

# Tiltak for å bedre sykepleiernes arbeidsmiljø er ofte individrettet

Sykepleiernes psykososiale utfordringer gjøres til noe privat og personlig i stedet for å løses på et overordnet nivå i organisasjonen.

## Forfattere

### Linn Anette Korsvold

Spesialsykepleier

Hjemmesykepleien, enhet PRO Jessheim vest, Ullensaker kommune

### Ole Jacob Thomassen

Førsteamanuensis

Institutt for økonomi, historie og samfunnsvitenskap, Handelshøyskolen, Universitetet i Sørøst-Norge

## Nøkkelord

Psykososialt arbeidsmiljø

Sykehus

Arbeidshelse

Fokusgrupper

Sykepleien Forskning 2018 13(71109)(e-71109)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.71109>

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Tidligere forskning etterlyser mer oppmerksomhet på organisatoriske betingelser som påvirker det psykososiale arbeidsmiljøet til sykepleiere. Innenfor fagtradisjonen helsefremmende arbeid legges det til grunn at individ og omgivelser påvirker hverandre gjensidig, og at arbeidsmiljøtiltak må iverksettes ut fra settingen, og ikke som individrettede tiltak.

**Hensikt:** Å undersøke sykepleieres egne erfaringer knyttet til psykososialt arbeidsmiljøarbeid og diskutere hindre og muligheter for en tydeligere settingsbasert tilnærming.

**Metode:** Studiens design er kvalitativt med bruk av fokusgrupper. Vi intervjuet sykepleierne ved tre sengepostavdelinger på et universitetssykehus i Norge. Vi analyserte dataene ved å bruke kritisk hermeneutisk meningsfortolkning.

**Resultat:** Funnene viser at en del sentrale mekanismer for psykososiale arbeidsmiljøutfordringer i stor grad individualiserer sykepleiernes arbeidsmiljøutfordringer. Dette funnet kommer frem gjennom informantenes erfaringer med avvikrapportering, kvantitativ kartlegging, HMS-tiltak og lederens personaloppfølging. Både enkeltvis og sammenlagt fungerer disse erfaringene slik at psykososialt arbeidsmiljø gjøres til noe privat og personlig – og ikke til organisatoriske utfordringer man kan arbeide kollektivt med.

**Konklusjon:** Når arbeidsmiljøutfordringer individualiseres, blir sykepleiere stående alene med disse utfordringene og må søke løsninger selv. Derfor trengs det måter å jobbe med arbeidsmiljø på som i større grad fokuserer på settingen. Det vil si arbeidsmåter som tar høyde for hvordan sykehusets organisering påvirker det psykososiale arbeidsmiljøet til sykepleierne.

Psykososiale fenomener, eksempelvis rollekonflikter, dårlig lederskap, høye emosjonelle krav, stress og utbrenthet samt integritetsproblematikk representerer store utfordringer for arbeidsmiljøet innenfor helse- og omsorgsykker (1, 2). Flere hevder at både forskning og praktiske tiltak rettet mot psykososialt arbeidsmiljø har overdreven oppmerksomhet på individorienterte tilnærminger (1, 3). Det tas derfor til orde for at psykososiale arbeidsmiljøutfordringer i større grad må utforskes og håndteres i lys av fysiske, sosiale og organisatoriske aspekter i arbeidsmiljøet (3, 4).

Den praktiske gjennomføringen av arbeidet med arbeidsmiljøet gjøres hovedsakelig innenfor helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS) og Human Relations (HR) – eller personalarbeid. Innenfor disse systemene er blant annet avviksmeldinger, kvantitative kartlegginger av arbeidsmiljøet og personalsamtaler sentrale virkemidler for å kartlegge og innføre tiltak i arbeidsmiljøet.

I helsetjenesten er avvikssystemet en del av det totale kvalitetssystemet, der pasientavvik, HMS-avvik og andre avvik meldes elektronisk. Generelt defineres avvik i helsetjenesten som «uønskede hendelser eller brudd på kvalitetskrav, prosedyrer, retningslinjer og lover som skal sikre pasientene, de ansatte og et godt bo- og arbeidsmiljø» (5, s. 32).

## HMS-avvik

Når vi omtaler avvik i denne artikkelen, er det imidlertid HMS-avvik vi omtaler, og ikke pasientavvik. HMS-avvik er avvik som sier noe om arbeidsmiljøet, og som er forankret i internkontrollkravet i forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenester (6). Denne distinksjonen er viktig fordi HMS-avvik og pasientavvik ofte forveksles i praksis.

Prinsipielt er avvik rapporteringer om enkelthendelser, med potensielle negative virkninger for arbeidstakeren. Slik omtaler også vi avvik i denne artikkelen.

## Kartlegginger av arbeidsmiljø

Kvantitative kartlegginger utføres gjerne som «medarbeidertilfredshetsmålinger» og gjennomføres ofte med utgangspunkt i kartleggingskravet i internkontrollforskriften eller forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenester.

Slike kartlegginger gjøres imidlertid ofte ut fra en mer HR-rettet motivasjon, som handler om å få kunnskap om ledelse, organisering og utviklingspotensial. Når det gjelder personalsamtaler, gjennomføres de systematisk som utviklingssamtaler mellom den ansatte og lederen, og er både et HMS- og HR-initiativ (7).



**«Spørreskjemaet som metode individualiserer fordi det først og fremst etterspør individuelle erfaringer.»**

Flere har pekt på at disse systemene ikke godt nok fanger kompleksiteten ved et psykososialt arbeidsmiljø, og at arbeidsmiljøproblemene har en tendens til å individualiseres gjennom disse systemene (8–10). Avviksrapportering handler per definisjon om enkelthendelser – og har dermed en tendens til å utløse tiltak som retter seg mot det individet som innrapporterte avviket.

Kritikk mot spørreskjemaet som metode er at den individualiserer fordi spørreskjemaet først og fremst etterspør individuelle erfaringer. Den kunnskapen som genereres gjennom spørreskjemaet, er lettest overførbart og anvendbar overfor individuelle tiltak. Personalsamtaler med nærmeste leder retter seg ofte mot å løse enkeltansattes utfordringer, og bidrar ikke til å utvikle arbeidsmiljøet som helhet.

## **Hensikt med studien**

I denne artikkelen ønsker vi å utforske sykepleieres psykososiale arbeidsmiljøutfordringer og kritisk diskutere systemer for psykososialt arbeidsmiljø, som arbeidsmiljøtiltak, opp mot et «settingperspektiv». Dette begrepet innebærer at arbeidsmiljø og helse på arbeidsplassen må utvikles ved å endre systemiske og organisatoriske forhold.

I et settingperspektiv bør kartlegging og løsningstilnærming av arbeidsmiljøspørsmål først og fremst innrettes mot rammebetingelsene på arbeidsplassen (3, 4). Vi ønsker å besvare følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan opplever sykepleierne at sykehuset jobber med psykososiale arbeidsmiljøutfordringer?
- Hvilke muligheter har sykepleierne til å komme til orde om psykososiale arbeidsmiljøutfordringer på sykehuset?

## **Metode**

Studien bygger på et kvalitativt design der vi bruker fokusgruppeintervjuer. Vi valgte fokusgrupper fordi vi ønsket dybdeerfaringer om systemer for psykososialt arbeidsmiljø. Det er rimelig å anta at slike erfaringer best kan komme til uttrykk ved at ansatte diskuterer med hverandre, og på den måten uttrykker synspunkter og meninger.

Fokusgruppeintervjuer genererer en annen type data enn for eksempel individuelle intervjuer (11). I fokusgrupper får deltakerne mulighet til å stille spørsmål til hverandre og forskeren, og på den måten utvikle resonnementer og ny innsikt som de ikke ville fått gjennom individuelle intervjuer (12).

Empirien ble innhentet og delvis analysert i forbindelse med førsteforfatterens masteroppgave i helsefremmende arbeid (13). I denne artikkelen analyserer vi mer spesifikt den delen av empirien som omhandler arbeidet med arbeidsmiljøet, det vil si ansattes erfaringer med avvikssystemet, kartlegginger og personalsamtaler.

## **Utvalg**

Informantene besto av sykepleiere fra en medisinsk avdeling og to kirurgiske avdelinger ved et universitetssykehus i Norge. Informantene ble tilfeldig utvalgt av en fagutviklingssykepleier eller en seksjonssykepleier. Utvalget besto av tolv sykepleiere, der begge kjønn var representert. Både nyutdannede og erfarne sykepleiere ble inkludert i studien. I alle fokusgruppene var et verneombud eller en fagutviklingssykepleier representert.

## **Intervjuguide**

Vi utarbeidet en intervjuguide med fem overordnede spørsmål. Intervjuguiden fungerte som mal for fokusgruppeintervjuene. Gjennomføringen av fokusgruppene hadde en trakttilnærming, der spørsmålene startet åpent og fikk en strammere struktur mot slutten (11). Vi pilottestet intervjuguiden i en fokusgruppe for å teste spørsmål og tidsbruk samt få erfaring med forskerrollen.

## **Datainnsamling**

Førsteforfatteren gjennomførte tre fokusgrupper høsten 2014. Samtalene ble innledet med en introduksjon av temaet, og varte i 90 minutter. Diktafon ble brukt under alle fokusgruppene, og stikkord ble notert underveis og umiddelbart etter hver fokusgruppe. Etterpå ble samtalen spilt av.

## **Dataanalyse**

Vi analyserte dataene med en kritisk hermeneutisk tilnærming og anvendte en stegvis deduktiv-induktiv analyse (14). Analysen innebar at vi først grovkodet empirien, og at vi deretter utviklet noen generelle kategorier fra de enkelte fokusgruppene. Deretter skrev vi det som kalles for en «etnografisk oppsummering» for hver fokusgruppe (1, 12). En etnografisk oppsummering er en oppsummering av de viktigste temaene (kategoriene) som ble utviklet i fokusgruppene.

Vi skrev oppsummeringen i en form som var sammenhengende og mest mulig forståelig for deltakerne. Deretter sendte vi den til deltakerne for gjennomlesning. Etter at deltakerne hadde kommet med sine innspill, ble den etnografiske oppsummeringen brukt videre i en hermeneutisk analyseprosess.

En viktig del av denne prosessen handler om å klargjøre egen forforståelse. Vi tilla en slik klargjøring stor vekt ettersom førsteforfatteren selv er sykepleier. Det innebar en generell risiko for nærsynthet da vi fortolket det empiriske materialet. Denne utfordringen ble forsøkt løst ved at vi jobbet systematisk med selvrefleksivitet i forbindelse med analysen. Det innebar særlig å fortolke dataene i henhold til dobbelthermeneutikken (15).

## **Etiske overveielser**

Vi meldte studien til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og personvernombudet ved sykehuset. Sykepleierne mottok et informasjonsskriv om prosjektet og signerte samtykkeerklæring for deltakelse. Det finnes ingen navn i materialet vårt, og vi slettet lydfilene ved prosjektslutt. Krav til konfidensialitet er dermed ivaretatt.

## **Resultater**


Resultatene er sammenfattet i tre temaer:

- avviksrapportering
- kvantitativ kartlegging og HMS-tiltak
- personaloppfølging

### **Avviksrapportering**

Sykepleierne fortalte at de skrev få avvik, og at spesielt HMS-avvik sjelden ble rapportert: «Å sende avvik føler jeg ikke hjelper, vi sender avvik på avvik, men det skjer ingenting. Vi ser ikke noe resultat av det avviket. Vi vet ikke hva som blir gjort.»

De viktigste grunnene til at informantene skrev få avvik, var manglende tilbakemeldinger på avviket. Derfor opplevde de at det har liten hensikt: «Ofte har man ikke tid [til å skrive avvik]. Da sitter man gjerne overtid for å skrive avvik. Når du føler du ikke får noe igjen for det likevel, så blir det til at folk ikke gjør det.»



**«Å sende avvik føler jeg ikke hjelper, vi sender avvik på avvik, men det skjer ingenting. Vi ser ikke noe resultat av det avviket.»**

Fokusgruppedeltaker

Sykepleierne fortalte at de derfor har liten tillit til avvikssystemet. De trodde ikke innsendte avvik bidrar til læring og forbedring av de utfordringene avvikene kunne tatt opp: «Jeg føler det blir brukt mot oss når vi ikke bruker det ... Da sier ledelsen: 'Dere har jo ikke skrevet avvik, så da må jo alt være bra.' Men, når vi skriver avvik, skjer det jo heller ingenting.»

«Når man snakker med folk ute, spesielt dem som har jobbet en stund, sier de at de ikke gidder å skrive avvik fordi det ikke skjer noen ting. Det er utrolig synd at det systemet ikke fungerer.»

Selv om de hadde liten tiltro til at det hjelper å skrive avvik, uttrykte sykepleierne likevel en form for dårlig samvittighet for at de ikke er «flinke nok» til å sende avvik: «Ting blir ikke gjort fordi vi er underbemannet. Vi trenger mer ressurser ... selv om det ikke nytter, bør man sende.»

### **Kvantitativ kartlegging og HMS-tiltak**

Sykepleierne hadde ulike erfaringer knyttet til medarbeiderundersøkelsen som utføres årlig på sykehuset. Undersøkelsen er en statistisk kartlegging som blant annet omhandler det psykososiale arbeidsmiljøet. Medarbeiderundersøkelsen kartlegger områder som trivsel, motivasjon og helse.



I fokusgruppene diskuterte sykepleierne hvorvidt medarbeiderundersøkelsen er et egnet verktøy til å fange opp arbeidsmiljøutfordringer. Informantene mente at en slik undersøkelse i utgangspunktet kan ha potensial til å få frem viktig kunnskap om arbeidsmiljøet. Sykepleierne fortalte imidlertid at heller ikke den har bidratt til at noen opplevde forbedringer i arbeidsmiljøet.

Gruppene hadde ulike erfaringer med forskjellige typer av helse-, miljø- og sikkerhetstiltak (HMS-tiltak). Informantene snakket om at tiltak som utføres i regi av HMS, ofte har individrettet oppmerksomhet. Et eksempel på dette er håndteringen av et spesifikt arbeidsmiljøproblem på en av avdelingene. Dette problemet dreide seg om baksnakking. Sykepleierne ønsket selv hjelp utenfra til å løse det, noe som medførte at de fikk hjelp av Bedriftshelsetjenesten (BHT) og Nav.

Tiltaket som ble implementert, var obligatoriske samtalegrupper for de ansatte på den aktuelle avdelingen. Sykepleierne i fokusgruppen forklarte at baksnakkingen oppsto på grunn av høy arbeidsbelastning over tid: «Jeg tror man til tider har et så stort press på avdelingen, at man har en tendens til å klage på hverandre ... Det kan bli et fokus på det alle andre ikke har gjort.»

De fortalte videre: «Folk blir usikre, slik at man begynner å mistriives på jobb ... Du var redd at noen skulle klage på deg, ja, for å bli baksnakket.»

Sykepleierne fortalte at BHT og Nav imidlertid fokuserte på at sykepleierne skulle endre sin egen atferd. Pleierne skulle bli mer bevisste på hvordan de fremsto, og hvordan det påvirket det psykososiale arbeidsmiljøet på avdelingen.

Etter å ha deltatt i samtalegruppene fortalte en av sykepleierne som følger: «Du må gå i deg selv først: 'Hva kunne jeg ha gjort for at det kunne ha blitt bedre?' ... Det virker som det har hjulpet ... Så detter man kanskje litt tilbake av og til når det er mye press og folk er slitne .... I en stresset hverdag tror jeg det er viktig å tenke på hvordan man fremstår.»

## **Personaloppfølging**

Sykepleierne beskrev ulike muligheter de hadde til å uttale seg om arbeidsmiljøet. Ifølge sykepleierne er seksjonssykepleieren, som er deres nærmeste leder, en av de reelt sett viktigste kanalene for å ta opp ting knyttet til arbeidsmiljøet.

Det er seksjonssykepleieren de har kontakt med i det daglige, og som de oppfatter som den praktisk ansvarlige for arbeidsmiljøet. Derfor formidler de i all hovedsak sine innspill, bekymringer og forslag til sin seksjonssykepleier. Noen fortalte at informasjon og tilbakemeldinger ofte stopper opp på seksjonssykepleiernivå: «Jeg føler at det er en holdning hos mange at vi ikke gidder å si ifra, for det skjer jo ingenting uansett. Men, det er jo viktig å si ifra.»

Andre mente at nærmeste leder har et begrenset handlingsrom: «Det er ikke bestandig hun [seksjonssykepleieren] kan gjøre så mye med det, men vi vet hun jobber for oss.»



**«Mest av alt savnet sykepleierne bedre dialog med og informasjon fra ledelsen i saker som angår dem.»**

Sykepleierne fortalte at ledelsen burde bli bedre til å fortelle om sine arbeidsprosesser og hva de har gjort med innspillene fra pleiegruppen. Informantene opplevde derfor ikke alltid at informasjon blir formidlet videre opp i systemet etter at de har gitt beskjed til seksjonssykepleieren.

Generelt opplevde sykepleierne at de har få muligheter til å komme til orde om arbeidssituasjonen sin, enten det dreier seg om ubalansen mellom oppgaver og ressurser eller omorganiseringer, som får store konsekvenser for arbeidsmiljøet. For toppstyrte endringer fortalte de følgende: «Du må føle deg verdsatt som ansatt. At man gjør ting på en ordentlig måte ... og ikke tar bestemmelser over hodet på folk og bruker folk som brikker.»

Mest av alt savnet sykepleierne bedre dialog med og informasjon fra ledelsen i saker som angår dem: «Vi kan prøve å formidle, men vi har ingen ordentlige kanaler å formidle det gjennom.»

## **Diskusjon**

Helt generelt tegner det seg et bilde av at arbeidsmiljøutfordringer i liten grad blir behandlet som et organisatorisk anliggende gjennom de ordningene som vi her har undersøkt: avviksrapporteringen, den kvantitative kartleggingen og HMS-tiltak samt personaloppfølgingen.

### **Avviksrapportering**

Sykepleierne mente at mangelfulle tilbakemeldinger og fravær av opplevd forbedring etter å ha sendt avvik, var de viktigste årsakene til underrapporteringen av avvik. De så ut til å ha mistet troen på avvikssystemet. Dette funnet samsvarer med forskning som viser at sykepleiere generelt opplever mangelfulle tilbakemeldinger etter innsendte avvik, og at tilbakemeldingene ikke alltid er i samsvar med sykepleiernes syn på hendelsen (16–20).

Sykepleierne opplevde at avviksmeldinger får få konsekvenser for videre praksis, og at de heller ikke bidrar til konstruktive organisatoriske læringsprosesser (17, 18). Da tidsskriftet Sykepleien spurte leserne om deres avviksrapportering, svarte over halvparten av sykepleierne at det ikke nytter å skrive avvik, blant annet fordi avvikene blir møtt med taushet fra ledelsen (5).

Både norske og internasjonale studier påpeker en underrapportering av avvik blant sykepleiere på sykehus (16, 17). Tilsynene etter God vakt-aksjonen slår fast at det er en underrapportering av HMS-avvik i norske sykehus. De fremhever særlig at ubalansen mellom oppgaver og ressurser for helsearbeidere som et område det bør sendes mer avvik på (21, 22).

Lundberg og medarbeidere (23) hevder i tillegg at modellene som blir brukt som analyseverktøy for avvik, ikke fanger opp kompleksiteten bak uønskede hendelser på en god nok måte. Resultatet er at avvikene ikke relateres godt nok til systemiske og bakenforliggende forhold, altså det som i mange tilfeller er de egentlige årsakene til at et avvik oppstår.

De utilsiktede konsekvensene av at avvik møtes som enkelthendelser, kan føre til en individualisering av de utfordringene sykepleierne møter i arbeidshverdagen. Den generelle utfordringen for avvik er derfor ikke bare at de underrapporteres. Avvikshåndtering bør i større grad analyseres i et organisasjons- og systemperspektiv, slik at man kan få til organisatorisk læring (24).

Vi mener det er viktig å involvere de ansatte etter avviksrapporteringen, slik at ansatte selv kan være med på å gjøre de nødvendige analysene av avvikene. Delvis er det nødvendig at ansatte bidrar med å tolke avvikene (hva betyr de «egentlig»?), og delvis er det viktig at det etableres en kommunikasjonskanal om avvikene mellom de ansatte og ledelsen.


For å tilrettelegge for læring etter uønskede hendelser anbefaler Aase og Wiig (24) at man involverer de ansatte, eksempelvis ved ansikt-til-ansikt-oppfølging, og at man tilstreber rask tilbakemelding etter innsendte avvik. Ved å involvere de ansatte i dette arbeidet kan de i større grad oppleve at det nytter å melde avvik (16, 20, 24).

## **Kvantitativ kartlegging og HMS-tiltak**

Informantene kunne ikke fortelle at de har opplevd forbedringer i arbeidsmiljøet på bakgrunn av den årlige medarbeiderundersøkelsen. På et mer generelt plan viste resultatene fra medarbeiderundersøkelsen fra 2012 til 2015 at psykososiale aspekter som medvirkningsmuligheter, opplevd egenkontroll og arbeidsbelastning fikk de laveste skårene da alle ansatte ved universitetssykehuset vurderte sitt arbeidsmiljø.

Resultatene i undersøkelsen skal danne grunnlaget for forbedringsarbeid. Fraværet av forbedringer knyttet til de tre utfordringsområdene på sykehuset kan ha mange forklaringer. Vi mener uansett at det er god grunn til at kartleggingssystemet i seg selv bør settes under lupen. Hasle og Hvenegaard, som har jobbet med psykososialt arbeidsmiljø i det store danske forskningsprosjektet Virksomheders arbejde med psykisk arbejdsmiljø (VIPS-prosjektet), så at ledere og ansatte ikke opplever noen sammenheng mellom spørreskjemaer og synlige resultater og tiltak (25).

Medarbeiderundersøkelsen på universitetssykehuset bygger på QPS Nordic (26), som ifølge Nordrik (8) er den vanligste måten å fange opp arbeidsmiljøutfordringer på i norske bedrifter. Hun hevder at denne typen kvantitative målinger av arbeidsmiljø er lite egnet til å fange opp kompleksiteten ved psykososiale arbeidsmiljøutfordringer (8).



## **«Vi mener de lave skårene på medvirkningsmuligheter, opplevd egenkontroll og arbeidsbelastning først og fremst er organisatorisk betinget.»**

Årsakene til det er at spørreskjemaene ikke gir gode nok kunnskaper om bakenforliggende årsaker til problemene. Derfor er de også vanskelige å bruke til konkret forbedringsarbeid. Vi mener de lave skårene på medvirkningsmuligheter, opplevd egenkontroll og arbeidsbelastning først og fremst er organisatorisk betinget.

Det vi mener trengs for å arbeide med denne typen arbeidsmiljøutfordringer, er kunnskap som forteller mer om bakenforliggende årsaker, og som dermed kan identifisere noen organisatoriske løsninger på problemene. Medarbeiderundersøkelsen kan være et bidrag i arbeidsmiljøkartleggingen fordi den gir et oversiktsbilde av arbeidsmiljøet på de ulike enhetene og av nærmeste leder.

Vi savner imidlertid metoder som bedre fanger opp de ansattes erfaringer, og som fokuserer mer på å forstå hvordan organisasjonen påvirker de ansattes arbeidsmiljø. En alternativ måte er å anvende mer demokratiske metoder for å fange opp, forstå og jobbe med psykososiale arbeidsmiljøspørsmål (25, 27). Slik den nåværende arbeidsmiljøkartleggingen er utformet, fanger den ikke opp kompleksiteten ved psykososiale arbeidsmiljøutfordringer, noe som medfører at det blir vanskelig å løse dem. Sykepleierne blir dermed stående alene med disse utfordringene.

Tiltakene som ble initiert av BHT og Nav i forbindelse med baksnakningsproblemene, bærer et tydelig preg av en individorientert tilnærming. En av sykepleierne sa at samtalegruppene hadde hjulpet til en viss grad, men at det var lett å falle tilbake i perioder med mye stress. Tiltak som utelukkende går på individorienterte tilnærminger har begrenset effekt hvis man ikke også ser på andre forhold, som for eksempel rammebetingelsene for arbeidet (3, 4).

I Arbeidstilsynets (22) revisjoner ved seks norske sykehus i 2014 kom det frem at BHT blir brukt mer på individnivå enn ved organisatoriske forhold. Denne tematikken kan ses i lys av en tendens i dagens arbeidsliv til å løse psykososiale arbeidsmiljøutfordringer ved å se etter trekk ved individene, istedenfor for å løse disse utfordringene på et overordnet nivå i organisasjonen (1, 8, 25). Vi mener at arbeidsmiljørettede tiltak som utelukkende går på endring av atferd, også bidrar til å individualisere sykepleiernes arbeidsmiljøutfordringer.

## **Personaloppfølging**

I den praktiske og hektiske arbeidshverdagen er det tydelig at sykepleierne adresserer mange arbeidsmiljøutfordringer til seksjonssykepleieren. Nærmeste leder fremstår derfor på mange måter som sykepleiernes viktigste talerør i møte med organisasjonen.

Pettersen og Solstad (28), som utførte sin studie på fem norske sykehus, mener at den helsefaglig utdannede mellomlederen står mellom forskjellige styringslogikker, der de blant annet har et stort ansvar for budsjett og faglig forsvarlighet. Forskerne mener at det kan være vanskelig for en mellomleder å forene disse to logikkene.

Den svenske arbeidslivsforskeren Rydén (29) mener det er essensielt at ansatte kommer til orde om sin arbeidssituasjon («att komma til tals»). Med det mener hun at de ansattes innspill må diskuteres og ikke bare avfeies som mindre viktige i møte med for eksempel økonomiske hensyn. Hun mener at opplevelsen av ikke å bli tatt alvorlig i disse arbeidssituasjonene, ytterligere forsterker de ansattes avmaktsfølelse i møte med organisasjonen (29).

Informantenes erfaringer med å bli hørt av nærmeste leder er todelt: Noen savner informasjon fra ledelsen om hva som blir gjort med innspillene fra pleiegruppen, og de uttrykker avmakt overfor det å bli hørt om sin arbeidssituasjon. Andre er sikre på at seksjonssykepleieren tar deres arbeidsmiljøbeskrivelser videre i tjenestelinjen, samtidig som de er klar over at beslutningsmyndigheten ligger på et annet tjenestenivå i mange tilfeller.

Nærmeste leder kan fremme arbeidsmiljørettet arbeid lokalt i de ulike avdelingene på sykehuset. Men for å endre organisatoriske betingelser, må også den strategiske ledelsen involveres (30). I forlengelsen av Pettersen og Solstads (28) og Rydéns (29) forskning kan vi si at det er en alvorlig svikt ved håndteringen av arbeidsmiljøet når de ansatte ikke får komme til orde om sine arbeidsmiljøproblemer, og at informasjonen stopper opp i systemet.

## **Konklusjon**

Gjennom undersøkelsen av avviksrapporteringen, kvantitativ kartlegging og HMS-tiltak samt personaloppfølgingen har vi sett at arbeidsmiljøutfordringene til sykepleierne ikke blir godt nok jobbet med organisatorisk. Helsepersonell har et selvstendig ansvar for å melde fra om arbeidsmiljøutfordringer.



Samtidig er det viktig å minne om at avviksmeldinger er informasjon som skal og bør brukes for å utvikle organiseringen av arbeidet. Verken HMS eller HR er ment å skulle individualisere arbeidsmiljøutfordringer. Vi synes det er betimelig å peke på at det er en fare for at de systemene vi har beskrevet, som er sentrale for psykososialt arbeidsmiljø, står i fare for å miste oppslutning og legitimitet. Når de ikke reelt fanger opp og behandler årsaker og problemer, er det åpenbart at ansatte ikke vil benytte dem.

Det er behov for videre forskning som belyser sykepleiernes psykososiale arbeidsmiljøutfordringer i et settingperspektiv. De spesifikke områdene vi har tatt for oss, synes i for liten grad å være i stand til å adressere psykososiale arbeidsmiljøutfordringer som organisatoriske anliggender.

I en tid hvor sykepleiere og andre faggrupper på sykehuset allerede utsettes for en uheldig ansvarsoversvømmelse, er det uheldig dersom også ansvaret for å løse arbeidsmiljøutfordringene skyves over på individene.

## Referanser

1. Thomassen OJ. Integritet som arbeidslivsfenomen. (Doktoravhandling.) Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo; 2013.
2. NOA. Psykososialt arbeidsmiljø: delrapport. Oslo: Stami; 2008. Rapport 11/09. Tilgjengelig fra: [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/288520/stamirapporter\\_78.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/288520/stamirapporter_78.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (nedlastet 05.06.18).
3. Torp S, Vinje HF. Is workplace health promotion research in the Nordic countries really at the right track? *Scandinavian Journal of Public Health*. 2014;42:74–81.
4. Scriven A, Hodgins M. Health promotion settings. *Principle & Practice*. London: SAGE Publications; 2011.

5. Hofstad E. Avvik stoppet og avvises. Sykepleien. 2015;3:30–9.
6. Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse-og omsorgstjenesten. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250> (nedlastet 05.06.18).
7. Kuvås B, Dysvik A. Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser – Evidensbasert HRM. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2012.
8. Nordrik B. Psykososial arbeidsmiljøkartlegging: en trojansk hest?. 2. utg. Oslo: Gyldendal Arbeidsliv; 2012.
9. Hohnen P, Hasle P, Jespersen AH, Madsen CU. Hard work in soft regulation: A discussion of the social mechanisms in OHS management standards and possible dilemmas in the regulation of psychosocial work environment. Nordic Journal of Working Life Studies. 2014;4:13–30.
10. Thomassen OJ, Larsen K. Arbejdsmiljø og sygeplejen i det magtpolitiske felt. København: Dansk Sygeplejeråd; 2016
11. Halkier B. Fokusgrupper. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
12. Home AM. Enhancing research usefulness with adapted focus groups. Groupwork. 1996;9:128–38.
13. Korsvold LA. Sykepleiernes psykososiale arbeidsmiljø i sykehuset. (Mastergrad.) Borre, Vestfold: Det helsevitenskapelige fakultet, Høgskolen i Sørøst-Norge; 2015.
14. Tjora A. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.

15. Neumann CB, Neumann IB. Forskeren i forskningsprosessen – metodebok om situering. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2012.
16. Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ, Berry JG. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. MJA. 2004;181(1):36–9. Tilgjengelig fra: <https://www.mja.com.au/journal/2004/181/1/attitudes-doctors-and-nurses-towards-incident-reporting-qualitative-analysis> (nedlastet 05.06.2018).
17. Ravndal, M. Rapportering av uønskede hendelser på et sykehus, ansattes erfaringer med et elektronisk meldesystem. (Masteroppgave.) Stavanger: Det samfunnsfaglige fakultet, Universitetet i Stavanger; 2012. Tilgjengelig fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/184182/Ravndal%2c%20Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (nedlastet 05.06.2018)
18. Roald AS. Sykepleieres forhold til uønskede hendelser og meldesystemet ved et sykehus. (Masteroppgave.) Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo; 2013.
19. Fitzgerald E, Cawley D, Rowan N. Irish staff nurses perceptions of clinical incident reporting. International Journal of Nursing and Midwifery. 2011;3(2):14–21. Tilgjengelig fra: [http://www.academicjournals.org/article/article1379409943\\_Fitzgerald%20et%20al.pdf](http://www.academicjournals.org/article/article1379409943_Fitzgerald%20et%20al.pdf) (nedlastet 05.06.2018).
20. Karsh BT, Hamilton Escoto K, Beasley JW, Holden RJ. Toward a theoretical approach to medical error reporting system research and design. PMC. 2006;37(3):283–95. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4160100/> (nedlastet 05.06.2018).

21. NOU 2010:13. Arbeid for helse: sykefravær og utstøting i helse – og omsorgssektoren.. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2010. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2010-13/id628069/> (nedlastet 30.03.16).
22. Arbeidstilsynet. Arbeidsmiljøarbeid i norske sykehus. Rapport om Arbeidstilsynets revisjoner i sykehus i 2014. Trondheim: Arbeidstilsynet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.arbeidstilsynet.no/globalassets/om-oss/forskning-og-rapporter/rapporter-fra-tilsynsprojekter/arbeidstilsynets-revisjoner-i-norske-sykehus.pdf> (nedlastet 05.06.2018).
23. Lundberg J, Rollenhagen C, Hollnagel E. What-you-look-for-is-what-you-find. The consequences of underlying accident models in eight accident investigation manuals. Safety Science. 2009;47:1297–311.
24. Aase K, Wiig S. Læring og uønskede hendelser. I: Aase K, red. Pasientsikkerhet – teori og praksis. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2015. s. 98–112.
25. Hasle P, Hvenegaard H. Psykisk arbeidsmiljø skabes i den daglige drift. I: Sørensen OH, Mac A, Limburg HJ, Pedersen M, red. Arbejdets kerne: om at arbejde med psykisk arbejdsmiljø i praksis. København: Frydenlund; 2008.
26. Lindström K, Dallner M, Elo A-L, Gamberale F, Knardahl S, Skogstad A, Ørhede E. Review of psychological and social factors at work and suggestions for the general Nordic questionnaire (QPS Nordic). Nordic Council of Ministers. 1997:15.
27. Willadsen B. Arbeidsmiljø og HMS – arbeid, integrasjon, problemløsning. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.

28. Pettersen IJ, Solstad E. Managerialism and profession-based logic: the use of accounting information in changing hospitals. *Financial Accountability & Management*. 2014;30:353–82. DOI: [10.1111/faam.12043](https://doi.org/10.1111/faam.12043).

29. Rydén L. Diskursiva arbetsmiljörisiker. Sverige: AFA Försäkring; 2013. Tilgjengelig fra : [http://www.ellerr.se/filer/RAPPORT\\_Diskursiva\\_arbetsmiljorisker\\_lisbeth\\_ryden.pdf](http://www.ellerr.se/filer/RAPPORT_Diskursiva_arbetsmiljorisker_lisbeth_ryden.pdf) (nedlastet 14.05.2018).

30. Jacobsen DI, Thorsvik J. Hvordan organisasjoner fungerer. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2013.