

Masteroppgave i Helsevitenskap, selvvalgt fordypning 2013



Hvordan erfarer sykepleiere som jobber på sykehjem
nedbemanningsprosesser ?

15.11.2013

Av Torny Kamfjord

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERGRADSSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Høstsemester 2013

FORFATTER: Torny Kamfjord

VEILEDER: Kari-Anne Holte, Senior forsker, IRIS

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

*Hvordan erfarer sykepleiere som jobber på sykehjem
nedbemanningsprosesser”*

EMNEORD/STIKKORD:

Omorganisering, nedbemanning, sykehjem, sykepleiere, motivasjon, stress

SIDETALL 70 (inkludert litteraturliste og vedlegg)

STAVANGER, 15. november 2013.....

DATO/ÅR

INNHOLDSFORTEGNELSE

<u>FORORD</u>	5
<u>SAMMENDRAG</u>	6
<u>AKTUELLE BEGREPSAVKLARINGER</u>	8
<u>1.0 Introduksjon</u>	8
<u>1.1. Tidligere forskning</u>	9
<u>1.2 Mål og forskningsspørsmål</u>	12
<u>2.0 Teoretisk perspektiv</u>	15
<u>2.1 Survivors syndrome model</u>	16
<u>3 Design og metoder</u>	23
<u>3.1 Innledning</u>	23
<u>3.2 Kvalitativ metode</u>	23
<u>3.3 Utvalg</u>	24
<u>3.4 Datainnsamling</u>	25
<u>3.4.1 Utforming av intervjuguide</u>	25
<u>3.4.2 Intervjuprosessen</u>	27
<u>3.4.3 Case studie</u>	28
<u>3.4.4 Studiens vitenskapsteoretiske forankring</u>	29
<u>3.5 Databehandling og analyse</u>	30
<u>3.5.1 Analyse</u>	31
<u>3.5.2 Analyse av intervjuet</u>	32
<u>3.5.3 Forskningsetikk</u>	32
<u>4.0 Resultater</u>	33
<u>4.1 Informasjon om nedbemanningen</u>	34
<u>4.2 Hvem ble nedbemannet?</u>	36
<u>4.3 Kvalitet på tjenestene</u>	38

<u>4.4 Pasientsikkerhet</u>	42
<u>4.5 Samarbeidet mellom kollegaer</u>	44
<u>4.6 Økt belastning på de ansatte</u>	45
<u>4.7 Motivasjon til ansatte</u>	47
<u>4.8 Sykefravær</u>	50
<u>5.0 Diskusjon</u>	52
<u>5.1 Tabell</u>	
<u>5.2 Diskusjon i forhold til tidligere forskning</u>	54
<u>5.3 Metodologiske begrensninger</u>	57
<u>6.0 Oppsummering</u>	60
<u>7.0 Konklusjon</u>	61
Vedlegg 1	62
Vedlegg 2	64
Vedlegg 3	66
Litteraturliste	68

Forord

Tema for denne oppgaven ble til gjennom erfaringer som sykepleier fra ulike deler av helsevesenet. Det er ingen tvil at jeg gjennom min erfaring er spesielt bekymret for utviklingen på norske sykehjem. Jeg ser at det er vanskelig å rekruttere sykepleiere og annet helsepersonell til sykehjemmene.

Som leder på sykehjem har jeg selv fått erfart hvor vanskelig det er å skaffe kvalifisert arbeidskraft, og hvor mye tid en bruker på rekruttering.

Jeg synes derfor det er interessant å studere hva sykepleierne tenker om jobben og yrket sitt.

Denne studien bekrefter at mange sykepleiere er veldig glad i yrket sitt, men sliter med å tilpasse seg stadig flere krav og forventninger, samtidig som de må spare.

Forhåpentligvis vil en på sikt komme frem til gode løsninger som gjør at det vil bli lettere å rekruttere arbeidskraft i fremtiden.

I denne forbindelse vil jeg rette en stor takk til alle som har bidratt til denne studien.

Sykehjem, tillitsvalgte, ledere og informanter som har vært behjelpelige i prosessen.

I tillegg vil jeg takke min veileder Kari Anne Holte som har bidratt med mange viktige innspill underveis.

Sandnes 15.11.2013

Torny Kamfjord

Sammendrag

Innledning: Min inngang til det feltet jeg har valgt å forske på, er at jeg selv har bakgrunn fra å jobbe som sykepleier med eldre, og som leder på en sykehjemsavdeling. Jeg har selv erfart helsepersonell som er slitne av omorganisering og nedbemanning på avdelingene. I nedbemanning ligger det ofte en skjult nedbemanning hvor arbeidstaker får flere oppgaver. Det kan være nye krav til hva som skal dokumenteres, og mer tid som blir brukt foran datamaskinen. Det kan og være at pasientene blir sykere eller mer pleietrengende, og trenger mer hjelp, uten at flere blir ansatt.

Målsetning: ved studien har vært å se på hvilke følger en direkte eller indirekte nedbemanning får for sykepleiere på sykehjem. Hvilke følelser sitter informantene igjen med etter omorganiseringen, og om det kan knyttes opp mot tidligere forskning gjort på området. Gjennom å gi en mest mulig helhetlig beskrivelse av nedbemanningsprosessen og arbeidssituasjonen til informantene, vil jeg prøve å gjengi hvilke følelsesmessige følger de opplever i ettertid. Hensikten har vært å bidra til en dypere innsikt i og forståelse for fenomenet og den konteksten det opererer i.

Metode: Studien er kvalitativ og har en eksplorerende form. Den anvender casestudie som en metodisk tilnærming for å få frem subjektive oppfatninger av og forståelse for fenomenet nedbemanninger på sykehjem, og følelsesmessige følger for informantene. Det ble benyttet åpne intervjuer i form av individuelle intervjuer. Datamaterialet består av erfaringene til 6 informanter som samlet har en bred erfaring og kunnskap i forhold til det å jobbe på et sykehjem med pasienter med sammensatte behov.

Hovedfunn: Studien jeg har gjort viser at det kan være en sammenheng mellom omorganiseringer som resulterer i direkte eller indirekte nedbemanninger, og følelser som Noer beskriver i sin Survivor Syndrome modell. Dette er følelser informantene beskriver lang tid etter en nedbemanning, med unntak av følelsen av urettferdighet, risikoaversjon og jobbusikkerhet. Det kan forklares med at informantene selv stod aldri i fare for å bli nedbemannet, og var med å valgte ut hvem som skulle gå. Risikoaversjon fant jeg ikke relevant i denne sammenheng.

Informantene ble og spurt om kvalitet og pasientsikkerhet knyttet til nedbemanningen, selv om de mente den ikke var uforsvarlig, så burde den likevel vært bedre. Informantene mente ikke at sykefraværet var blitt høyere etter nedbemanningen. Dette kan blant annet indikere at negative følelser ikke nødvendigvis fører til helseplager.

Faglige bidrag: I en tid hvor det er mye fokus på å drive kostnadseffektivt på sykehjemmene, kan det se ut som at de økonomiske rammene går på bekostning av det informantene opplever som et minimum for å kunne stå i yrket over tid. Dette kan gjøre det vanskelig å fremstå som en attraktiv arbeidsplass, noe som igjen kan føre til at rekrutteringen av sykepleiere til sykehjemmene blir en utfordrende og vanskelig prosess.

Disse funnene er noe som bør tas i betraktning for å oppnå god kvalitet på det arbeidet som utføres på norske sykehjem i dag.

Aktuelle begrepsavklaringer

Sykehjem er kommunalt tilbud i hovedsak til eldre eller andre med stort hjelpebehov fysisk eller psykisk. Det består av flere avdelinger som er delt inn etter sykdomskategorier som somatisk sykdom og ulike typer demenssykdom.

Direkte nedbemanning, nedbemanning som resulterer i at en sykepleier må slutte på avdelingen.

Indirekte nedbemanning, all nedbemanning av andre yrkesgrupper som kjøkkenassistenter, hjelpepleiere, assistenter, ergoterapeuter, fysioterapeuter som fører til flere oppgaver på de som er igjen.

Skjult nedbemanning, nye oppgaver, tyngre stell, sykere pasienter som trenger mer medisinsk ekspertise, uten å øke grunnbemanning.

Somatisk langtid er en avdeling på sykehjemmet som har pasienter som primært har fysisk sykdom og som trenger mye medisinsk kompetanse.

Skjernet enhet er avdeling for pasienter som har ulike typer demenssykdom eller andre psykiske lidelser, som gjør at de må skjermes på en avdeling.

Fagarbeider er den nye betegnelsen som erstatter tidligere hjelpepleier eller omsorgsarbeider som ikke lengre brukes i den videregående utdanning.

ABI Aktivitetsbasert inntektssystem som blir brukt av kommunen for å beregne hvor mye tid hver enkelt pasient trenger. Sykehjemmet mottar penger etter antall timer.

1.0 Introduksjon

Innen offentlig sektor er en rekke virksomheter i ferd med å planlegge eller gjennomføre omstillingsprosesser som kan få innvirkning på de ansatte.

Omstillinger er viktige og nødvendige både i offentlig sektor og i privat næringsliv for å sikre lønnsom drift og optimalisere virksomheten.

En fersk undersøkelse som er gjort på bakgrunn av erfaringer i svenske fylkeskommuner etter krisen som var på 1990 tallet, viser at de gjenværende ansatte jobber hardere for å takle den nye situasjonen. Etter fire fem år ser man effekten i sykefraværet hvor det viser at de ansatte etter hvert ble syke og ikke orket mer.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at over 400 000 nordmenn vil være over 80 år i 2035, mot bare vel 200 000 i dag. Dette påvirker behovet for helsepersonell. I følge SSB vil vi mangle 57000 helsefagarbeiderårsverk og 27000 sykepleierårsverk i 2035.

Det er mye fokus både gjennom media og blant politikere på at vi har en befolkning som blir stadig eldre, og som vil trenge mange tjenester i fremtiden som skal utføres av det offentlige helsevesen. Det har vært en kraftig vekst både i utgifter og årsverk i helse- og omsorgssektoren de siste årene og utvikling i demografi og teknologi taler for at etterspørselen etter tjenester bare vil øke i de neste tiårene. Det blir ofte uttrykt en bekymring for hvordan alle oppgavene skal løses i fremtiden. Flere vil sannsynligvis være kronisk syke over en lengre periode enn før på grunn av utvikling av medisiner og behandlingsmetoder. Flere sykdommer vil kunne kureres eller holdes ved like, livsforlengende behandling utført på sykehjemmene gjør at mange eldre lever mye lengre enn før. Samfunnet trenger mange helsearbeidere for å kunne utføre alle arbeidsoppgavene i fremtiden.

Den demografiske utviklingen med flere eldre, og høyere krav til helse- og omsorgstjenesten vil kunne medføre at det i 2030 vil kunne være en mangel på helse- og sosialpersonell i et omfang av ca 38 000 årsverk basert på beregninger mellom forventet etterspørsel og tilbud (Texmo og Stølen 2009). Så mange som hver tredje ungdom må velge helsereelatert utdanning i 2035, hvis vi skal dekke behovene i fremtiden. Dette er ikke gjennomførbart og vil gå på bekostning av resten av samfunnet og de behov som må dekkes der.

I følge St.meld. nr. 20 (2006 – 2007) er helse- og omsorgssektoren preget av spesielle arbeidstidsordninger, arbeidsmiljøbelastninger, og utfordringer som tidspress og effektivitets- og kompetansekrav og omstillinger. Rønning (2010) har med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene til Statistisk sentralbyrå sett nærmere på arbeidsforholdene til kvinner i næringen helse- og sosialtjenester (helsearbeidere). Resultatene der viser at helsearbeiderne oppgir at de er mer utsatt for helseplager på grunn av jobben enn andre yrkesaktive kvinner, og de har ofte et krevende arbeidsmiljø.

Fra 1997 til 2008 har det vært en økning i totale helseutgifter på 123 mrd. norske kroner. Offisiell statistikk viser at totale helseutgifter per innbygger er i 2008 på 45 544 norske kroner. Fra 1997 til 2008 er utgiftene per innbygger mer enn fordoblet. De totale helseutgiftene er fordelt med 84,2 prosent offentlig finansierte helseutgifter og andelen privat finansierte er på 15,8 prosent. Fra 1997 har offentlig finansierte helseutgifter økt med om lag 3 prosent og tilsvarende nedgang i andelen privat finansierte helseutgifter.

I perioden 2007 – 2030 vil beregnet samlet vekst være på om lag 100 000 årsverk gitt forutsetningene som ligger til grunn for beregningene. Veksten vil i første halvdel av perioden være høyere. Forutsetningene for beregningene er at tilveksten gjennom nyutdannede holder seg konstant, og at det i siste del av perioden vil være lavere vekst som blant annet skyldes økt avgang ved pensjonering ettersom gjennomsnittsalderen øker for en god del av yrkesgruppene. Bjørnstad med flere (2009) har anslått fra 2007 til 2060 så vil sysselsettingsbehovet øke med 132 prosent for hjemmebaserte tjenester, nesten 200 prosent i institusjoner i kommunene, og 79 prosent i spesialisthelsetjenesten dersom dagens standarder og dekningsgrader legges til grunn. Dersom familie- og andre omsorgspersoner ikke i større grad enn i dag ivaretar omsorgen for eldre, vil behovet for arbeidskraft øke. Effekten av forutsetninger om aldring, dekningsgrad, standarder og omfang av familieomsorg vil kunne under- eller overvurderes. Behovet for arbeidskraft kan utgjøre om lag halvparten av det som er anslått gitt at utviklingen fører til bedre helse på hvert alderstrinn dersom dagens standarder og forutsetninger legges til grunn.

Likevel er fokuset fra regjeringens side at eldresektoren skal styrkes, flere plasser skal innvilges, og det skal være godt å bli gammel i Norge. Det blir stadig innført nye krav som skal kvalitetssikre helsesektoren. Noe som pålegger helsearbeiderne flere oppgaver enn det de

klarer å utføre i løpet av en arbeidsdag. Samtidig er det enighet om at det skal være god kvalitet på sykehjemmene, og det er viktig å sikre at kvalitetskravene blir gjennomført. Realiteten på norske sykehjem i dag er at det er vanskelig å få tak i kvalifisert arbeidskraft til å jobbe med syke og pleietrengende eldre. Det mange oppgir som grunn, er at belastningen er for stor, det er for mange oppgaver fordelt på få ansatte. De ansatte blir utslitt og mange velger å slutte eller begynne i andre jobber. Utfordringen i fremtiden blir å dekke behovene vi har gjennom eldrebølgen, men og å ivareta en veldig viktig yrkesgruppe i samfunnet vårt, slik at de kan være i jobben gjennom et helt yrkesliv.

St.meld. nr. 25 (2005 – 2006) om fremtidens omsorgsutfordringer skisserer hovedutfordringene som omsorgstjenesten står overfor i årene fremover spesielt med tanke på vekst i brukergrupper som krever spesifikk kompetanse. Ensomhetsopplevelsen og økt sosiale behov blant eldre vil øke i takt med økende andel over 80 år. Dette vil kreve økt kompetanse hos ansatte i sektoren, og det vil være et økende behov for en betydelig utbygging av tjenestetilbudet og økt tverrfaglig samhandling mellom tjenestenivåene. Det vil bli en vekst i yngre brukergrupper, en økning av andelen eldre med flere diagnoser og sammensatte lidelser, økt omfang av brukere med kroniske og sammensatte lidelser, og med det et økende behov for bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging og koordinering av tverrfaglig tjenestetilbud fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. En annen utfordring blir en stadig økende andel eldre med demenssykdommer og undersøkelser viser et stort behov for utredning, diagnostisering tilretteleggelse av individuelt tilrettelagt tilbud (Krüger 2009). Spesielt tilrettelagte tilbud for personer med demens gir hensiktsmessig avlastning for pårørende og er samtidig en kostnadseffektiv måte å tilrettelegge tjenester på for kommunene. Behovet for økt kompetanseutvikling i den kommunale helse- og omsorgssektoren vil forstrekkes ved overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten.

Hovedstrategien for å møte utfordringene er å starte en gradvis utbygging av tjenestetilbudet, samtidig som det planlegges og forberedes for veksten i omsorgsbehov som forventes fra omkring 2020. Et økende antall eldre vil bo hjemme, og det vil derfor være behov for å fortsette utviklingen i retningen av økt servicetilbud fra hjemmetjenestene (Brevik og Schmidt

2005). Samtidig må tjenestene arbeide for å styrke brukernes mestringsevne, fokuserer på økt sikkerhet ved å forebygge fall og i økende grad ta i bruk moderne velferdsteknologi.

(<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2010/nou-2010-13/5.html?id=628106>)

1.1 Tidligere forskning

Gjennom litteratursøk (Cinahl, Academic Search Elite, SocINDEX with Full Text, Web of science og MEDLINE) finner jeg flere studier på nedbemanning i arbeidslivet, og ulike problemstillinger knyttet til dette tema.

Det er gjort flere studier i både privat og offentlig sektor som ser på følger etter en nedbemanning. Studiene som her blir presentert, ser på sammenhenger mellom nedbemanning og helseplager.

Først presenterer jeg noen av de artiklene fra privat sektor, deretter en kunnskapsoppsummering, og til slutt studier som er gjort på nedbemanning av sykepleiere.

Østhus (2012) har sett på følgene av nedbemanning og det å miste jobben i Norge i privat sektor. *"Health effects of downsizing survival and job loss in Norway"*.

Han har kommet frem til at det ikke er noen sammenheng mellom det å overleve en nedbemanning og helseproblemer slik mange studier hevder. Det å miste jobben vil kunne føre til midlertidige helseproblemer, men det ser ut som dette kun er kortvarig.

Artikkelen *"Proof firm downsizing and diagnosis-specific disability pensioning in Norway"* (2013) .Claussen B, Ø. Næss, Reime L.J, Leyland A.H.) har sett på sammenhengen mellom nedbemanning og uføretrygd i privat sektor. Der har de kommet frem til at det er en sammenheng mellom muskel og skjelett plager, og psykiske helseplager hos de som er igjen etter en nedbemanning, og en tydelig økning i uføretrygd hos disse menneskene.

R.h Westgaard og J.Winkel (2012) har samlet 162 studier fra privat og offentlig sektor som ser på hvilke effekter rasjonalisering har på helsen.

"Occupational musculoskeletal and mental health: Significance of rationalization

and opportunities to create sustainable production systems. A systematic review.”

Denne studien viser helt klart at rasjonalisering har en klart negativ effekt på helsen (57 negative og 19 positive) de mest negative resultatene fikk de på nedbemanning og omorganiseringer. Innenfor helsesektoren var det enda mer tydelig med 36 negative studier og 2 positive. Nedbemanninger i arbeidslivet totalt var på 71 negative og 13 positive. Denne kunnskapsoppsummeringen viser at det er en sammenheng mellom helseplager og nedbemanninger, og at funnene er enda mer tydelige i helsesektoren.

Det er flere studier som ser på sykepleiere i offentlig sektor som går gjennom omorganiseringer og nedbemanninger. Flere studier viser at det er en sammenheng mellom nedbemanning og utbrenthet blant sykepleiere.

Studien *“Stress and the effects of hospital restructuring in nurses”* (Greenglass ER ; Burke RJ)

og *“Survivors and victims of hospital restructuring and **downsizing**: who are the real victims?* (Burke RJ)

ser på sammenhengen mellom stress og utbrenthet etter en nedbemanning. Studiene viser at det er en sammenheng, og at de som er igjen etter en nedbemanning opplever flere psykosomatiske plager som depresjon eller utbrenthet.

De samme funnene finner en i *“Reactions to Increased Workload: Effects on Professional Efficacy of Nurses.”*

og hvor det har vist seg at nedbemanningene har ført til depressive reaksjoner som kynisme, sinne, og emosjonell utmattelse.

Flere resultater viser same tendens *“Burnout in health-care professionals during reorganizations and downsizing. A cohort study in nurses”* (2010) K. Nordang, Marie-Louise Hall-Lord og P.G. Farup. De kom frem til at det var en signifikant økning i utbrenthet i perioden med omorganisering og nedbemanning.

Videre kan man se de samme tendensene ved trusler om omorganisering og nedbemanning.

“Struggling to adapt: caring for older persons while under threat of organizational change and termination notice. Fläckman B; Hansebo G; Kihlgren A. (2009)

Dette kan i følge studien føre til konsekvenser for kvaliteten på pleien og negative helseeffekter for helsearbeiderene. De ansatte opplevde at de mistet sin stolthet for yrket og var mindre tilfredse i jobben sin,

I følge Kunnskapsoppsummeringen av samfunnsvitenskapelig litteratur (Kostøl 2010) viser til at personer som jobber i en virksomhet som omstrukturerer og nedbemanner, kan oppleve økte krav på jobben kombinert med redusert påvirkningskraft.

Dette ble støttet opp under av Røed og Fevang (2007) som gjennomførte en undersøkelse av sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten, som har vært utsatt for større organisatoriske endringer på 1990-tallet. Sammenligningsgruppen som ble brukt var sykepleiere som ikke opplevde nedbemanning. Organisatoriske endringer var store endringer i antall årsverk og gjennomtrekk av personal. Formålet var å avdekke om det er en sammenheng mellom sykefravær, trygdeavhengighet, og organisatoriske endringer for ansatte i helse- og omsorgssektoren. Undersøkelsen viste at 14 prosent av sykepleierne i utvalget hadde opplevd en reduksjon i årsverk på over 20 prosent i løpet av perioden, og at 36 prosent hadde opplevd en nedbemanning på minst 10 prosent. Analysene viste at de som opplevde 20 prosent nedbemanning hadde økt sannsynligheten for å få et nytt sykefraværstilfelle og redusert sannsynligheten for å returnere til arbeidslivet. Sannsynligheten for overgang til andre trygdeordninger var også høyere.

Det viste seg og at mindre nedbemanninger ikke ble funnet å ha noen effekt av betydning. Sykehusreformen fra 2002 viser og at nedbemanning påvirket ikke sykefraværet, men økte sannsynligheten for overgang til andre trygdeordninger. Forfatterne konkluderer med at det er viktig å forstå virkninger av nedbemanning og effektivisering for å unngå at ineffektive tiltak blir innført. Dette er funn som støttes av flere internasjonale studier (Kivimaki med flere 2000, Kivimaki med flere 2001, Vahtera med flere 2004). En svensk undersøkelse av endringer i bemanning fant at rask bemanningsøkning kan føre til økt sykefravær, særlig hos kvinner i offentlig sektor (Westerlund med flere 2004). Studien fant videre at moderat nedbemanning kan føre til økt fravær.

Dette viser hvilke undersøkelser som er gjort innenfor helsesektoren, men det sier ingenting om situasjonen er den samme på sykehjem. Her mangler det forskning på hvordan sykepleiere i kommunen opplever nedbemanning. På sykehuset er det generell god fagkompetanse, og sykepleierne har hele tiden noen å rådføre seg med. I kommunene på sykehjem står ofte

sykepleieren alene som fagperson, og må kontakte legevakten, noe som kan oppleves som en større barriere for sykepleieren enn om det var fagpersoner i nærheten. Noen ganger kan det være spørsmål om prosedyrer eller annet som ikke kvalifiserer for å ta kontakt med legevakt.

Jeg fant videre ingen studier som så på følgene for sykepleier etter generelle nedbemanninger som fører til flere nye oppgaver for sykepleieren. Oppgaver som tidligere var forbeholdt assistenter eller fagarbeidere.

1.2 Mål og forskningsspørsmål

Målet for oppgaven er å se på hvilke utfordringer omorganisering som resulterer i nedbemanning får for sykepleierne som jobber innenfor institusjonsbasert eldreomsorg i kommunen. Men og hvilke følelser informantene sitter igjen med etter prosessen. Ved en nedbemanning kan det være et direkte kutt i en sykepleierstilling, men det vil og kunne ramme andre faglærte og ufaglærte på sykehjem som aktivitører, kjøkkenpersonell og hjelpepleiere, noe som igjen kan føre til at flere og andre arbeidsoppgaver blir pålagt de som er igjen etter nedbemanningen. Indirekte nedbemanning kan og være å motta pasienter med større hjelpebehov og flere medisinske tilstander uten å oppgradere bemanning samtidig. I mine søk fant jeg få studier gjort på sykepleiere og konsekvenser av nedbemanning, og ingen studier gjort på sykepleiere på sykehjem etter en nedbemanning.

På bakgrunn av de studier som er gjort, vil jeg se på hvilke følger nedbemanninger får for sykepleiere på sykehjem.

På bakgrunn av ovennevnte opplysninger vil jeg formulere følgende problemstilling som skal forsøkes å besvares i denne oppgaven :

” Hvordan erfarer sykepleiere som jobber på sykehjem nedbemanningsprosesser” ?

Følgende forskningsspørsmål skal forsøkes besvart.

”Hvilke følelser erfarer sykepleierne i etterkant av nedbemanninger?”

”Erfarer sykepleiere både positive og negative sider ved nedbemanninger?”

2.0 Teoretisk perspektiv

Utgangspunktet for å intervju sykepleiere som har vært gjennom en nedbemanningsprosess, er å se på hvilke følger det får for informantene, både følelsesmessig og praktisk gjennom flere arbeidsoppgaver.

Studien er kvalitativ og har en eksplorerende form. Den anvender casestudie som en metodisk tilnærming.

2.1 Survivors syndrome model

Survivor syndrome kan defineres som **”A prevalent consequence of downsizing and restructuring, and denotes the emotional, psychological, and organizational repercussions faced by those who remain employed, or survive the redundancy program”** (Wolfe, 2004).

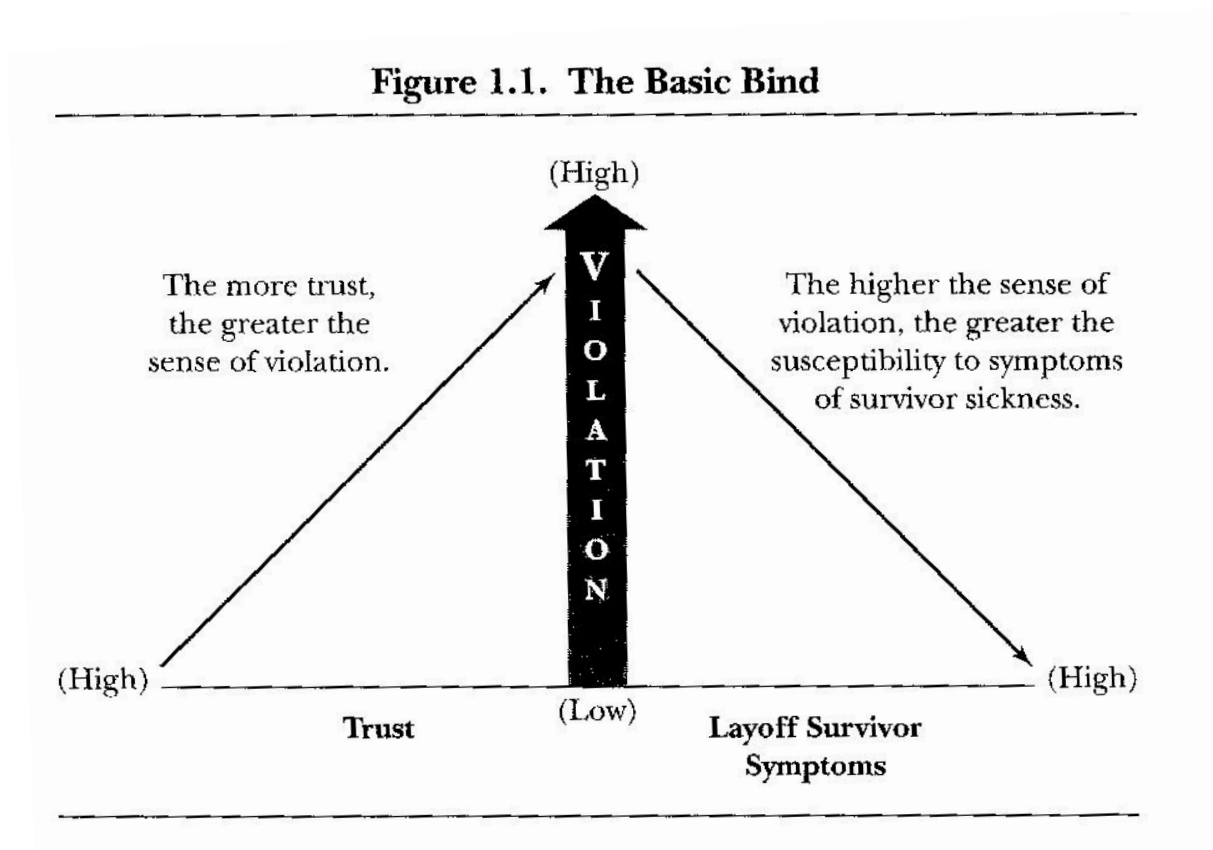
Det er i dag mange organisasjoner som blir mer og mer klar over at nedbemanning, restrukturering og lignende prosesser potensielt kan ha svært dramatiske effekter også på de som overlever. Likevel kan det være vanskelig å unngå disse prosessene når økonomien er dårlig, eller det ligger andre årsaker til grunn for omorganiseringen.

To forskere som er presentert under støtter opp under hva mange opplever etter en nedbemanning.

“Rather than striving for organizational success, survivors often are preoccupied with whether additional layoffs will occur, feeling guilt over receiving pay and benefits while co-workers are struggling with termination and with the uncertainty of career advancement (Cummings & Worley, 2001).”

Studier av Nesheim et al. (2007) viser at de overlevende etter en nedbemanning opplever ofte høyere arbeidsintensitet, mindre autonomi, og høyere krav til ferdigheter enn de som blir sagt opp og finner en ny jobb eksternt. I tillegg endres ofte organiseringen av arbeidet og jobbinnholdet, noe som fører til negative konsekvenser for de overlevendes jobbkvalitet. Sammen med andre faktorer kan dette føre til det som blir omtalt som survivor syndrome eller survivor sickness

Figuren under ***The Basic Bind*** viser prosessen med å nedbemanne for å oppnå høyere effektivitet og økt produktivitet, ofte resulterer i at arbeidstakerne blir mindre produktive. Det er og av betydning hvor mye arbeidstakeren opplever nedbemanningen som en personlig krenkelse.



Nedbemanning har som intensjon å redusere kostnader og skape en effektiv arbeidsplass. Men tendensen er at prosessen resulterer i en organisasjon preget av sinne og tristhet, fordi arbeidstakere som er igjen kan utvikle depressive symptomer. Det viser seg at prosessen med å nedbemanne for å oppnå høyere effektivitet og økt produktivitet, ofte resulterer i at arbeidstakerne blir mindre produktive (Noer 2009).

Hvordan mye arbeidstakere som er igjen etter nedbemanningen opplever hendelsen som en personlig krenkelse, vil igjen gjøre de mer motakelig for å utvikle survivors sickness. Igjen så vil opplevelsen av personlig krenkelse være knyttet opp mot at arbeidstakeren ikke har tillit til at arbeidsplassen vil ivareta dem slik som det tidligere har vært sagt.

Det er et hierarkisk mønster i fornektelsen av survivor sickness. Jo høyere stilling en har jo større er fornektelsen. Det kan være en av grunnene til at ledere kan være motvillige til å implementere intervensjons strategiene. Det å forstå og jobbe med de følelser som oppstår, krever at en erkjenner sårbarhet, og forstår og har kunnskap om emosjonelle og spirituelle følelser knyttet til symptomene.

De fleste ledere er flinke til å spille den rollen de selv og de ansatte forventer av dem. De skal være kontrollerte, rasjonelle i situasjonen og ikke agere på sine følelser. En leders jobb i en bedrift som nedbemanner er ekstremt kompleks og krevende. (Noer 2009)

Flere forskere konkluderer med at survivor syndrome mest sannsynlig er hovedårsaken til at nedbemanningen ikke fører til de produktivitetsforbedringene ledelsen hadde sett for seg:

“Studies have shown that the lack of financial success following downsizing is frequently accompanied by the emergence of survivor illnesses.” (Gandolfi, 2008)

“The impact of downsizing on the survivors is believed to be one of the major reasons for the failure of downsizing efforts and resulting long-term problems.” (Devine et al., 2003)

”Mange bedrifter tar ut gevinsten for tidlig. Det de ofte ikke har tatt med i betraktning er dem som sitter igjen.” (Asbjørn Grimsmo, Arbeidsforskningsinstituttet)

Det er forskjellig hvor mye syndromet rammer den enkelte arbeidstaker. Noen vil ha mange symptomer mens andre ikke vil kjenne på det i det hele tatt. Den menneskelige faktor og sårbarhet er viktig å ta hensyn til når en studerer fenomenet survivors syndrome.

Survivor syndrome er et begrep som er utviklet ut fra survivor guilt som ble introdusert på begynnelsen av 1960-tallet. Begrepet survivor guilt oppsto etter at en hadde sett mange lignende typer negative følelser hos de overlevende etter Holocaust.

Survivor guilt blir definert som:

“Survivors guilt describes a fundamental condition that leads to, and is often expressed in terms of, other survivor symptoms, such as depression, fear, or anger. In the context of layoff survivor sickness, guilt may be generally defined as “ a feeling of responsibility or remorse for some offense; an emotional reaction that one has violated social mores” (Gottesfeld, 1979, p. 525)

Layoff survivor sickness er et begrep som blir mye brukt i forbindelse med survivors syndrome. Det beskriver følelser og oppfatninger arbeidstakeren sitter igjen med etter en ufrivillig nedbemanning. Det er følelser som sinne, depresjon, redsel, mistillit og skyldfølelse.

Mennesker som utvikler survivors sickness har ofte blitt beskrevet som mennesker som ikke liker å ta risiko, har et lavere engasjement til jobben og mangler spontanitet (Noer 2009).

En amerikansk professor ved navn Joel Brockner, er en av de første til å forske på fenomenet survivors guilt. Han har spesialisert seg på endringsledelse og konsekvenser av endringsprosesser. Allerede på begynnelsen av 1970-tallet begynte Brockner å interessere seg for survivor guilt. Han fant ut at dette fenomenet survivors guilt kunne overføres til nedbemanning i arbeidslivet, og fenomenet fikk i denne konteksten navnet survivor syndrome. Siden da har Brockner forsket mye på fenomenet survivor syndrome og han har publisert et stort antall artikler basert på forskningen sin. Gjennom flere forskningsprosjekter kommer Brockner frem til at opplevd rettferdighet er spesielt sentralt for hvordan de overlevende reagerer under og etter en nedbemanning.

En undersøkelse av litteraturen de senere tiårene avslører at survivor syndrome har utviklet seg og økt i tråd med den økte bruken av nedbemanning. Survivor syndrome karakteriseres hovedsakelig av skyldfølelse for at en har overlevd nedbemanningen, samt usikkerhet, redusert risikotaking og motivasjon på grunn av frykt for nye oppsigelser (Appelbaum & Donia, 1999).

I tillegg til Brockner er David Noer (2009) en av de som har forsket mest på survivor syndrome. Han har presentert svært nyttig innsikt angående følelsene de overlevende opplever etter en nedbemanning .

Han studerte et stort multinasjonalt hovedkontor på østkysten i USA. Organisasjonen hadde gått gjennom store økonomiske utfordringer, og en nedbemanning som resulterte i oppsigelser i hele organisasjonen. Dette var følelsene Noer (2009) kom frem til hos de han studerte:

Jobbusikkerhet er den første følelsen. Dette blir både av Noer og andre forskere på området presentert som den viktigste og mest fremtredende følelsen som oppstår rett etter nedbemanningen. Ofte er ikke en nedbemanning nok og da er det naturlig at de overlevende sitter igjen med en følelse at de kan være nestemann ut.

” I go home and I wonder at night, am I going to be here tomorrow, the next day, or three days from now?” (manager)

Urettferdighet er neste følelse som Noer har kommet frem til. Urettferdigheten består gjerne av to dimensjoner, følelsen av at toppledelsen ikke gjør sin del og følelsen av at avgjørelsen med hensyn til hvem som måtte gå og hvem som overlevde ikke var rettferdig. I en

nedbemanning vil det i hele organisasjonen kunne utvikles symptomer på survivors syndrome, også hos de som leder og utøver prosessen. De som må gi beskjed om den konkrete nedbemanningen, trenger ikke heller være enig i beslutningen, som ofte ligger høyere oppe i systemet, men de må være lojale mot de bestemmelser som blir gjort. Her kan det spesielt være aktuelt at en ikke er enig med de kriteriene som ligger til grunn. Det kan være at arbeidstakerne synes det er urettferdig at det alltid skal bli kuttet på gulvet hos de som gjør den direkte utøvelsen av arbeidet. Dersom ansiennitet er gjeldende, slik det gjerne er i Norge, vil det alltid være noen som ser at det hadde vært bedre å legge kompetanse til grunn.

Depresjon, stress og utmattelse er neste punkt på listen. Disse følelsene er ofte universelle og er å finne hos ledelsen, så vel som de overlevende.

” But I did walk through, talked with a lot of people....My biggest personal reaction to a lot of what went on was the feeling of depression as I would talk to people”

“You see a lot of good people being let go, and that`s very demoralizing, to know that an excellent person is being let go. It affects your credibility with your company, and it also affects your productivity.” (manager)

De ansatte kan oppleve hverdagen som mer stressende når det skjer endringer på arbeidsplassen, de kan få nye oppgaver og flere oppgaver, noe som igjen kan for noen bli for utfordrende. For ledelsen er det en krevende oppgave å måtte si opp ansatte samtidig som en kanskje frykter for sin egen jobb. De må ikke vise for mye følelser, men stå frem som en tydelig leder med kontroll over situasjonen. Men dette kan kreve veldig mye av lederen som ikke får utløp for sine frustrasjoner.

Risikoaversjon og redusert motivasjon er en fjerde følelse. Det er mulig den ansatte mister motivasjonen til å utføre arbeidet sitt når det er foregått omorganisering og nedbemanning. Noen kan bli redde for å ta sjangser, fordi de er redde for å mislykkes, noe som i neste omgang kan føre til at vedkommende må gå ved neste omorganisering.

” Some of the folks I have talked to in the last couple of months have specifically said it`s the ones most outspoken that get hit. We had sales representatives who had exceeded quota for several years in a row, and then suddenly they`re workforce reduced. They were the pushy ones saying, “I need more product, I need this, I need that, and the perception was that we`ve lost the risk takers. We lost the people that are willing to speak up.”

Noen vil tenke at det ikke spiller noen rolle hva en presterer dersom en likevel blir sagt opp. Andre vil tenke det er viktig å prestere for å få gode referanser til neste jobb. Videre er det naturlig at en ikke er så villig til å ta risiko, dersom dette kan sette en i et dårlig lys eller gi andre negative konsekvenser dersom en mislykkes.

”Why should I take a new position within this corporation with the risk of that the project failing or not being funded next year so that I’m exposed? Why should I take the risk?”

Mange mister motivasjonen i en nedbemanning, det kan komme av at de ikke føler seg sett eller hørt, eller at den jobben de har gjort og satt sin stolthet i ikke betyr noe når det kommer til en nedbemanning.

Mistillit og svik er også vanlige følelser hos de overlevende, både på gulvet og hos ledelsen. Dette kommer gjerne som en følge av at de ansatte føler at organisasjonen har brutt en implisitt kontrakt som lå til grunn for arbeidsforholdet.

Mange har vært i organisasjonen i mange år, og føler det som har skjedd er et svik mot de ansatte. Det kan være vanskelig å stole på organisasjonen i fremtiden, når en opplever en dag å høre noe positivt, og neste dag får mange informasjon om en mulig nedbemanning.

Noen opplever **Optimisme** i forbindelse med nedbemanningen. Det gjelder spesielt ledere som opplever at det er gjort tøffe men nødvendige endringer i organisasjonen. De kan oppleve at det gjør bedriften mer sikker og robust, og at tar sikte mot bedre tider. Men denne følelsen er unik for ledere i organisasjonen.

Til tross for **manglende gjensidige forpliktelser fra organisasjonen og ledelsens side** er det mange overlevende som fortsatt opplever å ha en tilhørighet. Noen er veldig glad i jobben sin og ser mye potensiale i organisasjonen fremover. De har ingen ønsker om å bli oppsagt eller slutte selv. De vil ikke være den som forlater bedriften til fordel for en annen jobb i nedgangstider, da vil de være med på å stå på fremover.

De ansatte som prøver å opprettholde sin tilhørighet gjennom nedbemanningsprosessen opplever gjerne at ledelsen har andre prioriteringer enn tidligere og de blir gjerne bitre og sinte over den plutselige endringen.

Mange er også **misfornøyde med planleggingen og kommunikasjon** i tilknytningen til nedbemanningen. De fleste overlevende sier at de kunne tenkt seg informasjon tidligere og hyppigere under prosessen.

” If cutbacks are needed, planning how you are going to do a total cutback would be better than doing it little steps and see where you are and then do a little more”

Sinne er noe flere kan oppleve. De kan være sinte og bekymret over hvordan de oppsagte ble behandlet i prosessen. Dette oppstår gjerne fordi de overlevende føler at de som har mistet jobben har fått for dårlig behandling. Her kan det dreie seg om at ledelsen ikke har tatt nok hensyn til de oppsagte eller formidlet beskjeden om oppsigelse på en uverdigg måte.

Mangel på strategisk retning er den niende følelsen som gjerne oppstår. Når de ansatte ikke har nok informasjon om behovet for restruktureringen vil mange hevde at selskapet går bort fra sin langsiktige plan og bare opererer med et korttidsfokus.

Noer har kommet frem til at mange **ikke lenger har troen på ledelsen**. De ansatte føler at nedbemanningen er noe som gjøres mot dem personlig og blir usikre på hva ledelsen kommer med neste gang. De klandrer ofte ledelsen for de avgjørelser som har blitt tatt.

Nest sist kommer følelsen av **kortsiktig profittfokus**. De ansatte føler at ledelsen kun er ute etter å tjene penger her og nå. De fokuserer kun på det som er nå, og glemmer å se lenger frem i tid.

Til slutt presenterer Noer følelsen av **permanent endring**. De ansatte står plutselig overfor en helt ny situasjon hvor de kjenner på redsel, tilbaketrekkelse og frykt. De er ikke sikre på om det som har blitt gjennomført er den beste løsningen. Mange er redd de blir stående fast på et sted de ikke ønsker å være.

3 Design og metoder

3.1 Innledning

Ulike forskningsmetoder – og design gir forskjellig kunnskap. Jeg ønsket å undersøke hva som skjer med de som er igjen på arbeidsplassen etter en nedbemanning. Målet var som Malterud (2012) sier, «å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innen deres naturlige sammenheng.» Det ville innebære nær kontakt mellom meg som forsker og de personene som skulle studeres. Derfor var en kvalitativ metodisk tilnærming det som egnet seg best til denne typen studie.

Jeg vil i det følgende presentere de valg jeg har gjort vedrørende studiens forskningsmetoder og analyser.

3.2 Kvalitativ metode

Valget av metode ble avgjort av studiens målsetning

Den vitenskapelige diskusjonen har blant annet handlet om når det er relevant å anvende en kvantitativ tilnærming og når en kvalitativ tilnærming er mest velegnet.

Diskusjonen om kunnskapssyn er knyttet til kvalitativ versus kvantitativ forskning, men handler om mye mer.

Når det gjelder min studie har en kvalitativ tilnærming vært naturlig fordi jeg var ute etter å få vite mer om menneskers opplevelser, erfaringer og tanker.

Fordelen er at det blir lagt få begrensninger på de svarene en informant kan gi, dermed kan det gi flere nyanser og detaljer alt etter hva hver informant vektlegger. Kvalitativ metode er og fleksibel ved at forskningsprosessen kan endres underveis ved behov. Ulempen er at denne formen for metode er tidkrevende, både med innsamling av data og tolking av materialet.

Hensikten med denne studien var å få et innblikk i hvilke følger en nedbemanning fikk for informantene. Er det sammenheng mellom nedbemanning og negative følelser som stress, nedsatt motivasjon, mistillit, sinne og helseplager ?

Karakteristisk ved kvalitative metoder er at jeg som forsker etablerer en relasjon med informantene og bruker dermed meg selv som et verktøy til å innhente informasjon .

Forskeren vil med sin forforståelse og ut ifra sitt ståsted alltid påvirke forskningsprosessen og det endelige produktet. I denne studien er det viktig metodisk anliggende at jeg har forsket på

eget yrkesfelt. Det vil si at jeg har hatt en dobbeltrolle både som forsker og sykepleier med bakgrunn som leder på sykehjem.

I min intervjusituasjon hvor jeg så nærmere på nedbemanning og følgene av det, er det viktig å følge informanten i de tanker og følelser som er viktige for han eller henne. Jeg må forstå hvorfor hun eller han tenker og reflekterer som de gjør. Hvis jeg ikke forstår, må jeg ha forståelse for at vi alle er forskjellige med ulike tanker og meninger, og ikke vise gjennom kroppsspråk eller kommentarer at jeg synes det de forteller er urimelig.

3.3 Utvalg

Utvelgelsen av informanter i kvalitative studier er strategisk og planlegges nøye. Det vil si at de aktørene som er interessante å ha med i studien har kunnskap innen det aktuelle feltet og kan bidra til å belyse de problemstillingene man ønsker å finne mer ut av (Malterud 2012, Thagaard 2009).

I min studie hadde jeg følgende kriterier til utvalget: Det skulle være en sykepleier med mer enn 2 års praksiserfaring som sykepleier, som hadde vært med og erfart nedbemanningsprosessen.

Praksisfeltet skulle være et stort sykehjem med flere sykehjemsavdelinger.

I utgangspunktet bestemte jeg meg for å intervju 6-8 sykepleiere, fordelt på de forskjellige sykehjemsavdelingene. Dette fordi det var viktig å ha nok informanter så studiet kunne gjenspeile de ansatte på sykehjemmet. I forkant av studien viste det seg å bli utfordrende å først finne hvilke sykehjem som hadde nedbemannet. Det ble mange telefoner til tillitsvalgte i alle kommuner i fylket, men svaret var at det var ingen som nedbemannet i deres kommune. Jeg sa at skjult nedbemanning var og nedbemanning, men det var svært vanskelig å få respons. Fikk til slutt napp i en kommune som sa at det var mange som nedbemannet. Jeg tok kontakt med et aktuelt sykehjem, og ble gitt tillatelse til å intervju sykepleiere. Det var likevel vanskelig å rekruttere nok informanter, både på grunn av at det er vanskelig for sykepleiere å gå fra avdelingen, men og fordi flere mente at informasjon om studien ikke hadde nådd alle gjennom de kanalene jeg brukte. Det resulterte i seks informanter, noe som er litt i underkant av hva jeg ønsket. Resultatet ble fem sykepleiere og en avdelingssykepleier. Dermed er det vanskelig å si om det er nok, men de er et utvalg som kanskje ikke representerer andre enn seg selv. Likevel er disse informantene veldig entydige i sine svar, og mener noe om hva som er problemet på arbeidsplassen, noe som igjen kan tolkes som at dette er representativt for flere enn utvalget.

Sykehjemmet består av flere ulike avdelinger, hvor jeg intervjuet informanter fra tre forskjellige avdelinger. Det var totalt 7 avdelinger, men 2 av avdelingene kunne ikke bli tatt med siden de ikke var innenfor kriteriene for å bli definert som sykehjem, 2 avdelinger ønsket ikke å bli med. Et sykehjem er per min definisjon en avdeling bestående av eldre med fysisk eller psykisk sykdom som fører til funksjonsnedsettelse av varig grad, hvor en trenger mer eller mindre kontinuerlig hjelp og tilsyn.

Informantene var sykepleiere som hadde vært minimum 2 år i yrket, i alder fra 34 til 58 år. De hadde alle lang erfaring fra yrket som sykepleiere.

Informantene representerte avdelinger som ble definert som somatisk langtid og skjermet enhet.

Med intervjuet vil jeg få et bilde av situasjonen hvordan den har vært i nedbemanningsprosessen og hvordan den er her og nå. Når intervjuene fant sted må jeg ta i betraktning at en travel dag med mye frustrasjon vil kunne gjøre informantene mer negative enn om de har hatt en god dag. Derfor prøvde jeg å spørre konkret om positive hendelser og opplevelser, jeg stoppet de og, om de kom med informasjon om andre ansatte som ikke var relevant for intervjuet.

Informantene virket engasjerte og oppriktige, det virket som de ville prate om prosessen og flere sa de syntes det var veldig interessant å være med. De hadde et ønske om at de skulle bli hørt og at bemanningen skulle økes.

3.4 Datainnsamling

3.4.1 Utforming av intervjuguide

Intervjuene var strukturert ved at det ble benyttet en intervjuguide med åpne spørsmål for å ha en oversikt over hvilke tema som skulle dekkes.

I min forskning brukes den intervjumetoden som er mest brukt i kvalitative intervjuer. Den blir karakterisert som en delvis strukturert tilnærming, og er den formen for kvalitative metode som blir fremhevet i litteraturen. Temaene er fastlagt på forhånd, men rekkefølgen av temaene bestemmes underveis. Denne måten å utføre intervjuet fører til fleksibilitet og intervjueren kan følge informantens fortelling, men likevel få kunnskap om de temaene som er satt opp i utgangspunktet.

Gjennom intervjuguiden spurte jeg først om alder, yrke, hvor lenge har du vært i yrket, og hvor lenge de har jobbet på nåværende arbeidssted.

Neste del var om arbeidsplassen, og hvordan den var bygget opp rent praktisk. Når vi pratet var det naturlig å komme inn på hvordan de forskjellige vaktene var bemannet, og om det var mange fast ansatte eller vikarer, og om sammensetning av yrkesgrupper. Dette var for å få et bilde av arbeidsplassen.

Deretter ba jeg de om å beskrive omstillingsprosessen. Både hvordan informantene ble informert og hvordan de ble tatt med i prosessen, og hva endringen bestod av.

Deretter gikk jeg inn på følelsesmessige følger av omorganiseringen og ivaretagelse.

Det var ikke alltid like naturlig å stille spørsmål under praten. Så jeg opplevde at vi gjennom en dialog kom gjennom alle punktene i intervjuguiden.

Deretter syntes jeg det var naturlig at vi kom inn på kvalitet på tjenestene og pasientsikkerhet, siden dette er sentrale tema i forhold til nedbemanning og færre ansatte på jobb.

Informantene fikk ikke tilgang til intervjuguiden på forhånd, delvis fordi de ikke skulle kunne planlegge hva de skulle si på forhånd. Men og fordi jeg i starten var usikker på om jeg måtte endre intervjuguiden underveis. Jeg så at det ikke var alle tema i intervjuguiden som var like aktuelle å gå i dybden i, noe som heller ikke var meningen fra min side.

Underveis dukket det opp andre tema og flere sider ved samme fenomen som jeg ikke hadde tenkt på forhånd. Jeg syntes det var spennende å forfølge disse temaene med utdypende spørsmål samtidig som jeg erfarte å få mer innsikt. Men jeg guidet oss inn på rett vei ved hjelp av intervjuguiden.

Utfordringer jeg merket meg med henhold til intervjuet var å stille spørsmål som var spesifikke nok til å gå i dybden på et tema, og ikke bare snakke om det i generelle vendinger. Det var heller ikke alltid like enkelt å finne balansen mellom åpenhet og styring i spørsmålsformuleringene.

Jeg ser at det negative med denne metoden er at jeg kanskje ikke vil få helt ærlige svar, fordi mange ikke har lyst til å utlevere seg selv fullt ut. Jeg tenker at det kan være mer utfordrende å svare ærlig i en intervjusituasjon enn til et spørreskjema. Jeg har derfor vurdert om det vil være mer riktig å bruke kvantitativ metode og spørreskjema slik at informantene slipper å forholde seg til en person. Men jeg kom frem til at jeg ønsker å bruke intervju som metode, fordi jeg da kan sørge for at spørsmålet forhåpentligvis blir oppfattet riktig.

3.4.2 Intervjuprosessen

Siden utgangspunktet for studien var å belyse det som skjer i etterkant av en omorganisering som fører til direkte eller skjult nedbemanning valgte jeg semi strukturert intervju i følgende forskningsdesign:

Intervju mellom forsker og informant på et eget rom. Ingen kan høre hva som blir sagt, men flere kan se hvem som er med meg inn på rommet for å bli intervjuet.

Fordi jeg ønsket informasjon om hvordan nedbemanningen foregikk, og hva informantene følte og tenkte i ettertid, valgte jeg å bruke semi-strukturert intervju som metode. Ved denne type forskningsintervju er temaene og spørsmålsformuleringen dels forberedte, men ikke nøyaktig nedtegnet, og rekkefølgen av det som tas opp bestemmes underveis. Intervjuet mitt ble som sagt styrt av samtalen mellom meg som forsker og informant. Det var tydelig at de var engasjert i det vi skulle prate om og hadde mange meninger om hva som var grunn til nedbemanningsprosessen og hvorfor.

Jeg fikk mye informasjon fra informantene jeg intervjuet i forbindelse med nedbemanningsprosessen. Jeg har en egen forståelse både gjennom tidligere studier og egne erfaringer, hvor nedbemanning og flere arbeidsoppgaver fører til mindre motiverte og slitne medarbeidere. I min intervjuguide og intervju prøvde jeg å ikke la mitt syn komme frem, men gjennom nøytrale spørsmål hvor fokus var rettet mot det som var bra med prosessen, men og det som var mindre bra, slik at informanten fikk frem sitt syn uten påvirkning fra min side.

Ved bruk av kvalitative metoder herunder intervju, så er et av de største problemene tid. Det å skulle klassifisere og samle inn mye informasjon vil uten tvil være tidkrevende. Jeg informerte på forhånd om at vi må prøve å holde oss til en halv til en time. Dette for at samtalen ikke skal skli helt ut, og at ikke informasjonen blir preget av mye prat som ikke er vesentlig for forskningen.

3.4.3 Case studie

Det var naturlig å bruke case studie i min studie av et sykehjem. Case studier referer til undersøkelser av cases eller få enheter. Her vil forskeren analysere mye informasjon om de enheter eller cases som studien omfatter. Case studier har et mer generelt siktemål enn mer beskrivende undersøkelser som også baserer seg på flere metoder. Videre kan case studier ha en deduktiv eller induktiv karakter. I en deduktiv karakter hvor studier av en eller flere «case» velges ut for å videreutvikle teorien som studiet tar utgangspunkt i. Ved en induktiv karakter er enheter ikke planlagt med henblikk på et teoretisk utgangspunkt, ambisjonene er å komme frem til en forståelse som peker utover prosjektet. (Thagaard 2010)

På hele sykehjemmet er det 2 somatiske langtidsposter og 3 avdelinger for skjermet enhet. Somatisk enhet har 17 pasienter fordelt på to grupper. De har todelt turnus, det vil si at de arbeider dag og kveld i sin turnus.

De har egne sykepleiere som går kun natt, men de er ikke tatt med i studien siden jeg har valgt å fokusere på det som skjer på dag og kveld, når mange arbeidsoppgaver skal utføres samtidig. Nattevakter kan ha andre utfordringer knyttet til natt, men kan og etter min erfaring stå mye alene som fagperson.

En dagvakt på somatisk enhet har delt ansatte og pasienter inn i to grupper. Hvis det er to sykepleiere på vakt vil de ha ansvar for hver sin gruppe, ofte er det bare en sykepleier som har ansvaret for alle 17 pasienter.

På kveld er det kun en sykepleier som har ansvaret for alle pasienter på sin avdeling, samtidig som sykepleieren som regel har bakvakt for den andre somatiske avdelingen. Det betyr at sykepleieren må forlate sin avdeling ved mer eller mindre akutte tilstander for hjelpe til på den avdelingen som ikke har sykepleier på vakt.

Dette er et ansvar som kommer i tillegg til ansvaret sykepleieren har på sin egen avdeling. Informantene forteller at dette ga for noen år siden ekstra lønn, men er nå en del av det

arbeidet en skal utføre i løpet av en kveldsvakt. Dette kan oppleves som en ekstra belastning, både fordi de må forlate sin avdeling, men og fordi de ofte ikke kjenner pasientene på den andre avdelingen.

På en dagvakt er det 6 eller 7 personal. Her kan det være alt fra 2-5 faglærte og resten assistenter. En avdeling opplever at de har god fagdekning, det vil si at de har enten helsefagarbeidere, eller det som tidligere ble omtalt som hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere.

På kveld er det 4 på vakt, de har ansvar for 17 pasienter som trenger mye stell og tilsyn, i tillegg har de ansvar for å tilberede og servere mat til pasientene.

Skjermet enhet har en avdeling med totalt 26 pasienter, og 2 avdelinger med 16-17 pasienter. Avdeling med 26 pasienter blir delt inn i 3 grupper, hvor 2 grupper har 9 pasienter og 1 gruppe har 8 pasienter.

Det er totalt 6 eller 7 ansatte på dagvakt. Det skal være minimum 6.

På kveld er de 6 ansatte, men hvis sykepleier er bakvakt for avdeling 2 eller 3, går vedkommende på toppen av de 6.

På skjermet enhet med 17 pasienter er det 6 ansatte på dag, og 5 ansatte på dag i helg. De er 4 ansatte på kveld. Alle avdelingene har totalt 1 ansatt på natt på hver avdeling.

3.4.4 Studiens vitenskapsteoretiske forankring

Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen, hvor en prøver å oppnå en dypere forståelse av meningen i enkeltpersoners erfaringer. Et utgangspunkt for forskningen kan være forskerens refleksjoner over egne erfaringer. Fenomenologisk reduksjon innebærer at interessen sentreres rundt fenomenverden slik den blir opplevd av informanten, den ytre verden kommer da i bakgrunnen. Forskeren må være åpen for de erfaringer informanten sitter med. Fokus blir rettet mot det som tas for gitt i en kultur. Det som er sentralt innenfor fenomenologien er å forstå fenomener på grunnlag av de studerendes perspektiv, og å beskrive omverdenen slik den erfares av informantene. Fenomenologien bygger på antagelser om at realiteten er slik folk oppfatter at den er (Thagaard 2010).

Martinsen (1996) sier at fenomenologien er en viktig tilnærming til sykepleieforskningen.

Hun sier det er en kjærlig forskning, hvor tilnærmingen vektlegger sykepleierens opplevelse

av sin situasjon, og forskeren inntar en kritisk holdning til etablerte ideologier, og engasjerer seg ved å være trofast mot sykepleierens holdninger.

Den fenomenologisk orienterte forskeren kan leve seg inn i møtet mellom sykepleier og pasient, og bruke et språk som er basert på sykepleierens erfaringer. Kunnskap som er basert på sykepleierens erfaringer blir mer synlig og eksplisitt (Martinsen 1991).

3.5 Databehandling og analyse

3.5.1 Analyse

Den kvalitative forskningen kjennetegnes ved at den er fleksibel. Det vil si at prosessen er som en hermeneutisk sirkel der forskeren kan arbeide med de forskjellige delene på samme tid og også bevege seg mellom de ulike stadiene for så å komme tilbake til utgangspunktet.

Det er en gjensidig påvirkning mellom forskningsmaterialet, problemstilling og analysen der forskeren ofte gjør endringer underveis ettersom forståelsen for materialet utvikler seg og ny kunnskap trer frem (Thagaard, 2009).

Intervjuet skrev jeg ut selv. Den innledende samtalen har form som transkripsjonen av et intervju, med tilhørende beskrivelse av aktørenes samtale med meg, hvor jeg skrev ned alle ord eller lyder som eh, smil, øyne som ruller, for å beskrive intervjuet grundig.

I løpet av analysen opplevde jeg det likevel nødvendig å gå tilbake til det opprinnelige opptaket parallelt med transkripsjonene.

Intervjuet ble tatt opp på bånd og så transkribert av meg. Hensikten med studien avgjorde hvor detaljert jeg valgte å transkribere samtalen. Siden formålet ikke var å gjøre en nyansert og inngående konversasjonsanalyse men primært få tak i meningsinnholdet i intervjuet, valgte jeg å begrense meg til å skrive dialogen rett ut og markere pauser i samtalen med en prikket linje (...). Noen steder har jeg tatt med fyllord som «mm» og «eh», samt tonefall med videre for om mulig å fremheve noe av tonen og flyten i intervjuet. Det samme gjelder beskrivelsen av den innledende samtalen.

Transkripsjonen er en reduksjon av den opprinnelige levende samtalen og en skal være forsiktig slik at man ikke mister den opprinnelige dialogen ut av syne (Kvale 1996, Malterud 2003). Jeg opplevde at gjennom transkripsjonsprosessen kom jeg nærmere og lenger inn i materialet. Sammenhenger og meninger ble tydeligere for meg. Jeg vil si at å skrive ut materialet, selv om det var tidkrevende, var en viktig del av analyseprosessen.

Neste steg i arbeidet var å gå grundig inn i materialet for å se etter sentrale tema. I mitt tilfelle tok jeg utgangspunkt i intervjuet og det som kom frem her.

I dette nitidige arbeidet var jeg inspirert av Malteruds framgangsmåte for analyse av intervjumaterialer (Malterud, 2003).

I selve intervjuet fikk innledende samtale en dominerende plass. Her ble det fortalt om hvordan sykehjemmet og avdelingen var bygget opp, og hvordan arbeidsdagen på de forskjellige avdelingene var lagt opp. Det ble etter hvert mye det samme som gikk igjen siden flere av informantene kom fra den samme avdelingen. Her følger en mer detaljert beskrivelse av analyseprosessen.

3.5.2. Analyse av intervjuet

I analysen av intervjuet har jeg brukt Malterud (2012) sin beskrivelse av analysemetode. Hun presenterer STC (Systematic Text Condensation), utarbeidet av Malterud og inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og «grounded theory». Georgi hevder at målet med analysen er å få tak i informantenes perspektiv. Som forsker forplikter jeg meg til å tenke over hvordan min egen forforståelse påvirker materialet. Hensikten er å være mest mulig lojal mot informantens stemme. Han anbefaler fire trinn i analyseprosessen: å danne seg et helhetsinntrykk av teksten, finne meningsenheter, trekke ut innholdet i meningsenhetene og lage subgrupper, sammenfatning (ibid).

Jeg begynte med å lese gjennom transkripsjonen for å få et helhetsinntrykk av materialet. Dette gjorde jeg noen ganger for å få et overblikk over hvilke temaer som gikk igjen i intervjuet. Jeg ble oppmerksom på 3-4 temaer som jeg noterte meg. Dette er ifølge Malterud (2003) et første intuitivt inntrykk. Blant disse var det særlig ett tema jeg merket meg som fremtredende i teksten. Jeg fortsatte med trinn to og en mer systematisk gjennomgang av materialet ved å lete etter meningsenheter. Ifølge Giorgi består hele teksten av meningsbærende enheter, men Malterud (2012) foreslår å velge ut de delene av teksten som sier noe om de innledende temaene. Jeg valgte å følge sistnevnte og begynte med å klassifisere meningsenhetene under de temaene jeg hadde foreløpig. Dette innebar en kontinuerlig overveielse av temaene, å tenke over innholdet og mitt forhold til det. På dette stedet i analysen bestemte meg for å velge de temaer som var mest dominerende i materialet fra starten og fokusere på det videre.

Jeg fortsatte analysearbeidet mitt og gikk videre til trinn tre, å lete etter flere nyanser i materialet ved å studere de meningsenhetene jeg hadde funnet tilhørte dette temaet. Så sorterte jeg i undertema. Deretter sammenfattet jeg hvert undertema og brukte sitater fra den

opprinnelige transkripsjonen som underbygget innholdet i teksten. Neste steg var å starte med resultatpresentasjonen.

Sammenfattende er det et poeng å få frem at analyseprosessen ikke var et lineært arbeid slik det kan gis inntrykk av i denne framstillingen. Det er for å forsøke å gi en oversikt av de stegene jeg tok underveis. Som nevnt innledningsvis var analysen mer som en sirkulær prosess med de – og rekontekstualisering, der jeg stadig beveget meg mellom de ulike delene av materialet for å få en større forståelse av hva det handlet om.

3.5.3 Forskningsetikk

Mine etiske overveielser vil bygge på å gi god informasjon skriftlig om studien i forkant, og få informert samtykke fra alle som blir intervjuet. Videre er det viktig å ta hensyn til kravet om anonymitet. Det må tas hensyn til konfidensialitet med tanke på personopplysninger og hvordan informanten blir fremstilt. Båndopptak ble oppbevart innlåst i safe i mitt hus, og makulert etter bruk. Kun forsker, informant og veileder som deltok, hadde anledning til å høre på dette opptaket. Det skal videre slettes når oppgaven er ferdigstilt. Det ble søkt NSD for godkjenning av studien. Fikk svar tilbake om at studiet ikke trengte NSD sin godkjenning. I kvalitative intervjuer er det viktig å ivareta integriteten til de personene som intervjues både under selve intervjuet og i etterkant, når resultatene skal presenteres og fortolkes. Det er vanligvis et krav at man anonymiserer gjenkjennelige detaljer, og at man behandler sensitive opplysninger med varsomhet. I intervjuundersøkelser som omhandler sensitive temaer, er det ofte nødvendig å innhente et skriftlig samtykke (Fangen 2010)

4.0 Resultater

Det vil i resultatdelen bli redegjort for de sentrale meningsenheter som kom frem av intervjuene.

I følge avdelingsleder begynte nedbemanningen for halvannet år siden. Det var et overforbruk på 10 millioner, noe som utgjorde 10% av det totale budsjettet. De måtte nedbemanne et visst antall årsverk. Alle avdelingene skulle nedbemanne likt, noe som utgjorde ett årsverk per avdeling.

Alle informantene fikk informasjon om hva som skulle skje, men ikke alle tok alvor et inn over seg. Noen trodde det skulle vare for en kort periode.

Alle informantene sa at dårlig økonomi var en del av hverdagen på et sykehjem. De må alltid tenke sparing, både når det gjelder pasienter og ansatte. De må passe på å ikke sløse med mat eller utstyr til pasientene. Ved sykdom hos personalet måtte de vurdere innleie, og om det er nødvendig.

Sparetiltak og trusler om nedbemanning er en del av hverdagen, noe som og preger arbeidsinnsats og motivasjon til de ansatte.

Det har vært nedbemanning og skjult nedbemanning ja. For denne avdelingen, vi begynte nedbemanningen her for gode halvannet år siden. Så hadde vi før, en og en halv nattevakt, vi delte med avdeling 2. det var totalt tre på natt, den som gikk mellom ble tatt vekk. Ett årsverk, det ble nedbemannet på dag fra 5-6 i pleien til totalt 5 i pleien. Det er det som er den direkte nedbemanning. Vi leier inn ved sykdom, prøver å ikke gå under 5. Av og til får vi ikke tak i noen.

Alle har i prinsippet nedbemannet, men noen har hatt en skjult nedbemanning som ikke er på papiret. Vi måtte gjøre det i praksis. Et eller annet har de gjort.

Flere av informantene påpeker at mye var bedre før. Det var egne ansatte som tok seg av kjøkkenet hvor de laget, tilberedte og serverte maten. Etter hvert er dette oppgaver som har blitt lagt til pleiepersonalet med unntak av middag som en får ferdig fra et storkjøkken, klar til oppvarming. De ansatte som har en lang yrkeskarriere bak seg er de som opplever den store endringen. Det er krav til de ansatte om hva de skal utføre og hva en kan forvente av de. Samtidig er det krav til effektivisering og sparetiltak.

Det er for dyrt å drive sykehjem, og ledelsen må se på alternativer for å kunne opprettholde driften. Det er mange som trenger helsetjenester i Norge, og mange behov skal tilfredstilles.

4.1 Informasjon om nedbemanningen

Alle informantene sa de var blitt informert om at de hadde et overforbruk, og måtte spare. De var i ukentlige møter hvor de fikk informasjon om hva de måtte gjøre konkret på hver avdeling. Alle måtte nedbemanne, men de fikk velge selv hvor de ville nedbemanne. Avdelingssykepleier var til syvende og sist den som satt med avgjørelsen om hvor det skulle kuttes. Flere avdelinger valgte kjøkkenvert som den stillingen som kunne kuttes. Det resulterte i flere oppgaver for det resterende personalet, som bestilling, tilberedelse av mat, servering og holde kjøkken rent og ryddig. Det ble i all hovedsak lagt til oppgavene til fagarbeidere og assistenter, men får en ringvirkning ved at de blir mindre tilgjengelige for pasienten når de er opptatt med matlaging, og vaske og rydde før og etter måltider. Personalet var informert om hva som skulle skje, de synes det var vanskelig å være lojal mot det som skulle skje, siden de opplevde at hverdagen var travel nok allerede.

Ja vi fikk informasjon, det var valget mellom å fjerne husvert eller å kutte en hjelpepleierstilling. Det var vel avdelingsleder så tok beslutningen, jeg tror alle var enig at vi ikke hadde råd til å miste en hjelpepleier....da var det eh faktisk en bedre løsning at husverten forsvant. Blir du tildelt nye oppgaver? Nei det, det hender jo at vi og er med å vasker opp og hjelper til med maten, men det er i utgangspunktet ikke en sykepleieroppgave, det er mange andre ting som vi må prioritere i stedet for å smøre skiver og vaske opp. Det blir hjelpepleierne så... på en måte fikk jo de en ekstra belastning, men vi får det jo på en måte og. Så.. så det er klart at det ble mye merarbeid men.

Andre informanter var ikke helt sikker på hvor det hadde blitt nedbemannet, men de hadde fått beskjed om at det kanskje skulle gjøres i fremtiden. Utgangspunktet var at alle skulle nedbemanne likt, men noen avdelinger hadde ikke kuttet i stillinger, eller bare tatt litt av en stilling. Informantene var usikre på hvorfor det var sånn, men lurte på om det kunne ha en sammenheng med at noen avdelinger hadde pasienter som trengte mye hjelp og tilsyn, og som ble definert som så tidkrevende at de måtte ha en til en kontakt.

Det var delte meninger om informasjonen var god nok. Det ble ytret at de fikk informasjon, men var usikker i forhold til hva det innebar. Det skjer ofte at informantene blir møtt med at de måtte spare. Men ofte får de ikke konkrete føringer på hva som skal gjøres.

Vi visste ikke så mye om at det skulle gå en hel stilling, eller hvor den stillingen skulle tas. Forstod det var på grunn av store underskudd. Forskjellig hvor det ble tatt... vi tok kjøkkenvert, vi ville beholde de i pleien. Pasientene trenger jo mye pleie..så vi kunne ikke være mindre enn det vi var.

Alle informantene på avdelinger hvor de hadde hatt en konkret nedbemanning, sa de hadde fått informasjon, og var blitt tatt med i prosessen. Men det var likevel enighet om at informasjon på et generelt plan var for dårlig. De følte at informasjonen enten ikke ble gitt, eller var lite tilpasset situasjonen de var i.

Informasjon? Det er en ting som er totalt fraværende her og det er informasjon på mange plan. Legen sa og sa at det finnes ingen informasjon her. Tror kanskje det har kommet seg noe, eller kanskje ikke, kanskje bare blitt bedre kjent.

På de avdelinger hvor de ikke hadde foretatt en konkret nedbemanning, hang det enda i luften hva som skulle skje videre. De var ikke informert, og visste ikke hva som ville skje videre. Kanskje måtte en gå på deres avdeling og, men det var eventuelt frem i tid. Det eneste de vet er at de må spare, men de vet ikke hvordan.

Ikke skikkelig informert av min leder, vi må spare, må kanskje endre bemanning, ingenting er avgjort.

Mange er misfornøyde med planleggingen og kommunikasjonen i en nedbemanningsprosess. Denne informasjonen er viktig for at de ansatte skal føle seg inkludert og at de har en viss kontroll over situasjonen. Det har og en innvirkning på at de kan stole på det som de blir informert om, og at de får tilgang til all informasjon. Alle informantene hadde fått informasjon om at sykehjemmet hadde et økonomisk overforbruk og måtte spare. Alle informantene var informert om at det ville bli foretatt en nedbemanning. De ble tatt med i prosessen og informert underveis. Det var likevel enighet om at informasjonen kunne vært bedre uten at dette ble mer utdypet av informantene. Dette kan henge sammen med at

informantene var usikre på om dette var en varig løsning eller om all informasjon var gitt. Det kan være vanskelig å stole på at lederne sier alt, siden de er lojale mot sine ledere igjen. Hvis informasjonen ikke er grundig nok, kan ansatte tvile på om alt er fortalt. Etter informasjonen var gitt og beslutningen tatt, var det ifølge informantene lite informasjon i etterkant.

4.2 Hvem ble nedbemannet?

Det var forskjellig hvordan den enkelte avdeling nedbemannet. Men flere avdelinger valgte å ta bort kjøkkenverten. Den sørget for å lage og bestille mat til pasientene. I tillegg var kjøkkenverten ansvarlig for hygiene og nedvask av kjøkkenet. Kjøkkenvert sørget for at frokost ble tilberedt og servert, hun laget til lunsj, ryddet og vasket etter måltider.

Ja de tok jo bort hun som var på kjøkken. Å, eh vi hadde en kjøkkenvert, vi har jo ikke kjøkken her, det er jo denne maten som vi får i eh sånn poser da men , all kveldsmat, alt dette her er det hjelpepleierne som lager. Klart at vi merker det, det går mye tid vekk til eh mat og oppvask og smøre skiver og det er jo ingen av pasientene som smører maten sin selv, eh så alt blir jo smørt, der går jo mye tid vekk til det. Kjøkkenverten jobbet bare på dagtid, det var aldri kjøkkenvert om kvelden, men den har alltid lagt klar kveldsmat. Men på dagtid var det jo middag, eh så den hadde jo og for bestilling av mat så det ble lagt på hjelpeier igjen. Så det går jo tid til det og. Hun var der hver dag fra 8 til 14.

Alle informantene var stort sett enige i at det måtte bli kjøkkenverten som måtte gå i forbindelse med nedbemanningen. Det var fordi de ikke ønsket å miste flere i pleien av pasienter, for de følte at der var bunnen nådd i forhold til hvor mye mer en kan kutte, uten at det går ut over pasientene. Noen av informantene håpet og trodde nedbemanningen var midlertidig, selv om de ikke hadde fått informasjon om det.

På en måte trodde jeg kanskje det var midlertidig. Forskjellig hvor det ble tatt... vi tok kjøkkenvert, vi diskuterte det ja, at vi ville beholde de i pleien. Pasientene er jo dårlige...så vi kunne ikke være mindre enn det vi var.

Det har vært en gradvis nedbemanning og endring på sykehjemmene i følge informantene som har vært lengst i yrket. De føler de har fått mindre tid med pasientene og flere oppgaver har blitt til underveis, og lagt over på dem. De opplever at det har blitt mindre av alt på sykehjemmene, og at de bruker mye tid på oppgaver som de mener ikke er knyttet til sykepleierfaget. De synes det er utrivelig når avdelingen ser skitten ut, samtidig som det er uhygienisk.

Det går som det går, men det er klart at en må kanskje, det går jo vekk tid fra pasientene som går i den oppvasken, det kan en jo se, selvfølgelig kan en jo det. Er det noe positivt med omorganiseringen? Med at det ikke er kjøkkenvert? Nei det synes jeg jo egentlig ikke at det er noe positivt i det, men det er jo klart at heller det enn en hjelpepleier skulle bli tatt vekk. Nei, jeg har jo og jobbet på sykehjem på 80 tallet, når det var både husvert, kjøkkenvert og eget kjøkken, det er klart en bruker masse tid på sånne oppgaver. Jeg synes det var atskillig bedre kvalitet på det, på mat og på de tingene som ble gjort. Uhygienisk ja, kjøkkenverten og hadde en oppgave å vaske på dette kjøkkenet, de er skitne, vi har ikke tid til det. Vaske skapdører og sånne ting, så du ser jo det hygieniske og var det et tap.

Det var nye og ulike oppgaver som kom etter nedbemanning av kjøkkenvert. Selv om det i hovedsak var hjelpepleierne som måtte ta over matlaging og servering, så vil de fleste likevel måtte gjøre oppgaver en tidligere ikke gjorde. De ønsker i utgangspunktet å reservere seg mot oppgaver som hører til kjøkkenet, de mener dette er en del av det hjelpepleierne og assistenter må utføre. Likevel opplever de at annet personell kan være opptatt med pasienter i for eksempel stell, eller toalettbesøk. Da blir det den som har tid og anledning, som må utføre oppgavene som må gjøres.

Alle fikk nye oppgaver, passe på å sette på kaffe, koke te vann, koke egg, du skulle ikke bare servere de. Vi har an god del pasienter som har spesielle ønsker. Synes det er besynderlig at når du har gått på skole i 3 år, så skal du stå og stryke gardiner i 7 timer. Og frem til for tre fire mnd siden hadde jeg ansvar for all bestilling av oppvaskmidler, dopapir, dekontaminator, papir, bandasjer og så videre, må rundt å sjekke, så når jeg bestiller så eide jeg det og så når bestillingen kom på paller fikk jeg lov til å pakke det ut og. He he, heldigvis så så avd leder at det var et skritt for langt. Alt matvarer må bestilles, salt, sukker, renhold av kjøkkenet. Pleie og kjøkkenet er jo uhygienisk.. Semmelweis var nok ingen idiot.

Informantene stod ikke i fare for å bli nedbemannet i denne omgang. Men da informasjonen om endringer og omorganisering på grunn av dårlig økonomi kom, visste ingen hvem som måtte gå. Etter informasjonen om den konkrete nedbemanningen, sa alle informantene at de var enig i den beslutning som ble tatt om å kutte kjøkkenverten. De syntes likevel det var urettferdig at de måtte kutte denne stillingen, men det kan ha en sammenheng med at de syntes det var urettferdig at deres avdeling ble rammet på denne måten. De syntes de allerede hadde for lite personal på jobb, og strever for å få dagen til å gå rundt. Noen av informantene var lettet over at det ikke var noen av de som jobber direkte med pasientene som måtte gå. Likevel kan det kjennes urettferdig at det sitter mange i administrative stillinger som ikke har nedbemannet, når de som jobber direkte mot pasienten må gå. Det kan være vanskelig å se hvilke oppgaver andre har og viktigheten av de. Alle informantene var enig i at avdelingssykepleieren hadde en særdeles krevende jobb.

Flere av informantene opplevde sinne i denne prosessen hvor nedbemanningen pågikk, og kjøkkenverten måtte gå. De var sinte og bekymret over hvordan de oppsagte ble behandlet i prosessen. Det var flere som syntes det var synd på den som måtte gå. Det ble sagt i intervjuet at det var kortvarig sinne på avdelingen for det som skjedde. Da var det noen som pratet høyt, men det gikk fort over, og ikke noe som ble hengende igjen i avdelingen.

4.3 Kvalitet på tjenestene

Etter nedbemanningen forteller informantene det har blitt flere og flere oppgaver, og stadig mindre personal til å gjøre alle oppgavene. Det er ikke en utvikling de liker, men den må aksepteres.

Alle informantene sier det går som regel bra, og at kvaliteten på tjenestene er god, men kunne vært bedre. Det er mange ting de kunne tenke seg å gjøre bedre. De husker godt hva de lærte på sykepleierutdannelsen, og hvordan det burde fungere i praksis. Dessverre så opplever informantene at det er stort sprik mellom teori og praksis. Men det hadde vært flott å kunne se hele pasienten, både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig, slik de lærte på utdannelsen.

Alle informantene føler at det arbeidet de gjør er faglig forsvarlig. Det kan være perioder som blir omtalt som kaotisk, og hvor kvaliteten er helt i grenseland. Dette gjelder spesielt ferier hvor en tar inn mange ufaglærte, eller studenter med lite erfaring. Men en må da ta seg tid til det som er viktig, så får det som er mindre viktig midlertidig flyte.

Eh sånn er det jo, eh som regel går det jo, kunne jo alltid tenkt å gjør mange ting så veldig mye bedre, husker jo hva vi selv lærte i sykepleien, men hadde verden vært sånn så hadde det jo vært fantastisk. Det å se pasientene og alle de tingene der, sånn er det jo ikke. Men jeg føler jo at det er faglig forsvarlig, det kan være perioder der det koker, eh der du kanskje føler at dette her er helt i grenseland, men... en må på en måte bare ta seg tid så får alt det andre flyte så får vi bare gjør den tingen. Eh så er det viktig, det der hvis en alltid kan ha i bakhodet med at det viktigste først, følg planen, også må en bare skyve vekk andre ting, en lærer seg til en måte å jobbe på hvor en tar det som er viktigst først så får det andre bare vente.

I forbindelse med nedbemanningsprosessen fikk de ansatte beskjed om at kvaliteten skulle ned. De mener selv de har lagt seg på et lavere nivå. Dette gjelder spesielt i forhold til hygiene. Dette er noe informantene stiller spørsmål ved selv. I følge utdannelsen og det som blir forventet av en god sykepleier, så skal alle pasientene under stell vaskes grundig og nøye hver dag, fra fot til hode. I løpet av noen år i praksis så ser de fleste at dette ikke er mulig å gjennomføre på alle pasienter i løpet av den korte tiden de er tildelt under hvert stell. Dette opplever de som uproblematisk for noen pasienter. Pasienter som for eksempel kolspasienter, er avhengig av at god hygiene fordi de er svært sensitive for bakterier i luftveier som kan føre til infeksjoner, eller sensitive for støv, noe som igjen kan gjøre pusten tyngre. Mange sykehjemspasienter er inkontinente for urin og eller avføring. Ansatte opplever at det er uverdigg at pasientene skal bli liggende i avføring fordi det er så travelt på avdelingen. Disse pasientene trenger og en mer omfattende kroppsvask eller dusj hver dag, for å ikke bli såre eller lukte vondt.

Generelt har vi lagt oss på et lavere nivå når det gjelder hygiene, men så kan en si må alle vaskes fra topp til tå hver da?, Men det er klart at hygiene generelt er nivåsenkning, ikke bra i forhold til eks kolspasienter eller andre. Men det er klart at når en skal begynne å følge opp ting, drikkelister etc, klart at da merker en må jeg si. Du må springe litt fortere og ting glipper litt oftere.

Vi fikk beskjed om å gå ned på kvaliteten, selv om hun gikk ut i avisen og sa det ikke skulle bli dårligere kvalitet. De får dusje, men vi klarer ikke vaske så mye senger, tørke støv, ja... nei vaskepersonalet vasker gulvene. Vi vasker skap, klær...

De ansatte opplever at kvaliteten er dårligere enn det den kunne vært med bedre bemanning. Kvalitet på tjenester er ikke bare knyttet opp mot stell og pleie, det gjelder og å ivareta det fysiske og sosiale. Mange sykehjemspasienter får lite frisk luft, eller lite sosial stimuli i forhold til å delta i sosiale arrangementer. Det er flere som ikke ønsker å delta, men og mange pasienter som ønsker men ikke får, på grunn av for lite kapasitet. Det er travelt på sykehjemmene, men når det er ledig tid er det er viktig å bruke den tiden man har til noe fornuftig, som å aktivisere pasientene. Dette kan virke forebyggende på pasienter som blir urolige utover dagen og vil ut eller hjem, typiske demente pasienter. En kan da slippe å sette i verk tiltak i ettertid og unngå beroligende medisiner som igjen kan føre til økt falltendens. Pasienter som er klare i hodet kan og ha behov for frisk luft og sosial stimuli. Det blir påpekt at de ansatte må være flinke til å gjøre disse tiltakende, men det er ofte der det blir vanskelig å gjennomføre tiltakene, når de ansatte er bundet opp til avdelingen med andre oppgaver.

Aktivitetsnivået har gått ned, viktig hva man gjør for pasienten, hva skjer når man er ferdig med stellet? Er man flink til å ha 1 til 1 kontakt. Ut i hagen, gjør at pasienter har en god opplevelse av dagen. Ved gode opplevelser har de en bedre opplevelse noe som igjen resulterer i mindre bruk av beroligende. Det er den subjektive følelsen til pasienten som er viktig

Sykepleierne har det for travelt, det blir derfor lettere og ty til beroligende, i stedet for å gjøre noe med pasienten, og ta de før de blir urolige.

Opplevelse av kvalitet er todelt, på den ene siden er det ingen som vil si at de leverer dårlig kvalitet, men de kan fortelle at det er noe å gå på, kvaliteten kunne vært bedre. Informantene har et ønske om å kunne levere bedre kvalitet på tjenestene, fordi de ser det har en stor betydning for livskvaliteten til pasientene. Dialogen ut til pårørende er og vanskeligere å opprettholde når det er hektisk og få sykepleiere.

Opplever begge deler, vanskelig å si hva og hvor mye jeg kan levere. Noen ting fungerer, noen ting er dårligere. Vi er dårligere å følge opp samtaler, det avhenger av hva du mener er jobben din og motivasjon til sykepleieren.

Når vi pratet om kvalitet på tjenester kom alle informantene kom inn på systemet ABI, som er et inntektsbasert system hvor en dokumenterer timer en trenger til pasienten. Avdelingen får

tildelt midler ut fra hvor mye hver enkelt trenger. Dette er ifølge informantene et tungrodd og tidkrevende system, noe som oppleves som en tilleggsbelastning etter nedbemanningen. Det tar lang tid å dokumentere hva de faktisk trenger, i tillegg må sykepleierne bruke tid på å argumentere for hvorfor pasienten trenger det den gjør.

Det er forferdelig tidkrevende å dokumentere at en har det og det behovet, og det sitter et eller annet menneske og gir en tilbakemelding på at nei vi tror deg ikke. Hva er dette?? De har lagt føringene, tror du fru Olsen at du kan vaske på andre siden av ansiktet og, ja og du kan ikke gå fra fru Olsen. Og der føler jeg du når ikke frem. Det systemet de signaliserer til pas og pårørende om at de skal få doe, dusje, hjelp når de trenger det. Flott, men det tar tid.

Flere av informantene trodde da systemet først ble tatt i bruk, at de skulle få mer tid med pasienten. De trodde at timene ville føre til et mer rettferdig system hvor pasienten fikk det den trengte. Det de opplevde i praksis var at det tok lang tid å dokumentere behovene pasienten hadde. Hvis en pasient ble dårligere, og trengte flere timer per dag eller i uken, så var det ofte ikke nok til å kunne leie inn en ekstra personal. Det resulterte i at dokumenteringen av behovene fikk liten betydning i praksis. En time mer per dag for å hjelpe fru Olsen, vil bare føre til at de ansatte har mer å gjøre, men de kan kun leie inn ekstra en gang i blant.

I tillegg er det viktig at de som skriver og argumenterer for vedtakene gjør en grundig jobb slik at det ikke resulterer i underrapportering. Det at sykepleierne hadde dårlig tid, var og en grunn til at rapporteringen noen ganger ikke var god nok.

Abi er antall timer hver pasient trenger. Vi skriver vedtak to ganger i året, og får penger ut fra det. Bestillerkontoret bestemmer det ut fra pleieplanen, vi får den enten gjennom eller ikke. Før skrev vi vedtak hver gang det var endringer i tilstand, så ble det for 2 år siden endret til to ganger i året, det er sykepleier som kjenner pasienten best som skriver endringsmelding. Hvis det skjer noen endringer utenom som er dramatiske, må det tas med virksomhetsleder. Når du skriver en endringsmelding så sitter bestillerkontor og passer på sin pengesekk. De etterkontrollerer for å se om de trenger så mye tid. Det er klart det er best å ansette sykepleiere som er stilskrivere og har talegavene i orden, litt sånn kynisk.

Flere av informantene pratet om at de hadde gått over til å skrive vedtak to ganger i året i stedet for hver gang det var endring i tilstand. Mye endrer seg på et sykehjem i løpet av et

halvår, så det kunne være både positivt og negativt for økonomien. Men flere tolket det dit hen at ABI systemet var på vei bort.

Abi krever mye.. det er snakk om at det forsvinner... noen skal sjekke det vi skriver...byråkrati..

4.4 Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet blir her definert som sikkerhet for pasienten i forhold til fare for fall, feilmedisinering, følge opp pleieplan og ivareta pasientens behov slik at han får det han trenger av stelle, pleie og ivaretagelse på sykehjemmet. Det var naturlig at pasientsikkerheten ble satt i fokus etter nedbemanningen. En skal kunne være trygg på at pasientene blir forsvarlig ivaretatt av personale med fagkompetanse på eldre.

Det kan være flere utfordringer i ferier og høytider, hvor det er flere vikarer og personal uten tilstrekkelig fagkompetanse. Dette har blitt enda mer utfordrende etter nedbemanningen, når informantene opplever at de har fått flere arbeidsoppgaver.

Sommeren er den tiden hvor alle i personalgruppen skal ha ferie. Det er en ekstra sårbar tid, hvor de sykepleierne som står igjen opplever belastningen som veldig stor. De vet at denne tiden er sånn, og noen unngår å ta ekstravakter fordi belastningen blir for stor.

Ja jeg syns pasientsikkerheten er god. Det er selvfølgelig alltid et problem det med sommerferier, der kan en av og til kjenne når en står som alene sykepleier på en avdeling med 17 pasienter, eh en fagperson, eh sommeren som var var forferdelig, da kjente jeg kanskje litt på det at eh dette er ikke forsvarlig. Det er ikke kjekt. Det var jo, ...tror det var...eh 12 dødsfall eh jeg hadde flere vakter, dagvakter midt i uken hvor jeg var den eneste som kunne dele ut medisiner, eneste fagperson, resten var unge ferievikarer og oppi dette hadde vi dødsfall, eh unge jenter som kommer inn og sier han ikke svarer, altså da kjenner jeg at dette her er veldig galt, eh men vi tok jo en diskusjon på det i etterkant og jeg ser jo at sommeren er sånn enda med vakter, eh det er ikke noe å gjør med det sier de ja, men jeg lærte i hvert fall å ta ut 4 uker ferie om sommeren, og aldri sommeravtalevakter, hehe , det er jo galt at det er sånn, for en vil jo gjerne bidra og hjelpe, men jeg tenker etter hvert etter mange år i dette yrket at jeg må tenke på meg selv, ehe,ja. Så sommer er det nærmeste jeg kommer hvor jeg vil si at det går på

grensene.. eh av hva jeg ville ønsket for mine hvis jeg hadde de på sykehjem, så ville jeg nok reagert ja.

Generelt så sier informantene at sikkerheten rundt pasientene er god, men det er også her mener informantene de kunne gjort en enda bedre jobb. Det avhenger og av at de som er på jobb er flinke til å følge opp, og registrere hvis noe ikke er som det burde være. Medisiner er et sårbart felt, hvor konsekvensene av feil kan bli store. Tidligere la en sykepleier medisinene selv, og medisinene ble kontrollert av en annen sykepleier eller hjelpepleier med medisinkurs. De fikk da et forhold til tablett og dose som gjorde det mer sikkert ved utlevering av medisiner. De ville da lettere se om noe var feil. Men igjen var det noen ganger feil i selve leggingen av medisiner av ulike grunner. Så har sykehjemmet gått over til et nytt system hvor medisinene blir pakket ferdig på apoteket. Det heter multidose. Det er i følge informanten nesten aldri feil, og hvis det er feil er det på grunn av endringer i medisinkortet på sykehjemmet, som ikke har blitt viderefremidlet til apoteket.

Før hadde vi medisiner i dosett, brukte mye tid, en del feil i dosett, det ble nesten alltid oppdaget før de nådde pasienten. Nå har vi multidose, det er nesten aldri feil, stort sett hvis det er en endring som ikke har nådd frem. Dette blir ikke oppdaget, fordi sykepleieren ikke kjenner tablettene. Har ingen forhold til de. Vi har medisinalister, hvorfor ingen har oppdaget det...? Men sjekker dere ikke medisinaliste opp mot medisiner? Jo vi burde jo det...men det gjør vi jo tydeligvis ikke så nøye. Men ellers har vi lite trykksår og fall. Finner som regel grunn. Opplever generelt at pasientene har det bra. Mindre personal til pasienter enn de ønsker har vært lenge, mat og stell går som det bør gå, sikkert mange pårørende som er uenig i meg i det.

Avdelingene med god dekning av fagfolk føler seg sikrere på at pasientsikkerheten er god. De mener det er en forutsetning med tilstrekkelig kompetanse, for å oppnå at pasienten blir behandlet faglig forsvarlig. De er flinke å tenke forebygging i forhold til fare for at pasienten kan falle. Dette gjør de gjennom å bruke alarmmatter, men og se pasienten, om han er ustødig, gode sko, ha det gode kliniske blikk som krever kunnskap og erfaring.

Faren for trykksår krever at det er gode rutiner på pleieplan hvor det blir forklart hvor ofte pasienten skal snus og smøres. Det krever at personalet er klar over faren for trykksår, og hvor vanskelig det er å bli kvitt, men og smerter knyttet til såret. Dette gjør at de er observante på at det er viktig med forebyggende arbeid for å unngå unødvendig smerte for pasienten, og tid som går med til å behandle sårene.

I vår avdeling føler jeg den er god, siden det er fagfolk. Folk som forstår hva de skal gjøre. Vi har ikke flere fall akkurat nå, vi bruker en del alarmmatter, i perioder har det vært mer.

4.5 Samarbeidet mellom kollegaer

Opplevelsen av hvordan de ansatte samarbeider påvirker både motivasjon og arbeidsmiljøet, noe som informantene kobler opp mot økt eller redusert sykefravær. Det å samarbeide på tvers, til tross for forskjellig yrke og titler er avgjørende for å kunne ha en flyt i tjenestene, og sikre at pasientene får det de trenger av stell, pleie og riktig ernæring. Etter nedbemanningen opplever noen informanter at det kan være vanskelig å være så behjelpelig som en ønsker, fordi det er få ansatte per pasient og vanskelig å gå fra. Det kan også være vanskelig å gå fra hvis gruppene og avdelingene er fysisk atskilt. Det har vært forskjellige modeller på hvordan arbeidsdagen gjennomføres på en best mulig måte. Pasientene har vært delt opp i to eller tre grupper, personalet kan i noen tilfeller bytte gruppe jevnlig, etter 1-3 måneder. Andre avdelinger blir pasientene fordelt hver dag, etter hvem personalet ønsker eller ikke ønsker den dagen. Det kan være at et personal er utslitt av en pasient mens en annen synes det er helt greit å gå der. Det forutsetter en viss struktur hvor grovinndelingen er gjort på forhånd, men at det blir bytte alt etter hva en ønsker.

Vi samarbeider veldig godt med hverandre egentlig, men ulempene som jeg nevnte er at vi er tre grupper som er atskilt. Det er litt vanskelig noen ganger å gå fra. Men det har vært en periode hvor det har vært dårlig samarbeid, jeg passer på min og du på din, og det er vanskelig å be om hjelp. Jeg kan ikke gå fra for da er de bare 2, hvis vi går fra er det bare 1 igjen, det er det som er grunnen. Men vi har jobbet mye med holdning, og det har blitt bedre.

Det kan være vanskelig å finne et godt samarbeid når arbeidsdagen oppleves kaotisk og lite oversiktlig, det er forskjell på hvordan de enkelte opplever at de mestrer å samarbeide. Noen sier de ønsker å hjelpe mer til, men at det ikke er mulig når det er travelt. Dette kan igjen misforstås og oppleves som at man ikke ønsker eller orker å hjelpe til. Alle sier de ønsker å hjelpe til når det trengs og har en positiv holdning i bunn. Informantene er stort sett fornøyd

med samarbeidet på avdelingen, og sier de er flinke på å hjelpe hverandre. De sier det er forskjell på de ansatte, noen er mer effektive, men det er viktig å akseptere forskjeller for å skape et godt samarbeid.

Opplever langt på vei at vi har et bra samarbeid, det er klart at vi er alle forskjellige og ikke sant, men i det store og hele opplever vi et godt samarbeid.

Trives godt å jobbe med pasientene, har etter hvert her fått et veldig bra miljø syns jeg, hvor vi opplever at folk er fleksible, ser hverandre, er på tilbudssiden, en helt annen avdeling enn når jeg begynte her.

4.6 Økt belastning på de ansatte

Det er klar enighet fra informantene at det er mange som har sluttet i jobben, eller som ser seg om etter noe nytt etter nedbemanningen. Den totale arbeidsbelastningen og ansvaret oppleves som for stort etter de fikk enda flere oppgaver. De opplever at det er vanskelig å rekruttere sykepleiere til sykehjemmet, og av den grunn er det mye ansvar som ligger på få sykepleiere. Dette gjør at få sykepleiere blir værende over tid i stillingen på sykehjemmet. Ifølge avdelingsleder er det en stabil kjerne på sykehjemmet som har jobbet over mange år. Noen er innom en stund før de går videre. Det foreligger ikke informasjon om hva turnoveren er, men vedkommende tror den er relativ lav. Men det som blir fortalt av informantene er:

Tenker veldig ofte på å forlate dette stedet, og vi er flere, det har noe med å oppleve at vi ikke blir sett, hverken sett eller hørt.

Etter nedbemanningen som foregikk på arbeidsplassen, var det naturlig at det ble flere oppgaver fordelt på færre ansatte. Dette var et resultat av at et årsverk forsvant per avdeling. Det var kjøkkenverten som måtte gå på flere avdelinger, noe som resulterte i flere kjøkken og vaskeoppgaver som i første omgang ble lagt på fagarbeidere eller assistenter, men som fikk en indirekte konsekvens for sykepleierne. De måtte gjøre mer i stell av pasienter eller oppgaver knyttet til kjøkkenet når det var nødvendig. Det var flere som sa at hygienen ble dårligere siden ingen tok ansvar for full nedvask av kjøkkenet. Det at alle ansatte er innom kjøkkenet

etter stell eller andre oppgaver, for så å tilberede og servere mat, er uhygienisk, og noe som ble kommentert av informanter.

Du skal ha ganske mye mellom ørene, fysikk for å takle dette i lengden, for vi er helt heilt på vippe for hva folk kan takle. Og jeg ser at hvis ingen griper inn så vil det gå gale, det blir for mye. Noen gir beskjed om hva de takler noe som igjen fører til mer for andre og det er klart at over tid så er det ikke så veldig sunt. Terskelen for å få sykehjemsplass er bare høyere og høyere. Med tanke på hva vi tar vare på nei..

Alle informantene føler de er for få sykepleiere på jobb til å kunne ta unna alle oppgavene de skal, må og bør gjøre. De syns det er belastende å ikke vite om alt har blitt gjort eller om det blir gjort i løpet av neste vakt. De føler de ikke har fri i hodet når de har fri fra jobb, siden de vet at mange oppgaver ikke blir fullført før de er tilbake på jobb. De sier det er belastende å kjenne på at man burde fått unna enda mer før en gikk fra jobb, det å kjenne at det de gjør aldri blir godt nok. Dette er spesielt belastende om det gjelder medisiner, endringer i pasientens tilstand, eller hvis det er en ny pasient.

Vi har ingen til å ta over, vi kan ikke overlate til noen. Hadde hatt det lettere hvis vi hadde vært flere sykepleiere.

Det er mest belastende er hvis jeg ikke har fått skrevet inn det jeg må, men og det at hvis jeg ikke legger tabletter så blir det ikke gjort. Da får ikke pasienten medisiner sine før jeg er tilbake på jobb, for ingen andre enn meg sjekker det.

Føler vi står alene som sykepleiere blant mange hjelpepleiere.

Sykepleierne på sykehjemmet er ofte bakvakt for en annen etasje når det ikke er sykepleier tilstede på den aktuelle avdelingen. Det betyr at sykepleieren har ansvaret for en annen avdeling i tillegg til sin egen. De kan bli oppringt og tilkalt ved situasjoner hvor det trengs sykepleierkompetanse. Dette opplever informantene som svært belastende, siden de må gå fra sin egen avdeling, for å hjelpe til på en annen avdeling. De vet aldri hvem eller hva som møter de. Det blir forventet at sykepleieren tar ansvar og ordner opp på avdelingen det gjelder, og eventuelt tilkaller lege hvis det trengs. De forlater samtidig sin avdeling og sine kollegaer, og kan i verste fall bli borte flere timer. De har blitt fortalt av ledelsen at en fra den avdelingen sykepleieren går til, skal gå til den avdelingen sykepleieren kommer fra. Dette er ikke like lett i praksis, da sykepleieren ofte trenger en fra avdelingen ved sin side som kjenner pasienten, og som kan hente det som trengs av utstyr eller andre ting til den aktuelle situasjonen.

Som sykepleiere er vi bakvakt. Jeg opplever det som veldig belastende, vi prater jo om det men sånn er det. Jeg har sett utviklingen gjennom flere år, før fikk en pengetillegg, det får en ikke lengre, det er en selvfølge at en gjør det. Noen ganger er det ikke enkelt, det kan bli mye stress og det går utover den avdelingen du er på. Da er de tre igjen, kan ta en av de oppe, men det er ikke lett. Det er enkelt på papiret...av og til gjør vi det. Det er marginalt. Det gjelder jo din egen avdeling og.

Etter en omorganisering kan flere av de ansatte få nye oppgaver og flere oppgaver. Dette kan gjøre hverdagen mer stressende.

Alle informantene var enige om at det var en generell økt belastning på de ansatte etter nedbemanningen. De hadde fått nye og flere oppgaver som skulle fordeles etter kjøkkenverten var borte. Informantene sa det var få sykepleiere som ble værende over tid. De mente stressnivået var for høyt og belastningen for stor. Flere hadde tanker om at de ville forlate arbeidsplassen om de så en mulighet for det. Det var en generell enighet om at turnoveren var høy, selv om avdelingsleder mente det motsatte. Det kan være ulike grunner til forskjellige oppfatninger. Det vil alltid være noen som kommer og noen som går. Det kan være ulike grunner til det, som fødselspermisjoner eller andre jobbtillbud. Mistrivsel kan jo og være en grunn.

Likevel var det bred enighet om at det var vanskelig å rekruttere sykepleiere til sykehjemmet. Informantene syntes arbeidsdagen var for hektisk, og det var vanskelig å se seg selv bli værende over tid. Til det var stressnivået for høyt, mange følte seg slitne og utmattet, og hadde lite igjen å gi til familie og venner som informantene hadde lyst til å ivareta gjennom et sosialt liv.

4.7 Motivasjon til ansatte

Flere faktorer kan påvirke motivasjonen til de ansatte. Informantene sier motivasjonen har blitt mindre etter nedbemanning og ytterligere sparetiltak. Det at økonomien er dårlig og de ansatte opplever at de må spare til tross for at de selv mener det ikke er mer å gå på, gjør at flere får nedsatt motivasjon til å gå på jobb. Mange blir frustrerte over stadige innsparinger, samtidig

som det er viktig å ikke sløse med mat eller utstyr, man skal være nøktern, men ikke så mye at det går utover pasientene. Noe som kan resultere i at de får næringsfattig kost eller for lite stell og utstyr som de trenger. Flere rapporterer at de opplever som dramatisk at kvaliteten på arbeidet skulle ned. Det blir sagt ut i media at kvaliteten på sykehjemmene skal være god og forsvarlig, og i tråd med de retningslinjer som gjelder for kvaliteten på sykehjemmet. Det betyr at med færre ansatte må de ansatte være mer effektive for å kunne gjøre den samme jobben de gjorde før nedbemanningen. En omorganisering av arbeidsoppgavene kan være et alternativ til det å springe fortere. Men de ansatte sier selv at de har fått beskjed om at kvaliteten på tjenestene skal ned. Med det mener de rent konkret at de oppgaver som ikke må gjøres her og nå kan vente. Det kan være dusj, hårvask, ligge lenger med bleien før den blir skiftet, eller andre oppgaver som å holde rent, eller sørge for god nok hygiene for pasientene.

Avdelingsleder sa og at kvaliteten skal ned, noe folk syntes var veldig dramatisk. Vi hører at dere leverer bra, dere må gjøre det dårligere, vi får mer kjeft fra pårørende. Hun skulle nok prøve å støtte oss men det ble ikke oppfattet sånn. Bare kuttet i penger. Vi merker at ting blir travlere år for år, pasientene blir dårligere. Nå er det vanlig med masse sykepleieprosedyrer, det var det ikke før. Jevnt og trutt nye arbeidsoppgaver, noe fra myndigheter, noe fra kommunen.

Flere forteller at de sliter med motivasjonen for å bli i nåværende jobb, og at de er ofte på utkikk etter noe annet. De er glad i yrket sitt, men synes jobben blir for travel og belastende i lengden. De mener at den totale belastningen både fysisk og psykisk blir for stor til at de kan være i jobben i lengden. Det gjør noe med motivasjonen for å kunne bli i jobben over tid. De ønsker å ha mer energi igjen når de kommer hjem fra jobb. De ønsker ikke å ha en jobb hvor de opplever at de blir totalt utslitt. Flere av sykepleierne som har vært i yrket i mange år, sier de ser at pasientene har blitt dårligere, kravene øker og belastningene på arbeidstakerne blir bare større og større.

I perioder ser jeg meg om etter noe annet, tenker selv at det er for tøft, vi løper i ett, skal jo ha litt igjen når en kommer hjem....ha et liv etterpå. Forstår jo at det er en del av de unge som ikke vil. Vi sykepleiere skal jo gjøre alt. Før var det en sykepleier på toppen som tok seg av faglige og hadde ansvaret for avdelingen. Alle må være med i stell, ellers blir det for mye. Vanskelig å få gjort noe, har mye som ligger på en. Jeg skulle skrive en mal hvordan en skulle

legge inn pasient i sykehus, det varte 5 minutt før vi gikk tilbake til avdelingene. Pasientene krever veldig mye.

Motivasjonen henger ikke bare sammen med arbeidsoppgaven de skal utføre. Men det å få noe igjen for den jobben de gjør, er noe de ønsker mer av. Flere opplever det er vanskelig å få til en ordning som kan fungere for de privat. De opplever at det er vanskelig å få til en turnus de kan leve med. I tillegg blir den ofte forandret, noe som kan gjøre det utfordrende for privatlivet. Både i forhold til familie, barn og egne interesser. Noen informanter mener dette skyldes liten vilje fra ledelsen til å legge til rette for arbeidstakerne, og gjør igjen sitt til at motivasjonen synker.

Man føler at man ikke gjør det vi skulle gjort, irritasjon og... ja det har skjedd at jeg tenker på å slutte, det er ikke mange igjen på alle årene, jeg har ikke tid eller ork til å skifte jobb. Jeg fikk ordning med dagvakt en periode, men ingen garanti. Har tenkt mange ganger at jeg bare har lyst til å slutte å jobbe, men er avhengig av jobb og tid. Har ikke nok tid, energi og krefter til å gjøre noe annet. Må bare godta sånn det er, mange har sluttet, ingen blir over tid, jeg er i en spesiell situasjon hvor jeg bare må henge med. Mange er blitt sykemeldt.

Dette er hvordan flere av informantene opplever det å gå på jobb, og å være ansatt. Flere sliter med motivasjonen, og oppgir at de hadde ikke hadde fortsatt i jobben om de hadde andre alternativer. Det er informanter som har helt andre opplevelser og tanker om motivasjon. De mener det er viktig å ikke spre for mye negativt, for da vil alt bare bli tungt og negativt, noe som igjen vil gå utover motivasjonen. Det er viktig å være bevisst på og ikke prate og opptre negativt, da det vil få innvirkning på de en jobber med, noe som igjen kan føre til dårlig arbeidsmiljø og nedsatt motivasjon. De mener det er viktig å forholde seg til virkeligheten og bruke de midler som er tildelt på en fornuftig måte.

Prøver å være litt bevisst på det å være positiv, for at ting blir altså, du får ikke mer til om du klager, på et eller annet vis så må du, enten må du bare jobbe etter de eh midlene som er eller så må du nesten finne deg noe annet, det blir jo bare verre.

Informantene sa de mistet motivasjonen, og at mye av grunnen var at de ikke hadde nok tid til å utføre oppgavene sine på en måte de syntes var tilfredsstillende. De syntes det var lite motiverende når det de selv ikke syntes var godt nok, likevel var for bra i ledelsens øyne. De

fikk beskjed om at kvaliteten måtte ned. De kan bli usikre på hva som i det hele tatt er godt nok. Motivasjonen i jobben med mennesker er å kunne gjøre en forskjell for de en skal gi omsorg og pleie. Mye av motivasjonen ligger i anerkjennelse og takknemlighet fra pasientene. Hvis det er motsatt, pasienter og pårørende som er misfornøyd med omsorg og pleie som blir utført på sykehjemmet, så vil dette kunne være lite motiverende. Når informantene ikke føler de strekker til eller kan være stolte av den jobben de utfører, så kan dette føre til nedsatt motivasjon. Andre sier de må skjerme seg selv fra det de anser som et dårlig utført arbeid som de ikke kan stå inne for, noe som kan føre til at de ikke gjør så godt som de kunne gjort. På den andre siden vet informantene at de ikke kan gjemme seg bak denne holdningen, de er på en eller annen måte nødt til å forholde seg til virkeligheten sånn den er, og gjøre det en kan for å utføre en god jobb.

4.8 Sykefravær

Sykefraværet har gått både opp og ned på de ulike avdelingene. En avdeling hadde sykefraværet gått fra 20 og ned til 5-8 prosent. Men det kan forklares med at det ikke var leder på avdelingen en lang periode. De var slått sammen med en annen avdeling i en annen etasje, og leder for avdelingene var stasjonert på den andre avdelingen. Dette resulterte i at sykefraværet var høyt, og tiltak måtte settes inn på avdelingen for å endre arbeidsmiljøet. Sykefraværet er forskjellig på de ulike avdelingene. En avdeling sier de har lite sykefravær, og etter nedbemanningen. De mener dette henger sammen med godt arbeidsmiljø, og høy fagdekning av personal med god kompetanse.

Vi har en avdeling med lite sykefravær, det har en sammenheng med at vi har mye fagfolk. Men her er det god fagdekning lavt sykefravær, eh har hørt at i den andre somatiske avdelingen, der er det helt annerledes igjen. Høgt sykefravær, mange vikarer, kaotisk..

Avdelingene har ulike erfaringer knyttet opp mot sykefraværet. Noen av informantene har opplevelser fra sin avdeling om et høyt sykefravær. Det er og en formening om at sykefraværet har økt, uten at dette kan bli bekreftet. Men igjen er det arbeidsmiljøet på

avdelingen som blir forklart som den mulige årsaken til det høye sykefraværet. Det blir ikke trukket en parallell til den konkrete nedbemanningen.

Ja det har jeg et tydelig inntrykk av, vi har et høyt! sykefravær. Det vet jeg for det sier avdelingsleder. Rimelig sikker på at det har gått opp. Det er snakk om, de snakker om at det er klikker blant personalet, enkelte er mer syke enn de er, folk mistrives, om det er sant vet jeg ikke, det er nok flere som vet mer en jeg. Folk prater om at det er dårlig arbeidsmoral i avdelingen

Flere sier at sykefraværet sannsynligvis henger sammen med dårlig arbeidsmiljø og store belastninger på jobb. De mener og at det å ha god fagdekning har mye og si, men og det miljøet hver enkelt skaper på jobb. Det å prate bak ryggen, ”skylleromsmentalitet” var noe informantene rapporterte som en viktig faktor for å ødelegge arbeidsmiljøet, og noe de helst ikke ville være en del av.

Flere av informantene sier de trives i jobben som sykepleiere, dessuten opplever flere av de overlevende å ha en tilhørighet til arbeidsplassen. Noen sier de tenker på å slutte, men kan likevel være preget av en lojalitet til arbeidsplassen. Flere sier at de vet hvordan de har det der de er, og at arbeidssituasjonen ikke er noe bedre andre plasser.

De ansatte opplever at det kun er fokus på å spare penger, og lite fokus på de oppgaver en er pliktet til å utføre som er lovregulert, men og sett i et moralsk og etisk perspektiv. De sier kvaliteten og pasientsikkerheten er grei nok fordi det er noen skarpe hoder som fanger opp saker og ting, men det er klart at det ikke er sånn alltid. Det kan virke som at hensynet til økonomi kommer foran hensynet til pasientens behov og sikkerhet. Det blir tatt lite hensyn til å gjøre arbeidsplassen trygg og attraktiv for ansatte og nye som eventuelt skal begynne der.

Informantene mente ikke det var en direkte sammenheng mellom sykefraværet og nedbemanningen. Det er bare antagelser, og man vet ikke alltid grunnen til at de ansatte blir sykemeldt eller bruker egenmelding. Sykefraværet er generelt høyt både før og etter nedbemanningen, og man kan bare spekulere i hvorfor.

5.0 Diskusjon

I denne delen vil jeg først sette opp en tabell med resultater av funnene som er gjort, deretter vil jeg diskutere funnene opp mot teori og tidligere studier som er gjort, og som er presentert under kapittelet tidligere forskning. Til slutt vil jeg diskutere metoden som er brukt i oppgaven.

Informantene har erfart en omorganisering som resulterte i nedbemanning. De har i ettertid kjent på følelser som er beskrevet i skjema under. De har ikke mye positivt å si om prosessen, fordi de ser kun at de er færre ansatte noe som resulterer i en travlere hverdag. Likevel er det viktig å påpeke at målet med studien ikke er å finne det som er negativt, men å få innsikt og forhåpentligvis lære noe av den informasjon som blir gitt. Informantene er fornøyd med den måten leder håndterte prosessen, men savner mer informasjon generelt. De er og glade i yrket og pasientene, noe de viser gjennom den gode jobben de gjør.

Resultatene som kom frem etter intervjuet er satt inn i en tabell for å kunne se om det var sammenheng mellom de funnene som ble gjort, og teorien survivors syndrome.

5.1 Tabell

<u>Teori</u>	<u>Funn</u>
<u>Jobbusikkerhet</u>	<u>Nei</u>
<u>urettferdighet</u>	<u>Nei /ja</u>
<u>Depresjon, stress og utmattelse</u>	<u>Ja</u>
<u>Risikoaversjon og redusert motivasjon</u>	<u>Nei /Ja</u>

<u><i>Mistillit og svik</i></u>	<u><i>Ja</i></u>
<u><i>Planlegging og kommunikasjon</i></u>	<u><i>Ja/Ja</i></u>
<u><i>Sinne</i></u>	<u><i>Ja</i></u>
<u><i>Mangel på strategisk retning</i></u>	<u><i>Ja</i></u>
<u><i>ikke lenger har troen på ledelsen.</i></u>	<u><i>Ja</i></u>
<u><i>kortsiktig profittfokus</i></u>	<u><i>Ja</i></u>
<u><i>permanent endring.</i></u>	<u><i>Ja</i></u>

Resultatene viser at Survivors syndrome modellen beskriver mange av de følelser informantene sitter igjen med etter en omorganisering som har ført til nedbemanning.

Stress og utmattelse, redusert motivasjon, mistillit og svik, planlegging og kommunikasjon, sinne og mangel på strategisk retning, kortsiktig profittfokus, mindre tro på ledelsen var følelser som informantene rapporterte etter nedbemanningen.

Informanten kjenner lite på jobbusikkerhet siden det aldri var noe tema at en sykepleier skulle nedbemannes i denne forbindelse. Det var enten en hjelpepleierstilling eller kjøkkenpersonale. Det kan henge sammen med at det er så få sykepleiere igjen at det ville vært uforsvarlig, og til en viss grad umulig å spare inn noe her.

Tidligere studier viser ikke heller til bekymring blant sykepleiere i forbindelse med jobbusikkerhet.

Ingen av informantene satt igjen med følelsen av urettferdighet, de var alle med og valgte at kjøkkenverten måtte gå. Likevel syntes de det var urettferdig at avdelingen ble rammet av kuttet.

Informantene sier ikke noe om at de er bekymret for om de er nestemann ut. Men de sier de er bekymret for neste trekk, hvem må gå i neste omgang? Det gjør at de føler seg usikre på om det kommer fremtidige endringer hvor flere ansatte må gå. Flere av informantene har vært gjennom flere runder med nedbemanning, og de har sett at det i løpet av årene har blitt færre stillinger som jobber direkte med pasientene.

I forbindelse med nedbemanningen ble kvalitet på tjenester og pasientsikkerhet tema som informantene pratet mye om. De så at en konsekvens av redusert bemanning kunne føre til feil og mangler både på kvaliteten og sikkerheten rundt pasienten. Dette gjorde at de mistet motivasjon og opplevde stress, bekymringer og utmattelse i forhold til om den jobben de gjorde var god nok. Likevel mente informantene at kvaliteten og pasientsikkerheten var innenfor det som er akseptabelt. Men hva er akseptabelt? Flere av informantene undrer seg over hva som er godt nok.

Det ble vanskeligere å samarbeide når de ikke hadde tid til å hjelpe hverandre slik som de skulle ønske de kunne. Disse konsekvensene kan ses i sammenheng med de følelser som oppstår etter nedbemanningen.

Videre kan følelsen av å ikke ha tro på ledelsen henge sammen med at de stadig opplever sparing og tiltak som de synes er vanskelig å forstå. De føler seg ikke sett eller hørt, dermed er det vanskelig å bygge tillit.

Det samme gjelder for kortsiktig profittfokus, hvor informantene kjenner på at det er bare nå som gjelder, og ingen tanke for hvordan fremstå som en attraktiv arbeidsplass, noe som igjen får konsekvenser for rekruttering av sykepleiere. Kortidsfokuset gjør at informantene må ta en dag av gangen, og gjøre det beste ut av hver dag. De blir slitne, og det som sykehjemmet mener de kan spare på å nedbemanne, kan fort bli spist opp av et høyere sykefravær eller innleie av dyre vikarer fordi det er vanskelig å få tak i kvalifisert arbeidskraft. På den andre siden opplever lederne at de ikke har noe annet valg. Realiteten er at en må spare her og nå, så får neste års økonomi tale for seg når den tid kommer.

Den permanente endringen må informantene selv ta stilling til om de vil være en del av, de må enten være der og gjøre en god jobb, eller søke seg et annet sted.

Nedbemanningen får ikke en direkte konsekvens for informantene, men det er tydelig at det er en indirekte konsekvens hvor sykepleierne får stadig flere oppgaver som de mener ikke er en del av det en sykepleier skal ivareta.

Informantene sier i intervjuet at sykefraværet ikke har økt etter nedbemanningen, men at det er generelt høyt over tid av ulike årsaker. Dette blir bare antagelser siden det ikke kommer frem noen tall på sykefraværet i denne perioden.

men det kan og vise at de negative følelsene som kommer frem i forbindelse med nedbemanningen ikke har resultert i helseplager.

5.2 Diskusjon i forhold til tidligere forskning

Informantenes resultater i studien viser at de kjenner på mange av de følelser som Noer (2009) beskriver. Nedbemanningsprosessen startet for rundt halvannet år siden, og sykehjemmet er enda ikke i mål, siden noen av informantene sier de har fått informasjon om at de kanskje skal nedbemanne frem i tid. Flere av informantene har opplevd nedbemanningen for en stund tilbake, rundt ett års tid siden.

Det kan være interessant å se på om disse følelsene kun er knyttet opp mot selve nedbemanning eller om det kan være andre årsaker til disse følelsene. Videre er det viktig å konkretisere at følelsene informantene opplever ikke nødvendigvis fører til helseplager. Det kan henge sammen med om følelsene er kortvarige eller langvarige, om de er til stor belastning for den som opplever de, og hvor mye de dominerer i det totale følelsesbilde hos informanten.

Artikkelen "*Health effects of downsizing survival and job loss in Norway*". (Østhus 2012) sier at det stresset som oppleves av de som må gå i forbindelse med en nedbemanning er kun kortvarig stress som opphører etter kort tid. For de gjenværende etter nedbemanningen finner Østhus ingen sammenheng med helseplager.

En kan stille seg spørsmål om hvorfor artikkelen kommer frem til at nedbemanning i liten grad påvirker de ansatte. Selv om informantene i min studie viser funn på de fleste av Noers survivor syndrome models følelser, sier de likevel at mange av disse følelsene er korvarige. De skårer høyt på de følelser som har med stress og utmattelse, men det er usikkert om det har en direkte sammenheng med selve nedbemanningsprosessen, eller om det er et resultat over tid hvor sykepleierne gradvis har fått flere oppgaver, pasienter blir tyngre og trenger mer pleie uten å øke antallet ansatte.

Det at de ansatte har fått flere oppgaver som de selv mener ikke er en del av det en sykepleier skal utføre kan diskuteres. I sykepleierfaget skal man kunne ivareta det meste rundt pasienten. I Norge har man en tradisjon for at sykepleieren er med i hele prosessen rundt pasienten. Det å ivareta pasienten er å kunne se hele mennesket fysisk, psykisk, sosialt og åndelig. Det

innebærer vask, stell, utføre de oppgaver som gjør at pasienten føler seg vel. For eksempel klippe og ordne negler, fotstell, hårstell og så videre. Flere andre land i Europa har gjort sykepleieren om til en fagperson som kun tar seg av det medisinske rundt pasienten. Det gjør at sykepleieren ikke tar del i stell eller andre praktiske oppgaver knyttet til pasienten. Hvis sykepleieren skal gjøre alt det som blir lært på studiet, kan mange føle at de ikke strekker til. Kanskje noe av problemet ligger her? Det er mye dårlig samvittighet over hva en burde gjort mer av og bedre. Det er lett for ledelsen å nedbemanne fagarbeidere eller assistenter, men det kan se ut som de ikke tenker over at det står igjen mange slitne sykepleiere som får stadig flere oppgaver. Det er tradisjon for det i Norge og lite protester. Informantene selv påpeker at hvis de fjerner seg fra stell av pasienten vil mange ting kunne overses, symptomer eller tegn som bør tilses av lege eller sykepleier.

Jeg finner ingen studier som er knyttet opp mot sykepleiere på sykehjem, og om de har fått mange flere og nye oppgaver som fjerner dem fra faget som sykepleier. Men dette er en interessant problemstilling.

Selv om Østhus (2012) ikke finner en sammenheng mellom de som er igjen etter en nedbemanning og helseproblemer, er det gjort flere studier på sykepleiere som viser at det er en sammenheng mellom økt stress og negative følelser i forbindelse med nedbemanning og helseplager.

R.h Westgaard og J.Winkel (2012) har gjort en kunnskapsanalyse knyttet til muskel og skjelett plager og mental helse.

“Occupational musculoskeletal and mental health: Significance of rationalization and opportunities to create sustainable production systems. A systematic review.”

I denne artikkelen kommer de frem til at rasjonaliseringer har en dominerende negativ helseeffekt, hvor de mest negative effektene ble funnet i forbindelse med nedbemanninger og omorganiseringer. Det totale antallet av studier viser at 71 studier er negative mot 13 positive. Dette er enda mer dominerende innenfor helsesektoren hvor 36 studier er negative og 2 er positive.

Dette kan vise at nedbemanninger innenfor helsesektoren har en mer negativ effekt på helsen enn innenfor andre sektorer i arbeidslivet. Dette støtter Røed og Fevang (2007) opp under gjennom sin studie hvor en gjennomførte en undersøkelse av sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten, som har vært utsatt for større organisatoriske endringer på 1990-tallet. I denne studien viser analysene at de som opplevde 20 prosent nedbemanning hadde økt

sannsynligheten for å få et nytt sykefraværstilfelle og redusert sannsynligheten for å returnere til arbeidslivet. Sannsynligheten for overgang til andre trygdeordninger var også høyere.

Noer har kommet frem til en modell som skal kunne brukes i alle jobbsektorer. Dette er generelle følelser som mange kan føle i ulik grad etter en nedbemanning.

De studier som er gjort ser en sammenheng mellom nedbemanning og helseplager, men Øshus (2012) påpeker en viktig faktor, negative følelser etter en nedbemanning trenger ikke føre til helseplager. Men hvorfor det er en økning av helseplager etter en nedbemanning blir vanskelig å svare på i denne diskusjonen. En kan tenke at det kan ha en sammenheng med stress, negative følelser og flere arbeidsoppgaver. Hvor den totale mengden blir for stor, noe som på sikt kan føre til helseplager.

Svakheten i Noers modell er at den ikke sier noe om hvor lenge disse følelsene varer. Er det kun en kort periode eller varer det over lengre tid. Noer (2009) sier ikke at følelsene fører til helseplager, men han sier mange opplever disse følelsene.

I min studie kan en spørre seg om det er det generell misnøye som gjør at informantene har mange av disse følelsene, eller kan det knyttes opp mot nedbemanningen? Endringer er noe mange av oss ikke liker, men det kan likevel føre til noe positivt. Det positive som kom ut av denne prosessen var et mer bevisst forhold til bruken av utstyr og mat. Men det var ikke noe som var fokus hos informantene.

Det vil være normalt å kjenne på negative følelser når arbeidsplassen er i en endring som fører til at noen blir oppsagt. Men hva som gjør at disse følelsene blir hengende igjen lenge etter nedbemanningen kan man tenke handler om noe helt annet. Det kan se ut som det totale arbeidspresset etter nedbemanningen blir for høyt, noe som forklarer R.h Westgaard og J.Winkel (2012 sin kunnskapsoppsummering, studien viser negative helseproblemer knyttet til omorganisering og nedbemanning

5.3 Metodologiske begrensninger

Diskusjonen rundt studiens metodologiske begrensninger er bygget på Malterud (2001) sin artikkel om kvalitative metoder. Kvalitative forskningsmetoder er en systematisk og reflekativ prosess for utvikling av kunnskap som kan overføres utover settingen studien er gjennomført i. Forskeren må da være kritisk og stille spørsmål ved sine egne funn og fortolkninger. Videre må forskeren vurdere validiteten, og se på hvilken effekt kontekst og feilkilder i materialet kan ha på resultatene. Gjennom hele forskningsprosessen må en vurdere studiens validitet,

relevans og fleksibilitet, og formidle disse refleksjonene når studien presenteres (Malterud, 2004; Malterud, 2001).

Målsetningen med denne studien var å se på hvilke følger en omorganisering som resulterer i nedbemanning har for sykepleierne på sykehjemmet. Å vurdere studiens relevans har blitt presentert gjennom tidligere forskning. Det er forsket mye på nedbemanning generelt i samfunnet. Det er gjort noen få studier på sykepleiere og nedbemanning, og få eller ingen studier gjort på hvordan sykepleiere opplever arbeidsdagen på et sykehjem. Grunnen til at sykehjem er i en særklasse innenfor helsesektoren, er fordi det er få sykepleiere og mange ufaglærte som jobber med mennesker som ofte har et sammensatt og komplisert sykdomsbilde. Det trengs mye faglig kompetanse for å ivareta denne gruppen mennesker. Samfunnet står overfor store utfordringer i fremtiden i forbindelse med rekruttering av sykepleiere til sykehjem. Det er da viktig å se på hvordan sykepleiere opplever stadige innsparinger og nedbemanning. Dette gjelder selvfølgelig og andre yrkesgrupper som jobber på sykehjemmet, men på grunn av oppgavens lengde og avgrensninger ble sykepleiere den gruppen som ble forsket på i denne oppgaven. I den forbindelse er det etter min mening viktig å ta denne yrkesgruppen på alvor, og studere hvilke utfordringer de har og forhåpentligvis gjøre noen endringer som kan føre til at de blir i yrket over tid.

Validitet er å ta stilling til om metoden og materialet (intern validitet) og hvilken rekkevidde og overførbarhet resultatene har (ekstern validitet) (Malterud, 2004). Funnene blir utviklet i et samspill mellom forsker og informanter, hvor forskerens teoretiske ståsted og erfaringsbakgrunn ligger til grunn. Min erfaring som avdelingsleder på et sykehjem, kan gjøre at min bakgrunn og erfaring ikke representerer annet enn det sykehjemmet jeg har erfaring fra. Andre ledere kan sitte med helt andre erfaringer enn meg selv. Men det har gjort meg nysjerrig på opplevelsen sykepleiere har på et annet tilfeldig valgt sykehjem. Dette kan gjøre meg forutinntatt og vil kunne både stenge og åpne for noen former for innsikt og hindre andre.

Datainnsamling, analysen, tolkningen og presentasjonen av studien, vil bli påvirket av min forforståelse for det fenomenet som studeres, men og være preget av den utvikling av forståelsen som har skjedd gjennom forskningsprosessen. Gjennom kvalitativ forskning og forskningsstrategier vil en utnytte dette ved å erkjenne at det er flere varianter av virkeligheten. Gjennom en synlig rød tråd mellom problemstilling, teorier, metoder og data som fører frem til kunnskapen, vil dette kunne gi gyldighet til studien.

Flere av informantene opplyste at de syntes det var bra at jeg hadde bakgrunn fra sykehjem, fordi de mente at det da var lettere for meg å forstå hva de sto i av oppgaver gjennom dagen. De mente det var lettere for meg å se helhetsbilde og forstå hvor mye tid de bruker på pasientene og andre oppgaver som skal gjøres. De mente at alt for ofte var det de som ikke hadde erfaring fra helsevesen eller sykehjem som stod bak de store beslutningene om sparetiltak.

Det er viktig som forsker å ha en forståelse for at informantene er forskjellige og med forskjellig syn, uten å bli engasjert i det. En god relasjon er viktig for intervjuet (Thagaard, 2010).

Den interne validiteten gir en anledning til å si noe om metoden og datamaterialet (Malterud, 2012). Det var mest hensiktsmessig å benytte casestudie som forskningsstrategi, for å kunne studere de fenomener som eksisterer i deres konteks. Målet med studien var å belyse fenomenet ut fra så mange perspektiver som mulig.

Innsamling av data ble gjort gjennom intervju av informanter som var ansatt som sykepleiere på sykehjem, og som hadde erfaring med det fenomenet som ble studert.

Datamaterialet bygger på intervjuer med 6 informanter. De sitter alle på mye erfaring og kunnskap på sitt område som sykepleier på sykehjem.

Den indre validiteten kunne vært styrket ved at det hadde vært flere informanter med i studiet. Det var vanskelig å rekruttere informanter, men ideelt sett så skulle det vært flere som kunne bidratt med sin erfaring. En annen måte å styrke validiteten på var ved å intervju verneombud og tillitsvalgte som kunne bekrefte eller avkrefte opplysninger som kom frem. En svakhet ved studien er og at de som er engasjert kan være de som er mest misfornøyd, eller ikke. En annen svakhet som kom frem i slutten av intervjuprosessen var at det var blitt gitt lite informasjon ut til de ansatte om rekruttering til studiet, til tross for at dette skulle bli gjort. For å få nok informanter til studien måtte noen av informantene rekruttere flere for gjennom sine kanaler.

Den eksterne validiteten vil gjennom studiens konteksavhengighet være i en overført betydning. I følge Postholm (2005) vil det likevel være kontekstuell kunnskap som kan være til nytte og overføres til andre som er i lignende situasjoner. Sentralt i denne studien er å presentere funnene som er knyttet til de kontekstuelle forholdene de er hentet ut av.

Det er i følge Malterud (2012) naivt å tro at et kvalitativt forskningsprosjekt kan oppfylle fullstendig kravet til relevans, validitet og refleksivitet. Det er viktigere å synliggjøre ulike problemstillinger i studien enn å eliminere den. Min hensikt er å redegjøre hvilke valg jeg har gjort og som på en eller annen måte har kommet i konflikt med noen av kravene til

vitenskaplig kunnskap. Denne prosessen har bidratt til mye læring både underveis og i etterkant av forskningsprosessen.

6.0 Oppsummering

I innledningen har jeg skissert utfordringer som samfunnet står overfor i fremtiden, med hensyn til behovet for pleie og omsorg og den stadige økningen av eldre, som trenger tjenester fra det offentlige helsevesen. En annen utfordring er å rekruttere nok fagfolk, deriblant sykepleiere til å utføre disse tjenestene på en faglig forsvarlig måte.

Målet for studien har vært å se på hvilke erfaringer ansatte sykepleiere på et sykehjem har etter en omorganisering, som har resultert i nedbemanning av personal som er knyttet opp til avdelingen.

Funnene i studien viser at flere av informantene sitter igjen med mange av de følelsene Noer beskriver i sin Survivor syndrome modell. Følelser som stress og utmattelse, mistillit til ledelsen, redusert motivasjon og dårlig kommunikasjon er noen av de følelsene som går igjen hos informantene i studien. Hovedvekten av tidligere forskning peker på sammenhengen mellom helseplager og nedbemanning, med unntak av noen få studier som ikke finner noen sammenheng.

Informantene sitter inne med mye kunnskap og erfaring og sier noe om hva de opplever i forbindelse med sparing og nedbemanning. Samtidig har de et ansvar i den jobben de gjør som de ikke kan komme bort fra, og har dermed en plikt til å utføre oppgavene på en faglig forsvarlig måte. Ledelsen har og et ansvar ved å ikke nedbemanne så langt at det ikke er faglig forsvarlig å drive sykehjemmet.

Funnene viser i hovedsak at informantene er misfornøyde med situasjonen slik den er nå. De ser mange positive sider med jobben og yrket, men uten unntak mener de at bemanningen er for dårlig. Informantene konkluderer med at det blir vanskelig å se seg selv i yrket over lang tid. Til det opplever de for mye stress og utmattelse.

7.0 Konklusjon

Studien viser at det er sammenheng mellom negative følelser som er beskrevet i Noers Survivor Syndrome modell og de erfarte konsekvenser informantene opplever etter en nedbemanning på sykehjemmet. Stress og utmattelse, redusert motivasjon, mistillit, planlegging og kommunikasjon, mangel på strategisk retning, kortsiktig profittfokus, mindre tro på ledelsen var følelser som informantene rapporterte etter nedbemanningen.

Informantene forteller at de opplever at det er en sammenheng mellom disse følelsene og redusert bemanning og lite fagkompetanse. Det oppleves som strevsomt å stå alene som sykepleier i situasjoner hvor en trenger hjelp eller vil diskutere faglige spørsmål. Pasientene har ofte et sammensatt sykdomsbilde og trenger sykepleiere som er trygge og flinke i sitt fag. Stadige utskiftninger av personal fremmer ikke stabilitet og trygge rammer rundt pasienten og ansatte.

Østhus (2012) sier i sin studie at det er ingen sammenheng mellom helseplager og det å være overlevende etter en nedbemanning. Men det Østhus (2012) viser med sin studie er at negative følelser ikke nødvendigvis trenger å føre til helseplager.

Flere studier viser likevel at det er en sammenheng mellom nedbemanning og helseplager. Gjennom intervjuene som ble utført sier informantene noe om det de erfarer.

Informantene har fortalt om flere negative følelser som de sier fører til at de ikke orker å stå i jobben på sikt, det blir for tungt. Videre knytter de følelsene de opplever opp mot stadige innsparinger og kutt i bemanning.

Det kan og tenkes at følelsene kommer sterkere frem hvis en opplever at det aldri blir spart nok, og at den jobben en gjør ikke oppleves som tilstrekkelig i forhold til det en selv skulle ønske. Men om ikke forventningene fra pasienter og pårørende står i forhold til det en bør kunne forvente av pleie og omsorg på et sykehjem.

Informantene sa de trivdes i jobben og yrket som sykepleier, men det var vanskelig å ha den totale opplevelsen av trivsel når det ble så travelt, og de ikke opplevde at de strakk til.

Videre konkluderte informantene med at de burde blitt informert bedre både i denne prosessen og i andre sammenhenger. Informasjon kan gjøre det letter å forstå hvorfor beslutninger blir tatt og hva som må til for å drive et sykehjem.

Vedlegg 1 Svar på søknad til NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 25
N-5007 Bergen
Norway
Tel. +47-55 58 21 17
Fax +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Kari Anne Holte
International Research Institute of Stavanger AS IRIS
Postboks 8046
4068 STAVANGER

Vår dato: 02.05.2013

Vår ref:34361 / 3 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

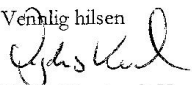
Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.04.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34361	<i>Omorganisering i institusjonsbasert eldreomsorg</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Kari Anne Holte</i>
Student	<i>Torny Kamfjord</i>

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

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

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marte Sivertsen

Kontaktperson: Marte Sivertsen tlf: 55 58 33 48
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Torny Kamfjord, Gamle Somavei 29, 4313 SANDNES

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 34361

Personvernombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til en datamaskin, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

Vedlegg 2

Informasjonskriv til ansatte informanter.

Forespørsel om deltakelse i studie, hvor en ser på resultatet av omorganiseringen som har foregått på din arbeidsplass.

Jeg er mastergradsstudent i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger. I den forbindelse skal jeg gjøre et studie, hvor jeg skal se på omorganisering på sykehjem, og resultater av denne prosessen.

Problemstillingen er : ” Hvordan erfarer sykepleiere som jobber på sykehjem nedbemanningsprosesser”? Hva har vært positivt? Hva har gått bra? Hva kunne vært gjort annerledes?

Målet er å lære av prosessen, gjennom intervju av dere som har vært gjennom omorganiseringen.

Jeg har fått tillatelse av leder på sykehjemmet til å intervju 6-8 sykepleiere totalt, fra forskjellige avdelinger på sykehjemmet. Inklusjonskriteriet er sykepleier som har vært i yrket i minimum 2 år, og som har vært med på hele prosessen i perioden hvor omorganiseringen ble gjennomført.

Min bakgrunn er som geriatrisk sykepleier og assisterende leder ved SUS, hvor jeg har jobbet på somatisk og psykiatrisk divisjon fra 2002-2009. Startet deretter som leder på sykehjem i Sandnes kommune, og jobbet der til 2012.

Jeg vil bruke ca 1-1,5 time per intervju. Intervjuet vil foregå på deres arbeidsplass, det vil være en intervjuguide med åpne spørsmål. Jeg vil bruke båndopptaker under intervjuet som kun vil bli hørt av meg. Materialet vil deretter bli transkribert og analysert, uttalelser vil bli anonymisert før det blir brukt i masteroppgaven.

Det er frivillig å delta i intervjuet, og en kan når som helst trekke seg.

Jeg som forsker er underlagt taushetsplikt og alt materiale vil bli behandlet konfidensielt. Data som er transkribert og analysert vil bli oppbevart på en passordbeskyttet pc.

All informasjon vil bli makulert etter bruk, og minnepinne med intervju vil under analysen bli oppbevart i låst safe til ferdigstilling av studiet. Persondata og intervjudata vil bli lagret fysisk atskilt.

Prosjektet er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste AS (NSD)

På forhånd takk for at dere vil delta i studiet.

Med vennlig hilsen

Torny Kamfjord

Mastergradsstudent i helsevitenskap, UIS

Tlf 92612766

Email tornyk@hotmail.com

Veileder : Kari Anne Holte, Senior forsker ved Iris

Tlf 51875181 mob 90856602

Email: kari-anne.holte@iris.no

Samtykke erklæring

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon og er villig til å delta I studien

.....

Dato

.....

Signatur

Vedlegg 3

Intervjuguide

Informasjon om informanten.

Alder, yrke, hvor lenge har du vært i yrket ?

Hvor lenge har du jobbet på nåværende arbeidssted ?

Om Arbeidsplassen

Antall sengeplasser, type avdeling, tverrfaglig samarbeid.

Beskriv en vakt på jobb.

bemanning på de forskjellige vaktene? Sammensetning av yrkesgrupper, hvor mange ansatte? Fast ansatte, vikarer ? Samarbeid mellom de ansatte

Omstillingsprosessen

Hva bestod omsstillingen av, informasjon i forhold til prosessen, deltagelse, følte du deg ivaretatt i prosessen, hva ble endret, var det noen oppgaver som forsvant, ble du tildelt nye oppgaver, oppleves hverdagen mer travel, har dere blitt mer effektive, hva er positivt, hva kunne vært gjort annerledes.

Følelsesmessige følger av omorganiseringen.

Opplever du store endringer på arbeidsplassen?

Har du vært plaget av negative tanker i ettertid av omorganiseringen?

Klarer du å se noe positivt i gjennomføringen ?

Hva har din leder gjort for å ivareta deg?

Hvordan ivaretar dere som kollegaer hverandre?

Kvalitet på tjenestene

Opplever du tjenestene dere utfører har en høyere eller lavere kvalitet etter omorganiseringen? Hvorfor

Pasientsikkerhet?

Hva har vært positivt med omorganiseringen, evt negativt i forhold til pasienter og ansatte?

Litteraturliste

American Psychological Association (2010). Publication manual of the American Psychological Association. Washington, D.C.: APA

Bernstrøm H, og Kjekshus, L.E.(2012) “ Leading during change: the effects of leader behavior on sickness absence in a Norwegian health trust”
BMC Public Health [BMC Public Health] Vol. 12, pp. 799. Date of Electronic Publication: 2012 Sep 17.

Bjørnstad A.F. og Solli M. 2006. *Utviklingen i Folketrygdens utgifter til Sykepengeser*. Rapport 2006/40. Statistisk sentralbyrå.

Brevik, I. og Schmidt L. 2005. *En undersøkelse av framtidige eldres boligpreferanser. Slik vil eldre bo*. NIBR-rapport 2005:17. *undersøkelse*. Demens & Alderspsykiatri. Vol 13(1) (side 10 – 11).

Brockner, J. (1992):”Managing the effects of layoffs on survivors”. California Management Review. Vol. 34. Iss. 2.

Brockner, J., Greenberg, J., Brockner, A., Bortz, J., Davy, J., Carter, C. (1986):” Layoffs, equity theory, and work performance: Further evidence of the impact of survivor guilt”. Academy of Management Journal. Vol. 29. Iss. 2.

Brockner, J., Grover, S., Reed, T.F., Lee Dewitt, R. (1992):”Layoffs, job insecurity, and survivors’ work effort: evidence of an inverted-u relationship.” The Academy of Management Journal. Vol. 35. Iss. 2

Burke RJ(2003) “Survivors and victims of hospital restructuring and downsizing: who are the real victims”? International Journal of Nursing Studies (INT J NURS STUD), 40 (8): 903-9. (33 ref)

Claussen B, Næss Ø, Reime L.J, Leylan A.H. (2013)“Proof firm downsizing and diagnosis-specific disability pensioning in Norway” BMC Public Health. Vol. 13 Issue 1, p1-9. 9 p. 7 Charts.

Gandolfi, F. (2008):”Reflecting on Downsizing: What Have Managers Learned?” S.A.M. Advanced Management Journal. Vol. 73. Iss. 2

Greenglass ER ; Burke RJ (2001)“Stress and the effects of hospital restructuring in nurses” () Canadian Journal of Nursing Research (CAN J NURS RES) 33 (2): 93-108. (43 ref)

Greenglass, Esther R.; Burke, Ronald J.; Moore, Kathleen A (2003) “To Increased Workload: Effects on Professional Efficacy of Nurses. Applied Psychology: An International Review. Vol. 52 Issue 4, p580-597. 18p. 2 Diagrams, 1 Char

Fangen, Katrine (2010) Forskningsetisk bibliotek
<http://www.etikkom.no/Templates/Pages/FBIBArticle.aspx?id=1301&epslanguage=no>

Fläckman B; Hansebo G; Kihlgren A(2009).”Struggling to adapt: caring for older persons while under threat of organizational change and termination notice.” *Nursing Inquiry* Vol. 16 Issue 1, p82-91. 10p. 2 Charts.

Kivimaki M., Vahtera J., Ferrie J.E., Hemingway H. og Pentti J. 2001 *Organisational downsizing and musculoskeletal problems in employees: a prospective study*. *Occupational and Environmental Medicine*, 58, 811 – 817.

Kivimaki M., Vahtera J., Pentti J. og Ferrie J. E. 2000. *Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study*. *British Medical Journal*, 320, 971 – 975.

Kostøl A.R. 2010. *Kunnskapsoppsummering av samfunnsvitenskapelig litteratur om årsaker til sykefravær og utstøting*. Kunnskapsoppsummering til Almlid-utvalget. Statistisk sentralbyrå.

Krüger R.M.E. 2009. *Tilbud til personer med demens i norske kommuner – ny landsdekkende undersøkelse*. *Demens & Alderspsykiatri*. Vol 13(1) (side 10 – 11).

Kvale, S. (2012) ”Det kvalitative forskningsintervju” Oslo:Gyldendal Akademiske

Malterud, K (2012) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning; en innføring*
Oslo:Universitetsforlaget

Martinsen, K.1991. *Under kærlik forskning. Fænomenologiens åbning for den oplevde erfaring i sygeplejersken* Ss 4-15 i *Sygeplej: tidsskrift for sygeplejerske* 36. København

Martinsen, Kari. 1996. *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger med etterord av Katie Eriksson*. Oslo: Tano Aschehoug.

Nesheim, T., Olsen, K., Kalleberg, A.L. (2007): ”Nedbemannig: Hvem er mest utsatt og hvordan påvirkes arbeidsvilkårene?”
Søkelys på arbeidslivet. Årgang 24. Utgave 3.

Noer, D.M. (2009).”Healing the wounds: overcoming the trauma of layoffs and revitalizing downsized organizations”1. ed. Jossey-Bass.

Noer, D.M. (1993):”Leadership in an Age of Layoffs”. *Issues & Observations*. Vol. 13. Iss.

Nordang K, Hall-Lord M.L., Farup P.G. (2010) *Burnout in health-care professionals during reorganizations and downsizing. A cohort study in nurses*”
BMC Nursing. Vol. 9, p8-14. 7p.

Postholm, M.B. (2005) *Kvalitativ metode – en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget

Røed og Fevang. 2005. *Organizational change, absenteeism, and welfare dependency*. University in Oslo. Health economics research programme. HERO Skrifter 9/2005.

Røed og Fevang. 2007. *Organizational change, absenteeism, and welfare dependency*. Journal of Human Resources 42, 156 – 193.

Rønning E (2010). «*Helsearbeidere*» – *tøffe kvinner i deltidstillinger*. Statistisk sentralbyrå

Thagaard, Tove (2010) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget

Westgaard R.J, Winkel J.(2011) “Occupational musculoskeletal and mental health: Significance of rationalization and opportunities to create sustainable production systems. A systematic review.” Applied Ergonomics [Appl Ergon] Vol. 42 (2), pp. 261-96. Date of Electronic Publication: 2010 Sep 17.

Westerlund H., Ferrie J., Hagberg J., Jeding K., Oxenstierna G. og Theorell T. 2004. Workplace expansion, long-term sickness, and hospital admission. The Lancet, 363, 1193 – 1197.

Wolfe, H. (2004):” Survivor Syndrome: Signs, symptoms, strategies”.
<http://www.employment-studies.co.uk/news/131art3.ph>

Østhus S. (2012) ”Health effects of downsizing survival and job loss in Norway”.
Social Science & Medicine; Vol. 75 Issue 6, p946-953, 8p

<http://www.etikkom.no/Templates/Pages/FBIBArticle.aspx?id=1301&epslanguage=no>

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2010/nou-2010-13/7/4/1.html?id=628137>