

PSYKISK ARBEJDSMILJØ BLANDT SYGEPLEJERSKER

TAGE SØNDERGÅRD KRISTENSEN



Kat

PSYKISK ARBEJDSMILJØ BLANDT SYGEPLEJERSKER

TAGE SØNDERGÅRD KRISTENSEN



PSYKISK ARBEJDSMILJØ BLANDT SYGEPLEJERSKER

Arbejds miljøundersøgelse

Udgiver

Dansk Sygeplejeråd
Sankt Annæ plads 30, 1250 København K
Telefon: 3315 1555
Email: dsr@dsr.dk

www.dsr.dk

Forfatter: Tage Søndergård Kristensen

Tage Søndergård Kristensen er sociolog og dr. med. og var i perioden 2000-2008 professor ved Det Nationale Forskningscenter for Arbejds miljø. Har fra 2008 arbejdet som uafhængig forsker og konsulent.

Tage Søndergård Kristensen har siden 1976 forsket i arbejds miljø og er uden tvivl en af landets store kompetencer indenfor arbejds miljø, sygefravær og psykiske forhold på arbejdspladsen. Han har udgivet en lang række publikationer - fra forskningsrapporter og artikler til undersøgelser og bøger.

www.task-consult.dk

Følgegruppe

Dorte Steenberg, 2. næstformand
Morten Bue Rath, Analysechef
Louise Kryspin Sørensen, Konsulent analyse
Betina Halbech, Konsulent arbejds miljø
Helle B. Bavnhøj, Chefkonsulent arbejds miljø

Grafisk tilrettelægning: 13-20 Grafisk Enhed i DSR & Anita Raun Brogaard
Foto: Lizette Kabre, www.lizettekabre.dk
Tryk: Arco Grafisk

Maj 2013

ISBN: EAN 9788772660707

*Undersøgelsen kan rekvireres ved henvendelse til Dansk Sygeplejeråd.
Den kan desuden downloades fra dsr.dk: www.dsr.dk/psykam2012*

Indhold

Forord	5
Læservejledning	7
1. Resumé - Undersøgelsens vigtigste resultater i kort form	9
2. Sygeplejerskernes psykiske arbejdsmiljø - Undersøgelsens baggrund og sigte	13
3. Krav i arbejdet - Arbejdsmængde, tempo og følelsesmæssige krav	23
4. Det udviklende arbejde - Udviklingsmuligheder og mening i arbejdet	35
5. Klare roller? - Rolleklarhed og rollekonflikter	45
6. Forholdet mellem kollegerne - Socialt fællesskab og social støtte	53
7. Social kapital - Et spørgsmål om tillid og retfærdighed på arbejdspladsen	61
8. Anerkendende ledelse - Ledelseskvalitet, respekt og anerkendelse	71
9. Psykisk velbefindende - Stress og udbrændthed	81
10. Ledernes arbejdsmiljø - Balancen mellem stress og engagement	91
11. Forandringer i arbejdet - Omlægninger, nedskæringer og fyringer	99
12. Konklusioner og perspektiver - Hvad viser undersøgelsen, og hvad bør der gøres?	107
Fortegnelse over litteratur	123
Bilag 1. Materiale og metode	131
Bilag 2. Dimensionerne i undersøgelsen - Hvordan er de målt?	134
Bilag 3. Udviklingen i sygeplejerskernes psykiske arbejdsmiljø over tid - 2002, 2007 og 2012	140
Bilag 4. Samlet oversigt over de målte dimensioner i det psykiske arbejdsmiljø for alle de 25 ansættelsesområder	<i>Se omslagets inderside</i>

Forord

Sygeplejerskers psykiske arbejdsmiljø er ikke en entydig størrelse – og arbejdsmiljøet på de arbejdspladser, hvor sygeplejersker er ansat, skabes ikke kun af sygeplejersker, men af alle på arbejdspladsen.

Alligevel er det nærliggende som faglig organisation for sygeplejersker i Danmark, at have et særligt fokus på, hvordan centrale dimensioner i det psykiske arbejdsmiljø har indflydelse på sygeplejerskers mulighed for at yde faglig forsvarlig sygepleje af høj kvalitet og samtidig have et sundt og udviklende arbejdsliv.

Det er 3. gang Dansk Sygeplejeråd har gennemført en stor spørgeskemaundersøgelse om sygeplejerskers arbejdsmiljø. Og den store parathed blandt sygeplejersker til at besvare spørgeskemaerne bevirker, at vi i dag har et enestående datamateriale om, hvordan sygeplejersker oplever arbejdsmiljøet på deres respektive arbejdspladser.

Det er med stor glæde, at vi her kan præsentere en rapport, der belyser det psykiske arbejdsmiljø blandt sygeplejersker på en visionær og inspirerende måde. Tage Søndergård Kristensen har med stor viden og engagement beskrevet centrale dimensioner i sygeplejerskers psykiske arbejdsmiljø på tværs af 25 ansættelsesområder, og med afsæt heri sat fingeren på de ømme punkter, men også vist, hvad der giver trivsel, arbejdsglæde og kvalitet i arbejdet. Det er jeg utrolig glad for, idet vi hermed står med nuancerede og brugbare resultater til den forsatte arbejdsmiljøindsats i Dansk Sygeplejeråd og på sygeplejerskernes arbejdspladser.

Men viden er ikke tilstrækkeligt! Der skal også vilje og evne til for at tingene ændrer sig. Undersøgelsesresultaterne og rapporten giver nogle gode pejlemærker for, hvad der kan være vigtigt at beskæftige sig med på forskellige typer af arbejdspladser – også blandt andre faggrupper.

I Dansk Sygeplejeråd vil vi øve indflydelse, hvor vi kan, for et stadigt bedre arbejdsmiljø på sygeplejerskernes arbejdspladser – og vi håber, at politikere, ledere og medarbejdere vil tage rapporten til sig og blive inspireret til at sætte nyt lys på arbejdsmiljøarbejdet.

God læselyst.

Dorte Steenberg
2. Næstformand

Læservejledning

Hensigten med denne bog er, at den skal kunne læses af alle, der er interesserede i emnet – både "almindelige" sygeplejersker og folk med speciel interesse for sygeplejerskernes psykiske arbejdsmiljø. Men det kan alligevel være nyttigt med en orientering, inden man går i gang med bogen.

For det første skal man gøre sig klart, at arbejdsmiljøet beskrives ved hjælp af en række *dimensioner*, som dækker forskellige egenskaber ved arbejdsmiljøet. Disse dimensioner er forklaret nærmere i *bilag 2*. Her kan man se, hvad man fx mener med "rollekonflikter", og man kan se, hvilke spørgsmål, der ligger bag de forskellige dimensioner. Og så indeholder bilaget en forklaring på den *point-score*, der anvendes gennem hele bogen. Denne score går fra 0 til 100, men må ikke forveksles med procenter. Scoren 0 betegner simpelthen det lavest mulige niveau, mens 100 står for det maksimalt mulige.

Og for det andet er bogen bygget op omkring en beskrivelse af 25 forskellige *ansættelsesområder*, som dækker de sektorer og områder, hvor sygeplejerskerne er beskæftiget. Disse 25 områder befinder sig inden for fire hovedsektorer: Staten, regionerne, kommunerne og den private sektor. Nogle af områderne er ret brede, mens andre er mere specifikke. De afspejler den placering, som 2.826 svarpersoner selv valgte, da de udfyldte spørgeskemaet.

Bogen er ret enkel i opbygningen. Først er der et *kort resumé* af indholdet, hvorefter der er et lidt længere *indledende kapitel*, som angiver bogens baggrund og sigte. Dernæst kommer *kapitlerne*

3-9, som omhandler forskellige aspekter af sygeplejerskernes arbejdsmiljø. Disse kapitler kan læses uafhængigt af hinanden. Så kommer der et kapitel om *lederne* og et om *forandringer*. Derefter er der så et *afsluttende kapitel* med konklusioner og perspektiver. Endelig er der *fire bilag*, som beskriver materiale og metode, dimensionerne i undersøgelsen (herunder også nogle dimensioner, som ikke beskrives i et selvstændigt kapitel, men som indgår i behandlingen af andre dimensioner), udviklingen i sygeplejerskernes arbejdsmiljø siden 2002 og det samlede overblik over de 25 områder.

Vold og trusler, mobning og seksuel chikane er ikke behandlet i bogen, men undersøgt og afrapporteret i særskilte notater, som kan findes på DSR's hjemmeside.

Denne bog handler om den tredje landsdækkende undersøgelse af sygeplejerskernes psykiske arbejdsmiljø. De første undersøgelser blev gennemført i 2002 og 2007. Den adskiller sig fra de øvrige rapporter på den måde, at den *både* er beskrivende og lægger op til dialog og diskussion. Bogen afspejler således ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds holdninger. Jeg har undervejs haft stor glæde af hjælp, støtte og feedback fra min følgegruppe. De har på intet tidspunkt forsøgt at styre eller censurere i indholdet. Tværtimod har samarbejdet været inspirerende og lærerigt, hvilket jeg siger hjerteligt tak for.

April, 2013.

Tage Søndergård Kristensen



KAPITEL 1
RESUMÉ

Undersøgelsens vigtigste resultater i kort form

Sygeplejerskerne er udsat for meget høje krav i deres arbejde. Sammenlignet med danske lønmodtagere i almindelighed har de meget stor *arbejds-mængde*, højt *arbejdstempo* og høje *følelsesmæssige* krav.

Det er især de sygeplejersker, som arbejder i *skadestuer*, *medicinske afdelinger* og *kirurgiske afdelinger*, der er belastede af den store arbejds-mængde kombineret med højt tempo.

De følelsesmæssige krav i arbejdet rammer især ansatte i *psykiatrien*, *skadestuerne* og *intensivafdelinger*.

Til gengæld er sygeplejerskerne generelt begyndt med et *udviklende og meningsfuldt* arbejde. Over 90 % af sygeplejerskerne synes således selv, at de yder en vigtig arbejdsindsats, og lige så mange finder deres arbejdsopgaver meningsfulde.

Omkring en tredjedel af sygeplejerskerne oplever, at *kvaliteten i sygeplejen er under pres* på grund af faktorer i deres arbejdsmiljø. I de medicinske afdelinger og på skadestuerne drejer det sig om over 50 %. Omvendt er der kun 10 % i sundhedsplejen og i almen praksis, der oplever, at kvaliteten er under pres.

Inden for de områder, hvor kvaliteten er mest under pres, er trivsel lavest.

De ansatte i *psykiatrien* har store *rollekonflikter*. De oplever, at forventningerne til dem er uklare og samtidigt modstridende. Forskningen viser, at denne kombination øger risikoen for udbændthed.

Social støtte i arbejdet er en vigtig faktor i det psykiske arbejdsmiljø. Sygeplejerskerne får bedre støtte fra kollegerne og ringere støtte fra lederne end danske lønmodtagere i almindelighed.

Sygeplejersker, der arbejder inden for *fængsel*, *forsorg*, *patientorganisationer* og *medicinalindustri* føler sig mest ensomme og mangler social støtte. Der er her tale om områder uden for sundhedsvæsenet, hvor sygeplejerskerne udgør en lille fag-gruppe.

Arbejdspladser med høj *social kapital* er kendetegnet ved godt samarbejde baseret på tillid og retfærdighed. Eksempler på områder med høj social kapital er almen praksis, socialpsykiatrien og kommunale forvaltninger. Omvendt er der lav social kapital inden for fængsel, forsorg, skadestuer og de psykiatriske afdelinger.

Der er en klar sammenhæng mellem *social kapital* og *trivsel*. Der er således fundet den laveste trivsel i netop fængsel, forsorg, skadestuer og psykiatriske afdelinger.

Ledelseskvaliteten er af central betydning for både trivsel, kvalitet og produktivitet. Her ligger tre kommunale områder i toppen: Plejehjem, forvaltning og socialpsykiatri. Den ringeste ledelseskvalitet udøves ifølge sygeplejerskerne i fængsler/forsorg og skadestuer. Mere end hver fjerde sygeplejerske oplever, at det kniber med ledelsens evne til at håndtere konflikter.

Der er fem områder, hvor sygeplejerskernes *stress* og *udbrændthed* er specielt højt: Medicinske afdelinger, psykiatriske afdelinger, skadestuer, kirurgiske afdelinger og uddannelsessektoren. Den laveste stress og udbændthed er der i den private sektor, i almen praksis og inden for anæstesi.

Sygeplejersker, der arbejder som *ledere*, har på næsten alle områder et *bedre arbejdsmiljø* end de øvrige sygeplejersker. De har frem for alt et mere udviklende arbejde og højere indflydelse, men også bedre ledelseskvalitet og større jobtilfredshed. De-

res arbejdsmængde er større, men de er ikke mere stressede eller udbrændte. De har heller ikke flere konflikter mellem arbejde og privatliv.

Sygeplejerskerne har været udsat for et meget stort antal *omlægninger, sammenlægninger, nedskæringer og organisationsændringer* i løbet af det seneste år. I gennemsnit har de været udsat for mere end to større forandringer per person! Det er meget veldokumenteret, at sådanne forandringer har negative virkninger for de ansatte i form af øget fravær, psykiske lidelser og hjertekarsygdomme.

Skadestuerne er klart det ansættelsesområde, som har været mest belastet af omlægninger, nedskæringer og fyringer. På dette område har man tilmed været særligt dårlige til at informere de ansatte. Resultatet er derefter: Meget dårlig trivsel hos skadestuernes sygeplejersker. I *almen praksis* har man den modsatte situation: Her er der ganske få forandringer, og man er gode til at informere. Og trivslen er i top.

På tre områder har man *både et højt stress-niveau, høj udbrændthed og en række grundlæggende problemer med det psykiske arbejdsmiljø: Skadestuerne, de psykiatriske afdelinger og de medicinske afdelinger*. Disse tre områder hører alle under regionerne. Det er her, der er størst behov for en hurtig og konsekvent indsats.

SAMLEDE KONKLUSIONER

Samlet set er der tre områder, der skiller sig ud som særligt belastede: *Skadestuer, medicinske afdelinger og psykiatriske afdelinger*. Her er der behov for en systematisk og hurtig indsats. I det hele taget ligger de store kliniske områder under regionerne i den dårlige ende.

Det bedste arbejdsmiljø findes i *almen praksis* og på en række kommunale områder: *Sundhedsplejen, socialpsykiatrien og den kommunale forvaltning*.

Der foregår alt *for mange forandringer, omlægninger og nedskæringer* i sundhedsvæsenet. Der er behov for at nedsætte forandringshastigheden og for bedre og mere meningsfulde forandringer.

Sygeplejerskerne oplever *meget høje krav* i deres arbejde – særligt er der stor arbejdsmængde og store følelsesmæssige krav. Der er behov for at se på, om ressourcerne anvendes dér, hvor der er mest behov for dem, og for at prioritere arbejdsopgaverne sådan, at overflødige og mindre vigtige aktiviteter fjernes.

De afgørende strategiske områder for at forbedre arbejdsmiljø, kvalitet og produktivitet i sundhedsvæsenet fremover er *ledelseskvalitet og social kapital*.

En målrettet indsats for *bedre arbejdsmiljø vil have tre effekter*:

- Bedre trivsel, bedre helbred og mindre psykisk nedslidning blandt de ansatte
- Bedre kvalitet, færre fejl og større produktivitet i sundhedsvæsenet
- Større patienttilfredshed.



KAPITEL 2

**SYGGEPLEJERSKERNES
PSYKISKE
ARBEJDSMILJØ**

Undersøgelsens baggrund og sigte

Hvis man slår op under "sygeplejerskers arbejdsmiljø" på Wikipedia, får man følgende beskrivelse:

"Sygeplejerskerne som gruppe er overbelastede, fordi der er mangel på dem. Hver enkelt sygeplejerske er overbelastet. Sygeplejerskerne er overbelastede på grund af antallet af patienter, der skal behandles. De er overbelastede på grund af det antal arbejdsopgaver, de skal udføre. De arbejder under kognitiv overbelastning, idet de hele tiden har gang i mange aktiviteter og ofte bliver afbrudt. Deres sanser er overbelastede, da de arbejder med instrumenter og apparater, som ikke lever op til gældende standarder, utilstrækkelig belysning, ulæselige håndskrifter og dårligt designede etiketter. De er fysisk overbelastede på grund af mange arbejdstimer og krav om patienthåndtering, som fører til lidelser i bevægeapparatet. Kort sagt overstiger sygeplejerskernes arbejde ofte grænserne for menneskets formåen. Der burde gennemføres forskning med henblik på at belyse, hvordan disse mange overbelastninger kan reduceres, og hvordan grænserne for ydeevnen kan tilgodeses. Ironisk nok viser litteraturen, at der er undersøgelser, som belyser, om sygeplejersker på en effektiv måde kan varetage lægers arbejde. Disse undersøgelser viser, at det kan de. Imidlertid bør allerede overbelastede sygeplejersker ikke overtage endnu mere arbejde". (De Lucia et al, 2009).

Dette er jo en grusom "salve", men beskrivelsen svarer meget godt til det billede, som mange undersøgelser på området viser (se fx den internationale kortlægning af Aiken et al, 2001). Sygeplejerskerne ses som overbelastede, de skal "løbe hurtigt", og de ses primært som passive ofre for systemet.

Det er ikke formålet med denne bog at levere endnu et bidrag til dette billede, som så mange har medvirket til at tegne. Ikke fordi billedet er helt ved siden af, men fordi det kun er en del af sandheden. Hensigten

med denne bog er at bryde med "offer-beskrivelsen" på tre afgørende punkter: For det *første* er det misvisende kun at lægge vægt på de *negative* sider ved arbejdet som sygeplejerske. Der er på mange måder tale om en spændende og udviklende profession, som giver store muligheder for faglige udfordringer. For det *andet* er det misvisende overhovedet at tale om "sygeplejerskernes arbejdsmiljø". Der er store variationer, og den enkeltes arbejdsmiljø afhænger i meget vidt omfang af arbejdsområde, stilling, ledelse og kolleger. Og for det *tredje* er det af mange grunde ikke klogt kun at tegne et billede af en profession som *ofre*. Offertækning kan være med til at skabe frustrationer, hjælpeløshed og handlingslamelse. Sygeplejersker er - lige som andre faggrupper - både individuelt og kollektivt med til at danne arbejdsmiljøet. Arbejdsmiljø dannes altid af mennesker - herunder sygeplejerskerne.

Formålet med dette kapitel er at gøre nærmere rede for, hvilket samlet syn på arbejdsmiljøet, der ligger bag de gennemførte analyser og beskrivelser. Bogen er baseret på en systematisk undersøgelse af sygeplejerskernes arbejdsmiljø og er som sådan "evidensbaseret", men det er ikke intentionen at begrænse indholdet til at udgøre en genfortælling af nogle snese tabeller og grafer. Intentionen har været, at bogen så vidt muligt skal være både relevant og interessant, hvilket ikke kan opnås, hvis man holder sig til den rene empiri. Før vi går i gang med at diskutere, hvad psykisk arbejdsmiljø er for en størrelse, er det imidlertid på sin plads at belyse den arena, som det hele udspiller sig på, nemlig sundhedsvæsenet.

2.1 SUNDHEDSVÆSENETS UDVIKLING

For at forstå de belastninger og udfordringer, der møder sygeplejerskerne i deres daglige arbejde, kan det være en god idé at se på sundhedsvæsenet i et *tidsmæssigt perspektiv*. Nogle af de

forklaringer, man møder oftest, når talen går på arbejdsmængde og travlhed på hospitalerne, er *nedskæringer* og *mangel på sygeplejersker eller læger*. Imidlertid er der ingen af disse forklaringer, der holder vand, og de er oven i købet med til at forplumre de reelle problemer.

For det første er personalet i sygehusvæsenet vokset nærmest uafbrudt siden 1930'erne. I 1935 var der således 15.000 ansatte, hvoraf cirka 5.000 var sygeplejersker. I 2010 var der cirka 102.000 ansatte, hvoraf de 35.000 var sygeplejersker. Der er altså sket en syv-dobling af antal ansatte. I det meste af denne periode har antallet af hospitalsenge været nogenlunde konstant. Efter år 2000 har vi set en reduktion i antallet af hospitalsenge på cirka 25%. Hvis det var en løsning på problemer med stress og travlhed at ansætte flere, kan man således sige, at effekten heraf nu er udeblevet i cirka 80 år (Vallgård, 1992, Kristensen & Smith-Hansen, 1997). For det andet ligger Danmark *højt*, hvad angår antal læger og antal sygeplejersker i forhold til indbyggertallet. Kun Norge ligger højere på begge disse dimensioner (OECD, 2009).

Intensiveringen af arbejdet skyldes snarere, at *liggetiden* for patienterne i årenes løb er reduceret fra cirka 30 dage til cirka 4 dage. Man ser altså cirka 7 gange så mange patienter per tidsenhed! Dertil kommer, at antal informationer per patient er mangedoblet. Oven i dette kommer en voldsom stigning i antallet af ambulante patienter. De ansatte skal med andre ord dele langt flere informationer med mange flere kolleger på meget kortere tid. Det medfører meget høje krav til koordinering og kommunikation.

Parallelt med denne udvikling er der sket en meget stor stigning i kravene til dokumentation, kontrol og evaluering. En række undersøgelser har vist, at både læger og sygeplejersker oplever, at dokumentationskravene har været stigende, og at man bruger unødigt tid på at taste de samme oplysninger ind flere steder, at registrere unødvendige informationer, at vente på at blive logget ind osv. osv.

Også den kortere arbejdstid spiller en rolle. Da hospitaler jo er døgnåbne, vil kortere arbejdsuge og

længere ferie alt andet lige betyde, at der skal flere til at løfte den samme opgave. Endelig er det sådan, at det stærkt stigende antal specialer, faggrupper og ansatte i sig selv øger den tid, der går med koordinering, information, møder og samtaler.

Der er således ikke noget mystisk ved, at de ansatte oplever større travlhed og arbejdsmængde til trods for, at antallet af ansatte per hospitalseng er mangedoblet siden 1935. Der er tale om, at stadig flere mennesker skal koordinere og kommunikere omkring løsningen af en kompliceret arbejdsopgave på et meget højt kvalitetsniveau, hvor fejl kan gøre forskellen på liv og død. Samtidigt skal både patienten og de pårørende føle sig velinformerede, og der skal koordineres hurtigt og effektivt mellem sektorerne. Det mærkelige er ikke, at det somme tider går galt, men at det næsten altid går godt.

Det skal pointeres, at denne overordnede udvikling naturligvis ikke udelukker, at mange sygeplejersker kan have oplevet nedskæringer på deres respektive arbejdspladser. I lyset af de mange omorganiseringer og sammenlægninger, der bestandigt finder sted i sundhedssektoren, kan dette sagtens tænkes. Men sektoren *som helhed* har ikke oplevet nedskæringer. (En klar undtagelse er her de psykiatriske afdelinger, som siden 2000 har haft næsten konstante omkostninger og stadig stigende patienttal).

I offentligheden er der en udbredt opfattelse af, at sundhedsvæsenet – og hospitalerne i særdeleshed – ikke leverer behandling af en specielt høj kvalitet. Også her tager man grundigt fejl. Det danske sundhedsvæsen er efter alt at dømme den eneste del af den offentlige sektor, der år efter år kan demonstrere både stigende produktivitet og stigende kvalitet.

Hvad produktiviteten angår, har den været støt stigende siden år 2000 (med undtagelse af strejkeåret 2008) (Danske Regioner, 14-11-2012), og man har samtidigt kunnet demonstrere både lavere dødelighed blandt patienterne (Danske Regioner, 10-4-2012) og støt faldende cancer dødelighed (Danske Regioner, 11-4-2011). Hvad hjertekarsygdomme angår, har Danmark oplevet et helt ene-

stående fald i dødeligheden, som placerer os i den internationale elitedivision (OECD, 2009; European Heart Network, 2012). Samtidigt med alt dette har Danmark oplevet en dramatisk nedgang i antallet af selvmord, som er mere end halveret fra 1990 til 2006, hvilket efter alt at dømmes skyldes bedre behandling af psykiatriske patienter (OECD, 2009).

Alt i alt er det danske sundhedsvæsen en enestående succes, men en succes som ikke ret mange kender. Set fra de ansattes synspunkt er det ærgerligt, at denne store succes ikke er almindeligt anerkendt. De har ellers noget at være stolte af.

2.2 TRE FORSKELLIGE SYNSVINKLER PÅ ARBEJDSMILJØET

For at præcisere og forklare hensigten med bogen nærmere, kan det være en god idé at se på tre forskellige synsvinkler på arbejdsmiljøet. Disse udelukker ikke hinanden, men det er en god idé at se på dem hver for sig af hensyn til klarhed og overskuelighed.

2.2.1 Arbejdsmiljø som eksponering og belastning

Arbejdsmiljøforskningen går tilbage til Ramazzini, der udgav sin berømte bog om arbejdets sygdomme i år 1700, og der har lige siden været fokus på faktorer i arbejdsmiljøet, som skader arbejdernes helbred, herunder asbest, bly, støj, stråling, støv, opløsningsmidler osv. Historien er fuld af beretninger om, hvordan de ansattes liv og helbred har været sat på spil til trods for, at forskningen havde afsløret alvorlige potentielle skadevirkninger. Mange af disse problemstillinger lever videre i dag i lande, hvor både fagforeninger og arbejderbeskyttelse står svagt - for nu at udtrykke det mildt.

Det grundlæggende paradigme i forbindelse med disse skadelige påvirkninger er "dosis-respons" modellen, hvor man forsøger at kortlægge den nøjere sammenhæng mellem den eksponering, den ansatte er udsat for, og skadevirkningerne på kort og lang sigt. Ifølge denne model er den optimale eksponering NUL, selv om man ofte har arbejdet på at finde grænseværdier, som man kunne "leve

med". Tit var det dog mest dem, der ikke var udsat for stofferne, der "levede med" grænseværdierne, mens det var arbejderne, der døde af dem.

Der er to afgørende kendetegn ved denne model: De ansatte ses som passive, eksponerede objekter, som skal beskyttes mod noget skadeligt. Og det optimale eksponeringsniveau er nul. Det drejer sig derfor om at reducere eller fjerne det skadelige i omgivelserne. Når dette er sket, er "problemet løst".

Modellen begyndte at krakelere en smule, da de *ergonomiske* belastninger gjorde deres indtog. I Danmark skete dette i 1970'erne. Her kom der fokus på arbejdsstillinger og bevægelser, men det blev hurtigt klart, at den optimale belastning på dette felt *ikke* er nul. Ingen har jo godt af at sidde stille i en "korrekt" arbejdsstilling i otte timer. Tværtimod har kroppen godt af at blive brugt. Men hvordan og hvor længe? Det var nogle af de spørgsmål, som man stadigvæk bakser med. Også når det gælder temperatur, belysning og lyd fandt man ud af, at kunsten er at finde det optimale punkt - ikke at fjerne noget skadeligt.

2.2.2 Vi er hinandens arbejdsmiljø - relationernes betydning

Da det psykiske arbejdsmiljø blev introduceret som en vigtig del af de ansattes arbejdsmiljø, var man meget i tvivl om, hvordan man skulle håndtere disse nye faktorer. Var der tale om faktorer, der ganske vist var "nye", men som man burde håndtere på linje med alle andre, eller var der tale om noget *helt særligt*? Der var to argumenter for, at disse forhold var mere "subjektive". For det første betyder *den enkeltes vurdering og perception* meget. Arbejdstempoet er kun for højt, hvis man *synes*, at det er for højt. Og man bliver kun mobbet, hvis man *oplever* at blive det. Og for det andet er det *ikke alle*, der tager skade af at være udsat for høje krav, lav indflydelse, chikane osv. Begge disse argumenter har i høj grad noget for sig, men der er et tredje forhold, som især skal fremhæves her, nemlig at forestillingen om arbejdsmiljøet som noget, vi er "udsat for", ser ud til at være kraftigt udfordret.

I de senere år har en lang række undersøgelser vist, at der er en særlig gruppe af faktorer, der er

udslagsgivende for dårlig trivsel, stress, udbændthed og psykiske lidelser. Disse faktorer kaldes under ét *relationelle*, og de omfatter blandt andet mobning, chikane, trusler, ledelseskvalitet, følelsesmæssige krav, forudsigelighed, social støtte, anerkendelse og tillid. Det er fælles for alle disse faktorer, at de opstår i spillet mellem mennesker på arbejdspladsen, og der er i den forbindelse tale om tre typer af relationer:

- 1) Mellem kolleger.
- 2) Mellem ledere og øvrige medarbejdere.
- 3) Mellem ansatte og patienter/kunder/klienter osv.

Disse relationelle faktorer har i dag en helt afgørende betydning for vores trivsel og helbred, men de kan ikke analyseres eller reguleres på samme måde som andre faktorer. Dette skyldes tre forhold:

- For det første forekommer det vanskeligt at regulere menneskers indbyrdes adfærd ved hjælp af love og bestemmelser. Kan man lovgive om, at vi ikke må sladre om hinanden? At vi skal huske at sige godmorgen? At vi skal hjælpe hinanden, når det kniber? Næppe.
- For det andet starter det hele *forfra hver morgen*. Man kan altså ikke løse problemerne én gang for alle, som man fx kunne, da man fjernede asbest eller opløsningsmidler. Logikken bag en arbejdspladsvurdering (APV), hvor man krydser af, når man har løst et problem, holder ikke.
- Og for det tredje er *alle* en del af alle de andres arbejdsmiljø. Alle er både "eksponerede" og udgør selv en "eksponering". Vi er gensidigt hinandens arbejdsmiljø. Det betyder, at ingen kan nøjes med at betragte sig selv som én, det går ud over, og som det er synd for. Alle har et medansvar for alles arbejdsmiljø.

2.2.3 Arbejdsmiljøet som ressource - vejen til trivsel, kvalitet, produktivitet og tilfredse patienter

Mens de to synsvinkler på arbejdsmiljøet, som er nævnt ovenfor, først og fremmest ser på de potentielt *negative* effekter af dårligt arbejdsmiljø, så har vi i de senere år været vidner til nye teorier og modeller, som primært betragter arbejdsmiljøet som en *ressource*. Linda Aiken har i mange år været

en af de absolut førende forskere på feltet (se fx Aiken et al, 1994, 1997, 2001, 2002, 2008), men i de senere år har der været øget interesse for den tilgang, som Jody Gittell står for (2012). Gittell fokuserer ikke generelt på godt psykisk arbejdsmiljø, som Aiken har gjort, men på den *brobyggende sociale kapital* (som hun kalder *relationel koordinering*) mellem faggrupperne i sundhedssektoren. Hovedtrækkene i denne teori fremgår af boks 2.1.

Boks 2.1 Jody Gittell om brobyggende social kapital.

Jody Gittell stiller sig selv det grundlæggende spørgsmål: *Hvad har følgende typer af arbejdspladser til fælles:*

- Et hospital
- Et symfoniorkester
- En deling soldater i kamp
- En byggeplads
- Et luftfartselskab
- En kommunes administration
- En læreanstalt
- Et fængsel

Svaret er, at samarbejdet mellem forskellige faggrupper i alle disse sektorer er under pres. Dette er i særlig grad tilfældet, når:

- Der er tale om professioner med stærk identitet.
- Forskellige grupper har specialviden.
- Der er statusforskelle med hensyn til løn, prestige osv.
- Grupperne/personerne er afhængige af hinanden for at gøre et godt stykke arbejde.

Denne beskrivelse passer som hånd i handske på sundhedssektoren.

Hvis samarbejdet mellem faggrupperne skal fungere optimalt, kræver det *høj brobyggende social kapital* (relationel koordinering). Ifølge Gittell handler dette primært om to ting: *Koordinering og kommunikation*. Koordineringen skal være kendetegnet ved *fælles sprog, fælles mål og gensidig respekt*. Kommunikationen af den rette *timing og hyppighed, stor præcision og problemløsende sigte*.

På arbejdspladser med høj brobyggende social kapital har Gittell fundet tre gevinster:

- Høj trivsel hos de ansatte.
- Høj kvalitet og produktivitet i kerneydelsen.
- Høj patient tilfredshed.

(Gittell, 2000, 2008, 2009 og 2012).

Gittells forskningsresultater – ikke blot fra hospitaler men også fra andre sektorer – gør op med en meget grundlæggende forestilling i sundhedssektoren, nemlig at produktivitet og trivsel er hinandens modsætninger. Den herskende indstilling er her, at højere produktivitet kun kan opnås ved, at de ansatte ”løber hurtigere”, og at dette medfører mere stress. I praksis viser det sig, at høj produktivitet og lav stress udmærket kan forenes.

Der er mindst tre grunde til, at højere produktivitet og høj stress ikke følges ad:

- For det første er der en positiv sammenhæng mellem produktivitet og kvalitet: Hvis man udfører arbejdet godt (fx en operation), så skal man ikke lave det om (genindlæggelser med komplikationer) og man kan derfor bruge ressourcerne på at operere flere patienter i stedet for reoperationer.
- For det andet handler høj produktivitet ikke om at skynde sig, men om at organisere tingene godt og udnytte ressourcer optimalt. Ventetider på grund af dårlig koordinering giver fx både lav produktivitet og lav trivsel.
- Og for det tredje går vejen til trivsel via høj kvalitet og produktivitet. Folk elsker at få lov til at passe deres arbejde og at udføre det med en kvalitet, som de er tilfredse med. Stolthed over arbejdet er den vigtigste kilde til trivsel.

I de senere år har en lang række undersøgelser ikke kunnet finde nogen sammenhæng mellem omkostninger i sundhedsvæsenet og kvaliteten i ydelserne. Det gælder for eksempel en undersøgelse af dødeligheden blandt amerikanske traumepatienter (Glance et al, 2010), dødeligheden blandt amerikanske sepsispatienter (Lagu et al, 2011), kvaliteten i forskellige landes sundhedsvæsenere (Baker et al, 2008) og kvaliteten i operationer på karkirurgiske afdelinger i Danmark (Hvengaard & Gyrd-Hansen, 2010). Disse undersøgelser har yderligere skærpet appetitten på at finde på ”smarte løsninger” i stedet for at kaste gode penge efter dårlige. I denne forbindelse ser det ud til, at det er en god idé at fokusere på arbejdspladsernes sociale kapital. Et eksempel på dette ses i boks 2.2.

Det er måske en tilsnigelse at kalde denne synsvinkel for en *arbejds miljø* synsvinkel, idet fokus ikke så

Boks 2.2 Kilden til højere kvalitet: Social kapital.

”Det, der betyder noget for kvaliteten i sundhedsvæsenet, er ikke traditionelle tiltag så som flere senge, intensiv afdelinger eller specialister. Nej, det, der ser ud til at betyde noget, er social kapital, dvs. sociale netværk der resulterer i velfungerende private og offentlige organisationer.

Løsningen på problemer med lav kvalitet er således ikke flere læger, specialister eller hospitalssenge, men en forbedring af sundhedsvæsenet”.

(Skinner et al, 2009).

meget er på de ansattes trivsel som på *kerneopgaven* og på at skabe værdi for kunden/patienten. Imidlertid viser det sig altid, at arbejdspladser med høj social kapital har høj trivsel, hvilket lægger op til en win-win-win situation: Høj kvalitet og produktivitet, høj patienttrivsel og høj trivsel blandt de ansatte samtidigt (Kristensen, 2010).

Den store forskel i forhold til de øvrige tilgange til arbejdsmiljøet er nok, at arbejdsforholdene ikke betragtes som et problemområde, der giver dårlig trivsel og dårligt helbred, men som et område for en strategisk indsats for en bedre og mere bæredygtig arbejdsplads.

2.3 HVORDAN ANALYSERES FAKTORERNE I DET PSYKISKE ARBEJDSMILJØ?

I undersøgelser af det psykiske arbejdsmiljø er det almindeligt, at arbejde med en lang række ”faktorer” eller ”dimensioner” som fx indflydelse, mening i arbejdet, rolleklarhed osv. Man betragter dem som parallelle forhold, der tilsammen tegner arbejdsmiljøet, og som alle sammen påvirker den ansatte. Ofte analyseres disse forholds betydning ved hjælp af statistiske metoder, hvor man forsøger at kontrollere for de andre faktorer. Når man gør det, overser man i reglen, at de faktorer, det drejer sig om, ikke udspiller deres rolle på samme arena og på visse punkter er principielt forskellige. I dette afsnit gøres der rede for nogle afgørende pointer, som det kan være godt at have med sig i den videre læsning.

2.3.1 Hvilket niveau taler vi om?

En af de vigtigste pointer i denne sammenhæng er, at de forskellige faktorer befinder sig på forskellige *niveauer* på arbejdspladsen. Ved de fleste kortlægninger vil der være tale om følgende niveauer:

- **Individuelle faktorer.** Stress, udbændthed og selvvurderet helbred er eksempler på sådanne faktorer. På individniveau kan man ikke skelne mellem arbejdsbetingede og ikke-arbejdsbetingede symptomer. Men på gruppeniveau kan man regne ud, hvor stor en andel, der skyldes arbejdsmiljøet. Når det gælder stress, ligger denne andel på cirka 30 % i Danmark. På arbejdspladser med et højt stressniveau er andelen naturligvis større. Der er også individfaktorer, som man kalder *træk* (i modsætning til *tilstande*). Sådanne træk kan fx være selvværd, handlekompetence, empati o. lign. Disse træk antages at være relativt stabile over tid.
- **Person/arbejde faktorer.** Disse faktorer handler om forholdet mellem individet og arbejdet. Det kan fx være jobtilfredshed, trivsel, arbejds-/privatlivs eller engagement i arbejdet. Her er det *samspelet* mellem personen og omgivelserne, der er i fokus. I forskningen taler man om *person-environment fit*.
- **Person/patient faktorer.** Forholdet til patienten kan beskrives ved hjælp af en række faktorer, herunder mening, følelsesmæssige krav, krav om at skjule følelser, (manglende) anerkendelse, konflikter, trusler og vold. (Det vil ofte være sådan, at vold og trusler næsten udelukkende kommer fra patienterne, mens mobning overvejende kommer fra kolleger og ledere).
- **Jobfaktorer.** Disse forhold er knyttet til *jobbet* - altså den enkeltes arbejdsfunktion. Typiske eksempler er indflydelse, mening i arbejdet, variation, følelsesmæssige krav og udviklingsmuligheder. I denne forbindelse er det ikke nok at vide, at man er sygeplejerske. Man skal vide, hvor man er det, og hvilken præcis arbejdsfunktion man er ansat til.
- **Afdelings- eller gruppefaktorer.** En lang række faktorer udspiller sig i den gruppe, afsnit eller afdeling, man er ansat i. Her er de vigtigste faktorer ofte af relationel karakter. Eksempler er ledelseskvalitet, social støtte, anerkendelse, forudsigelighed, mobning, konflikter o. lign.
- **Virksomhedsfaktorer.** I sundhedsvæsenet kan det undertiden være lidt vanskeligt at foretage den klassiske distinktion mellem afdeling og virksomhed. Ved en virksomhed eller arbejdsplads forstås i denne sammenhæng en enhed med egen ledelse og ansvar for ansættelser, budget osv. På dette niveau er det relevant at se på den sociale kapital (tillid, retfærdighed og samarbejde) samt på socialt ansvar, rummelighed, personalepolitik, fraværspolitik m.v. Et helt hospital eller en kommune vil man normalt ikke kalde en virksomhed i denne betydning af ordet, idet der på samme arbejdsplads i reglen eksisterer enheder med vidt forskelligt arbejdsmiljø.
- **Eksterne faktorer.** En række forhold, som har stor betydning for arbejdsmiljøet, kan bedst betegnes som eksterne. Det gælder fx lovgivning, overenskomster, kvalitetssystemer osv. Det gælder også i vid udstrækning, når vi taler om sygdomspanoramaet i befolkningen og om patienternes adfærd. Endelig ved vi, at selv klimatiske forhold (fx en streng vinter med mange faldulykker) og epidemier (fx influenza) kan have stor betydning for hospitalernes belægningsgrad, presset på hjemmesygeplejen og almen praksis - og dermed for de ansattes arbejdsmiljø.

Det er ikke altid så let at placere de forskellige faktorer et - og kun et - sted. For eksempel kan "krav om at skjule følelser" både være relevante i forhold til kolleger og patienter, og disse krav kan i en vis udstrækning tilmed siges at karakterisere visse jobs (fx i psykiatrien) frem for andre.

Ikke desto mindre er det en rigtig god idé at skelne mellem de omtalte niveauer. Ikke blot i forskningen, men også i forbindelse med de mange *trivselsmålinger*, der gennemføres. I mange af disse kortlægninger viser man fx, hvordan alle dimensionerne ser ud fordelt på afsnit eller afdelinger. Det giver

god mening for ledelseskvalitet og samarbejde, men næppe for udviklingsmuligheder og indflydelse. Her vil det være relevant at se på *jobprofiler*, dvs. at skelne mellem læger, sygeplejersker, sekretærer, SOSU'er osv.

2.3.2 Hvem kan ændre ved forholdene? Er der tale om vilkår?

En af de vigtigste regler i forbindelse med stress er følgende: "Herre, giv mig *sindsro* til at acceptere de forhold, jeg ikke kan ændre, - *mod* til at ændre de forhold, jeg kan ændre, - og *visdom*, så at jeg kan kende forskel" (den oprindelige kilde til citatet diskuteres stadig). I denne forbindelse er det netop visdommen til at kende forskel, der ofte savnes. Når man på en arbejdsplads har lavet en trivselsmåling, kan det være en god idé at skelne mellem følgende typer af faktorer:

Faktorer, der er en del af jobbet: Det kan fx være høje følelsesmæssige krav på afdelinger med meget syge børn eller forekomsten af truende eller voldelige patienter på skadestuer, plejehjem eller i psykiatrien. Måske hører stor arbejdsmængde i forbindelse med epidemier også hjemme her. Når det handler om sådanne faktorer, gælder det om at ruste de ansatte - både individuelt og kollektivt - til at *tackle* belastningerne.

Faktorer, som hører hjemme længere oppe i systemet: En række faktorer med relation til arbejdstider, lønninger, strukturændringer, kvalitetssystemer, udnævnelse af ledere, kurser osv. hører ofte hjemme højere oppe i organisationerne. Det er vigtigt, at man ikke bruger stor energi på at diskutere og have konflikter om disse ting. De bør sendes derhen, hvor de hører hjemme.

Faktorer, der kan gøres noget ved lokalt: Endelig er der de ting, som kan ændres af den enkelte enhed. Det er ofte faktorer, der vedrører relationerne på arbejdspladsen, men der kan også være tale om rolleklarhed, grænser mellem fag og professioner, daglige rutiner osv.

Den afgørende pointe er, at det er en god idé at bruge lidt tid på at klarlægge, hvad der hører

hjemme hvor. Dermed spares meget tid og energi. I forbindelse med trivselsmålinger ser man ofte, at den øverste ledelse siger til de ansatte og deres repræsentanter: "Her har I noget at arbejde med. God fornøjelse med det". Sådanne meldinger fra den øverste ledelse er et klart signal om, at der ikke er nogen planer om at gøre noget ved de forhold, der henhører under topledelsen.

2.3.3 Hvad med at fokusere på positive faktorer?

I forbindelse med de senere års store interesse for den anerkendende tilgang (Haslebo og Lyndgaard, 2009 & 2012) og positiv psykologi (Seligman, 2002) har der i mange sammenhænge været stærk fokus på såkaldt positive faktorer. Hovedpointen har været, at det gælder om at have større fokus på de faktorer, der fremmer trivsel og sundhed og ikke altid fokusere på "risikofaktorer".

Man har i den forbindelse ofte opdelt faktorerne i arbejdsmiljøet i positive og negative (eller ressourcer og risici) (Klitgaard & Clausen, 2010). Blandt de positive kan nævnes social støtte, indflydelse, tillid og ledelseskvalitet, mens eksempler på negative er rollekonflikter, arbejdstempo og arbejds-/privatlivs. Denne opdeling kan ikke anses for at være frugtbar, idet det herved overses, at faktorerne ikke *i sig selv* er negative eller positive. For eksempel er *høj* indflydelse positivt, mens *lav* indflydelse ikke er. Det samme med krav, hvor *for høje* krav er negativt, mens *passende* (eller lidt for høje) krav er positivt og udviklende (kaldes somme tider udfordringer). Alle faktorer har så at sige en positiv og negativ ende, og det er denne *dobbeltkarakter*, der ligger bag hele diskussionen af det psykiske arbejdsmiljø som henholdsvis belastende og udviklende. Begge dele er rigtigt! I boks 2.3 er dobbeltkarakteren illustreret ved hjælp af "de seks guldkorn" i arbejdsmiljøet, som vi kommer tilbage til senere i bogen.

Nogle vil måske gøre gældende, at en række faktorer *må* være negative i sig selv - fx mobning eller chikane. Dertil er at sige, at mobning ikke er en "faktor" i arbejdsmiljøet, men en *handling*, som i sig selv illustrerer de grundlæggende byggesten i arbejdsmiljøet. Når mobning er så ødelæggende, er det fordi

Boks 2.3 Det psykiske arbejdsmiljøets dobbeltkarakter:

Konsekvenser af høje og lave værdier af de seks faktorer, der normalt kaldes "de seks guldorn".

Negative virkninger	Faktor	Positive virkninger
Lav indflydelse: Magtesløshed, hjælpeløshed	Indflydelse	Høj indflydelse: Handlekompetence, ansvarlighed
Ringe grad af mening: Fremmedgørelse, normløshed	Mening	Høj meningsfuldhed: Følelse af mening og sammenhæng
Ringe social støtte: Ensomhed, isolation	Social støtte	Høj social støtte: Social forankring og integration
Lav forudsigelighed: Usikkerhed, uvished	Forudsigelighed	Høj forudsigelighed: Tryghed og sikkerhed
Lav anerkendelse: Frustration, lavt selvværd	Anerkendelse	Høj anerkendelse: Personlig værdighed og højt selvværd
For høje krav: Stress For lave krav: Apati	Krav	Passende krav: Personlig udvikling og vækst, flow.

(Kristensen, 2007, side 21).

denne handling indeholder alle de seks guldorn på én gang: Lav indflydelse (man kan ikke forsvare sig mod mobningen), lav mening (hvorfor lige mig?), lav forudsigelighed (hører det op?), lav støtte (ingen griber ind og hjælper), lav anerkendelse (mobning er i sig selv det modsatte af anerkendelse og respekt) og høje emotionelle krav (det er ekstremt følelsesmæssigt belastende). Som det fremgår, er alle de seks guldorn "i bund", når det gælder mobning, hvilket er årsagen til, at netop denne form for krænkelse har så ødelæggende konsekvenser.

2.4 BOGENS SIGTE OG OPBYGNING

Denne bog kommer ikke til at ligne det indledende citat, hvor sygeplejerskerne fremstilles som passive ofre for en voldsom overbelastning, der skyldes mangel på dem. I visse sammenhænge kan denne synsvinkel være på sin plads, og der vil da også være elementer heraf i de følgende kapitler. Men alt i alt er det hensigten med bogen at præsentere et balanceret og nuanceret billede, som bedst kan beskrives på følgende måde:

- Sygeplejerskerne er både "ofre" og aktive medspillere i sundhedssektoren.
- Der er ikke kun tale om eksponeringer. Sygeplejerskerne (og de øvrige ansatte) er hinandens arbejdsmiljø.
- Det psykiske arbejdsmiljø har både negative og positive effekter.
- Forskellige grupper af sygeplejersker har meget forskelligt arbejdsmiljø.

- Nogle af faktorerne i arbejdsmiljøet kan ændres, andre er vilkår i arbejdet.
- De forskellige faktorer i arbejdsmiljøet udspiller deres rolle på forskellige niveauer - lige fra individ til samfund.

Der er to grundlæggende forhold, man skal være opmærksom på, når man læser bogen: For det første handler den kun om sygeplejersker. De øvrige ansatte i sundhedssektoren dækkes ikke i undersøgelsen. Og for det andet er bogen baseret på en opdeling i *ansættelsesområder* (som fx psykiatri, skadestuer, almen praksis osv.). Begge disse forhold kan betragtes som vilkår, idet de følger af den måde, de analyserede data er indsamlet på.

Bogen har altså fokus på én bestemt gruppe, men som det fremgår undervejs, så er de vilkår, belastninger og udfordringer, denne gruppe møder i det daglige arbejde, vidt forskellige. Der er på mange punkter behov for markante forbedringer, og effekterne heraf vil være tredobbelte:

- Bedre trivsel og helbred for sygeplejerskerne.
- Højere produktivitet og kvalitet i ydelserne.
- Højere patienttilfredshed blandt sundhedsvesenets mange brugere, som jo reelt er hele befolkningen.



KAPITEL 3

KRAV I ARBEJDET

Arbejds mængde, tempo og følelsesmæssige krav

I den offentlige debat om stress og nedslidning spiller de krav, vi møder i vores arbejde, en meget stor rolle. Der tales tit om stigende arbejds mængde, om at "løbe hurtigere", om nedskæringer osv., og man får indtryk af, at vi her har fat i langt den vigtigste faktor i det psykiske arbejdsmiljø. Undertiden hører man de ansatte give udtryk for, at "hvis de blot var nogle flere", så ville arbejdsmiljøproblemerne være løst.

Der er to formål med dette kapitel. Dels at se på undersøgelsens resultater vedrørende sygeplejerskernes oplevelse af krav i arbejdet. Og dels at sætte disse resultater ind i en lidt større sammenhæng.

Krav er per definition nogle skrevne eller uskrevne forventninger til den ansatte. Som regel antages det, at kravene kommer fra arbejdspladsen eller arbejdsgiveren, men som vi skal se, kan de også komme andre steder fra - til og med fra den ansatte selv, hvilket de fleste glemmer.

3.1 KVANTITATIVE KRAV - ARBEJDSMÆNGDE OG TRAVLHED

De kvantitative krav handler om, "hvor meget der skal laves". Helt grundlæggende har vi to størrelser: Dels de *arbejdsopgaver*, der skal udføres, og dels den *tid* der er til rådighed til at udføre dem. Hvis de to størrelser passer sammen, så er kravene passende. Det mest almindelige i vores samfund er imidlertid, at opgaverne har en tendens til at vokse, mens arbejdstiden historisk er blevet kortere. Når opgaven er for stor i forhold til den tid, der er til rådighed, er der umiddelbart to "løsninger": At arbejde *hurtigere* eller at arbejde *længere*.

Den første løsning - at sætte tempoet op - har typisk været anvendt i brancher med fast arbejdstid og standardiserede opgaver. For eksempel slagterier, beklædningsindustrien, rengøringsbranchen, fiskeindustrien osv. Her har man anvendt tidsstu-

dier og akkordsystemer i bestræbelserne på at øge arbejds mængden per arbejdstime, og resultatet har været monotont tempoarbejde. Ulemperne ved denne metode er ret velkendte.

Den anden løsning - at arbejde længere - har i mange år været anvendt blandt selvstændige som fx landmænd, håndværkere og butiksindehavere. Her har arbejdstider på 60-70 timer per uge ikke været ualmindeligt. I nyere tid har vi fået begrebet "*det grænseløse arbejde*", hvor skellet mellem arbejde og fritid er blevet uklart. Mange lønmodtagere tager ikke blot arbejdet med hjem, men har det med sig overalt: I toget, i bilen, på stranden, på ferie. Arbejdet er aldrig færdigt. Der er hele tiden mere, man kunne gøre, og meget, der kunne gøres bedre. Typiske grupper med grænseløst arbejde er ledere, forskere, ansatte i medierne, undervisere, organisationsfolk, politikere osv. Denne type arbejde går først og fremmest ud over familien, men også den ansatte selv risikerer negative konsekvenser som fx "at gå ned med stress".

Den allerværste cocktail har ikke været diskuteret så meget, men det er *både* at arbejde længe og intensivt. Dette ses hos folk, som springer frokostpausen over, læser skriftligt materiale under møder, læser mens de taler i telefon eller tænker på jobbet, mens de læser godnathistorier for deres børn. Disse mennesker brænder deres lys i begge ender, og det ender ikke godt.

3.1.1 Arbejds mængde

I undersøgelsen af sygeplejerskernes arbejdsmiljø er arbejds mængden belyst ved hjælp af fire spørgsmål, som det fremgår af tabel 3.1. Som det ses, er der 20-37 %, der befinder sig i de to kategorier "altid" og "ofte". De to første af spørgsmålene er også anvendt i NFA's (Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø) undersøgelse, og belyst ved

Tabel 3.1 Arbejdsmængde blev målt ved hjælp af fire spørgsmål, som blev besvaret således af sygeplejerskerne.

SPØRGSMÅL:	Altid	Ofte	Somme tider	Sjældent	Aldrig/ Næsten aldrig
	%	%	%	%	%
Er dit arbejde ujævnt fordelt, så det hober sig op?	3,7	33,9	47,2	13,5	1,7
Hvor ofte sker det, at du ikke når alle dine arbejdsopgave?	2,6	23,3	39,2	29,5	5,4
Er det nødvendigt at arbejde over?	1,7	21,6	46,9	23,5	6,4
Må du springe frokostpausen over, fordi der er for meget at lave?	1,5	18,5	35,8	31,4	12,8

Samlet score for arbejdsmængde: 47,7. De to første spørgsmål kan sammenlignes med NFA's undersøgelse. Her var sygeplejerskernes score 12,6 point højere end landsgennemsnittet (51,8 mod 39,2). Forklaring: Se bilag 2.

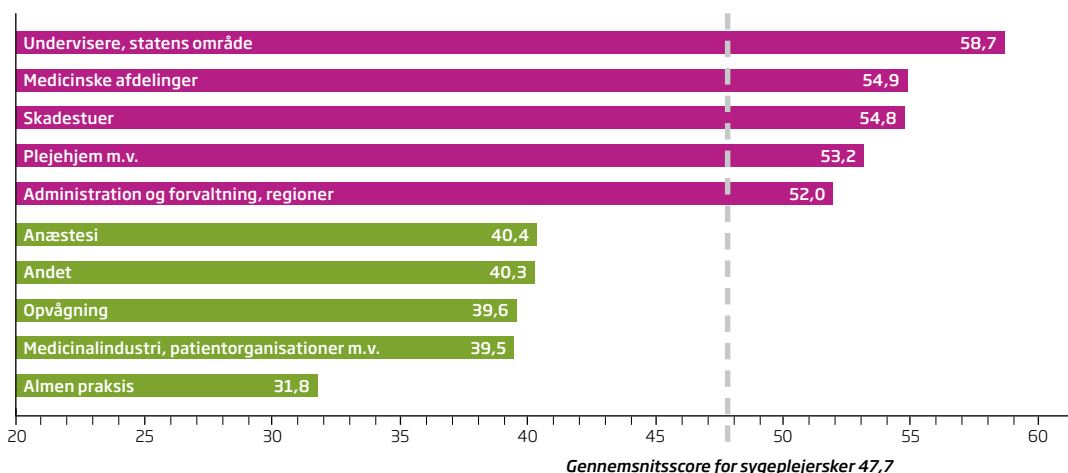
hjælp af disse spørgsmål ligger sygeplejerskernes gennemsnit hele 12,6 point højere end landsgennemsnittet. Med andre ord: Sygeplejerskerne oplever en væsentlig højere arbejdsmængde end landsgennemsnittet for lønmodtagere i Danmark.

Vi har også set på arbejdsmængden hos forskellige undergrupper af sygeplejersker, og her viser der sig at være meget store forskelle. Det kan man se i figur 3.1. De største krav oplever de sygeplejersker, som underviser på statslige uddannelsesinstitutioner, mens de laveste krav ses hos sygeplejersker, som er ansat i almen praksis. Der er mere end 25 points forskel mellem top og bund i figuren, og det er en markant forskel i betragtning af, at en forskel på kun 5 point kan "mærkes" af de ansatte.

Også inden for hospitalsområdet er der store forskelle, idet både de medicinske afdelinger og skadestuerne ligger på en score på cirka 55, mens opvågning og anæstesi ligger på omkring 40 point. Det er altså ikke så meningsfuldt at tale om sygeplejerskernes arbejdsmængde i almindelighed. Det skal præciseres, hvilke sektorer og afdelinger, der tales om.

For at illustrere, hvad disse gennemsnitstal dækker over, kan man se på, hvor mange der altid eller ofte må springe frokosten over. Her viser det sig, at det drejer sig om cirka *en ud af tre* blandt de sygeplejersker, der er ansat ved uddannelse i staten, på medicinske afdelinger eller på skadestuerne. Ser man derimod på de arbejdsfunktioner, der ligger i den lave ende i figur 3.1, så ligger de på 4-8 %. Al-

Figur 3.1 Score for arbejdsmængde hos sygeplejersker i forskellige ansættelsesområder. De fem områder med højest og lavest score.



lerlavest ligger sygeplejerskerne i almen praksis, hvor kun 3,7 % springer frokosten over.

3.1.2 Arbejdstempo

Det andet aspekt af de kvantitative krav i arbejdet handler om tempoet. Det vil sige, hvor *intensivt* vi arbejder, når vi er på job. Umiddelbart kan man måske sige, at en sygeplejerske ikke kan sætte tempoet op på samme måde som en slagteriarbejder kan. I praksis viser det høje tempo sig imidlertid på rigtig mange måder: Manglende grundighed i arbejdet, manglende tid til at lytte ordentligt til patienter, højere risiko for fejl eller misforståelser, manglende pauser i løbet af dagen osv. Højt tempo kan med andre ord både gå ud over sygeplejerskens trivsel og kvaliteten i pleje og behandling.

Tempoet blev belyst ved ét enkelt spørgsmål, og resultatet ses i tabel 3.2. Heraf fremgår det, at hele 62 % altid/ofte skal arbejde hurtigt. Scoren for denne dimension er 67, hvilket er 5 point over landsgennemsnittet. Igen ligger sygeplejerskerne altså i den høje ende.

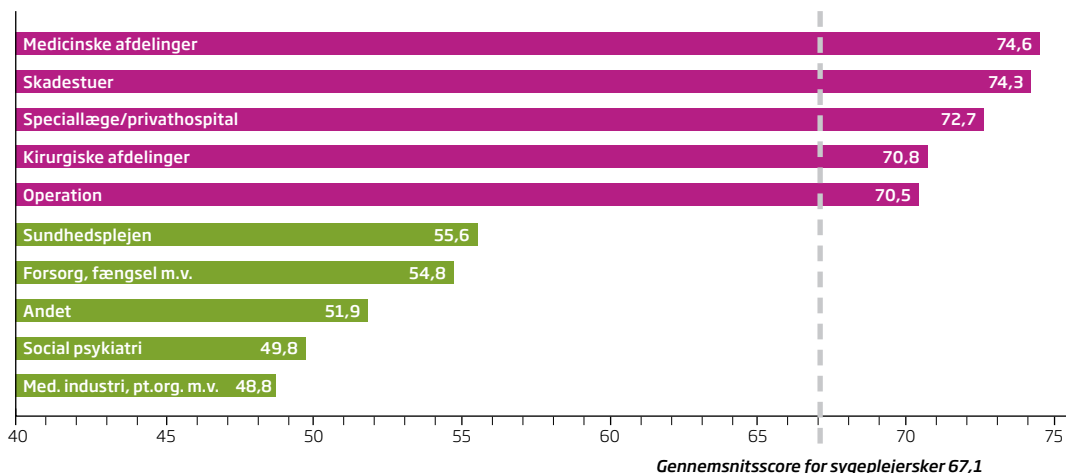
Også her er der store forskelle, når vi betragter de forskellige undergrupper af sygeplejersker, hvilket tydeligt fremgår af figur 3.2. Det højeste tempo ser vi i de medicinske afdelinger, skadestuerne og hos private speciallæger og hospitaler, hvor der er en score på cirka 75. I den lave ende har vi så socialpsykiatrien, medicinalindustrien, patientorganisationer mv. med en score på omkring 50.

Tabel 3.2 Arbejdstempo blev belyst ved hjælp af et enkelt spørgsmål, som blev besvaret således af sygeplejerskerne.

SPØRGSMÅL:	Altid %	Ofte %	Somme tider %	Sjældent %	Aldrig/ Næsten aldrig %
Er det nødvendigt at arbejde meget hurtigt?	10,5	51,5	34,1	3,8	0,2

Score for arbejdstempo: **67,1**. Score for arbejdstempo i NFA's undersøgelse: **62,0**. Forklaring: Se bilag 2.

Figur 3.2 Score for arbejdstempo hos sygeplejersker i forskellige ansættelsesområder. De fem områder med højest og lavest score.



3.1.3 Arbejds mængde og tempo set under ét

I figur 3.3 kan vi så se, hvordan billedet ser ud, når vi ser på arbejds mængde og tempo samtidigt. Pointen er her, at risikoen for både stress hos sygeplejerskerne og dårlig kvalitet i behandlingen er størst, når begge disse forhold er til stede *samtidigt*. I figuren er – for overskuelighedens skyld – kun medtaget de grupper, som ligger højt eller lavt på mindst en af de to dimensioner.

Figuren viser en klynge af seks arbejdsfunktioner, hvor der er meget højt tempo og samtidigt stor arbejds mængde. Det drejer sig om *medicinske afdelinger, skadestuer, kirurgiske afdelinger, plejehjem, uddannelse i staten og administration i regionerne*. Sygeplejersker i almen praksis ligger relativt lavt med hensyn til arbejds mængde, og social psykiatri samt sundhedspleje ligger ret lavt med hensyn til tempo, men *ingen* af de undersøgte grupper ligger

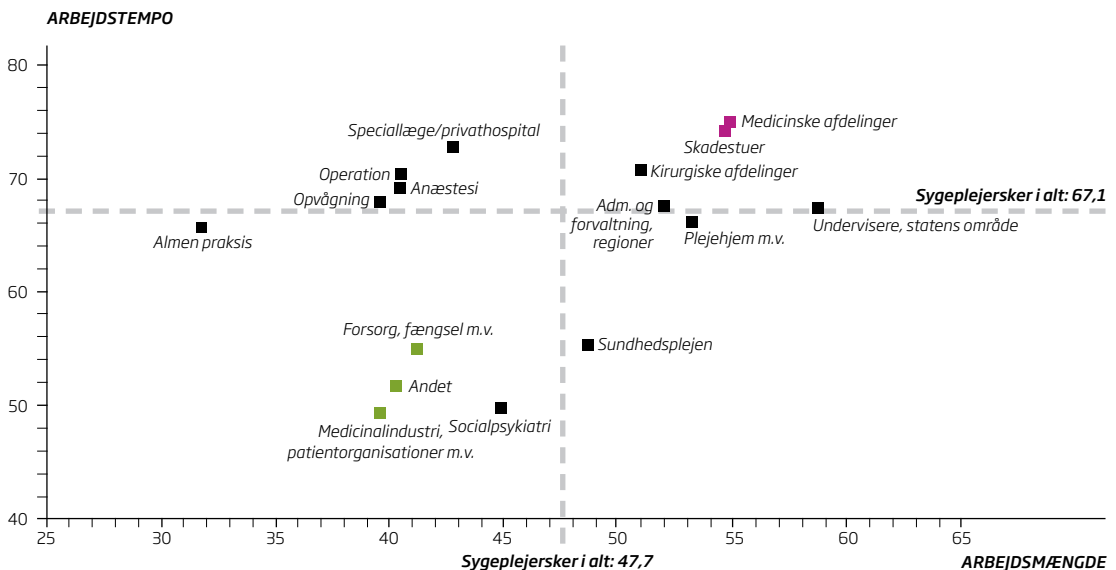
lavt på begge dimensionerne, når vi sammenligner med gennemsnittet for danske lønmodtagere.

Undersøgelsen viser således, at sygeplejerskerne samlet set udgør en risikogruppe hvad angår arbejds mængde og tempo, og at store grupper af sygeplejersker er belastet i en sådan grad, at det kræver en fokuseret indsats, hvis problemet skal reduceres.

3.2 KRAV OM AT VISE OG SKJULE FØLELSER

Mens de kvantitative krav handler om arbejds mængden og arbejdstiden, så handler de følelses mæssige krav om arbejdets *karakter*. Man taler i den internationale litteratur om *human service work* (Hasenfeld, 1983) – på dansk *”at arbejde med mennesker”*. Typiske eksempler herpå er lærere, pædagoger, SOSU’er, socialrådgivere, sygeplejersker og læger. Hasenfeld skelner mellem at arbejde med *”normalt fungerende mennesker”* (skoler, bør-

Figur 3.3 Arbejds mængde og tempo. De 16 områder, der ligger enten særlig højt eller særlig lavt på de to dimensioner.



nehaver m.v.) og "dårligt fungerende" (fængsler, hospitaler m.v.). Desuden deler han op i tre typer af opgaver, nemlig "people processing" (fx visitation), "people sustaining" (fx plejehjem) og "people changing" (fx hospital). I almindelighed antages det, at kombinationen af "dårligt fungerende" og "people changing" er den mest belastende situation. Dette er netop situationen i sundhedsvæsenet, som per definition er sat i verden for at forbedre helbred og funktionsevne hos personer, der er syge. På dansk bruges undertiden fællesbetegnelsen "klienter" om de grupper, man arbejder med i den offentlige sektor (beboere, indsatte, elever, patienter, borgere osv.), i modsætning til "kunder", som betaler for det, de får. I det følgende anvendes imidlertid betegnelsen *patienter*.

Den, der for alvor satte de følelsesmæssige krav på dagsordenen, var Arlie Hochschild, forfatteren til bogen "The managed heart" (1983). Denne bog handlede specielt om stewardesser, og i bagspejlet kan vi i dag se, at den reelt ikke handlede om at arbejde med patienter, men om kunder, hvilket indebærer nogle afgørende forskelle. Et berømt citat fra bogen handler om en ordveksling mellem en passager og en stewardesse. Passageren siger:

"Hvorfor smiler du ikke? Det er meningen, at du skal smile". Stewardessen svarer: "OK. Du smiler først". Det gør passageren. "Nu skal du så bare holde smilet i de næste 8 timer", siger stewardessen så.

3.2.1 Følelsesmæssige krav

I forskningen om følelsesmæssige krav i arbejdet har det vist sig hensigtsmæssigt at skelne mellem følelsesmæssige krav og krav om at *skjule følelser*, som vi vender tilbage til i næste afsnit.

Som allerede nævnt må det forventes, at de følelsesmæssige krav er høje i forbindelse med sygeplejerskers arbejde. Dette bekræftes af resultaterne i tabel 3.3, hvoraf det fremgår, at scoren for sygeplejerskerne under ét ligger cirka 10 point højere end landsgennemsnittet for alle lønmodtagere. Denne dimension er belyst ved hjælp af tre spørgsmål, og det fremgår, at 20-30 % af svarpersonerne ligger i den høje ende på de tre spørgsmål, der er anvendt.

De følelsesmæssige krav i forbindelse med at arbejde med mennesker anses normalt for at være særligt høje i følgende to situationer: 1) Når patienterne er aggressive, klagende, truende, be-

Tabel 3.3 Følelsesmæssige krav blev belyst ved hjælp af tre spørgsmål, som blev besvaret således af sygeplejerskerne

SPØRGSMÅL:	Altid %	Ofte %	Somme tider %	Sjældent %	Aldrig/ Næsten aldrig %
Bringer dit arbejde dig i følelsesmæssigt belastende situationer?	3,4	26,9	49,2	17,7	2,7
Er dit arbejde følelsesmæssigt belastende?	3,3	20,0	46,6	26,1	4,0
Blive du følelsesmæssigt berørt af dit arbejde?	1,5	14,8	56,0	24,5	3,2

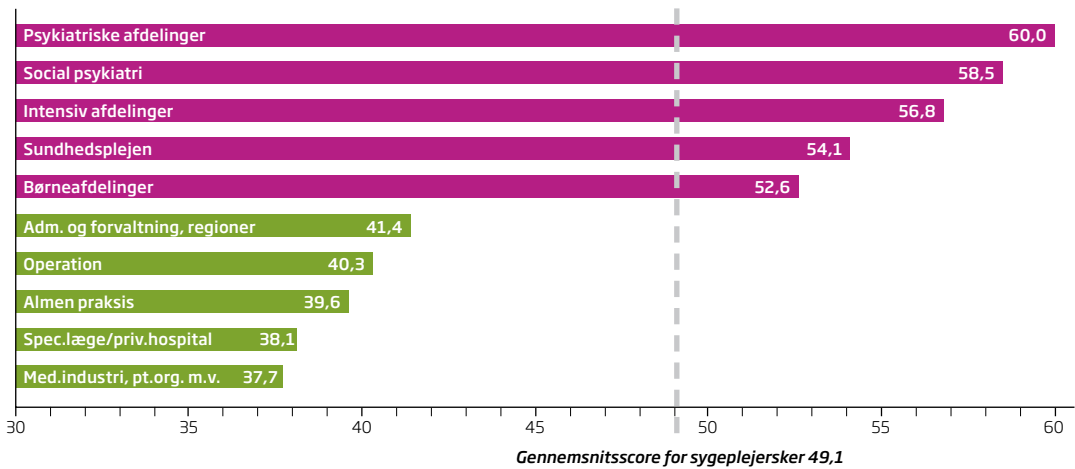
Score for følelsesmæssige krav: **49,1**. Score for følelsesmæssige krav i NFA's undersøgelse: **39,7**. Forklaring: Se bilag 2.

Tabel 3.4 Krav om at skjule følelser blev belyst ved hjælp af to spørgsmål, som blev besvaret således af sygeplejerskerne.

SPØRGSMÅL:	Altid %	Ofte %	Somme tider %	Sjældent %	Aldrig/ Næsten aldrig %
Kræver dit arbejde, at du lade være med at sige din mening?	0,6	6,3	33,0	44,4	15,7
Kræver dit arbejde, at du skjuler dine følelser?	1,3	12,2	42,2	32,1	12,2

Score for krav om at skjule følelser: **36,5**. Score for krav om at skjule følelser i NFA's undersøgelse: **32,4**. Forklaring: Se bilag 2.

Figur 3.4 Score for følelsesmæssige krav hos sygeplejersker i forskellige ansættelsesområder. De fem områder med højest og lavest score.



sværlige, kværunderende eller usamarbejdsvillige. 2) Når patienterne er meget syge eller døende. Dette gælder især, hvis der er tale om børn eller unge eller hvor patienten er sammenlignelig med én selv eller egen situation. Disse forventninger bekræftes i høj grad af resultaterne i figur 3.4. Her ses, at de følelsesmæssige krav er særligt høje i psykiatrien, på intensiv afdelinger, i sundhedsplejen og på børneafdelinger.

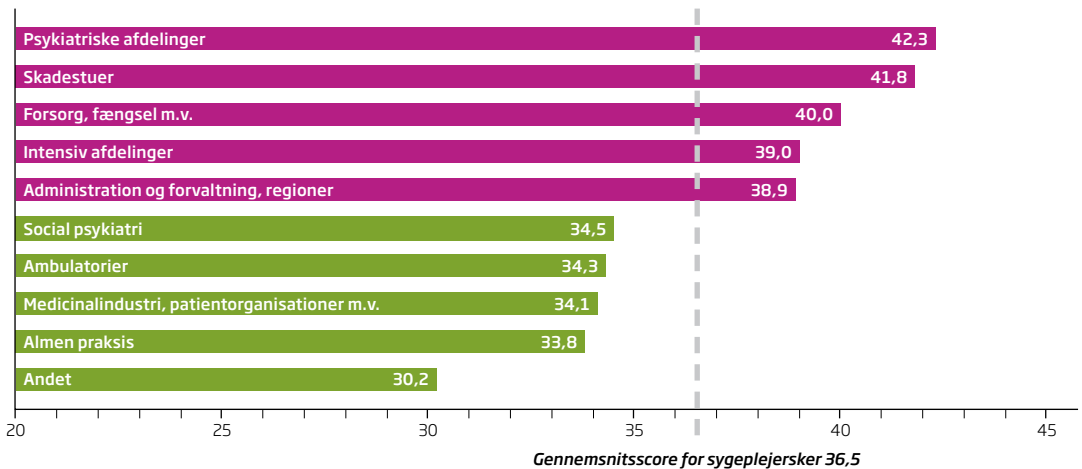
3.2.2 Krav om at skjule følelser

Kravene om at skjule følelser er meget vanskelige at imødekomme som sygeplejerske. På den ene side forventes det, at man ikke er udeltagende, følelseskold og upåvirket. Og på den anden side forventes det, at man ikke giver udtryk for sorg, antipati, vrede, skuffelse eller andre voldsomme følelser over for patienterne. For den sags skyld går det heller ikke an at vise alt for positive følelser over for enkelte patienter. En meget vanskelig balancegang. Man taler i reglen om *det professionelle*, *det personlige* og *det private*, og balancen vil ofte bestå i at undgå at blande det private ind i relationen til patienten, men samtidigt at bruge sine personlige kompetencer på en faglig og professionel måde.

I tabel 3.4 kan vi se, hvordan sygeplejerskerne har svaret på spørgsmålene om at skjule følelser. På dette punkt ligger sygeplejerskerne kun cirka 4 point højere end landsgennemsnittet, hvilket umiddelbart kan forekomme overraskende. De fleste ville sikkert forvente, at forskellen var væsentlig større. Forklaringen ligger i, at der er en række forskellige typer af relationer, der kan medføre, at man oplever høje krav om at skjule følelser: For det første relationer til patienter/klienter (som her). For det andet relationer til kunder, hvilket jo primært er tilfældet i den private sektor. For det tredje relationer til kolleger. Og for det fjerde relationer til ledere (eller til ansatte, hvis man er leder). Alt i alt betyder dette, at et meget stort antal personalegrupper rapporterer om disse krav på det moderne arbejdsmarked.

I figur 3.5 demonstreres det, hvordan scoren for at skjule følelser ser ud på forskellige ansættelsesområder. Det er påfaldende, at forskellene her ikke er så store. Faktisk er der kun cirka 10 points forskel mellem top og bund. Det er sikkert forventeligt, at områder som psykiatriske afdelinger, skadestuer, fængsler og intensivafdelinger ligger højt, men det forekommer umiddelbart overraskende, at administrationen i regionerne også ligger ret højt. Dette resultat illustrerer en pointe, som også er set i andre sammenhænge, nemlig at kravene om at

Figur 3.5 Score for krav om at skjule følelser hos sygeplejersker i forskellige ansættelsesområder. De fem områder med højest og lavest score.



skjule følelser udmærket kan være høje på arbejdspladser, hvor der ikke er klienter eller patienter. Her kommer to andre typer af relationer ind i billedet, nemlig relationer mellem kollegerne og mellem de ansatte og ledelsen. På mange arbejdspladser er der konflikter, tabuområder, nag og misundelse, og det betyder, at man skal "passe på med, hvad man siger" og altså heller ikke vise sine følelser.

Der har været en tendens i litteraturen til, at der i undersøgelser af sygeplejerskers arbejdsmiljø i meget høj grad er fokuseret på *relationerne til patienterne* (Wharton, 2009), og mange har oven i købet set disse relationer som den egentlige årsag til *udbrændthed* og psykisk nedslidning hos human service workers (Maslach, 1989). Hermed begår man to fejl. For det første kan det ikke dokumenteres, at udbrændthed og psykisk nedslidning i særlig grad rammer ansatte, der arbejder med mennesker (Kalimo, 1998). For det andet kan relationerne mellem kollegerne og mellem ansatte og ledere ofte udgøre en langt større belastning end relationer til patienterne og deres pårørende.

Ved et møde om psykisk arbejdsmiljø formulerede en sygeplejerske netop denne pointe: "Jeg oplever jævnligt besværlige, urimelige eller uvenlige

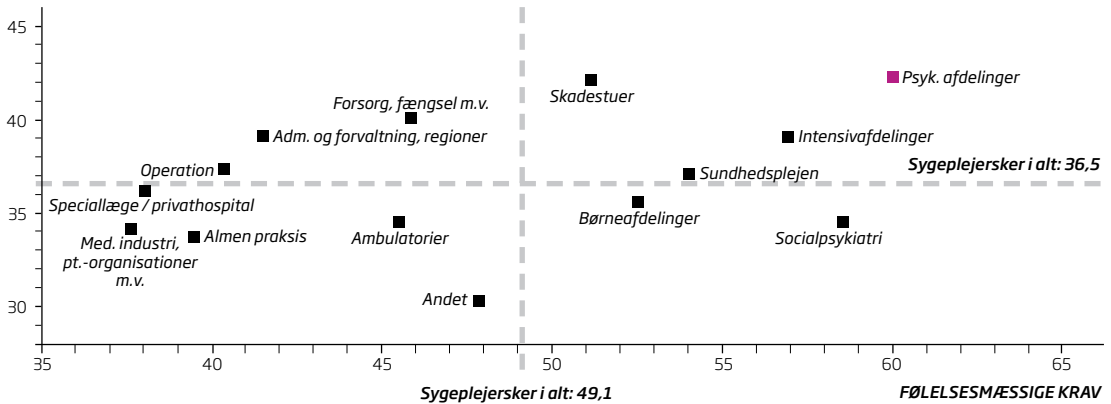
patienter. Det ser jeg som en del af jobbet. Det er dem, der er syge, og mig, der er professionel. Men jeg synes ikke, at det er en del af jobbet, når *kollegerne eller lederne* er urimelige, besværlige eller uvenlige. Jeg vil behandles med respekt af dem, jeg arbejder sammen med, når jeg udfører et godt stykke arbejde".

3.2.3 Konklusioner om de følelsesmæssige krav

Når det drejer sig om følelsesmæssige krav og krav om at skjule følelse, er der to hovedpointer: For det første viser undersøgelsen, at sygeplejerskerne – som forventet – er udsat for højere krav end danske lønmodtagere i almindelighed. Og for det andet viser det sig, at der er store forskelle mellem forskellige grupper af sygeplejersker. I figur 3.6 ser vi så, hvordan billedet ser ud, når vi ser på de to dimensioner samtidigt. Det er nok ikke overraskende, at to grupper befinder sig lige i "orkanens øje", nemlig psykiatriske afdelinger og intensiv afdelinger. Her ligger de ansatte højt på begge dimensionerne samtidigt. Men det er nok ikke så selvfølgelig, at også sundhedsplejen ligger ret højt. Det er også værd at bemærke, at selv de grupper, der ikke er udsat for så høje krav, alligevel ligger højere end

Figur 3.6 Følelser i arbejdet. Oversigt over de 14 områder, der enten ligger særligt højt eller særligt lavt på de to dimensioner: Følelsesmæssige krav og krav om at skjule følelser.

KRAV OM AT SKJULE FØLELSER



landsgennemsnittet. Der er altså ingen af de undersøgte grupper, der i egentlig forstand ligger lavt på disse to dimensioner.

I betragtning af, hvor meget der er skrevet om følelsesmæssige krav i arbejdet, er det overraskende, hvor lidt vi ved om egentlige helbredsmæssige konsekvenser af disse belastninger. Den tyske forsker Dieter Zapf, som er en af de førende forskere på området, konkluderede i en oversigt, at krav om at skjule følelser er mere belastende end egentlig følelsesmæssige krav, samt at den farligste cocktail består i *både* at være udsat for høje krav om at skjule følelser og *samtidigt* være udsat for lav støtte, lav indflydelse eller organisatoriske problemer (Zapf, 2002). Man kunne også vende konklusionen på hovedet: På arbejdspladser med høje krav på det følelsesmæssige område er det *ekstra* vigtigt, at der er godt psykisk arbejdsmiljø.

3.3 SYGEPLEJERSKERNES ARBEJDE - UENDELIGE KRAV MEN IKKE UENDELIGE RESSOURCER

Undersøgelsen bekræfter et billede, som mange nok har dannet sig i forvejen: Der stilles meget høje krav til sygeplejerskerne - både med hensyn til ar-

bejdsmængde og følelser. Sat en smule på spidsen kan man sige, at sygeplejerskerne repræsenterer en situation, som hele den offentlige sektor står over for: *Uendelige krav og begrænsede ressourcer*. Spørgsmålet er, hvordan man skal håndtere en sådan situation. Lad os se på de to typer af krav hver for sig og så forsøge at danne en syntese til sidst.

I diskussionerne om arbejdsmængde og højt tempo spiller nedskæringer og personalemangel ofte en stor rolle. Mange forestiller sig, at hvis der blot blev ansat nogle flere, ville problemerne være løst. Men som vi har set i kapitel 2, så er der faktisk gennem årene blevet mange flere ansatte i sundhedssektoren, uden at kravene føles mindre af den grund. Og de fleste prognoser regner med *lavere* vækst i antallet af ansatte i sektoren i de kommende år.

Når nu der ikke er udsigt til kraftig stigning i antal ansatte i sundhedsvæsenet, og når det samtidigt ser ud til, at behovene for at modtage behandling og pleje vil blive ved med at stige, hvor ligger løsningen så? I boks 3.1 skitseres nogle "mindre gode" og nogle "bedre" løsninger. Denne liste er naturligvis ikke udtømmende, men antyder blot, at metoden "at ansætte flere" ikke kan stå alene. Listen

Boks 3.1: Hvad gør man, når tidspresset eller arbejds mængden er for høj?

Problem: Misforhold mellem opgavernes omfang og arbejdstidens længde.

Mindre gode løsninger:

- Arbejde længere
- Arbejde hurtigere
- Arbejde dårligere
- Lade andre gøre arbejdet
- Gøre flere ting på én gang
- Skubbe opgaverne foran sig
- Lade være med at udføre opgaverne

Bedre løsninger:

- Fjerne overflødige opgaver
- Forbedre arbejds gange og rutiner
- Forbedre koordinering og samarbejde
- Prioritere opgaverne bedre
- Have klare kriterier for kvalitet
- Ansætte tilstrækkeligt mange medarbejdere til opgaverne
- Øge de ansattes kvalifikationer og kompetencer
- Øge motivationen og engagementet

viser også, at de fleste af de dårlige "løsninger" er *individuelle*, mens de gode løsninger kræver *kollektiv* eller *ledelsesmæssig* indsats.

Også de følelsesmæssige krav ser ud til at være uendelige. Hvornår har man trøstet en patient med en alvorlig diagnose godt nok, talt nok med de pårørende, informeret den nyansatte godt nok, snakket nok med lederen om en igangværende konflikt eller bidraget nok til bedre stemning i afdelingen osv. osv.? Svaret er naturligvis, at man altid kunne have gjort mere og sikkert også gjort det bedre.

For nogle år siden gennemførte Dansk Sygeplejeråd i Århus en undersøgelse, hvor 48 sygeplejersker blev bedt om at skrive dagbog for samme dag (Scharnberg, 2004). Et af de påfaldende træk ved disse spændende beretninger er det store antal sygeplejersker, der skriver om *dårlig samvittighed*. Typiske citater er: "Jeg har dårlig samvittighed over, at jeg ikke når at tale med patienterne, men kun når det "tekniske"", "Vi arbejder meget selvstændigt, men følelsen af egen utilstrækkelighed er ofte stor", "En snert af dårlig samvittighed. Jeg så alt for

lidt til patienterne. Min dårlige samvittighed vokser", "Jeg har meget dårlig samvittighed over for de studerende", og sådan kunne man fortsætte.

Den dårlige samvittighed ser ud til at udspringe af to forhold: Dels at sygeplejerskerne oplever nogle behov hos patienter, pårørende, elever eller andre, som de ikke opfylder. Og dels at det faglige niveau ikke altid er så højt, som man mener, at det skulle være. I begge tilfælde sammenligner sygeplejerskerne deres egen indsats med et ideal, som de ikke når. I betragtning af, at både kvantitative og følelsesmæssige krav har en tendens til at være uendelige, kan man spørge sig selv, om det ideelle er en god målestok at anvende i det daglige arbejde. Man kunne i stedet stille spørgsmålet på en anden måde: "Kunne jeg have anvendt min arbejdsdag bedre, end jeg gjorde, i betragtning af de opgaver, der skulle løses, og de ressourcer, der var til rådighed?". Hvis svaret er nej, skulle sygeplejerskerne måske være stolte af deres indsats?

Resultaterne fra Århus undersøgelsen støttes på en interessant måde af undersøgelsen af udbrændthed fra NFA (PUMA), hvor forskerne stillede følgende spørgsmål til en række faggrupper, der arbejder med mennesker: "Der stilles krav fra mange forskellige sider til de ansatte i sundhedssektoren. Hvordan oplever du disse krav?". Svarpersonerne kunne så angive på en skala fra 0 til 10, hvor højt de oplevede kravene fra overordnede, fra kolleger, fra pårørende, fra patienterne og fra sig selv. Der var ét fællestræk for alle grupper med "varme hænder": De vurderede kravene fra *sig selv* som de højeste. Disse krav blev vurderet som 8,3 ud af 10 point i gennemsnit, mens kravene fra overordnede lå på 7,0 og fra patienterne på 6,7.

Disse resultater kan naturligvis ikke bruges til at bortforklare de store kvantitative og følelsesmæssige krav i sygeplejerskernes arbejde. Men de sætter en tyk streg under vigtigheden af at udvikle både organisatoriske, faglige og individuelle kompetencer, som ruste sygeplejerskerne og andre grupper til at tackle kravene, uden at det går ud over helbred og trivsel.



KAPITEL 4
**DET UDVIKLENDE
ARBEJDE**

Udviklingsmuligheder og mening i arbejdet

Når dagens lønmodtagere går på arbejde, er der to ting, der har afgørende betydning for dem: Det ene er at have gode relationer til kollegerne, og det andet er at have et job, der er en meningsfuldt og udviklende. I dette kapitel ser vi på det andet af de to punkter, nemlig arbejdets indhold. Lærer jeg noget nyt, når jeg går på arbejde? Udvikler jeg mig? Gør jeg en forskel? Giver mit arbejde i det hele taget mening?

Den samlede betegnelse for den slags arbejde, vi har fokus på her, er *udviklende arbejde*. Udviklende arbejde er kendetegnet ved, at man bliver mødt med nye krav og udfordringer i forbindelse med jobbet, som fører til, at man bliver klogere, får nogle nye færdigheder eller bliver kompetent på områder, man hidtil ikke mestrede. Dette vil som regel blive oplevet som meningsfuldt, men mening er mere kompliceret end som så. Mening har nemlig to dimensioner. Dels den *vandrette*: "Hvordan hænger det, som jeg bidrager med, sammen med det, som mine kolleger producerer? Hvordan passer min lille brik ind i det store billede?" og dels den *lodrette*: "Er der en højere mening med min indsats? Bidrager jeg til at gøre folk raske, glade eller bedre fungerende? Gør jeg en positiv forskel?"

Der er også noget andet, som gør mening komplekst. Mange vil nemlig argumentere for, at mening slet ikke er en egenskab ved arbejdet, men noget, som vi *tillægger* det. Altså en psykologisk eller social konstruktion. Ud fra denne betragtning afhænger det ikke af jobbet, men af *indehaveren*, om det er meningsfuldt. Et eksempel fra bogen "Arbejdets kerne" illustrerer dette: En ansat på et catering firma med meget monotont arbejde udtalte, at hun i høj grad fandt dette ensformige og lavt lønnede arbejde meningsfuldt. "Vi kan jo alle godt lide at få noget god mad, når vi skal ud at flyve. Det er med til at skabe en god rejse. Så selvfølgelig er mit arbejde meningsfuldt for mig" (Sørensen et al, 2008).

Mening skabes sammen med andre, men opleves altså som en indre vurdering og værdi. Psykologen Viktor Frankl beskriver mening som en aktiv individuel proces, som kun kan defineres af den enkelte selv, og som giver tro på fremtiden. Troen på fremtiden medfører en vilje til at overvinde problemer og en fundamental lyst til livet, som er afgørende for både det psykiske og det somatiske helbred (Frankl, 2000).

Den israelske forsker Antonovsky udviklede en teori om såkaldt salutogenese om de forhold, som medvirker til at holde os *sunde* (i modsætning til patogenese, som handler om det, der gør os syge). Nøglebegrebet er her *Sense of Coherence*, som er en egenskab ved den enkeltes måde at opfatte livet og omverdenen på. Sense of Coherence har tre komponenter, nemlig begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. I denne sammenhæng kan meningsfuldhed opfattes som en forudsætning for, at individet investerer energi i at kunne begribe og håndtere verden omkring sig (Antonovsky, 1987).

Selv om der altså godt kan argumenteres for, at mening er noget, som den enkelte skaber, så viser det sig alligevel, at der er stor forskel på den grad af mening, folk finder i forskellige job. I NFA's kortlægning af danske lønmodtageres psykiske arbejdsmiljø ligger følgende job i den gode ende med over 80 point: Socialrådgivere, plejepersonale, sygeplejersker og læger. I bunden (under 65 point) ligger postbude, slagteriarbejdere, elektronikarbejdere og rengøringsassistenter. Det er tydeligt, at det opleves som mere meningsfuldt at arbejde med mennesker end at arbejde med objekter eller maskiner.

Alt i alt er det vores klare forventning, at sygeplejerskerne ligger rigtig godt placeret med hensyn til både udviklingsmuligheder og mening. Dette er for så vidt ikke så mærkeligt, når man tænker på

de arbejdsopgaver, der typisk varetages af sygeplejersker. Det er nok vanskeligt at forestille sig et job, som i højere grad indeholder aspekter fra både naturvidenskab, psykologi, samfundsvidenskab og humanistiske fag, og som samtidigt kræver en lang række jordnære og praktiske færdigheder?

4.1 UDVIKLINGSMULIGHEDER HOS SYGE- PLEJERSKERNE

Som det fremgår af tabel 4.1, blev udviklingsmulighederne i arbejdet belyst ved hjælp af tre spørgsmål. For alle tre spørgsmål gælder det, at det store flertal blandt svarpersonerne benyttede sig af de to mest positive af svarkategorierne - "Aldrig" og "Ofte" - mens næsten ingen svarede "Aldrig/næ-

sten aldrig". Der er således ingen tvivl om, at sygeplejerskerne generelt oplever gode udviklingsmuligheder i deres arbejde. Dette understreges af den høje gennemsnitlige score på dimensionen: 77,5 point mod gennemsnittet på 66 for danske lønmodtagere generelt.

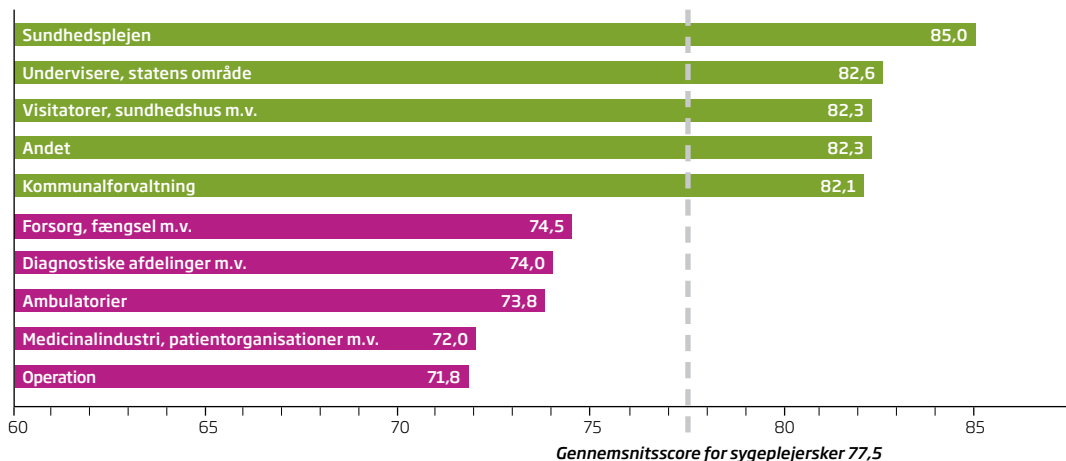
Dette gode gennemsnit dækker over en ret betydelig variation mellem forskellige ansættelsesområder. Dette illustreres i figur 4.1. Det er interessant at se, at de bedste udviklingsmuligheder ses i områder, som ligger *uden for* de regionale sygehuse: Sundhedsplejen, undervisning, visitation og forvaltning. Det skal dog stadig huskes, at alle områderne - også dem der scorer lavest - har en højere score end landsgennemsnittet.

Tabel 4.1 Udviklingsmuligheder i arbejdet blev målt ved hjælp af tre spørgsmål, som blev besvaret således af sygeplejerskerne.

SPØRGSMÅL:	Aldrig	Ofte	Somme tider	Sjældent	Aldrig/ Næsten aldrig
	%	%	%	%	%
Kan du bruge din kunnen og færdigheder i dit arbejde?	46,4	42,0	10,6	0,9	0,1
Har du muligheder for at lære nyt gennem dit arbejde?	31,6	39,6	24,1	4,1	0,6
Kræver dit arbejde, at du er initiativrig?	29,2	43,9	24,2	2,5	0,2

Score for udviklingsmuligheder: **77,5**. Landsgennemsnittet for lønmodtagere i NFA's undersøgelse: **66,0**. Forklaring: Se bilag 2.

Figur 4.1 Udviklingsmuligheder i arbejdet. Score for sygeplejersker i forskellige ansættelsesområder. De fem områder med højest og lavest score.



4.2 MENING I ARBEJDET HOS SYGEPLEJERSKERNE

Mening i arbejdet blev også belyst ved hjælp af tre spørgsmål (tabel 4.2), og her ligger gennemsnittet endnu højere: 82-94 % af sygeplejerskerne anvendte de to mest positive svarkategorier. På dette felt ligger danske lønmodtagere generelt meget højt med en score på 74, men sygeplejerskerne ligger endnu højere med 80,6 point ud af 100 mulige.

Det er en meget vigtig pointe, at over 90 % af danske sygeplejersker selv synes, at de yder en vigtig arbejdsindsats, mens 0 % svarer aldrig!

På dette felt er forskellen på top og bund blandt sygeplejerskerne ikke så markant, idet der kun er 10

points forskel på den gruppe, der ligger øverst, og den, der ligger i bunden (figur 4.2). Igen er det overvejende de ikke-kliniske områder, der scorer bedst, mens en række af sygehusafdelingerne er blandt de lavest scorende.

4.3 UDVIKLINGSMULIGHEDER OG MENING I ARBEJDET SET UNDER ET

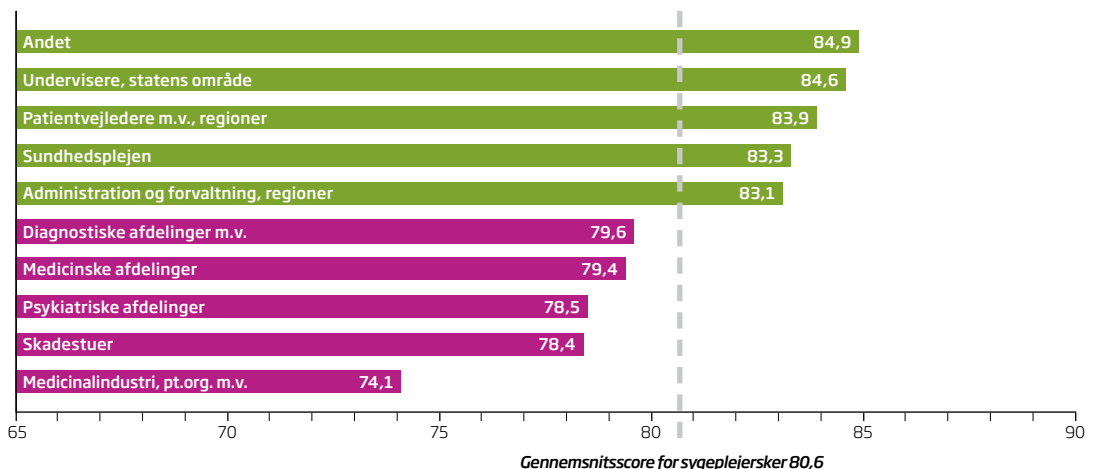
I figur 4.3 ser vi et samlet billede, hvor placeringen på de to dimensioner ses i samme figur. For overskuelighedens skyld har vi igen kun medtaget områder, som ligger blandt de fem højeste eller laveste på mindst en af de to dimensioner. Denne figur tegner et meget interessant billede: Syv områder ligger i den gode ende, både hvad angår mening og udviklingsmuligheder: Sundhedsplejen, kommunal

Tabel 4.2 Mening i arbejdet blev målt ved hjælp af tre spørgsmål, som blev besvaret således af sygeplejerskerne.

SPØRGSMÅL:	Altid	Ofte	Somme tider	Sjældent	Aldrig/ Næsten aldrig
	%	%	%	%	%
Føler du, at du yder en vigtig arbejdsindsats?	39,8	53,7	6,2	0,3	0,0
Er dine arbejdsopgaver meningsfulde?	34,9	54,1	10,7	0,3	0,0
Føler du dig motiveret og engageret i dit arbejde?	29,9	52,5	16,0	1,5	0,2

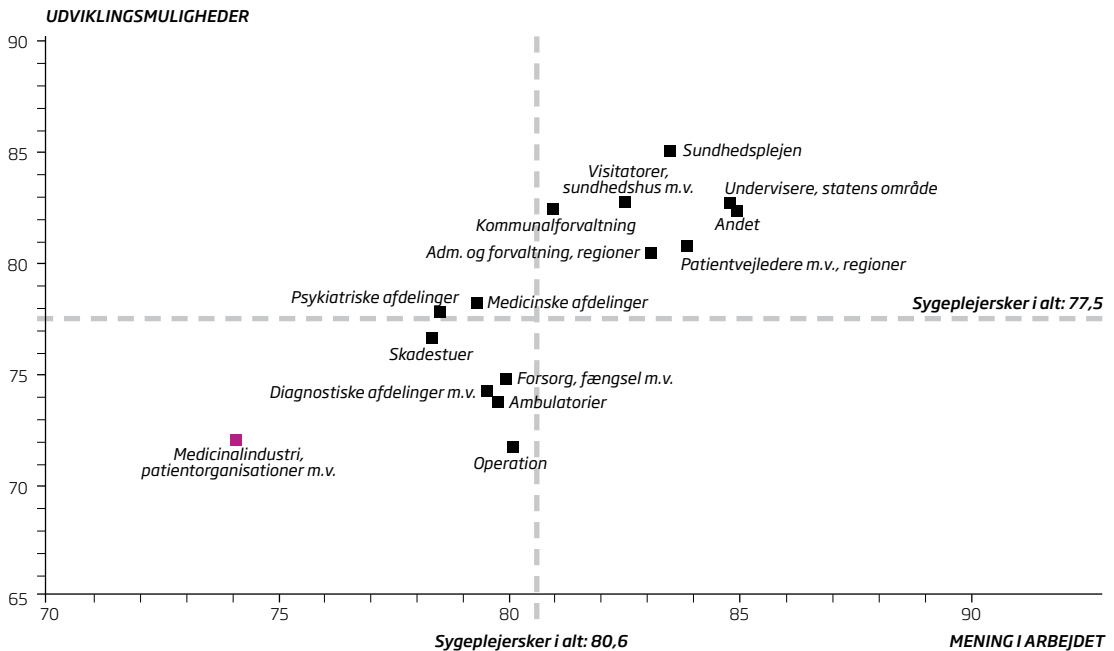
Score for mening i arbejdet: **80,6**. Landsgennemsnittet for lønmodtagere i NFA's undersøgelse: **74,0**. Forklaring: Se bilag 2.

Figur 4.2 Score for mening i arbejdet hos sygeplejersker i forskellige ansættelsesområder. De fem områder med højest og lavest score.



Figur 4.3 Udviklende arbejde blandt sygeplejerskerne.

16 områder, der ligger særlig højt eller lavt på de to dimensioner: Udviklingsmuligheder og mening i arbejdet.



forvaltning, regional forvaltning, visitatorer, undervisere, patientvejledere og "andet". I den modsatte ende har vi kun ét område: Medicinalindustri/patientorganisationer. Imellem disse to yderligheder har vi så en lang række områder, hvoraf de fleste indebærer direkte patientkontakt så som medicinske afdelinger, ambulatorier, skadestuer, psykiatri osv.

Det vil nok komme bag på de fleste, at en række ansættelsesområder, der ikke udefra set bliver betragtet som kerneområder for sygeplejersker, giver de største udfordringer og opleves mest meningsfulde. I den forbindelse skal man nok være opmærksom på, at der jo altid er tale om en vis tendens til selv-selektion i sådanne sammenhænge: De sygeplejersker, der for eksempel arbejder i forvaltningerne eller med undervisning, har jo selv søgt disse stillinger, og har sandsynligvis gjort det efter nogle år med klinisk arbejde. Dette illustrerer et andet aspekt ved faget, nemlig at det giver muligheder for at vælge meget forskellige typer af an-

sættelser gennem et karriereforløb. Også på denne måde kan man sige, at der er gode muligheder for udvikling og mening.

4.4 ER DET LUTTER LAGKAGE - ELLER ER DER TRUSLER MOD DET UDVIKLENDE OG MENINGSFULDE ARBEJDE?

I litteraturen om psykisk arbejdsmiljø bliver både mening og udviklingsmuligheder opfattet som positive faktorer, som "man ikke kan få nok af". Dette i modsætning til krav i arbejdet, som både kan være for høje og for lave. Dette generelle billede understøttes af denne undersøgelse. Når man ser på de statistiske sammenhænge mellem forskellige faktorer i arbejdsmiljøet og indikatorer for sygeplejerskernes trivsel og helbred, så er der kun positive sammenhænge for såvel udviklingsmuligheder som mening. For eksempel er udviklingsmuligheder i arbejdet en af de tre faktorer, som hænger klarest sammen med sygeplejerskernes generelle

helbred. Og mening i arbejdet er en af de tre faktorer, der udviser den største sammenhæng med ønsket om at skifte arbejde: Jo mere mening, jo mindre lyst til at skifte job. Det giver jo god mening. Man skal selvfølgelig passe på med at forveksle en statistisk sammenhæng med en årsagssammenhæng, men de klare sammenhænge tyder i hvert fald ikke i modsat retning!

Til trods herfor, er det alligevel på sin plads at omtale to udfordringer. En "indre" udfordring og en "ydre". Lad os tage den indre først.

Boks 4.1 Meningsfuldt arbejde - både i den offentlige og i den private sektor.

"At medarbejderne oplever deres arbejde som meningsfuldt, er et af de afgørende kendetegn ved et godt psykisk arbejdsmiljø. Mening i arbejdet er dermed også en vigtig forudsætning for mange af de udfordringer, ældreplejen og resten af den offentlige sektor står over for i disse år: At fastholde og tiltrække medarbejdere, udvikle kvaliteten i kerneydelsen og levere den bedst mulige service inden for de givne økonomiske rammer. Hvad der giver mening i arbejdet, kan hverken fastlægges centralt eller afgøres én gang for alle. Det er et spørgsmål, som ledere og medarbejdere på den enkelte arbejdsplads må drøfte løbende. For det, der virkede meningsfuldt sidste år, kan være udfordret af politiske beslutninger, ændrede økonomiske rammer, ny faglig viden, omorganisering af arbejdet, ekstra opgaver, nye kolleger og meget andet".

(Kubix og RUC. Mening i arbejdet. Juni, 2011).

"Nogle vil måske kalde vore værdier for bløde værdier. Man siger: "Hvordan kan det lade sig gøre i den moderne verden, hvor analytikere er ved at tage over?". Men jeg møder i stigende grad mennesker, som ikke kun arbejder i en virksomhed på grund af pengene og positionen. Rundt om i verden spørger folk efter en dybere mening med deres arbejde, og i dén henseende er det de bløde værdier, der giver den enkelte den dybere mening. Ved udelukkende at satse på short term values kan en virksomhed måske opnå en imponerende vækst på kort sigt, men ikke i det lange løb".
(Direktør Anil Kapur, Novo Nordisk. I: Mads@novo.dk, s. 288).

I de senere års diskussion om det grænseløse arbejde og selvedelse støder man i stigende grad på begrebet "workaholics" (arbejdsnarkomaner) om mennesker, der lader sig opsluge af arbejdet og forsømmer andre aspekter ved livet, herunder specielt familien og fritidslivet. Disse mennesker fortæller ofte, at de oplever arbejdet som spændende og dybt meningsfuldt. Bemærkninger som: "Det er ikke det, jeg når, der stresser mig, men det jeg ikke når" og "Bare døgnet dog havde nogle flere timer!" er typiske for mennesker i denne situation. For en umiddelbar betragtning har disse mennesker stor indflydelse i arbejdet, meget store udviklingsmuligheder og stor meningsfuldhed. Problemet opstår først, når de vil gøre brug af deres store indflydelse til at reducere antallet af arbejdstimer og prioritere fritid, børn eller ægteskab. Så viser det sig, at indflydelsen måske fandtes mest på papiret, og at det ikke var meningen, at den skulle "misbruges".

Ud fra en kritisk betragtning kan der argumenteres for, at disse mennesker er fanget i en "honingfælde", som de ikke kan slippe ud af. Arbejdsgiveren behøver ikke at være "slavepisker" og kontrollere arbejdsindsatsen. Det sørger de ansatte selv for. Disciplineringen sidder så at sige mellem ørerne (Tynell, 2001). I boks 4.1 kan vi se, hvordan det meningsfulde arbejde italesættes såvel inden for den offentlige som den private sektor som udelukkende positivt. Man glemmer måske at se på, om der også kunne være nogle problematiske virkninger?

Denne problematik blev illustreret på en usædvanlig klar måde i en kommune for nyligt, hvor de ansatte ingeniører, hvoraf langt de fleste var kvinder, ønskede stempelure, for at de kunne dokumentere, at de arbejdede i det antal timer, som de fik løn for. Kommunen modsatte sig. De kaldte de ansattes krav for gammeldags og henviste til, at stempelure var noget, man i sin tid indførte i industrien i forbindelse med tidsstudier og akkorder for at kontrollere de ansatte. "Hos os er det ikke antal timer, der betyder noget, men at arbejdsopgaverne bliver udført", lød det fra ledelsen i kommunen. "Da man indførte stempelurene i industrien strejkede arbejderne i protest, og nu vil vores ingeniører have dem tilbage!", sagde en af lederne. Det havde han ret i,

men pointen var jo netop, at de ansatte havde en fornemmelse af, at friheden bestod i friheden til at arbejde over for den samme løn.

Pointen i denne sammenhæng er, at udviklende og meningsfuldt arbejde som udgangspunkt er et gode, men at der måske er en mindre tydelig bagside af medaljen, som det kan være godt at gøre sig klart.

Den anden problematik, der skal nævnes i denne sammenhæng, er tendensen til, at en stigende del

af sundhedspersonalets arbejdstid går med dokumentation, kontrol, evaluering og evidens. I boks 4.2 gives der en række meget levende eksempler på, at de ansatte har svært ved at se meningen med mange af de dokumentationsopgaver, der i stigende grad optager deres tid.

Når man taler med ansatte på sygehusene, viser det sig hurtigt, at meningen med mange af disse dokumentationsopgaver står lysende klart for direktionen og topledere. Men når man så bevæger

Boks 4.2 Hvad er meningen med kontrollen?

Sygeplejerskerne oplever generelt, at de har et udviklende og meningsfuldt arbejde. Men er denne tilstand truet af de stigende krav om dokumentation, kontrol, evaluering og evidens?

”Den Danske Kvalitetsmodel er en tyk kagebog med 104 standarder og 457 målepunkter. Patienter med ganske banale sygdomme skal interviewes, som om de både havde tuberkulose og cancer, og udskrivningsbrevene bliver alenlange, fordi de skal rumme en række negative udsagn (patienten har ikke haft kønssygdomme, og han ryger heller ikke). Hvornår bliver der tid til de syge?”.
(*Helene Nørrelund. Analyse. Politiken, 26-8-2011*).

”Ud over at vi altså laver næsten 40 % mere, end vi gjorde for 10 år siden, er der i samme periode indført et væld af bureaukratiske procedurer og systemer. En stadig større del af vores tid går med dokumentation, afkrydsning af tjeklister, kompetenceskemaer, uddannelsesplaner, obligatoriske kurser, DRG-takster, it-problemer, indberetninger af alt fra utilsigtede hændelser, lægemiddelbivirkninger og blanketter til forskellige registre og forskningsdatabaser”.
(*Troels Bygum Knudsen. Politiken, 11-2-2011*).

”Patienten er en sund mand på 30 år, der er indlagt for at få fjernet en godartet cyste på tarmen. Alligevel skal sygeplejersken udfylde skemaer om mandens ernærings-tilstand og risikoen for at falde. Fald- og ernæringscreening indgår i de mere end 400 tværgående vejledninger og standarder, som sygehusene i Hovedstaden har indført i forbindelse med akkreditering. Sygeplejersker bruger i gennemsnit en femtedel af arbejdsdagen på at skrive journaler, udfylde skemaer og

indberette til elektroniske databaser. Tre fjerdedele oplever, at dele af dokumentationen ikke bruges til noget. Mange oplever at skrive det samme to steder eller at skrive det samme som andre (primært læger”).
(*Sygeplejersken 2009, nr. 2*).

”Dokumentation, skemaer, evalueringer og andet papirarbejde stjæler af den tid, som jeg skulle have brugt på min kerneopgave”.
79,1 % af de interviewede sygeplejersker svarede bekræftende på ovenstående udsagn. 91,4 % af sygeplejerskerne havde oplevet stigende krav om disse former for dokumentation inden for de seneste år. 1511 offentligt ansatte blev spurgt.
(*Ugebrevet A4. Januar, 2008*).

I bogen ”Ledelse med social kapital” er der et kapitel om ”Den gode kontrol”. Pointen er, at kontrollen skal kunne anvendes i den læring, der foregår i virksomheden med henblik på at forbedre arbejdsgange og kvalitet. Hovedpunkterne om den gode kontrol er:

- Meningsfuld kontrol. Kontrol der bruges til at forbedre produktivitet og kvalitet.
- Fokuseret kontrol. Kontrol der drejer sig om betydningsfulde forhold.
- Ingen gabestok. Institutioner skal ikke hænges ud på nettet.
- Retfærdig kontrol. Kontrol over forhold, som man har indflydelse på.
- Passende kontrol. Kontrol der ikke tager urimelig lang tid fra kerneydelsen.

(*Hasle et al, 2010*).

sig nedad i hierarkierne, bliver det sværere og sværere for de ansatte at se meningen. Og de synes heller ikke, at papirarbejdet bidrager ret meget til at udvikle deres kompetencer eller viden. Tværtimod opleves det i et vist omfang som tidskrævende og meningsløst. Igen og igen hører man de ansatte sige: "Bare vi dog kunne få lov til at passe vores arbejde".

Det er tydeligt, at der her er tale om top-down systemer, hvor de instanser, der har indført systemerne, naturligvis i alle tilfælde har haft de bedste intentioner hermed, men hvor meningen med registreringerne bliver mindre og mindre tydelig efterhånden som man kommer nedad i organisationen.

I bogen "Ledelse med social kapital" (Hasle, 2010) har forfatterne et kapitel om "den gode kontrol". Udgangspunktet for dette kapitel er, at der skal være en passende mængde af kontrol og dokumentation på alle arbejdspladser. Udfordringen er

at udvikle et system, der både er effektivt, og af de ansatte "på gulvet" opleves som meningsfuldt og legitimt. Et vigtigt kriterium er, at den kontrol, der foregår, skal kunne medvirke til at forbedre kvaliteten eller produktiviteten. Når de ansatte fx registrerer hospitalsinfektioner eller utilsigtede hændelser, så er det for at anvende den indsamlede viden til at reducere infektionerne og undgå alvorlige hændelser *fremover*. Og det skal være synligt for de ansatte, at dokumentationen anvendes konstruktivt og fremadrettet (se kriterierne for den gode kontrol i boks 4.2).

Med udgangspunkt i dette kapitel kunne det også formuleres på den måde, at dokumentationen skal være meningsfuld og fremme de ansattes læring og udvikling. Dette kræver, at de instanser, der udvikler dokumentations- og kontrolsystemerne, medtænker det psykiske arbejdsmiljø. Dette er kun i meget ringe omfang tilfældet i dag.



KAPITEL 5
KLARE ROLLER?

Rolleklarhed og rollekonflikter

I TV-serien "Borgen" er der et forløb, hvor journalisten Katrine får som opgave at afdække økonomiprofessor Søren Ravns fortid. Han har meldt sig som folketingskandidat for Nye Demokrater, men de politiske modstandere og pressen "lugter blod", idet han har en kommunistisk fortid. Spørgsmålet er nu, om der er lig i lasten, som han ikke selv har fortalt om. På et tidspunkt er Søren Ravn hjemme i Katrines lejlighed og ser, at hendes opslagstavle er fyldt op med billeder fra hans fortid, herunder tidligere kærester, gamle venner og mange andre private ting. Han får et chok og spørger hende: "Hvad er det her for noget?". Hun svarer: "Det er mit arbejde!", hvortil han svarer: "Det er mit liv".

De to personer arbejder for samme parti og er i den forstand kolleger. Alligevel har den ene i hjemmelighed brugt alle til rådighed stående midler for at grave "snavs" frem om den anden. Altså opført sig klart umoralsk. Da hun bliver afsløret, er hendes svar helt stringent: Det er ikke *mig*, der har gjort dette, men noget som jeg har været nødt til at gøre for at passe mit job. Nogle ville endog kunne beskylde hende for *ikke* at passe sit job, hvis hun ikke gjorde det. Det, som Katrine gør her, er at dække sig ind via sin arbejdsrolle. Denne rolle gør det muligt for hende at udføre og forsvare nogle handlinger, som hun som privat person ikke ville kunne forsvare. Pointen i denne sammenhæng er, at arbejdsrollen gør det muligt for os at se os selv som mere end én person. (Senere undskylder hun over for Søren Ravn. Hun mener tilsyneladende, at hun alligevel gik for vidt – arbejdsrolle eller ej).

Vi har alle sammen mange forskellige roller – som mand eller kvinde, som ægtefælle, som forælder, som samfundsborger, som nabo, som ven osv. I dette kapitel ser vi på rollen på arbejdspladsen. Denne rolle er knyttet til en bestemt position og et bestemt fag. Rollen består af det sæt af formelle og uformelle forventninger, der er knyttet

til denne position. Umiddelbart lyder det jo meget simpelt og tilforladeligt, men der er to hovedproblemer: For det første er det ikke sikkert, at forventningerne er *klare*. Det hænger blandt andet sammen med, at mange af forventningerne ikke er nedskrevne, men så at sige ligger i luften. Og for det andet kan forventningerne fra forskellige personer eller instanser *stride mod hinanden*. Det første problem handler om *rolleklarhed*, og det andet om *rollekonflikter*.

Et af de klassiske eksempler på en sociologisk teori om roller er Talcott Parsons teori om syge-rolle (1951). Ifølge Parsons indeholder denne rolle både rettigheder og pligter. De vigtigste rettigheder er, at vi er fri for at opfylde vores normale roller (som fx at gå på arbejde), og at vi ikke bliver gjort ansvarlig for vores sygdom. De vigtigste af pligterne er, at vi skal prøve at blive raske, og at vi i den forbindelse skal søge autoriseret hjælp og samarbejde med sundhedspersonalet. Dette er *idealrollen*. De fleste kan umiddelbart se, at der ikke altid leves op til denne rolle. For eksempel er det i Danmark blevet moderne at sende syge hurtigt tilbage i arbejde ud fra den holdning, at man har godt af at være tilknyttet arbejdspladsen. Arbejde betragtes i mange sammenhænge som den bedste medicin. Et andet eksempel er, at den syge ofte bliver gjort – i hvert fald delvist – ansvarlig for sin tilstand (fx overvægtige, patienter med KOL og personer med sportsskader). Disse afvigelser fra idealrollen gør ikke teorien mindre frugtbar. Man kan tilmed sige, at netop en rolle-teori gør det lettere for os at diskutere afvigelserne fra idealet.

Sundhedspersonalets rolle udgør så at sige syge-rolles spejlbillede. Dette indebærer, at patienterne skal behandles uden skelen til social status, at man skal forsøge at anvende den bedst tilgængelige behandling, at man skal holde sig orienteret om udviklingen i faget osv. Til gengæld er det rimeligt

at forvente, at patienten samarbejder om behandlingen, møder eller er hjemme til aftalte tider, tager den ordinerede medicin osv.

Men som alle ved, er betegnelsen "sundhedspersonale" et meget generelt begreb. Inden for sundhedsvæsenets rammer er der et meget stort antal specialer og professioner, hver med en speciel rolle der skal udfyldes. Måske er sundhedsvæsenet den sektor i samfundet, hvor flest professioner og faggrupper skal samarbejde om løsningen af en meget kompliceret kerneopgave. Det kræver på den ene side gnidningsfrit samarbejde og koordinering og på den anden side, at hver enkelt kender sin egen

rolle - altså høj rolleklarhed og så få rollekonflikter som muligt. I dette kapitel ser vi nærmere på, hvordan sygeplejerskerne vurderer disse vigtige dimensioner ved deres arbejde.

5.1 ROLLEKLARHED

Tabel 5.1 viser, hvordan begrebet rolleklarhed blev belyst i undersøgelsen. Helt grundlæggende handler rolleklarhed om to ting: Hvad skal jeg lave, og hvor meget kan jeg bestemme? Altså om vandret arbejdsdeling og lodret magtudøvelse. Begge disse aspekter ved rolleklarhed er netop vigtige i sundhedssektoren, hvor der *samtidigt* er en arbejdsfor-

Table 5.1 Rolleklarhed i arbejdet blev målt ved hjælp af fire spørgsmål, som blev besvaret således af sygeplejerskerne.

SPØRGSMÅL:	Altid %	Ofte %	Somme tider %	Sjældent %	Aldrig/ Næsten aldrig %
Ved du helt klart, hvad der er dine ansvarsområder?	30,5	55,5	12,7	1,1	0,2
Ved du nøjagtigt, hvad der forventes af dig i dit arbejde?	26,1	53,9	18,2	1,7	0,1
Ved du præcist, hvor megen selvbestemmelse du har i dit arbejde?	21,3	50,3	25,2	3,0	0,3
Er der klare mål for dit arbejde?	18,1	43,1	31,6	6,5	0,7

Score for rolleklarhed: **73,7**. Landsgennemsnittet for lønmodtagere i NFA's undersøgelse: **73,5**. (Spørgsmålet om selvbestemmelse blev ikke stillet af NFA. Når man kun medtager de tre spørgsmål, som er benyttet i begge undersøgelser, er scoren for sygeplejerskerne på 74,2). Forklaring: Se bilag 2.

Figure 5.1 Score for rolleklarhed hos sygeplejersker i forskellige ansættelsesområder. De fem områder med højest og lavest score.



deling og et hierarki. Tabellen viser, at langt over halvdelen af sygeplejerskerne benytter de positive svarmuligheder for alle fire spørgsmål. Dette tyder umiddelbart på, at der er en ret høj grad af rolleklarhed. Den laveste grad af klarhed ser vi vedrørende "klare mål", hvor kun 6 ud af 10 benytter sig af de positive svarkategorier. Samlet set ligger sygeplejerskerne meget tæt ved landsgennemsnittet for denne dimension.

I figur 5.1 (forrige side) ser vi så, hvor store forskelle der er mellem ansættelsesområderne. Va-

riationen er ikke overvældende stor, idet der kun er 12 points forskel på top og bund. Det er svært at finde noget mønster med hensyn til placering i denne figur bortset fra, at de to psykiatriske områder ligger i bunden med hensyn til rolleklarhed.

5.2 ROLLEKONFLIKTER

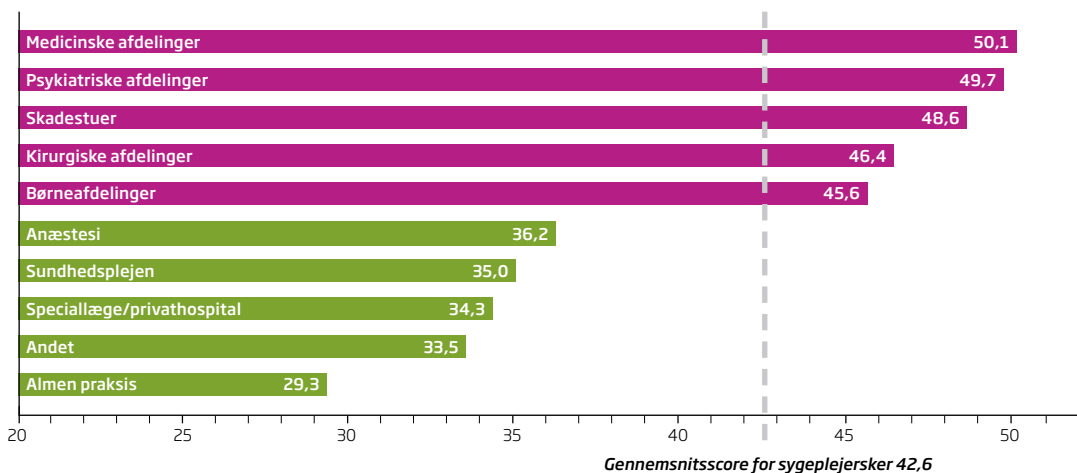
Rollekonflikter kan opstå på flere måder. Dels kan der være forskellige forventninger til sygeplejersken fra forskellige grupper eller instanser. Det kan fx være patienterne, de pårørende, kolleger, andre

Tabel 5.2 Rollekonflikter i arbejdet blev målt ved hjælp af fire spørgsmål, som blev besvaret således af sygeplejerskerne.

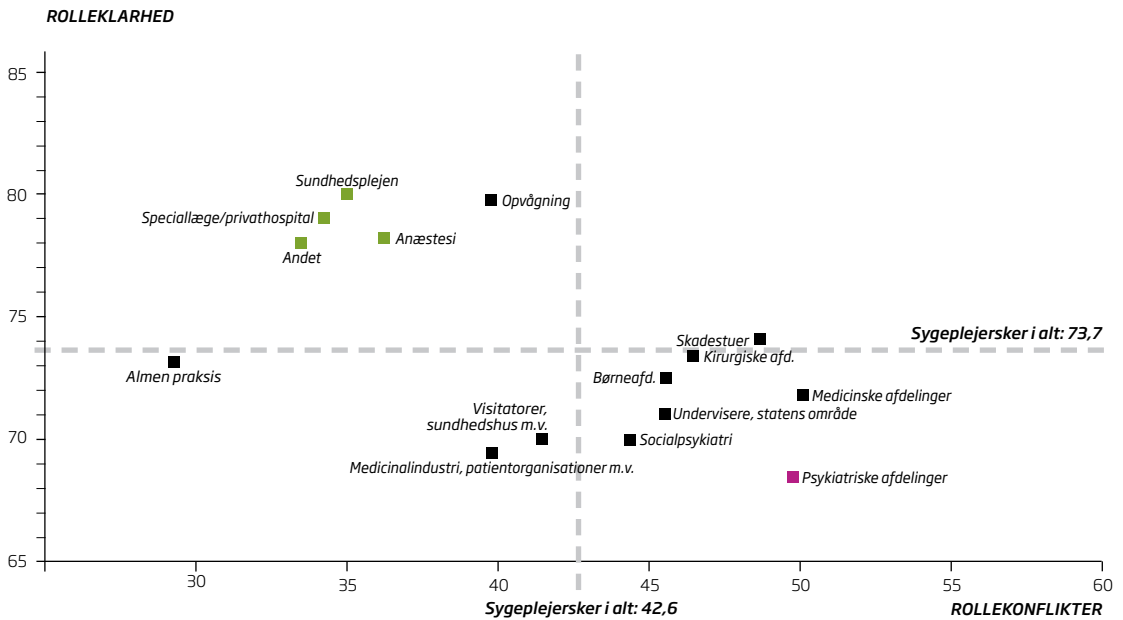
SPØRGSMÅL:	Aldrig	Oft	Somme	Sjældent	Aldrig/ Næsten aldrig
	%	%	tider	%	%
Må du somme tider foretage dig ting i dit arbejde, som forekommer dig unødvendige?	6,5	21,4	45,3	23,5	3,3
Må du somme tider gøre noget, der egentlig skulle have været gjort anderledes?	3,1	13,6	44,8	33,1	5,4
Blive der stillet modstridende krav til dig i arbejdet?	2,5	9,7	35,0	41,7	11,1
Foretager du dig noget i dit arbejde, som bliver accepteret af nogle personer, men ikke af andre?	2,8	10,4	35,6	35,9	15,4

Score for rollekonflikter: **42,6**. Landsgennemsnittet for lønmodtagere i NFA's undersøgelse: **42,0**. Forklaring: Se bilag 2.

Figur 5.2 Score for rollekonflikter hos sygeplejersker i forskellige ansættelsesområder. De fem områder med højest og lavest score.



Figur 5.3 Rollekonflikter og rolleklarhed. De 15 områder, der ligger særlig højt eller lavt på de to dimensioner.



faggrupper eller ledelsen. Og dels kan der være en konflikt mellem de ydre forventninger til sygeplejersken og hendes egne faglige eller etiske krav.

Også denne dimension er målt ved hjælp af fire spørgsmål, og svarfordelingen ses i tabel 5.2. Som det fremgår, er rollekonflikter ret almindeligt forekommende. For eksempel er der knap 30 %, der tit skal gøre noget, som de oplever som unødvendigt. Denne besvarelse hænger med stor sandsynlighed sammen med de hyppige klager over for meget dokumentation, kontrol og evaluering. Samlet set ligger sygeplejerskerne igen på linje med landsgennemsnittet med en score på godt 42 point.

På dette felt er der større forskelle mellem ansættelsesområderne, hvilket fremgår af figur 5.2. Som man kan se, gælder det for alle de fem områder med mange rollekonflikter, at sygeplejerskerne direkte har med patienter at gøre. Øverst finder vi de medicinske og psykiatriske afdelinger.

5.3 SAMLET OVERBLIK OVER SYGEPLEJERSKERNES ROLLER - HVOR BRÆNDER DET PÅ?

I figur 5.3 ser vi så, hvordan billedet ser ud, når vi ser på rolleklarhed og rollekonflikter samtidigt. Den mest belastende situation er naturligvis kombinationen af lav rolleklarhed og mange rollekonflikter. Som det fremgår, er der ét område, der er i denne kategori, nemlig de psykiatriske afdelinger. Dette bør ikke overraske nogen i lyset af de mange – og undertiden meget følelsesladede – diskussioner om forholdene i psykiatrien, brugen af psykofarmaka, fiksering osv. Som ansat i psykiatrien kan man godt opleve, at "det er forkert, lige meget hvad man gør". Og sygeplejersker i psykiatrien står tit i krydsfeltet mellem begrænsede ressourcer og patienternes behov for samtaler og opmærksomhed. Samtidigt oplever mange sygeplejersker i psykiatrien et stort pres for at udskrive patienter, inden de er helt klar til det.

I den "gode ende" i figuren finder vi sundhedsplejen, speciallægerne, anæstesi og "andet". Det er svært at se fællestræk ved disse områder.

Boks 5.1 To solstrålehistorier om ændret opgavefordeling

Ny opgavefordeling på ortopædkirurgisk afdeling.

“Det var faktisk ikke ønsket om at flytte på opgaverne, der satte gang i udviklingen i Farsø - det endte bare sådan. Det handlede i højere grad om at få helhed i tingene, få mest ud af kræfterne og opstøve ‘tidsrøverne’. På kun 3/4 år gik den gennemsnitlige indlæggelsestid for hofte- og knæpatienterne fra 11,2 dage til blot 4 dage. Og i 2009 blev klinikken kåret som danmarksmester i patienttilfredshed.

Stort set alle faggrupper har fået og afgivet opgaver i processen: Serviceassistenterne har overtaget administrative opgaver som kvalitetskontrol af sterilvarer og arkiveringsopgaver fra operationssygeplejerskerne. Fysioterapeuter og sygeplejersker har overtaget 2-/3-måneders og 1-års-kontrollen for elektive (planlagte) patienter, der har fået lavet en hofte- eller knæprotese, fra lægerne. Alle får undervisning i, hvordan de skal varetage deres nye opgaver. Derfor kender alle også grænserne, så det bliver lettere at sige fra, hvis man ikke føler, man kan magte en opgave. Udover en engageret ledelse ved roret har tillidskvinderne og klinikernes sikkerhedsorganisation været med i forløbet. LEAN-modellen har også været en stor inspiration undervejs - og så er det en vigtig erfaring, at tingene skal vokse nedefra; fra medarbejderne selv’.

Triageringsprojekt i Hillerød.

“Med det nye projekt vinder fagligheden”. Det er én af konklusionerne fra en medarbejder på Hillerød Hospital, efter at hospitalet har gennemført et stort triageringsprojekt. Det indbefatter bl.a., at det i dag er sygeplejerskerne, der risikovurderer og prioriterer alle akutte patienter.

Behovet for bedre arbejdsgange og mere systematik blev påtrængende, da Hillerød Hospital i 2007 skulle til at huse en ny og større akutmodtagelse. I gennemgangen af de eksisterende arbejdsgange opdagede man, at der lå flere vigtige funktioner gemt i gråzonen mellem læger og sygeplejersker. Der manglede blandt andet en klar opgavefordeling og et ensartet system til at prioritere nytilkomne patienter - både dem med fysiske traumer og de medicinske patienter. Med triage-modellen, der er et evidensbaseret sorteringssystem, har sygeplejerskerne fået langt bedre metoder til at vurdere patienten ud fra nogle faglige kriterier. Dermed taler man nu det samme sprog på tværs af faglighederne. Risikovurderingen i screeningen indeholder tre redskaber: 1) En registrering af vitalparametrene (blodtryk, puls, iltindhold i blodet, vejrtrækningsfrekvens), 2) Dokumentation af årsagen til at patienten er mødt op (kontaktårsagskort) og 3) Den enkelte sygeplejerskes kritiske faglighed.

(Del din viden, 2010; Skriver et al, 2011).

5.4 KONKLUSIONER OG DISKUSSION

I dette kapitel har vi konstateret, at sygeplejerskerne som samlet gruppe har både rolleklarhed og rollekonflikter, som ligger på niveau med danske lønmodtagere generelt. Imidlertid har vi også set, at der er betydelige variationer mellem grupper af sygeplejersker - specielt hvad angår rollekonflikter. Det fremgår også, at de psykiatriske afdelinger - også på dette felt - udgør en særlig risikogrube.

Der er måske en og anden, der kunne finde på at spørge, om lav rolleklarhed og høje rollekonflikter udgør et vigtigt problem, som det er nødvendigt at prioritere. Der er ingen tvivl om, at svaret er *ja*. Der er ikke blot tale om et problem, der er efter alt at dømmes tale om et *undervurderet* problem. Det ser nemlig ud til, at der er sammenhæng mellem disse to dimensioner og fravær, udbrændthed, arbejdsglæde, kvalitet i ydelserne og patienttilfredshed.

De negative konsekvenser af lav rolleklarhed og høje rollekonflikter er dokumenteret i en række danske undersøgelser. I PUMA projektet fandt Borritz og kolleger (2005), at lav rolleklarhed og især høje rollekonflikter var klare risikofaktorer for udvikling af udbrændthed. Kun én anden faktor havde lige så klar sammenhæng med udvikling af udbrændthed over tid, nemlig høje følelsesmæssige krav. I forbindelse med den samme undersøgelse fandt Rugulies og kolleger (2007), en signifikant sammenhæng mellem rollekonflikter og sygefravær. Endelig fandt Lund m.fl. i en national undersøgelse af langtidsfravær blandt over 5.000 lønmodtagere, at rollekonflikter var den klareste risikofaktor for langtidsfravær blandt kvinder. Disse undersøgelser peger altså på, at de to faktorer har både helbreds- og økonomiske konsekvenser.

Imidlertid er der meget, der tyder på, at de potentielle gevinster ved at arbejde med klare og veldefinerede roller i sundhedsvæsenet rækker længere end til at reducere fravær og udbrændthed hos de ansatte. Set i et lidt større

perspektiv er sygeplejerskernes roller jo en brik i et *samlet* puslespil, hvor der skal samarbejdes med en lang række andre faggrupper. Her er det på den ene side vigtigt, at alle har klare og veldefinerede roller og på den anden side, at disse roller ikke er så klare, at de bliver *stive og uflexible*. I boks 5.1 gives der to eksempler på, hvordan det gennem et målrettet stykke arbejde er lykkedes at ændre rollefordelingen mellem faggrupper og samtidigt at øge både trivsel og kvalitet i ydelserne, og noget tilsvarende er beskrevet i boks 5.2.

Ifølge den amerikanske forsker Jody Gittel er det, som nævnt i kapitel 2, af afgørende betydning at samarbejdet på tværs af faggrupperne på et sygehus (og alle andre steder!) er kendetegnet ved *fælles viden, fælles mål og gensidig respekt* (Gittel, 2012). Hvad der sker, når det kniber med den gensidige respekt, fremgår af boks 5.3. Her beskrives det, hvordan sygeplejerskerne på en afdeling ofte må gå og vente på lægerne til trods for klare aftaler mellem de to grupper. Den manglende respekt for sygeplejerskerne er i sig selv en trussel mod arbejdsglæden, men den betyder også, at sygeplejerskerne forhindres i at udføre deres funktioner så godt, som de gerne ville. Eksemplet viser, at det ikke alene er afgørende, at grupperne i sundhedsvæsenet har klare roller, men også at der udvises gensidig respekt faggrupperne imellem, således at man kan samarbejde om at nå de fælles mål. Eksemplet viser også, at der ikke alene er en arbejdsdeling mellem de to grupper men også ulige magt. Det er næppe muligt at forestille sig den omvendte situation, hvor lægerne dag efter dag gik og ventede på sygeplejerskerne uden at turde tage det op over for ledelsen?

Boks 5.2. Markante gevinster ved ny rollefordeling

En undersøgelse om visitering ved røntgen.

I studiet indgik patienter, der henvendte sig i skadestuen med en veldefineret type af lavenergifrakturen.

I interventionsgruppen henviste specielt uddannede behandlingssygeplejersker direkte til røntgenundersøgelse, således at man ikke skulle vente på, at en læge fik tid til at se patienten. Sammenlignet med kontrolgruppen var der en meget klar reduktion i patienternes ventetid. Der var ingen negative effekter på kvaliteten. Patienternes tilfredshed med at blive visiteret af sygeplejersker var helt i top.

(Tygesen & Storm, 2009).

Boks 5.3 Rollekonflikter og spildtid

"Vi har en aftale, der hedder, at stuegang starter klokken 8.20, men når så klokken bliver 9.15, så ringer vi ned og spørger, hvor de bliver af". Sådan indleder en sygeplejerske, da jeg beder hende beskrive det tværfaglige samarbejde med lægen. I mit datamateriale er det gennemgående for samarbejdet mellem læge og sygeplejerske, at sygeplejersken bruger megen tid på at vente på, at lægen skal komme på stuegang. F.eks. har jeg noteret fra en dag, jeg fulgte en sygeplejerske, at der blev ventet fra kl. 8.20 til kl. 9.22. Stuegangen på 4 patienter varede 5 minutter. I ventetiden kredser sygeplejersken omkring kontoret og medicinrummet, hvor hun ajourfører forskellige dokumentationspapirer, tjekker forskellige undersøgelsesresultater i lægejournalen, giver beskeder til sekretæren, udveksler oplysninger med andet plejepersonale etc.

Det, hun ikke gør, er at rede senge, give en patient et brusebad og tage sig af en yngre cancerpatient med multiple og komplekse plejeopgaver, som hun til gengæld overlader til den ufaglærte medhjælper at passe. "Det er dumt at gå i gang med noget, hvis man bliver afbrudt", siger sygeplejersken til mig. Sygeplejerskerne synes selv, det er uhensigtsmæssigt, at de venter. Afdelingssygeplejersken har en dag beregnet, at 4 sygeplejersker venter hver en time. "Du kan godt se, at det er meget spildtid. Afdelingssygeplejersken fortæller, at sygeplejerskerne vil skrive et brev til lægerne "...de menige til de menige, fordi de ikke overholder de aftaler, der er indgået". Afdelingssygeplejersken har tilsyneladende opgivet at tage problemet op på ledelsesniveau".

(Højbjerg, 2003).



KAPITEL 6

FORHOLDET MELLE KOLLEGERNE

Socialt fællesskab og social støtte

I slutningen af 1970'erne gennemførte den amerikanske forsker Lisa Berkman sammen med kollegaen Leonard Syme nogle opsigtsvækkende analyser, som viste, at det er sundt at have et godt netværk (Berkman & Syme, 1979). De to forskere havde fulgt en gruppe på 7.000 mennesker fra Alameda County ved Berkeley i Californien siden midten af 1960'erne for at finde ud af, hvilke forhold der havde betydning for sygdom og dødelighed. Og da de gjorde resultaterne op efter knap 10 års opfølgning, viste det sig, at mennesker med et svagt eller intet netværk havde over dobbelt så høj en dødelighed som dem med godt netværk. Denne kraftige sammenhæng kunne ikke forklares med forskelle i livsstil, helbredsproblemer ved periodens begyndelse, social status eller andre oplagte årsager. Og når Berkman og Syme delte dødsfaldene op efter dødsårsager, fandt de den samme sammenhæng for de forskellige hoveddiagnoser så som cancer, hjertekarsygdomme, pludselige dødsfald osv.

Det næste spørgsmål, som naturligt meldte sig, var jo: "Hvorfor?". Da der ikke så ud til at være specifikke årsager som fx alkohol, rygning eller forskellig brug af sundhedsvæsenet, var forskerne henvist til en mere generel forklaring. De endte med at foreslå en "generel sårbarhed, som øger risikoen for en bred vifte af sygdomme". Problemet var blot, at de ikke havde nogen god indikator for denne sårbarhed, og at forklaringen under alle omstændigheder var lidt luftig. Da Lisa Berkman blev interviewet til en af de store aviser om de opsigtsvækkende fund, fandt hun til sin ærgrelse ud af, at overskriften næste dag var: "Forsker viser, at man dør af ensomhed. Hun ved ikke hvorfor".

Lisa Berkman besluttede sig derefter for, at hun ikke ville have siddende på sig, at hun ikke kunne forklare sine egne forskningsfund, så hun brugte nogle år på at finde svaret. Som det så tit er tilfældet i den slags sammenhænge, var svaret ikke egnet til at sælge

aviser. I 2000 publicerede Berkman og kolleger til gengæld et meget grundigt og indgående svar på spørgsmålet (Berkman et al, 2000), som kort fortalt går ud på, at der er mange forskellige forklaringer, og at de alle sammen supplerer hinanden. Kort fortalt har sociale netværk og social støtte betydning for vores helbred lige fra vugge til grav og på alle niveauer i samfundet. Her opererer Berkman og kolleger med fire niveauer: Hele samfundets struktur og kultur, de sociale netværk i samfundet, den enkeltes sociale støtte og de individuelle processer som fx stress og depression. Er man interesseret i emnet, er denne artikel med den flotte og ambitiøse "totale model" et godt sted at starte.

I et land som Danmark har de sociale netværk fundamentalt skiftet karakter gennem de seneste to-tre generationer. I 1901 bestod 48 % af alle husstande af 6 personer eller mere, mens kun 1 % af husstandene var på en enkelt person. I 2009 var situationen nærmest omvendt: 40 % af husstandene var på en person, mens kun 1 % var på 6 personer og derover! En sand revolution (Lund, 2012). Samtidigt flyttede folk til byerne, og kvinderne kom ud på arbejdsmarkedet. Den samlede effekt af alt dette er, at en meget betydelig del af vores sociale netværk og sociale støtte skal findes på *arbejdspladsen*.

Vi vil derfor i dette kapitel se nærmere på de to dimensioner: Socialt fællesskab og social støtte blandt sygeplejerskerne. Umiddelbart skulle man tro, at der vil være gode muligheder for begge dele, da sygeplejersker normalt arbejder på arbejdspladser, hvor mange har ansigt til ansigt kontakt med hinanden hver dag.

Denne rapport viser, at nogle ansættelsesområder har klart dårligere psykisk arbejdsmiljø end andre. Specielt tænkes der her på skadestuerne, medicinske afdelinger, psykiatriske afdelinger, forsorg/fængsel og undervisere. Vi vil derfor i dette kapitel

have særlig fokus på, om der på disse områder er god social støtte og godt fællesskab. Dette kunne nemlig tænkes at fungere som en buffer i forhold til de mange belastninger, der findes på disse områder.

6.1 SOCIAL STØTTE I ARBEJDET

Som det fremgår af tabel 6.1 er social støtte i arbejdet belyst gennem fire spørgsmål: To om støtte fra kolleger og to om støtte fra nærmeste ledere. Generelt ligger sygeplejerskerne fint med lidt flere point på dimensionen end danske lønmodtagere i almindelighed. Der er imidlertid et interessant mønster, når vi går nærmere ned i svarene og ser på støtten fra kolleger og ledere hver for sig. Ser vi

fx på det første spørgsmål om støtte fra kolleger, så er der ca. 74 %, der benytter sig af de to mest positive svarkategorier. Blandt danske lønmodtagere er det kun 44 %, altså en betragtelig forskel. Ser vi omvendt på det sidste spørgsmål om lederens villighed til at lytte til de ansattes problemer, så er det lige omvendt. Her svarer 62 % af sygeplejerskerne positivt mod 76 % af danske lønmodtagere. Når sygeplejerskerne ligger på niveau med andre lønmodtagere vedrørende social støtte, så er det med andre ord, fordi de får bedre støtte fra kollegerne og ringere støtte fra lederne.

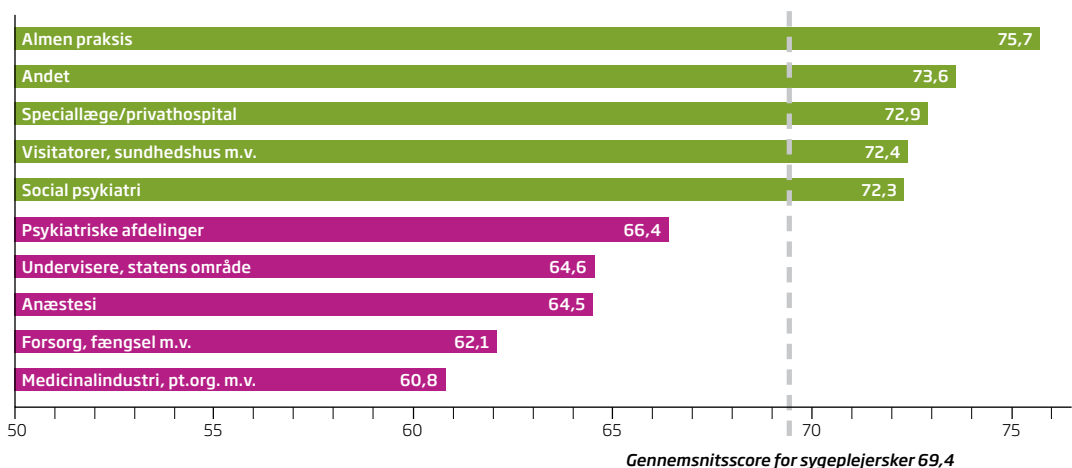
Ansættelsesområderne med særlig høj eller lav social støtte i arbejdet fremgår af figur 6.1. Som det

Tabel 6.1 Social støtte i arbejdet blev målt ved hjælp af fire spørgsmål, som blev besvaret således af sygeplejerskerne.

SPØRGSMÅL:	Altid %	Ofte %	Somme tider %	Sjældent %	Aldrig/ Næsten aldrig %
Hvor ofte får du hjælp og støtte fra dine kolleger?	20,5	53,4	23,1	2,9	0,2
Hvor ofte er dine kolleger villige til at lytte til dine problemer med arbejdet?	32,4	49,8	15,7	2,0	0,2
Hvor ofte får du hjælp og støtte fra din nærmeste overordnede?	12,3	29,7	39,4	15,6	3,0
Hvor ofte er din nærmeste overordnede villig til at lytte til dine problemer med arbejdet?	26,2	36,0	25,6	10,1	2,1

Samlet score for social støtte: **69,4 point**. Lands gennemsnittet i NFA's undersøgelse fra 2005 var **67,1 point**. Forklaring: Se bilag 2.

Figur 6.1 Score for social støtte i arbejdet hos sygeplejersker i forskellige ansættelsesområder. De fem områder med højest og lavest score.



ses, er der betydelig forskel på top og bund, nemlig 15 point. Det springer i øjnene, at ingen af de store regionale sygehusområder ligger i den gode ende. Her finder vi områder som almen praksis, speciallæger og to kommunale områder, nemlig visitatorer, sundhedshus m.v. og socialpsykiatri. I den dårlige ende finder vi til gengæld nogle af de områder, som også ligger dårligt på så mange andre dimensioner, nemlig psykiatriske afdelinger, forsorg/fængsel og undervisere.

6.2 SOCIALT FÆLLESSKAB

Socialt fællesskab i arbejdet blev målt ved hjælp af tre spørgsmål, og her ligger sygeplejerskerne gene-

relt flot placeret (tabel 6.2). Den samlede score ligger lidt højere end landsgennemsnittet, og meget få svarpersoner anvender de to negative svarmuligheder. Det skal i denne sammenhæng pointeres, at dette fællesskab sagtens kan omfatte andre faggrupper end sygeplejersker, idet der ikke nævnes noget om fag i spørgeskemaet.

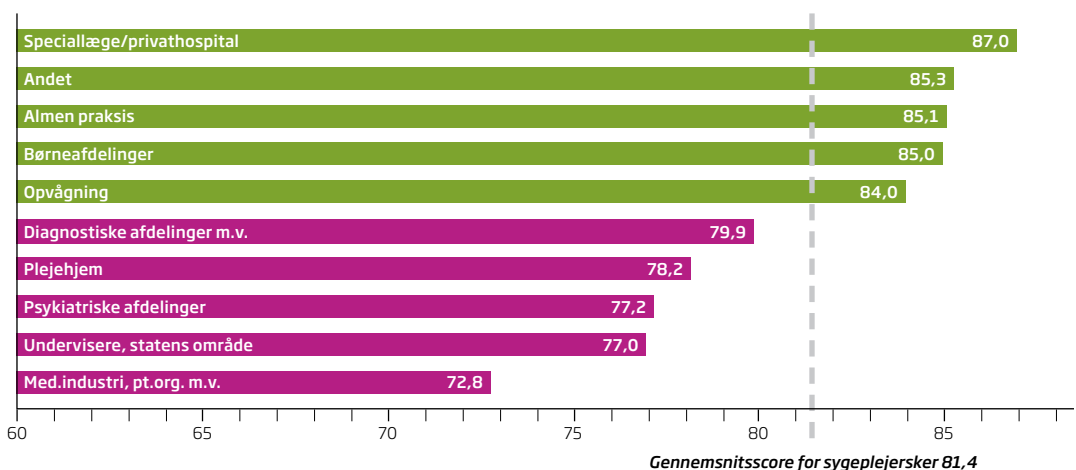
Også på denne dimension er der cirka 15 points forskel på top og bund (figur 6.2). Som det fremgår af figuren, så ligger underviserne og psykiatrien også her i bunden, mens almen praksis og speciallægerne igen ligger flot.

Tabel 6.2 Socialt fællesskab i arbejdet blev målt ved hjælp af tre spørgsmål, som blev besvaret således af sygeplejerskerne.

SPØRGSMÅL:	Altid %	Ofte %	Somme tider %	Sjældent %	Aldrig/ Næsten aldrig %
Er der en god stemning mellem dig og dine kolleger?	38,0	54,7	6,7	0,5	0,1
Føler du dig som en del af et fællesskab på din arbejdsplads?	48,4	39,0	10,6	1,7	0,2
Er der et godt samarbejde blandt kollegerne på din arbejdsplads?	31,2	54,0	13,4	1,0	0,4

Samlet score for socialt fællesskab: **81,4 point**. Landsgennemsnittet i NFA's undersøgelse fra 2005 var **78,7 point**. Forklaring: Se bilag 2.

Figur 6.2 Score for socialt fællesskab hos sygeplejersker i forskellige ansættelsesområder. De fem områder med højest og lavest score.



6.3 SOCIAL STØTTE OG FÆLLESSKAB - DET SAMLEDE BILLEDE

Endelig ser vi så det samlede billede for de to nært beslægtede dimensioner i figur 6.3. Fire områder ligger fint på begge dimensioner, nemlig almen praksis, speciallæger/privathospitaler, opvågning og "andet". En noget blandet gruppe med et bemærkelsesværdigt indslag fra den private sektor. I den tunge ende har vi medicinalindustrien/patientorganisationer, uddannelsen og de psykiatriske afdelinger. Håbet om, at nogle af de belastede områder skulle få lidt opmuntring her, lider altså skibbrud. For psykiatriens vedkommende blev der endda fjøjet spot til skade, idet dette område også her har en bundplacering. Det er bemærkelsesværdigt, at medicinalindustri/patientorganisationer ligger så markant i den tunge ende med den laveste score på begge dimensioner og en meget lav score for fællesskab. Det ser ud til, at der er nogle sygeplejersker inden for disse områder, der føler sig temmelig ensomme.

6.4 PERSPEKTIVER OG KONKLUSIONER

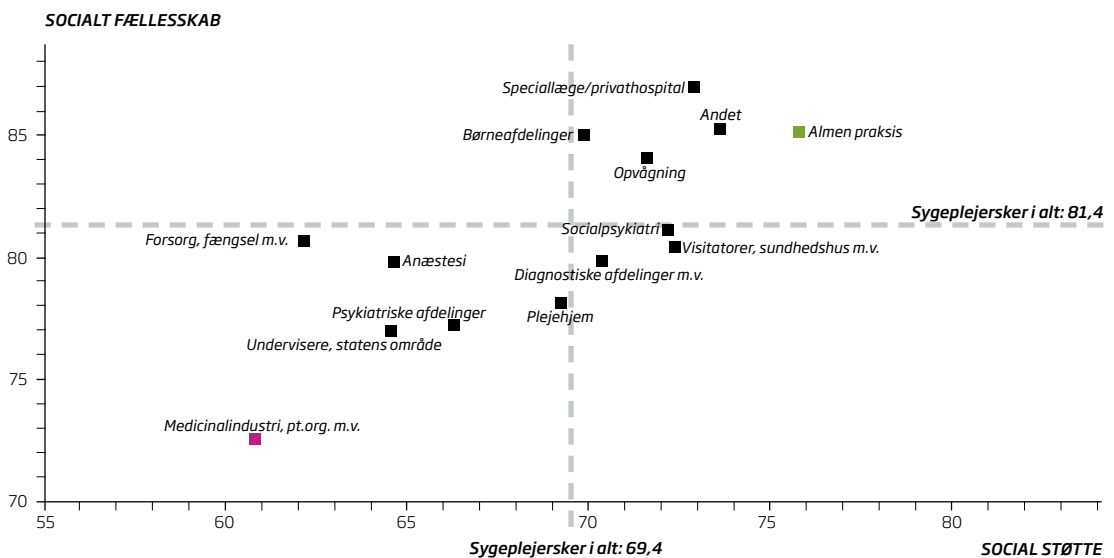
Når danske lønmodtagere bliver spurgt, hvad de lægger mest vægt på ved at gå på arbejde (ud over

lønnen), er der altid to forhold, som nævnes før alt muligt andet: 1) Samværet med kollegerne. 2) Arbejdets indhold og mening. Det andet af disse to punkter så vi nærmere på i kapitel 4. I dette kapitel har vi set på *relationerne* på arbejdspladsen.

En lang række undersøgelser har vist, at disse relationer har fået større og større betydning i de senere år. Blandt de faktorer, som har med relationer at gøre, er anerkendelse, ledelse, mobning, konflikter, sexchikane, følelsesmæssige krav, forudsigelighed, respekt, tillid, samarbejde og mange andre. Det er blevet mere og mere klart, at "*vi er hinandens arbejdsmiljø*". Hermed pointeres to ting: Dels at arbejdsmiljøet ikke kun er noget, vi er *udsat for*, men i stigende grad noget, vi er *en del af og selv skaber*. Og dels, at det *starter forfra* hver morgen. Dette betyder, at alle skal medvirke hver dag, hvis arbejdsmiljøet skal være godt. Blandt andet af denne grund har interessen for godt *kollegaskab* eller *medarbejder-skab* (på engelsk: *organizational citizenship*) været stærkt stigende de senere år (se boks 6.1).

I dette kapitel har vi specielt set på to aspekter ved relationerne på arbejdet: Fællesskabet og den sociale støtte. Det første aspekt kan man kalde re-

Figur 6.3 Social støtte og socialt fællesskab. De 14 områder, der ligger særlig højt eller lavt på de to dimensioner.



Boks 6.1 Godt kollegaskab. Hvad er det?

I den internationale forskning om social støtte og fællesskab på arbejdspladsen opererer man med begrebet "organizational citizenship" – på dansk kollegaskab eller medarbejderskab. Pointen er, at man som kollega på en arbejdsplads skal yde mere end det, man strengt taget får sin løn for, hvis arbejdspladsen skal være et godt sted at være. Man kan sige, at godt kollegaskab modsvarer godt lederskab. God ledelse kan ikke udføres i et tomrum. Det kræver, at de ansatte spiller med.

Podsakoff har udviklet et standardiseret spørgeskema om godt kollegaskab, som indeholder følgende spørgsmål:

Kollegerne i min arbejdsgruppe –

- "Hjælper hinanden, hvis nogen kommer bagud".
- "Deler deres viden med hinanden".
- "Prøver at mægle, hvis der opstår uenighed".
- "Opmuntre andre, hvis de er nede med flaget".
- "Kommer med gode ideer til at øge produktiviteten".
- "Deltager aktivt i gruppens møder".
- "Fokuserer altid på det, der går godt, og ikke på det, der mislykkes".
- "Bruger ikke tid på brok over småting".
- "Bruger ikke tid på at finde fejl ved hinanden".

I Podsakoff's oprindelige undersøgelse fra 1997 viste det sig, at godt kollegaskab ikke alene hang sammen med bedre trivsel, men også med højere produktivitet og bedre kvalitet i ydelserne.

(Podsakoff et al, 1997)

lationernes *emotionelle* indhold: Fællesskab er en følelse, vi har – eller ikke har. Det andet kaldes det *funktionelle* aspekt: At få støtte fra kolleger eller ledere, når vi har brug for det (og at vide, at vi kan få det, hvis vi *skulle* få brug for det), er guld værd.

Det er temmelig indlysende, at både fællesskab og social støtte hænger sammen med den daglige trivsel på arbejdspladsen, men der er to mere hårdtslående argumenter for at tage disse forhold alvorligt. For det første er der, som allerede nævnt, godt be-

læg for, at socialt netværk og social støtte hænger sammen med både sygelighed og dødelighed. I den ene ende har vi en situation med både stærke sociale netværk og god social støtte. Det giver – alt andet lige – både et bedre og længere liv. Og i den anden ende har vi den mindre gunstige situation med isolation, manglende tilhørsforhold og ensomhed, hvor der er øget risiko for en lang række forskellige sygdomme og lidelser og samtidigt en højere dødelighed.

For det andet er et samarbejde baseret på gensidig hjælp og støtte en faktor, som har meget positive effekter for produktivitet og kvalitet.

I litteraturen om arbejdspladsens sociale kapital taler man om tre forskellige typer af relationer:

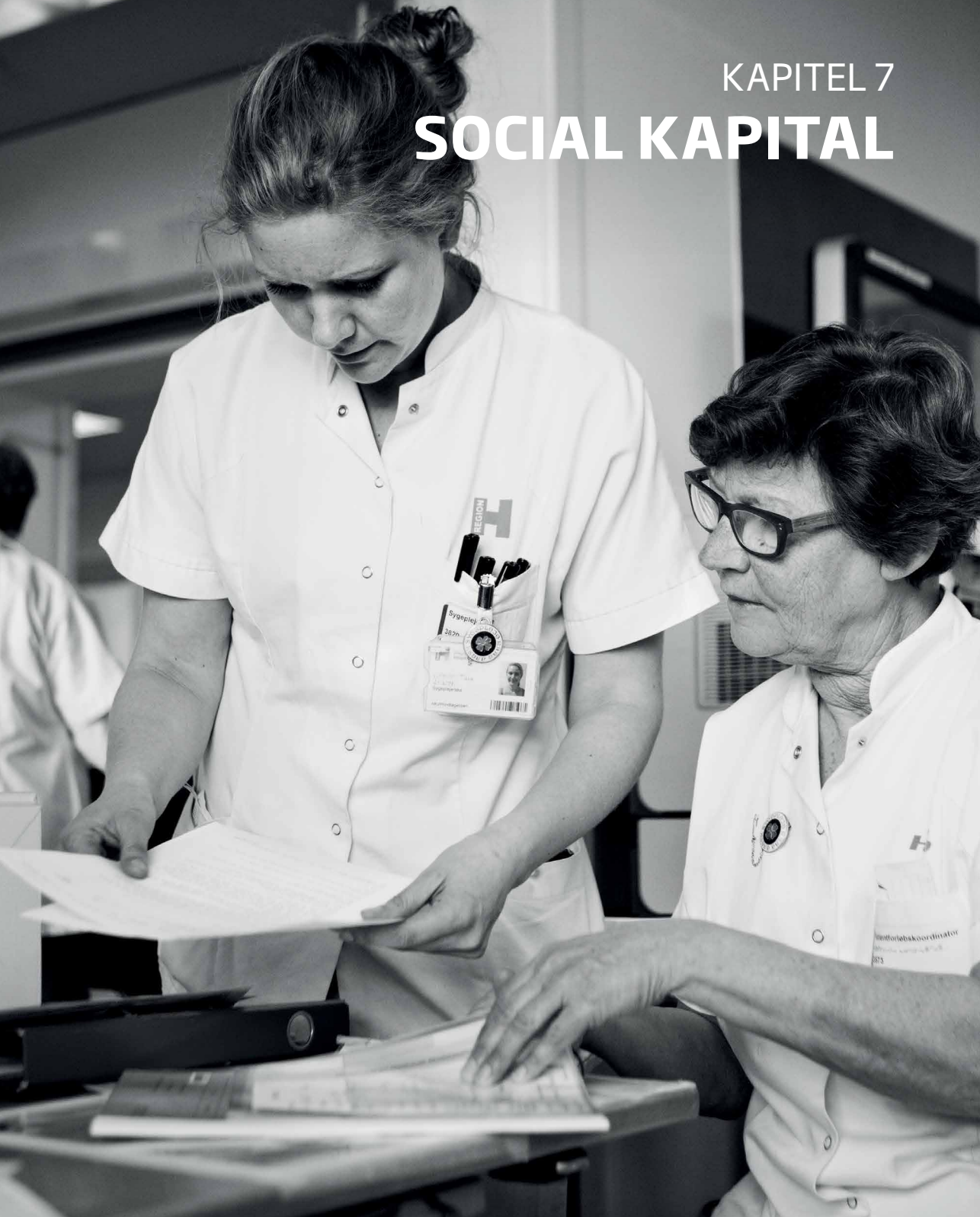
1) Relationer *inden for* gruppen/afdelingen (*samlende relationer eller bonding*). 2) Relationer *imellem* grupper/afdelinger (*brobyggende relationer eller bridging*). 3) Relationer mellem *de ansatte og ledelsen* (*forbindende relationer eller linking*) (Olesen et al, 2008).

En af de vigtige pointer i litteraturen om social kapital er, at *alle tre* former for relationer skal være stærke og positive, for at virksomheden kan fungere optimalt. Hvis én af de tre slags relationer er stærke på de andres bekostning, er der tale om en ubalance, som har mange negative konsekvenser. På sygehusene, hvor en række stærke professioner skal samarbejde om et fælles mål, er der en fare for, at relationerne *inden for* de enkelte faggrupper bliver stærke, mens de brobyggende relationer bliver svage og undertiden præget af konflikter (Albertsen et al, 2012; Gittell, 2012).

I denne undersøgelse er spørgsmålene om fællesskab og social støtte formuleret meget generelt, idet der kun tales om *kolleger* og *ledere* i almindelighed. Selv om alle svarpersonerne er sygeplejersker, kan disse kolleger og ledere jo udmærket tilhøre andre faggrupper. Den store udfordring i forbindelse med udvikling af fællesskab og samarbejde – nemlig de brobyggende relationer på tværs af faggrupper i sundhedsvæsenet – er derfor et vigtigt emne for fremtidige undersøgelser på dette vigtige område.

KAPITEL 7

SOCIAL KAPITAL



Et spørgsmål om tillid og retfærdighed på arbejdspladsen

Som bekendt kan brumbassen ikke flyve. Dens vinger er alt for små i forhold til den store krop, men det ved den ikke, så den flyver alligevel. Ifølge økonomen Gert Tinggaard Svendsen ligner Danmark en brumbasse: Vi har en kæmpemæssig offentlig sektor, høje lønninger, høje sociale ydelser, lang ferie, store fagforeninger, høj skat og gratis adgang til skoler og universiteter. Ifølge mange økonomer skulle et sådant samfund gå i stå med det samme. Alligevel har Danmark høj konkurrenceevne og overskud på betalingsbalancen. Det burde ikke kunne lade sig gøre, men det kan det tilsyneladende alligevel. Selv om Danmark har visse økonomiske "udfordringer", så ser det ud til, at vi ligger lunt i svinget. Hvordan kan det lade sig gøre? Ifølge Svendsen er svaret: *Høj social kapital* (Svendsen, 2006; Svendsen & Svendsen, 2006).

Danmark har en meget høj social kapital ifølge en lang række internationale undersøgelser. Høj social kapital indebærer, at der er høj gensidig tillid og høj tillid til samfundets institutioner, at der ikke er ret meget korrupsion, at der er en høj sammenhængskraft, at der er stærke netværk mellem indbyggerne, og at man gensidigt anerkender hinandens interesser og holdninger som værende legitime, selv om de er forskellige. Alle disse ting gør, at "*det hele går meget lettere*".

En efterhånden meget omfattende international forskning har vist de enorme fordele, der er ved høj social kapital i et land: Mindre kriminalitet, bedre trivsel og livskvalitet, bedre helbred, et bedre fungerende statsapparat, mindre politi og overvågning, højere økonomisk vækst, bedre kvalitet i undervisningen og meget andet (Coleman, 1988; Putnam 1993 og 1995; Svendsen & Svendsen, 2006; Olesen et al, 2008; Murayama et al, 2012). Der er imidlertid ét slående træk ved hele denne forskning, nemlig at ingen tilsyneladende interesserer sig for *arbejdspladsens sociale kapital*.

I Svendsen & Svendsens bog fra 2006 nævnes arbejdspladsens sociale kapital således ikke, selv om Danmark er verdensberømt for "den danske model", som netop er baseret på samarbejde og gensidig accept for hinandens legitime interesser.

I Danmark blev dette "hul" i vores viden søgt imødegået ved lanceringen af hvidbogen om virksomhedens sociale kapital i 2008 (Olesen et al, 2008) og en række senere bøger og skrifter (Kristensen, 2010; Hasle et al, 2010; Jørgensen, 2011). I forlængelse heraf blev der gennemført et meget stort antal projekter om social kapital i næsten alle brancher, herunder institutioner, hospitaler og almen praksis. Det er ikke for meget sagt, at interessen for social kapital har været ganske overvældende, og det er derfor relevant at se på, hvordan sygeplejerskerne vurderer denne dimension i deres arbejdsmiljø.

I hvidbogen om social kapital defineres virksomhedens sociale kapital som *den egenskab, som sætter organisationens medlemmer i stand til at løse dens kerneopgave*, og det pointeres, at den sociale kapital har *tre grundelementer, nemlig samarbejdsevne, tillid og retfærdighed*.

I praksis har det vist sig svært at måle *samarbejdsevnen* ved hjælp af standardiserede spørgsmål, idet der er meget stor forskel på struktur, størrelse og faglig sammensætning på forskellige arbejdspladser. Sådanne spørgsmål skal passe til den lokale kontekst, og den er som bekendt meget forskellig. I det følgende benytter vi os derfor af spørgsmål om *tillid* og *retfærdighed*, som kan anvendes til sammenligninger på tværs af brancher og arbejdspladser.

Før vi går til resultaterne, er det imidlertid på sin plads med en lille advarsel. Sagen er nemlig den, at virksomhedens sociale kapital er en egenskab ved *arbejdspladsen*. En arbejdsplads kan i denne for-

bindelse fx være en afdeling på et sygehus, et plejehjem, socialpsykiatrien i en kommune eller et lægehus. Når man ønsker at måle den sociale kapital, er det normalt at inkludere *alle* faggrupper og ikke kun en enkelt, som fx sygeplejerskerne. I denne undersøgelse mangler vi besvarelser fra andre faggrupper, og vi har ingen oplysninger om de enkelte arbejdspladser, men kun om ansættelsesområder, hvilket man naturligvis skal huske, når resultaterne nedenfor vurderes.

7.1 TILLID PÅ ARBEJDSPLADSEN

Tillid handler i denne forbindelse først og fremmest om to ting. For det første at de ansatte stoler på hinanden, og for det andet at ledelsen har tillid til, at medarbejderne vil udføre et godt stykke arbejde, uden at man behøver at kontrollere alting. Tillid på en arbejdsplads handler aldrig om *blind tillid*. Der vil altid være kontrol og dokumentation, og dette gælder i ganske særlig grad i sundhedssektoren, hvor fejl kan være fatale. Imidlertid er det vigtigt, at kontrollen ikke er overdreven, og det bør tilstræbes, at kontrolsystemerne kan anvendes til læring og udvikling af de ansatte. For eksempel bør man ikke registrere utilsigtede hændelser for kontrollens skyld, men for at man fremover kan blive bedre til at undgå både små og store fejl (Hasle et al, 2010, kapitel 5).

På de allerfleste arbejdspladser vil det naturligvis være sådan, at ledelsen har de fleste relevante informationer, og at de ansatte er afhængige af at blive informeret af ledelsen om de forhold, som har betydning for dem. Derfor handler tillid i denne forbindelse om to ting: Kan vi stole på det, de siger? Og

skjuler de noget? Hvis først de ansatte får på fornemmelse, at der bliver pyntet på sandheden, eller at relevante ting holdes skjult, så begynder rygter, myter og konspirationsteorier at blomstre. Og når først det er sket, kan det være næsten umuligt at mane dem i jorden igen.

I denne undersøgelse blev tillid mellem ledelse og ansatte belyst ved de to spørgsmål, som fremgår af tabel 7.1. Som det ses, er der cirka 55 % af sygeplejerskerne, der i (meget) høj grad stoler på ledelsens udmeldinger, mens godt 10 % svarer direkte negativt. Samtidigt svarer cirka 3 ud af 4, at de oplever, at ledelsen stoler på, at medarbejderne udfører et godt stykke arbejde. Her er der kun godt 4 %, der svarer negativt. Samlet set har sygeplejerskerne en score for tillid, der ligger på 67,4 point ud af 100 mulige, hvilket stort set er det samme som landsgennemsnittet.

I figur 7.1 kan vi se, at gennemsnittet for sygeplejerskerne dækker over store variationer mellem ansættelsesområderne. Faktisk er der over 20 points forskel på top og bund, når vi ser på tillid. Forvaltningerne i regioner og kommuner ligger fint sammen med almen praksis og gruppen "andet". Atter en gang ser vi, at de store kliniske områder glimrer ved deres fravær. I den tunge ende ses skadestuerne, de psykiatriske afdelinger og anæstesi og tillige to områder, der ligger langt fra sundhedssektorens kerneopgaver, nemlig forsorg/fængsel og medicinalindustri/patientorganisationer.

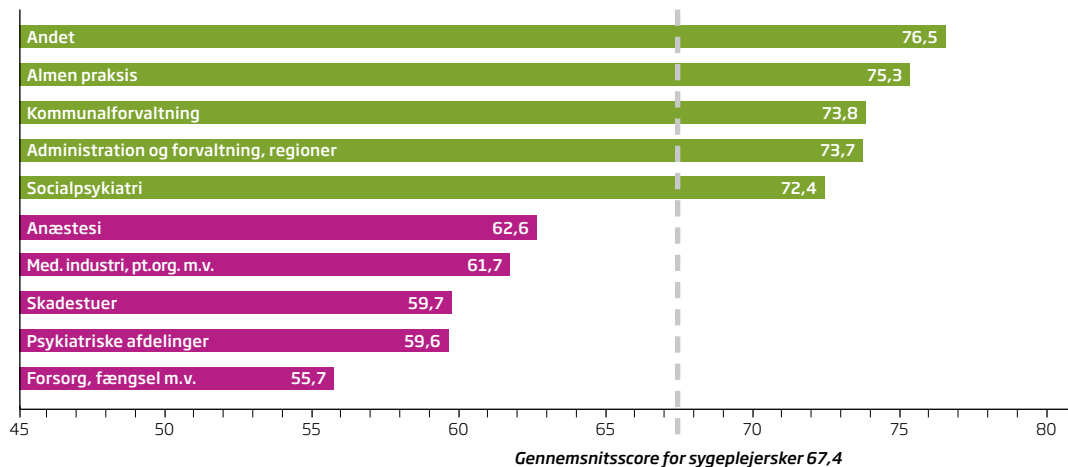
Vi ved fra en lang række undersøgelser, at der er stor forskel på den sociale kapital mellem arbejdspladser i den samme sektor. Alligevel ser vi altså

Tabel 7.1 Tillid mellem de ansatte og ledelsen blev belyst ved hjælp af to spørgsmål, som blev besvaret således af sygeplejerskerne.

SPØRGSMÅL:	I meget høj grad	I høj grad	Delvist	I ringe grad	I meget ringe grad
	%	%	%	%	%
Kan man stole på de udmeldinger, der kommer fra ledelsen?	10,3	44,6	34,3	7,2	3,6
Stoler ledelsen på, at medarbejderne gør et godt stykke arbejde?	19,5	53,8	22,3	3,1	1,2

Score for tillid mellem ansatte og ledelse: **67,4 point**. Landsgennemsnittet i NFA's undersøgelse fra 2005 var **67,9 point**. Forklaring: Se bilag 2.

Figur 7.1 Score for tillid mellem ansatte og ledelse hos sygeplejersker i forskellige ansættelsesområder. De fem områder med højest og lavest score.



her, at selv store og sammensatte områder ligger meget langt fra hinanden med hensyn til tillid. For eksempel er det tankevækkende, at gennemsnittet for forsorg/fængsel ligger helt nede på 55,7 point. Det betyder jo, at der inden for dette område må ligge en hel del arbejdspladser med et *endnu* lavere niveau. Kun en særlig kortlægning kan vise, hvor galt det står til.

7.2 RETFÆRDIGHED PÅ ARBEJDSPLADSEN

Retfærdighed – eller det lidt blødere begreb *fairness* – på arbejdspladsen handler først og fremmest om to ting:

- 1) *Fordelingsmæssig retfærdighed* (distributive justice). Hvordan er løn, forfremmelser, personalegoder, fyringer, anerkendelse og andre relevante forhold på arbejdspladsen fordelt?
- 2) *Procesretfærdighed* (procedural justice). Hvordan er processerne på arbejdspladsen? Går det ordentligt for sig? Overholdes skrevne og uskrevne regler? Tåler beslutningsprocesser dagens lys?

Begge dele er vigtige, men det, som overrasker mange, er nok, at de ansatte tillægger procesretfærdighed overordentlig stor betydning. Det er altså *ikke* nok, at det ender rigtigt – vejen til det rigtige

resultat skal være *ordentlig*, og alle skal kunne se hinanden i øjnene bagefter. I boks 7.1 vises nogle gode huskepunkter i forbindelse med procesretfærdighed. De fleste kan tilslutte sig disse simple punkter, men i dagligdagen sker der tit det, at de alligevel ikke bliver overholdt.

Boks 7.1 Procesretfærdighed

Allerede i 1980 formulerede den amerikanske forsker Leventhal nogle "regler" for procesretfærdighed. Der er ikke tale om nye eller udviklede punkter, men snarere regler, der burde gælde for al god ledelse og samarbejde. Ikke desto mindre "glemmer" man ofte disse simple regler.

Konsistens: Der skal være lige behandling af alle.

Involvering: De berørte skal høres og inddrages.

Respekt: Synspunkter skal behandles seriøst.

Synlighed: Beslutningsprocessen skal være gennemskuelig.

Forklaring: Det skal forklares, hvorfor beslutningen blev, som den blev, og hvilke konsekvenser den får.

Ankemulighed: Der skal være mulighed for anke og for omgørelse af unfair og forkerte beslutninger.

(Leventhal, 1980; Olesen et al, 2008, s. 115-116).

Retfærdighed blev belyst ved hjælp af to spørgsmål, som ses i tabel 7.2. Som det ses, ligger niveauet lidt lavere end for tillid, idet den gennemsnitlige score er på knap 60 point. Specielt ser det ud til at knibe med at få løst konflikter på en retfærdig måde. Her er det mindre end halvdelen af svarpersonerne, der vælger de to mest positive svar. Igen ligger sygeplejerskerne meget tæt ved gennemsnittet for danske lønmodtagere.

De ti ansættelsesområder med særlig høj eller lav score for retfærdighed fremgår af figur 7.2. Forskellene er markante, men dog ikke helt så store som vi så vedrørende tillid. Der er påfaldende stor lighed mellem de områder, vi ser i figur 7.1 om tillid og i figur 7.2 om retfærdighed. I den gode ende er der hele fire gengangere: Socialpsykiatri, almen

praksis, kommunal forvaltning og "andet", og i den tunge ende er der også fire områder, der går igen: Skadestuer, psykiatriske afdelinger, forsorg/fængsel og medicinalindustri/patientorganisationer. Det ser altså ud til, at tillid og retfærdighed i meget høj grad følges ad, hvilket vi også har set i en række andre undersøgelser (Olesen et al, 2008).

7.3 SOCIAL KAPITAL: TILLID OG RETFÆRDIGHED SET UNDER ÉT

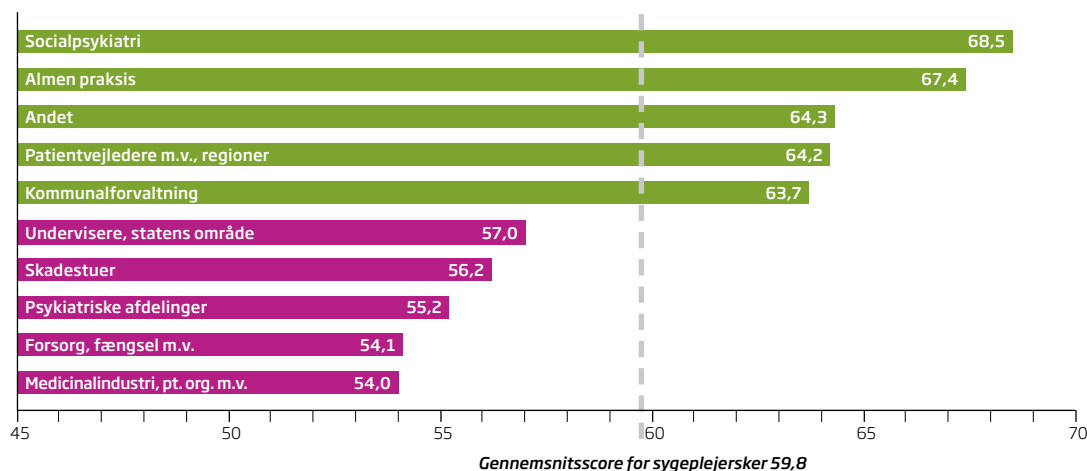
I figur 7.3 ser vi så det samlede billede, når vi betragter de to dimensioner ved social kapital på én gang. Her ses det tydeligt, at vi har fire områder, der ligger i top, fire andre med en dårlig placering og fire, der indtager forskellige mellempositioner. I denne figur begrænser vi os stadig til de områder,

Tabel 7.2 Retfærdighed blev belyst ved hjælp af to spørgsmål, som blev besvaret således af sygeplejerskerne.

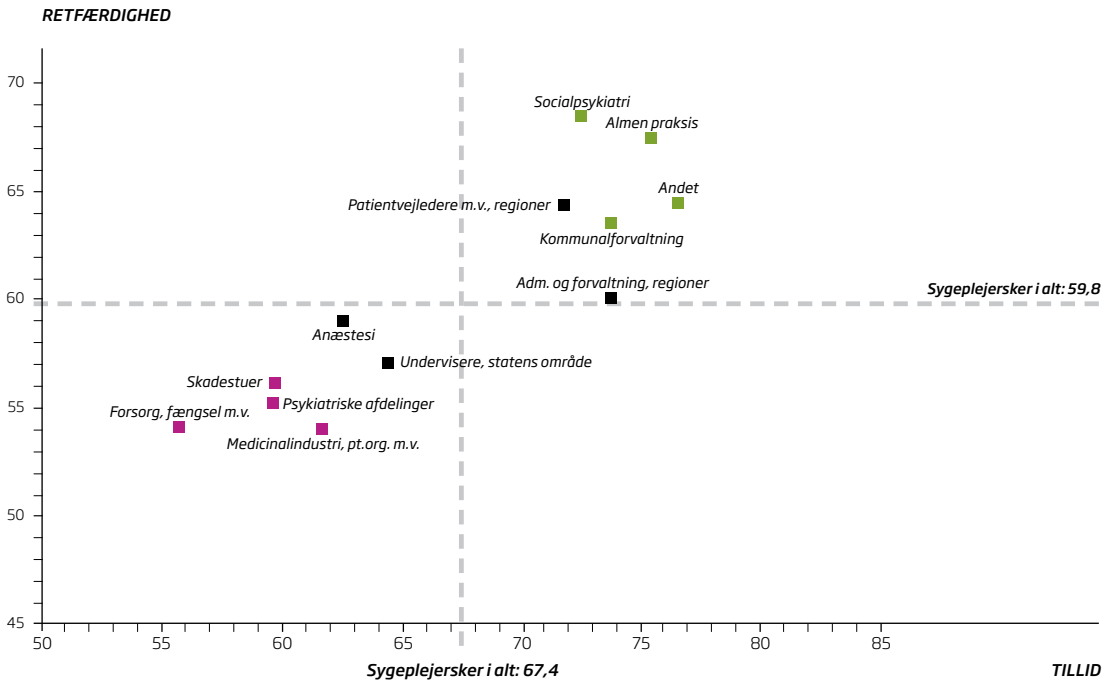
SPØRGSMÅL:	I meget høj grad %	I høj grad %	Delvist %	I ringe grad %	I meget ringe grad %
Bliver konflikter løst på en retfærdig måde?	6,5	36,9	42,8	10,6	3,3
Bliver arbejdsopgaverne fordelt på en retfærdig måde?	6,0	42,8	43,0	6,6	1,6

Score for retfærdighed på arbejdspladsen: **59,8 point**. Landsgennemsnittet i NFA's undersøgelse fra 2005 var **59,5 point**. Forklaring: Se bilag 2.

Figur 7.2 Score for retfærdighed hos sygeplejersker i forskellige ansættelsesområder. De fem områder med højest og lavest score.



Figur 7.3 Tillid og retfærdighed. De 12 områder, der ligger enten særlig højt eller særlig lavt på de to dimensioner.



der ligger særlig højt eller lavt på mindst en af de to dimensioner. De øvrige ansættelsesområder "klumper sig sammen" omkring gennemsnittet for sygeplejerskerne.

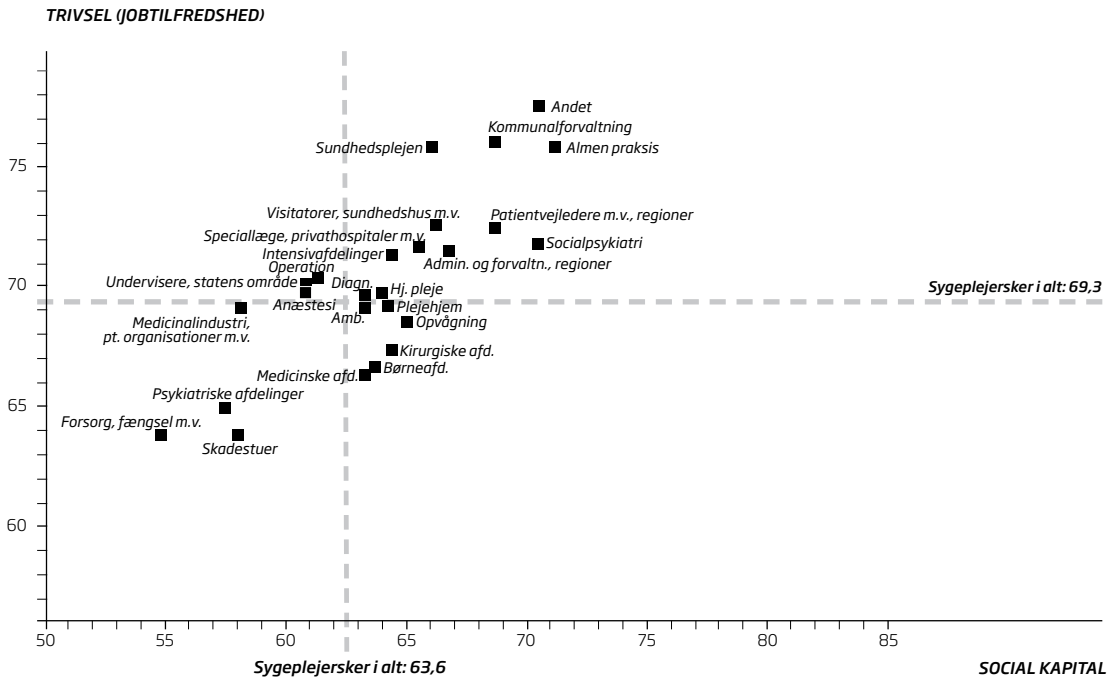
Forskningen om social kapital viser, at arbejdspladser med høj social kapital har høj trivsel, (Kristensen, 2010). Det er derfor rimeligt at se på, om dette også skulle gælde for de områder, som vi belyser her. (Et ansættelsesområde er som sagt ikke det samme som en arbejdsplads, men det er alligevel rimeligt at forvente en vis sammenhæng).

I figur 7.4 har vi benyttet gennemsnittet for tillid og retfærdighed som et *samlet* mål for den sociale kapital, og vi ser så på, hvordan sammenhængen er med scoren for *jobtilfredshed*, som er det bedste mål for "trivsel" i undersøgelsen. Som det ses, er der en meget klar sammenhæng mellem social ka-

pital og trivsel. Tre områder har både lav social kapital og lav trivsel, nemlig forsorg/fængsel, psykiatriske afdelinger og skadestuerne. I den modsatte ende med både høj social kapital og trivsel finder vi den kommunale forvaltning, almen praksis og "andet". Socialpsykiatrien har også høj social kapital, men den ligger ikke i toppen, hvad trivsel angår.

I betragtning af hvor brede og sammensatte mange af ansættelsesområderne er, er det overraskende, at figur 7.4 viser så klart et billede. Dette illustrerer, hvor vigtig en faktor virksomhedens sociale kapital er for de ansattes trivsel. Bag hvert af punkterne i figuren gemmer der sig en lang række konkrete arbejdspladser, og talrige undersøgelser har vist, at de har meget forskellig social kapital. Resultaterne i figur 7.4 bør altså følges op af lokale kortlægninger, hvor der anvendes valide mål for både social kapital og trivsel. Men på det overordnede plan er der al-

Figur 7.4 Sammenhængen mellem social kapital og trivsel. Alle undersøgte ansættelsesområder. (Gennemsnitsscorer for hvert område).



ligevel grund til at pointere, at denne analyse har påvist nogle risikogrupper, hvor handling er nødvendig. Her tænkes først og fremmest på forsorg/fængsler, skadestuer og psykiatriske afdelinger.

7.4 KONKLUSIONER OG PERSPEKTIVER

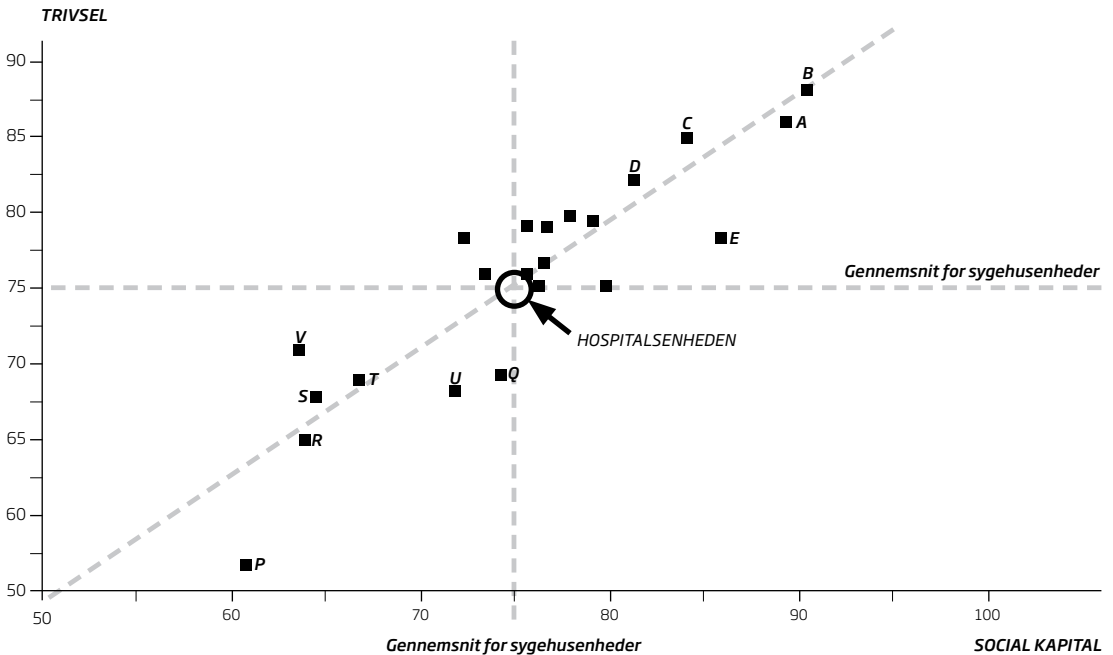
Vi har i dette kapitel set, at sygeplejerskerne *gennemsnitligt* ligger på niveau med danske lønmodtagere, når det gælder virksomhedens sociale kapital. Men et gennemsnit kan som bekendt være en lumsk størrelse. Hvis man sidder med den ene fod i 90 grader varmt vand og den anden i isvand, så har fødderne det gennemsnitligt godt, men sådan føles det ikke! Gennemsnittet dækker da også her over betydelige forskelle. Forskellen på forsorg/fængsel i den ene ende og almen praksis i den anden er på næsten 20 point på den skala, der benyttes til at måle social kapital, hvilket er virkelig

meget, når man tænker på, at en forskel på cirka 5 point kan mærkes af den enkelte sygeplejerske.

Vi ved fra litteraturen, at social kapital i sundhedssektoren hænger sammen med mange forskellige forhold, herunder de ansattes trivsel, sygefraværet, kvalitet, produktivitet og patienttilfredshed (Gittell, 2012; Skinner et al, 2009). Vi har i dette kapitel set, at der også blandt danske sygeplejersker er en klar sammenhæng mellem social kapital og trivsel.

Når man studerer sammenhængen, som den ser ud i figur 7.4, skal man blot være klar over, at der her er tale om en klar *underdrivelse* af sammenhængens styrke, idet "ansættelsesområder" jo er nogle meget brede kategorier. I figur 7.5 bringes et eksempel fra en af de mange kortlægninger, der foretages i disse år rundt omkring på sygehusene. Her ser vi, hvordan trivselen i en række sygehusafdelinger hænger

Figur 7.5 Social kapital og trivsel i afdelinger under en hospitalsenhed (ekstern figur)



I denne kortlægning er der anvendt nogle spørgsmål, der ikke er helt de samme som dem, der er anvendt i denne undersøgelse. Man kan derfor ikke direkte sammenligne den score, afdelingerne har, med scoren i nærværende undersøgelse

sammen med disse afdelingers sociale kapital. Dette billede ligner meget det, som er fundet på mange andre sygehuse. Som det fremgår af figuren, er den sociale kapital på sygehusehedens afdelinger meget forskellig. Det er den lokale ledelse og samarbejde, der gør forskellen. Og som det også fremgår, er sammenhængen mellem trivsel og social kapital meget klar. Her er der en forskel på cirka 30 point mellem top og bund, selv om der er tale om afdelinger under samme topledelse. Kortlægninger som denne demonstrerer, hvor stor betydning det har for alle faggrupper – herunder sygeplejerskerne – hvilken afdeling eller område, man ansættes på.

Hvis beslutningstagere og ledere i sundhedssektoren ønsker at forbedre de ansattes trivsel og sundhed og samtidig øge produktivitet og kvalitet, kommer man ikke uden om at satse på at øge den sociale kapital. Dette gøres ikke ved generelle tiltag

i hele sektoren, men gennem målrettede indsatser på de arbejdspladser, der har "ondt i den sociale kapital", og dem er der mange af. I boks 7.2 ses for eksempel et nødråb fra en sygeplejerske på en afdeling med lav social kapital.

Parterne inden for sektoren har i 2010 givet hinanden håndslag på, at de i fællesskab vil arbejde for at øge den sociale kapital (boks 7.3). Sådanne aftaler risikerer let at gå i glemmebogen, hvis de ikke til stadighed følges op af målrettede initiativer på de enkelte arbejdspladser. Det er gratis at opbygge og styrke den sociale kapital, men den kommer ikke af sig selv.

Boks 7.2 Et nødråb fra en sygeplejerske

Uddrag af en e-mail til forfatteren (tsk):

"Social kapital. Efter at være blevet en del af Regionen oplever vi svært bureaukrati og topstyring... som minder om stalinisme.... Der er konstante omstruktureringer og organisations-stress, og det er meget svært at se og mærke, hvem der på overordnet niveau tager ansvar for, at alle de store "supertankere" kommer godt og sikkert i mål til gavn for kerneydelsen. Selv om vi har gode og brugbare metoder, oplever vi, at alt skal genopfindes, og at vi skal ensrettes, og det skal komme top-down, og vi må kun det, de siger. Således er der ingen anerkendelse, mangel på opbygning af tillid p.g.a. manglende troværdig adfærd og manglende retfærdige processer osv. Håber, at du kan se, at dette fremgår af medsendte Trivselsrapporter".

Mail fra arbejdsmiljøkonsulent på sygehus. April, 2011.

Boks 7.3 Overordnet aftale om social kapital fra 2010

"Vi vil arbejde for, at fremtidens sundhedsvæsen er bygget på et fundament af gensidig tillid, dialog og anerkendelse på alle arbejdspladser og på alle niveauer"

Aftale om "Et stærkt offentligt sundhedsvæsen" udarbejdet af AC, FOA, FTF, Dansk Sygeplejeråd, Foreningen af Speciallæger, HK Kommunal, LO, Yngre Læger, KTO, Sundhedskartellet og Danske Regioner. Juni, 2010.



KAPITEL 8
**ANERKENDENDE
LEDELSE**

Ledelseskvalitet, respekt og anerkendelse

På en medicinsk afdeling på et stort sygehus havde nogle af de yngre medarbejdere i al fortrolighed givet en ældre overlæge et godt råd: "Du skal huske at rose medarbejderne en gang imellem! På en moderne arbejdsplads er det ikke nok at have regler og systemer. Folk skal helst føle sig anerkendt!". Overlægen var en venlig mand, som gerne ville gøre det godt, selv om sociale kompetencer ikke var hans stærke side. Han skrev en seddel, som han satte op på sin opslagstavle: "Husk at rose!". Som sagt, så gjort. I de følgende uger sørgede han for at rose nogen hver dag. Det var ikke let for ham, men det lykkedes i det store og hele. Efter nogen tid skete der imidlertid det, at han fik det modsatte råd: "Hold op med at rose!".

Overlægens daglige roser var ganske vist blevet et yndet samtaleemne, men den store bølge af anerkendelse gik alligevel galt. Problemet var ikke så meget, at medarbejdere blev rost i høje toner for at gøre det samme, som de altid havde gjort, men mere at de undertiden blev rost for ting, som andre havde gjort eller for ting, der slet ikke var rosværdige - med andre ord *skamros*.

Ledelse handler om at skabe resultater gennem andre mennesker - med andre ord om at få folk til at gøre noget, som de ellers ikke ville have gjort. Og i den forbindelse har der i de senere år været stor interesse for begrebet *anerkendende ledelse*. Men som overlægen opdagede, så er anerkendelse ikke det samme som ros. For eksempel er *skamros* udtryk for det modsatte af anerkendelse. Ved at rose handlinger, der reelt ikke er rosværdige, viser man nemlig hvor lave forventninger, man har til den pågældende. Anerkendelse handler i langt højere grad om at se, vurdere og acceptere en kollega som den, hun er. Man anerkender en ansat ved at give vedkommende en opgave, som måske ligger lige i overkanten af det, vedkommende har prøvet før. Og man anerkender en kollega ved at lytte til hen-

de, selv om man måske ikke bryder sig om det, der bliver sagt.

I dette kapitel fokuserer vi på anerkendende ledelse, således som emnet er belyst gennem sygeplejerskernes besvarelse af spørgemålene i de to dimensioner *anerkendelse* og *ledelseskvalitet*. Når man gør det, stikker man hovedet ned i en hvepserede, idet man ikke kan undgå at komme ind på nogle HR koncepter, der er meget i vælten i disse år, nemlig "*anerkendende ledelse*" og "*anerkendende tilgang*" (appreciative inquiry). (Se boks 8.1 og Haslebo & Lyndgaard, 2009 og 2012). Disse koncepter har i en årrække haft nærmest ikonlignende status i den offentlige sektor i Danmark, men har også i de sidste par år været udsat for skarp kritik (se fx Willig, 2012). Denne diskussion vender vi tilbage til i det afsluttende afsnit.

Som det fremgår af det følgende, er der et stort overlap mellem de to dimensioner, som vi ser på i dette kapitel. Først ser vi på anerkendelse i arbejdet og fokuserer i den forbindelse specielt på anerkendelse fra ledelsen. Og så ser vi på ledelseskvaliteten, hvor det er relationerne til de ansatte, der er i fokus. Vi forventer således, at de ansættelsesområder, der ligger højt på den ene af disse to dimensioner, også vil ligge højt på de anden.

8.1 ANERKENDELSE

Den tyske sociolog Johannes Siegrist udviklede i 1990'erne sin teori om såkaldt Effort-Reward-Imbalance, ERI (ubalance mellem indsats og belønning) (Siegrist, 2000). Hans udgangspunkt var, at manglende balance mellem indsats og belønning bliver opfattet som uretfærdigt af de ansatte, og at dette vil give anledning til stress, manglende engagement, højt fravær, hjertekarsygdom og meget andet. Denne model har - sammen med Karaseks krav-kontrol model - været den dominerende inden for forskningen om psykisk arbejdsmiljø i mange år.

Boks 8.1 Ni grundantagelser for anerkendende ledelse

1. *Organisationer er levende systemer, og ledelse er en relation.*

God ledelse bliver med det afsæet ikke et spørgsmål om, hvorvidt lederen besidder de rette egenskaber eller karaktertræk, men i stedet hvordan det lykkes ledere og medarbejdere i hele organisationen at fungere sammen og koordinere deres handlinger med succes.

2. *I ethvert samfund, enhver organisation og ethvert team er der noget, som fungerer.*

Ved at finde frem til det, der fungerer, kan vi bruge det som energikilde og inspiration til at få endnu mere til at fungere. I en organisation med højt sygefravær er der alligevel nogle medarbejdere, som kommer på arbejde. Hvad får dem til at komme?

3. *Det, vi fokuserer på, bliver vores virkelighed.*

Vi vælger selv vores fokus. Hvordan vi forstår verden såvel som en konkret situation, afhænger af hvad vi vælger at lægge mærke til.

4. *Sproget, vi bruger, skaber vores virkelighed og vores fortid, nutid og fremtid.*

Med andre ord betyder det, at ethvert medlem af organisationen er med til at skabe den fælles virkelighed gennem det sprog, de bruger om sig selv, deres leder, kollegerne og organisationen i det hele taget.

5. *Mange forskellige og samtidige virkelighedsopfattelser.*

Enhver position giver en udsigtspost. Vi har alle forskellige udkigsposter, så vi ser forskellige dele af en helhed afhængig af, hvor vi står i forhold til hinanden. Disse dele forsøger vi hver især at stykke sammen til en meningsfuld helhed eller sammenhæng. Det resulterer

i forskellige billeder og opfattelser af, hvad der er virkelighed.

6. *Forskelle er vigtige og værdifulde.*

I organisationer og team er der brug for mennesker med forskellige forcer – det kan være idéskaberen, gennemføreren, afslutteren, harmoniskaberen m.m.. Der er rig brug for alle, for at løse komplekse opgaver bedst muligt, og godt samarbejde kræver respekt og forståelse for forskelligheder.

7. *Enhver undersøgelse er en påvirkning.*

Undersøgelse og påvirkning sker samtidig, ikke som to tidsmæssigt adskilte processer. Vi kan ikke først undersøge for siden at beslutte os for et forandringstiltag, som så implementeres. Det er en sideløbende proces, hvor ethvert spørgsmål også er en påvirkning.

8. *Mennesker er mere trygge ved fremtiden (det ukendte), når de har noget af fortiden (det kendte) med sig.*

Når mennesker ikke får lov til at bevare noget af det, der er meningsfuldt og værdifuldt for dem, ender de med at holde så godt fast i det nuværende, at det fremtidige helt afvises. Det er på den måde, nogle kan komme til at fremstå som modstandere af forandring.

9. *Vi kan ikke fjerne problemer, men vi kan realisere ønsker.*

Ifølge David Cooperrider, der er ophavsmanden til den anerkendende tilgang, er der bag ethvert problem en frustreret drøm. Når vi oplever frustration eller skuffelse, er det fordi, vi havde håbet på noget bedre.

(Haslebo & Lyndgaard, 2009 og 2012).

I Siegrist's model er der tre former for belønning, der er relevante på en arbejdsplads: Løn, karriere og anerkendelse. ("Karriere" kan også være negativ i form af fyring eller degradering). Folk kan godt acceptere lav belønning i perioder, og det sker specielt i følgende situationer: 1) Hvis man ikke kan få andet arbejde. 2) Hvis man regner med at blive be-

lønnet senere. 3) Hvis man har et indre behov for at blive anerkendt for at "overpræstere". Dette personlighedstræk kalder Siegrist "overcommitment". I denne sammenhæng lader vi både løn og karriere ligge, selv om det naturligvis er væsentlige emner, og fokuserer på anerkendelsen.

Det siger sig selv, at en sygeplejerske kan blive anerkendt fra mange sider, fx studerende, kolleger, patienter, pårørende, ledere og samfundet i almindelighed. Her fokuseres som allerede nævnt på anerkendelsen fra *ledelsen*, hvilket fremgår af tabel 8.1.

Anerkendelse går her på to ting: Dels anerkendelse af arbejdsindsatsen og dels om man i almindelighed behandles retfærdigt. De to spørgsmål hænger nøje sammen, således at folk, der svarer positivt på det ene, i reglen også gør det på det andet. Som det ses, er der cirka 55-70 %, der anvender de to positive svarkategorier, mens 5-12 % anvender de negative. Den samlede score er næsten præcis den samme som for danske lønmodtagere i almindelighed, nemlig cirka 66 point.

Hvis vi ser nærmere på de forskellige ansættelsesområder, viser det sig, at der er ret stor variation, idet scoren går fra omkring 60 point i områderne forsorg/fængsel og skadestuer til knap 75 point i almen praksis og den kommunale forvaltning. Ingen af de store kliniske hospitalsområder er blandt områderne med høj anerkendelse (figur 8.1).

8.2 LEDELSESKVALITET

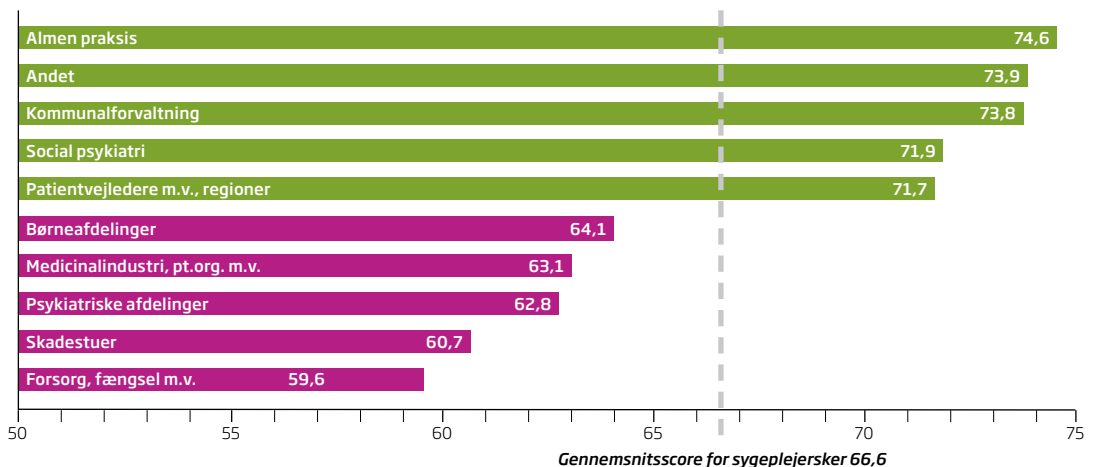
Med hensyn til ledelseskvalitet fokuseres der på den *nærmeste ledelse*, og dimensionen baseres på besvarelsen af fire spørgsmål, som det fremgår af tabel 8.2. Sygeplejerskerne er mest positive med hensyn til ledelsens prioritering af *trivslen*, mens det kniber mere med ledernes evner til at håndtere

Tabel 8.1 Anerkendelse i arbejdet blev målt ved hjælp af to spørgsmål, som blev besvaret således af sygeplejerskerne.

SPØRGSMÅL:	I meget høj grad %	I høj grad %	Delvist %	I ringe grad %	I meget ringe grad %
Bliver dit arbejde anerkendt og påskønnet af ledelsen?	13,9	42,3	31,9	9,1	2,8
Bliver du behandlet retfærdigt på din arbejdsplads?	14,4	53,1	27,4	3,9	1,1

Score for anerkendelse: **66,6 point**. Lands gennemsnit i NFA's undersøgelse fra 2005: **66,0 point**. Forklaring: Se bilag 2.

Figur 8.1 Score for anerkendelse hos sygeplejersker i forskellige ansættelsesområder. De fem områder med højest og lavest score.

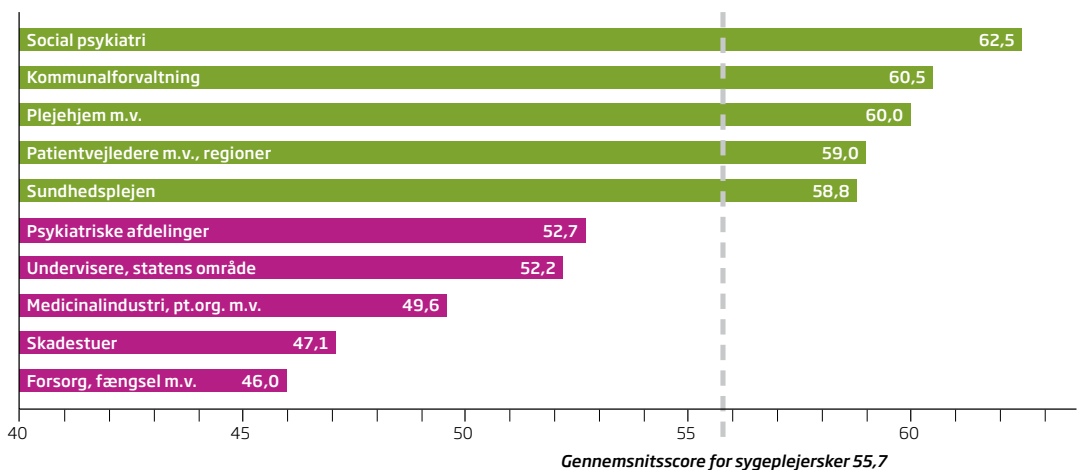


Tabel 8.2 Ledelseskvaliteten blev vurderet ved hjælp af fire spørgsmål, som blev besvaret således af sygeplejerskerne.

SPØRGSMÅL: I hvor høj grad kan man sige, at din nærmeste leder på din arbejdsplads....	I meget høj grad %	I høj grad %	Delvist %	I ringe grad %	I meget ringe grad %
- sørger for, at den enkelte medarbejder har gode udviklingsmuligheder?	7,7	32,7	41,4	14,3	3,9
- prioriterer trivslen på arbejdspladsen højt?	12,4	38,6	32,9	11,6	4,5
- er god til at planlægge arbejdet?	6,8	31,9	41,7	14,4	5,2
- er god til at løse konflikter	6,4	26,7	39,9	18,1	9,0

Score for ledelseskvalitet: **55,7 point**. Lands gennemsnit i NFA's undersøgelse fra 2005: **55,3 point**. Forklaring: Se bilag 2.

Figur 8.2 Score for ledelseskvalitet hos sygeplejersker i forskellige ansættelsesområder. De fem områder med højest og lavest score.



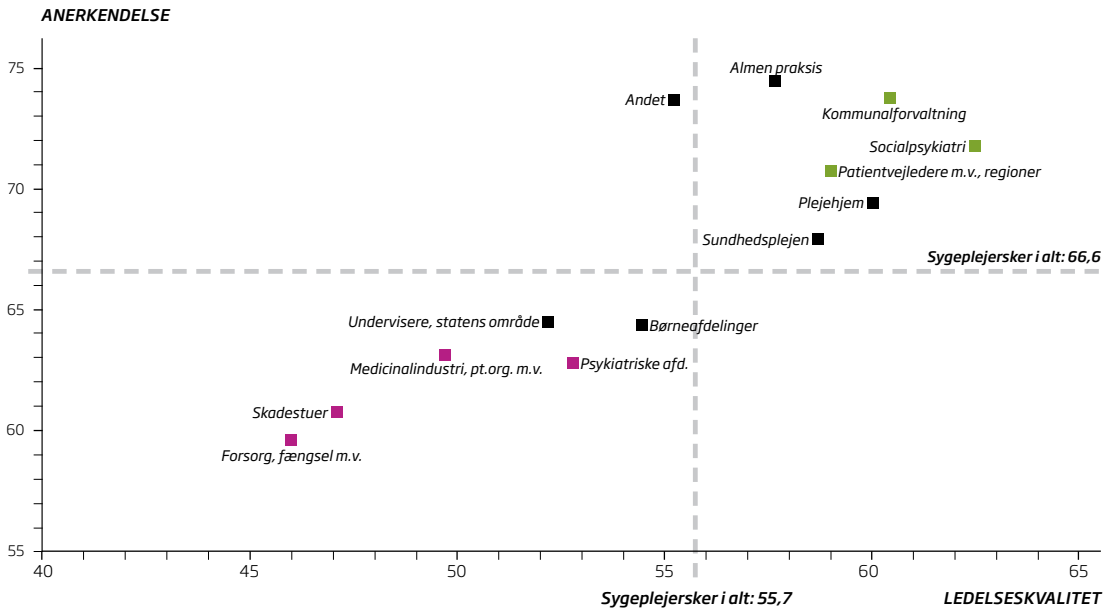
konflikter. På dette punkt anvender mere end hver fjerde sygeplejerske de to negative svarkategorier. Også med hensyn til ledelseskvalitet ligger den samlede score næsten præcist på niveauet for det nationale gennemsnit (ca. 55 point).

Den gennemsnitlige score for ledelseskvalitet går fra 46 point inden for forsorg/fængsel til over 60 point inden for tre *kommunale områder*: Plejhjem, forvaltning og social psykiatri (figur 8.2). Igen glimrer de store kliniske hospitalsområder ved deres fravær i den gode ende af spektret.

8.3 ANERKENDELSE OG LEDELSESKVALITET - ET SAMLET MØNSTER

I figur 8.3 ser vi så det samlede billede for anerkendelse og ledelseskvalitet. Som det fremgår, følges de to dimensioner ad, således at områder, der ligger højt på den ene, også ligger højt på den anden. Tre områder er især kendetegnet ved anerkendende ledelse, nemlig kommunal forvaltning, social psykiatri og patientvejledningen. Også sundhedsplejen, plejhjem og almen praksis er pænt placeret. Som allerede nævnt, er det bemærkelsesværdigt, at den kommunale sektor er så godt repræsenteret blandt områder med anerkendende ledelse.

Figur 8.3 Anerkendelse og ledelseskvalitet. De 13 områder, der ligger enten særlig højt eller særlig lavt på de to dimensioner.



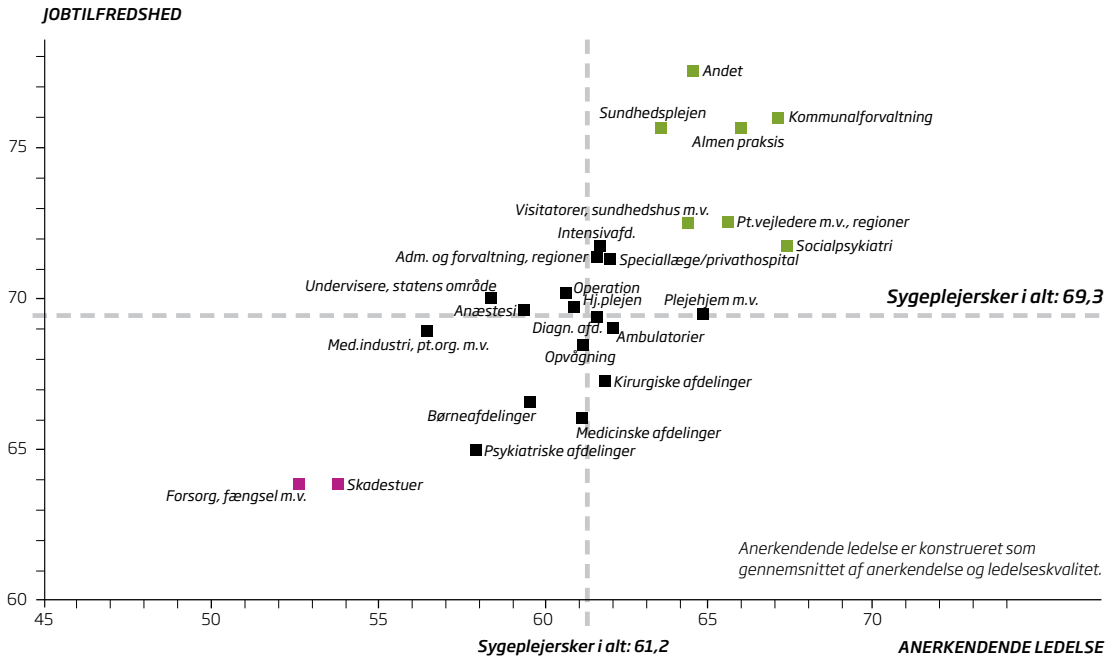
Fire områder ligger særlig lavt, nemlig forsorg/fængsel, skadestuer, medicinalindustri, patientorganisationer m.v. og psykiatriske afdelinger. Der er altså tale om to regionale, et statsligt og et privat område. Området forsorg/fængsel kan tjene som eksempel på et fænomen, som man ofte oplever i forbindelse med ledelseskvalitet og psykisk arbejdsmiljø. I boks 8.2 på næste side ses Kriminalforsorgens egne ledelsesprincipper, og en uddybende tekst, som pointerer, hvor vigtigt det er med anerkendende ledelse. Mange sektorer, organisationer og virksomheder har i dag sådanne principper, værdier, missioner osv., men eksemplet kan måske illustrere, at der undertiden kan være langt fra ord til handling.

I den nationale kortlægning af psykisk arbejdsmiljø fra 2005 lå fængselspersonale/politi også meget lavt med hensyn til ledelseskvalitet med en score på 45 point, hvilket er næsten det samme som de 46 point, som sygeplejerskerne på området scorer i dag. Selv om de to resultater naturligvis ikke er helt sammenlignelige, tyder meget på, at der her er en udfordring, som ikke løses ved at formulere principper

på papiret. I den offentlige sektor er både HR-afdelinger, kommunikationsfolk og eksterne konsulenter dygtige til at formulere velklingende principper, men for de ansatte er det handlinger, der tæller.

I litteraturen om ledelse og psykisk arbejdsmiljø er der meget evidens for, at netop god og anerkendende ledelse er en vigtig vej til trivsel blandt de ansatte (Hasle et al, 2010; Kristensen, 2010). Inden for de seneste fem år har vi oven i købet fået svenske forløbsundersøgelser, der viser, at ledelseskvaliteten ikke blot hænger sammen med sygefraværet, men også med risikoen for blodprop i hjertet (Nyberg et al, 2008 og 2009). I undersøgelsen af blodpropper kunne Anna Nyberg og hendes kolleger tilmed vise, at risikoen faldt i takt med antallet af år med god ledelseskvalitet. Hos ansatte med mindst fire år med god ledelseskvalitet var risikoen reduceret til det halve!

Figur 8.4 Sammenhængen mellem anerkendende ledelse og trivsel (jobtilfredshed) for alle de undersøgte ansættelsesområder.



Boks 8.2 Ledelse i Kriminalforsorgen

De otte ledelseskrav:

1. Du skal nå de fælles mål.
2. Du skal sikre respekt for beslutninger.
3. Du skal vise handlekraft.
4. Du skal motivere.
5. Du skal håndtere konflikter.
6. Du skal bruge kritik og fejl.
7. Du skal informere klart.
8. Du skal tænke på tværs af hele Kriminalforsorgen.

”Medarbejdernes oplevelse af, hvordan de bliver behandlet for at have gjort et godt stykke arbejde, er i høj grad dit ansvar. Oplever du, at en medarbejder uventet tager ansvar eller gør noget ekstraordinært, så gør andre opmærksomme på den gode historie - for eksempel i ledergruppen. Får vedkommende opmærksomhed og anerkendelse fra flere end dig, så signalerer det, at den gode indsats værdsættes. Samtidigt fungerer den gode historie som et eksempel for andre”.

(Kriminalforsorgen, 2009).

I denne sammenhæng er vi afskåret fra at se på egentlige sygdomme, men vi kan belyse, om vi også blandt sygeplejerskerne kan spore en sammenhæng mellem ledelseskvalitet og trivsel. Der er naturligvis tale om en ret grovmasket analyse, idet der inden for hvert ansættelsesområde udøves mange forskellige former for ledelse, men det er alligevel forsøget værd. Resultatet ses i figur 8.4, og det fremgår tydeligt, at undersøgelsen bekræfter sammenhængen mellem anerkendende ledelse og trivsel. Den vandrette akse i figuren viser et samlet mål for anerkendende ledelse (gennemsnittet af anerkendelse og ledelseskvalitet), mens trivslen måles ved hjælp af dimensionen jobtilfredshed. Som det ses, ligger de undersøgte områder i et bredt bælte fra nederste venstre hjørne til øverste højre. I den gode ende har vi nogle områder, som igen og igen stikker hovedet frem i denne rapport: Kommunalforvaltning, almen praksis, ”andet”, sundhedsplejen, visitatorer, social psykiatri og patientvejledere. Og i den tunge ende ser vi igen forsorg/fængsel og skadestuerne. Dette billede er stabilt og robust, hvilket øger troværdigheden.

8.4 SAMLEDE KONKLUSIONER OM ANERKENDE LEDELSE.

Som nævnt i indledningen til dette kapitel har "den anerkendende tilgang" været et dominerende paradigme inden for samarbejde og ledelse i den offentlige sektor i mange år. Udsagn som "bag hvert problem er der en frustreret drøm", "sproget skaber hvad det nævner", "det gælder om at fokusere på det, der virker, og så få mere af det" er typiske eksempler på denne ideologi.

Imidlertid har det vist sig, at den anerkendende tilgang har en række indbyggede tendenser til at undertrykke de ansatte og skjule mange store problemer med arbejdsmiljøet. En af de markante kritikere har været den danske sociolog Rasmus Willig, som direkte har talt om *positivitetsfascisme*. Han siger, at "der er tale om censur af, hvad der foregår på arbejdspladsen, når fokus og ord kun må være positive. Der er tale om censur og tilsidesættelse af faglige hensyn, når perspektivet kun må være anerkendende, og der er ydermere tale om censur af medarbejdernes identitet, når de ikke må udtrykke deres utilfredshed, men i stedet skal finde på positive ord for problematiske situationer" (Willig, 2012).

Et nærmere studium af de grundlæggende antagelser for anerkendende ledelse som de fremstilles i boks 8.1 på side 73 kan illustrere, hvordan den anerkendende tilgang kan gå galt i byen. Lad os blot se på nogle enkelte af antagelserne:

Den første antagelse pointerer, at ledelse er en relation. I den forbindelse gives der udtryk for, at det ikke er et spørgsmål om, hvorvidt lederen besidder de rette egenskaber eller karaktertræk. Dette er en meget tvivlsom antagelse, som dagligt modbevises på talrige arbejdspladser. I ATP, som i årevis har været blandt "Danmarks bedste arbejdspladser", har man det *modsatte synspunkt*, nemlig at ledelse handler om sociale og psykologiske kompetencer, som grundlægges tidligt i et menneskes liv. Derfor handler det om at "hire for attitude and train for skills". Altså om at ansætte de rigtige ledere med menneskelige kompetencer og så lære dem de nødvendige faglige færdigheder hen ad vejen. Alt

for megen dårlig ledelse handler om, at der er ansat ledere, der aldrig skulle have været det.

Den anden antagelse handler om at fokusere på "det, som fungerer", og så sørge for at få noget mere af det. For eksempel skal man spørge dem, der går på arbejde hver dag, hvad der får dem til at komme. Vi ved, at cirka 20 % af de ansatte står for omkring 80 % af fraværet i Danmark. Hvordan det skulle hjælpe de 20 % at høre om, hvad der får andre til at gå på arbejde, er lidt af en gåde. Disse 20 % har jo netop en række problemer og udfordringer, som de andre ikke har.

Den fjerde antagelse i boks 8.1 siger, at sproget skaber den fælles virkelighed. Dette er måske den antagelse, der er mest tvivlsom af alle. Mobning på en arbejdsplads holder ikke op, blot fordi ingen taler om det. Ledelseskvalitet bliver ikke god, blot fordi man kalder den god. I praksis har den anerkendende tilgang udviklet sig til en slags nysprog, som vi kender fra totalitære samfund, hvor bestemte udtryk er tilladte, mens andre ikke er. Et særlig markant eksempel på dette nysprog er den meget udbredte anvendelse af ordet "udfordringer", som næsten har erstattet det gode danske ord "problem". Problem betyder, at man har en opgave som skal løses, og det er netop det, der er tilfældet.

Måske er svaret på dette område – som på så mange andre – at det gælder om at lære af den anerkendende tilgang uden at gøre den til en ny religion. Et eksempel herpå ser vi i boks 8.3, som handler om fremadrettet problemløsning. Med udgangspunkt i Gittell's teorier (2012) argumenteres der her for en *fremadrettet* strategi for konfliktløsning. Der er ikke noget forbud mod at snakke om problemer eller konflikter, men formålet skal være at finde konstruktive *løsninger* – ikke i at finde skyldige eller i løftede pegefingre. Det er netop denne indfaldsvinkel, der var grundlaget for et succesrigt projekt om social kapital på Borholms Hospital, hvor et af de anvendte slogans var "*tæm trælskerne*". Men andre ord: Lad os ikke skjule de trælse ting, men få dem frem og så gøre noget ved dem i fællesskab (Goldschmidt, 2012).

Det er præcis en sådan afbalanceret tilgang til begrebet anerkendende ledelse, der bliver anbefalet af Nissen i hans bog om ledelse i den offentlige sektor (boks 8.4). Som han skriver: "Selv om man ikke skal fornægte problemer og nederlag, så skal man ikke trampe så meget rundt i det, at det ender i kollektivt mismod. Omvendt skal man italesætte sine fælles sejre og fejre dem."

Sundhedssektorens arbejdspladser er ikke lette at lede. Det hænger sammen med en række forhold, som er indgående diskuteret i mange forskellige sammenhænge: 1) Den voldsomme offentlige og politiske interesse i sundhedsvæsenets funktion og kvalitet. 2) Det store antal faggrupper med hver deres professionelle identitet og faglige paradigme. 3) Det klassiske dilemma mellem profession og management (Jespersen, 2005; Nissen, 2011; Albertsen, 2012; Danske Regioner, 2012). Resultaterne i dette kapitel samt kapitlet om social kapital kunne tyde på, at ledelse baseret på anerkendelse, tillid og respekt er en helt afgørende nøglefaktor, og at der mange steder er store muligheder for forbedringer. For at nu udtrykke det anerkendende.

Boks 8.3 Fremadrettet problemløsning

"Lær at løse konflikter"

På afdelings-, afsnits- eller teamniveau kan konflikter ofte ses som indikatorer for, at noget i systemet eller i processen omkring kerneopgaven ikke fungerer optimalt. Skal konflikten løses, er det vigtigt at holde fokus på løsningen af det aktuelle problem; ikke på placeringen af skyld. En fingerpegende kultur kan både føre til, at problemer og fejl skjules, så organisationen ikke får mulighed for at lære nyt og udvikle praksis, og til at konflikter bliver personlige frem for faglige. Den lokale ledelse spiller en central rolle, når den problemløsende og ikke fingerpegende kultur skal skabes. Formelle procedurer og politikker for håndtering af konflikter, f.eks. konfliktmægling, kan også bidrage til udviklingen af konstruktiv og proaktiv konflikt håndtering".

(Albertsen et al, 2012, s. 95).

Boks 8.4 Om den anerkendende tilgang

"Afslutningsvis skal det nævnes, at den såkaldte *anerkendende tilgang* til ledelsesarbejdet skal anvendes med stor omhu. På den ene side viser al erfaring, at det er langt mere virkningsfuldt at rose en rigtig handling end at skælde ud over en forkert. På den anden side må rosen ikke blive rituel. Den skal kun gives, når det er berettiget. Og hvis der sker fejl, skal de naturligvis påpeges og rettes. Også derfor er det vigtigt at give medarbejderne opgaver, som på én og samme gang er en udviklende udfordring for dem, og som de - med nødvendig bistand - har reel mulighed for at løse. Sat lidt på spidsen kan man sige, at hvis man som leder ikke kan finde noget at rose sine medarbejdere for, så er det ens egen fejl.

Den positive effekt af ros og tvivlsomme virkning af kritik gælder i øvrigt også kollektivt. Selv om man ikke skal fornægte problemer og nederlag, så skal man ikke trampe så meget rundt i det, at det ender i kollektivt mismod. Omvendt skal man italesætte sine fælles sejre og fejre dem. Medarbejdere og ledere kan faktisk i fællesskab have held med at tale en organisation op i en positiv spiral til bedre præstationer og mere trivsel. Og det smitter næsten altid af på omgivelserne, især hvis man gør en aktiv indsats for det".

(Nissen, 2011, s. 178).



KAPITEL 9
**PSYKISK
VELBEFINDENDE**

Stress og udbrændthed

I dette kapitel ser vi nærmere på to vigtige aspekter ved sygeplejerskernes psykiske velbefindende, nemlig stress og udbrændthed. Begge disse begreber bruges både i dagligsproget og i forskningsmæssige sammenhænge. Derfor er det nok en god idé at starte kapitlet med lidt begrebsafklaring.

Stress i den moderne betydning af ordet blev introduceret af amerikaneren Cannon helt tilbage i 1929 (Cannon, 1929), men det er først og fremmest den canadiske læge Seley, der gennem en livslang indsats gjorde begrebet kendt i brede kredse (Seley, 1956). I Skandinavien var det to svenskere - Marianne Frankenhaeuser og Lennart Levy - der satte dagsordenen på området, hvilket skete fra 1960 og frem. I Danmark blev begrebet stress introduceret i forskningsmæssig sammenhæng ret sent, nemlig i 1986 (Netterstrøm & Kristensen, 1986).

Der har aldrig været enighed om, hvordan begrebet stress bør defineres. Helt grundlæggende har man somme tider defineret stress som en *påvirkning* og til andre tider som en *reaktion* på denne påvirkning. I Danmark har der dog været nogenlunde enighed om at definere stress som en "*individtilstand, som er karakteriseret ved kombinationen af ulyst og anspændthed (arousal)*" (Netterstrøm & Kristensen, 1986). I forlængelse heraf bruges betegnelsen *stressor* (eller stressbelastning) om de faktorer, som øger risikoen for stress hos individet. Stress hos mennesker kan måles på tre måder: Dels kan man måle den *oplevede stress* ved hjælp af spørgeskemaer, dels se på *fysiologiske indikatorer* (fx adrenalin) og dels registrere stressrelateret *adfærd* (fx brug af psykofarmaka). I denne sammenhæng fokuserer vi på den oplevede stress.

En helt grundlæggende diskussion gennem alle årene har været, om stress først og fremmest hænger sammen med "hvordan vi har det eller hvordan vi ta'r det" (Kristensen, 2007). Det ene

synspunkt går ud på, at hvis vi skal reducere stress, skal vi se på de forhold i *omgivelserne*, der øger stress hos de udsatte. Altså på stressorerne. Det andet synspunkt fokuserer på individets måde at *tackle* belastningerne på. Man siger, at der altid har været og altid vil være stressbelastninger. Derfor skal vi øge individets evne til at *cope*, dvs. den måde man opfatter, reagerer og handler, når man møder en udfordring. (Allerede det at tale om udfordring i stedet for belastning udgør i sig selv en form for coping!). I stressforskningen har der været en stærk tendens til, at den første tilgang har været den dominerende i Skandinavien, mens den anden har domineret i den amerikanske tilgang.

Selv om det lyder kedeligt, kan man ikke komme uden om, at begge synspunkter har deres berettigelse: Når ti mennesker udsættes for den samme belastning, så vil nogle af dem få stress og muligvis bryde sammen, mens andre vil være upåvirkede og atter andre vil trives med udfordringen. Den enkeltes ressourcer og personlighed gør forskellen. Men det er også rigtigt, at en lang række belastninger alt andet lige vil øge stressniveauet hos dem, der udsættes for dem.

I denne rapport, som handler om arbejdsmiljø, vil vi fokusere på de dimensioner, som vi ved har betydning for de ansattes stressniveau. Som allerede nævnt i kapitel 2, kalder vi dem i Danmark for "*de seks guldgruber*". Mange års forskning har vist, at der er øget risiko for stress og udbrændthed, hvis man er belastet på disse dimensioner. Effekterne ser ud til at finde sted hos de ansatte uanset branche, køn, alder og nationalitet. De seks guldgruber er *indflydelse, mening, forudsigelighed, social støtte, anerkendelse og krav*. Stress opstår, når de fem første guldgruber er for lave, mens kravene er for høje. (I teorien kan krav også være for lave, men den situation er meget sjældent hos sygeplejersker!). Omvendt vil en situation med høj indflydelse, høj mening, høj

forudsigelighed, høj social støtte, høj anerkendelse og passende krav være vejen til psykisk sundhed og personlig vækst og udvikling (Kristensen, 2007).

Mens stressbegrebet opstod i mellemkrigstiden, så skulle vi helt op til midten af 1970'erne før begrebet *udbrændthed* blev introduceret i dets nuværende betydning. Pionererne var Freudenberg (1974) og Maslach (1976), som begge havde observeret, at frivillige, der arbejdede med socialt udsatte borgere, havde udviklet begrebet *burn-out* om en tilstand, hvor *batteriet var fladt*, og hvor de ikke orkede mere. Ofte havde de frivillige også udviklet en distancerende holdning til klienterne, idet de følte, at de blev ved med at give og ikke fik noget tilbage.

Da Maslach indsendte sin første artikel, fik hun at vide, at burnout var et pop-begreb, og at ordentlige tidsskrifter skam ikke bragte artikler om den slags. Det lykkedes hende dog at få artiklen publiceret, og man må sige, at den vakte interesse. Begrebet burnout spredte sig hurtigt over hele verden – både inden for forskningen og hos "almindelige mennesker". I dag er der over 40.000.000 hits på Google, når man taster burnout, og på Google Scholar får man ikke mindre end 322.000 videnskabelige artikler! En fuldstændig utrolig succes.

Mens stressbegrebet er blevet anvendt og formet af mange forskellige personer, så er begrebet udbrændthed stort set defineret og italesat af kun én person, nemlig Maslach. Det er også hendes spørgeskema, Maslach Burnout Inventory (MBI), der er anvendt i over 90 % af undersøgelserne på feltet. Dette har to vigtige konsekvenser. For det første er det blevet almindeligt anerkendt, at burnout har tre komponenter: Udmattelse, depersonalisering

(kynisme i relation til patienterne) og reduceret præstationsevne. Og for det andet, at burnout hænger specielt sammen med at arbejde med mennesker. Maslach beskrev direkte burnout som "the cost of caring".

Der er siden sat et stort spørgsmålstejn ved begge disse antagelser. For det første har det vist sig, at "man ikke behøver at være kynisk, fordi man er træt" (Söderfeldt, 1997), og for det andet viser forskningen, at det ikke kun er human service workers, der udvikler udbrændthed (Kalimo, 1998). Og selv blandt human service workers, som fx sygeplejersker, er der meget andet end det at arbejde med patienter, der giver udbrændthed. Måske er netop patienterne med til at give mening i arbejdet! (Kristensen et al, 2005).

I det følgende er analyserne af udbrændthed ikke baseret på Maslach's skema, men på et spørgeskema (Copenhagen Burnout Inventory), der blev udviklet i Danmark i forbindelse med det såkaldte PUMA-projekt, som handlede om udbrændthed i en række sektorer, herunder hospitaler (Borritz, 2006).

9.1 STRESS

I kortlægningen af sygeplejerskernes arbejdsmiljø blev stress målt ved hjælp af et enkelt og ret simpelt spørgsmål. Svarfordelingen fremgår af tabel 9.1.

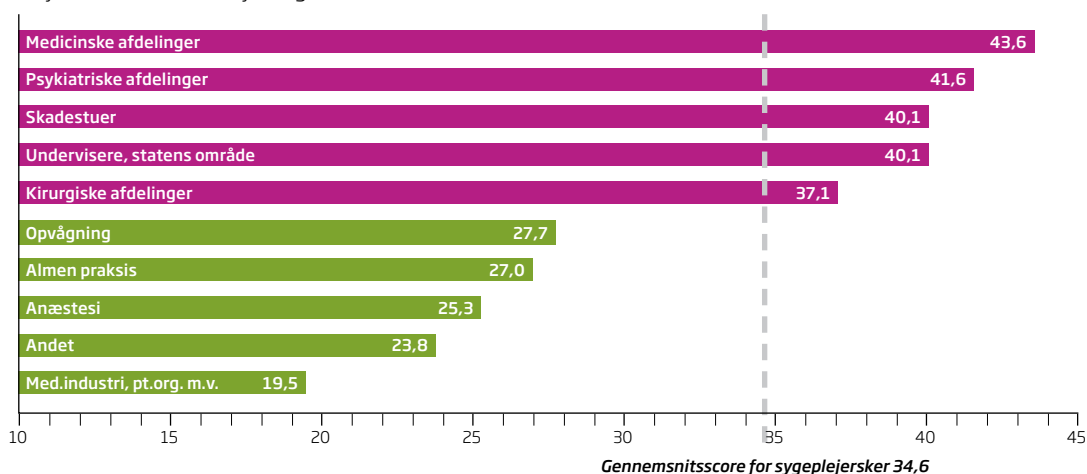
Det fremgår af tabellen, at knap 15 % af sygeplejerskerne angiver at have været stressede hele tiden eller en stor del af tiden inden for de sidste fire uger. En nogenlunde lige så stor andel angiver slet ikke at have været stressede. Andelen på 15 % stressede kan sammenlignes med den andel, som

Tabel 9.1 Stress blev målt ved hjælp af et enkelt spørgsmål, som blev besvaret således af sygeplejerskerne.

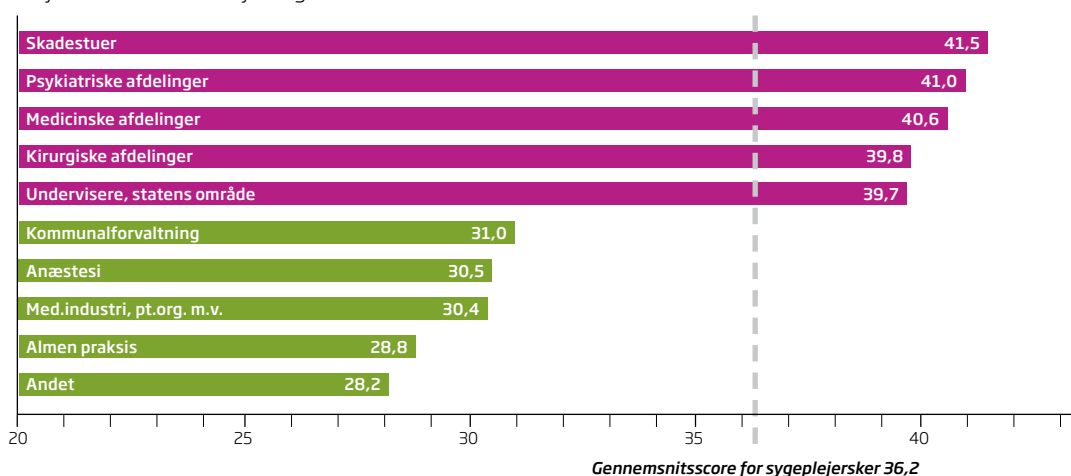
	Hele tiden	En stor del af tiden	En del af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
SPØRGSMÅL:	%	%	%	%	%
Hvor tit har du inden for de sidste 4 uger været stresset?	1,4	13,2	25,2	42,9	17,4

Gennemsnitsscoren for sygeplejerskerne er: **34,6 point**. Forklaring: Se bilag 2.

Figur 9.1 Score for stress hos sygeplejersker i forskellige ansættelsesområder.
De fem områder med højest og lavest score.



Figur 9.2 Score for udbrændthed hos sygeplejersker i forskellige ansættelsesområder.
De fem områder med højest og lavest score.



Statens Institut for Folkesundhed har fundet hos voksne danskere siden 1987. I periode fra 1987 til 2010 steg andelen "ofte" stressede fra 6,2 % til 12,6 %. (9,8 % hos mændene og 15,3% hos kvinderne). Den højeste andel var hos kvinder i alderen 25-34 år, hvor 18,8 % var stressede. Så alt i alt ligger niveauet for sygeplejerskerne meget tæt ved det niveau, man skulle forvente.

I figur 9.1 ser vi den gennemsnitlige score for stress i de ansættelsesområder, der ligger højest og lavest. Som det fremgår, er der stor forskel på top og bund på dette felt, idet gruppen med den højeste score - medicinske afdelinger - ligger næsten 25 point højere end gruppen med den laveste score, som er medicinalindustri og patientorganisationer. Dette er en voldsom forskel i lyset af, at en forskel på kun 5 point kan "mærkes" af den enkelte.

9.2 UDBRÆNDTHED

Udbrændthed blev – som nævnt – målt ved hjælp af en af skalaerne fra Copenhagen Burnout Inventory, nemlig skalaen for "Arbejdsrelateret udbrændthed". Denne skala forudsætter ikke, at man arbejder med patienter, men kan besvares af alle, der er i arbejde. Skalaen består af syv spørgsmål, og svarfordelingerne for sygeplejerskerne fremgår af tabel 9.2.

Som det fremgår, er der cirka 7 %, som i (meget) høj grad føler sig udbrændte. Cirka hver femte sygeplejerske er udkørt, når arbejdsdagen er slut, men dette er ikke i sig selv nok til at være udbrændt. Det egentlige problem opstår, når man ikke føler sig udhvilet *om morgenen*, hvilket gælder for cirka 6 %. Alt i alt ser det således ud til, at omkring 7 % af sygeplejerskerne er "oppe i det røde felt", hvor der er behov for at gøre noget. Dertil kommer yderligere cirka 18 %, som svarer "delvist" og hermed er i risiko for en negativ udvikling.

Den samlede score for sygeplejerskerne er 36,2. Denne score kan sammenlignes med de grupper, der blev studeret i PUMA-projektet, hvor den højeste score blev fundet hos jordemødrene (43,5 point) og den laveste hos hjemmehjælpere i provinsen (26,4 point). I PUMA-projektet scorede sy-

geplejerskerne 35,0 point, hvilket er meget tæt ved scoren i denne undersøgelse.

I figur 9.2 ser vi hvilke ansættelsesområder, der ligger specielt højt eller lavt, hvad angår udbrændthed. Det er slående, at de fem områder, der ligger højest, er *præcis de samme*, der ligger højest med hensyn til stress. Dette illustrerer en vigtig pointe, nemlig at stress og udbrændthed følges ad. Dette understreges også af de statistiske analyser, hvor vi finder en meget høj sammenhæng mellem de to tilstande. En del mennesker har den opfattelse, at stress (hvor man er "oppe på de høje nagler") og udbrændthed (hvor man er træt og udmattet) på en eller anden måde er to helt *forskellige* ting. Dette er imidlertid ikke tilfældet, og hovedforklaringen er *søvn*. Problemet for stressede personer er ofte, at de både sover for *lidt* og sover for *dårligt*. Derfor er de ikke udhvilede, når de starter på en ny dag, og stress og udbrændthed bliver to sider af samme sag.

Figur 9.2 viser også, at der er gengangere i den gode ende: Fire områder har både lav stress og lav udbrændthed, nemlig almen praksis, anæstesi, medicinalindustri/patientorganisationer og "andet". Også dette understreger, at stress og udbrændthed går hånd i hånd.

Tabel 9.2 Udbrændthed blev belyst ved hjælp af syv spørgsmål, som blev besvaret på følgende måde.

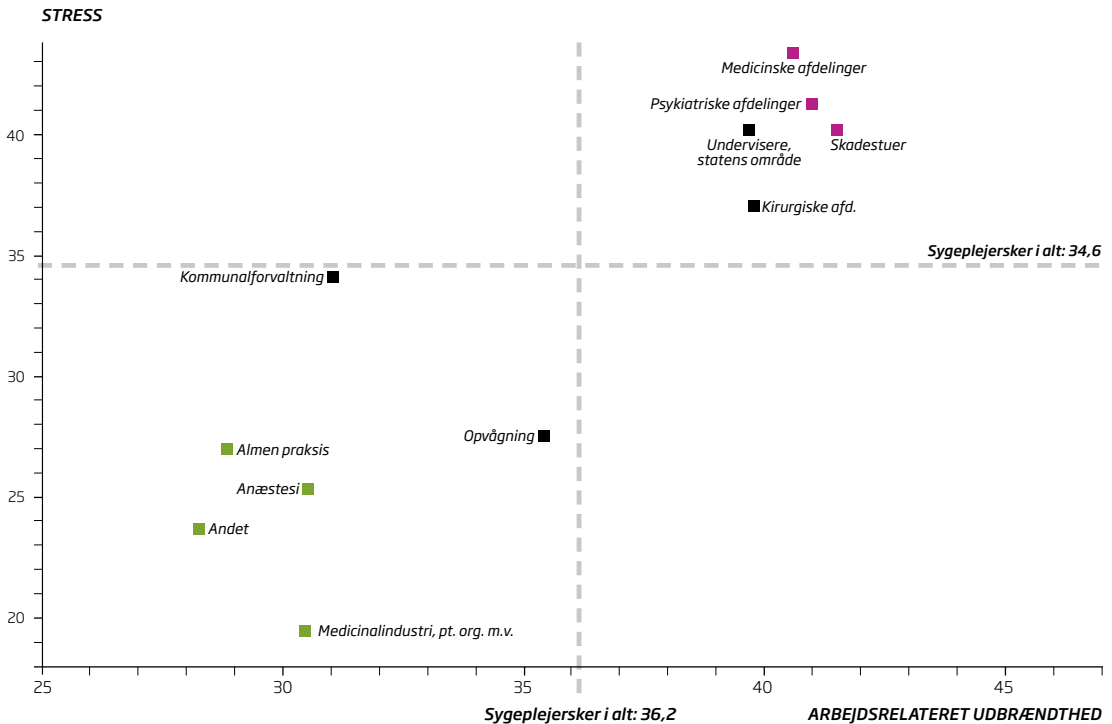
SPØRGSMÅL:	I meget høj grad %	I høj grad %	Delvist %	I ringe grad %	I meget ringe grad %
Udmatter dit arbejde dig følelsesmæssigt?	2,6	10,6	34,5	36,0	16,3
Føler du dig frustreret af dit arbejde?	3,1	10,8	32,2	38,0	15,8
Føler du dig udbrændt på grund af dit arbejde?	1,6	5,5	17,8	40,3	34,9

SPØRGSMÅL:	Altid %	Ofte %	Somme tider %	Sjældent %	Aldrig/ Næsten aldrig %
Føler du, at hver en time er en belastning for dig, når du er på arbejde?	0,2	1,8	10,2	34,2	53,7
Er du udmattet om morgenen ved tanken om endnu en dag på arbejde?	0,5	5,0	21,0	34,8	38,7
Føler du dig udkørt, når arbejdsdagen er slut?	2,7	18,7	46,4	23,7	8,5
Har du overskud til at være sammen med familie og venner i fritiden?	18,8	50,1	26,3	3,8	1,0

Samlet score for udbrændthed: **36,2**. (Omvendt score for det sidste spørgsmål). Den anvendte skala er skalaen for "Arbejdsrelateret udbrændthed" eller "Work-related burnout", som er en del af Copenhagen Burnout Inventory (Kristensen et al, 2005). Forklaring: Se bilag 2.

Figur 9.3 Stress og udbændthed.

De 11 områder, der ligger enten særlig højt eller særlig lavt på de to dimensioner.



9.3 STRESS OG UDBRÆNDTHED - DET SAMLEDE BILLEDE

I figur 9.3 ser vi så det samlede billede, når vi betragter stress og udbændthed under ét. Som det ses, er der tre områder, der især skiller sig ud med ringe psykisk velbefindende, nemlig medicinske afdelinger, psykiatriske afdelinger og skadestuer. Vi har her fået identificeret de tre *højrisikogrupper* inden for sygeplejerskernes område. I den modsatte ende har vi de allerede nævnte fire områder, som ligger lavt på begge de to dimensioner om psykisk velbefindende.

9.4 KONKLUSIONER OG PERSPEKTIVER

I den samfundsmæssige diskussion om stress og udbændthed hersker der temmelig stor usikkerhed og forvirring. På den ene side er der mange, der omtaler

de to tilstande som sygdomme, der skal anerkendes og give anledning til behandling og erstatning. Og på den anden side findes der talsmænd for det synspunkt, at disse tilstande er sociale konstruktioner, som dels skaber ofre og dels en enorm industri, som lever af at forske, skrive, coache, behandle, forsvare osv. osv. (Se fx Wainwright & Calnan, 2002).

Hvis man skal forsøge at finde balancen i denne diskussion, er det vigtigt at slå fast, at hverken stress eller udbændthed er sygdomme, og at der er glidende overgange mellem de lette og de svære tilfælde. Det er altså ikke muligt, at tegne en streg i sandet, som fx adskiller de stressede fra de ikke stressede. En anden vigtig pointe er, at det er vigtigt at se på *varigheden*. Ingen tager skade af at være stresset i kortere perioder. Den slags hører med til et normalt og afvekslende liv. Et liv uden stress vil mangle udfordringer, spænding og dynamik.

Boks 9.1 Sygeplejersker skrev dagbog.

For nogle år siden skrev 48 århusianske sygeplejersker dagbog. Alle 48 var ansat på medicinske afdelinger. Mange af dem fortalte om problemer med deres psykiske velbefindende. Her er nogle få eksempler.

"Jeg sidder efter denne arbejdsdag med stressbankende hjerte, føler mig i disse uger kronisk træt, da der som oftest er meget travlt - mange dårlige patienter, mange studerende, unge kolleger og unge læger, som jeg skal tage mig af ud over patienterne. Derudover det løse med kimende telefoner med pårørende og diverse andre afdelinger".

"Det har været en spændende og lærerig dag. Dog samtidigt stressende pga. travlhed og de opgaver, som blev givet videre til mig (minus vejledning). Det gode humør og overskuddet hos sygeplejersken har gjort dagen positiv og mindre stressende. Det hjælper virkelig, hvis man føler, at man har en sparringspartner og denne giver tid og rum til vejledning og evaluering. Jeg er træt efter sådan en dag, og jeg tænker meget på ting, som jeg eventuelt har glemt i travlhed".

"Normalt har jeg ikke problemer med mine led, men i den seneste tid har jeg af og til døjet med ømme knæ og hofter. Jeg har været mere træt end normalt, når jeg fik fri. Brugt mine fridage til at hvile ud, fordi jeg ikke orkede andet. På trods af trætheden har jeg i perioder oplevet at have svært ved at falde i søvn".

"Den svære overbelægning i afdelingen har forårsaget, at jeg ikke har kunnet sove trods træthed. Før jeg skulle på arbejde, har jeg haft kvalme, smerter i maven, som fortsatte på arbejdet. Jeg led af hovedpine hele døgnet. Arbejds-glæden blev erstattet med pligtfølelse, og den led mange knæk, når tiden ikke var der til at følge op på ængstelige patienter, patienter i chok, samtaleopfølgning eller god information inden behandlingsstart. Der skete mange fejl, som også skal bæres på vores i forvejen tyngede skuldre. Familielivet lider også under den travlhed, der er i afdelingen. Man har ingen energi tilbage til dem".

"Har fået hold i ryggen. Dette er forårsaget af højt arbejds-pres, svært at få kollegers hjælp, når vi er to i nattevagt. Det medfører, at man hjælper patienter alene. Det høje arbejds-pres har også medført en del hovedpine. Man er ikke den mest omgængelige, når man har fri fra et arbejde, man ikke synes, at man har kunnet nå at gøre tilfredsstillende. Det belaster i længden at arbejde under de vilkår".

"Hvis overbelægningen er vedvarende - mellem en-tre uger - kan jeg mærke, at jeg lettere bliver irriteret over ting, jeg ellers ville have overskud til at vise forståelse for. Jeg føler mig mere som "flyttemand" end som sygeplejerske, idet det flere gange dagligt er nødvendigt at rokere rundt på patienterne. Mentalt tærer det på mit overskud. Jeg kan indimellem mærke det i min mave, når jeg kører herind - en uro/rastløshed fordi jeg ved, at dagen vil bringe situationer, som jeg ikke synes, jeg fagligt kan stå inde for. For eksempel ikke at have tid til den psykiske pleje, være trængt op i en krog i forhold til at nå de opgaver, som alle patienter som minimum har krav på at få løst på en ordentlig måde. At opleve sig selv lægge afstand til nogle patienter/forsøge at undgå at komme i snak med dem er en belastning for mig og giver dårlig samvittighed, som ikke er overstået, når jeg går hjem, men som også fylder i mit hoved derhjemme. Jeg har svært ved at huske, specielt på arbejde, hvor jeg ikke har det overblik, jeg plejer at have. Kolleger har også registreret dette. Dette er sket inden for det sidste halve år".

"Har længe haft svært ved at glæde mig over ting/oplevelser privat - familiemæssigt. Det er noget nyt. Ikke haft overskud til den store sociale kontakt, hvilket jeg plejer. Jeg bliver lettere irriteret, omgivelserne skal ikke spørge om for meget. Har ofte tænkt på at skifte job - kan ikke holde til presset samt at se kolleger knokle rundt".

"Jeg er meget træt efter dagen. Selvfølgelig har det også betydet noget, at jeg var i aftenvagt dagen før, men der har bare været ualmindelig meget tryk på, så jeg er totalt smadret i mit hoved".

"Jeg er helt færdig - i overført betydning. Min krop snurrer, mit hoved er totalt træt, og jeg glæder mig til at komme hjem. Det har været en forfærdelig vagt. Jeg tænker, at det forhåbentlig bliver bedre i morgen. Jeg fatter ikke, hvor de 8,25 timer blev af...".

(Scharnberg, 2004).

Men når dette er sagt, er det vigtigt at pointere, at der er overvældende evidens for, at stress og udbrændthed har en lang række negative konsekvenser for både den enkelte og omgivelserne i bred forstand. Her skal fire vigtige konsekvenser nævnes, nemlig livskvalitet, fravær og udstødning, sygdom og dødelighed samt kvalitet i behandlingen.

9.4.1 Livskvaliteten

Et af de vigtigste perspektiver, når vi snakker stress og udbrændthed, er, at det simpelthen ødelægger vores dagligdag. Der findes mange tusinde undersøgelser, der dokumenterer dette, hvis man skulle have behov for evidens, men det er måske tilstrækkeligt at læse de tidligere nævnte beretninger, som en række sygeplejersker har nedfældet i forbindelse med en ganske almindelig dag på jobbet (boks 9.1). Når man læser disse beskrivelser, bliver det tydeligt, at stress og udbrændthed har meget betydelige konsekvenser for både den enkelte sygeplejerske, for deres familier og for forholdet til kollegerne på arbejdspladsen. Rapporten med beskrivelserne ("Sådan er hverdagen") blev i 2004 udgivet af Århus Amtskreds under Dansk Sygeplejeråd for at gøre opmærksom på de uacceptable forhold på de *medicinske* afdelinger. Det er tankevækkende, at disse afdelinger igen i 2013 er i medicernes søgelys på grund af voldsom overbelægning og et meget højt stressniveau blandt de ansatte. At netop de medicinske afdelinger er en af de tre højrisikogrupper, der er afdækket i dette kapitel, understreger blot behovet for handling.

9.4.2 Fravær og udstødning

I den offentlige sektor har der igennem de seneste år været et meget stort fokus på sygefraværet. Der er ændret ved lovgivningen, indført obligatorisk fokus på sygefraværet i forbindelse med arbejdspladsvurderinger, fraværspolitikker, fraværssamtaler og meget andet. Derudover har man finansieret en mængde projekter og initiativer, som har haft som erklæret mål at reducere fraværet. Der er god forskningsmæssig belæg for, at cirka en tredjedel af fraværet skyldes arbejdsmiljøet, men til trods herfor har der været mindre interesse for at arbejde systematisk med nøglefaktorerne i arbejdsmiljøet

såsom "de seks guldorn" eller arbejdspladsens sociale kapital. Vi ved, at både stress og udbrændthed hænger sammen med markant højere fravær. I den tidligere omtalte PUMA-undersøgelse havde ansatte med højt niveau af udbrændthed fx 15 fraværsdage per år mod 6 dage blandt ansatte med lavt niveau. Hvis der skal opnås varige resultater vedrørende "for højt" sygefravær, kan man derfor ikke komme uden om at arbejde systematisk med de faktorer, som er afgørende for sygeplejersker-nes psykiske velbefindende.

I betragtning af det meget store antal mennesker, der er uden for arbejdsmarkedet, og i lyset af den fremtidige udvikling i aldersfordelingen i befolkningen er der måske grund til at fokusere mindre på fraværet og langt mere på høj *personaleomsætning, arbejdsfastholdelse og udstødning*, og i den forbindelse vil det igen være nødvendigt at fokusere på de ansattes psykiske velbefindende. Vi ved fra forskningen, at der er tre faktorer, der har betydning for, at folk bliver på arbejdsmarkedet: 1) Kan jeg arbejde? (Arbejdsevne, helbred). 2) Vil jeg arbejde? (Jobtilfredshed, motivation). 3) Er jeg nødt til at arbejde? (Økonomisk nødvendighed). Stress og udbrændthed har afgørende betydning for de to første af disse punkter.

9.4.3 Sygdom og dødelighed

Som nævnt ovenfor, kan der godt argumenteres for, at stress og udbrændthed er problemer *i sig selv*, og at vi derfor ikke behøver mere hårdtslående argumenter som fx, at "man dør af stress", eller at "stress giver blodpropper". Alligevel er det selvfølgelig relevant at se på, hvordan det går med stressede og udbrændte personers helbred og dødelighed på længere sigt. På dette punkt er det en god idé at se på de to fænomener hver for sig.

Den danske stressforsker Naja Hulvej Rod har for nylig sammenfattet vores viden om stress og sygdom (Rod, 2012). Hun konkluderer her, at stress øger risikoen for hjertekarsygdomme, infektions- sygdomme, luftvejslidelser og metabolisk syndrom, som hænger sammen med udviklingen af diabetes. Imidlertid har det også vist sig, at stress hos kvinder virker *beskyttende* i forhold til hor-

monrelaterede cancerformer som fx brystkræft (Nielsen et al, 2005). Denne beskyttende effekt af stress hænger sammen med, at "hormonerne går ned, når stressen øges", hvilket har betydning for de cancerformer, som hænger sammen med kønshormoner hos kvinder. I betragtning af alle de negative sider ved stress er der dog endnu ingen, der har anbefalet stress som forebyggelse af kræft. Den samlede effekt hos kvinder er imidlertid, at der ikke er nogen sammenhæng mellem stress og dødelighed.

Hvad udmattelse eller udbrændthed angår, så er der efterhånden publiceret mange undersøgelser, der viser en klar sammenhæng til forekomsten af hjertekarsygdom. Mange af disse undersøgelser blev sammenfattet af israelske burnout forskere i en artikel fra 2006 (Melamed et al, 2006). En af undersøgelseerne af høj kvalitet er Østerbro Undersøgelsen, hvor Eva Prescott og hendes kolleger fandt, at personer med mange symptomer på udmattelse havde mere end fordoblet risiko for at få en hjertesygdom og 60 % øget risiko for at dø i en periode på 6 år (Prescott et al, 2003).

Oven i disse overbevisende resultater for de somatiske sygdommes vedkommende har vi en række undersøgelser, der viser, at stress og udbrændthed også øger risikoen for depression (Wang et al, 2001; Rugulies et al, 2006). Den samlede evidens er således klar: Stress og udbrændthed giver ikke blot et dårligere liv med lav livskvalitet og flere sygdomme, men også et kortere liv.

9.4.4 Behandlingskvalitet og produktivitet

I de sidste 20 år har vi set en meget markant stigning i antallet af undersøgelser, hvor forskerne har relateret de ansattes stress/udbrændthed og/eller det psykiske arbejdsmiljø på den ene side til en række forskellige indikatorer for kvalitet på den anden. Blandt disse indikatorer kan nævnes utilsigtede hændelser, fejlbehandlinger, genindlæggelser, indlæggelsestid, patienttilfredshed og dødelighed.

Denne omfattende litteratur er sammenfattet i nogle internationale oversigter (fx Baumann et al, 2001; Australian Commission, 2003; Needle-

man et al, 2001; Needleman & Buerhaus, 2003), som er bekræftet af senere undersøgelser (fx Aiken et al, 2008; Needleman et al, 2011). På dansk er litteraturen gennemgået i en række oversigter (Kristensen, 2006; Andersen & Wiegman, 2008; Sundhedsstyrelsen, 2009). Den overordnede konklusion er, at både det psykiske arbejdsmiljø og de ansattes psykiske velbefindende spiller en helt afgørende rolle for kvaliteten i behandlingen.

Her skal blot nævnes to eksempler på konkrete undersøgelser - den ene om stress og den anden om udbrændthed. I Dugan m.fl.'s undersøgelse fra 1996 undersøgte en engelsk forskergruppe sammenhængen mellem sygeplejerskernes stressniveau i 48 hospitalsafdelinger og forekomsten af "kritiske hændelser" (fald, medicineringsfejl m.v.). Der viste sig en overbevisende og trinvis sammenhæng således at raten for kritiske hændelser voksede fra 0,6 i afdelinger med lav stress til 2,2 i afdelinger med høj stress. Altså næsten en fire-dobling (Dugan et al, 1996).

Linda H. Aiken er en af de førende forskere på dette felt, og har bidraget med mange overbevisende undersøgelser. En af disse omhandler dødeligheden blandt patienter efter kirurgiske indgreb (Aiken et al, 2002). Den viser, at forholdet mellem antal sygeplejersker og antal patienter hænger sammen med dødeligheden blandt patienterne: Jo færre sygeplejersker, jo højere dødelighed. Hun finder også, at bemanningen har betydning for sygeplejerskernes udbrændthed: Jo dårligere bemanning, jo mere udbrændthed og jo lavere jobtilfredshed. Hermed demonstrerer hun meget overbevisende, at bemanning, udbrændthed og kvalitet hænger sammen. Hvis disse internationale forskningsresultater kan overføres på Danmark, så tyder meget altså på, at det psykiske arbejdsmiljø - og specielt arbejds-mængden - ikke blot giver de ansatte stress og udbrændthed, men også har fatale konsekvenser for patienterne.



KAPITEL 10
**LEDERNES
ARBEJDSMILJØ**

Balancen mellem stress og engagement

De allerfleste regner nok med, at der er lavet sne-sevis af gode og interessante undersøgelser om lederes arbejdsmiljø, men det er desværre ikke tilfældet. Når man søger i den internationale litteratur, bliver man temmelig skuffet. Der er en række undersøgelser, hvor ledere sammenlignes med andre ansatte, kvindelige med mandlige ledere, ledere i forskellige lande og ledere i forskellige fag, men udbyttet af disse undersøgelser er meget lille.

Hvis vi skal prøve at udkrystallisere essensen af denne forskning, viser der sig *to forskellige fortællinger*: Den ene fortælling handler om et udviklende og spændende arbejde, som er meningsfuldt og givende, og hvor der er anledning til at anvende et bredt spektrum af faglige og personlige kompetencer. Den anden fortælling lægger mest vægt på omkostningerne i form af lange arbejdsdage, arbejds-/privatlivskonflikt, rollekonflikter, mange møder og rejser, stress og risiko for blodpropper. I de senere år er der tilkommet yderligere en facette, nemlig de særlige udfordringer for *kvindelige* ledere. Her er det overvejende problemerne med arbejds-/privatlivskonflikt og kvinders dobbeltarbejde, der dominerer billedet (se boks 10.1).

En af de få undersøgelser på området er dansk (Skakon et al, 2011). Den er baseret på PIFT projektet, som omfattede tre forskellige brancher, herunder plejehjem. Resultaterne viste sig at indeholde såvel roser som torne. Lederne havde på den ene side højere arbejdsmængde, flere rollekonflikter og mindre social støtte. Disse resultater understøtter billedet af en ensom leder, der arbejder hårdt og er en "lus mellem to negle". På den anden side viste undersøgelsen, at lederne havde lavere stress og højere jobtilfredshed, indflydelse og udviklingsmuligheder. Dertil kom, at de også havde højere ledelseskvalitet, som altså handlede om ledelsen højere oppe i systemerne. Alt i alt et sammensat og nuanceret billede.

Boks 10.1. Problemerne med at rekruttere kvindelige topledere.

På en stor dansk fremstillingsvirksomhed har man i en række år haft den klare målsætning, at man vil have en stor andel af kvindelige ledere på alle ledelsesniveauer. Det er lykkedes nogenlunde, hvad angår de "laveste" ledelsesniveauer, men slet ikke når det gælder rekruttering af topledere. Man fik derfor den gode idé at afholde et særligt arrangement for kvindelige ledere i virksomheden, hvor kvindelige topledere fra en række store virksomheder fortalte om, hvordan de fik arbejde og familie til at spille sammen.

På selve dagen berettede disse kvinder så om, hvordan man kan sige godnat til børnene via Skype, selv om man er til møde i USA, om mulighederne for at outsource børnefødselsdage til McDonald's, om glæden ved at have to bedstemødre til at springe til ved børns sygdom og i weekenderne, om muligheder for at blive afløst med au pair piger og meget andet. Budskabet var, at der er rigtig mange løsninger, der bare venter på at blive bragt i anvendelse.

Da man bagefter evaluerede dagen, viste det sig, at der havde været en markant effekt. Næsten alle de kvindelige ledere på mellemleder-niveau, der havde deltaget i dagen, havde nu besluttet sig endeligt for aldrig at blive topleder.

I de tidligere undersøgelser af danske sygeplejerskers arbejdsmiljø fra 2002 og 2007 har der heller ikke været særlig fokus på lederens arbejdsmiljø. Eneste undtagelse er analysen af arbejds-/privatlivskonflikt i den første af undersøgelserne (Wethje & Borg, 2003), hvor der blev gennemført en række sammenligninger af sygeplejersker med og uden ledelsesfunktioner, uden at de to forskere fandt større forskelle.

I de fleste af de undersøgelser, der ser på lederne i arbejdsmiljøssammenhæng, er der først og fremmest tale om en gruppe, som de øvrige ansatte så at

sige "udsættes for". Ofte anvendes begreberne management, ledelse og lederskab (se fx Danske Regioner, 2012), og der fokuseres meget ofte på *dårlig* ledelse. Lederne er også på anden måde blevet et studieobjekt, nemlig i forbindelse med de stadigt tilbagevendende *leder- eller ledelsesevalueringer*, der i stort tal gennemføres på vore dages arbejdspladser. Der bruges enorme ressourcer på disse evalueringer, men ingen har undersøgt effekterne på ledelseskvaliteten eller på ledernes eget arbejdsmiljø.

I dette kapitel vil vi se på, hvordan sygeplejersker, der arbejder som ledere på forskellige niveauer, oplever deres psykiske arbejdsmiljø sammenlignet med andre sygeplejersker.

10.1 SYGEPLEJERSKER, DER ARBEJDER SOM LEDERE. HVORDAN SER DERES ARBEJDSMILJØ UD?

I undersøgelsen af sygeplejerskernes arbejdsmiljø indgår godt 3.000 svarpersoner, hvoraf de 247 er ledere, mens de resterende i denne sammenhæng er slået sammen under betegnelsen "andre".

I tabel 10.1 er lederne sammenlignet med de øvrige sygeplejersker på de dimensioner, som undersøgelsen belyser. I tabellen er den statistiske signifikans angivet ud for hver af dimensionerne, og vi vælger her at anvende et strengt kriterium, som statistisk set svarer til, at sandsynligheden for, at den konstaterede forskel er tilfældig,

Tabel 10.1 Sammenligning mellem ledere og øvrige sygeplejersker på de undersøgte dimensioner i det psykiske arbejdsmiljø. Gennemsnitlig score på de anvendte skalaer.

	Ledere	Andre	Alle	Statistisk signifikans
Arbejdsomfang	58,0	47,0	47,7	***
Arbejdstempo	69,1	66,9	67,1	
Kognitive krav	81,7	69,2	70,3	***
Følelsesmæssige krav	51,3	49,1	49,3	*
Krav om at skjule følelser	36,3	36,4	36,4	
Indflydelse	71,5	50,8	52,5	***
Udviklingsmuligheder	88,5	76,6	77,6	***
Mening i arbejdet	85,0	80,3	80,7	***
Forudsigelighed	64,5	56,3	56,9	***
Rolleklarhed	76,9	73,5	73,8	**
Rollekonflikter	46,6	42,2	42,6	**
Anerkendelse	71,1	66,0	66,4	**
Ledelseskvalitet	62,9	55,1	55,8	***
Social støtte	68,8	69,5	69,5	
Socialt fællesskab	79,8	81,6	81,5	
Feedback	46,0	41,8	42,2	**
Retfærdighed	65,1	59,3	59,8	***
Tillid	71,5	66,9	67,3	**
Jobtilfredshed	75,8	68,7	69,3	***
Arbejds-/privatlivskonflikt	36,9	34,6	34,8	
Arbejdsevne	88,6	83,2	83,7	**
Arbejdsskift	9,9	13,2	12,9	
Selvurderet helbred	68,7	67,3	67,4	
Arbejdsrelateret udbrændthed	35,0	36,3	36,2	
Klientrelateret udbrændthed	18,2	23,4	23,0	***
Stress	35,0	34,6	34,6	

Forklaring for score: Se bilag 2.

Ud for de dimensioner, hvor signifikansen er høj, er det angivet med farverne **rød** eller **grøn**, om forskellen er positiv eller negativ set fra ledernes synspunkt.

Statistisk signifikans:

Hvis sandsynligheden er mindre end 0,05, er dette markeret med *

Hvis sandsynligheden er mindre end 0,01, er dette markeret med **

Hvis sandsynligheden er mindre end 0,001, er dette markeret med ***

Jo mindre sandsynlighed, jo mindre er sandsynligheden for, at den observerede forskel kan forklares som et tilfældigt udsving. Man tror altså mere på forskellene, hvis sandsynligheden er lille. Hvis sandsynligheden er mindre end 0,001, vil man tage fejl mindre end 1 gang ud af 1000. Det skulle være til at leve med.

er meget lille (under 0,001). Som det fremgår, svarer denne statistiske signifikans meget fint til, at der er en forskel mellem de to grupper på cirka 5 point. Altså den forskel, som vi har anvendt mange andre steder i bogen.

Som det fremgår af tabellen, er der kun én sikker forskel, som er til ledernes ugunst, nemlig højere *arbejdsmaengde*. Her scorer lederne hele 11 point højere end de andre sygeplejersker. En forskel, der er til at tage og føle på. Dertil kommer lidt højere *rollekonflikter* - men her er forskellen kun på 4,4 point. Det er interessant, at netop det forhold, at lederjobbet er tidskrævende er afgørende for, om offentligt ansatte kunne tænke sig at blive ledere eller ej (boks 10.2).

Til gengæld er der en lang række forskelle, som er positive set fra ledernes synspunkt: *Højere indflydelse, udviklingsmuligheder, mening, forudsigelighed, ledelseskvalitet, retfærdighed og jobtilfredshed*. Også de *kognitive krav* er højere, hvilket anses for at være positivt forudsat at kravene svarer til den ansattes kompetencer og færdigheder. Det er ganske overraskende, at social støtte, socialt fællesskab og arbejds-/privatlivskonflikt er ens i de to grupper. På disse punkter ville mange forvente, at lederne havde en dårligere score. Også hvad angår stress, selvvurderet helbred og arbejdsrelateret udbrændthed ligger de to grupper lige. Den klientrelaterede udbrændthed er højest hos de "almindelige" sygeplejersker, men det er ikke så mærke-

ligt, da de har væsentligt tættere patientkontakter i dagligdagen.

Alt i alt tegner der sig således et yderst positivt billede af ledernes psykiske arbejdsmiljø. Man kan ikke fraråde sygeplejersker at søge en lederstilling ud fra disse resultater. Dog er det på sin plads med en enkelt advarsel: Forskellen mellem de to grupper kan ikke alene henføres til forskelle i arbejdsmiljøet. I ethvert system sker der en form for udvælgelse (selektion) i forbindelse med rekruttering til ledelsespositioner. Denne selektion består både af *selv-selektion* (man beslutter sig for at søge en lederstilling) og *system-selektion* (det er "systemet", der bestemmer, hvilken af ansøgerne der får stillingen). Alt andet lige må det forventes, at ledere som udgangspunkt har højere selvværd og er mere engagerede i deres arbejdsplads end ikke-ledere. (Se boks 10.3, der netop pointerer, at det ikke er alle, der er "fødte ledere"). Dertil kommer, at ledere, når de først er blevet ledere, føler større involvering i arbejdspladsen end andre ansatte, hvilket godt kan farve deres besvarelser i en spørgeskemaundersøgelse. (Forskere kalder disse to fejlkilder for henholdsvis selektions-bias og informations-bias, og der er skrevet tykke bøger om begge dele).

En af de mest anvendte modeller i den psykiske arbejdsmiljøforskning er Robert Karaseks krav-kontrol model (job strain model) (Karasek, 1979). Den opererer med to dimensioner, nemlig kvantitative

Boks 10.2 Langt fra alle menige medarbejdere kan tænke sig at blive leder.

"Ifølge en undersøgelse blandt et repræsentativt udsnit af menige medarbejdere i den offentlige sektor var der 18 %, der erklærede sig enige i udsagnet: "Jeg kunne godt tænke mig at blive leder på et tidspunkt". 52 % afviste tanken, mens resten, 29 %, hverken var enige eller uenige. For de 52 %, der ikke så frem til en lederkarriere, var den hyppigste begrundelse, at de prioriterede familielivet højere og mente, at lederjobbet er for tidskrævende".

(Nissen, 2011, s. 21).

Boks 10.3 God ledelse - medfødt eller tillært?

"Nogle synes at være fødte ledere. Dem, der allerede i børneflokket på legepladsen tog teten og styrede spillet, og som i folkeskolen blev valgt til klasserepræsentanter og fortsatte dette spor op igennem uddannelsessystemet, i foreningslivet og senere blev valgt til tillidsrepræsentanter på deres arbejdsplads. Omvendt kan andre gå på nok så mange lederkurser, modtage coaching og anden professionel rådgivning, uden at det hjælper en pind. De har det bare ikke i sig. Og så er der selvfølgelig alle os andre, der ligger et eller andet sted mellem de to yderpunkter."

(Nissen, 2011, s. 31).

krav (arbejds mængde eller tempo) og indflydelse/ udviklingsmuligheder (undertiden kaldet kontrol). Ifølge denne model er der fire mulige kombinationer på disse to dimensioner: 1) Høje krav og lav indflydelse: *Belastende*. 2) Høje krav og høj indflydelse: *Aktiv*. 3) Lave krav og lav indflydelse: *Passiv*. 4) Lave krav og høj indflydelse: *Afslappet*.

I arbejdsmiljøforskningen har der overvejende været fokus på den belastede gruppe, og det er påvist, at der i denne gruppe er højere risiko for højt fravær, høj stress, dårligt helbred og mange andre dårligdomme.

Som det fremgår af tabel 10.1, er der meget stor forskel mellem lederne og de øvrige sygeplejersker på netop de to dimensioner *arbejds mængde* og *indflydelse*, som svarer til de to dimensioner i Karaseks model. Vi ser derfor nærmere på lederne og de andre hovedgrupper af sygeplejersker med krav-kontrol modellens briller. Vi opererer i denne sammenhæng med følgende fem grupper af sygeplejersker:

Sygeplejersker med ledelsesfunktion:
247 svarpersoner

Sygeplejersker med konsulentfunktion:
77 svarpersoner

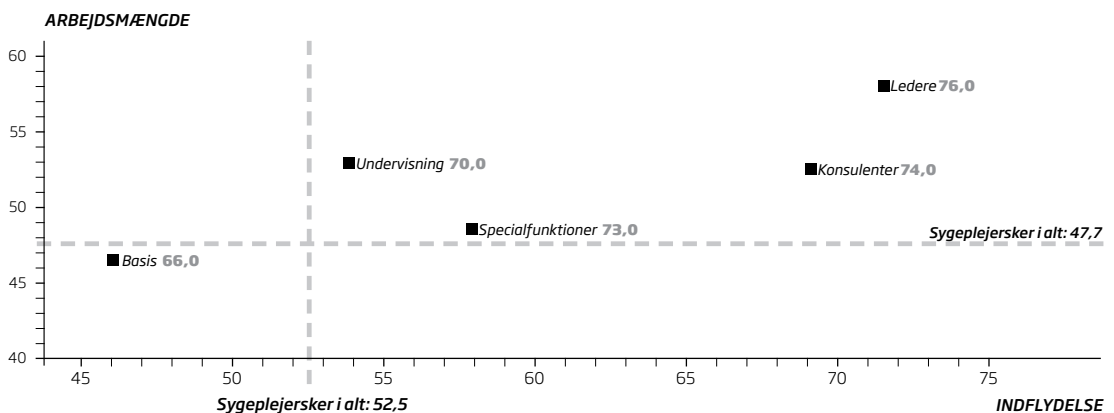
Sygeplejersker med uddannelsesfunktion:
114 svarpersoner

Sygeplejersker med specialistfunktion:
615 svarpersoner

Sygeplejersker med basisfunktion:
1671 svarpersoner

Figur 10.1 viser et yderst spændende billede, idet de fem funktioner fordeler sig fra det nederste venstre til det øverste højre hjørne langs den diagonale, der går fra "passiv" mod "aktiv". Nederst til venstre har vi basisfunktionerne med lavest arbejds mængde, men også lavest indflydelse. Så bevæger vi os videre via underviserne, specialfunktionerne og konsulenterne op til lederne, der har

Figur 10.1 De fem hovedgrupper blandt sygeplejerskerne fordelt på dimensionerne arbejds mængde og indflydelse. For hver gruppe er endvidere angivet scoren (markeret med gråt) for jobtilfredshed.



størst arbejdsmængde og højest indflydelse. Det interessante er, at jo mere "aktive" funktionerne er, jo større er jobtilfredsheden. Der er faktisk 10 points forskel på basis sygeplejerskerne og lederne hvad angår denne grundlæggende dimension.

I arbejdsmiljøforskningen har der, som allerede nævnt, været stor fokus på den "belastede" gruppe i modsætning til den "afslappede", men som det ses, er det den *modsatte* problemstilling, der her illustreres, nemlig kontrasten mellem "aktiv" og "passiv". I virkeligheden var det *netop* denne problemstilling, der oprindeligt optog Robert Karasek, idet han var dybt optaget af de forhold, som fører til et aktivt, engageret og spændende liv. Det er også denne dimension, der optager Mihaly Csikszentmihalyi, som er fader til begrebet *flow*, som betegner en situation, hvor man er fordybet i sin opgave. Så dybt, at man ind imellem glemmer tid og sted (Csikszentmihalyi, 1975 & 2005).

10.2 KONKLUSIONER OG PERSPEKTIVER

Hovedbudskabet i dette kapitel er, at ledende sygeplejersker på de fleste punkter har et arbejdsmiljø, der er bedre end de øvrige sygeplejerskers. På mange måder svarer dette billede til resultaterne fra en anden dansk undersøgelse, nemlig Skakons undersøgelse af ledere inden for de tre brancher (teknisk forvaltning, plejehjem og medicinalindustri), der deltog i PIFT undersøgelsen (Skakon, 2011).

Allerede i kapitlet om det udviklende arbejde diskuterede vi det problem, som kan opstå, når man har et spændende og krævende arbejde, nemlig at man falder i den grøft, som ofte kaldes arbejdsnarkomani. Den finske forsker Jari Hakanen har i mange år beskæftiget sig med denne problematik, og han er nået frem til at skelne skarpt mellem "*workaholism*" på den ene side og *engagement* på den anden (Hakanen et al, 2008 & 2012). *Engagement* i arbejdet består af tre hovedbestanddele:

Energi: At arbejde energisk og være fleksibel. At være villig til at yde en stor indsats og vise en vis udholdenhed.

Engagement: At være involveret og synes, at arbejdet er vigtigt. At "gøre en forskel". At være stolt af sit arbejde og sin arbejdsplads.

Fordybelse: At gå op i sit arbejde, således at man ofte glemmer klokken. Med andre ord, flow.

Over for denne tilstand står *arbejdsnarkomani*, som primært manifesterer sig ved, at man altid arbejder hårdt og længe. Man er besat af at arbejde længe og meget, også selv om udbyttet af den ekstra indsats er lavt, og man kan ofte ikke lade være, selv om man bliver opfordret til det af andre. Der er altid mere arbejde, som *ikke* er gjort, og som andre ikke kan gøre så lige godt. Forholdet til arbejdet er mere tvangspræget end lystpræget. Ofte bilder man sig selv ind, at en periode med mindre arbejde ligger lige om hjørnet. Når man så kommer rundt om dette hjørne, opdager man, at perioden ligger lige omkring det næste hjørne.

Et af de mest interessante af Hakanens forskningsresultater er, at arbejdsnarkomani hænger *negativt* sammen med tilfredshed med livet, mens engagement i arbejdet hænger *positivt* sammen med livskvalitet. Det viser sig også, at engagement går hånd og hånd med et godt privatliv, mens det modsatte er tilfældet for arbejdsnarkomaniens vedkommende. Det er med andre ord vigtigt at skelne mellem disse to tilstande, som så ofte forveksles i den almindelige debat om arbejdsmiljø og stress.

Resultaterne i dette kapitel er ud fra denne synsvinkel meget glædelige. Det ser ud til, at lederne blandt sygeplejerskerne set under ét er gode til at imødekomme de høje krav, der stilles til dem. Dette hænger blandt andet sammen med den høje indflydelse, de har i deres arbejde. I og med at indflydelsen matcher kravene, er disse ledende sygeplejersker i stand til at bevare engagementet, hvilket blandt andet viser sig ved deres højere jobtilfredshed. Alt i alt en positiv historie om sygeplejerskernes arbejdsmiljø.



KAPITEL 11
**FORANDRINGER
I ARBEJDET**

Omlægninger, nedskæringer og fyringer

I 1980'erne gennemførte en gruppe norske bedriftslæger en forløbsundersøgelse af knap 200 metalarbejdere på et stort stålvalseværk. Lægerne havde den idé, at arbejderens blodtryk ville blive påvirket af den voldsomme udsættelse for varme i det daglige arbejde. Efter at have målt blodtryk på de ansatte i knap 10 år måtte lægerne imidlertid konkludere, at der ikke rigtig var fangst. Blodtrykket så ud til at være upåvirket af det varme arbejdsmiljø (Erikssen et al, 1990).

Som så ofte før i forskningens historie skete der imidlertid det, at man fandt noget, man *ikke* havde ledt efter: I 1985 begyndte det gennemsnitlige blodtryk at stige hos de ansatte, og efter et par år var det systoliske blodtryk steget med 15 mmHg i gennemsnit. Det diastoliske var steget med 10 mmHg. En stigning på 15 mmHg i en hel gruppe indebærer en betragtelig stigning i risikoen for hjertekarsygdom, så lægerne var naturligvis optaget af at finde en forklaring på fænomenet. Efter at have snakket med hinanden og studeret litteraturen måtte de imidlertid give op. En af lægerne snakkede så med nogle af de ansatte, og det viste sig, at der havde cirkuleret ganske vedholdende rygter om en lukning af virksomheden i midten af årtiet. For de ansatte var det naturligt at kæde disse rygter om virksomhedslukning sammen med den dramatiske stigning i blodtrykket. Stålværket var stort, og den by, det lå i, var lille, så skadevirkningerne for det lille samfund ved en lukning ville være uoverkuelige.

Den samme gruppe af læger opdagede nogenlunde samtidigt, at blodtrykket steg tilsvarende hos en gruppe flyveledere under en arbejdskonflikt (Mundal et al, 1990), og dette mønster overbeviste dem om, at årsagen skulle søges i den psykosociale boldgade frem for den fysiske. Konklusionen på studiet af metalarbejderne var ganske radikal: *Blodtrykket steg på grund af noget, som aldrig skete* - nemlig

en virksomhedslukning som ikke fandt sted. I slutningen af 1980'erne begyndte metalarbejdernes blodtryk at falde igen, og noget tilsvarende skete for flyvelederne, efter at konflikten var afblæst.

I den samme periode undersøgte Lars Iversen og kolleger helbredsvirkningerne af en virksomhedslukning og fandt en fordoblet risiko for hjertekarsygdomme hos værftsarbejdere, der var blevet fyret i forbindelse med lukningen af Helsingør Værft, sammenlignet med en kontrolgruppe (Iversen et al, 1989).

Disse pionerstudier er siden fulgt op af en lang række undersøgelser, hvor man har studeret helbredsvirkningerne af (rygter om) virksomhedslukninger, fyringer, outsourcing, strukturreformer og lignende. Fællesnævneren for alle disse fænomener er manglende forudsigelighed.

Den førende forskergruppe i verden på dette område er en finsk-engelsk gruppe under ledelse af Jane Ferrie og Jussi Vahtera, som har gennemført et imponerende antal meget gode undersøgelser om emnet.

I forbindelse med den berømte Whitehall undersøgelse af statsansatte i England fandt Ferrie og kolleger (1998) i en fem-års forløbsundersøgelse 45 % øget risiko for iskæmisk hjertesygdom hos ansatte, der arbejdede i afdelinger, der var under *privatisering*, hvilket var en helt ny politik på daværende tidspunkt. I 2002 offentliggjorde den samme gruppe en analyse af effekterne af oplevet *usikkerhed i ansættelsen* (Ferrie et al, 2002). Konklusionen var, at der var effekter på selvvurderet helbred og psykiske lidelser, og at forekomsten heraf var størst ved langvarig usikkerhed.

I 2004 publicerede Vahtera og kolleger så en undersøgelse baseret på 7,5 års opfølgning af over

22.000 finske offentligt ansatte (Vahtera et al, 2004). Her viste det sig, at der var en stærkt øget risiko for at dø af hjertekarsygdom hos ansatte, der havde været udsat for *downsizing* på deres afdeling, men vel at mærke *ikke* selv var blevet fyret. Blandt ansatte, hvor der var høj grad af *downsizing* (mere end 18 % personalereduktion), var risikoen fordoblet, mens den var øget med 50 %, når *downsizing*en var moderat (8-18 % fyret). Også sygefraværet var påvirket negativt blandt de ansatte, der ikke blev fyret.

I yderligere analyser af den samme befolkning fandt Vahtera og kolleger (2005) endvidere en stærkt øget risiko for førtidspensionering blandt ansatte, der havde været vidne til personalereduktion. Her var risikoen 7,7 % hos dem, der havde oplevet lille eller ingen *downsizing*, mens den var 13,1 % ved moderat *downsizing* og 14,9 % ved høj grad af *downsizing*.

Endelig kunne den samme forskergruppe vise, at der også var betydelige effekter på indtagelsen af psykofarmaka hos ansatte, der havde været vidne til personalereduktion (Kiwimäki et al, 2007). Effekten var størst hos mænd, hvor der var 50 % større indtag af psykofarmaka. Endvidere var det specielt indtaget af sovemedicin, der var øget hos mændene, mens det var beroligende medicin hos kvinderne.

Alt i alt har vi således en omfattende og forskningsbaseret viden om effekterne af fyringer, privatisering, organisationsændringer m.v. Virkningerne omfatter almindelig trivsel, brug af psykofarmaka, sygefravær, førtidspension, psykiske lidelser, hjertekarsygdom og dødelighed.

I betragtning af globaliseringen, den økonomiske krise, massefyringer og arbejdsløshed i Danmark og resten af Europa er det bemærkelsesværdigt, hvor lidt de helbredsmæssige virkninger af disse voldsomme ændringer er diskuteret i offentligheden. I Danmark har selv de offentligt ansatte - efter 60 års næsten uafbrudt vækst - i de senere år oplevet privatisering, outsourcing, sammenlægninger, fyringer og nedskæringer. Det er derfor i høj grad relevant at se på, hvordan disse belastninger rammer sygeplejerskerne.

11.1 OMLÆGNINGER OG NEDSKÆRINGER - HVORDAN RAMMES SYGEPLEJERSKERNE?

Et af spørgsmålene i undersøgelsen handler om "omfattende tiltag", som har haft betydning for sygeplejerskernes arbejdsmiljø, og som har fundet sted inden for det seneste år. Svarpersonerne havde mulighed for at angive lige så mange tiltag, som de ville. I tabel 11.1 ses, hvordan sygeplejerskerne svarede. Som det fremgår, har over 90 % af sygeplejerskerne været udsat for mindst et af

Tabel 11.1 Andel af sygeplejerskerne, der har oplevet forskellige tiltag på deres arbejdsplads inden for det seneste år. (Flere svar var mulige).

Tiltag på arbejdspladsen inden for det seneste år:	Andel af sygeplejerskerne
Sammenlægninger	35,9 %
Centralisering/decentralisering af ledelse	21,6 %
Omlægning af arbejds gange og organisationsændringer	53,7 %
Afskedigelser	36,7 %
Budgetreduktioner	49,6 %
Indførelse af standardiserede kvalitetsmodeller	54,7 %
Ingen af overstående	9,6 %
Ved ikke	3,5 %
I alt, tiltag	252 %

I de følgende analyser er de tre øverste kategorier slået sammen under overskriften "Omlægninger" (i alt 111 %) og de to næste under overskriften "Nedskæringer" (i alt 86 %). "Kvalitetsmodeller" er ikke medtaget i disse kategorier.

Boks 11.1 Alle ønsker forbedringer, ingen vil have forandringer.

”Man bør bestandig holde sig for øje, at der ikke findes noget, der er vanskeligere at tilrettelægge, mere tvivlsomt at gennemføre med held og farligere at virkeliggøre end indførelse af forandringer!

Fornyeren gør alle de mennesker til sine fjender, der lukrede på den gamle tingenes tilstand, mens han kun får lunken støtte fra dem, der nyder godt af fornyelserne. At deres støtte kun er lunken, skyldes dels frygten for deres modstandere, der har de herskende love på deres side, og dels menneskers almindelige hang til skepsis, der medfører, at de aldrig virkelig tror på det nye, førend det er blevet efterprøvet i praksis. Følgen heraf er, at når som helst forandringernes modstandere ser en mulighed for det, angriber de dem voldsomt, mens forsvarer fra de andres side er uden slagkraft. Dermed bringes både fornyeren og hans venner i fare”.

(Machiavelli. *Fyrsten*, 1532 & 1962).

de nævnte tiltag i løbet af det seneste år. Og i gennemsnit har den enkelte sygeplejerske været udsat for ikke mindre end 2,5 tiltag! Dette billede svarer fuldstændigt til det, man møder overalt i den offentlige sektor, hvor det nye slogan er, at ”det eneste stabile er forandringer.” (Måske har dette været tilfældet i rigtig mange år – se boks 11.1, som er skrevet i 1512).

Når de mange forskellige tiltag rubriceres, er der i alt 111 %, der handler om omlægninger – altså lidt mere end et tiltag per person – mens i alt 86 % handler om nedskæringer (afskedigelser og budgetreduktioner). Det må antages, at det netop er disse to former for tiltag, der især påvirker de ansattes psykiske helbred og arbejdsmiljø. Vi har derfor set nærmere på, hvordan de forskellige ansættelsesområder fordeler sig på disse to hovedtyper. Resultatet ses i figur 11.1 på næste side.

Figuren viser et meget markant mønster. Tre områder skiller sig ud med en ganske beskedne forekomst af såvel omlægninger som nedskæringer. Disse områder befinder sig alle sammen inden for den private sektor, og almen praksis ligger tydeligt

i ”bund” med ganske få tiltag. Altså en sektor, hvor der kun sker ganske få ændringer i løbet af et år.

I midten af figuren finder vi så de fleste af ansættelsesområderne på de regionale sygehuse. At de ligger i *midten*, er jo ikke det samme som, at de ligger *lavt*. Tværtimod forekommer der knap én form for nedskæring og godt og vel én form for omlægning per medarbejder per år! Øverst til højre finder vi så skadestuerne med den klart mest belastende position. Her har de ansatte oplevet 1,8 omlægninger og 1,0 former for nedskæringer per medarbejder per år. Også de regionale forvaltninger og underviserne har oplevet mange ændringer.

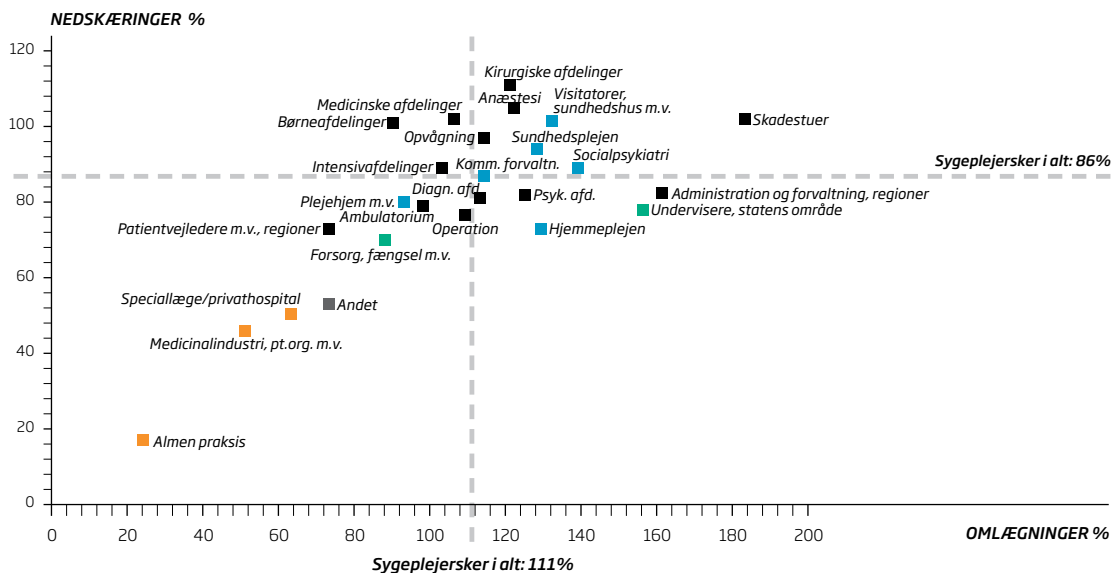
Når man som medarbejder oplever mange forandringer, er det *ekstra* vigtigt at have høj *forudsigelighed* i arbejdet. Forudsigelighed handler om, at man har fået tilstrækkelige informationer om, hvad der skal ske i den kommende tid, og at man frem for alt har fået at vide, hvad disse eventuelle ændringer kommer til at betyde for én selv. Altså: *Hvad* skal jeg lave, *hvor* skal jeg arbejde, og *hvem* skal jeg arbejde sammen med?

I figur 11.2 ser vi, hvilke ansættelsesområder der ligger specielt højt og lavt vedrørende forudsigelighed. Det er interessant at se på denne figur i lyset af, hvilke områder, der har oplevet mange forandringer. Her skiller *skadestuerne* sig ud på en helt ekstrem måde, idet sygeplejerskerne her har oplevet *flest* forandringer, men samtidigt er det område, hvor forudsigeligheden er *lavest!* En virkelig dårlig cocktail.

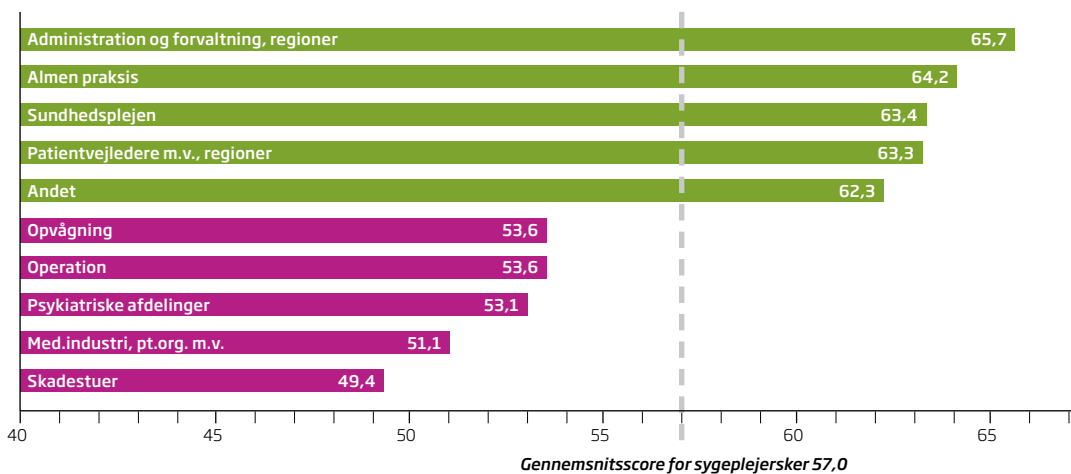
I den modsatte ende har vi *almen praksis*, hvor der har været ganske få forandringer, men hvor forudsigeligheden er i top. En sand luksussituation. Man kunne næsten sige, at sygeplejerskerne i almen praksis ikke har brug for al den forudsigelighed. Også forvaltningen i regionerne har høj forudsigelighed, og hos denne gruppe er der behov for den, idet dette område ligger meget højt hvad omlægninger angår. Hos medicinalindustri/patientorganisationer har vi den fjerde kombinationsmulighed, nemlig få forandringer og lav forudsigelighed.

Figur 11.1 De undersøgte områder fordelt efter forekomsten af omlægninger og nedskæringer.

■ STAT ■ REGION ■ KOMMUNE ■ PRIVAT ■ ANDET



Figur 11.2 Score for forudsigelighed i arbejdet hos sygeplejersker i forskellige ansættelsesområder. De fem områder med højest og lavest score.



Vi har altså her fire eksemplariske situationer:

1) Få forandringer og høj forudsigelighed (almen praksis), 2) Mange forandringer og høj forudsigelighed (forvaltningen i regionerne), 3) Få forandringer og lav forudsigelighed (medicinalindustri) og 4) Mange forandringer og lav forudsigelighed (skadestuerne). I teorien skulle trivselen være højest i almen praksis og lavest i skadestuerne med de to øvrige kombinationer i midten. Og det er lige hvad vi finder: Skadestuerne har den laveste jobtilfredshed (64 point), medicinalindustri og forvaltninger ligger i midten (69 og 71 point), mens almen praksis ligger højest (76 point). Der er naturligvis en række andre ting, der spiller ind, men det er ikke desto mindre tankevækkende, at teorien på området passer så godt med resultaterne.

11.2 KONKLUSIONER OG PERSPEKTIVER

Vi indledte kapitlet med at referere et stort antal vel gennemførte undersøgelser, som viser, at mange forskellige typer af forandringer - ja selv rygterne om dem - kan påvirke de ansattes helbred i negativ retning. Selv om *påvirkningen* undertiden er u håndgribelig, er *virkningerne* yderst håndfaste, idet de går lige fra dårlig trivsel over brug af psyko-farmaka til dødelige sygdomme.

Vi har derefter set på, hvor mange af sygeplejerskerne der har været udsat for organisatoriske tiltag i form af fyringer, nedskæringer, omlægninger m.v., og billedet har været skræmmende. Det er ikke for meget sagt, at sygeplejerskerne befinder sig lige midt i orkanens øje, idet de i gennemsnit har været udsat for 2,5 tiltag per person per år. Vi har ikke umiddelbart sammenlignelige tal, men en undersøgelse refereret af Ugebrevet A4 fra oktober 2006 nævner, at tre ud af fire lønmodtagere har oplevet større forandringer inden for de sidste 2 år. For sygeplejerskerne er tallet med andre ord cirka tre gange så højt inden for den halve tid!

I store dele af den offentlige sektor afviser beslutningstagere og ledere denne problemstilling ved at henvise til, at "forandringer er kommet for at blive", og de taler i begejstrede vendinger om forandringsledelse, forandringsparathed, forandringskommunikation o. lign. Ofte fremstilles medarbejderne som

lidt vrangvillige personer, der hænger fast ved gamle vaner og strukturer. Det er imidlertid vigtigt at gøre sig klart, at forandringer er skabt af mennesker, og at der er behov for at se kritisk på hvert eneste forandringstiltag. Om ikke af andre grunde, så fordi forandringer er meget dyre og tit gennemføres temmelig dårligt.

Sagt meget firkantet, så er der to løsninger på dette problem. Den ene er at *reducere antallet* af forandringer, og den anden er at *øge kvaliteten* af forandringerne. Der er sikkert en del, der finder det lidt naivt at sætte forandringshastigheden ned, men ikke desto mindre findes der eksempler på, at dette kan gøres med stor succes i moderne virksomheder. For eksempel har den tidligere direktør i Irma, Alfred Josefsen, lagt stor vægt på, at man arbejdede med en stabil mission og kun gennemførte absolut nødvendige forandringer. Han skriver fx: "Fordi ledelse handler om mennesker, skal ledelsesprocessen være langsom" og "At gøre det langsomt indebærer, at det er muligt at få sjælen og psyken med." (Josefsen, 2005, s. 223). Han gør også opmærksom på, at tillid opstår i relationer mellem mennesker, og at man hele tiden skal starte forfra med at opbygge tilliden, hvis organisationen til stadighed laves om.

At *øge kvaliteten* af forandringerne indebærer, at topledelsen til stadighed har for øje, at forandringer skal bæres igennem af *medarbejderne* og ikke består af pile og bokse på en computerskærm i direktionlokalet. I den forbindelse kan det være nyttigt at studere "*de seks guldorn*", således som det illustreres i boks 11.2. Man skal i den forbindelse have for øje, at de seks guldorn, som nævnt i kapitel 2, har en *dobbeltkarakter*. I den ene ende har vi *høje krav, lav indflydelse, lav mening, lav forudsigelighed, lav social støtte og lav anerkendelse*. I en sådan situation opstår der stress, dårlig trivsel, manglende engagement og lav produktivitet. Men i den anden ende har vi den modsatte situation, og så opnår vi *høj trivsel, højt engagement og motivation, godt medarbejderskab og høj produktivitet*. Pointen er, at guldornene bør bruges bevidst og aktivt i enhver forandringsproces.

At det godt kan lade sig gøre at gennemføre store forandringer uden at skabe unødigt stress og utilfredshed hos de ansatte, giver undersøgelsen af HK'ernes arbejdsmiljø et eksempel på (Kristensen, 2009). Som de fleste nok ved, har Post Danmark gennemgået en næsten revolutionerende forandring, idet næsten alle egentlige posthuse er nedlagt og erstattet af små afdelinger placeret i supermarkeder og lignende. Baggrunden er naturligvis en dramatisk nedgang i antallet af breve, og at de fleste overfører penge over nettet og ikke ved hjælp af omhyggeligt udfyldte girokort. Denne udvikling har medført en drastisk personale-reduktion, og på denne baggrund måtte man forvente stor utilfredshed blandt de ansatte. Ikke desto mindre viste undersøgelsen, at de ansatte i Post Danmark havde haft stor indflydelse på forandringsprocessen og endte med at være yderst tilfredse. Både forudsigelighed og trivsel var i top. I den modsatte ende lå SKAT, som også havde gennemført store ændringer, men hvor de medførte store frustrationer og meget ringe opbakning fra de ansatte. Eksemplet viser, at *måden*, forandringer bliver gennemført på, gør en forskel. Måske er der håb forude for skadestuerne?

Boks 11.2 Forandringer og de seks guldkorn

I forbindelse med alle typer af forandringer kan det betale sig at tænke over, hvordan processen gribes an. I den forbindelse kan "de seks guldkorn" være nyttige.

Krav: Man skal gøre sig klart, at forandringer i sig selv udgør et krav. Forandringer kræver mange ressourcer, som næsten aldrig er til stede. Man undervurderer altid den tid, der går, inden forandringerne har rodfæstet sig i organisationen. Der er også store sociale og psykologiske omkostninger ved at vænne sig til nye kolleger, rammer eller opgaver. Der er to gyldne regler vedrørende krav: Lav kun forandringer, når det er bydende nødvendigt, og afsæt tilstrækkelige ressourcer til dem.

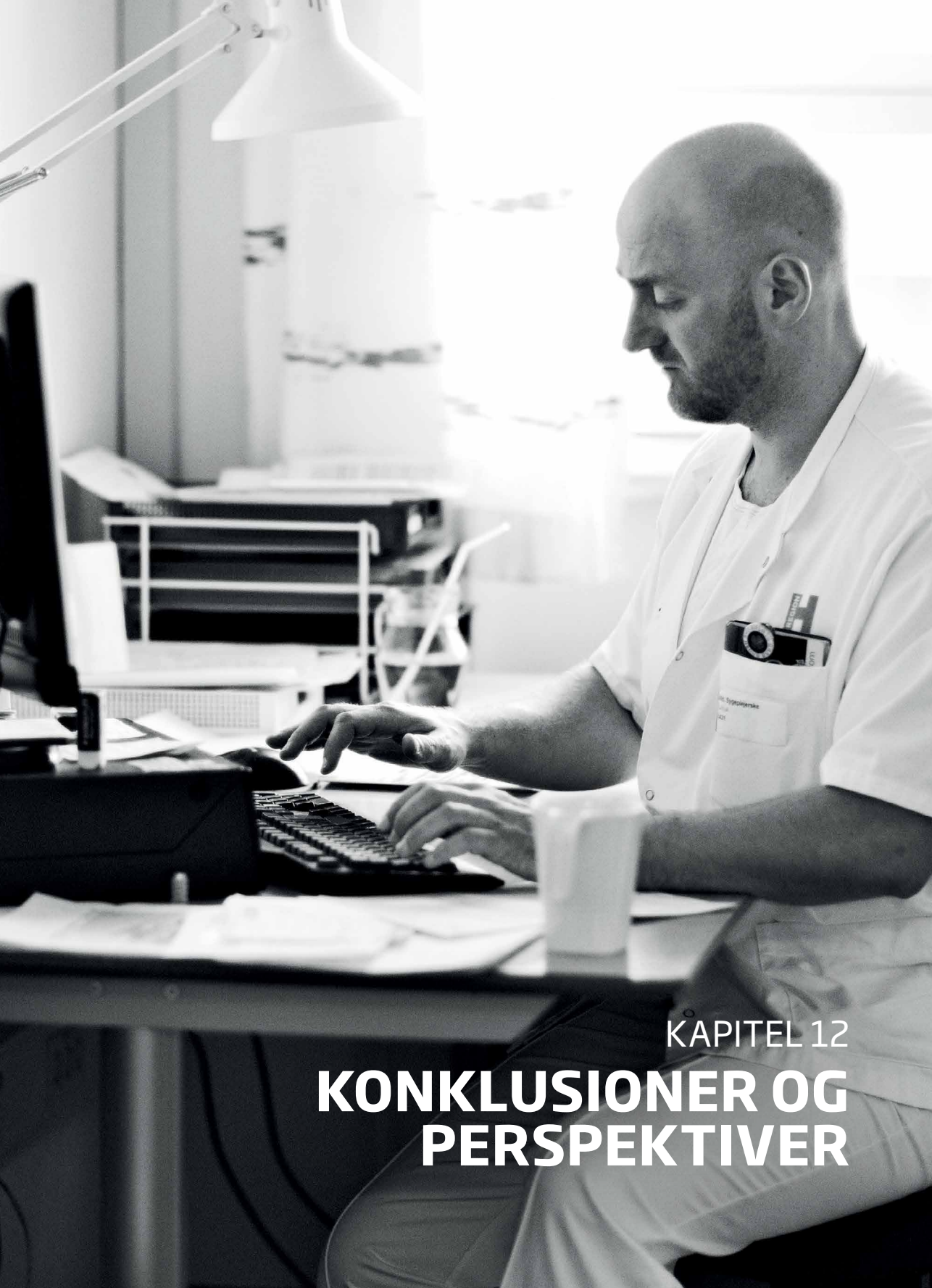
Indflydelse: Forandringer er altid mere vellykkede, hvis de mennesker, der skal føre dem igennem og leve med dem bagefter, har haft indflydelse på både proces og resultat. Jo mere indflydelse, jo større ejerskab bagefter. Man kan ikke rette sig efter alle forslag, men det er vigtigt, at de ansatte føler sig hørt og respekteret.

Mening: Forandringer giver stort set altid mening for den øverste ledelse, men formål og hensigt kommunikerer sjældent ud til alle involverede. Medarbejdernes medvirken bliver i bedste fald halvhjertet, hvis de ikke kan se formålet med de ændringer, der gennemføres. Hvis de ansatte kan se meningen med ændringerne, er der langt større chancer for aktivt medejerskab.

Forudsigelighed: Jo minder indflydelse de ansatte har haft på en forandring, jo vigtigere er det, at de har forudsigelighed. Forudsigelighed handler om at vide, hvad der skal ske med arbejdspladsen og med én selv. Hvor skal jeg være, hvad skal jeg lave, og hvem skal jeg arbejde sammen med? Manglende forudsigelighed giver anledning til uro, ængstelse og stress hos den enkelte og rygter, myter og konflikter i gruppen.

Social støtte: Der vil næsten altid være behov for individuel og kollektiv social støtte i forbindelse med forandringsprocesser. Dette gælder naturligvis især i forbindelse med nedskæringer og afskedigelser. Støtte kan både handle om jobsøgning, udvikling af kvalifikationer og psykologisk hjælp.

Anerkendelse: Anerkendelse - og andre former for belønning - spiller en særlig stor rolle i forbindelse med forandringsprocesser, hvor tingene går hurtigt. For eksempel skal man tænke nøje over, om det er de rigtige der fyres, forfremmes eller flyttes. Både positive og negative former for belønning har indflydelse på *alle* kolleger, også dem der *ikke* berøres direkte. De tænker som regel, at det kan blive deres tur næste gang. Derfor er processen altid vigtig.



KAPITEL 12

KONKLUSIONER OG PERSPEKTIVER

Hvad viser undersøgelsen, og hvad bør der gøres?

Dette kapital runder bogen af med to afsnit. Først ser vi på de *ansættelsesområder*, der har en særlig markant profil: Hvor er arbejdsmiljøet særlig godt, og hvor er det skidt? Er der et mønster i det, som kan bruges i det videre arbejde? Dernæst diskuteres vi mulighederne for at forbedre forholdene. De forslag, som fremsættes, tager udgangspunkt i en strategisk tankegang, hvor arbejdsmiljø, trivsel, kvalitet, produktivitet og patienttilfredshed ses som sammenhængende størrelser.

12.1 SYGEPLEJERSKERNES ARBEJDSMILJØ - HVOR ER DET PSYKISKE ARBEJDSMILJØ BEDST? OG HVOR ER DET I BUND?

I det følgende gennemgås hovedtendenserne for de områder, der er kortlagt i undersøgelsen. Kun områder, der ligger særlig godt eller skidt er medtaget. På indersiden af det bageste omslag kan man se profilen for samtlige 25 områder.

Staten

Undervisere:

Underviserne inden for statens område ser ud til at være en meget belastet gruppe med typisk grænseløst arbejde. De har stor arbejdsmængde, høj arbejds-/privatlivskonflikt, mange forandringer, højt stress-niveau og meget udbændthed. Et ret klassisk mønster. Samtidigt kniber det gevaldigt med de sociale ressourcer: Der er lav ledelseskvalitet, social støtte, socialt fællesskab og retfærdighed. I modsat retning tæller det, at underviserne har et udviklende og meningsfyldt arbejde. Alt i alt er arbejdet altså hårdt, spændende og ensomt. Cirka 2 % af svarpersonerne arbejder inden for dette område.

Forsorg/fængsel:

Inden for dette ansættelsesområde kniber det især med ledelse og samarbejde. Der er lav ledelseskva-

litet, anerkendelse, feedback og social kapital. Alt i alt en meget dårlig cocktail. Ikke så mærkeligt, at netop dette område har meget lav jobtilfredshed. Omkring 0,7 % af svarpersonerne arbejder her.

Regionerne

Kirurgiske afdelinger:

Profilen for disse afdelinger er især kendetegnet ved mange nedskæringer, høj stress, høj udbændthed og højt arbejdstempo. Her arbejder godt 9 % af svarpersonerne. Det er med andre ord et af de store områder.

Medicinske afdelinger:

Resultaterne for disse afdelinger hører til i den dårlige ende i denne undersøgelse. Det er først og fremmest kombinationen af høj arbejdsmængde, mange nedskæringer og højt tempo, der springer i øjnene. De oplagte konsekvenser ser ud til at være høj udbændthed, høj stress og høj arbejds-/privatlivskonflikt. Dertil kommer lav mening i arbejdet og mange rollekonflikter. Ikke så mærkeligt, at jobtilfredsheden er lav, og at ønsket om at skifte job er udbredt. Det skal dog bemærkes, at forhold omkring ledelse, anerkendelse og social kapital ligger omkring gennemsnittet for sygeplejerskerne. Belastningerne ser således ud til at hænge meget sammen med travlhed, overbelægning og stress. Dette er det største arbejdsområde med knap 12 % af svarpersonerne.

Intensivafdelinger:

På disse afdelinger kunne det se ud til, at det er relationerne til meget syge og døende patienter, der udgør en særlig belastning. De følelsesmæssige krav er høje, og det gælder også kravene om at skjule følelser. Dertil kommer et højt niveau af patientrelateret udbændthed. Endelig har denne gruppe det højeste niveau for arbejds-/privatlivskonflikt i undersøgelsen. Det kunne tyde på, at det

er svært at slippe arbejdet i fritiden. Her arbejder 4 % af svarpersonerne.

Skadestuer:

Dette område er – sammen med de psykiatriske afdelinger – undersøgelsens mest belastede. Her er der høj arbejdsmængde, højt tempo og høje krav om at skjule følelser kombineret med lav indflydelse og lav grad af mening. En dårlig kombination. Dertil kommer lav ledelseskvalitet, lav feedback, lav anerkendelse og lav forudsigelighed kombineret med mange rollekonflikter, mange forandringer og mange nedskæringer. Ikke så mærkeligt, at den sociale kapital er lav. De forventelige konsekvenser er høj arbejds-/privatlivskonflikt, høj stress, høj udbrændthed og lav jobtilfredshed. Lysten til at skifte job er undersøgelsens højeste. Oven i dette kommer et voldsomt antal forandringer af forskellig art, som de ansatte ikke er blevet informeret særlig godt om. Endelig er volds-niveauet meget højt. Dette område er en af undersøgelsens mest oplagte kandidater til en akut indsats. Her arbejder knap 4 % af svarpersonerne.

Psykiatriske afdelinger:

Psykiatrien udgør et meget belastet område. Det er især alle dimensioner, der har med ledelse og samarbejde at gøre, der ligger i bund: Ledelseskvalitet, anerkendelse, forudsigelighed, rolleklarhed, rollekonflikter, social støtte, socialt fællesskab og social kapital (tillid og retfærdighed). Dertil kommer høje følelsesmæssige krav, høje krav om at skjule følelser og lav grad af mening. Jobtilfredsheden og det selv-vurderede helbred er lavt, mens scoren for stress, udbrændthed og arbejds-/privatlivskonflikt er høj. Også niveauet for vold og trusler er meget højt i psykiatrien. Her gælder det samme som med skadestuerne: Der er behov for en hurtig og målrettet indsats. Godt 5 % af svarpersonerne arbejder her.

Kommunerne

Socialpsykiatri:

Socialpsykiatrien adskiller sig markant fra de psykiatriske afdelinger under regionerne. Det er især de faktorer, der har med god ledelse og godt samarbejde at gøre, der gør forskellen. Der er god ledelseskvalitet, høj anerkendelse, høj social støtte

og feedback samt høj social kapital (både høj tillid og høj retfærdighed). De følelsesmæssige krav er høje, men det er indflydelsen også. I forhold til de psykiatriske afdelinger er der to lighedspunkter: Rolleklarheden er lav, og den patient-relaterede udbrændthed er høj.

Kun knap 1 % af svarpersonerne arbejder i socialpsykiatrien.

Hjemmesygeplejen:

Hjemmesygeplejen udgør det næststørste ansættelsesområde i denne undersøgelse (11,5 % af svarpersonerne). Dette område er unikt på den måde, at det ligger meget tæt ved gennemsnittet for sygeplejerskerne på samtlige dimensioner.

Sundhedsplejen:

Sundhedsplejen er et af de ansættelsesområder, der har den flotteste profil. Selve jobbet ser ud til at være spændende: Høj indflydelse, gode udviklingsmuligheder og meget meningsfuldt. Dertil kommer høj ledelseskvalitet, høj forudsigelighed, få rollekonflikter og høj rolleklarhed. Og endelig er der høj jobtilfredshed, godt helbred og få arbejds-/privatlivskonflikter.

Her arbejder 3 % af svarpersonerne, og det ser de ud til at være godt tilfredse med.

Kommunal forvaltning:

En kommunal forvaltning kan ikke kaldes en typisk ansættelse for en sygeplejerske, men området har et virkelig godt arbejdsmiljø. Jobbet er udfordrende med høje kognitive krav, høj indflydelse og gode udviklingsmuligheder. Dertil kommer god ledelse og godt samarbejde: Høj ledelseskvalitet, høj anerkendelse, god feedback samt høj social kapital (tillid og retfærdighed). Oven i dette kommer lav arbejds-/privatlivskonflikt, høj jobtilfredshed og høj arbejdssevne. Og endelig har de ansatte et godt helbred og meget lidt udbrændthed. Det er øjensynligt et af de bedste ansættelsesområder. Her arbejder 2,5 % af svarpersonerne.

Private

Almen praksis:

Sygeplejerskerne i almen praksis har undersøgelsens klart flotteste arbejdsmiljøprofil. De ligger i

toppen på forudsigelighed, anerkendelse, social støtte, socialt fællesskab, feedback, tillid, retfærdighed, jobtilfredshed, arbejdsevne og helbred. Dertil kommer lavere arbejdsmængde, lave følelsesmæssige krav, lave krav om at skjule følelser, få rollekonflikter, lav arbejds-/privatlivskonflikt, lavt stressniveau og lav udbændthed. Godt 3 % af svarpersonerne arbejder her.

Speciallæger/privathospitaler:

Her er der højt arbejdstempo, men lave følelsesmæssige krav. Rollerne er klare og rollekonflikterne få. Der er høj social støtte, høj feedback og højt niveau af socialt fællesskab. Endelig er der ikke mange arbejds-/privatlivskonflikter. Alt i alt en meget fin arbejdsmiljøprofil. Her arbejder knap 1 % af svarpersonerne.

Hvis vi herefter stiger lidt op i helikopteren, viser der sig et ret markant billede, som vi ser i tabel 12.1. Vi har fem områder, som viser sig at have det bedste psykiske arbejdsmiljø: Tre kommunale og to private. I den anden ende har vi fem områder, hvor arbejdsmiljøet er dårligst, og her er der tre regionale områder og to statslige. Helt overordnet set er det således *staten og regionerne*, der er "skurkene" i denne fortælling, mens *kommunerne og den private sektor* er "heltene".

12.2 PERSPEKTIVER OG HANDLEMULIGHEDER

En undersøgelse som denne er jo helt grundlæggende en deskriptiv (beskrivende) undersøgelse og kan som sådan ikke sige noget om, hvad der bør gø-

res. Men som alle, der arbejder i sundhedssektoren, ved, så forekommer det både uetisk og kynisk blot at stille en diagnose og derefter lade patienten gå sin vej. Når man stiller en diagnose, er det jo ikke blot for at kunne sige noget om patologien bagved, men også for at kunne anbefale en (be)handling, som peger fremad og eventuelt kan kurere sygdommen.

I det følgende bevæger vi os med andre ord ud over rammerne for kortlægningen. De forslag, der fremsættes, er under ingen omstændigheder udtømmende, men de kan forhåbentlig inspirere til videre dialog og handling i de relevante sammenhænge.

12.2.1 Særlige risikoområder

Som allerede nævnt, er der fem særlige risikoområder, hvor en målrettet indsats ser ud til at være på sin plads. Disse områder får her nogle ord med på vejen.

Forsorg/fængsler: Sygeplejerskerne, der er ansat inden for dette område, rapporterer først og fremmest om *dårlig ledelse* og *lav social kapital*. Denne sektor har været i fokus i en række sammenhænge, og fængselsbetjentene har længe været betragtet som en "højrisikogruppe" med et meget ringe arbejdsmiljø. I denne sektor er der med høj sandsynlighed behov for en *generel* indsats for bedre ledelse og samarbejde.

Undervisere på statens område: Som nævnt rapporterer de sygeplejersker, der er ansat her, om et job, som er "*hårdt, spændende og ensomt*". Disse undervisere har med stor sandsynlighed samme

Tabel 12.1 Ansættelsesområderne med bedst og dårligst arbejdsmiljø.

For hvert område er angivet den andel af svarpersonerne, der arbejder inden for det pågældende område.

Bedste arbejdsmiljø	%	Dårligste arbejdsmiljø	%
Socialpsykiatri	0,9	Undervisere, staten	1,8
Sundhedspleje	3,1	Forsorg/fængsel	0,7
Kommunal forvaltning	2,5	Medicinske afdelinger	11,9
Almen praksis	3,4	Skadestuer	3,7
Speciallæger/privathospitaler	0,9	Psykiatriske afdelinger	5,3
Andel af svarpersonerne, i alt	10,8	Andel af svarpersonerne, i alt	23,4

forhold som undervisere med anden uddannelsesmæssig baggrund. Der er tale om typisk grænseløst arbejde, som indebærer en række velkendte problemer. Hvis disse skal reduceres, kræver det klar og anerkendende ledelse, klare roller, fokus på kerneopgaven og reduktion af møder, dokumentationsopgaver og andre opgaver, der har en iboende tendens til altid at vokse.

Mens de to ovennævnte områder er atypiske ansættelsesområder for sygeplejersker, så forholder det sig modsat med de tre regionale problemområder: Medicinske afdelinger, psykiatriske afdelinger og skadestuer. Disse tre områder beskæftiger til sammen omkring hver femte sygeplejerske, så hvis der skal gøres noget for at forbedre sygeplejerskerens psykiske arbejdsmiljø, er det af afgørende betydning, at der fokuseres på netop disse tre.

Medicinske afdelinger: Dette område er et velkendt problemområde, hvilket blandt andet fremgår af citatet i boks 12.1 fra 2009: "Samtlige sygeplejersker...var enige om, at de værste arbejdsvilkår fandt man på de medicinske basisafdelinger". Når dette arbejde er så belastende, hænger det i høj grad sammen med stor arbejdsmængde og højt tempo. Der er tilsyneladende en stadig tendens til at underprioritere behovet for tilstrækkelig bemanning inden for dette felt, hvilket understreges af de stadigt tilbagevendende tilfælde af overbelægning, patienter på gangene osv.

Et meget positivt forhold vedrørende de medicinske afdelinger er, at der ikke er særlige problemer med ledelseskvalitet, social kapital eller socialt fællesskab. Det kunne tyde på, at der findes et potentiale for et rigtig godt arbejdsmiljø, hvis blot ressourcerne bliver bragt i overensstemmelse med behovet.

Skadestuer: På skadestuerne er der også højt tempo og stor arbejdsmængde, men her er der samtidigt store problemer med ledelseskvalitet og social kapital. Dertil kommer det meget store forandringspres kombineret med lav forudsigelighed, som er nævnt i kapitel 11. Her er det således ikke nok med flere ressourcer. Der er behov for at se på nogle helt grundlæggende forhold omkring ledelse, anerkendelse, tillid, retfærdighed og alt for mange forandringer.

Boks 12.1 Forholdene på de medicinske afdelinger.

Sygeplejersker i den private sektor ser tilbage på deres arbejde på medicinske afdelinger.

"Samtlige sygeplejersker – såvel dem med erfaringer fra medicinske afdelinger som sygeplejersker, der kun havde erfaring fra andre typer af afdelinger – var enige om, at de værste arbejdsvilkår fandt man på de medicinske basisafdelinger. Det vil sige medicinske afdelinger, der ikke var højt specialiserede".

"Det er bare hårdt at være sygeplejerske på medicinsk afdeling. Patienterne kan ingenting. De skal mades. De skal vendes. De skal drejes. Og have ble på og skiftes. Og de er rigtig syge. De fejler ikke kun en ting. Det er rigtig komplekst. De fejler fem ting, som man skal forholde sig til. Og patienterne bliver ældre. Det er virkelig et slid at være et sådant sted. Man bliver slidt op både fysisk og psykisk. Man skal i hvert fald være god til at sætte sine grænser. Det er typisk på de medicinske afdelinger, de gamle patienter er, og jeg synes ikke, man kan være bekendt faktisk at behandle dem på den måde. Det der med længst mulig i eget hjem holder jo ikke. Hvad jeg ikke har oplevet ude i folks hjem. Og det skrider ude i hjemmepår".
(Sygeplejerske i den private sektor).

"Jeg husker tiden dér som et meget spændende speciale, men meget nedprioriteret normeringsmæssigt. Så jeg har aldrig nogen sinde i min karriere lavet så mange beregninger over plejetyngde og talt sygedage. Og halvdelen af min tid gik med at registrere for at kunne argumentere for en bedre normering".
(Sygeplejerske i den private sektor).

"Medicinske afdelinger i dag er præget af at have travlt. Personalet har symptomer på stress. De har mange sygedage. Særligt de unge sygeplejersker knækker halsen. Der er mange praktiske ting, de ikke kan. Og samtidig er det meget syge patienter, og de pårørende går nogle gange lige i flæsket på os. Jeg har oplevet unge sygeplejersker, der blev nødt til at tage lykkepiller for at klare hverdagen, og ældre sygeplejersker, der fik mavesår".
(Sygeplejerske i den private sektor).

"Der var mange sparerunder. Det ender altid med at gå ud over dem, der har patientkontakten. Det var ikke motiverende for arbejdet. Det gik personalet meget på og overskyggede de gode ting".
(Sygeplejerske i den private sektor).

(Jensen et al, 2009, side 156).

Psykiatriske afdelinger: Psykiatrien har ikke haft del i den store vækst i bevillinger, som resten af sygehusvæsenet oplevede fra 2000 til 2010, men har samtidigt oplevet en markant stigning i antallet af patienter. En af konsekvenserne har været et stort pres for at udskrive patienterne så hurtigt som muligt. Samtidigt har de ansatte oplevet, at offentligheden (pårørende/politikere/medier) har været ekstra kritiske over for denne sektor med stadige historier om overbehandling, fiksering, vold, manglende tid til samtaler osv. I lyset heraf er det ikke så mærkeligt, at der er et højt niveau for rollekonflikter og et lavt niveau for rolleklarhed. De ansatte oplever ofte, at det er "forkert, lige meget hvad vi gør". Samtidigt er der behov for en klar satsning på bedre ledelse og samarbejde, idet området scorer lavt på både ledelseskvalitet og social kapital. Alt i alt en stor udfordring.

12.2.2 Fokus på arbejdsmiljø og trivsel

I Danmark er der opbygget et meget stort apparat omkring forbedringer af arbejdsmiljøet med gentagne trivselsmålinger, ledelsevalueringer, arbejdspladsvurderinger (APV), handleplaner, fraværsindsatser, Arbejdstilsyn, anmeldelse af arbejdsskader, temadage, kurser osv. Alene i den offentlige sektor anvendes tusinder af arbejdstimer og millioner af kroner på disse aktiviteter, hvilket er bemærkelsesværdigt i lyset af, at der er yderst ringe evidens for en positiv effekt (Nielsen et al, 2008; Storch et al, 2010). Trivselsundersøgelserne, som er en af hovedhjørnestejnene i denne indsats, har

tilsyneladende ikke nogen mærkbar effekt på arbejdsmiljøet af to grunde. Dels følges de som regel ikke op med målrettede og konsekvente handlinger (Storch et al, 2010), og dels har det store flertal af de koncepter, der anvendes ved undersøgelserne, i sig selv en meget ringe kvalitet (Kristensen, 2012).

Det kan i denne sammenhæng betale sig at skelne mellem forskellige tilgange til arbejdsmiljøet, hvilket illustreres i figur 12.1. Som allerede omtalt i kapitel 2, er der store problemer med at se arbejdsmiljøet som et isoleret problemområde, som er kendetegnet ved skadelige forhold, der skal reduceres eller fjernes. Meget tyder på, at det netop er denne isolerede og problemfokuserende tilgang, der er en af årsagerne til den meget ringe effekt af de mange anstrengelser. I det følgende vil vi derfor fokusere på tilgange, der tager udgangspunkt i virksomhedens *daglige drift*, i *kerneopgaverne* og i de generelle bestræbelser på at øge *kvalitet og produktivitet*.

12.2.3 Social kapital

Som nævnt i kapitel 7 om social kapital har der i de senere år været stor fokus på den sociale kapital i sundhedsvæsenet (Skinner et al, 2009; Jørgensen, 2011; Gittell, 2012). De seneste fem års forskning i virksomhedens sociale kapital har tegnet et ret entydigt billede med følgende afgørende pointer: For det første viser det sig, at arbejdspladser med samme ressourcer og samme ydre betingelser har meget *forskellig* social kapital. Det er med andre

Figur 12.1 Forskellige synsvinkler på arbejdsmiljøet.

	De ansatte ses som eksponerede "objekter"	De ansatte ses som handlende "subjekter"
Arbejdsmiljøet ses som et "problemområde"	Traditionelt syn på arbejdsmiljøet: Skadelige forhold, der skal fjernes eller reduceres.	Fokus på individer. For eksempel personer med høj ulykkesrate (ulykkesfugle) eller personer med højt fravær. Fokus på menneskelige fejl ved utilsigtede hændelser.
Arbejdsmiljøet ses som en potentiel ressource	Cost benefit betragtninger vedrørende gevinsterne ved at fjerne risici og eksponeringer.	Fokus på ledelse og virksomhedens sociale kapital. Fokus på produktivitet og kvalitet i kerneopgaven. Fokus på kunden/patienten.

ord ikke "samfundets skyld". For det andet peger et stort antal undersøgelser på, at ledelseskvalitet – og i særdeleshed synlig og anerkendende ledelse – er af afgørende betydning for at opbygge social kapital. For det tredje er der god evidens for, at arbejdspladser med høj social kapital har høj trivsel, lavt fravær og lav personaleomsætning. Det gode arbejdsmiljø viser sig også som høj motivation og engagement hos de ansatte. For det fjerde viser det sig, at arbejdspladser med høj social kapital har både høj produktivitet og høj kvalitet i ydelserne. Og endelig har det vist sig, at virksomheder med høj social kapital også er kendetegnet ved høj kunde- / patienttilfredshed og loyalitet (Olesen et al, 2008; Thygesen et al, 2008; Kristensen, 2010; Hasle et al, 2010; Burchell & Robin, 2011).

Der er således meget, der tyder på, at opbygning af større social kapital i sundhedsvæsenets arbejdspladser kan være et centralt element i den fremtidige strategi for sundhedsvæsenet, og der er da også allerede mange af de arbejdspladser, hvor sygeplejerskerne er ansat, der arbejder systematisk på dette.

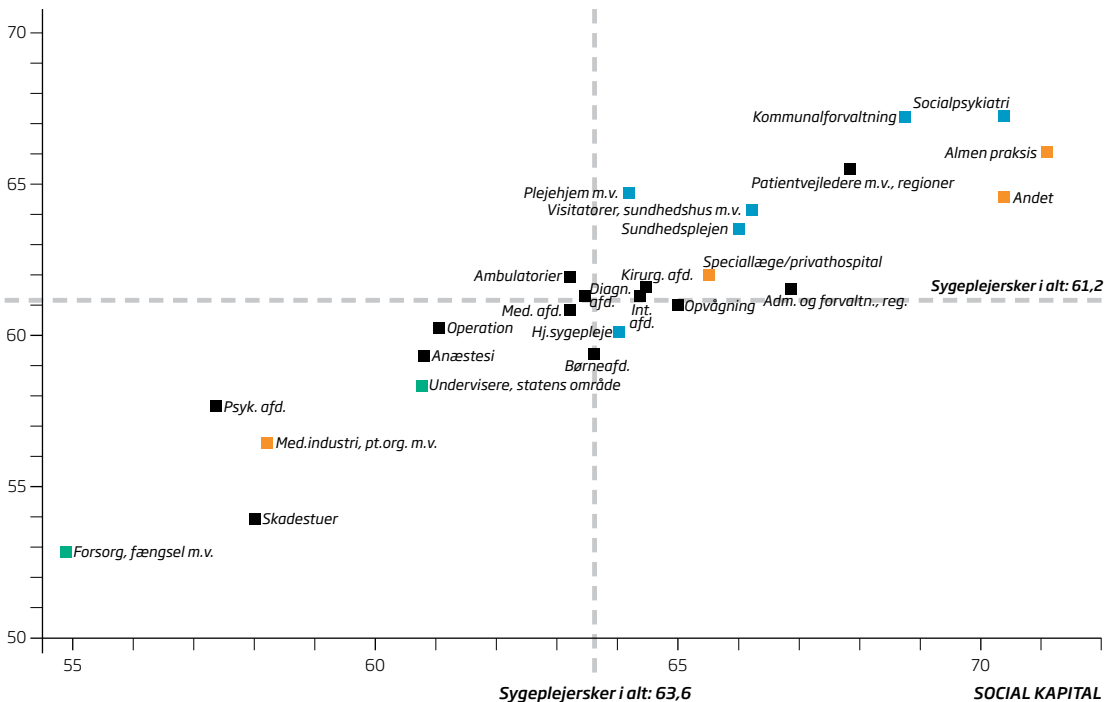
12.2.4 Ledelse

Som nævnt ovenfor er god ledelse en nødvendig forudsætning for opbygning af høj social kapital, hvilket bekræftes til fulde i figur 12.2, som demonstrerer, hvordan sygeplejerskernes ansættelsesområder fordeler sig på de to dimensioner: *Anerkendende ledelse* og *social kapital*. Som det

Figur 12.2 Alle de undersøgte ansættelsesområder fordelt på social kapital og anerkendende ledelse..

■ STAT ■ REGION ■ KOMMUNE ■ PRIVAT

ANERKENDE LEDELSE



fremgår af figuren, så er disse to dimensioner nærmest to sider af samme sag. Der er meget stor afstand mellem fængsel/forsorg i den ene ende og socialpsykiatrien og almen praksis i den anden, men den gode nyhed er, at der er en omfattende litteratur på området, man kan lade sig inspirere af, hvis man ønsker at forbedre forholdene.

Hvis man specifikt ønsker at forbedre ledelseskvaliteten, er der følgende metoder: 1) At spotte, udvikle og træne potentielle ledere, *før* de bliver ledere. 2) At være meget omhyggelig i udvælgelsen

Boks 12.2 Sygeplejersker beskriver virkningerne af god og dårlig ledelse.

”Generelt giver sygeplejerskerne udtryk for at savne anerkendelse for deres arbejde og at føle sig værdsat som medarbejdere. De peger på, at ledelsen ofte ikke forholder sig til arbejdet. At ledelsen er ligeglade med, hvordan de udfører deres arbejde. At det bare skal se pænt ud udadtil. At det for dem primært handler om, at der skal være en til at passe ”maskinen” eller den ”brik i muren” den dag eller i den vagt, og at budgettet overholdes. Der peges således massivt på mangler i faglig ledelse.

De interviewede sygeplejersker beskriver deres erfaringer med ledelser på offentlige hospitaler og i hjemmeplejen som værende præget af en usynlig *laissez faire*-ledelse eller en handlingslammet ledelse. En ledelse der forholder sig passivt til konflikter, en ledelse der nødtigt går ind og tager et ansvar, en ledelse der er præget af afmagt. I tråd hermed er der en kultur om, at man ikke fyrer medarbejdere. Heller ikke hvis de ikke passer deres arbejde godt nok, eller hvis de skaber et dårligt arbejdsmiljø omkring sig. De interviewede sygeplejersker beskriver også en autoritær og en forskelsbehandlende ledelse. En ledelse der splitter medarbejderne ved at favorisere nogle på bekostning af andre. Sygeplejerskerne oplever også, at det ikke er muligt at komme med ændringsforslag, og at det er som at slå i en dyne at prøve at få sin autoritære ledelse i tale. De medarbejdere, der beskriver en velfungerende ledelse, beskriver en ledelse, der går ind og sætter rammer og beskytter medarbejderne mod andre dele af organisationen. De skaber på denne måde rum til at arbejde. Når en ledelse ikke gør dette, skabes der utilfredshed. Den gode ledelse beskrives derudover som nærværende”.

(Jensen et al, 2009, side 205-206).

af dem, der *bliver ansat* som ledere. 3) At hjælpe lederne med at finde anden beskæftigelse, hvis de *alligevel* ikke egner sig til jobbet. 4) At videreud-danne, træne og coache ledere, *mens* de er ledere. I den offentlige sektor kniber det især med punkt 1 og 3. Især er der en meget stor tolerance over for dårlig ledelse, når først folk har fået lederjobbet. Måske er dette en af årsagerne til, at ledelseskvaliteten tilsyneladende er ringere i den offentlige end i den private sektor (Thuesen, 2010). Det skal dog bemærkes, at der sker virkelig meget på dette område, og at der også i regionerne er en udvikling i gang med lederpipelines og lederudviklingsstrategier (se fx Region Midtjylland, 2011).

Som nævnt i kapitel 8 om anerkendende ledelse er der flere og flere undersøgelser, der direkte har kædet ledelseskvaliteten sammen med de ansattes helbred og trivsel (Scott et al, 1999; Manion, 2003 & 2004; Nyberg, 2008 & 2009; Jensen et al, 2009; Holm-Petersen & Vyberg, 2011). I boks 12.2 giver nogle sygeplejersker meget malende udtryk for virkningerne af god og dårlig ledelse i dagligdagen. Det kan ikke siges meget bedre.

12.2.5 Relationelle kompetencer

Som allerede nævnt i kapitel 2 og talrige gange undervejs i bogen, så spiller *relationerne* en ganske overvældende rolle for sygeplejerskernes arbejdsmiljø og trivsel. Når et meget stort antal medarbejdere fra mange fag skal samarbejde om en kompliceret opgave og håndtere et enormt antal informationer på kort tid med meget lille tolerance over for fejl, så skal man være god til relationer og kommunikation! Oven i hatten skal man ikke blot kunne kommunikere med egne fagfæller, men også med mange andre kolleger, med patienter (som også er meget forskellige), med pårørende og med instanser uden for arbejdspladsen.

I lyset af disse ret ekstreme krav til relationelle kompetencer slår Christina Holm-Petersen i et debatoplæg fra 2012 til lyd for ”en stærkere relationsfaglighed. En faglighed med fælles fokus og redskaber, hvor det ikke blot er op til den enkeltes kommunikations- eller ”omsorgsgen” at kunne håndtere følelser. Og en faglighed, der gør den en-

kelte mindre truet af at føle sig utilstrækkelig eller brændende ud" (Holm-Petersen, 2012).

Dette er i nøje overensstemmelse med Jody Gittel's anbefalinger i bogen om High Performance Healthcare (2009 & 2012), hvor hun taler om relationer, der er kendetegnet ved gensidig respekt, fælles sprog og fælles mål, og hvor kommunikationen skal være rettidig, præcis og fremadrettet.

Meget tyder således på, at det er en god idé at gøre relationelle kompetencer til et centralt tema - ikke blot på grunduddannelserne, men også i forbindelse med mere specifikke kurser og videreuddannelser. Der vil være oplagte gevinster for både trivsel, kvalitet og produktivitet.

12.2.6 Forandringer

Man siger nok, at forandringer fryder, men det gælder kun med måde. Tværtimod, så er forandringer - i form af organisationsændringer, nedskæringer, sammenlægninger, firingsrunder og meget andet - en af de store ressource-slugere i den offentlige sektor. Disse mange forandringer illustrerer mere end noget andet, hvor stor afstanden ofte er fra topledelsen til gulvet. I toppen af systemerne giver forandringerne stor mening - især på længere sigt - og omkostningerne er ofte ikke særlig synlige. Disse omkostninger har især tre former: Dels de *psykologiske* omkostninger for de ansatte, dels den *tid*, der går med at lave om på tingene og komme ind i nye rutiner og relationer, og dels de *direkte udgifter* ved ombygninger, flytninger, nyanskaffelser osv.

Det, som ledelsen ofte overser, er, at de ansatte især har brug for *forudsigelighed* (hvad skal der ske med mig?), *mening* (hvorfor skal dette ske?) og *indflydelse* (kan jeg påvirke processen?). Det er en god huskeregel, at "*de langsomme ændringer er de hurtigste*", hvilket hænger sammen med, at folk skal have sjælen med. Hvis ikke det sker, får vi de mange negative følgevirkninger for trivsel og helbred, som er beskrevet i kapitel 11.

Som også beskrevet i kapitel 11 kan selv store forandringer gennemføres på en gennemtænkt og

ordentlig måde. (Eksemplet er Post Danmark). Men det kan også gøres på en måde, der giver stor plads til forbedringer. Eksemplet herpå er skadestuerne.

12.2.7 Kvalitet og produktivitet

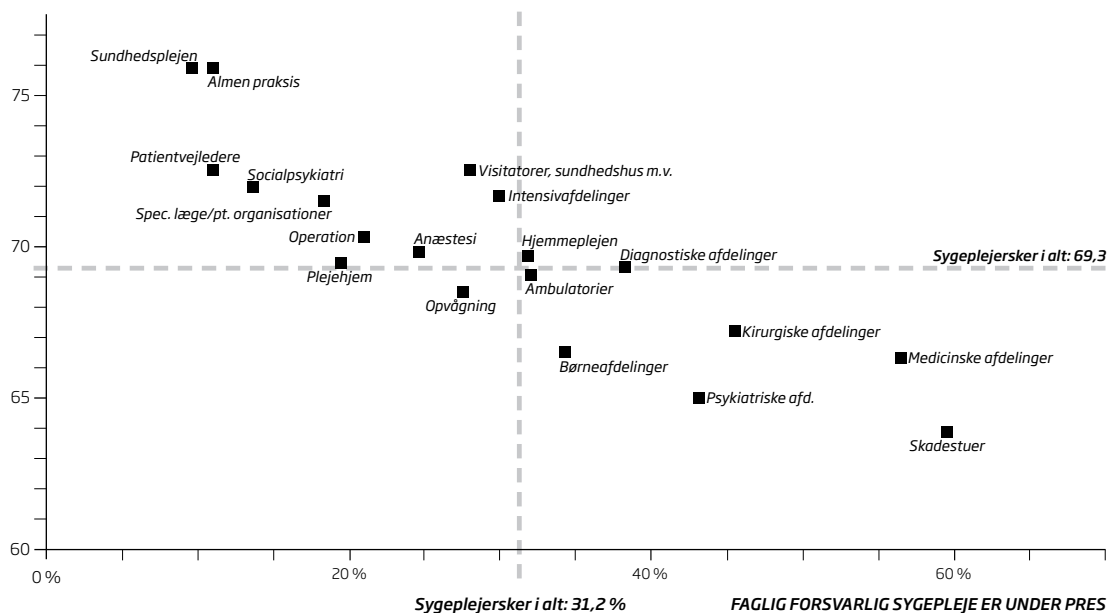
Når der tales om trivsel og produktivitet/kvalitet, bruger man ofte det såkaldte "kostalds-argument" (Køerne giver mere mælk, når der er musik i kostalden). Oversat til arbejdslivet lyder argumentet, at de ansatte yder en bedre og større indsats, når de trives. I de senere år er der kommet mere og mere evidens for den *modsatte* sammenhæng: Det giver trivsel, stolthed og arbejdsglæde at levere produkter og ydelser af høj kvalitet. Gang på gang hører man de ansatte sige: "Bare vi dog kunne få lov til at passe vores arbejde!". Det, som reducerer trivslen er forandringer, møder, dokumentationsopgaver, ventetider, dårlig teknologi osv. Det er blevet mere og mere klart, at produktivitet og kvalitet ikke er hinandens modsætninger, og at den bedste vej til høj trivsel er at gøre kvaliteten synlig og fejre den (Jørgensen 2011; Kristensen, 2010; Gittell, 2012).

I nærværende undersøgelse blev sygeplejerskerne spurgt: "Oplever du, at dine muligheder for at give sygepleje på et fagligt forsvarligt niveau er kommet under pres pga. faktorer i arbejdsmiljøet?" Dertil svarede knap en tredjedel (31,2 %) "ja, altid" eller "ja, ofte", mens 19 % svarede "nej, aldrig". På fire områder var der over 40 %, der havde oplevet, at den forsvarlige sygepleje var under pres: Skadestuerne (59,5 %), de medicinske afdelinger (56,6 %), de kirurgiske afdelinger (45,5 %) og de psykiatriske afdelinger (43,1 %). Her er det altså endnu en gang tre af denne undersøgelses gamle kendinge, der stikker hovedet frem. De bliver i denne lidet flatterende sammenhæng suppleret med de kirurgiske afdelinger. I den modsatte ende, hvor meget få føler, at det faglige niveau er udfordret, finder vi sundhedsplejen (9,6 %), almen praksis (10,9 %), patientvejlederne (11,0 %) og socialpsykiatrien (13,7 %).

Ifølge den argumentation, der fremføres i denne bog, bør der være en klar sammenhæng mellem trivslen og mulighederne for at udføre fagligt forsvarligt arbejde. Og det er præcis, hvad vi ser i figur

Figur 12.3 Sammenhængen mellem jobtilfredshed og mulighederne for at yde sygepleje på et fagligt forsvarligt niveau (Ansættelsesområder uden direkte patientkontakt er ikke medtaget).

JOBTILFREDSHED



12.3. I den ene ende har vi de to områder med *både* høj trivsel og lave trusler mod fagligheden (sundhedspleje og almen praksis), mens vi i den anden ende har de nævnte fire områder med *både* lav trivsel og høje trusler mod fagligheden. At vi finder en så klar sammenhæng viser naturligvis ikke, hvilken vej sammenhængen går. Den kan for så vidt gå begge veje, men resultatet er i høj grad i overensstemmelse med idéen om, at mulighederne for at udføre arbejde med høj kvalitet øger de ansattes trivsel.

12.2.8 Den Danske Kvalitetsmodel

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) repræsenterer det hidtil mest ambitiøse forsøg i Danmark på at fremme kvaliteten af de offentlige ydelser. Der er tale om et akkrediteringssystem, der dækker hele sundhedssektoren, og som er baseret på 37 temaer med i alt 103 detaljerede standarder (1. ver-

sion). Filosofien bag systemet er, at man gennem et landsdækkende standardiseret system kan påvirke den daglige adfærd hos de mange tusinder af ansatte, således at kvaliteten så at sige indbygges i den måde, tingene gøres på. Den første version var færdig i 2009, og den gennemgik i 2011 en evaluering, der resulterede i en ny version, der så dagens lys i 2012 (IKAS, 2012).

Set fra et arbejdsmiljøsynspunkt er der tale om et temmelig ekstremt system, som er baseret på en top-down model, hvor man gennem standarder og regler forsøger at påvirke eller styre menneskers adfærd. Om systemet har den tilsluttede effekt (at styrke kvaliteten) skal ikke diskuteres her. Derimod er det relevant at se på sammenhængen mellem kvalitetsmodellen og arbejdsmiljøet. Denne sammenhæng strejfes overfladisk i et par af standarderne (vedrørende tilstrækkelige ressourcer og uddannelse), men hverken arbejdsmiljøets betydning

Boks 12.3 Tidskrævende dokumentation og kontrol.

"Alle sygeplejersker, der i de senere år har arbejdet i det offentlige, har oplevet en stigende mængde af dokumentation. De fleste vurderer, at mængden har taget overhånd. At der på nogle områder dokumenteres for dokumentationens egen skyld, og at det er usandsynligt, at alt det, der dokumenteres, bliver brugt af nogen. Tiden, der anvendes til dokumentation, går derudover ifølge sygeplejerskerne fra tiden til patienterne".

(Sygeplejerske i den private sektor)

"Pludselig skulle vi ind og dokumentere hver gang, vi gav en panodil. Det var så ressourcekrævende. Det tog tiden fra sygeplejen".

(Sygeplejerske i den private sektor)

"Der kom hele tiden øget dokumentation. Og det, at der blev mere travlt, var med til at mindske arbejdsglæden".

(Sygeplejerske i den private sektor)

"De oplever i hjemmeplejen, at de har færre timer i hjemmene, fordi de skal hjem og dokumentere på edb. Det er mere besværligt end på papir, fordi der er flere steder, man skal ind og skrive tingene. I starten var problemet også, at der ikke var computere nok".

(Sygeplejerske i den private sektor)

"I det lokalcenter, hvor jeg var ansat før, brugte vi to timer hver dag på at dokumentere, og det synes jeg var for meget".

(Sygeplejerske i den private sektor)

(Jensen et al, 2009, side 179).

for kvaliteten eller DDKM's betydning for arbejdsmiljøet berøres.

Hvis vi tager det sidste emne først, så er der talrige eksempler på medarbejderes utilfredshed – ja tilmed underskriftindsamlinger – mod det som opleves som overdrevet papirarbejde og kontrol. Dette tema blev berørt i kapitel 4, og boks 12.3 giver yderligere eksempler på herpå. Når der er så stor modstand mod kravene om dokumentation og kontrol, skyldes det primært tre forhold: 1) En lang række af dokumentationskravene forekommer irrelevante og meningsløse ud fra en konkret faglig vurdering. 2) Dokumentation og kontrol indeholder et implicit

budskab om mistillid (du gør ikke dit job ordentligt, hvis du ikke kontrolleres). 3) Dokumentation og kontrol tager tid fra kerneopgaven.

Hvis en model som DDKM model skal fungere optimalt, kræves der tre ting: 1) De ansatte skal føle *medejerskab* til modellen og til de procedurer, den indeholder. 2) Modellen skal opleves som *meningsfuld og relevant* i det daglige arbejde. 3) Modellen skal bidrage til *udvikling og læring*. Ikke blot i toppen af sundhedssystemet, men på de enkelte afsnit og afdelinger. I øjeblikket tyder meget på, at disse tre krav er langt fra at være opfyldt.

Det forhold at de ansattes arbejdsmiljø kunne tænkes at påvirke kvaliteten i behandlingen, er, så vidt det kan skønnes, slet ikke overvejet i forbindelse med DDKM. Dette er bemærkelsesværdigt i lyset af den overvældende evidens, der efterhånden findes på området (se fx Aiken et al, 2002 & 2008; Andersen & Wiegman, 2008; Baker et al, 2008; Baumann et al, 2001; Gittel et al, 2000, 2008 & 2009; Needleman et al, 2011; Tarnnow-Mordi et al, 2000). Det overordnede budskab er her, at godt psykisk arbejdsmiljø i almindelighed og høj social kapital i særdeleshed ikke alene fremmer de ansattes trivsel, men i høj grad også resulterer i højere produktivitet og kvalitet.

Den manglende samtænkning af arbejdsmiljø og kvalitet er yderligere bemærkelsesværdig i lyset af den voksende diskrepans mellem de behandlingsmæssige muligheder (og befolkningens "behov") på den ene side og de økonomiske rammer på den anden. Netop i denne situation er der et meget stort behov for at undersøge, om det kan lade sig gøre at få mere og/eller bedre behandling for de samme penge (Brownlee, 2007; Glance et al, 2010; Hvenegaard & Gyrd-Hansen, 2010; Skinner et al, 2009; Wennberg, 2010).

12.2.9 Fejl og utilsigtede hændelser

"Utilsigtede hændelser" er et andet eksempel på et område, der i de senere år har gennemgået en proces med institutionalisering og standardisering. I 2011 blev der således anmeldt ikke mindre end 98.669 sådanne hændelser til Dansk Patient Sik-

kerheds Database (DPSD), hvilket var en markant stigning i forhold til 2010, hvor der blev anmeldt 41.501 hændelser (Patientombuddet, 2012). Der er dog ingen, der af den grund er gået i panik, idet det antages, at der kun anmeldes cirka 5-10 % af det faktiske antal tilfælde. Det rigtige tal er således mellem 1.000.000 og 2.000.000. Hele tankegangen i forbindelse med utilsigtede hændelser er, at de så at sige repræsenterer den del af isbjergene, der er under vandet. Ved at studere mønstre og processer i forbindelse med disse hændelser håber man på at kunne forebygge de mere alvorlige fejl og uheld i sundhedssektoren, som er langt færre.

Som nævnt ovenfor er det ikke altid sådan, at høj trivsel giver højere kvalitet i ydelserne. Men på netop dette felt er der omfattende evidens for, at et højt niveau af stress og/eller udbrændthed øger risikoen for fejl og andre utilsigtede hændelser (Andersen & Wiegman, 2008; Dugan et al, 1996; Foss & Kehlet, 2006; Jones et al, 1988; Odagiri et al, 2005; Sundhedsstyrelsen, 2009). En af de klassiske undersøgelser på feltet er Jones' og kollegers, hvor forskerne ikke blot fandt en klar sammenhæng mellem stressniveau og antal fejl, men også kunne dokumentere en halvering af fejlene efter en intervention med et stress management program (1988). En anden er Dugan m.fl.'s fra 1996, hvor der var en trinvis øgning i antal fejl med stigende stressniveau i 48 enheder.

I lyset af denne forskning er det ganske foruroligende, at netop de medicinske afdelinger, skadestuerne og de psykiatriske afdelinger har et højt niveau af *både* stress og udbrændthed. Hvor mange fejl og utilsigtede hændelser, der forårsages af de belastende forhold i disse afdelinger er aldrig undersøgt, men at der vil være en positiv effekt for både patienter og ansatte af at forbedre de ansattes psykiske velbefindende, er der ikke nogen tvivl om.

12.2.10 Patienttilfredshed

I analyser af kvaliteten i de offentlige ydelser, skelnes der undertiden mellem tre aspekter ved kvalitet: 1) Den *faglige kvalitet*, som fx kan belyses ud fra helbredelse eller overlevelse. 2) *Proceskvaliteten*, som fx kan handle om ventetider, information,

overbelægning eller sammenhængende patientforløb. 3) *Patienttilfredshed*. Der vil i sagens natur ofte være en positiv sammenhæng mellem disse tre mål, men man skal gøre sig klart, at det langt fra altid vil være tilfældet.

I Danmark har man i de senere år målt patienttilfredsheden gennem en storstilet udsendelse af spørgeskemaer til mere end 230.000 patienter. I den seneste undersøgelse fra 2011 svarede godt 41.000 af de indlagte patienter og godt 96.000 af de ambulante. Svarprocenten var 60 % (LUP, 2012). Disse undersøgelser har visse ligheder med kortlægningen af utilsigtede hændelser i og med at da-

Boks 12.4 Tilfredse patienter giver arbejdsglæde.

"Tilfredse og glade patienter bidrager ifølge sygeplejerskerne i høj grad til deres arbejdsglæde. Patienternes overvejende positive feedback medvirker på denne vis til at fastholde motivationen.

På U2 har de en høj andel af selvhjulpne patienter og generelt et positivt patient/pårørende-sygeplejerske forhold. De scorer også højt i patienttilfredshedsundersøgelser. Fx havde deres kontaktsygeplejersystem fået topkarakter. Patienterne er ofte taknemmelige: "I har været så gode. Der er ingen klager fra min side". (Observationsdata). En patient på gangen fortalte, at der er så god stemning på U2. Patienten havde været indlagt nogle gange. "Stemningen smitter af på afdelingen. Det handler meget om god ledelse". (Observationsdata).

En anden patient fortalte også uopfordret, at han syntes, det er en god afdeling og har været glad for at være der. "De er professionelle og har styr på tingene. Det smitter jo også af". (Observationsdata).

"Alle de utroligt mange tilfredse patienter vi har. Nu har jeg desværre ikke så meget kontakt med dem, som jeg har haft. Men jeg hører det jo så heldigvis, både i de takkebreve vi får, men også gennem afdelingssygeplejersken og det øvrige personale. Det, synes jeg, er dejligt. Og det er jo et udtryk for, at tingene omkring dem kører, som det skal. Og det er en meget væsentlig faktor".
(Oversygeplejerske, interview, U2).

(Holm-Petersen & Vyberg, 2011, side 35).

tamængden er overvældende, mens kvaliteten er mindre prangende. Det er især et problem, at man har valgt at give svarpersonerne valget mellem fire svarmuligheder: "Virkelig godt, Godt, Dårligt og Virkelig dårligt". I mangel af en neutral midterkategori, som normalt anvendes i den type undersøgelser, får man ofte en meget stor andel, der benytter kategorien "Godt". For eksempel var svarene vedrørende tilrettelæggelsen af indlæggelsen således i 2011: Virkelig godt: 35 %. Godt: 57 %. Dårligt: 6 %. Virkelig dårligt: 2 %. Dette svarmønster fortolkes af Danske Regioner og Sundhedsministeriet således, at over 90 % af patienterne er godt tilfredse, hvilket nærmer sig manipulation med data.

På dette meget vigtige område er der brug for tre forskellige initiativer. For det første er der behov for et kvalitetsløft i forbindelse med kortlægningen, således at der tilvejebringes mere differentierede og valide målinger på feltet.

For det andet er det, med udgangspunkt i den internationale litteratur, relevant at gøre gældende, at "tilfredshed" er en alt for lav ambition (Heskett et al, 2008). Sundhedsvæsenet bør stræbe mod mere end tilfredshed, nemlig loyalitet, medejerskab og inddragelse. For eksempel har man mange steder inddraget patienterne og de pårørende i kvalitetsudvikling, innovation og undervisning.

Og for det tredje vil der være store perspektiver i at integrere målingerne af patienttilfredshed med de undersøgelser, der foregår løbende vedrørende de ansattes arbejdsmiljø og trivsel. Som det fremgår af boks 12.4 er tilfredse og glade patienter en stor kilde til trivsel og stolthed blandt sygeplejersker. Og det omvendte kan også tænkes at være tilfældet, således som det fremgår af en lang række undersøgelser (Leiter et al, 1998; Vahey et al, 2004; Gittell, 2009; Gittell et al, 2000 & 2008).

12.2.11 Moderne trivselsmålinger

En af de bærende pointer i dette kapitel er, at man ikke forbedrer arbejdsmiljøet ved at fokusere på arbejdsmiljøet. For at sætte sagen lidt på spidsen: Formålet med et hospital er ikke, at de ansatte skal trives, men at levere behandling og pleje af høj kva-

litet til gavn for patienterne og samfundet. (Og når man gør det, så trives man!).

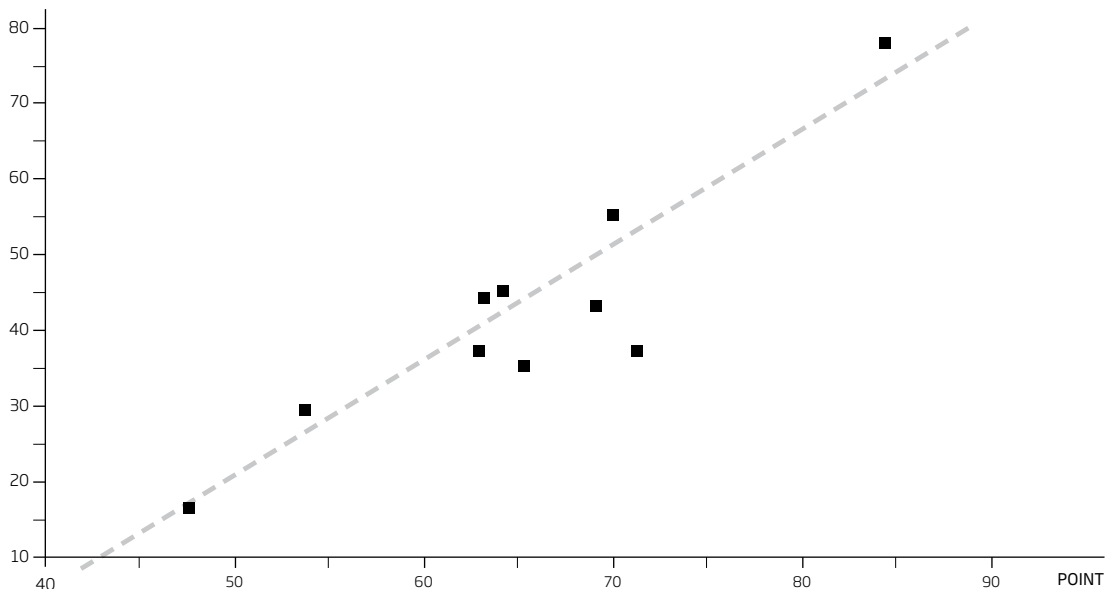
De allerfleste sygeplejersker arbejder på vel organiserede arbejdspladser, hvor der gennemføres regelmæssige kortlægninger af (det psykiske) arbejdsmiljø. Når hele denne kæmpe indsats ikke giver større udbytte, end tilfældet er, så har det tre årsager. For det første er kvaliteten af de fleste af de anvendte koncepter, som allerede nævnt, temmelig lav. For det andet følges der sjældent op på målingerne på en systematisk og vedholdende måde. Og for det tredje er der en tendens til, at der fokuseres meget snævert, idet man går efter "mere trivsel", "bedre samarbejde", "anerkendende tilgang", "mindre fravær, mere nærvær" o.lign. Over-sat til sygdomstankegangen angriber man symptomer i stedet for årsager.

I modsætning hertil står det, man kunne kalde en moderne trivselsmåling, der opfylder tre grundlæggende betingelser: For det første skal det anvendte spørgeskema bestå af vel validerede spørgsmål og dimensioner, og de rapporter, det hele munder ud i, skal give *indsigt og overblik*. For det andet bør man anvende de *samme instrumenter* på tværs af regionerne og på tværs af kommunerne. Som det er i dag, anvendes en lang række usammenlignelige koncepter, som forhindrer eksterne benchmark og samlede strategiske satsninger. Og for det tredje – og ikke mindst – bør man hurtigt og billigt kunne koble til *andre relevante indikatorer*. I figur 12.4 er vist et eksempel på en sådan kobling, nemlig mellem nogle hospitalsafdelingers sociale kapital og de samme afdelingers niveau for patienttilfredshed. Som det fremgår, er der meget stor variation mellem disse afdelingers sociale kapital, og det samme kan uden overdrivelse siges om patienttilfredsheden, idet andelen af "virkelig tilfredse" varierer fra under 20 % til over 70 %. Det er netop koblingen mellem indikatorer, der er indsamlet med forskellige metoder, der kan bidrage til det strategiske arbejde med arbejdsmiljø, kvalitet og patienttilfredshed.

I eksemplet i figur 12.4 er en dimension i arbejdsmiljøet (social kapital) koblet til patienttilfredshed. Man kunne tænke sig lignende koblinger til mange

Figur 12.4 Social kapital og patient tilfredshed. Afdelinger på et stort hospital (ekstern figur).

GENEREL PATIENTTILFREDSHED (VIRKELIG GODT)
LANDSUNDERSØGELSEN AF PATIENTTILFREDSHED
%



SOCIAL KAPITAL
TRIVSELSUNDERSØGELSE, 2011

andre indikatorer som fx utilsigtede hændelser, indikatorer på kvalitet, produktivitet, fravær og personaleomsætning. Som det er i dag, består systemet af en række uafhængige siloer, der ikke kommunikerer voldsomt meget med hinanden (IKAS, LUP, DPSD og de enkelte regioner). Der er ingen tekniske eller økonomiske forhindringer mod at tage et sådant strategisk syvmileskridt. Barrieren sidder – som det så ofte er tilfældet – mellem ørterne på de relevante aktører.

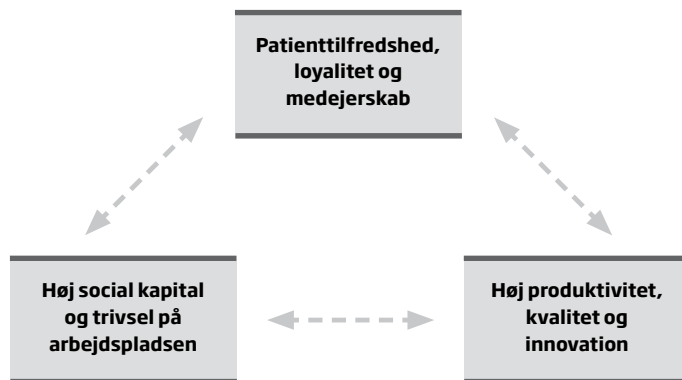
12.3 KONKLUSION

Som det forhåbentlig er fremgået, er der et meget betydeligt potentiale for at forbedre sygeplejersker-

nes arbejdsmiljø og trivsel. Og paradokset ligger i, at det i de fleste tilfælde kan gøres ved at fokusere på de forhold, der er nævnt i dette kapitel: Kvalitet, produktivitet, patienttilfredshed, forandringer, ledelse, relationer, utilsigtede hændelser og social kapital.

I de senere år har vi set en lang række eksempler på, at denne tankegang har været bragt i anvendelse. Blot et enkelt eksempel herpå: På Rigshospitalet har man gennem nye forflytningsteknikker opnået færre tryksår, lavere liggetid, højere patienttilfredshed og højere trivsel og stolthed hos de ansatte – på én gang (Personaleweb, 30.1.2012). Dette er et eksempel på "Den stærke trekant", som illustreres i figur 12.5.

Figur 12.5 Den stærke trekant (ekstern figur).



Pointen med "Den stærke trekant" er netop, at der er store gevinster ved at overskride den traditionelle måde at tænke arbejdsmiljø på (boksen nederst til venstre i figuren). Ved at fokusere på *kerneopgaven* (produktivitet, kvalitet, innovation) og på *patienten* (tilfredshed, loyalitet, medejerskab) skabes en situation, hvor de tre faktorer i figuren påvirker og forstærker hinanden i nogle positive spiraler.

At skabe positive forandringer er ikke primært et spørgsmål om viden. Viden kan inspirere og åbne øjnene på folk, men uden *vilje* og *evne* omsættes viden ikke til aktiv handling. Som vist i boks 7.1 er der i 2010 indgået en meget positiv aftale mellem

en lang række organisationer inden for sundhedsvæsenet, hvori der står: "*Vi vil arbejde for, at fremtidens sundhedsvæsen er bygget på et fundament af gensidig tillid, dialog og anerkendelse på alle arbejdspladser og på alle niveauer*". Dette er et godt udgangspunkt, men ord alene gør det som bekendt ikke. Ordene skal følges op med et systematisk og vedholdende arbejde for at skabe bedre arbejdspladser til gavn for patienterne, sygeplejerskerne og de øvrige faggrupper. Forhåbentlig kan denne bog medvirke hertil.



LITTERATUR

Litteratur

- Aiken LH, Smith HL, Lake ET. Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care* 1994; 32: 771-787.
- Aiken LH, Sochalski J, Lale ET. Studying outcomes of organizational change in health services. *Medical Care* 1997; 35: Suppl. NS6-NS18.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, Giovanetti P, Hunt J, Rafferty AM, Shamian J. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs* 2001; 20: 43-53.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of American Medical Association* 2002; 288: 1987-1993.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration* 2008; 38: 223-229.
- Albertsen K, Jeppesen D, Hvenegaard H. Samarbejde om kerneopgaven. I: Sund ledelse. 19 bud på god sygehusledelse. København: Danske Regioner og Dansk Selskab for Ledelse i Sundhedsvæsenet, 2012: 84-98.
- Andersen TR & Wiegman I-M. Kvaliteten af sygeplejen og arbejdsmiljø i sundhedssektoren – en dokumentationsrapport. København: TeamArbejdsliv, 2008.
- Antonovsky A. Unravelling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
- Baker RG, MacIntosh-Murray A, Porcellato C, Dionne L, Stelmachovich K, Born K. High performing healthcare systems. Delivering quality by design. Toronto: Longwoods, 2008.
- Baumann A, et al. Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. Canadian Health Services Research Foundation, 2001.
- Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology* 1979; 109: 186-204.
- Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine* 2000; 51: 843-857.
- Borritz M. Burnout in human service work - causes and consequences. Results of 3 years of follow-up of the PUMA study among human service workers in Denmark. PhD Thesis. Copenhagen: National Institute of Occupational Health, 2006.
- Borritz, Bültman U, Rugulies R, Christensen KB, Villadsen E, Kristensen TS. Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: Findings from 3-year follow-up of the PUMA Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2005; 47: 1015-1025.
- Brownlee S. Overtreated. Why too much medicine is making us sicker and poorer. New York: Bloomsbury, 2007.
- Burchell M & Robin J. The great workplace. How to build it, how to keep it, and why it matters. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 2011.
- Csikszentmihalyi M. Beyond boredom and anxiety. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1975.
- Csikszentmihalyi M. Flow og engagement i hverdagen. Virum: Dansk Psykologisk Forlag, 2005.
- Coleman JS. Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology* 1988; 94: S95-S120.
- Danske Regioner og Dansk Selskab for Ledelse i Sundhedsvæsenet. Sund ledelse. København: Danske Regioner og Dansk Selskab for Ledelse i Sundhedsvæsenet, 2012.
- Davidson MJ & Cooper CL. Occupational stress in female managers: A comparative study. *Journal of Management Studies* 1984; 21: 185-205.
- Del din viden. Gode eksempler fra sundhedsvæsenet. Danske Regioner. Nr 2, April, 2010.
- De Lucia PR, Otto TE, Palmier PA. Performance in nursing. *Reviews of Human Factors and Ergonomics* 2009; 5: 1-40.
- Dugan J, Lauer E, Dutro BK, et al. Stressful nurses: The effect on patient outcomes. *Journal of Nursing Care Quality* 1996; 10: 46-58.
- Endresen A & Testad I. Sosial kapital og stressrelaterede lidelser for ansatte i sykehjemssektoren i Norge. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 2012; 8: 78-93.

- Erikssen J, Knudsen K, Mowinckel P, Guthe T, Holm JP, Brandt-zaeg R, Rodahl K. Blodtrykstigning hos industriarbejdere udsat for stress. Tidsskrift for den Norske Lægeforening 1990; 110: 2873-2877.
- European Heart Network. European cardiovascular disease statistics 2012. Brussels: European Heart Network, 2012.
- Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld SA, Smith GD. An uncertain future: the health effects of threats to employment security in white-collar men and women. *American Journal of Public Health* 1998; 88: 1030-1036.
- Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfeld SA, Marmot MG. Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002; 56: 450-454.
- Ferrie JE. Is job insecurity harmful to health? *Journal of the Royal Society of Medicine* 2001; 94: 71-76.
- Foss NB & Kehlet H. Short-term mortality in hip fracture patients admitted during weekends and holidays. *British Journal of Anaesthesia* 2006; 96: 450-454.
- Frankl VE. *Man's ultimate search for meaning*. New York: Perseus Publishing, 2000.
- Freudenberger HJ. Staff burn-out. *Journal of Social Issues* 1974; 30: 159-165.
- Gittell JH. *Effektivitet i sundhedsvæsenet - samarbejde, fleksibilitet og kvalitet*. København: Munksgaard, 2012.
- Gittell JH. *High performance healthcare*. New York: McGraw Hill, 2009.
- Gittell JH, Weinberg D, Pfefferle S, Bishop C. Impact of relational coordination on job satisfaction and quality of outcomes: a study of nursing homes. *Human Resource Management Journal* 2008; 18: 154-170.
- Gittell JH, Fairfiels KM, Bierbaum B, Head W, Jackson R, Kelly M, Laskin R, Lipson S, Siliski J, Thornhill T, Zuckerman J. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay. A nine-hospital study of surgical patients. *Medical Care* 2000; 38: 807-819.
- Glance LG, Dick AW, Osler TM, Meredith W, Mukamel D. The association between cost and quality in trauma: Is greater spending associated with higher-quality care? *Annals of Surgery* 2010; 252: 217-222.
- Goldschmidt G. *Tæm trælerne på Bornholms Hospital*. <http://www.bamr.dk/data/files/am2012/200/215-socialkapitalbornholmshospital.pdf>
http://www.arbejdsmiljoweb.dk/ledelse/attractiv_arbejdsplads/redeksaber_til_en_attraktiv_arbejdsplads/de_16_redeksaber/10_tæm_traelserne/
- Graversgård J. *Udbrændthed - bryd den onde cirkel*. København: Frydenlund, 1994.
- Hakanen J, Rodriguez-Sánchez AM, Perhoniemi R. Too good to be true? Similarities and differences between engagement and workaholism among Finnish judges. *Scientia & Trabajo* 2012; 14: 72-80.
- Hakanen J, Perhoniemi R, Toppinen-Tanner S. Positive gain spirals at work: From job resources to work engagement, personal initiative and work-unit innovativeness. *Journal of Vocational Behavior* 2008; 73: 78-91.
- Hasenfeld Y. *Human service organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1983.
- Hasle P, Thoft E, Olesen KG. *Ledelse med social kapital*. København: L&R Business, 2010.
- Haslebo ML & Lyndgaard DB. *9 grundantagelser for anerkendende ledelse*. Væksthus for Ledelse, 7-12-2012.
- Haslebo ML & Lyndgaard DB. *Anerkendende ledelse*. Skab mod, engagement og bedre resultater. København: Dansk Psykologisk Forlag, 2009.
- Heskett JL, Sasser WE, Wheeler J. *The ownership quotient*. Boston: Harvard Business Press, 2008.
- Hochschild AR. *The managed heart*. Commercialization of human feeling. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1983.
- Holm-Petersen C & Vyberg N. *Arbejdsglæde i fremtidens sygeplejerskearbejde på hospitalerne*. En undersøgelse af arbejdsglæde på en privat og en offentlig hospitalsafdeling. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2011.
- Holm-Petersen C. *Patientens advokat, hjælper eller samarbejdspartner? Refleksioner om sygeplejers fremtidige relationer til patienten*. S. 13-18 i: *Dansk Sygeplejeråd*. Sygepleje og sygeplejerskernes rolle i dagens og fremtidens sundhedsvæsen - et debatoplæg. København: DSR, 2012.
- House JS, Landis KR, Umberson D. *Social relationships and health*. *Science* 1988; 241: 540-545.

- Hvenegaard A & Gyrd-Hansen D. Koster kvalitet? Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen 2010; 86: 26-31.
- Højbjerg K. Tværfagligt samarbejde og opbrud af faggrænser - vilkår og muligheder for sygeplejersken. En empirisk undersøgelse af, hvordan det foregår, når sygeplejersken udøver tværfagligt samarbejde på hospitalet. København: Institut for Filosofi, Pædagogik og Retorik, 2003.
- IKAS. Den danske kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for sygehuse. 2. Version. København: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, 2012.
- Iversen L, Sabroe S, Damsgaard MT. Hospital admissions before and after shipyard closure. *British Medical Journal* 1989; 299: 1073-1076.
- Jensen TP, Holm-Petersen C, Larsen BØ. Sygeplejerskernes veje på arbejdsmarkedet. En kvantitativ og kvalitativ undersøgelse af sygeplejerskernes arbejdsmarked og fastholdelse. København: AKF & DSI, 2009.
- Jespersen PK. Mellem profession og management. København: Handelshøjskolens Forlag, 2005.
- Jones JW, Barge BN, Steffy BD, et al. Stress and medical malpractice: Organizational risk assessment and intervention. *Journal of Applied Psychology* 1988; 73: 727-735.
- Josefsen A. Kære Irma. København: JP Erhvervsbogklub, 2005.
- Jørgensen O. De skjulte velfærdsreserver. Viden og visioner om offentlig ledelse med social kapital. København: Væksthus for ledelse, 2011.
- Kalimo R. Burnout: a national epidemic? *Work Health Safety* 1998; 8-13.
- Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 1979; 24: 285-308.
- Kivimäki M, Honkonen T, Wahlbeck K, Elovainio M, Pentti J, Klaukka T, Virtanen M, Vahtera J. Organisational downsizing and increased use of psychotropic drugs among employees who remain in employment. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2007; 61: 154-158.
- KL m.fl. Inspirationskatalog. Eksempler på opgaveflytning og fleksibel opgavevaretagelse i det regionale og kommunale sundhedsvæsen og på ældreområdet. København: KL m.fl., uden år.
- Klitgaard C & Clausen T. Kortlægning af positive arbejdsmiljøfaktorer. Notat udarbejdet for arbejdsmiljørådet. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2010.
- Kriminalforsorgen. God ledelse hos os - fra ord til handling. København: Kriminalforsorgen, 2009.
- Kristensen TS. De ansattes arbejdsmiljø og kvaliteten af pleje og behandling - er der en sammenhæng? København: Dansk Sygeplejeråd, 2006.
- Kristensen TS. Det mellemlange skema. Vejledning i brugen af Tre-dækker spørgeskemaet. København: Munintech, 2008.
- Kristensen TS. Fakta og myter om stress. København: Videncenter for Arbejdsmiljø, 2007.
- Kristensen TS, Smith-Hansen L. Forskningens rolle i ændring af psykisk arbejdsmiljø. I: Guldvog B, ed. Helsepersonellens arbejdsmiljø og jobtilfredshet. Mot et bedre arbejdsmiljø i sykehuse. Akershus: Heltef, 1997: 179-198.
- Kristensen TS. HK'ernes psykiske arbejdsmiljø. København: HK, 2009.
- Kristensen TS. Stress nok til alle? *Kronik. Tidsskrift for Arbejdsliv* 2007; 9: 80-85.
- Kristensen TS. Trivselsundersøgelser. Kvalitetsvurdering af en række af de mest anvendte koncepter. Gilleleje: Task-Consult, 2012.
- Kristensen TS. Trivsel og produktivitet - to sider af samme sag. København: HK Danmark, 2010.
- Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress* 2005; 19: 192-207.
- Lagu T, Rothberg MB, Nathanson BH, Pekow PS, Steingrub JS, Lindenauer PK. The relationship between hospital spending and mortality in patients with sepsis. *Archives of Internal Medicine* 2011; 171: 292-299.
- Leiter MP, Harvie P, Frizzell C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social Science & Medicine* 1998; 47: 1611-1617.
- Leventhal GS. What should be done with equity theory? I: Gergen K, Greenberg M, Willis R, eds. *Social exchange theory*. New York: Plenum, 1980: 27-55.
- Lindholm M. Working conditions, psychosocial resources and work stress in nurses and physicians in chief managers' positions. *Journal of Nursing Management* 2006; 14: 300-309.

- Lund R. Sociale relationer og helbred. I: Lund R, Christensen U, Iversen L, eds. *Medicinsk sociologi*. København: Munksgaard, 2012: 63-84.
- Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bültmann U, Villadsen E, Burr H. Psychosocial work environment exposures as risk factors for long-term sickness absence among Danish employees: Results from DWECES/DREAM. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2005; 47: 1141-1147.
- LUP. Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser 2011. Frederiksberg: Enheden for Brugerundersøgelser, 2012.
- Machiavelli N. *Fyrsten*. (Oprindeligt 1532). København: Borgen, 1962.
- Manion, J. Joy at work! *Journal of Nursing Administration* 2003; 33: 652-659.
- Manion, J. Nurture a culture of retention. *Nursing Management* 2004; 35: 28-39.
- Maslach C. Burned-out. *Human Behavior* 1976; 5: 16-22.
- Maslach C. *Burnout. Udbændthed som prisen for pleje og ansvar*. København: Hans Reitzels Forlag, 1989.
- Mathiesen K & Wiegman I-M. Fakta om danske kundecentre og deres arbejdsmiljø. København: TeamArbejdsliv, 2009.
- Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin* 2006; 132: 327-353.
- Mundal R, Erikssen J, Bjørklund R, Rodahl K. Elevated blood pressure in air traffic controllers during a period of occupational conflict. *Stress Medicine* 1990; 6: 141-144.
- Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social capital and health: A review of prospective multilevel studies. *Journal of Epidemiology* 2012; 22: 179-187.
- Needleman J, Buerhaus P, Pankratz VS, Leibson CL, Stevens SR, Harris M. Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New England Journal of Medicine* 2011; 364: 1037-1045
- Netterstrøm B & Kristensen TS. Psykosociale belastninger, stress og iskæmisk hjertesygdom. I. Sociale belastninger og individuelle reaktionsmønstre. *Ugeskrift for Læger* 1986; 148: 271-275.
- Netterstrøm B, Blønd M, Nielsen ML, Eskelinen L, Rugulies R. Development of depression during organizational change. A 2 year follow up study on civil servants. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2010; 36: 445-448.
- Nielsen K, Hvenegaard H, Aust B, Møller N, Kristensen TS. Metodeudvikling vedrørende behandling af psykisk arbejdsmiljø i APV-arbejdet. Hovedrapport. København: NFA, 2008.
- Nielsen NR. Psychological stress and risk of hormone-dependent cancers. Phd dissertation. Los Angeles: University of California, 2007.
- Nielsen NR, Zhang ZF, Kristensen TS, Netterstrøm B, Schnohr P, Groenbaek M. Self reported stress and risk of breast cancer: prospective cohort study. *British Medical Journal* 2005; 331: 548-550.
- Nissen CS. *Lederskab - til borgernes bedste*. København: Gyldendal Public, 2011.
- Nyberg A, Westerlund H, Hansson LLM, Theorell T. Managerial leadership is associated with self-reported sickness absence and sickness presenteeism among Swedish men and women. *Scandinavian Journal of Public Health* 2008; 36: 803-811.
- Nyberg A, Alfredsson L, Theorell T, Westerlund H, Vahtera J, Kivimäki M. Managerial leadership and ischaemic heart disease among employees: the Swedish WOLF study. *Occupational and Environmental Medicine* 2009; 66: 51-55.
- Odagiri Y, Kristensen TS, Ohya Y, Shimomitsu T. Burnout and critical incidents among Japanese nurses. 28th International Congress on Occupational Health. Milan, Italy. 2006. (Abstract).
- OECD. *Health at a glance. OECD indicators*. Paris: OECD, 2009.
- Olesen KG, Thoft E, Hasle P, Kristensen TS. *Virksomhedens sociale kapital*. Hvidbog. København: Arbejdsmiljørådet, 2008.
- Parsons T. Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry* 1951; 21: 452-460.
- Patientombuddet. *Årsberetning 2011*. Dansk Patientsikkerhedsdatabase. København: Patientombuddet, 2012.
- Pedersen F, Albertsen K, Kludt L. *Psyisk arbejdsmiljø og helbred. Undersøgelse af FTF'ernes psykiske arbejdsmiljø 2012*. København: FTF, 2012.
- Pedersen F, Albertsen K, Kludt L. *Vold, mobning og chikane. Undersøgelse af FTF'ernes psykiske arbejdsmiljø 2012*. København: FTF, 2012.

- Pedersen F, Albertsen K, Kludt L. Jobusikkerhed i en krisetid. Undersøgelse af FTF'ernes psykiske arbejdsmiljø 2012. København: FTF, 2012.
- Pejtersen JH & Kristensen TS. The development of the psychosocial work environment in Denmark from 1997 to 2005. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2009; 35: 284-293.
- Podsakoff PM, Ahearne M, MacKenzie SB. Organizational citizenship behavior and the quantity and quality of work group performance. *Journal of Applied Psychology* 1997; 82: 262-270.
- Prescott E, Holst C, Grønbaek M, Schnohr P, Jensen G, Barefoot J. Vital exhaustion as a risk factor for ischaemic heart disease and all-cause mortality in a community sample. A prospective study of 4084 men and 5479 women in the Copenhagen City Heart Study. *International Journal of Epidemiology* 2003; 32: 990-997.
- Putnam RD. *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. Princeton: Princeton University Press, 1993.
- Putnam RD. Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy* 1995; 6: 65-78.
- Region Midtjylland. Fremtidig ledelsesudvikling i Region Midtjylland. Strategipapir. 30-11-2011. Aarhus: Regionshuset, 2011.
- Rod, NH. Stress. I: Lund R, Christensen U, Iversen L, eds. *Medicinsk sociologi*. København: Munksgaard, 2012: 221-241.
- Rugulies R, Bültmann U, Aust B, Burr H. Psychosocial work environment and incidence of severe depression symptoms: Prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish Work Environment Cohort Study. *American Journal of Epidemiology* 2006; 163: 877-887.
- Rugulies R, Christensen KB, Borritz M, Villadsen E, Bültmann U, Kristensen TS. The contribution of the psychosocial work environment to sickness absence in human service workers. Results from a 3-year follow-up study. *Work & Stress* 2007; 21: 293-311.
- Scharnberg D, ed. *Sådan er hverdagen. 48 sygeplejersker fortæller om praksis på medicinske afdelinger*. Århus: Dansk Sygeplejeråd, Aarhus Amtskreds, 2004.
- Scott JG, Sochalski J, Aiken L. Review of magnet hospital research: Findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration* 1999; 29: 9-19.
- Seley H. *The stress of life*. New York: McGraw-Hill, 1956.
- Seligman MEP. *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press, 2002.
- Siegrist J. Place, social exchange and health: proposed sociological framework. *Social Science & Medicine* 2000; 51: 1283-1293.
- Skakon J, Kristensen TS, Christensen KB, Lund T, Labriola M. Do managers experience more stress than employees? Results from the Intervention Project on Absence and Well-being (IPAW) study among Danish managers and their employees. *Work* 2011; 38: 103-109.
- Skinner J, Chandra A, Goodman D, Fisher ES. The elusive connection between health care spending and quality. *Health Affairs* 2009; 28: 119-123.
- Skriver C, et al. Triage medfører hurtigere behandling af de mest syge. *Ugeskrift for Læger* 2011; 173: 2490-2493.
- Storch J, Sørensen C, Solsø K, Pedersen LK. *Resultatorienterede medarbejder-undersøgelser*. København: L & R Business, 2010.
- Sundhedsstyrelsen. *Arbejdsmiljø og utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet*. København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Tilsyn, 2009.
- Svendsen GT. *Hvordan flyver brumbassen? Social kapital og velfærdsstaten*. Økonomi og Politik 2006; 79: 42-55.
- Svendsen GT, Svendsen GLH. *Social kapital - en introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag, 2006.
- Söderfeldt M. *Burnout? (Thesis)*. Lund: Lunds Universitet, 1997.
- Sørensen OH, Mac A, Limborg HJ, Pedersen M, eds. *Arbejdets kerne. Om at arbejde med psykisk arbejdsmiljø i praksis*. København: Frydenlund, 2008.
- Tarnnow-Mordi WO, Hau C, Warden A, Shearer AJ. Hospital mortality in relation to staff workload: a 4-year study in an adult intensive care unit. *The Lancet* 2000; 356: 185-189.
- Thuesen F. *Ledelse og motivation i den offentlige sektor. Et litteraturstudium*. København: SFI, Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2010.
- Thygesen N, Vallentin S, Raffnsøe S. *Tilliden og magten. Om at lede og skabe værdi gennem tillid*. København: Børsens Forlag, 2008.
- Tygesen GB & Storm JO. *Nedsat ventetid, når sygeplejersker ordinerer røntgen*. København: Dansk Sygeplejeråd. Blad nr. 19. 16-10-2009.

Tynell J. Da medarbejderne blev en ressource. Roskilde: Roskilde Universitets Center, 2001.

Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care* 2004; 42: 1157-1166.

Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Linna A, Virtanen M, Virtanen P, Ferrie JE. Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study. *BMJ* 2004; 328: 555.

Vahtera J, Kivimäki M, Forma P, Wikström J, Halmeenmäki T, Linna A, Pentti J. Organisational downsizing as a predictor of disability pension: the 10-town prospective cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005; 59: 238-242.

Vallgård S. Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsens historie 1930-1987. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 1992.

Wainwright D, Calnan M. Work stress - the making of a modern epidemic. Buckingham: Open University Press, 2002.

Wang J & Patten SB. Perceived work stress and major depression in the Canadian employed population, 20-49 years old. *Journal of Occupational Health Psychology* 2001; 6: 283-289.

Wennberg JE. Tracking medicine. New York, Oxford University Press, 2010.

Wethje A & Borg V. Sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred. Balancen mellem arbejds- og privatlivet. København: Dansk Sygeplejeråd og Arbejdsmiljøinstituttet, 2003.

Wharton AS. The sociology of emotional labor. *Annual Review of Sociology* 2009; 35: 147-165.

Willig R. Når den anerkendende tilgang bliver positivitetsfascisme. *Information*, 23-1-2012.

Zapf D. Emotion work and psychological well-being. A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review* 2002; 12: 237-268.



BILAG

NOVEMBER
2011

Bilag 1

MATERIALE OG METODE

Rapporten er baseret på svar fra en spørgeskemaundersøgelse om sygeplejerskers arbejdsmiljø, helbred og trivsel (SATH). Selve spørgeskemaet består af validerede spørgsmål fra det lange forskningsskema udarbejdet af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Derudover er der tilføjet nogle specifikke spørgsmål om bl.a. sygeplejerskernes arbejdsområde.

Undersøgelsen i 2012 er en opdatering af tidligere undersøgelser i 2002 og 2007. I 2012 er der reduceret i de specifikke spørgsmål om blandt andet lægemiddelforbrug og sygdomsstatus for at opnå en høj svarprocent. Det har dog været essentielt i opdateringen af SATH-undersøgelsen, at det har været muligt at sammenligne det psykiske arbejdsmiljø med de tidligere undersøgelser. Derfor er der kun foretaget få ændringer i spørgeskemaet.

UDTRÆK AF POPULATION

I 2012 er 6.656 inviteret til at deltage i undersøgelsen. Personer med ugyldige kontaktoplysninger (mail og adresse) blev taget ud af totalpopulationen, hvorefter populationen endte på 6.632 personer. De inviterede er repræsentative for Dansk Sygeplejeråds erhvervsaktive medlemsskare i forhold til køn, alder og geografi. Der er i 2012 suppleret med privatansatte og statsansatte ansat udenfor professionshøjskolerne og social- og sundhedsskolerne, for at sikre at deres arbejdsmiljø også er omfattet i 2012-rapporten.

DATAINDSAMLING

Dataindsamlingen er foretaget i perioden 30. april til 30. juli. I alt har 3.496 besvaret undersøgelsen ud af de 6.632 inviterede, hvilket udgør en samlet besvarelse på 55 %.

BORTFALD

For at vurdere om de deltagende respondenter i undersøgelsen danner et repræsentativt billede af den samlede population, er der foretaget en bortfaldsanalyse. Bortfaldsanalysen består af en sammenligning af de medlemmer, som har udfyldt og returneret spørgeskemaet, med de medlemmer, som ikke har udfyldt og returneret spørgeskemaet (ikke-respondenter).

Formålet er at belyse, om ikke-respondenterne har særlige kendetegn, og dermed kunne tænkes at have svaret anderledes end respondenterne. Bortfaldsanalysen viste, at der er forskel på respondenterne og ikke-respondenterne med hensyn til alder, sektor og tillidsrepræsentantstatus.

Derfor er der foretaget en vægtning af data, så disse forhold ikke påvirker resultaterne.

DATABEARBEJDNING

Data er bearbejdet i SPSS. I denne rapport indgår kun deskriptive analyser (frekvenser og krydstabeller). De simple analyser er anvendt til at beskrive resultaterne om status for det psykiske arbejdsmiljø i 2012. Der er foretaget krydstabulering for

at undersøge om det psykiske arbejdsmiljø afviger mellem grupperinger, fx aldersgrupper, geografi, arbejdsområder etc.

Resultaterne er testet for statistisk signifikans. Det er vigtigt at bemærke, at resultater baseret på krydstabulering angiver den rå fordeling mellem to forhold og ikke tager højde for, at andre forhold såsom fx alder kan have betydning for sammenhængen mellem en af flere dimensioner ved det psykiske arbejdsmiljø og arbejdsområde.

Bemærk endvidere at værdierne i skalaerne for 2012 afviger mellem rapporten og tabel 1 i bilag 3. Dette skyldes to faktorer.

For det første skyldes det, at værdierne i skalaerne i selve rapporten er krydset med respondenternes angivelse af arbejdsområde. Ikke alle respondenter har angivet et arbejdsområde og da værdierne i tabel 1 i bilag 3 omfatter samtlige respondenter uanset om de har angivet et arbejdsområde eller ej, kan værdierne for skalaerne i tabel 1 i bilag 3 altså afvige marginalt fra værdierne i skalaerne i selve rapporten.

For det andet er data for 2012 i tabel 1 i bilag 3 ikke vægtet, da der i forbindelse med gennemførelse af undersøgelserne i 2002 og i 2007 ikke blev udarbejdet en vægtningsvariabel. For sammenlignelighedens skyld er data for 2012 altså ikke vægtet i tabel 1 i bilag 3.

Bilag 2

DIMENSIONERNE I UNDERSØGELSEN - HVORDAN ER DE MÅLT?

I undersøgelsen anvendes en lang række dimensioner i det psykiske arbejdsmiljø. Det kan være indflydelse i arbejdet, stress, social støtte osv. Disse dimensioner måles undertiden ved hjælp af ét enkelt spørgsmål, men i reglen anvendes flere, idet det giver større pålidelighed og præcision. I de allerfleste tilfælde har spørgsmålene fem svar-kategorier (som fx Altid, Ofte, Somme tider, Sjældent, Aldrig). Man giver så point for hver af de fem svarmuligheder (100, 75, 50, 25, 0). Derefter udregner man for hver person den gennemsnitlige score for de spørgsmål, som indgår i dimensionen. Denne score kan altså gå mellem 0 og 100. Derefter udregner man gennemsnittet for de personer, der befinder sig i den gruppe, som man undersøger. (For eksempel sygeplejersker, der arbejder i skadestuer). Man siger i reglen, at en forskel på 5 point er "væsentlig", når man arbejder med dimensioner, der går fra 0 til 100. En væsentlig forskel er - populært sagt - det, som den enkelte kan mærke som en forskel. Små forskelle på 2-3 point er altså uden særlig praktisk betydning, selv om de undertiden er "statistisk signifikante".

I de fleste tilfælde er *høje* værdier på de forskellige dimensioner positivt. Eksempler er indflydelse, social støtte, mening, tillid osv. I de fleste tilfælde er der ingen tvivl om dette. Dog er der en enkelt dimension, hvor det er mindre indlysende, nemlig *kognitive krav*. Disse krav anses for positive, idet forskningen har vist, at sådanne krav er udviklende og udfordrende (se i øvrigt beskrivelsen af dimensionen).

I følgende tilfælde er det de *lave* værdier, der er positive:

- Arbejdsmængde
- Arbejdstempo
- Følelsesmæssige krav
- Krav om at skjule følelser
- Rollekonflikter
- Arbejds-/privatlivskonflikt
- Arbejdsskift
- Udbrændthed
- Stress

Nedenfor følger en gennemgang af de dimensioner, der anvendes i undersøgelsen.

KRAV I ARBEJDET:

Arbejdsmængde (kvantitative krav)

Kvantitative krav handler om, hvor *meget*, man skal nå på sit arbejde. I spørgeskemaet handler de fire spørgsmål om et muligt misforhold mellem arbejdsopgavernes omfang og den tid, der er til rådighed for at udføre dem tilfredsstillende. Hvis der konstant er høj arbejdsmængde, kan der opstå stress. Det hjælper, hvis man har indflydelse på sit arbejde og har ressourcer til at imødekomme kravene. Det er også en stor fordel, at kravene er klare og entydige, således at man ved, hvornår man har udført opgaven tilfredsstillende.

De fire spørgsmål om arbejdsmængde:

- Er dit arbejde ujævnt fordelt, så det hober sig op?
- Hvor ofte sker det, at du ikke når alle dine arbejdsopgaver?
- Er det nødvendigt at arbejde over?
- Må du springe frokostpausen over, fordi der er for meget at lave?

Arbejdstempo

I skemaet er spørgsmålet om arbejdstempo adskilt fra spørgsmålene om arbejdsmængde. Det skyldes, at en række jobs lægger *entydigt* vægt på højt tempo, og at højt tempo kan have andre konsekvenser for de ansatte end fx stor arbejdsmængde og mange deadlines. Højt tempo kaldes også *intensivering af arbejdet*, og har historisk især været kendt i fag med samlebåndsarbejde, tidsstudier osv. I de senere år har vi set nye fag, hvor der også er stor vægt på intensivering – fx i social og sundhedssektoren.

Spørgsmålet om arbejdstempo:

- Er det nødvendigt at arbejde meget hurtigt?

Kognitive krav

Kognition betyder tænkning. De kognitive krav handler altså om at bruge den indvendige side af hovedet. I skemaet er der spørgsmål om at skulle overskue mange ting, at skulle træffe svære beslutninger, at skulle huske meget og at skulle få gode idéer. Hovedet har godt af at blive brugt. Derfor er det godt med *høje* kognitive krav! Dog skal man jo altid huske, at krav skal svare til den ansattes kompetence og færdigheder.

De fire spørgsmål om kognitive krav:

- Skal du overskue mange ting på én gang i dit arbejde?
- Kræver dit arbejde, at du er god til at få idéer?
- Kræver dit arbejde, at du husker meget?
- Kræver dit arbejde, at du træffer svære beslutninger?

Følelsesmæssige krav

Følelsesmæssige krav opstår, når man arbejder med mennesker. Især hvis der er tale om mennesker med store problemer, meget voldelige eller vanskelige personer eller problemer, som det er vanskeligt at finde en løsning på. Det vil tit være sådan, at høje følelsesmæssige krav er et *vilkår*, når man arbejder med mennesker. Når det er tilfældet, er det vigtigt, at de ansatte er "klædt på" til at tackle de følelsesmæssige krav.

De tre spørgsmål om følelsesmæssige krav:

- Bringt dit arbejde dig i følelsesmæssigt belastende situationer?

- Er dit arbejde følelsesmæssigt belastende?
- Bliver du følelsesmæssigt berørt af dit arbejde?

Krav om at skjule følelser

At skulle skjule sine følelser er også et følelsesmæssigt krav. Dette krav findes især i arbejdet med klienter, patienter, elever og kunder. Ofte er der tale om, at man skal være høflig og venlig, selv om den pågældende klient/patient ikke selv optræder særlig venligt eller høfligt. Også her gælder det om at være "klædt på" til at tackle kravene. De ansatte kan fx have behov for at vide, hvor grænsen går for det, de skal finde sig i, hvis de bliver truet eller forulempet. En del undersøgelser har endvidere vist, at der også kan være høje krav om at skjule følelser, hvis man arbejder på en arbejdsplads med mange konflikter og klikker.

De to spørgsmål om at skjule følelser:

- Kræver dit arbejde, at du lader være med at sige din mening?
- Kræver dit arbejde, at du skjuler dine følelser?

ARBEJDETS ORGANISERING OG INDHOLD:

Indflydelse

Indflydelse i arbejdet handler om den ansattes *egen arbejdssituation*. I skemaet spørges der om indflydelse på en række forhold af umiddelbar betydning for den enkelte ansatte. Der sigtes ikke mod at måle indflydelse gennem fx samarbejdsudvalg eller lignende. Indflydelse er en meget vigtig dimension i det psykiske arbejdsmiljø. Det gælder især, hvis der er tale om høje krav i arbejdet.

De fire spørgsmål om indflydelse i arbejdet:

- Har du stor indflydelse på beslutninger om dit arbejde?
- Har du indflydelse på, hvad du laver på dit arbejde?
- Har du indflydelse på, hvem du arbejder sammen med?
- Har du indflydelse på mængden af dit arbejde?

Udviklingsmuligheder

Et udviklende arbejde indeholder kvalitative krav, der er "lidt for store", også kaldet udfordringer. Den slags arbejde skaber personlig vækst og udvikler kompetencer hos de ansatte. Manglende udviklingsmuligheder skaber apati, hjælpeløshed og passivitet.

De tre spørgsmål om udviklingsmuligheder i arbejdet:

- Kan du bruge din kunnen og færdigheder i dit arbejde?
- Har du muligheder for at lære nyt gennem dit arbejde?
- Kræver dit arbejde, at du er initiativrig?

Mening i arbejdet

Et meningsfuldt arbejde giver formål og sammenhæng. Formålet er "lodret", dvs. at arbejdet eller produktet har relation til et mere alment formål som for eksempel at helbrede syge eller at producere nyttige produkter. Sammenhæng er "vandret", dvs. at man kan se, hvordan ens eget arbejde bidrager til virksomhedens samlede produkt. Hvis man synes, at arbejdet er meningsfuldt, vil man næsten altid være engageret i sit arbejde.

De tre spørgsmål om mening i arbejdet:

- Føler du, at du yder en vigtig arbejdsindsats?
- Er dine arbejdsopgaver meningsfulde?
- Føler du dig motiveret og engageret i dit arbejde?

SAMARBEJDE OG LEDELSE (RELATIONELLE FAKTORER):

Forudsigelighed

Forudsigelighed drejer sig om at undgå uvished og usikkerhed. Dette opnås ved at give de ansatte relevante informationer på det rette tidspunkt. At give relevante informationer er en central ledelsesopgave. Der er altså ikke tale om forudsigelighed i den forstand, at man skal kunne forudsige detaljerne i hverdagen. Tværtimod - det er "de store linjer", der betyder noget.

De to spørgsmål om forudsigelighed:

- Får du al den information, du behøver for at klare dit arbejde godt?
- Får du på din arbejdsplads information om f.eks. vigtige beslutninger, ændringer og fremtidsplaner i god tid?

Rolleklarhed

Rolleklarhed er et spørgsmål om at vide, hvad arbejdet går ud på. Manglende rolleklarhed er en kilde til stress, forvirring og gnidninger mellem forskellige medarbejdere og faggrupper. Rolleklarhed er både "lodret" (Hvor meget har jeg at skulle have sagt?) og "vandret" (Hvad skal jeg lave, og hvad skal de andre lave?).

De fire spørgsmål om rolleklarhed:

- Ved du helt klart, hvad der er dine ansvarsområder?
- Ved du nøjagtigt, hvad der forventes af dig i dit arbejde?
- Ved du præcist, hvor megen selvbestemmelse du har i dit arbejde?
- Er der klare mål for dit eget arbejde?

Rollekonflikter

Rollekonflikter handler om to ting: 1) Forskellige forventninger fra forskellige mennesker. 2) Modstrid mellem den ansattes egne og andres forventninger. Rollekonflikter kan give stress hos den enkelte og konflikter med andre.

De fire spørgsmål om rollekonflikter:

- Må du somme tider foretage dig ting i dit arbejde, som forekommer dig unødvendige?
- Må du somme tider gøre noget, der egentlig skulle have været gjort anderledes?
- Bliver der stillet modstridende krav til dig i arbejdet?
- Foretager du dig noget i dit arbejde, som bliver accepteret af nogle personer, men ikke af andre?

Anerkendelse

De ansatte kan belønnes på en række måder for deres indsats. De vigtigste former er løn, karrieremuligheder og anerkendelse. Denne dimension fokuserer på den daglige anerkendelse for at have udført et godt stykke arbejde. Belønning er en central dimension i det psykiske arbejdsmiljø, fordi den handler om oplevelsen af retfærdighed. Ansatte, der ikke modtager en rimelig belønning for deres indsats, vil ofte reagere med at sætte indsatsen ned. På den måde får virksomheden mindre produktive og engagerede medarbejdere.

De to spørgsmål om anerkendelse:

- Bliver dit arbejde anerkendt og påskønnet af ledelsen?
- Bliver du behandlet retfærdigt på din arbejdsplads?

Ledelseskvalitet

Denne dimension handler om den nærmeste leders kvaliteter som leder, således som dette opleves af de ansatte. Ledelseskvalitet anses for at være en central faktor i det psykiske arbejdsmiljø.

De fire spørgsmål om ledelseskvalitet:

Spørgsmålene handler om ledelsen af din afdeling:

I hvor høj grad kan man sige, at din nærmeste leder på din arbejdsplads

- Sørger for, at den enkelte medarbejder har gode udviklingsmuligheder?
- Prioriterer trivslen på arbejdspladsen højt?
- Er god til at planlægge arbejdet?
- Er god til at løse konflikter?

Social støtte

Social støtte fokuserer på hjælp, feedback og villighed til at lytte hos både den nærmeste leder og hos kollegerne. Vigtige egenskaber ved hjælp og støtte er timing (Kommer støtten, når der er brug for den?) og form (Er det den rigtige form for støtte?). At give "gode råd", når den ansatte ikke har bedt om det eller føler behov for det, kan være værre end ingenting.

De fire spørgsmål om social støtte:

- Hvor ofte får du hjælp og støtte fra dine kolleger?
- Hvor ofte er dine kolleger villige til at lytte til dine problemer med arbejdet?
- Hvor ofte får du hjælp og støtte fra din nærmeste overordnede?
- Hvor ofte er din nærmeste overordnede villig til at lytte til dine problemer med arbejdet?

Socialt fællesskab

Denne dimension handler om, hvorvidt de ansatte indbyrdes har et godt samarbejde og en følelse af fællesskab. Det sociale fællesskab har stor betydning for trivslen og stemningen på en arbejdsplads.

De tre spørgsmål om socialt fællesskab på arbejdspladsen:

- Er der en god stemning mellem dig og dine kolleger?
- Føler du dig som en del af et fællesskab på din arbejdsplads?
- Er der et godt samarbejde blandt kollegerne på din arbejdsplads?

Feedback

Alle mennesker har behov for feedback. Både når vi laver noget godt og noget mindre godt. Det afgørende for de fleste mennesker er, at feedback gives på en god måde og på rette tidspunkt. Arbejdspladser, hvor der er stor tillid og gensidig respekt, er i reglen kendetegnet ved, at man er god til at give feedback til hinanden.

De to spørgsmål om feedback på arbejdspladsen:

- Hvor ofte taler du med din overordnede om, hvor godt du udfører dit arbejde?
- Hvor ofte taler du med dine kolleger om, hvor godt du udfører dit arbejde?

SOCIAL KAPITAL PÅ ARBEJDSPLADSEN:

De næste spørgsmål handler om anerkendelse, retfærdighed og tillid på din arbejdsplads.

Retfærdighed

Retfærdighed er en central værdi på arbejdspladsen såvel som i resten af samfundet. Retfærdighed handler både om proces og resultat. Altså både om den måde, tingene bliver afgjort og besluttet på, og det resultat, der kommer ud af det. Hvis medarbejderne ikke føler sig behandlet retfærdigt og med respekt, vil det have en lang række negative virkninger for både virksomheden og de ansatte.

De to spørgsmål om retfærdighed:

- Bliver konflikter løst på en retfærdig måde?
- Bliver arbejdsopgaverne fordelt på en retfærdig måde?

Tillid (mellem ledelse og ansatte)

Tillid er et nøgleord til forståelsen af kulturen på en arbejdsplads. Tillid handler helt fundamentalt om, hvorvidt man tror på hinanden i det daglige eller ej. Tillid handler også om, at man frit kan give udtryk for holdninger og følelser uden at være bange for negative reaktioner. Det modsatte af tillid er kontrolsystemer og overvågning.

De to spørgsmål om tillid på arbejdspladsen:

- Kan man stole på de udmeldinger, der kommer fra ledelsen?
- Stoler ledelsen på, at medarbejderne gør et godt stykke arbejde?

(Dimensionen "Social kapital" er gennemsnittet af retfærdighed og tillid).

PERSON-ARBEJDE FAKTORER:

Jobtilfredshed

De ansattes trivsel og tilfredshed med deres arbejde er selvfølgelig en meget vigtig dimension. Man skal være opmærksom på, at der godt kan være stor tilfredshed og *samtidigt* mange problemer. Tilfredshed udspringer i reglen af to ting: Det ene er arbejdets indhold og mening, og det andet er for-

holdet til kolleger og ledere, herunder arbejdspladsens sociale kapital.

De tre spørgsmål om jobtilfredshed:

Spørgsmålene handler om dit job i almindelighed. Hvor tilfreds er du med

- Dine fremtidsudsigter i arbejdet?
- Måden, dine evner bruges på?
- Dit job som helhed, alt taget i betragtning?

Arbejds-/privatlivskonflikt

De to spørgsmål belyser den mulige konflikt mellem arbejde og familieleiv/privatliv. Vi fokuserer især på to former, nemlig konflikt vedrørende energi (psykisk og fysisk overskud) og tid. Arbejds-/privatlivskonflikt er i reglen størst hos ansatte med høj uddannelse og løn. Det hænger især sammen med det såkaldte grænseløse arbejde, hvor arbejde og fritid flyder sammen.

De to spørgsmål om arbejds-/privatlivskonflikt:

- Sker det, at der er konflikt mellem dit arbejde og privatliv, sådan at du helst ville være "begge steder på én gang"?
- Føler du, at dit arbejde tager så meget af din energi, at det går ud over dit privatliv?

Arbejdsevne

Når man snakker om et menneskes helbred, skelner man i reglen mellem tre forskellige dimensioner:

- 1) Det medicinske helbred (hvad fejler personen?).
- 2) Det selvvaluerede helbred (hvordan har personen det?).
- 3) Funktionsevnen (hvad kan personen?). Funktionsevnen handler altså om, hvad man kan, og i denne forbindelse er arbejdsevnen helt central. Arbejdsevnen skal altid ses i forhold til en bestemt type af arbejde. Man kan godt være telefonpasser, selv om man er blind, men det er ikke så godt at arbejde som chauffør.

Spørgsmålet om arbejdsevne:

- Vil du sige, at din arbejdsevne er nedsat på grund af sygdom, ulykke eller slid?

Arbejdsskift

I forskningen anvendes "intention to quit" ofte som en indikator for trivsel eller tilfredshed. Det viser sig nemlig, at planer om at forlade arbejdspladsen i almindelighed afspejler trivsel temmelig godt. For arbejdspladsen har det to konsekvenser, hvis man har intentioner om at forlade stedet: 1) Når man tænker på at søge væk, har man allerede "meldt sig ud", hvilket betyder, at motivation og engagement er lavt. 2) Planer om at søge væk er en god prediktor for den faktiske personaleflugt, hvilket betyder at man får en stor personaleomsætning.

De to spørgsmål om arbejdsskift:

- Har du planer om at skifte hovedbeskæftigelse?
- Har du inden for de seneste 4 uger søgt anden hovedbeskæftigelse?

HELBRED OG VELBEFINDENDE:

Selvvrurderet helbred

Selvvrurderet helbred er personens vurdering af sin egen samlede helbredstilstand. Det har vist sig, at denne vurdering hænger meget kraftigt sammen med fx fravær, tidlig pension, brug af sundhedsvæsenet og samlet dødelighed. Ofte er selvvrurderet helbred bedre til at forudsige disse ting end lægediagnosticeret sygelighed.

Spørgsmålet om selvvrurderet helbred:

- Hvordan synes du, at dit helbred er alt i alt?

Arbejdsrelateret udbrændthed

Udbrændthed defineres i reglen som en tilstand af træthed og udmattelse, som man ikke kan sove sig fra. Tværtimod sover man ofte dårligt og er træt om morgenen, hvor man burde være udhvilet. Spørgsmålene nedenfor er fra skemaet Copenhagen Burnout Inventory (CBI), hvor der skelnes mellem *personlig udbrændthed*, *arbejdsrelateret udbrændthed* og *klientrelateret udbrændthed*. Spørgsmålene nedenfor om arbejdsrelateret udbrændthed kan besvares af alle i arbejde - uanset om man arbejder med klienter/patienter eller ej.

De syv spørgsmål om arbejdsrelateret udbrændthed:

- Udmatter dit arbejde dig følelsesmæssigt?

- Føler du dig frustreret af dit arbejde?
- Føler du dig udbrændt på grund af dit arbejde?
- Føler du, at hver time er en belastning for dig, når du er på arbejde?
- Er du udmattet om morgenen ved tanken om endnu en dag på arbejde?
- Føler du dig udkørt, når din arbejdsdag er slut?
- Har du overskud til at være sammen med familie og venner i fritiden?

Klientrelateret udbrændthed

I Copenhagen Burnout Inventory skelnes der som sagt mellem arbejdsrelateret og klientrelateret udbrændthed. (Begrebet klient dækker over: Patienter, beboere, borgere, studerende osv.). Formålet hermed er at kunne belyse, om man - populært sagt - er træt af sit arbejde eller træt af patienterne. Hermed undgår man at falde i den fælde at henføre al udbrændthed til at "arbejde med mennesker", som man traditionelt har gjort.

De seks spørgsmål om klientrelateret udbrændthed:

- Føler du, at du giver mere, end du får igen i dit arbejde med patienter/klienter?
- Bliver du tappet for energi af at arbejde med patienter/klienter?
- Føler du, at det er belastende at arbejde med patienter/klienter?
- Føler du, at det er frustrerende at arbejde med patienter/klienter?
- Er du træt af at arbejde med patienter/klienter?
- Er du sommetider i tvivl om, hvor længe du orker at blive ved med at arbejde med patienter/klienter?

Stress

Stress defineres ofte som kombinationen af anspændthed og ulyst. Kort-tids stress kan være nyttigt og godt, når man skal præstere lidt mere end normalt. Derimod er et højt stressniveau over længere tid skadeligt både for livskvaliteten, arbejdsindsatsen og helbredet. Langvarig stress øger blandt andet risikoen for hjertesygdomme, mavetarmlidelser, depression og lidelser i bevægeapparatet.

Spørgsmålet om stress:

- Hvor tit har du inden for de sidste 4 uger været stresset?

Bilag 3

UDVIKLINGEN I SYGEPLEJERSKERNES PSYKISKE ARBEJDSMILJØ OVER TID. 2002 - 2007 - 2012

Denne undersøgelse er den tredje undersøgelse af sygeplejerskernes arbejdsmiljø, og mange af de spørgsmål, der er anvendt, har været brugt alle tre gange. Dette gælder især for kernespørgsmålene om de vigtige dimensioner i det psykiske arbejdsmiljø. Det er derfor nærliggende at spørge, hvordan udviklingen har været over tid. Nogle vil hævde - eller i hvert fald håbe - at hele den omfattende indsats, der har været gennemført i arbejdsmiljøorganisationerne, HR-afdelingerne og i mange andre sammenhænge har båret frugt. Det handler her om trivselsmålinger, APV'er, fraværsindsatser, trivsels- og stresspolitik osv. osv. Indsatsen på virksomhederne har været stimuleret og støttet af branchearbejdsmiljøråd, organisationer, Arbejdstilsyn og mange andre instanser. Alt i alt en meget omfattende og dyr indsats, som har krævet et ukendt, men meget højt, antal arbejdstimer. Andre vil hævde, at den samfundsmæssige udvikling med nedskæringer, organisationsændringer, centralisering, nedlægning af sygehuse, stigende krav til sundhedssektoren og mange andre ting har medført en forringelse af arbejdsmiljøet.

I et samfund som det danske er det nok den *negative* forventning til udviklingen, der er den stærkeste. Medierne og mange organisationsfolk fokuserer mest på de negative udviklingstræk. For mediernes vedkommende er der nærmest tale om en kronisk tilbøjelighed: Der er mere salg i et mord end i at skrive om folk, der lever videre i bedste velgående. Alle har hørt og læst om overbelægning på de medicinske afdelinger. Disse nyheder er lige så sikre som amen i kirken og stigningen i grænseshandelen. Men hvem har hørt om, at Danmark har haft en enestående reduktion i dødeligheden af blodprop i hjertet, så at vi nu hører til i den internationale elitedivision? (European Heart Network, 2012).

En tilsvarende skævhed gør sig gældende i mange organisationer (herunder fagbevægelsen) og blandt

arbejdsmiljøprofessionelle. Det har to forklaringer: Dels er disse organisationer jo sat i verden for at gøre noget ved disse ting. Derfor ville det være lidt svært for en arbejdsmediciner eller arbejdsmiljøkonsulent at gå ud og sige, at det går fremad med stormskridt. Det naturlige spørgsmål ville så være, om der mon stadig var brug for vedkommende? Og dels er det jo sådan, at der er en stadigt stigende strøm af henvendelser fra medlemmer eller patienter, som har store problemer med stress, sygdomme og udstødning. Alt tyder således på, at det går den forkerte vej. Omvendt får repræsentanterne for arbejdsgiverorganisationerne jo næsten deres løn for at sige det modsatte, nemlig at det egentlig går rigtig godt, og at eventuelle problemer overvejende skyldes forholdene i privatlivet.

Hvis man dernæst henvender sig til de personer, der egentlig burde vide mest om udviklingen og dens determinanter, nemlig forskerne, så bliver man sjældent ret meget klogere. Selv om forskere egentlig burde være godt klædt på til at sige noget om den fremtidige udvikling, så har de fleste forskere det sådan, at det er lettere for dem at kommentere fortiden end at vove pelsen ved at formulere hypoteser om fremtiden.

Det bedste, man kan gøre, er således at gennemføre pålidelige undersøgelser, der på en systematisk måde kortlægger udviklingen over tid. Nærværende undersøgelse er netop en sådan undersøgelse, og det bemærkelsesværdige er, at der på det danske arbejdsmarked er forbavsende få af den slags forløbsundersøgelser, der følger en bestemt del af arbejdsmarkedet over tid. I tabel 1 sammenlignes hovedtallene for de tre undersøgelser, der er gennemført i henholdsvis 2002, 2007 og 2012 af sygeplejerskernes arbejdsmiljø.

Som det fremgår af tabellen, er der 14 af udviklingstendenserne, som har været statistisk signifikante

over tid. Vi medtager her kun udviklinger, hvor signifikansen er meget høj, hvilket hænger sammen med, at datamaterialet er meget stort. (Teknisk set bruger vi et niveau svarende til $p < 0,001$). I point svarer dette til en udvikling på mindst 2 point i op- eller nedadgående retning. Af disse 14 udviklinger har de 10 været positive, mens 4 har været negative. Hovedbudskabet er altså, at det alt i alt er gået mere frem end tilbage. Dette er selvfølgelig et meget groft mål, idet man skal se nøjere på, hvilke dimensioner, der er tale om.

- Følelsesmæssige krav (er blevet mindre).
- Mening i arbejdet.
- Forudsigelighed.
- Ledelseskvalitet.
- Social støtte.
- Feedback.
- Job tilfredshed.
- Arbejds-/privatlivskonflikt (er blevet meget mindre).
- Klient-relateret udbrændthed (er faldet).
- Stress (er faldet).

Følgende dimensioner har udvist signifikante positive forandringer mellem 2002 og 2012:

Tablet 1. Udviklingen i sygeplejerskernes arbejdsmiljø fra 2002 over 2007 til 2012. Gennemsnit for de dimensioner, som er blevet målt i alle tre undersøgelser.

	2002	2007	2012	Udvikling	Signifikans
Arbejdsomængde	49,4	49,1	48,7	+	
Arbejdstempo	66,7	67,1	66,9	-	
Kognitive krav	71,2	70,9	70,9	-	
Følelsesmæssige krav	51,9	51,2	49,6	+	***
Krav om at skjule følelser	34,3	36,5	36,5	-	***
Indflydelse	56,3	54,0	53,1	-	***
Udviklingsmuligheder	78,0	77,6	77,9	-	
Mening i arbejdet	78,9	79,7	81,0	+	***
Forudsigelighed	55,2	55,8	57,4	+	***
Rolleklarhed	73,0	73,5	74,3	+	**
Rollekonflikter	39,9	41,2	42,4	-	***
Anerkendelse	-	65,7	66,7	+	*
Ledelseskvalitet	54,1	54,3	56,1	+	***
Social støtte	66,9	67,3	69,0	+	***
Socialt fællesskab	81,4	81,2	81,5	+	
Feedback	37,9	40,4	42,1	+	***
Retfærdighed	-	59,2	59,9	+	
Tillid	-	66,8	67,5	+	
Job tilfredshed	67,9	66,2	69,8	+	***
Arbejds-/privatlivskonflikt	45,3	44,5	37,5	++	***
Arbejdsevne	86,1	84,2	82,8	-	***
Selvurderet helbred	65,1	65,5	66,8	+	**
Arbejdsrelateret udbrændthed	35,6	35,4	36,1	-	
Klientrelateret udbrændthed	24,5	24,5	22,5	+	***
Stress	-	37,7	34,5	+	***

Forklaring til figuren:

Ud for de enkelte dimensioner er angivet den gennemsnitlige score for undersøgelsen af sygeplejerskernes arbejdsmiljø for 2002, 2007 og 2012.

Udvikling:

Her angives, om udviklingen fra 2002 til 2012 er i positiv eller negativ retning. Alle forandringer angives. Forandringer på 5 point eller derover angives med ++ eller --.

Signifikans:

Her angives den statistiske signifikans.

Hvis sandsynligheden er mindre end 0,05, er dette markeret med *

Hvis sandsynligheden er mindre end 0,01, er dette markeret med **

Hvis sandsynligheden er mindre end 0,001, er dette markeret med ***

Jo mindre sandsynlighed, jo mindre sandsynlighed er der for, at den observerede forskel kan forklares som et tilfældigt udsving. Man tror altså mere på forskellene, hvis sandsynligheden er lille.

Da der ikke er foretaget vægtning af data i undersøgelserne fra 2002 og 2007 er også data fra 2012 i tabel 1 uvægtet.

Følgende dimensioner har udvist signifikante *negative* forandringer mellem 2002 og 2012:

- *Krav om at skjule følelser (er steget).*
- *Indflydelse.*
- *Rollekonflikter (er steget).*
- *Arbejdsevne.*

Det er nærliggende at sammenligne denne overvejende positive udvikling i sygeplejerskernes arbejdsmiljø med udviklingen blandt danske lønmodtagere i det hele taget. Den eneste mulige sammenligningsmulighed er en analyse, som dækker perioden 1997 til 2005 og er gennemført ved hjælp af det samme spørgeskema, som er anvendt her (Pejtersen & Kristensen, 2009). I denne landsdækkende undersøgelse fandt forfatterne, at den overvejende udvikling var *negativ*, idet det var gået tilbage på 11 områder og fremad på kun to. Der var dog også interessante lighedspunkter, idet det i denne undersøgelse var gået frem med hensyn til både ledelseskvalitet og social støtte og tilbage med hensyn til indflydelse og rollekonflikter. På disse fire områder er der således overensstemmelse med nærværende undersøgelse.

Alt i alt er den samlede udvikling for sygeplejerskerne således overvejende positiv, men det er vigtigt med to afgørende bemærkninger:

For det første er de allerfleste af ændringerne meget små, selv om de er "statistisk signifikante". Der er kun en enkelt udvikling, der er så stor, at den er oppe over de fem point, som vi normalt anvender som grænsen i denne undersøgelse. De fem point svarer nemlig til den forskel, som den enkelte kan mærke som en forskel. Denne ene udvikling er en nedgang i arbejds-/privatlivskonflikt, som naturligvis er glædelig, men som ret beset er svær at forklare og forstå.

Og for det andet kan den samlede udvikling blandt sygeplejerskerne jo udmærket dække over meget *forskellige udviklinger* hos undergrupper af sygeplejersker. I denne undersøgelse har vi således gang på gang konstateret, at der er store arbejdsmiljøproblemer i skadestuer, psykiatrien og de medicinske afdelinger. For de sygeplejersker, som er ansat disse steder, er der jo ikke meget trøst at hente i en beskeden statistisk fremgang for den samlede gruppe af sygeplejersker.

Bilag 4.

Samlet oversigt over de målte dimensioner i det psykiske arbejdsmiljø for alle de 25 ansættelsesområder.

For hver dimension er de fem områder med den dårligste score markeret med rødt, mens de fem bedste områder er markeret med grønt.

Den anvendte score er forklaret i bilag 2.

Fortsættes på næste side

	ARBEJDSMÆNGDE	ARBEJDESTEMPO	KOGNITIVE KRAV	FØLELSMÆSSIGE KRAV	KRAV OM AT SKJULE FØLELSER	INDFLYDELSE	UDVIKLINGSMULIGHEDER	MENING I ARBEJDET	FORUDSIGELIGHED	ROLLEKLARHED	ROLLEKONFLIKTER	ANERKENDELSE	LEDELSESKVALITET	SOCIAL STØTTE	SOCIALT FÆLLESSKAB
Undervisere, statens område	58,7	67,7	76,2	48,9	37,1	59,6	82,6	84,6	56,1	71,1	45,5	64,4	52,2	64,6	77,0
Forsorg, fængsel m.v.	41,1	54,8	73,2	45,7	40,0	54,0	74,5	80,1	55,2	74,2	40,9	59,6	46,0	62,1	80,8
Kirurgiske afdelinger	51,0	70,8	69,9	48,1	35,3	48,1	75,3	79,6	56,8	73,4	46,4	67,1	56,1	71,2	82,4
Medicinske afdelinger	54,9	74,6	73,1	51,7	36,3	47,8	77,9	79,4	55,6	72,0	50,1	65,9	55,9	70,4	82,5
Børneafdelinger	48,4	62,7	67,6	52,6	35,6	47,5	76,0	80,4	56,7	72,5	45,6	64,1	54,5	69,8	85,0
Anæstesi	40,4	69,2	69,1	43,8	35,3	45,7	75,9	82,1	57,3	78,1	36,2	64,2	54,4	64,5	79,9
Intensivafdelinger	47,3	67,3	72,7	56,8	39,0	46,2	81,0	80,5	59,7	76,1	43,8	66,1	56,4	69,3	81,1
Opvågning	39,6	68,0	66,8	44,2	33,5	44,3	74,9	79,7	53,6	79,7	39,7	64,7	57,2	71,7	84,0
Operation	40,6	70,5	60,3	40,3	37,1	46,0	71,8	80,1	53,6	77,1	37,3	64,9	55,6	69,0	82,9
Ambulatorier	42,2	66,4	64,1	45,4	34,3	52,2	73,8	79,7	57,3	74,4	39,8	66,9	56,8	70,0	82,1
Skadestuer	54,8	74,3	72,2	51,1	41,8	38,8	76,6	78,4	49,4	74,0	48,6	60,7	47,1	67,4	81,6
Psykiatriske afdelinger	51,7	63,8	73,6	60,0	42,3	52,5	77,5	78,5	53,1	68,4	49,7	62,8	52,7	66,4	77,2
Diagnostiske afdelinger m.v.	44,7	65,0	68,7	49,6	36,3	46,2	74,0	79,6	58,6	75,0	40,8	66,4	56,4	70,4	79,9
Adm. og forvaltning, regioner	52,0	67,6	75,6	41,4	38,9	65,2	80,6	83,1	65,7	76,9	37,0	68,7	54,0	66,8	80,5
Patientvejledere m.v., regioner	43,8	63,2	68,8	52,0	34,4	56,5	80,9	83,9	63,3	75,2	37,6	71,7	59,0	69,6	80,2
Socialpsykiatri	44,9	49,8	67,8	58,5	34,5	64,9	80,8	82,2	62,0	70,0	44,3	71,9	62,5	72,3	81,2
Hjemmesygeplejen	49,1	66,5	73,2	50,3	36,7	54,8	78,3	81,7	55,5	72,3	42,4	65,6	54,5	68,0	80,0
Plejehjem m.v.	53,2	66,0	76,2	48,7	37,0	65,6	81,2	80,3	56,9	71,4	42,9	69,4	60,0	69,2	78,2
Sundhedsplejen	48,9	55,6	69,9	54,1	37,1	65,7	85,0	83,3	63,4	80,0	35,0	67,9	58,8	68,9	83,4
Kommunalforvaltning	48,8	66,7	77,0	45,3	36,2	69,4	82,1	81,2	61,8	76,3	39,1	73,8	60,5	71,2	82,4
Visitorer, sundhedshus m.v.	50,9	60,7	75,6	50,3	34,5	63,3	82,3	82,5	56,9	70,0	41,4	70,1	58,3	72,4	80,7
Almen praksis	31,8	67,8	63,9	39,6	33,8	62,7	79,8	82,4	64,2	73,2	29,3	74,6	57,8	75,7	85,1
Speciallæge/priv.hospital	42,8	72,7	64,0	38,1	35,9	61,6	76,9	82,6	58,8	79,0	34,3	69,1	54,7	72,9	87,0
Medicinalindustri, pt.org. m.v.	39,5	48,8	59,8	37,7	34,1	57,0	72,0	74,1	51,1	69,5	39,8	63,1	49,6	60,8	72,8
Andet	40,3	51,9	69,3	47,9	30,2	62,3	82,3	84,9	62,3	77,9	33,5	73,9	55,2	73,6	85,3
Sygeplejersker, i alt	47,7	67,1	70,1	49,1	36,5	52,5	77,5	80,6	57,0	73,7	42,6	66,6	55,7	69,4	81,4

Fortsættes på næste side

Bilag 4.

Samlet oversigt over de målte dimensioner i det psykiske arbejdsmiljø for alle de 25 ansættelsesområder.

For hver dimension er de fem områder med den dårligste score markeret med rødt, mens de fem bedste områder er markeret med grønt.

Den anvendte score er forklaret i bilag 2.

Fortsat fra forrige side

	FEEDBACK	RETFÆRDIGHED	TILLID	SOCIAL KAPITAL	JOBTILFREDSHED	ARBEJDE-PRIVATLIVSKONFLIKT	ARBEJDSVEJNE	ARBEJDSKIFT	SELVURDERET HELBRED	ARB.RELATERET UDBRÆNDTHED	KLIENRELATERET UDBRÆNDTHED	STRESS	ANTAL SVARPERSONER
Undervisere, statens område	45,0	57,0	64,3	60,8	70,1	43,1	81,4	12,0	68,5	39,7	19,6	40,1	52
Forsorg, fængsel m.v.	35,4	54,1	55,7	54,9	63,9	36,5	78,6	15,9	72,1	35,7	23,9	36,4	20
Kirurgiske afdelinger	40,9	60,2	68,5	64,4	67,2	39,4	84,1	16,4	68,9	39,8	25,5	37,1	267
Medicinske afdelinger	41,5	58,6	68,1	63,3	66,2	41,0	87,7	19,4	68,3	40,6	28,2	43,6	335
Børneafdelinger	39,7	58,6	68,6	63,7	66,5	35,7	84,7	14,7	66,8	36,0	20,0	30,8	105
Anæstesi	37,1	59,1	62,6	60,8	69,7	28,3	80,1	11,1	67,4	30,5	15,3	25,3	111
Intensivafdeling	40,9	60,1	68,5	64,3	71,6	43,6	80,9	13,2	65,7	35,5	26,2	31,3	144
Opvågning	39,8	60,4	69,5	65,0	68,5	36,1	77,6	15,8	65,6	35,4	24,2	27,7	28
Operation	40,5	57,1	65,1	61,1	70,3	27,1	83,0	9,6	67,6	33,2	14,2	28,6	126
Ambulatorier	42,1	59,9	66,6	63,3	69,0	31,7	81,5	9,5	65,6	34,2	21,6	33,3	327
Skadestuer	37,0	56,2	59,7	58,0	63,9	41,4	81,7	21,6	69,1	41,5	27,1	40,1	105
Psykiatriske afdelinger	42,7	55,2	59,6	57,4	65,0	40,1	84,1	8,8	63,8	41,0	32,0	41,6	151
Diagnostiske afdelinger m.v.	39,7	58,9	67,8	63,4	69,3	36,6	79,9	15,8	66,6	35,5	22,8	34,1	104
Adm. og forvaltning, regioner	45,2	60,1	73,7	66,9	71,4	34,2	94,5	16,3	68,5	35,1	17,8	32,0	30
Patientvejledere m.v., regioner	45,8	64,2	71,8	67,8	72,4	34,2	85,4	11,3	69,3	33,0	21,2	28,2	77
Socialpsykiatri	47,7	68,5	72,4	70,4	71,7	34,1	87,5	18,8	65,5	36,1	29,8	31,9	25
Hjemmesygeplejen	40,8	60,4	67,7	64,0	69,8	33,0	83,4	11,5	67,6	36,4	22,7	36,3	325
Plejehjem m.v.	46,0	61,9	66,5	64,2	69,4	33,7	78,5	15,1	63,3	34,9	22,1	34,7	94
Sundhedsplejen	43,9	61,7	70,4	66,0	75,8	27,7	87,5	0,6	70,8	33,7	20,3	30,2	87
Kommunalforvaltning	47,7	63,7	73,8	68,7	76,0	22,6	90,5	13,7	72,6	31,0	16,3	34,0	70
Visitatorer, sundhedshus m.v.	46,2	62,4	70,1	66,2	72,6	35,0	82,1	12,6	65,1	36,4	22,4	32,8	63
Almen praksis	47,1	67,4	75,3	71,1	75,8	20,2	89,4	10,8	72,4	28,8	17,4	27,0	95
Speciallæge/priv.hospital	51,9	61,5	69,8	65,5	71,4	28,1	80,9	12,2	69,2	34,2	20,0	33,0	26
Medicinalindustri, pt.org. m.v.	40,6	54,0	61,7	58,2	69,0	31,8	89,7	13,3	69,0	30,4	20,6	19,5	31
Andet	45,0	64,3	76,5	70,4	77,4	29,1	78,2	6,6	65,6	28,2	15,0	23,8	31
Sygeplejersker, i alt	42,0	59,8	67,4	63,6	69,3	34,8	83,8	13,2	67,5	36,2	22,9	34,6	2826

Fortsat fra forrige side

I Dansk Sygeplejeråd har vi gennem de sidste 10 år fulgt udviklingen i sygeplejerskernes arbejdsmiljø gennem tre større kortlægninger med samme spørgeramme. Resultaterne skaber et solidt fundament for at medvirke til, at rammerne på både samfunds-, arbejdsplads- og individniveau understøtter, at sygeplejersker har et sundt og udviklende arbejdsliv.

I denne rapport har professor Tage Søndergård Kristensen set nærmere på de seneste besvarelser fra 2012 omkring sygeplejerskers psykiske arbejdsmiljø. Resultaterne peger først og fremmest på, at det ikke er meningsfuldt at tale om sygeplejerskers psykiske arbejdsmiljø som et samlet hele, idet der er meget stor variation imellem sektorer og ansættelsesområder indenfor sygeplejen på, hvad der i arbejdet opleves som særligt belastende eller positivt. Undersøgelsen identificerer nogle særligt belastede ansættelsesområder, hvor der er behov for en omgående indsats i forhold til at forbedre arbejdsmiljøet. Og ansættelsesområder hvor sygeplejerskerne generelt rapporterer et godt psykisk arbejdsmiljø.

Samtidig tydeliggør rapporten, at relationerne spiller en betydelig rolle for sygeplejerskernes arbejdsmiljø og trivsel. Det hænger sammen med, at arbejdet i større og større omfang kræver koordinering og samarbejde med mange kolleger og samarbejdspartnere som følge af specialisering og behov for sammenhængende forløb. Vi er hinandens arbejdsmiljø - så at sige.

Endelig giver rapporten anledning til i endnu højere grad at rette fokus på arbejdet med sygeplejerskernes kerneydelser og mulighed for at kunne levere sygepleje- og behandling af tilfredsstillende kvalitet, idet nøglen til arbejdsglæde og trivsel er begravet her.

DANSK SYGEPLEJERÅD

Sankt Annæ Plads 30

1250 København K

www.dsr.dk

