemo, Terje Andreas Eikemo og Clausen Høyvarde, Tommy (2007):

Kvantitativ analyse med SPSS: En praktisk innføring i SPSS

Tapir Akademisk Forlag, Trondheim.

Espeland, Janniche, (2009): *Påvirker organisasjonsklima fravær og nærvær i virksomheten?*

Mastergradsoppgave: En systematisk kunnskapsoppsummering,

Universitetet i Stavanger

Gjørund, Gudveig og Størkersen Vedal, Kristine (2009): *Nærværets dynamikk*

I: Hepsø Lorentzen, I. & Kongsvik, T., *Forskning som endringsverktøy i*

Organisasjoner: Forståelse og utvikling av praksis (109-128)

Tapir Akademisk Forlag, Trondheim

Glasø, Lars (2009): *Psykologen som endringsagent i organisasjoner.*

I: Saksvik, P.Ø & Nytrø, Kjell, *Klinisk organisasjonsspsykologi (88-115)*

CAPPELEN DAMM AS

Grimen, Harald (2004): *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter (3.utg.)*

Universitetsforlaget. Oslo

- Hetland, Hilde og Hetland, Jørn (2009): *Motivasjon og basale psykologiske behov i en Arbeidslivskontekst. I: Saksvik, P.Ø & Nytrø, Kjell, Klinisk organisasjonsspsykologi* (139-155) CAPPELEN DAMM AS
- Jacobsen, Dag Ingvar og Thorsvik, Jan (2006): *Hvordan organisasjoner fungerer* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen
- Johannesen, Asbjørn (2007): *Introduksjon til SPSS* (3.utg.) Abstrakt forlag as. Oslo
- Johnsson, J., Lugn, A., Rexed, B. (2003): *Langtidsfrisk, slik skapes helse, effektivitet og Lønnsomhet* , Genesis Forlag , Kjeller
- Kaufmann, G. og Kaufmann, A. (1998): *Psykologi i organisasjon og leiing* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Karasek, Robert & Theorell, Tøres (1990): *Healthy work: Stress, productivity and the Reconstruction of working life*, Basic Books, A Division of HarperCollinsPublishers, USA.
- Kleiven, Magnar (2001): *Skift og turnusarbeid, hva skjer med oss?* Temahefte, Idèbanken for Sykefravørsarbeidet, Statens Arbeidsmiljøinstitutt, Tiden Norsk Forlag AS.Oslo
- Knardahl, Stein (2000): *Arbeid, stress og helse. I S.Einarsen & A.Skogstad, Det gode arbeidsmiljø: Krav og utfordringer* (263-286). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Lønningdal, I, Aas, RW, Kiær, E, Ellingsen, KL, Mørk, G (2010): *Hvilke holdninger og kulturer i virksomheten kan påvirke nærvær og fravær?* (Kortversjon av IRIS rapport 2010/126)
- Mastekaasa, Arne & Dale-Olsen, Harald (1998): *Kjønnforskjeller i sykefravær* (Rapport 98:9) Oslo:Institutt for samfunnsforskning

- Mastekaasa, Arne (1991): Sykefravær og bedriftstilhørighet: Noen sammenheng?
I: *Samfunnsspeilet nr. 1/1991*(s.26-29)
- Midtbø, Tor (2007): *Regresjonsanalyse for samfunnsvitere: Med eksempler i SPSS*
Universitetsforlaget AS, Oslo.
- Ose, S.O.; Jensberg, H.; Reinertsen, R.E.; Sandsund, M. & J.M. Dyrstad (2006):
Sykefravær- kunnskapsstatus og problemstillinger (SINTEF Helse-rapport A325)
Norges Forskningsråd. Trondheim
- Ose Osborg, Solveig (2010): *Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag*
(SINTEF Helse-rapport A14156) Trondheim
- Olsen, Karen M. og Mastekaasa, Arne (1997): *Forskning om sykefravær:
En oppsummering og vurdering av perioden 1980-96*
(Rapport 97:3) Oslo: Institutt for samfunnsforskning
- Ringdal, Kirsten (2007): *Enhet og mangfold* (2.utg.)
Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen
- Saksvik, Per Øystein (1995): *Attendance perssure during organizational change*
IFIM- paper 9/95, Sintef, Trondheim
- Saksvik, Per Øystein og Finne Bakke, Live (2009): Sykenærvær og langtidsfriskhet:
Psykologen som sykmelder. I: Saksvik, P.Ø & Nytrø, Kjell, *Klinisk
organisasjonsspsykologi* (345-362) CAPPELEN DAMM AS
- Steen, Mona Elin (2010): Trivsel er buffer mot sykefravær.
I: *Bioingeniøren 2/2010*, basert på en prosjektoppgave ved Høgskolen i Hedmark
- Thrane, Christer (2003): *Regresjonsanalyse i praksis*
Høyskoleforlaget, Kristiansand

Andre kjelder

NOU 2000:22 (2000): *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune*

Oslo: Statens forvaltningstjeneste

Henta frå :

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/dok/nouer/2000/nou-2000-22.html?id=143239>

NOU 2008:17 (2008): *Skift og turnus- gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid*

Departementenes servicesenter/ Informasjonsavdeling

Henta frå:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/nouer/2008/nou-2008-17.html?id=528756>

NOU 2010:13 (2010): *Arbeid for helse: Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren*

Henta frå:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2010/nou-2010-13.html?id=628069>

NSD, personvernombudet for forskning. *Brosjyre for personvernombudet*

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

Henta frå:

<http://www.nsd.uib.no/personvern/>

STAMI (statens arbeidsmiljøinstitutt):

Skogstad A., Knardahl, S., Lindstrøm K., Elo, A-L, Dallner, M., Gamberale, F., Hottinen, V, Ørhede, E.(2001) *QPSNordic: Generelt spørreskjema for psykologiske og sosiale faktorer i arbeid*

Henta frå:

<http://www.stami.no/ressurssenteret1?lcid=1033>

Helse Førde si elektroniske personalhandbok: *Ferie og fravær: Egen sykdom- IA bedrift*

Henta frå:

http://spekter.compendia.no/helse_vest/forde/ph.nsf/unique/C125767F004412BAC125767F003F0BE0

Vedlegg

Vedlegg 1- Løyve Helse Førde

Fra: Larsen, Mai-Liss
Sendt: 5. mai 2010 16:44
Til: Haveland, Lena
Emne: Løyve til mastergradundersøking v/Helse Førde.

Hei

Viser til mail til Jon Bolstad datert 23. april. I forbindelse med din masteroppgave får du tillatelse til å sende ut et e-post spørreskjema til sykepleiere i Helse Førde.

Jeg ønsker deg lykke til med oppgaven og håper å få en kopi av oppgaven når den er ferdig.

Med vennlig hilsen
Mai-Liss Larsen
HR direktør

Fra: Haveland, Lena
Sendt: 23. april 2010 14:01
Til: Bolstad, Jon
Emne: Løyve til mastergradundersøking v/Helse Førde.

Hei!

Eg er mastergradstudent i **Organisasjon og Leiing** ved Høgskulen i Sogn og Fjordane , og skriv no mastergradsoppgåva mi med følgande tema ;

Sjukefråversnormer hjå sjukepleiarar i Helse Førde.

Problemstilling:

***Sjukepleiarar med ulik grad av ansvar/arbeidsoppgåver på jobben
- har dei ulike sjukefråversnormer/haldningar ?***

Utifrå respondenten si subjektive scoring vil ein søkje å kategorisere sjukepleiarane sin "erstattbarheit" . Dette er eit omgrep som går igjen i litteraturen. Erstattbarheit vil målast utifrå respondenten sin :

- grad av *personleg relaterte* ansvarsoppgåver på jobb
- om ein har "*monopol*" /*spisskompetanse* på arbeidsoppgåver som *få eller ingen andre* har
- om arbeidsoppgåver *hopar seg opp i vedkomande* sitt fråvere eller ei.

Eg er under rettleiing av prof. Oddbjørn Bukve og Phd. stipendiat Åge Vebostad ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Eg planlegg å gjere ei kvantitativ spørjeundersøking ila. vår/haust 2010, **og bed om løyve til å sende ut eit e-post spørjeskjema til sjukepleiarar i Helse Førde , med slutføring av oppgåva hausten 2010.**

Mvh.
Lena Haveland
Fagutviklingssjukepleiar
Avd.for nevro., revmat. og rehab.

Vedlegg 2- NSD prosjektnummer/ statusrapport

Prosjekt 24483:

Har sjukepleiarar som er lett erstattbare annleis sjukefråvershaldningar enn sjukepleiarar som er vanskeleg erstattbare?

Åge Vebostad | Lena Haveland | Høgskulen i Sogn og Fjordane

Statusrapport er registrert.

Statusrapport:

Datamaterialet er anonymisert.

Innsendt dato: 15/07/2011

Copyright © 2010 Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Vedlegg 3 - Informasjonsskriv

Informasjonsskriv

- vedrørende

spørjeundersøking til sjukepleiarar i Helse Førde:

Eg heiter Lena Haveland, og jobbar som fagutviklingssjukepleiar i Helse Førde.

Eg er 34 år, og tek mastergrad i organisasjon og leiing.

I det høvet vil eg gjennomføre ei

kort spørjeundersøking

vedrørende **sjukepleiarar** i Helse Førde,

Målesettjninga med spørjeundersøkinga er å kartlegge

enkelte **faktorar i jobbsituasjonen** til sjukepleiarar i Helse Førde,

og sjå i kva grad desse faktorane kan påverke **haldningar til fråvere og nærvær** på jobben.

Som sjukepleiar i Helse Førde vil du snart motta ei

spørjeundersøking per mail, som kun tek **2-4 minutt** å svare på.

Det er ei **anonym** spørjeundersøking .

Ikkje eingong underteikna vil få tilgang til kven som svarar kva.

Det er difor viktig at du svarar så *ærlig* som råd.

Eg vil oppfordre deg til å svare på **undersøkinga**. Jo fleire som svarar, dess meir interessant vil bidraget til forskning

vedrørende *sjukepleiarar i Helse Førde* bli.

Spørsmåla er i motsetnad til mange andre generelle spørreundersøkingar, ”*skreddarsydd*” til sjukepleiarar. Eg har undervegs fått gode innspel frå sjukepleiarar som jobbar i Helse Førde i høve innhald og utforming av spørsmåla.

Eg håpar **du** vil sette av nokre få minutt til å gjennomføre undersøkinga når den om kort tid kjem på mail til deg!

På forhånd takk!

Med venleg helsing

Lena Haveland

Fagutviklingssjukepleiar ved

Avdeling for nevrologi, revmatologi og rehabilitering

Helse Førde

Mastergradstudent i Organisasjon og Leiing

Høgskulen i Sogn og Fjordane

Vedlegg 4 – Frekvenstabellar

Frekvenstabellar over arbeidsmiljøvariablar:

Tabell . *I kva grad er arbeidsmiljøet:*

<u>Oppmuntrande og støttande</u>	<u>Tal</u>	<u>Valid Prosent</u>
I svært liten grad 1	8	2,1
2	17	4,5
3	77	20,6
4	145	38,8
I svært stor grad 5	127	34
<u>Totalt</u>	<u>374</u>	<u>100</u>

Tabell. *I kva grad er arbeidsmiljøet:*

<u>Mistruisk og mistenksomt</u>	<u>Tal</u>	<u>Valid Prosent</u>
I svært liten grad 1	255	68,2
2	64	17,1
3	40	10,7
4	14	3,7
I svært stor grad 5	1	0,3
<u>Totalt</u>	<u>374</u>	<u>100</u>

Tabell *I kva grad er arbeidsmiljøet:*

<u>Avslappa og behageleg</u>	<u>Tal</u>	<u>Valid Prosent</u>
I svært liten grad 1	14	3,7
2	21	5,6
3	122	32,6
4	127	34
I svært stor grad 5	90	24,1
<u>Totalt</u>	<u>374</u>	<u>100</u>

Tabell *I kva grad er arbeidsmiljøet:*

<u>Stivbeint og regelstyrt</u>	<u>Tal</u>	<u>Valid Prosent</u>
I svært liten grad 1	144	38,5
2	102	27,3
3	90	24,1
4	23	6,1
I svært stor grad 5	15	4
<u>Totalt</u>	<u>374</u>	<u>100</u>

Frekvenstabell over fråvershaldningar:

Fråvershaldningar målt ved i kva grad a, b, c, d, e, f og g:
(n = 374, sjå)

Tal respondentar (n) står først, og valid prosent står i parantes.

	(i svært 1 liten grad)	2	3	4	(i svært 5 stor grad)
a)Har kollegaer sine haldningar til fråvere betydning for dine haldningar til fråvere	204 (54,5)	72 (19,3)	48 (12,8)	34 (9,1)	16 (4,3)
b)Har næraste leiar sine haldningar til fråvere betydning for dine haldningar til fråvere	165 (44,1)	58 (15,5)	63 (16,8)	50 (13,4)	38 (10,2)
c)Vert fråveret ditt påverka dersom det medfører meirbelastning på kollegaene dine	42 (11,2)	44 (11,8)	79 (21,1)	127 (34,0)	82 (21,9)
d)Vert fråveret ditt påverka dersom det vert vanskeleg å erstatte deg	91 (24,3)	58 (15,5)	94 (25,1)	86 (23,0)	45 (12,0)
e)Vert fråveret ditt påverka dersom arbeidsoppgåvene dine ikkje vert utført	165 (44,1)	57 (15,2)	65 (17,4)	56 (15,0)	31 (8,3)
f)Vert fråveret ditt påverka dersom pasientane/klient. ikkje får det tilbodet dei elles ville fått	175 (46,8)	58 (15,5)	65 (17,4)	47 (12,6)	29 (7,8)
g) ”Eg har høgare Terskel for å vere Vekke frå jobb Dersom det er helg Eller høgtid” (*n= 374, men Har fjerna frå tab. dei 82 som kryssa i kategorien ”jobbar ikkje helg/ Høgtid)	84 (22,5)	11 (2,9)	34 (9,1)	52 (13,9)	111 (29,7)

Fråvershaldningar målt ved i kva grad a, b, c og d:
(n = sjå *)

Tal respondentar (n) står først, og valid prosent står i parantes.

	(i svært 1 liten grad)	2	3	4	(i svært 5 stor grad)
a) "Eg har høgare Terskel for å vere Vekke frå jobb når eg har viktige oppgåver som ventar på meg" (*valid n= 372, 2 missing values)	122 (32,8)	34 (9,1)	48 (12,9)	83 (22,3)	85 (22,8)
b) "Eg går på jobb Sjolv om eg er sjuk" (*valid n = 372, 2 missing values)	45 (12,1)	41 (11,0)	129 (34,7)	111 (29,8)	46 (12,4)
c) "Eg har lågare terskel for å vere vekke frå jobb når høg arbeids- belastning i avdel./ eininga" (*valid n= 369, 5 missing values)	233 (63,1)	34 (9,2)	44 (11,9)	32 (8,7)	26 (7,0)
d) "Dersom eg vert sjuk- Meldt i 10 dagar, men Vert frisk igjen etter 5 dagar vil eg frisk- Melde meg" (*valid n= 373, 1 missing value)	37 (9,9)	22 (5,9)	60 (16,1)	73 (19,6)	181 (48,5)

Frekvenstabellar over uerstattelegheitsvariablar:

Uerstattelegheit målt ved i kva grad a, b, c, d, e, f, g og h :
(n = 374)

Tal respondentar (n) står først, og valid prosent står i parantes.

	(i svært 1 liten grad)	2	3	4	(i svært 5 stor grad)
a) Kan dine arb. oppgåver utførast av andre dersom du er vekke frå jobb ei veke	19 (5,1)	25 (6,7)	46 (12,3)	60 (16,0)	224 (59,9)
b) Vert dine arb. oppgåver utført av andre dersom du er vekke frå jobb i veke	23 (6,1)	25 (6,7)	42 (11,2)	56 (15,0)	228 (61)
c) Vert dine arb. oppgåver Tilfredsstillande utført av andre dersom du er vekke frå jobb ei veke	15 (4,0)	26 (7,0)	44 (11,8)	67 (17,9)	222 (59,4)
d) Hopar dine arb. oppgåver Seg opp for deg dersom du er vekke frå jobb I ei veke	212 (56,7)	37 (9,9)	26 (7,0)	39 (10,4)	60 (16,0)
e) Kan ein på kort tid få tak i andre som kan utføre dine arbeids- oppgåver	56 (15,0)	59 (15,8)	103 (27,5)	68 (18,2)	88 (23,5)
f) Utfører du arb. oppgåver som få eller ingen andre på avdeling/eininga di gjer	193 (51,6)	45 (12,0)	54 (14,4)	42 (11,2)	40 (10,7)
g) Har du jobbrelevant Kompetanse som få Eller ingen andre i avd./ Eininga di har? (n = 374, men 53 Har kryssa for "har ikkje dette" Og inngår ikkje i tab.)	93 (24,9)	40 (10,7)	74 (19,8)	63 (16,8)	51 (13,6)
h) Får du brukt denne Kompetansen? (*valid n=317 ovanfornevte 53 fekk ikkje svare på Dette spm. + 4 missing values)	26 (8,2)	19 (6,0)	65 (20,5)	85 (26,8)	122 (38,5)

