

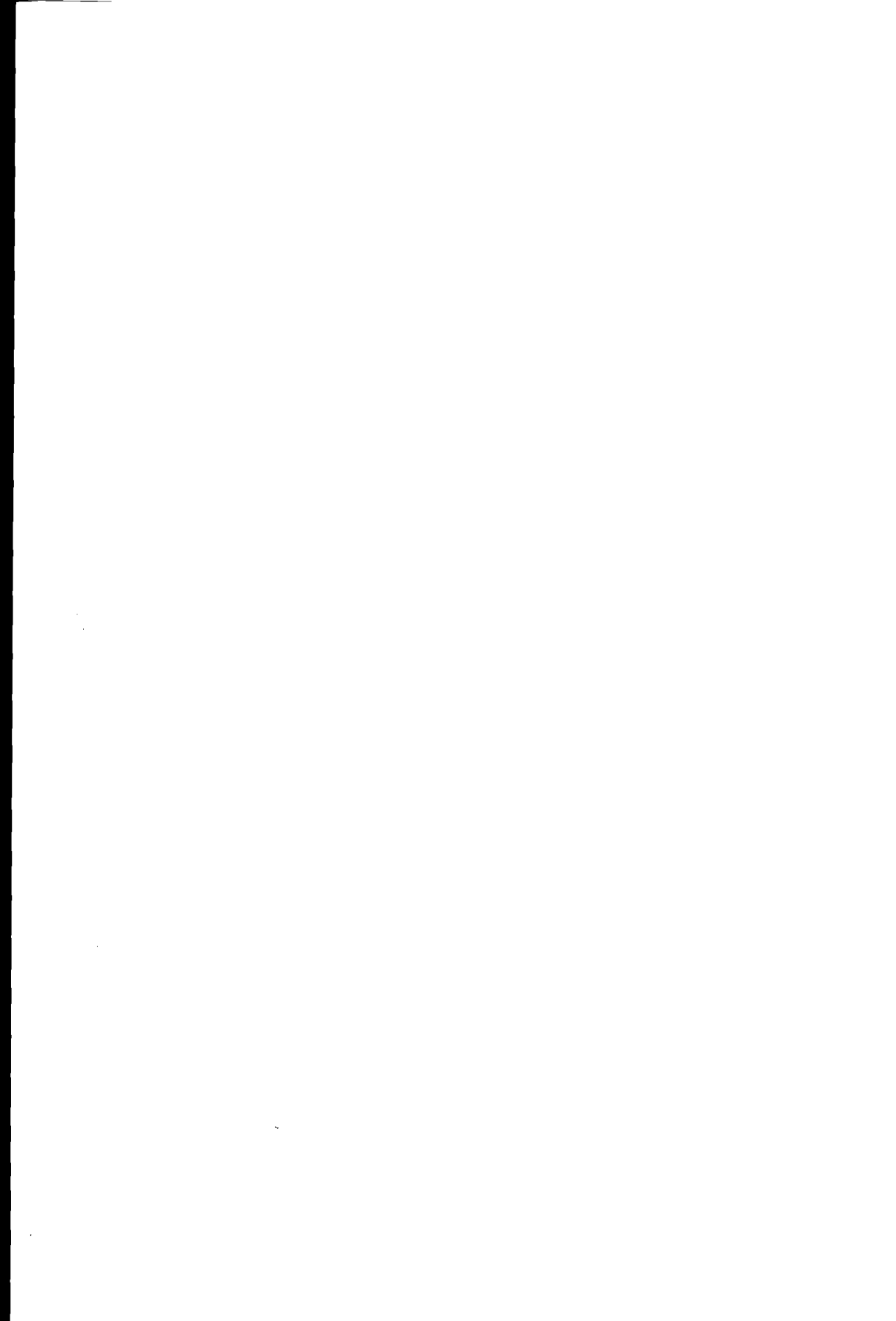
Leif E. Moland

Ingen grenser?

Arbeidsmiljø og tjenesteorganisering i kommunene



Fafo



Leif E. Moland

Ingen grenser?

Arbeidsmiljø og tjenesteorganisering
i kommunene

© Forskningsstiftelsen Fafo 1997

ISBN 82-7422-185-0

Omslag: Agneta Kolstad

Omslag, bakgrunnsfoto: © Will Crocker/Image Bank

Trykk: Falch Hurtigtrykk

Innhold

Forord	5
Kapittel 1 Innledning og sammendrag	7
Sammendrag	14
Noter	27
Kapittel 2 Avgrensning av feltet	29
Livskvalitet – normalisering – integrering	33
Kommunal tjenesteproduksjon	40
Noter	43
Kapittel 3 Normaliseringsideologisk organisering og arbeidsmiljø	45
Noter	54
Kapittel 4 Arbeidsmiljø og belsastninger	57
Arbeidsmiljøloven	57
Internkontroll	59
Forskning om arbeidsmiljø	61
Noter	70
Kapittel 5 Metode og bakgrunnsdata	71
Bakgrunnsdata	73
Noter	80
Kapittel 6 Arbeidstid og deltidsomfang	83
Når er deltidsarbeid normalt, og når er det marginalt?	84
Halvparten arbeider deltid	85
Noter	94
Kapittel 7 Ansettelsesformer	99
Mangelfulle kontrakter	100
Hvem får kontrakt ved tiltredelse, og hvem må vente lenge?	108
Tradisjonelle, fleksible og marginale arbeidsforhold	116
Noter	123

Kapittel 8 Integrering og samarbeid	133
Den ansattes brukerbredde	137
Samarbeid	139
Bruker, beboer, klient eller pasient?	144
Noter	147
 Kapittel 9 Tid, arbeidspress og tjenestekvalitet	 153
Tid til rådighet	154
Har tid relevans for tjenestekvalitet?	163
Tid og arbeidspress	168
Tid, tjenestekvalitet og mental belastning på de ansatte	172
 Kapittel 10 Ubehagelige arbeidssituasjoner	 185
Hvilke forhold vi trekker inn	185
Hvem er kilden til de ubehagelige situasjonene?	188
Oppsummering av ubehagelige arbeidssituasjoner	195
Noter	201
 Kapittel 11 Verneinstitusjonene	 205
Verneombudet	205
Internkontroll for Helse, Miljø og Sikkerhet	208
Internkontroll – En fremmed fugl i pleie- og omsorgstjenesten	214
Noter	218
 Kapittel 12 Hva er HMS i praksis?	 225
Forebygging og takling av ubehagelige arbeidssituasjoner	225
Konsekvenser av arbeidsbelastninger	235
Arbeidsbelastninger og HMS-relevans	246
Noter	253
 Kapittel 13 Kollektive livs- og yrkesskadeforsikringer	 265
Noter	272
 Litteratur	273
 Vedlegg: Spørreskjema	281

Forord

Denne rapporten inneholder resultater fra to prosjekter med henholdsvis Norsk Kommuneforbund og Sosial- og helsedepartementet som oppdragsgivere.

Høsten 1994 avsluttet Fafo, på oppdrag for Norsk Kommuneforbund, et større forskningsarbeid hvor omfanget av og motivene for ulike ansettelsesformer i kommunene sto sentralt. Dette avstedkom blant annet i rapporten *De små grå*. Arbeidet er fulgt opp i denne rapporten hvor arbeidsmiljøet i kommunene behandles i en bredere sammenheng. Målsettingen med dette prosjektet har vært å kartlegge: a) om innstramminger i Arbeidsmiljøloven og lokal innsats har ført til en reduksjon av antallet «grå» arbeidsforhold, b) de ansattes kjennskap til og bruk av de formelle verneinstitusjonene og c) kjennskapen til de kollektive livs- og yrkes-skadeforsikringene de ansatte i henhold til lov- og avtaleverk skal være tilknyttet.

Parallelt med prosjektet for Norsk Kommuneforbund pågår et større prosjekt hvor Sosial- og helsedepartementet er oppdragsgiver. Utgangspunktet for dette prosjektet er de senere års reformer med målsetting om normaliserte og integrerte tjenester innen den åpne omsorgen. Denne formen for kommunal tjenesteyting legger vekt på å yte pleie- og omsorgstjenester til psykisk utviklingshemmede, eldre og andre med definerte hjelpebehov, slik at tjenestene i størst mulig grad kan foregå i mottakernes egne hjem og ved tilrettelagte dagtilbud innen kommunen. I denne rapporten vil fokus ligge på arbeidsmiljøbelastningene i de hjemmebaserte tjenestene og eventuelle konsekvenser av de senere års reformer og kravet om effektivisering i kommunene.

Når vi har valgt å publisere resultatene fra to ulike prosjekter i samme rapport, skyldes det at konklusjonene til det ene prosjektet forutsetter data fra det andre og vice versa. Uten velvilje og nært samarbeid med begge oppdragsgiverne ville det selvfølgelig ikke gått.

I det første prosjektet har referansegruppen bestått av Jan-Tore Strandås og Margit Mortensen, begge fra Norsk Kommuneforbund. I det andre prosjektet har referansegruppen bestått av Bergsvein Bønes og Anne Bakke (begge Sosial- og helsedepartementet), Sissel Grasli og Sølvi Knudsen (begge Norsk Forbund for Psykisk Utviklingshemmede), Herman Albert (Norsk Kommuneforbund), Siri Bøgh (Norsk Helse- og Sosialforbund), Hanne Luthen og Tove Rydning (begge Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere), Christine Ugelstad Svendsen (Kommunalansattes Fellesorganisasjon) og Åse Mary Berg

(Norsk Sykepleierforbund). Takk til alle for innsiktsfulle innspill. Takk også til Idar Eidset og intervjukorpset i OPINION A/S for dyktig gjennomføring av intervjuer med til dels sensitive temaer.

I slutfasen har særlig Torkel Bjørnskau fra Fafo og Kari Skredsvig bidratt med verdifulle kommentarer. Jon Lahlum og Premraj Sivasamy ved Fafos publikasjonsavdeling har som vanlig sørget for ferdigstillingen av rapporten.

Fafo, 18. mai 1997

Leif E. Moland

Kapittel 1 Innledning og sammendrag

Reformras og utvidet ansvar

«Velferds-Norge» har gjennomgått en utvikling som langt på vei dekkes av formuleringen: «Fra velferdskommune til velferdsstat og tilbake til velferdskommunen». Gjennom reformene de siste årene har kommunene fått en rekke nye ansvarsområder. Foruten reformene i grunnskolen, gjelder dette særlig innen helse- og sosialsektoren. I denne rapporten er Ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede (også kalt HVPU-reformen) særlig sentral. De teoretiske og sosialpolitiske begrunnelsene for Ansvarsreformen hviler på begrepene *livskvalitet – normalisering – integrering*. Kommunenes økonomi og forvaltningsmessige hensyn er i denne sammenhengen sekundære. Den konkrete reformprosessen er knyttet til ansvarsoverføringer til kommunene, nedleggelse av institusjoner og individualisering av tjenester med utgangspunkt i behovene til den enkelte mottakeren. Med mindre modifikasjoner gjelder dette hele den hjemmebaserte omsorgen som yter tjenester til funksjonshemmede, eldre hjelpetrequende og andre pasienter/brukere.

Den demografiske utviklingen med eldrebølge og relativ reduksjon i antallet yrkesaktive, har i tillegg økt oppgavemengden på både gamle og nye områder. Samtidig som de eldre blir eldre og mer pleietrequende, har nye grupper med et stort hjelpebehov kommet til. Tynge rusmisbrukere, multihandikappede barn, psykisk utviklingshemmede, fysisk funksjonshemmede og personer med psykiske lidelser har sammen med endret utskrivingspraksis fra 2. linjetjenesten gitt kommunenes budsjett, fagkompetanse og organisasjonstalent store utfordringer. Mange av reformene er vedtatt sentralt i Stortinget, både hva gjelder innhold, tidsplaner for gjennomføring og økonomiske rammer. Men de mangler fullstendige konsekvensanalyser for den lokale gjennomføringen.

Økonomistyring

Parallelt med flere oppgavereformer/tjenestereformer har kommunene vært gjennom en forvaltningsreform hvor økonomistyring og effektiviseringstiltak legger større føringer på prioriteringer av tjenesteinnholdet. Det er trolig få kommuner som kan oppfylle sine tjenestemessige (og lovbestemte) forpliktelser, og samtidig oppnå budsjettbalanse. Med budsjettbalanse som overordnet styringsmål i en tid med økte behov og begrensede ressurser, gis gjennomføringen av de ulike reformene nødvendigvis trange kår, noe kvaliteten på tjenestene vil bære preg av. For kommunene har utfordringen altså dels ligget i å utvikle nye tjenesteområder med særegne

krav til kompetanse og lokaliteter, og dels i å effektivisere utnyttelsen av knappe ressurser. Samtidig som kommunen er et forvaltende og tjenesteytende organ for befolkningen, er det også en arbeidsplass for nesten en halv million mennesker (inkludert fylkeskommunene og arbeidstakere med et marginalt ansettelsesforhold).

Trygge arbeidsplasser

De fleste oppfatter kommunen som en trygg arbeidsplass med en ansvarlig personalpolitikk og et «snilt» arbeidsmiljø. Overraskelsen var derfor stor i miljøer utenfor, da det for noen år siden ble dokumentert at ansettelsesforholdene i mange kommuner var dårligere enn i det private arbeidsmarkedet (Moland 1994, Norsk Kommuneforbund 1994, Aftenposten, Adresseavisa m.fl.). De siste fem årene har norsk arbeidsliv både fått forskrifter om internkontroll for helse, miljø og sikkerhet og en innskjerping av Arbeidsmiljølovens bestemmelser om stillingsvernet. I denne rapporten vil arbeidsmiljøet på kommunale arbeidsplasser bli vurdert opp mot

- et regelverk med varierende relevans,
- nye arbeidsoppgaver og organisasjonsformer i kjølvannet av flere reformer,
- og betydningen av strammere økonomistyring.

Ansettelsestryggheten, som stiller krav til gyldige kontrakter, og de formelle verneinstitusjonene som er nedfelt i forskrifter og lov- og avtaleverk, er felles for alle kommunalt ansatte. Oppfølgingen av regelverket, og de konkrete arbeidsmiljøbelastningene vil derimot variere betydelig mellom forskjellige arbeidsplasser. I rapporten vil vi dels studere særskilte belastninger ved å jobbe i pleie- og omsorgssektoren, og dels sammenlikne «pleie- og omsorgsutøvere» med yrkesutøvere fra andre områder.

Tjenestereformer og arbeidsmiljø

I denne rapporten legges grunnlaget for å kunne beskrive hvordan kommunene organiserer omsorgsarbeidet og hvordan ulike tiltak som er rettet mot de ansatte, kan bidra til *gode og normaliserte tjenester for brukerne og et godt arbeidsmiljø for tjenesteyterne*. Det første er en intensjon som følger av en rekke helse- og sosialpolitiske reformer de senere årene. Det andre er en intensjon nedfelt i arbeidsmiljøloven og i partenes hovedavtaler. Organiseringen av omsorgstjenestene er lagt opp med sikte på å nå velferdspolitiske mål for tjenestemottaker/bruker. Arbeidsmiljøet for de ansatte er rimeligvis ikke et eget mål i slike reformer. Det kan imidlertid være en viktig betingelse for at reformene skal lykkes.

I dette møtet mellom overordnede myndigheters helse- og sosialpolitikk og den enkelte arbeidstakers velferd finner vi vårt primære studieobjekt; den kommunale organisasjonen. Som velferdspolitisk virkemiddel, pålegges det sosiale tjenesteapparatet å gjennomføre betydelige endringer som også får konsekvenser for de ansattes arbeidsmiljø.

De velferdspolitiske og helse- og sosialfaglige målene om normaliserte og integrerte tjenester søkes realisert innen den åpne omsorgen. Utføring av tjenester til funksjonshemmede, psykisk utviklingshemmede, eldre hjelpetrenende og andre innbyggere i kommunen med definerte tjenestebehov, skal i størst mulig grad foregå i pasienten/brukerens eget hjem og ved tilrettelagte dagtilbud utenfor hjemmet.

De mest synlige resultatene av disse reformene er nedbyggingen av de sentrale HVPU-institusjonene. De er blitt erstattet av mindre boenheter i hjemstedskommunene til hver enkelt bruker. Samtidig er utbyggingen av sykehjemsplasser mindre enn det veksten i antallet eldre kanskje kunne tilsi. I stedet satses det på tilrettelagte boliger også for disse og på styrking av hjemmetjenestene.

Disse tjenestene som kommunene er pålagt å yte, kan organiseres på flere måter, men uansett hvilke lokale løsninger som velges, forutsettes betydelige organisasjonsendringer; endringer med store konsekvenser for både brukerne, de ansatte og ledelsen av kommunen. Per i dag har de fleste kommunene et langt stykke å gå i arbeidet med å utvikle normaliserte tjenester.

Fagforbundene melder om betydelige arbeidsmiljøproblemer både i kommunesektoren generelt og i den åpne omsorgen spesielt. En del av disse er tidligere dokumentert i forskningsrapporter, og eksisterer uavhengig av de nye reformene. Andre problemer er kommet til eller blitt forsterket i kjølvannet av omleggingene i de senere årene. Noen forhold er utvilsomt både problematiske i henhold til Arbeidsmiljøloven og til allmenne effektivitetsoppfatninger. En del av arbeidsmiljøproblemene er så omfattende at de foruten å skape problemer for den enkelte ansatte og leder, også vanskeliggjør realiseringen av reformene.

Problemstillinger knyttet til atboligen skal være både privat hjem og arbeidsplass står sentralt. Nye tjenester skal utføres i private hjem. Nye yrkesgrupper og nye brukergrupper skal samarbeide om tjenester med et annet innhold enn i den tradisjonelle hjemmetjenesten. Det at den ansatte arbeider alene i brukerens privat-hjem, gir a) svak beskyttelse for både pasienten/brukeren og den ansatte, b) økte krav til kompetanse, c) økte krav til selvstendighet, d) vanskelig tilgang på uformell støtte, f) stor avstand til eventuelle fagmiljøer, særlig i små kommuner, g) økt behov for tekniske hjelpemidler og h) økte krav til «trygge» linjeledere på de laveste nivåene.

Arbeidsmiljøreformer og praksis

Midlertidige engasjementer

En rekke undersøkelser (Moland 1994, Nergaard og Stokke 1996) har tidligere dokumentert at en betydelig andel av de yrkesaktive har arbeidet uten å være fast ansatt eller i formaliserte vikariater. Mange har gått i midlertidige engasjementer med eller uten stillingskontrakt. Ansettelsesforholdene var minst ryddige i kommunene. I 1995 vedtok Stortinget å begrense adgangen til midlertidige ansettelser gjennom en innstramming i Arbeidsmiljøloven. Samtidig ble arbeidsgiver pålagt å gi alle arbeidstakere skriftlig ansettelseskontrakt. Parallelt med dette har Norsk Kommuneforbund (Kommuneforbundet) og de andre yrkesorganisasjonene arbeidet for å rydde opp i «ansettelsesjungelen». Med bakgrunn i dette har Kommuneforbundet bedt Fafo om å gjenta undersøkelsen fra 1994, for å rapportere om eventuelle endringer i kommunenes personalpolitikk de siste to årene.

Kjennskap til forsikringsordninger

Det er tidligere avdekket at en stor del av deltidsarbeidende ikke blir innmeldt i kommunens pensjonskasse, selv om arbeidsmengden skulle tilsi et slikt medlemskap. Det kan være grunn til å tro at den enkelte arbeidstaker heller ikke har satt spørsmålsteget ved dette forholdet. Tone Fløtten m.fl. (1996) har undersøkt de ansattes kjennskap og holdninger til tjenstepensjoner. Hun finner at de kommuneansatte har særlig liten kjennskap til ordningene de er (eller skal være) medlem av. Kvinnene kommer generelt dårligst ut. Fire av fem oppgir at de har liten eller ingen kunnskap om disse pensjonsordningene. Kommuneforbundet har grunn til å tro at mange heller ikke er klar over hvilke forsikringsordninger de ansatte skal være knyttet til.

Vernetjenesten og Internkontroll for helse, miljø og sikkerhet

Alle norske kommuner er av en slik størrelse at de i følge Arbeidsmiljøloven (§§23 og 25) skal ha arbeidsmiljøutvalg og verneombud. Hovedavtalen mellom partene er like klar. Verneombudet velges av de ansatte, og har i følge lov- og avtaleverket betydelige sanksjonsmuligheter (AML §26). Det vil overraske om det finnes en eneste kommune som ikke har minst ett verneombud på et eller annet nivå. Men om eksistensen av verneombudsinstitusjonen er definitiv, er nok ombudets funksjon og innflytelse mindre klar.

Etter 1. januar 1992 er alle norske kommuner pålagt å innføre et system for internkontroll. Selv om en del kommuner kan ha innført internkontrollsystemer, er det liten grunn til å tro at mange har innarbeidet dette som et operativt og kontinuerlig brukt hjelpemiddel, som ledd i et planmessig arbeid for bedring av arbeidsmiljøet.

Mål

Med bakgrunn i det foregående, vil målet for denne rapporten være å:

- beskrive organiseringen av kommunale pleie- og omsorgstjenester, samt ideologien om normaliserte tjenester,
- gjennomgå forskning om arbeidsmiljø innen kommunale pleie- og omsorgstjenester,

dernest med basis i egne data beskrive og drøfte:

- utbredelsen av ansettelsesforhold som oppfyller arbeidsmiljølovens formelle krav, og eventuelle endringer de siste årene,
- særlige belastninger på de ansatte som følger av å arbeide, ofte alene, med mennesker i deres egne hjem,
- eventuelle konsekvenser av arbeidsbelastninger i form av endringer i tjenestetkvalitet til pasient/bruker og/eller engstelse og sykefravær blant de ansatte, og
- utbredelsen og bruken av formelle og lovpålagte verneinstitusjoner og tiltak for å sikre arbeidsmiljøet.

Problemstillinger

Prosjektets bakgrunn og mål leder frem til følgende problemstillinger, fordelt på ni hovedtemaer:

1. Aktørene

- Hvordan er de kommunale yrkesgruppene sammensatt etter utdanning, kjønn, alder, ansiennitet og type arbeidsplass?
- Hvilke brukergrupper dekkes av den åpne omsorgen?

2. Deltidsarbeid

- Hvor stort er omfanget av deltidarbeid og små stillinger i ulike sektorer i kommunene og blant ulike grupper av yrkesutøvere?
- Ønsker de deltidsansatte å arbeide mer?

3. Ulike ansettelsesformer

- Hvor stort er omfanget av ulike ansettelsesformer i ulike sektorer i kommunene og blant ulike grupper av yrkesutøvere?

- Hvor mange arbeider uten fullverdige kontrakter i ulike sektorer i kommunene og blant ulike grupper av yrkesutøvere?
- Fører ansiennitet gradvis til økt stillingsbrøk, fast ansettelse og fullverdige kontraktsforhold?
- Er det blitt færre «små og grå» ansettelsesforhold etter 1995?

4. Kollektive forsikringer

- Hvor mange kjenner til at de er eller skal være, meldt inn i en kollektiv livsforsikringsordning?
- Hvor mange kjenner til at de er eller skal være, meldt inn i en ordning for kollektiv yrkesskadeforsikring?
- Har de ansatte kjennskap til innholdet i forsikringene?

5. Integrering og samarbeid

- Er tilbudet til psykisk utviklingshemmede en del av de ordinære pleie- og omsorgstjenestene i kommunen?
- Hvilke yrkesgrupper yter tjenester til de ulike brukergruppene?
- I hvilke yrkesgrupper er det vanlig å yte tjenester til henholdsvis en eller flere brukergrupper?
- Kjenner de ansatte til integreringsbegrepet?

6. Knapphet på tid, arbeidspress og tjenestekvalitet

- Har de ansatte mer eller mindre tid til brukeren?
- Er tilgjengelig tid tilstrekkelig tid til å utføre de definerte pleie- og omsorgsoppgavene?
- Hvor hyppig forekommer det at yrkesutøveren forlater pasienten/brukeren før oppgaven er fullført? Hvem gjør dette oftest? Hvem blir oftest forlatt, og hvorfor?
- Hvilke konsekvenser har det dersom pasienten/brukeren blir forlatt før jobben er gjort?
- Hvordan vurderer de ansatte kvaliteten på tjenestene? Er den blitt bedre eller dårligere?
- Hvordan påvirker tidspress og lav tjenestekvalitet selvfølelsen til de ansatte?

7. Ubehagelige arbeidssituasjoner for ansatte i den åpne omsorgen

- Hvor stort er omfanget av fysiske overgrep, utskjelling, ubehagelig seksuell oppmerksomhet, beskyldninger om tyveri og dårlig utført arbeid?
- Hvilke ubehagelige forhold utøves av henholdsvis brukere, pårørende og kolleger?
- Hvilke yrkesgrupper utsettes for de ulike forholdene?
- Hvordan kan arbeidets organisering forklare utbredelsen av bestemte belastninger? Hvilken betydning har det å arbeide alene i private hjem med pasienter/brukere en ikke har fått opplæring i å takle?

8. De ansattes kjennskap til og bruk av de formelle verneinstitusjonene

- Har de ansatte kjennskap til om det finnes verneombud på arbeidsplassen, og hvordan vurderer de verneombudets innflytelse?
- Har de ansatte kjennskap til Internkontroll for helse, miljø og sikkerhet? Er dette innført på egen arbeidsplass? Har dette endret seg fra 1993 til 1996?
- I hvilken grad benyttes de ulike verneinstitusjonene?
- Hva har arbeidsgiver gjort for å hjelpe de ansatte til å takle fysisk aggresjon og andre ubehagelige situasjoner?
- Hva gjør de ansatte selv med problemene etter å ha vært utsatt for fysisk aggresjon eller andre ubehagelige situasjoner?

9. Konsekvenser av arbeidsbelastninger

- I hvilken grad kan opplevelse av tidspress, følelse av utilstrekkelighet, fysisk aggresjon og andre ubehagelige situasjoner føre til at ansatte gruer seg til å gå på jobb?
- Hvordan påvirker disse forholdene sykefraværet?
- Hvilke yrkesgrupper er mest sårbare?

Rapporten inneholder bredt sammensatte problemstillinger og et bredt datagrunnlag. Bredden har først og fremst vært nødvendig for å komme frem til en helhetsforståelse av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Uten bredden ville vi heller ikke ha funnet rapportens røde tråd. Rapporten presenterer både en måte å tenke om feltet på, en empirisk gjennomgang av konkrete forhold knyttet til arbeidsmiljøet og organisering av tjenestene, samt en gjennomgang av annen relevant forskning. Den empiriske delen behøver ikke leses som en helhet. Det går godt an å bare

anvende data fra ett eller to kapitler. Lesere som først og fremst er opptatt av ansettelses- og forsikringsforholdene, kan bla fort forbi delene av rapporten som tar for seg Ansvarsreformen og spørsmålene om normalisering og integrering.

Sammendrag

«Den røde tråden om tiltak for et bedre arbeidsmiljø: Behov, kjennskap og relevans»

I rapporten dokumenteres et betydelig *behov* for å styrke det organiserte helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS) på kommunale arbeidsplasser. Behovet har definitivt økt etter reformene, hvor kommunene har fått ansvar for nye tjenesteområder. Økt pleie- og omsorgsbehov fra tyngre, flere og mer kompetansekrevene brukere uten tilsvarende ressursøkning (kompetanse + tid), legger et press på ledelse og ansatte som er svært vanskelig å mestre.

De ansattes *kjennskap* til egne rettigheter er dårlig. Mange jobber spredt, noe som gjør informasjons- og sikkerhetsarbeidet vanskeligere enn på andre arbeidsplasser. De ansatte er svært sårbare dersom «systemet», primært arbeidsgiver, ikke ivaretar behovene og rettighetene deres. Eldre, ufaglærte kvinner kommer dårligst ut på omtrent alle de spørsmålene som er stilt.

Selv om behovet for arbeidsmiljøtiltak er stort, er de formelle verneinstitusjonene lite kjent og enda mindre brukt. Dette får oss til å stille spørsmål ved deres *relevans*. Norsk arbeidsliv er omfattet av et omfangsrikt lov- og avtaleverk basert på flere generasjoners innsats for arbeidervernet. I 1892 fikk vi *Lov om tilsyn med arbeid i fabrikker*. Denne ble utvidet og fikk i 1915 navnet *Lov om arbeiderbeskyttelse i industrielle virksomheter*. Neste navneendring kom i forbindelse med revisjonen i 1936. Med *Lov om arbeidervern* fikk loven et bredere nedslagsområde. Dagens *Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø* fikk sitt navn i 1977.

Når rådende oppfatninger av de helse- og sikkerhetsmessige sidene ved arbeidsmiljøet fortsatt er av teknisk art og knyttet til avgrensede og lett definerbare arbeidsplasser, er dette forankret til en lang og *arbeiderpreget* tradisjon. Selv om dagens lover og forskrifter også inkluderer nye yrkesgrupper og nye arbeidsformer, er malen hentet fra en forståelse av arbeid og arbeidsplass som står størstedelen av kommunal tjenesteyting meget fjernt.

Ansatte som arbeider i den kommunale pleie- og omsorgssektoren, arbeider ikke bare spredt og ofte alene. De arbeider i andre menneskers private hjem, og de arbeider med mennesker med krevende adferd og store behov; behov som ikke kan legges til side selv om klokken og andre brukere forlanger det.

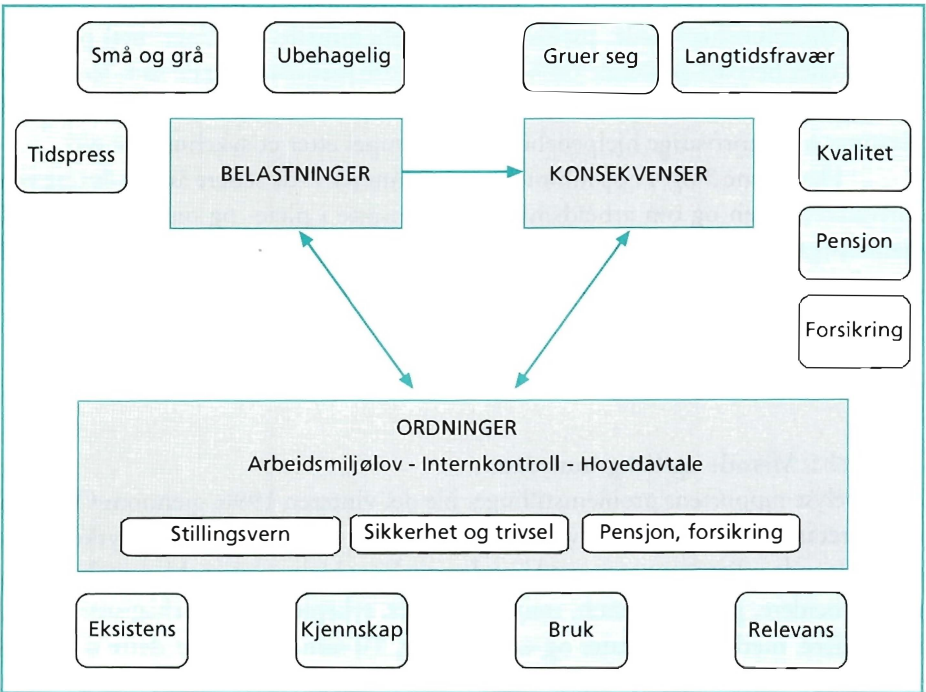
Med begrepene *behov, kjennskap og relevans* som ledetråder, tar vi for oss «ikke-tekniske», men like fullt belastende (og fraværsmekkende) sider ved arbeidsmiljøet og håndteringen av disse. Gjennom hele rapporten fremgår det at bestemte yrkesgrupper er mer utsatt enn andre. Dette forklares ved å beskrive arbeidets organisering og trekk ved pasientene/brukerne.

I gjennomgangen av undersøkelsen beskriver vi a) *belastningene på de ansatte*, b) *belastningenes eventuelle konsekvenser for de ansatte og pasientene/brukerne*, og c) *de formelle arbeidsmiljøordningene*. Disse beskrives hver for seg og i sammenheng slik det er skissert i figur 1.1

Som indikatorer på belastninger benytter vi a) *tidspress*, b) *mangelfulle kontraktsforhold («Små og grå»)* og c) *ubehagelige arbeidssituasjoner (fysisk aggresjon, ubehagelig seksuell oppmerksomhet, beskyldninger om tyveri m. m.)* Disse er plassert i øvre venstre del av figuren.

Som indikatorer på konsekvenser av arbeidsbelastninger benyttes f) *grue seg for å gå på jobb*, g) *langtidsfravær*, h) *redusert tjenestekvalitet*, i) *tap av pensjonsrettigheter* og j) *mulige tap av forsikringsrettigheter*. Disse er plassert i øvre høyre del av figuren.

Figur 1.1 Arbeidsmiljøet i kommunene: Ulike belastninger, konsekvenser og formelle ordninger – og forholdet mellom dem



Ordningene som dels skal redusere belastningene, og dels redusere konsekvensene dersom en gitt situasjon først er oppstått, er forankret i lov- og avtaleverket. Her skal den ansatte sikres stillingsvern, et akseptabelt nivå av sikkerhet og trivsel og rettmessige pensjons- og forsikringsordninger. Disse ordningene er plassert nederst på figuren. Forskriften om internkontroll for helse, miljø og sikkerhet er ment å være verktøyet som ivaretar intensjonene i lov- og avtaleverket. Foreløpig ser internkontroll ut til å være en ordning svært få av de ansatte kjenner til, og som i enda mindre grad er i bruk. Vi finner heller ingen sammenhenger mellom ordningen der den eksisterer og nivået på arbeidsmiljøbelastninger eller konsekvenser.

Vi finner et betydelig behov for arbeidsmiljøtiltak i alle yrkesgrupper, samtidig som vi ser at helt sentrale verktøy ikke benyttes. Dermed er vi tilbake ved spørsmålet om ordningenes relevans for store grupper av arbeidstakere. I det følgende gjennomgår hovedfunnene kapittel for kapittel.

Normalisering, organisering og arbeidsmiljø

I rapportens første del (kapitlene 2, 3 og 4) blir innholdet i Ansvarsreformen og sentrale begreper som *normalisering* og *integrering* gjennomgått. Selv om rapporten beskriver arbeidsmiljøet og tjenesteorganiseringen i kommunal virksomhet som sådan, vies pleie- og omsorgssektoren størst oppmerksomhet. I sentrum for denne står *den åpne omsorgen*. Her tilbys hjemmebaserte tjenester og tilrettelagte dagtilbud til funksjonshemmede, psykisk utviklingshemmede, personer med psykiske lidelser eller betydelige sosiale problemer, og eldre hjelpetrengende som har behov for varig avlastning eller pleie og omsorg. Den åpne omsorgen yter også hjelp til personer med kortvarige hjelpebehov, for eksempel etter et sykehusopphold.

I kapitlene 3 og 4 oppsummerer og diskuterer vi de senere års forskning om Ansvarsreformen og om arbeidsmiljøet for ansatte i pleie- og omsorgsyrkene. I gjennomgangen legger vi størst vekt på organiseringen av tjenestene og sider ved arbeidet som disponerer for avmaktfølelse og sykefravær hos de ansatte.

Rapportens hovedfunn

Kapittel 5 Metode og bakgrunnsdata

For å belyse rapportens problemstillinger ble det vinteren 1996, gjennom Opinion A/S foretatt 2481 telefonintervjuer av kommunalt ansatte fra i alt 10 yrkesgrupper. Følgende yrkesgrupper er med i undersøkelsen: hjelpepleiere, hjemmehjelpere, miljøarbeidere, pleieassistenter, miljøterapeuter, sykepleiere, barnehageassistenter, renholdere, merkantilt ansatte og vaktmestere. Til sammen utgjør dette ti underutvalg med om lag 250 yrkesaktive i hvert av dem.

Utvalget er trukket blant organiserte arbeidstakere. Alle de sentrale forbundene er representert.

Det faktumet at vi kun har med fagorganiserte arbeidstakere, gjør at utvalget ikke er helt representativt. Selv om organisasjonsgraden i kommunal sektor er opp under 80 prosent, vil vi få visse systematiske skjevheter. Generelt vil resultatene være litt «for snille», i det uorganiserte gjerne er mer perifere i organisasjonen (arbeidsplassen), oftere arbeider uten kontrakter, med små stillingsprosenter, får mindre opplæringstilbud og liknende enn fagorganiserte.

Kapittel 6 Deltid

Kommunen er en arbeidsplass med mange små stillinger. Deltidsandelen hos kvinner er tre ganger så høy som hos menn, og den er betydelig høyere i kommunal sektor enn i yrkeslivet for øvrig. Ansatte i helse- og sosialsektoren er oftere deltidsansatt enn andre kommunalt ansatte. Dette gjelder også blant menn. Menn har en gjennomsnittlig arbeidsuke på 36 timer (33 timer). Tilsvarende for kvinner er 29 timer (28 timer). Tallene i parentes angir ukentlig arbeidstid for ansatte i helse- og sosialsektoren.

Blant ufaglærte kvinner er heltidsarbeid ganske sjelden. Bare en av fem pleieassistenter og renholdere eller en av tre hjemmehjelpere har full stilling. I 1993 hadde bare en av syv fra disse yrkesgruppene heltidsarbeid.

De fleste deltidsansatte har en stillingsprosent på mellom 50 og 80. To tredeler av disse er tilfreds med arbeidstiden. Dette er omtrent en like stor andel som for tre år siden. Blant de med lavere stillingsandeler, er tilfredsheten med arbeidstiden mindre. Rimeligvis er de som velger deltidsprosenten selv mest fornøyd, og muligheten til å styre dette varierer med yrke. Dette gjelder for sykepleierne og miljøterapeutene. De er de to eneste yrkesgruppene i utvalget som fordrer høyskoleutdanning og som i dag opplever et arbeidsmarked hvor tilgangen på jobb er enkel.

Deler av det offentlige velferdstilbudet har behov for fleksibel arbeidskraft på samme måte som de øvrige servicenæringene. Enten det er kunder eller pasienter/brukere som skal ha tjenester, vil behovet ikke kunne dekkes innenfor normalarbeidsdagens begrensninger. Mange institusjoner har døgnåpent. Også den hjemmebaserte pleie- og omsorgen yter nå døgnkontinuerlige tjenester. I den grad man velger å definere *atypisk arbeid* som avvik fra normalarbeidsdagen, er atypisk arbeid en nødvendighet i alle virksomheter hvor driftstiden avviker fra et dagsverk.

Kapittel 7 Ansettelsesformer

I 1994 dokumenterte vi at omfanget av små og grå stillinger var stort i den kommunale sektoren. Utbredelsen av midlertidige engasjementer, arbeidsforhold uten ansettelseskontrakt og arbeidsforhold uten avtale om arbeidstid, var særlig utbredt i enkelte yrkesgrupper. Siden den gang er Arbeidsmiljølovens bestemmelser om bruk

av midlertidige engasjementer innskjerpet. Likeledes sier lovens nye paragraf 55 at alle arbeidstakere skal ha skriftlig kontrakt på ansettelsesforholdet.

Med utgangspunkt i de arbeidskontraktene yrkesutøverne har, kan vi dele de ansatte inn i tre grupper:

For det første er det ansatte som har et *tradisjonelt normalarbeidsforhold*. Disse har et ordnet og fast arbeidsforhold. De er fast ansatt på heltid og har samme arbeidstid hver dag. Lønn og arbeidstid er forutsigbart. Denne gruppen er ganske liten i kommunal sektor og utgjør om lag en firedel. Andelen arbeidstakere med tradisjonelt arbeidsforhold er redusert i ni av ti yrkesgrupper fra 1993 til 1996.

Den andre yrkesgruppen er yrkesutøvere som har et *fleksibelt normalarbeidsforhold*. Disse har også et ordnet arbeidsforhold med forutsigbar arbeidstid og lønn. Her finner vi den typiske turnusarbeideren i helse- og sosialsektoren. Om lag halvparten av de kommunalt ansatte tilhører denne gruppen. Vi har valgt å kalle dette for et normalarbeidsforhold fordi kontraktforholdene stort sett tilfredsstiller lov- og avtaleverket. Det er lite ved arbeidets art som tilsier at man ikke skulle få disse arbeidsforholdene regulert og formelt kontraktfestet. Det fleksible normalarbeidsforholdet er og må være, den mest utbredte organiseringsformen blant utøverne av helse- og sosialtjenester. Andelen arbeidstakere med fleksibelt normalarbeidsforhold har økt noe fra 1993 til 1996.

Den tredje og siste kategorien dekker arbeidstakere med et *marginalt arbeidsforhold*. Her er stillingsforholdet ufullstendig. Arbeidstid og lønn varierer på en uforutsigbar måte. Arbeidstakeren er enten ikke fast ansatt, har ikke skriftlig kontrakt eller har ingen avtalt arbeidstid. Andelen arbeidstakere med marginalt arbeidsforhold har økt noe fra 1993 til 1996.

Tallene på andel arbeidstakere med henholdsvis tradisjonelle, fleksible og marginale arbeidsforhold, har alt i alt endret seg lite fra 1993 til 1996. Økningen av marginale arbeidsforhold er for nesten alle yrkesgruppene så liten at vi ikke kan avvise muligheten for at endringen skyldes statistiske tilfeldigheter. Men når økningen har forekommet innen ni av ti yrkesgrupper, står vi overfor en klar, om enn ikke sterk, trend. Dette er overraskende, hvis en tar i betraktning innstrammingene i Arbeidsmiljøloven og fagbevegelsens innsats mot midlertidige ansettelser. Hovedårsaken er trolig at det overveiende bare er ved nyansettelser at kontrakter skrives ut.

Omkring 15 prosent av de kommunalt ansatte har ikke skriftlig kontrakt i det hele tatt. Bare 60 prosent i utvalget har fått kontrakt ved tiltredelse. Tolv prosent har ventet ett-to år, mens 13 prosent har vært i arbeid hos samme arbeidsgiver i tre år eller mer før de har fått skriftlig kontrakt. Det er lett å tenke at hvis en først får «et ben innenfor» med en liten og løs stilling, vil en senere få større stilling og til slutt et fast ansettelsesforhold beseglet med skriftlig kontrakt. Slik er det ikke. Det er snarere tvert i mot. Jo lenger en har vært ansatt i kommunen, jo større sannsynlighet er det for at en ikke har skriftlig kontrakt på ansettelsesforholdet. Dette

gjelder særlig ufaglærte som ble ansatt i 1970-årene. Mens knapt 40 prosent av de som ble ansatt den gangen, fikk arbeidskontrakt, får omtrent 90 prosent av de ny-ansatte i 1995 dette. Hva angår ansettelsespolitikk står vi altså overfor et markert skille mellom «*en gammel og en ny tid*».

Dette forholdet indikerer at kommunenes ansettelsespraksis i dag er nærmere opp til Arbeidsmiljølovens bestemmelser enn tidligere, selv om dette foreløpig ikke gir utslag i hovedstatistikken. Men det viser også at partene har en viktig oppgave vis à vis en stor gruppe eldre arbeidstakere som nå nærmer seg pensjonsalderen. Felles for disse er at de også oppfatter seg som fast ansatt. Sannsynligvis oppfattes de som det også av arbeidsgiveren. De fleste har både riktig og forutsigbar lønn og en arbeidstid de er fornøyd med. Problemene kan derimot oppstå når en nærmer seg pensjonsalderen og ikke klarer å identifisere arbeidsforholdet sitt. For selv om det ikke er noe tvil om ansettelsesforholdet som sådan, kan det bli vanskelig å unngå en tilværelse som minstepensjonist, hvis arbeidstiden ikke har vært kontraktfestet, lønningskontoret har mangler i arkivet og pensjonskassen aldri har hørt om deg.

Kapittel 8 Integrering og samarbeid

Vi har spurt de ansatte om hvorvidt tjenestene til psykisk utviklingshemmede er en del av de ordinære pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. En av syv svarer utvetydig «ja» og omtrent like mange «nei». Langt den største gruppen av ansatte er usikre.

Den store usikkerheten kan være uttrykk for at det hersker uklarhet om forståelsen av ansvarsreformens intensjoner. Det kan også være uttrykk for at de ansatte i pleie- og omsorgssektoren ikke vet hvor langt egen kommune egentlig har kommet. Ikke minst indikerer det uklarhet omkring de sentrale begrepene. Denne uklarheten behøver ikke skyldes uvitenhet. Den kan også være uttrykk for en pågående «kamp om begrepene».

I en organisasjonsmodell basert på særomsorg til psykisk utviklingshemmede og lite samarbeid mellom institusjonsomsorg og hjemmebasert omsorg, vil hver ansatt kun forholde seg til *en* type brukere og til *en* type arbeidsplass. Målsettinger basert på for eksempel mål om normalisering og integrering, fordrer derimot en personalbruk hvor den ansatte forholder seg til flere brukergrupper. Det samme tjenesteapparatet skal yte tjenester til alle brukergrupper som måtte ha behov for tjenesten, uavhengig av hvilke forhold som har ført til behovet.

Vi har spurt de ansatte om hvilke brukergrupper de ofte, av og til eller aldri yter tjenester til. En kunne tenke seg at stor brukerbredde er uttrykk for at integrering skjer i praksis. Noen yrkesgrupper er temmelig «smale», mens andre forholder seg til en mer uensartet brukergruppe. Sykepleierne har klart størst brukerbredde. De har den jevneste fordelingen, både av brukergrupper de går ofte til og ved at de sjelden oppgir bestemte brukergrupper de aldri går til.

Men som mål på integrering av tjenester til psykisk utviklingshemmede, hjelper det lite at sykepleierne scorer «ganske bra». For når 75 prosent av hjemmehjelperne, 50 prosent av hjelpepleierne og 50 prosent av de samme sykepleierne tross alt oppgir at de aldri yter tjenester til psykisk utviklingshemmede, er det langt igjen til full integrering i praksis. Og når 85 prosent av miljøarbeiderne og nesten 90 prosent av miljøterapeutene oppgir at de aldri yter tjenester til eldre hjelpetrequende, viser det at de ansatte fortsatt jobber innenfor snevert optrukne områder.

Kapittel 9 Tid, arbeidspress og tjenestekvalitet

Kravene om effektivisering i arbeidslivet har også nådd de av kommunens arbeidstakere som yter pleie- og omsorgstjenester. Innsparing og krav om økt produktivitet kan oppfylles a) gjennom en *reell effektivisering* basert på en mer rasjonell organisering av tjenestene, b) gjennom en rimelig eller urimelig *merbelastning på de ansatte* eller c) gjennom *reduksjoner i tjenestetilbudet*, altså merbelastning på bruker.

Når mange i undersøkelsen oppgir at de har mindre tid til rådighet overfor bruker i dag enn det de hadde tidligere, er ikke det annet enn forventet. Spørsmålet er om redusert tid hos bruker påvirker tjenestekvaliteten eller arbeidsmiljøet. En av tre oppgir at den tiden de har til rådighet er tilstrekkelig, mens hver fjerde ansatte oppgir at tiden er altfor knapp.

Hver femte ansatt forlater ofte pasienten/brukeren før arbeidsoppgaven er fullført. To av fem gjør det av og til. Tidspress oppgis som den vanligste forklaringen. Konsekvensene er redusert sosial omsorg og mindre tid til trening og habilitering. Ansatte som har hyppig erfaring med å måtte forlate bruker før oppgaven er fullført, er som gruppe mindre positiv til tjenestenes kvalitet enn andre ansatte.

Tidspresset er av et slikt omfang at det reduserer kvaliteten på tjenestene til pasientene/brukerne. Så samtidig som myndighetene denne våren (1997) kommer med nye kvalitetsforskrifter for pleie- og omsorgstjenestene, opplever vi en utvikling av tjenestene som snarere går i motsatt retning

Tidspresset både påvirker den ansattes holdninger til arbeidet, og det øker den fysiske og mentale belastningen ved arbeidet. Selv om nesten alle opplever sin egen innsats som viktig og meningsfull, og kvaliteten som god, sliter like fullt halvparten stadig med en følelse av å ikke strekke til i jobben. Vi finner også sammenfall mellom redusert tjenestekvalitet og følelsen av ikke å strekke til. Dette er ikke så overraskende. Heri ligger – litt spissformulert – avmaktsfølelsen ved å bli utsatt for gapet mellom et medmenneskelig og faglig definert tjenestebehov på den ene siden, og muligheten til å imøtekomme dette behovet på den andre. Målene for arbeidsoppgavene er ideelt formulert, nærmest som intensjoner, mens mulighetene for å utføre dem er begrenset.

15 prosent av de ansatte oppgir at tjenestetilbudet er dårlig. Dette er for så vidt ikke så mange. Men blant disse opplever to av tre utilstrekkelighet i tjenesten.

Dette er selvsagt et høyt tall, men det er mer bemerkelsesverdig at så mye som 40 prosent av alle ansatte som mener at tjenestetilbudet er av god kvalitet, samtidig opplever at de ikke strekker til. Vi vet fra før at nesten alle oppfatter egen innsats som viktig. Nesten halvparten av de ansatte oppfatter altså at de leverer tjenester av høy kvalitet, og samtidig opplever de at de selv ikke strekker til overfor brukeren. Dette viser at utilstrekkelighet ikke er ensbetydende med dårlig kvalitet. Det understreker også mange pleie- og omsorgsarbeideres vedvarende problem: Fullgod innsats og høy kvalitet på jobbutførelsen er likevel ikke nok når det settes opp mot faglige og mellommenneskelige idealer for hva en kunne ha oppnådd, dersom en hadde anledning til å yte mer.

Kapittel 10 Ubehagelige arbeidssituasjoner

Vi har spurt de ansatte i kommunenes omsorgstjenester om de en eller flere ganger har vært utsatt for a) utskjelling, b) fysisk aggresjon, c) ubehagelig seksuell oppmerksomhet, d) beskyldninger om dårlig utført arbeid og e) beskyldninger om tyveri eller ødeleggelse av gjenstander.

Omfanget av til tider trakasseringslignende press mot ansatte i omsorgsyrene er stort. Tre av fire yrkesutøvere har opplevd beskyldninger, utskjelling, fysisk aggresjon eller ubehagelig seksuell oppmerksomhet. For de aller fleste er dette situasjoner som har forekommet flere ganger. Uansett hvilke forhold vi trekker inn, er pasienter/brukere den desidert største kilden til disse arbeidsmiljøbelastningene. De står for omkring 80 prosent av ubehagelighetene, mens pårørende og kolleger er ansvarlige for omkring ti prosent hver.

Utskjelling og beskyldninger om dårlig utført arbeid

Utskjelling og beskyldninger om dårlig arbeid forekommer hyppigst hjemme hos pasienten/brukeren. Ansatte som yter tjenester til personer med sosiale problemer eller med psykiske lidelser, er mer utsatt for utskjelling enn andre. Sykepleiere ser ut til å få mest kjeft, særlig hvis de arbeider i hjemmetjenesten. Deretter følger miljøterapeutene, mens yrkesgrupper med mindre ansvar ser ut til å bli skånet. Sykepleieren vil i praksis være den mest tilgjengelige, ansvarlige representanten for kommunen og således den mest relevante skyteskiven for kritikk. En må også kunne forvente at de ansatte med den høyeste kompetansen må ta seg av de mest krevende pasientene/brukerne (i både faglig og mellommenneskelig forstand).

Beskyldninger om tyveri og ødeleggelser av gjenstander

Beskyldninger om tyveri eller ødeleggelser av gjenstander er det minst utbredte forholdet. Men om det er lite utbredt, er det svært ubehagelig for den som utsettes for slike beskyldninger. Ansatte som arbeider i pasienten/brukerens hjem, er mest

utsatt for beskyldninger av denne arten. Eldre pasienter/brukere kommer oftere med denne typen beskyldninger enn andre.

Fysisk aggresjon

Fysisk aggresjon forekommer i alle områder i den kommunale omsorgen, men hyppigst ved dagsentre og i boliger for psykisk utviklingshemmede. Miljøterapeuter (75 prosent) og miljøarbeidere (69 prosent) er mest utsatt. Gjennom Ansvarsreformen (og psykiatrireformen) overføres et ansvar for svært krevende og til dels utagerende pasienter/brukere til kommunene. Når vi i vår undersøkelse inkluderer disse som en del av den totale hjemmebaserte omsorgen, gir det rimeligvis utslag på de rapporterte belastningene de ansatte utsettes for. Vi har ikke grunnlag for å si at ansvarsreformen har økt omfanget av fysisk aggresjon. Vi ser derimot at gjennom ansvarsreformen er fenomenet flyttet ut til kommunene.

Ubehagelig seksuell oppmerksomhet

Yrkesutøvere som arbeider i hjemmetjenesten er mest utsatt for ubehagelig seksuell oppmerksomhet. Hjemmehjelperne er som yrkesgruppe mest utsatt. Men ser vi nærmere etter, viser det seg at både sykepleiere og hjelpepleiere som jobber i hjemmetjenesten er vel så utsatt for problemet. Sykepleiere og hjelpepleiere som arbeider på sykehjem er også utsatt for ubehagelig seksuell oppmerksomhet.

Skal en forklare forskjellene i omfang og innhold av disse arbeidsmiljøbelastningene, har *arbeidssted* og *forhold ved pasient/bruker* størst betydning. Når tjenesten utføres i pasientens/brukerens hjem, er dennes handlingsrom større enn når tjenesten utføres på en institusjon og kollektiv arbeidsplass som for eksempel ved sykehjemmet. I det private hjemmet er tjenesteyter og tjenestemottaker/bruker ofte i en en-til-en situasjon som reduserer den ansattes situasjonskontroll.

Kapittel 11 Verneinstitusjonene

I dette kapitlet går vi gjennom institusjonene kommunene har til rådighet for å bedre arbeidsmiljøet, i hvilken grad de er etablert, og om de ansattes kjennskap til verneombudet og internkontroll for helse, miljø og sikkerhet. 85 prosent av de ansatte bekrefter at de har verneombud på arbeidsplassen, og de fleste vet også hvilken person som har vervet. Nesten en av fire synes at verneombudet har stor innflytelse. Få er kategorisk avvisende. De fleste er likegyldige.

Fra 1. januar 1992 er alle norske kommuner pålagt å innføre et system for internkontroll (jfr. kapittel 4). Selv om mange kommuner kan ha innført internkontrollsystemer, er det liten grunn til å tro at mange har innarbeidet dette som et operativt og kontinuerlig brukt hjelpemiddel, som ledd i et planmessig arbeid for bedring av arbeidsmiljøet. To av tre bekrefter at de har hørt om begrepet internkontroll. Knappt halvparten tror at internkontroll er eller er i ferd med å bli innført

på egen arbeidsplass. Omkring 15 prosent har vært med i diskusjoner eller annet arbeide i forbindelse med utformingen av handlingsplan for HMS-tiltak. Ansatte i den hjemmebaserte pleie- og omsorgen melder altså bare halvparten så ofte som andre om at de er orientert om HMS-arbeidet, og dårligst informert er hjemme-hjelperne.

Arbeidsmiljøloven og øvrige lover og forskrifter som er knyttet opp til arbeidet om internkontroll, bærer preg av at HMS er utviklet for å imøtekomme behov på store arbeidsplasser i privat sektor, først og fremst innen industri, transport, bygg og anlegg (jfr. Internforskriftens lovgrunnlag og Arbeidsmiljølovens historiske forankring).

I kommunene er det «gutta i teknisk» etat som kommer nærmest dette utgangspunktet. Deretter følger de merkantilt ansatte. Jo mer tjenestene utføres på pasientenes/brukernes premisser, jo vanskeligere er det å praktisere arbeidsmiljøloven. Arbeidet med mennesker i deres egne hjem stiller de ansatte overfor helt andre utfordringer enn det som beskrives i de lover og forskrifter som HMS-forskriftene tar sitt utgangspunkt i. For å øke interessen må ledelsen klarere formulere hva HMS i pleie- og omsorgssektoren kan og skal være.

Det ser med andre ord til å være slik at arbeidet med å innføre og praktisere internkontroll er kommet kort, og at det er krevende å utvikle systemer for internkontroll som er tilpasset pleie- og omsorgsyrkene. Utfordringen med å utvikle organisatoriske tiltak er større når ledere og ansatte er spredt, slik tilfellet er innen åpen omsorg.

Kapittel 12 Hva er HMS i praksis?

Utskjelling og fysisk aggresjon mot ansatte i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten forekommer hyppig. Beskyldninger om dårlig arbeid og tyveri og ubehagelig seksuell oppmerksomhet er mindre utbredt, men like fullt ganske stort.

Opplæring?

Selv om omfanget er noe større enn hva som tidligere er avdekket, har disse problemene vært kjent så lenge at en bør kunne forvente at de ansatte har fått en viss opplæring i å unngå at slike situasjoner oppstår, eller å takle dem når de står i en. Men når vi spør, viser det seg at bare hver tredje ansatt har fått opplæring i å takle truende situasjoner. Dette er langt færre enn det antallet som utsettes for det.

Hvem snakker man med etter en truende eller ubehagelig opplevelse?

De aller fleste som har vært utsatt for utskjelling, fysisk aggresjon, ubehagelig seksuell oppmerksomhet, beskyldninger om dårlig arbeid eller tyveri og skader av gjenstander, snakker med noen om opplevelsen. De fleste tar hendelsen opp med sin overordnede, eller uformelt med en kollega. Fem prosent tar det opp i en

veiledningsgruppe, privat eller med andre. Enda færre snakker med verneombudet, mens bare 1,5 prosent har tatt det opp med bedriftshelsetjenesten. Denne fordelingen gjelder stort sett uavhengig av hvilket forhold en har vært ute for.

Lederen vil ofte være den nærmeste å gå til, og problemenes karakter er personlige, selv om de ikke er private. Dette må tolkes som uttrykk for at hendelsene, uansett type, oppfattes som relativt alvorlige av den ansatte. Når så mange går til ledelsen og kollegene med hendelsen, samtidig som få holder saken for seg selv, må vi gå ut fra at den ansatte oppfatter dette som et problem knyttet til utføringen av arbeidet og ikke utelukkende som et isolert forhold mellom seg og den som forulemper. Hvis dette er riktig, burde kanskje mer enn halvannen til tre prosent involvere verneombudet eller bedriftshelsetjenesten.

Gruer seg for å gå på jobb

Om lag 20 prosent gruer seg ofte eller av og til for å gå på jobb. Årsakene varierer noe mellom yrkesgruppene. For ansatte med lederfunksjoner veier tidspress og ansvaret for at tjenesten holder et faglig forsvarlig nivå tungt. For ansatte med mindre ansvar er tidspress, følelse av ikke å strekke til, og situasjoner hvor en må forlate pasienten/brukeren før jobben er gjort, verst. Også ubehagelige situasjoner som for eksempel beskyldninger om tyveri, bidrar til at de ansatte oftere gruer seg for å gå på jobb.

Sykefravær

Det gjennomsnittlige fraværet for utvalget er 5,3 dager over tre måneder. Blant de som har hatt fravær, er det gjennomsnittlige sykefraværet i samme periode 13,4 dager. Sykefravær er mer utbredt blant ansatte i pleie- og omsorgsykker enn i arbeidslivet for øvrig. Harde arbeidsbelastninger i form av tidspress, ubehagelige arbeidssituasjoner og andre forhold som bidrar til at den ansatte føler utilstrekkelighet og gruer seg for å gå på jobb, forlenger sykefraværet. Krevende arbeidsmiljø og harde arbeidsbelastninger er vanligvis ikke den eneste årsaken til sykefravær. Den utløsende årsaken til sykefravær skyldes som oftest andre forhold. Derimot kan vi konkludere med at harde arbeidsbelastninger bidrar til å forlenge sykefraværet.

Yngre arbeidstakerne har hyppige og kortvarige sykefravær, mens eldre arbeidstakere har sjeldne, men langvarige sykefravær.

Brukes HMS slik at det reduserer arbeidsmiljøbelastninger og sykefravær?

Kapitlet avsluttes med to spørsmål: 1) Er arbeidsmiljøet annerledes der internkontroll er kjent og satt i system, enn der dette ikke er gjort? 2) Er de negative konsekvensene av arbeidsmiljøbelastninger annerledes der internkontroll er kjent og satt i system, enn der dette ikke er gjort? Svaret på begge spørsmålene er «nei». Hovedkonklusjonen er at HMS-tiltakene ikke bidrar til å redusere konsekvensene av de

arbeidsmiljøforholdene vi behandler i denne rapporten. Heller ikke i de relativt få tilfellene hvor kommunene har kommet lenger i HMS-arbeidet – der handlingsplan for gjennomføring av HMS er laget og gjennomgått, og hvor den ansatte har deltatt i utformingen – reduseres sykefraværet eller problemet med å grue seg for å gå på jobb. Det ser med andre ord til å være slik at:

- Arbeidet med å innføre og praktisere internkontroll er kommet kort og der dette er gjort, har det liten effekt for ansatte i pleie- og omsorgsyrkene.
- Det er krevende å utvikle systemer for internkontroll som er tilpasset pleie- og omsorgsyrkene når verktøyet (lover og forskrifter) opprinnelig er laget med sikte på HMS-arbeid på industriarbeidsplasser og andre mer teknisk pregede arbeidsplasser. Utfordringen med å utvikle kollektive tiltak er større når ledere og ansatte er spredt, slik tilfellet er innen åpen omsorg.
- Der ansvarsreformen og utviklingen av hjemmebaserte tjenester er kommet langt, er behovet for HMS-tiltak stort, samtidig som relevansen ved dagens formelle HMS-verktøy er liten og implementeringen av organisasjonsmessige grunner vanskelig.

Kapittel 13 Kollektive livs- og yrkesskadeforsikringer

I følge paragrafene 10 og 11 i hovedtariffavtalen mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Norsk Kommuneforbund *«skal alle arbeidstakere i et fast forpliktende arbeidsforhold med en på forhånd fastsatt arbeidstid per uke»* være dekket av både en kollektiv gruppelivsforsikring og en yrkesskadeforsikring. Dette er også nedfelt i avtalene mellom KS og de øvrige forbundene som er representert i denne undersøkelsen.

Vi har spurt de ansatte om de vet at de er eller skal være tilknyttet en kollektiv forsikringsordning, nærmere bestemt gruppeliv og yrkesskade. Deretter har vi spurt om de eventuelt har kjennskap til innholdet i forsikringsavtalen. Litt over halvparten av de ansatte kjenner til at de er tilknyttet en forsikringsordning, og sju-åtte prosent oppgir at de har god eller ganske god kjennskap til hva den inneholder.

Kjennskapen til forsikringsordningene er altså lav. Men sammenlikner vi med undersøkelser om arbeidstakernes kjennskap til pensjonsordninger, burde ikke de lave tallene overraske. Fløtten m.fl. (1996) fant at kunnskapen om pensjonsordningene generelt er lav, og at den er lavest i kommunene. Der er tallene om pensjonskunnskap nesten identiske med de vi har funnet om forsikringskunnskap. Dette betyr at de ansattes kunnskaper om egne, økonomiske rettigheter, basert på kollektive ordninger og forvaltet av andre, er små.

Stillingsens størrelse har liten betydning for de ansattes forsikringskunnskap, mens formalisering av stillingen derimot har det. Vi må derfor kunne anta at dersom

kommunenes arbeidstakere gis et formelt, fullverdig ansettelsesforhold med skriftlig kontrakt, vil dette heve kunnskapsnivået om forsikringer.

Medlemmene er dårlig kjent med presumptivt gode ordninger som er forhandlet frem av de ansattes representanter på nasjonalt nivå. Noe vil en kunne gjøre seg kjent med hvis «situasjonen» oppstår. Dette forutsetter imidlertid at den forsikrede vet at det finnes ordninger å lete opp, eller at han eller hun får hjelp. Ut over dette er en avhengig av at arbeidsgiver har sørget for at en er tilsluttet de riktige ordningene, på riktig grunnlag, og at ordningene trer i kraft uten at den rammede selv besørger det. Ikke noe av dette kan en ta for gitt.

Ingen grenser?

Norske kommuner utsettes for et betydelig omstillingspress, og de endringene som i dag pågår, skjer i høyt tempo. Omstillingene kommunene gjennomgår er omfattende og gjelder både *prosesser* og *produkter*. Deler av kommunens *tjenesteprodukter* og *markedssammensetning* er ny, og som følge av dette må også *teknikken*, *prosedyrene* og *selve organisasjonen* fornyes (Selvik 1984). I tillegg til disse generelle sidene ved all endring, kommer særegne forhold som følger der *produktet* er pleie og omsorg og *arbeidsplassen* for mange er private hjem. Foruten ledere og ansatte skal også en rekke pasienter/brukere og pårørende takle endringssituasjoner.

Det forholdet at en betydelig del av endringspresset kommer i form av eksterne pålegg (reformer vedtatt i Stortinget) og ikke som følge av internt motiverte beslutninger, stiller særlige krav til organisasjonens omstillingsevne. Generelt lav utdanning blant de ansatte, og en arbeidsdag som for de fleste har vært ganske forutsigbar, med avgrensede oppgaver og definerte løsningsrutiner, gjør organisasjonen ytterligere sårbar for så omfattende og hurtige endringer som nå pågår.

Høyt endringstempo stiller store krav til a) både langsiktige og operative mål, b) definerte ansvars- og arbeidsoppgaver og c) evnen til å skape motivasjon og trygghet i alle ledd. Skal en lykkes, forutsettes god kommunikasjon, oppbygging av faglig kompetanse og trygghet i arbeidsforholdet. Dette er selvfølgelig, men vanskelige lederoppgaver. Blant de enklere, trygghetsskapende oppgavene hører utforming av ansettelseskontrakter og ivaretagelse av pensjons- og forsikringsrettigheter. Svaret for HMS-oppgavene er like viktige, men langt vanskeligere å håndtere. Dette gjelder særlig innenfor pleie og omsorg, hvor grensene mellom tjenesteyter og tjenestemottaker ikke er like klare som mellom arbeideren og maskinen hans.

Pasientens/brukerens tjenestebehov synes umettelig, og mange påfører den ansatte ubehagelige situasjoner. De ansattes behov for bedre tilrettelegging av arbeidet, HMS-tiltak, opplæring og veiledning er langt større enn det de vanligvis tilbys.

Kravet til å prioritere mellom oppgaver øker, og det forskyves nedover i organisasjonen. Gjennomgangen av arbeidsgivernes håndtering av arbeidsmiljøspørsmålene, har vist at ansvaret for eget ve og vel langt på vei er individualisert.

Noter

1 Som følge av at sykehusene nå skriver ut pasienter langt tidligere enn før, får kommunene ansvar for flere og mer krevende pasienter.

2 HVPU står for Det fylkeskommunale ansvaret for «Helsevern for psykisk utviklingshemmede».

3 På denne bakgrunn ble Fafo bedt om «å gjennomføre et forprosjekt og et hovedprosjekt med sikte på å identifisere faktorer som har betydning for hensiktsmessig organisering og et godt arbeidsmiljø. I dette må legges til grunn målsettingen om normalisering (...). Formålet med å identifisere slike faktorer må være at den enkelte kommune ut fra egne lokale forhold kan bruke dem i sitt utviklingsarbeid.» (Brev fra SHD av 10.10.94)

I dette sitatet trekker departementet frem tre forhold:

1. *arbeidsmiljø* som henspeiler på de ansatte,
2. *hensiktsmessig organisering* som henspeiler på kommunen som ansvarlig myndighet, og
3. *normalisering* som henspeiler på brukergruppene og tjenestenes innhold

4 I forprosessen til prosjektet har en del spørsmål og påstander om arbeidsmiljøet i kommunenes helse- og sosialtjeneste stått sentralt. Noen er forankret i forsknings- og konsulentrapporter, andre er basert på interessegruppers erfaringer artikulert i samtaler, presse, foredrag og fagblader. Noen av de vanligste påstandene er:

- Oppgavene som skal utføres, vokser uten at tildelte ressurser økes tilsvarende. Tjenestebehovet er umettelig mens økonomien er begrenset. Foruten fysiske belastninger ved høyt arbeidstempo som følge av dårlig tid, er det en stor psykisk belastning for mange ansatte å måtte forlate pasienter med betydelig udekkede behov.
- Arbeidstakere i hjemmetjenestene jobber mye alene. De har et svakt faglig-sosialt arbeidsfellesskap, med små muligheter for uformell kommunikasjon. Dette stiller krav til formell kommunikasjon, støtte og opplæring som få kommuner tilfredsstiller.
- Arbeidet i hjemmetjenesten er blitt mer faglig utfordrende. Arbeidsformen stiller krav til selvstendighet og kompetanse som mange ansatte ikke har hatt anledning til å utvikle. Særlig har opplæring for de lavest utdannede vært forsømt. Denne utfordringen er blitt forsterket etter at nye brukergrupper er kommet til i kjølvannet av reformene. Kompetanseproblemene forsterkes av at personer med høyere fagkompetanse (3-årig høyskole) plasseres i administrasjon på bekostning av pasientkontakten.
- Arbeidet i hjemmetjenesten er blitt tyngre. De fysiske påkjenningene er store, og de økes av at tjenesteutøveren vanligvis arbeider alene. Arbeidet i et privat hjem vanskeliggjør en arbeidsorganisering som fullt ut tar hensyn til arbeidstakerens krav og behov. U hensiktsmessige arbeidsforhold forsterker fysiske belastninger.

- Problemer i forbindelse med personlig sikkerhet for både personell og bruker er økende. Arbeidsformen i hjemmetjenesten gjør alle berørte parter utsatt for ulike former for overgrep og anklager. Mangelfullt vern skaper utrygghet og medfører både fysiske og psykiske belastninger.
- Som arbeidsgiver er kommunen ansvarlig for en personalpolitikk hvor mange arbeidstakere har midlertidige (eller ingen) kontrakter, små stillingsbrøker, uforutsigbar arbeidstid eller mangelfulle forsikrings- og pensjonsforhold. Dette er ille for dem det gjelder. Men det er også negativt for arbeidsmiljøet, for effektiviteten og mulighetene til å nå tjenestemålene.
- Sykepleiernes monopol på enkelte lederstillinger hindrer integreringsprosessen.
- De ansatte er lite villige til å møte de omstillingskravene som fordres for å gjennomføre reformene.
- Mens profesjonsutøvernes utdanningsbakgrunn og faglige verdier står i kontrast til intensjonene om full integrering, er de lavtutdannedes erfaringsbaserte holdninger at tjenester til psykisk utviklingshemmede er og bør være særomsorg. Dette gjelder uavhengig av hvor i omsorgssystemet den ansatte befinner seg.

Dette er altså ikke Fafos påstander, men de fremholder forhold som vil stå sentralt i både denne og i den neste rapporten.

Kapittel 2 Avgrensning av feltet

Ansvarsreformen

Ansvarsreformen er bare en av flere reformer innen offentlig helse, pleie og omsorg. De politiske og faglige ideene denne reformen er tuftet på, danner også grunnlaget for reformene innen psykiatrien og eldreomsorgen. Ansvarsreformen eller HVPU-reformen rettet seg mot boforholdene og innholdet i tjenestetilbudet til psykisk utviklingshemmede. Den alene har skapt mye røre i kommunene. Mange psykisk utviklingshemmede og deres pårørende sliter fortsatt med å få den hjelpen de har krav på. Flere av problemene som knytter seg til realiseringen av Ansvarsreformen, er allmenne og har konsekvenser for det øvrige tjenestetilbudet i kommunen. Videre har arbeidsmiljøproblemene som hevdes å være knyttet til denne reformen, sterke fellestrekk med det en finner i andre områder av både sosial-, pleie- og omsorgstjenestene.

Så foruten å beskrive særtrekk knyttet til Ansvarsreformens nedslagsområde, bruker vi denne reformen til å anskueliggjøre mer allmenne utfordringer med å opprettholde et akseptabelt nivå på tjenestekvaliteten og på arbeidsmiljøbelastningene. Vi skal derfor bruke litt plass til å beskrive reformen og dens plass sammen med de øvrige pleie- og omsorgstjenestene i den kommunale helse- og sosialsektoren.

Pleie- og omsorgstjenestene kan være av helse- og sykepleiefaglig art. I slike tilfeller er tjenesten hjemlet i Lov om helsetjenester i kommunene. Imidlertid er mange av tjenestene rettet mot personer som trenger praktisk eller personlig hjelp til dagliglivets gjøremål. Disse er hjemlet i Lov om sosiale tjenester. Svært mange som mottar pleie- og omsorgstjenester, får hjelp som er hjemlet i begge lovverkene.

Ledetråden for den konkrete omorganiseringen kommunene har bakset med de senere årene, kan gjerne karakteriseres ved hjelp av nøkkelordene «hjemmebasert omsorg» og «administrativ integrering». Alle med et definert hjelpebehov, uavhengig av årsak til hjelpebehovet, har krav på privatliv i eget hjem, og alle skal ha tilgang på de samme tjenestene fra det samme tjenesteapparatet. To sitater som ofte fremheves er:

«Alle mennesker har krav på et eget hjem der de kan ha et privatliv og være seg selv uavhengig av funksjonshemming og behov for hjelp» (St.meld. nr. 47, 1989-90, s.7)

og

«Hjemmetjenester for psykisk utviklingshemmede skal innlemmes i den øvrige organiseringen av hjemmetjenestene i kommunen» (St.meld. nr. 47, 1989-90, s.26)

Utvidelsen av hjemmetjenestene startet rundt 1970. Fra 1980 er antallet årsverk doblet. To hovedgrupper som særlig har fått oppmerksomhet er eldre og psykisk utviklingshemmede. Det siste året har også de psykiatriske pasientene fått mye omtale, både i presse og Storting.

Etter en periode fra 1970 til 1988, hvor sykehjemmene (i henhold til Sykehusloven av 1969) var en del av fylkeskommunens ansvar, har eldreomsorgen vanligvis vært organisert under en samlet avdeling i kommunene. Fortsatt er utbyggingen av hjemmeomsorgen kommet kort i Norge sammenliknet med Sverige og Danmark. Særlig danskene har satset på hjemmeomsorgen og en ikke-medisinsk ideologi, mens de andre nordiske landene har satset på en blandingsmodell, hvor den medisinske ideologien fortsatt har betydelig innflytelse. De nordiske løsningene er imidlertid ganske like sett i et globalt perspektiv. Det offentlige, ikke bare finansierer, men driver også de fleste tiltakene i eldreomsorgen (Romøren 1994 a).

Tjenesteytingen for de psykisk utviklingshemmede har gått lenger enn eldreomsorgen når det gjelder å avvike den medisinske ideologien. Derfor vil vi her finne en forståelse av livskvalitet som i sterkere grad knytter opp til normalisering enn slik det er innen eldreomsorgen. På den annen side har den kommunale eldreomsorgen lenger erfaring i å drive hjemmetjenester. Som et utgangspunkt antar vi at det faglig-ideologisk, etisk og organiseringsmessig er mer som forener enn som skiller de ulike omsorgsområdene, og at det således bør være mulig å låne både begreper og erfaringer på tvers av etatsområdene. Dette må riktig nok gjøres med varsomhet. Flere (bl.a. Wuttudal, 1995) mener at to av de kanskje vanskeligste problemene for å få til integrering av tjenestene er a) en faglig uenighet forankret i fagtradisjoner representert ved henholdsvis sykepleiere og vernepleiere, og b) en frykt for at hjemmetjenestene for de psykisk utviklingshemmede ville bli assimilert (og ikke integrert) i den langt større, veletablerte og sykepleierstyrte hjemmetjenesten.

Retten til privatliv står sentralt i Ansvarsreformen. Stortingsmelding 67 (1986-87) slår fast at alle – uavhengig av funksjonshemming og alder – har krav på et hjem hvor de kan ha et privatliv. Allmenne levekårsbetraktninger skal også gjøres gjeldene for funksjonshemmede. Samtidig som velferdsstatens likhetsideal nå også skal omfatte personer med behov for offentlig omsorg, skjer en individualisering av tilbudet i den forstand at det tas mer hensyn til den enkeltes vanlige behov. «Den omsorgstrengende skal ha mulighet til et privat og selvstendig liv med trygghet og verdighet i eget hjem» (NOU 1992:1). En gjennomføring av disse intensjonene får betydelige konsekvenser for organiseringen av de kommunale tjenestene og for de ansattes arbeidsforhold. Forkjemperne for reformene har ofte trukket frem

problemene med å få praktisk gjennomslag for disse grunnleggende og selvfølgelige menneskerettighetene. Tradisjonene i institusjonene (HVPU, sykehjem, sykehus) er basert på en samhandling mellom tjenesteyter og tjenestemottaker hvor privatliv og brukermedvirkning ikke har hatt særlig stor plass. Mens sykehuset er basert på kortvarige pasientopphold, og sykehjemmet er et tilbud for de eldste med ekstraordinært pleie- og tilsynsbehov, skal tilbudet i «PU-boligen» bidra til at den psykisk utviklingshemmede kan leve et helt og fullverdig liv gjennom hele livsløpet. Det skal altså gis ulike tilbud med ulike mål, som er basert på ulike tradisjoner. I den åpne omsorgen skal kommunene forsøke å forene disse fagtradisjonene under felles ledelse.

Åpen omsorg

Med åpen omsorg forstås kommunale pleie- og omsorgstjenester utenfor døgningstjenester. Det er tiltak i hjemmet inntil 24 timer i døgnet og tilrettelagte dagtilbud utenfor hjemmet som skal bidra til at den hjelpetrengende kan leve et mest mulig aktivt og normalt liv. Stortingsmeldingen om Ansvarsreformen definerer tiltakene som «tiltak og tjenester for mennesker med psykisk utviklingshemming» (St.meld. nr. 67 1986/87), hvor det står at kommunens ansvar er å yte:

«generelle sosiale og helsemessige tiltak og tjenester, barnehagar og fritidsheimar, undervisning og bustad, avlastning og støttetiltak, fritids- og aktivitetstilbod m.v. på lik linje med andre» (St.meld. nr. 67 1986/87).

Sitatet viser at oppgavene er de samme som kommunen allerede har for innbyggerne generelt, og at ansvaret er svært omfattende. Åpen omsorg er hjemmebasert i den forstand at organiseringen av tjenestene tar utgangspunkt i at bruker bor hjemme og ikke i institusjon. Samtidig er den åpne omsorgen mer enn pleie og avlastning i hjemmet. Her inngår også en rekke dagtiltak utenfor hjemmet.

Sosialdepartementet har ønsket at det legges en vid definisjon av begrepet *åpen omsorg* til grunn i prosjektet. Det vil si at vi ikke bare har søkelyset rettet mot de psykisk utviklingshemmede eller bare mot eldreomsorgen. Vi forsøker å se pleie- og omsorgstjenestene under ett, enten det gjelder en pasient/bruker med psykisk utviklingshemming, med psykiske lidelser, fysiske funksjonshemninger eller med alderdomssvekkelse som har behov for varig hjelp og avlastning. Den åpne omsorgen yter også hjelp til personer med kortvarige hjelpebehov.

Den åpne omsorgen i kommunene er i sterk vekst og vil fortsatt være det i årene som kommer. Antallet psykiatriske pasienter som skal overføres til kommunene, er omtrent like stort som antallet psykisk utviklingshemmede var. Kommunene er med andre ord knapt kommet halvveis i prosessen med å motta nye brukergrupper. Dertil kommer veksten i antallet eldre hjelpetrengende. Under har

vi listet opp fem områder eller brukergrupper som kommer inn under kommunenes ansvar.

Hjemmebasert eldreomsorg

Ressursene til eldreomsorg har økt kraftig, primært på grunn av økningen i antallet eldre med pleiebehov, men også som resultat av en standardheving. Mens institusjoner legges ned innen andre deler av helsevesenet, er ikke dette tilfellet innen eldreomsorgen. Etter en lang vekstperiode fram til 1988, har tallet på sengeplasser i eldreinstitusjonene gått noe ned. Sykehjemmenes rolle i eldreomsorgen er fortsatt sentral, og vil også være det i fremtiden. 70 prosent av utgiftene til eldreomsorg går til institusjonene. I årene som kommer, er det ventet en viss økning i antallet sykehjemsplasser. De siste årene har mange tradisjonelle trygdeboliger for eldre blitt bygget om til såkalt «tilrettelagte boliger». En del nye er også bygget. Disse vil for mange eldre kunne erstatte sykehjemsplassen helt. For andre vil tilrettelagte botilbud kunne utsette tidspunktet for å flytte på sykehjem.

Hjemmebasert omsorg for psykisk utviklingshemmede

Omsorgen for psykisk utviklingshemmede har gjennomgått en sterk endring som følge av Ansvarsreformen. I 1994 var bare 15 prosent av de tidligere HVPU-plassene fortsatt i drift. Målet har vært full avvikling av institusjonsplassene innen 1996. 1. januar 1997 bodde 140 psykisk utviklingshemmede fortsatt på en av sentralinstitusjonene (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Dette innebærer at om lag 5000 utviklingshemmede har flyttet ut fra en tidligere HVPU-institusjon. Hver enkelt av disse har fått økonomisk kompensasjon for å kunne bosette seg i sin hjemstedskommune, de har hatt klagerett og kommunen har måttet holde seg til konkrete tidsfrister. Den største gruppen (omkring 12 000) av psykisk utviklingshemmede har ikke bodd på HVPU-institusjon. Flertallet har bodd sammen med pårørende eller alene (Tøssebro 1995b). Denne gruppen som Tøssebro kaller reformens B-lag, har ikke hatt de samme individuelle rettighetene som «utflytterne». Det er med andre ord mange psykisk utviklingshemmede som har behov for bistand.

Hjemmebasert omsorg og sykehustjenestene

Også utviklingen av sykehustjenestene er preget av avinstitusjonalisering og desentralisering. 40 prosent av landets vanlige sykehussenger er lagt ned de siste 20 årene. Sykehusene har utviklet seg til steder der det nesten bare foregår kortvarige, intensive inngrep med gjennomsnittlig liggetid på sju dager. I resten av sykdomsforløpet med pleie, rehabilitering og omsorg er pasienten enten hjemme eller i kommunale pleieinstitusjoner (Romøren 1994 a). En del av disse tjenestemottakerne har kun en forbigående kontakt med kommunens hjemmeomsorg.

Hjemmebasert omsorg for personer med ulike sinnslidelser

Innen det psykiske helsevernet er antallet institusjonsplasser halvert på tjue år. Dette er et område som lenge har levet i skyggen av de tidligere nevnte. Rådet for psykisk helse uttrykker dette ved å gi Hjort-utvalgets innstilling tittelen «Velferdsstatens *førsømte* gruppe» (Hjort 1995). Kommunenes tjenesteapparat sliter i dag med å bygge opp tilstrekkelig kompetanse og ressurser for å kunne gi et tilstrekkelig og forsvarlig tilbud til denne gruppen. Sammen med en liten gruppe av tyngre, multi-handikappede brukere med psykiske og/eller fysiske funksjonshemninger, utgjør denne gruppen en utfordring de færreste kommunene per i dag løser godt nok. Flere kommuner er imidlertid i ferd med å lage psykiatriplaner, skolere ansatte og etablere dagtilbud. Men dette tar tid, og effekten av tiltakene oppnås ikke så raskt som ønsket.

Hjemmebasert omsorg for personer med fysiske funksjonshemninger

Funksjonshemmede har fått sin andre handlingsplan (1994-1997) hvor regjeringen fremmer en del nye tiltak. Også her er integreringstanken fremme. Dette arbeidet går sin gang uten tilsvarende medieblest og politiske skippertak som er kommet de andre gruppene mer eller mindre til del. Fysisk funksjonshemmede er som gruppe, en betydelig mottaker av hjemmebaserte tjenester.

Livskvalitet – normalisering – integrering

Den teoretiske og den sosialpolitiske begrunnelsen for åpen omsorg¹ slik den er formulert i arbeidet med Ansvarsreformen, er knyttet til begrepene *livskvalitet* – *normalisering* – *integrering*. Kommunenes økonomi og forvaltningsmessige hensyn er i denne sammenhengen sekundære. Den konkrete reformprosessen er knyttet til ansvarsoverføringer til kommunene, nedleggelse av institusjoner og individualisering av tjenester med utgangspunkt i den enkelte mottakers behov. Med mindre modifikasjoner gjelder dette også den hjemmebaserte eldreomsorgen.

Den åpne omsorgen skal først og fremst være mottakerorientert og ikke styrt av forhold knyttet til effektiv institusjons- eller organisasjonsdrift. Hver enkelt psykisk utviklingshemmet skal ha utarbeidet en egen tiltaksplan. De enkelte tiltaksplanene innarbeides i kommunens virksomhetsplan. Disse tiltaksplanene kan være mer eller mindre detaljerte og må ikke forveksles med behovsvedtakene som tilkjenner bruker bistand i henhold til enten sosialtjenesteloven (§4–3) eller helsetjenesteloven (§2–1). Et formelt vedtak om hjemmehjelp eller hjemmesykepleie danner grunnlaget for kommunens forpliktelser overfor brukeren. Dette er en forutsetning for i det hele tatt å få bistand. Tiltaksplanen er et mer operativt og praktisk redskap for ivaretagelse av lovens intensjon om tjenestekvalitet.² Norsk Forbund for Psykisk

Utviklingshemmede (NFPU) oppfatter tiltaksplanen som en garanti for at en minstestandard blir opprettholdt. Kommuneforbundet og andre fagforbund ser den nærmest som en arbeidsinstruks som kan avklare ansvarsforhold. Mange ansatte oppfatter tiltaksplanene som en trygghet for både dem selv og pasientene/brukerne.

Utgangspunktet er altså gitt i tjenestemottakerens behov og ikke i ressursprioriteringer på tilbudssiden. Den har som nevnt to mål knyttet opp til normaliserings- og integreringsbegrepene. Det første er å bidra til at den enkelte får et privatliv. Det andre målet er å bidra til at den enkelte mottaker kommer ut i samfunnet (eks. barnehage, skole, arbeid, natur/kultur/idrett).

Livskvalitet og levekår

Utviklingen av den åpne omsorgen er basert på en tenkning som legger vekt på subjektive sider ved begrepet *livskvalitet*. Mottaker er ikke primært en pasient som skal gjøres «frisk», men en person som tilbys hjelp til å leve mest mulig normalt i eget hjem og med rett til et privatliv. Når det gjelder innholdet i begreper som *verdighet, rehabilitering, omsorg* og *brukerens eget ansvar* strides henholdsvis profesjonene, brukerinteressene og arbeidsgiversiden både internt og seg i mellom.

Eksempel på skjema for underretning om vedtak. Søknad om hjelp i hjemmet:

Vedtak

Søknad om hjelp i hjemmet i form av innvilges.

Omfang Vedtaket gjelder i perioden

Begrunnelse

I henhold til Lov om sosiale tjenester § 4-3 er kommunene pliktig til å gi hjelp til de «som ikke kan dra omsorg for seg, eller som helt er avhengig av praktisk bistand eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål».

.

Søker anses å være i en slik situasjon at hjelp etter lovens § 4-3 er nødvendig, jfr. § 4-2. Til orientering vedlegges reglene om egenbetaling for sosiale tjenester m.v.

Melding til søker

.

Det gjøres oppmerksom på at søker sin hovedregel, har rett til innsyn i sakens dokumenter, jfr. Forvaltningslovens §§ 18 og 19.

Klage

Dette vedtak kan påklages til Fylkesmannen. Klagens sendes til osv.osv. ...

Søknadsdato:

Vedtaksberettiget: Saksbehandler:

I grunnlaget for Ansvarsreformen inngår også *livskvalitet* forstått som objektive levekår. Ifølge formålsparagrafen skal reformen «bedre og normalisere levekårene for mennesker med psykisk utviklingshemming» (Ot.prp. nr. 49, 1987–88). Eksempler på målbare levekår er boligforhold, dagaktiviteter, privat økonomi, sosiale kontakter, fritidsaktiviteter og graden av selvbestemmelse (Tøssebro, 1995a og 1995b).³ Eksempelene viser at målene for normaliserte tjenester ikke kan nås av pleie- og omsorgsetaten alene, og at det forutsettes tverretattlig innsats.

Normalisering

En vanlig bruk av begrepet *normalisering* knytter an til Bengt Nirjes arbeider. Mennesker med funksjonshemninger skal ha mulighet til en normal livssyklus og en normal døgn-, uke- og årsrytme. En normal livssyklus innebærer kontinuerlig utvikling, og en normal rytme tar utgangspunkt i individet og ikke i organiseringen av institusjonene. Romøren (1995) kaller normalisering (og integrering) for HVPU-reformens utopi. Han påpeker at målene om normalisering er en ideologi som kan inspirere til innsats (eks. kommunal omorganisering), men ikke et verkøy som angir konkrete løsninger. Kristiansen (1994) kaller normaliseringsideologien

Eksempel på skjema for underretning om vedtak. Søknad om hjemmesykepleie:

Vedtak:

Søknad om hjemmesykepleie innvilges.
Omfang Vedtaket gjelder i perioden

Begrunnelse:

I henhold til Lov om helsetjenesten i kommunene § 2–1 har enhver «rett til nødvendig helsehjelp i den kommunen der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg». Jfr. samme lov § 1–3.

.....
.....

Søker anses å være i en slik situasjon at hjemmesykepleie er nødvendig, og at søknaden innvilges etter lovens § 2–1. Hjemmebaserte tjenester kan gi nærmere råd og veiledning.

Melding til søker
.....
.....

Det gjøres oppmerksom på at søker sin hovedregel har rett til innsyn i sakens dokumenter, jfr. Forvaltningslovens §§ 18 og 19.

Klage

Dette vedtak kan påklages til Fylkeslegen. Klagens sendes til osv.osv. ...
Søknadsdato:
Vedtaksberettiget: Saksbehandler:

et nytt paradigme for forståelsen av helse- og sosialarbeid. Det representerer en inkluderende og helhetlig holdning til alle mennesker, uansett utrustning. Begrepet er ment å stå som motsats til et reduksjonistisk, medisinsk menneskesyn som til nå har vært den viktigste premissleverandøren til organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene.

Diskusjonen om helhetlig versus reduksjonistisk menneskesyn, og hva ulike fag- og yrkesgrupper måtte representere, lar vi ligge. Men normaliseringsbegrepet er sentralt og brukes ofte i denne rapporten. Med termen *normaliseringsideologisk organisering* siktes det primært til at tjenesten tar utgangspunkt i den enkelte brukers behov og at den er hjemmebasert. Bruk av institusjon er ikke regelen, men et supplement ved særskilte (temporære eller vedvarende) behov.

Integrering

I sin drøfting av integreringsbegrepet knytter Sandvin an til hva det vil si å være integrert (sml. integritet). Han støtter seg til Børre Nylehn (1992) som skriver at «å være integrert er å være hel og å inngå i en helhet.» Mer organisasjonsteoretisk sagt står det hos Sandvin: «Med integrering vil vi her mene at et element faller på plass innenfor en organisasjon – eller mer generelt et sosialt system – og blir en del av systemet. [...] Alternativet til «integrering» vil være at noe forblir et fremmedelement, noe som ikke inngår i helheten, eller som står på siden av den» (Sandvin 1992).

I Stortingsmelding nummer 23/1978 «Om funksjonshemmede i samfunnet» kan de kanskje viktigste prinsippene for den praktiske politikken oppsummeres i begrepene *sosial* og *organisatorisk integrering*. Med *sosial integrering* forstås: «den enkelte funksjonshemmede skal ha mulighet til i størst mulig grad å etablere den livssituasjonen han ville hatt, dersom han ikke hadde funksjonshemming.» Med *organisatorisk integrering* forstås: «samfunnets vanlige serviceorganer beholder det fulle ansvar overfor alle funksjonshemmede, og skal hver for seg bygge ut de nødvendige spesialiserte tiltak.» (Myrvang 1994). I Stortingsmelding nummer 47, 1989–90, s.26 benyttes *administrativ integrering* som er et mer forvaltningsmessig, avgrenset begrep enn *organisatorisk integrering*.

Omsatt til kommunal virkelighet innebærer administrativ integrering i sin mest ekstreme variant at psykisk utviklingshemmede skal motta hjelp fra den samme hjemmebaserte tjenesten som eldre hjelpetrenende, fysiske funksjonshemmede og alle andre. Psykisk utviklingshemmede skal ikke ha særomsorg, og personalet skal ikke være ansatt for kun å ta seg av denne målgruppen. Det er ikke mange som går inn for en så ekstrem variant av integrering. Selv om de fleste tjenester ikke varierer mer mellom ulike brukergrupper enn at de fleste faglærte og høyskoleutdannede

er i stand til å yte disse, vil en del situasjoner kreve både spesialkompetanse og personlig kjennskap til brukeren.

Sandvin (1992) tar til orde for moderat integrering fordi en rigid administrativ integrering lett kan komme til å gå på bekostning av sosial integrering. Overdreven likhetsbehandling kan føre til usynliggjøring av svake brukergrupper som trenger å bli positivt diskriminert. Kommunene må altså være varsomme for at ikke overdreven integreringsiver går på bekostning av reformens «egentlige» anliggende som er normalisering. Både målene for normalisering og integrering er ambisiøse. De er ofte formulert som intensjoner, med relative krav og formuleringer som «i størst mulig grad». Jo flere som innbefattes, og jo mer konkret en formulerer målene, jo vanskeligere vil det være å bruke begrepene uten å ta forbehold.

Denne tilnærmingen til integreringsbegrepet er typisk for forskning om og arbeid for psykisk utviklingshemmedes levekår. I forskning og arbeider hvor et eldreperspektiv legges til grunn, er normaliseringsbegrepet mer perifert, mens integreringsbegrepet har et annet og langt snevrere innhold.

De fleste tilnærmingene til helsetjenesteforskning tar utgangspunkt i en avgrenset brukergruppe. Forskeren beskriver og drøfter brukergruppens levekår, mens interesseorganisasjonene agiterer for gruppens interesser. Begrepene som brukes (eventuelt kravene) er skreddersydd denne ene gruppen. I denne rapporten velger vi i stedet å ta utgangspunkt i den kommunale organisasjonen som skal yte tjenestene. Når vi så skal anvende begrepene på tvers av de ulike brukergruppens talsmenn (eks. fagfelt, yrkesgrupper, interessegrupper, forvaltningsenheter) oppdager en at de respektive gruppene ikke inkluderer hverandre i det samme begrepet. Sammenlikner en områdene «eldreomsorg» og «tjenester til funksjonshemmede» er den førstnevnte toneangivende, både hva gjelder forskningsinnsats, pressedekning, og praktisk tjenesteorganisering. De fleste opererer innenfor «sin» brukergruppe og definerer begreper som integrering, hjemmesykepleie, hjemmehjelp og omsorgstjenester i henhold til denne. Dette er begreper som skal dekke et bredt spekter av tjenester og brukere. I praksis knytter de aller fleste begrepene seg til hjemmebasert eldreomsorg.

Termene «den lille og den store integrasjon» har fått sin definisjon i NOU 1992:1 «Trygghet – Verdighet – Omsorg». *Den lille integrasjon* sikter til en hjemmetjeneste hvor hjemmesykepleie og hjemmehjelpstjeneste er fullt sammenkoblet med felles ledelse, budsjett og turnus. Når en felles hjemmetjeneste er fullt sammenkoblet med institusjonstjenesten, kalles det for «den store integrasjon». Med institusjonstjeneste siktes det primært til sykehjemmene.

Disse to integrasjonsmodellene utgjør de to første av fire integrasjonsnivåer, gjengitt under fra a) til d) etter stigende integrasjonsgrad:

- a) Hjemmesykepleie + hjemmehjelpstjeneste, eksklusive ansvarsreformens og psykiatireformens målgrupper
- b) Hjemmesykepleie + hjemmehjelpstjeneste + sykehjem, eksklusive reformenes målgrupper
- c) Hjemmesykepleie + hjemmehjelpstjeneste, inklusive ansvarsreformens og psykiatireformens målgrupper
- d) Hjemmesykepleie + hjemmehjelpstjeneste + relevante institusjoner, inklusive reformenes målgrupper

Nivå a) og b) inkluderer ikke psykisk utviklingshemmede og personer med psykiske lidelser, og innebærer dermed en begrenset grad av integrasjon. Nivå d) representerer en total integrasjon av tjenester til alle, men vil selv på sonenivå lett bli uhåndterlig. Den er neppe ønsket verken av brukere/brukerorganisasjonene, de ansatte/yrkesorganisasjonene eller av de tjenesteansvarlige /kommunen.

Gjærevollutvalget behandler i NOU 1992:1 «Trygghet – Verdighet – Omsorg» generelle prinsipper for den kommunale organisering av pleie- og omsorgstjenestene innenfor de rammene som følger av lovgivningen. Utvalget understreker blant annet at:

- det er viktig å få til en bedre integrering – både organisatorisk og holdningsmessig – av de hjemmebaserte tjenestene («den lille integrasjonen»). Samtidig understrekes behovet for en geografisk inndeling av den samlede tjenesten i distrikter der forholdene ligger til rette for det («desentralisert samordning»).
- det bør skje en bedre samordning av den mere institusjonsbaserte og den mere hjemmebaserte tjenesten («den store integrasjonen») til *en* tjeneste, slik at en kan få en mer samlet og fleksibel bruk av de ressursene som går til omsorgstjenesten totalt sett. Tiltak i denne sammenheng kan også her være felles ledelse og budsjett, og framfor alt utvikling av rutiner for en fleksibel bruk av de ansatte i de ulike delene av tjenesteapparatet. Dette må ses i sammenheng med utvalgets forslag om at over tid bør institusjonene erstattes med boliger tilpasset for heldøgns omsorgstjenester. Gjennomføres dette, blir alle omsorgstjenester i hovedsak hjemmebaserte.
- det vil være ønskelig og nødvendig å få et felles lovverk for den kommunale helse- og sosialtjenesten; en felles helse- og sosialtjenestelov.

Disse forslagene fra Gjærevollutvalget er relativt radikale. Om de ikke er representative som mål for dagens praktiske utforming av omsorgstjenestene, gir de et godt bilde av politiske mål basert på normaliseringsideologien. Konklusjonen om å gi

omsorgstjenestene en felles lovgivning, kan oppfattes som en naturlig forlengelse av ønsket om maksimal integrering. Det er for tiden ingen sterke pådrivere for slik lovendring.

Med utgangspunkt i mål om administrativ integrering skal ansatte som yter tjenester til psykisk utviklingshemmede som bor hjemme, oppfattes som en del av de hjemmebaserte tjenestene som utføres til andre hjelpetrengende. Yrkesutøveren er ansatt i «hjemmetjenesten», ikke i «boligen», og den ansatte skal i prinsippet yte tjenester til flere brukergrupper. Vanlig praksis er imidlertid annerledes. Ansatte som primært yter tjenester til en eller flere psykisk utviklingshemmede, er overveiende ansatt i «boligen». Selv om denne «boligen» er en eller flere brukeres private hjem, knytter det seg noe offentlig til begrepet. Boligen er like mye (unødig mye?) en arbeidsplass med egne turnusoppsett og arbeidsrutiner. Videre er ansettelsesforholdet ofte knyttet til arbeidsplassen mer enn til konkrete tjenestefunksjoner. Flere boliger er også lovhjemlet som institusjon på grunn av bistandsbehovets omfattende karakter. Dette har vi tatt konsekvensen av i denne rapporten ved at «bolig for psykisk utviklingshemmet» utgjør et eget tjenesteområde i stedet for å inngå som en del av den øvrige hjemmebaserte omsorgen.

Hjemmet

De aller fleste psykisk utviklingshemmede bor nå enten hjemme med pårørende eller i egne boliger i hjemstedskommunen. Boligen er for noen blitt et *privat hjem* organisert etter den enkelte beboers premisser. For andre er boligen mer *institusjonspreget* hvor hensynet til organiseringen av tjenestene kommer i konflikt med respekten for den enkeltes rett til herredømme over eget hjem/liv. Enkelte bor helt alene, mens de fleste holder til i gruppeboliger eller egne leiligheter i tilknytning til et større eller mindre boligkompleks for flere brukere. Mange beboere har hoveddelen av sitt sosiale liv knyttet til felleslokaler som ofte finnes i boligene. For noen vil boligen være det utgangspunktet for normalisering som den var ment å være, for andre ikke.

Arbeidet innenfor den hjemmebaserte omsorgen foregår i spenningsfeltet mellom to kulturer: det offentlige omsorgsapparatet med sine regler, tradisjoner og ideologier på den ene siden, og hjemmet med dets særegne verdier og handlingsmønstre på den annen (K. Jensen 1992, K. Wærness, 1992). Skal reformen bli noe mer enn en stor flytterreform, forutsettes det at personalet klarer å ta opp i seg de nye faglige normene for omsorgsutøvelse. Hvis ikke vil de lett reproducere institusjonskulturen slik at den tilrettelagte boligen ikke blir det hjem det er ment å være. På den annen side vil yrkesutøveren måtte balansere mellom hvor langt hun eller han kan gå i å handle ut fra privatlivets normer for omsorg og samtidig være profesjonell.⁴

Boligspørsmålet for eldre hjelpetrequende (uten psykiske funksjonshemninger) er noe annerledes. Disse har eller har hatt egen bolig, og har på grunn av et oppstått funksjonstap fått behov for hjelp og et mer tilrettelagt botilbud. Boformene for eldre hjelpetrequende varierer over et stort spekter fra privat bolig via ulike tilrettelagt boformer til sykehjem. Pensjonistforbundet taler sterkt for å oppgradere standarden på institusjoner (sykehjem eller såkalte boligsentre) heller enn å satse på utbygging av hjemmeomsorgen.⁵ Her har de langt på vei støtte av Norsk Sykepleierforbund (Sykepleien 1995/13).

Kommunal tjenesteproduksjon

Siden effektiviseringspresset på kommunen også kan komme til å ha betydning for både arbeidsmiljø og tjenestekvalitet, er det naturlig å peke på noen særtrekk ved kommunen som organisasjon.

Kommunen er for det første en organisasjon som til tider blir styrt av ytre forhold, i vårt tilfelle av en allianse mellom statlige myndigheter og interessegrupper som for eksempel Norsk forbund for psykisk utviklingshemmede. Lokale aktører er politiske og administrative ledere, faglige ledere, personalgrupper og representanter for fagorganisasjoner og brukergrupper. Det eksterne endringspresset er i vårt tilfelle Stortingets ulike vedtak om avinstitusjonalisering og integrerte hjemmetjenester og samordning av både nye brukergrupper og yrkesgrupper. Selv om alle parter er enige om at tjenestemottakers velferd er et felles overordnet mål, og at dette skal realiseres på en økonomisk effektiv måte, vil det kunne oppstå reelle interesse-motsetninger mellom aktørene.

Vi vil betone hvordan politiske vedtak rettet mot tjenestemottaker basert på sosialpolitiske verdier, kan få både positive og negative utfall for arbeidsmiljøet. Arbeidskraften er i normaliseringsperspektiv et redskap for å nå disse målene. Utfordringene med å ta vare på de ansattes interesser kommer (rimeligvis) i annen rekke. Det betyr at eventuelle arbeidsmiljømessige konsekvenser må takles under marsjen, eller i etterkant.

Offentlige og private arbeidsmarkeder

Den tradisjonelle arbeidslivsforskningen har vanligvis rettet seg mot det private arbeidsmarkedet. Forståelsen av det kommunale arbeidsmarkedet er begrenset. På den annen side er det forsket mye på omsorgstjenestenes organisering i et bruker- eller mottakerperspektiv, mens arbeidsmarkeds- og arbeidstakerperspektivet har vært lite fremtredende.

Forskningen omkring Ansvarsreformen har primært vært en form for levekårsforskning. Vi vil forsøke å fortolke reformprosessen i lys av forholdet mellom statlig regulering og velferdspolitik, og det kommunale arbeidsmarkedet. Samtidig fokuserer vi på arbeidsmiljø som et sentralt levekårselement.

Produksjonsforskjeller

Både som produsent av velferdstjenester og som arbeidsmarked skiller offentlig sektor seg vesentlig fra markedsutsatt («privat») sektor. I tillegg kommer en annen dimensjon som lett tilsløres, fordi den sammenfaller så tett med skillet mellom offentlig og privat sektor, nemlig forskjellen mellom personlig sosial tjenesteyting og vareproduksjon. Tjenesteytingen er arbeidsintensiv med små muligheter til teknologisk produktivitetsforbedringer. Den krever mye organisering av selve produksjonsarbeidet, og relasjonene mellom arbeidstaker og kunde (pasient/bruker) er omgitt av helt andre sosiale normer enn relasjonene mellom en vareprodusent og en kunde. Vareproduksjonen rasjonaliseres kontinuerlig, og den blir stadig mindre arbeidsintensiv.

Privat sektor fremstår som effektiv, dynamisk og verdiskapende, mens offentlig virksomhet er preget, eller påstås å være preget, av lav produktivitet, treghet og sløsing med tid og penger. Det sentrale spørsmålet er imidlertid hvor mye av organisasjons- og effektivitetsproblemene i offentlig tjenesteyting som er knyttet til tjenesteytingens natur, og hvor mye som egentlig er en effekt av at det brukes politiske beslutningsprosesser til å fastsette tjenestevolum og sysselsetting. Kravet til effektivisering i kommunenes helse- og sosialarbeid kan nok bare i begrenset grad imøtekommes ved innføring av teknologi.

Sammenlikner vi privat og offentlig tjenesteyting finner vi også en del likheter. Her skal bare nevnes et eksempel: Offentlige arbeidsplasser blir av folk flest oppfattet som trygge og velregulerte. Sammenliknet med avtaleverket som regulerer det private arbeidsmarkedet, har offentlige arbeidstakere formelt god beskyttelse. Derimot har praktiseringen av avtaleverket i mange kommuner vært slik at ansettelsestryggheten kanskje ikke har vært like sterk som mange har antatt (Moland, 1994).

Strategier for tilpasning og endring

I privat sektor endres betingelsene for organisasjonene og deres strategier av markedsdrevne endringer utenfor aktørenes direkte kontroll. For offentlig sektor er analogien endringer i virkemåten i det politiske systemet, i valgernes preferanser, og i de erfaringene brukerne gjør med de velferdsstatlige tjenestene. For eksempel er det et vanlig fenomen at lønnstakergrupper i offentlig sektor mobiliserer brukerne av de tjenestene de yter, for å presse motparten til innrømmelser. Noe tilsvarende

er langt vanskeligere for ansatte i privat sektor. Slike forhold gjør at premissene for organisasjonenes strategier blir annerledes.

I kommunal virksomhet kan endringer skje som følge av systemeksterne pålegg. Fagfolk, interesseorganisasjoner og departement utformer forslag til en bestemt helse- og omsorgspolitik. Disse legges frem for Stortinget, vedtas og blir myndighetenes offisielle politikk. Den politiske beslutningen retter seg mot en bestemt gruppe av befolkningens velferdsbehov. I tilfellet med Ansvarsreformen, fører den velferdspolitiske beslutningen til kraftige endringer i kommunenes administrative apparat, nedbygging av institusjoner, flytting av mange mennesker, nye boliger i kommunene, nye tjenester m.m. Innholdet i tjenestetilbudet skal endres og bli mindre standardisert og mer individualisert; altså i tråd med vanlige reaksjoner på en for rigid og byråkratisk velferdsstat.

Volumet av kommunal tjenesteyting vokser fortsatt betydelig. Situasjonen er imidlertid annerledes enn tidligere da veksten ikke nødvendigvis gikk på bekostning av etablerte fag og posisjoner. I dag stiller den nye delen av velferdspolitikken så nye og store krav til tjenesteinnholdet at det får omfattende konsekvenser for alle aktørene, inkludert de utøvende tjenesteyterne. Ikke minst står vi overfor en situasjon hvor etablerte profesjonstradisjoner utfordres. Både faglige verdier, kunnskaper og roller vil måtte endres. Dette er dels et «profesjonsinternt» anliggende. Men samtidig skjer en forrykking av etablerte posisjoner mellom tunge aktører, hvilket gjør det kommunale utviklingsarbeidet spesielt krevende.

I denne spenningen mellom a) lovpålagte ytelseskrav, b) et bedriftsøkonomisk krav til budsjettbalanse, c) faglige mål og hensynet til bruker og d) arbeidstakers legitime behov og krav, står både arbeidsgiverne og arbeidstakerorganisasjonene overfor utfordringer som ikke lar seg løse med gamle forhandlingsmodeller alene.

Levekår som sosialt og økonomisk utfall

Et vesentlig aspekt ved levekår er individenes oppfatninger av sin velferd. At disse oppfatningene er en funksjon av den faktiske materielle og sosiale situasjonen de befinner seg i, er velkjent. Sagt på en annen måte er den livskvaliteten individene opplever, betinget av deres ønskemål med livet, og avstanden mellom disse forventningene og mulighetene til å realisere dem er viktig. (Dette kan også forklare eventuelle ulikheter mellom yrkesgruppers vurdering av arbeidsbelastninger og tjenestetkvalitet når de er stilt overfor samme type situasjon.)

Nettopp sammenhengene mellom individuell velferd og det vi kunne kalle individenes mulighetsrom for å forfølge egne interesser, er av stor betydning. Mye av misnøyen i Norge både med velferdsstaten og de store organisasjonenes strategier er at de frembringer standardiserte og ofte tvungne løsninger. Kanskje har vi i så utviklede land som Norge kommet til en situasjon hvor for eksempel individenes valg av hvordan de vil tilfredsstille sine sosialforsikringsbehov, og hvilken adferd de

ønsker å forfølge i arbeidsmarkedet, setter for strenge grenser for de valgmulighetene individene har.

I dagens omsorgsideologier står normaliseringsbegrepet sentralt. Normalisering er noe som skal komme spesielt utsatte grupper til del. Her har vi presentert noen betraktninger som aksentuerer normalisering som et allment behov etter flere tiår med sentraliserte standardløsninger, stordrift og en byråkratisk-administrativ behovs- og kriterietenkning.

Vår velferdsstatsmodell ble historisk tuftet på to viktige forutsetninger på mikronivå, nemlig «normalarbeidsdagen» og «normalekteskapet». Begge disse forutsetningene er kraftig forvitret og erstattes av fleksible løsninger mer tilpasset livsfaser og individuelle preferanser. Samtidig er våre økonomier og befolkninger materielt sett rikere enn noen gang før, slik at både staten og organisasjonene står over for en befolkning og en medlemsmasse som nok er mer mangfoldig. Tiden skulle altså være moden for å gi normaliseringsideologiens krav om individualiserte tjenester og normale levekår til *hele befolkningen*, også funksjonshemmede.

Noter

¹ Ot.prp. nr. 49, 1987–88 Midlertidig lov om avvikling av institusjoner og kontrakter om privat-pleie under det fylkeskommunale helsevesenet for psykisk utviklingshemmede:

§ 1A «... bedre og normalisere levekårene for mennesker med psykisk utviklingshemming.»

§ 1B «... legge forholdene til rette for at personer med psykisk utviklingshemming så langt som mulig kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.»

St.meld. nr. 34, 1988–89 Om boligpolitikk for 1990-åra:

«Et overordnet mål i helse- og sosialpolitikken er at bl.a. funksjonshemmede og eldre i større grad skal gis mulighet til å bo i egnede boliger med et omsorgs- og helsetilbud der hjemmebaserte tjenester er hjørnesteinen.»

Begge disse har sitt grunnlag fra Ot.prp. nr. 36, 1980-81 Om lov om helsetjenesten i kommunene og Ot.prp. nr. 48, 1985-86 Om lov om endringer i [...] lov om helsetjenesten i kommunene og i andre lover.

² Utkast til rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene fra Sosial- og helsedepartementet (1996) med anbefalinger om å utarbeide tiltaksprosedyrer:

§ 4 i Forslag til ny Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter Lov av 19.november 1982 nr 66 om helsetjenestene i kommunene «skal kommunen etablere tiltak og et system av prosedyrer som sikrer at:

- tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid
- det gis et helhetlig og samordnet tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten

- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, tas med på råd ved utforming eller endring av tjenestetilbudet.»

For å løse de oppgavene som er nevnt foran, skal kommunen utarbeide skriftlig nedfelte prosedyrer som sikrer at brukere av pleie- og omsorgstjenester blant annet får

- «• oppleve trygghet i forhold til tjenestetilbudet i størst mulig grad
- mulighet til selv å ivareta sin egenomsorg
- tilstrekkelig næring, variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- følge en naturlig døgnrytme og unngå uønsket og unødige sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv, dag og natt.»

Omtrent samme ordlyd er å finne i Retningslinjer om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter Lov om sosiale tjenester av 13. desember 1991 nr. 81

³ Tøssebro mener reformen har bedret levekårene for gruppen sett under ett. Myrvang (1994) sammenlikner levekårene for en større gruppe funksjonshemmede med levekårene i befolkningen for øvrig og påpeker at «de funksjonshemmede sakker akterut».

⁴ Ifølge en undersøkelse fra Lillehammer (Rønning 1994), legger eldre mottakere av hjemmeomsorg større vekt på innslag av «privat» eller uformell omsorg enn på profesjonell omsorg slik omsorgsarbeideren lærer opp til. Problemet er ikke helt nytt. Det er tatt opp av Fellesorganisasjonen og reflekteres også i litteratur i den tidligere så institusjonsorienterte vernepleierutdanningen (eks. Bjørnebekk og Tronvold 1990, og Garnes og Pettersen 1992).

⁵ I en situasjon hvor hjemmeomsorgen ikke har tilstrekkelig ressurser og manglende tillit hos «de fleste», kan de eldres «valg» litt slagordmessig uttrykkes som: «Heller trygghet enn verdighet!»

Kapittel 3 Normaliseringsideologisk organisering og arbeidsmiljø

I det følgende gjennomgår vi noe av dokumentasjonen om hvordan kommunene arbeider med å organisere helse- og sosialtjenestene for å møte reformenes krav til administrativ integrering.

Vi studerer kommunen som en organisasjon som utsettes for et eksternt endringspress (en Stortingsvedtatt reform). På kort tid skal ledere og ansatte enes om en fortolkning av reformens mål og organisasjonsinterne konsekvenser av en lokal iverksettelse. Omstilling i en så sammensatt organisasjon som en kommune, med mange og ulike interesser og med dypt innarbeidede fagtradisjoner er i seg selv meget krevende. Når endringspresset i tillegg er initiert eksternt og implementeringsfasen er kort, øker utfordringen til partene ytterligere.

En stor og sammensatt organisasjon vil alltid ha et minimum av arbeidsmiljøproblemer, om ikke annet så på grunn av kommunikasjonsproblemer og generell slitasje. Omstilling vil i seg selv sette arbeidsmiljøet på prøve, særlig i eldre organisasjoner. Så når en støter på bestemte problemer, og skal tolke dem i lys av bestemte omsorgsideologier, bør en være varsom med å forklare problemet som en nødvendig følge av den bestemte ideologien.

Vår tilnærming til kommunenes omorganisering er Ansvarsreformens henstilling om normalisering og administrativ integrering. Det vil si at tjenestene til bestemte brukergrupper skal integreres i det allmenne tjenestetilbudet i kommunen. Det er i utgangspunktet opp til kommunene å finne den mest hensiktsmessige organiseringen av de ulike hjemmetjenestene, men Sosial- og helsedepartementet presiserer hva som oppfattes som ønskelig organisering. Hjemmetjenestene til eksempelvis de psykisk utviklingshemmede skal innlemmes i kommunens øvrige hjemmetjenester (St.meld. nr. 47, 1989-90). Kanskje enda klarere sies det i et rundskriv fra Sosialdepartementet i forbindelse med avviklingen av HVPU:

«Det bør ikke bygges opp en ny kommunal særomsorg [...] For å få en mest mulig effektiv og fleksibel utnyttelse av de samlede ressursene, må tjenester i hjemmet til den enkelte person med psykisk utviklingshemming organiseres som en del av det vanlige hjelpeapparatet i kommunen. Det må ikke bygges opp et eget organisatorisk ledd for mennesker med psykisk utviklingshemming.» (Rundskriv I-17/90)

Det har vært en del forskning omkring forholdet mellom tjenesteorganisering og brukerinteresser. I 1991 iverksatte Norges Forskningsråd (opprinnelig NORAS) et delprogram for å evaluere reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming. Dette ble avsluttet i 1995. I alt ble 14 prosjekter igangsatt. Romøren (1995), Tøssebro (1995a og 1995b) og andre har primært fokusert på reformenes konsekvenser for brukerne. Det har vært forsket mindre på reformenes konsekvenser for arbeidsmiljøet. Nærmest kommer Jan Andersen (1995), Næss og Wærness (1994, 1995) og Wuttudal (1995). Disse har imidlertid fokusert mer på organisering enn på arbeidsmiljø (særlig Andersen og Wuttudal). Harsheim og Sandvin (1991) har benyttet utfordringene som ligger i Ansvarsreformen som eksempel for å belyse kommunale organisasjoners endringsforløp og endringskapasitet.

Integrerte og segregerte modeller

Jan Andersen (1995) har analysert omorganiseringsarbeidet i åtte kommuner i årene 1991-93. Han skiller mellom kommuner som har organisert størstedelen av helse- og sosialtjenestene til psykisk utviklingshemmede som en egen organisatorisk enhet, og kommuner som ikke har det. Dermed får han to hovedmodeller som kalles henholdsvis «den integrerte» og «den segregerte». Han fant at de fleste kommunene i 1990 planla sin nye omsorgstjeneste ut fra en segregert hovedmodell, mens flertallet etter hvert ender opp med en versjon av den integrerte modellen. Hjemmetjenestenes tilknytning til pleie- og omsorgsavdelingen er den dominerende modellen. Selv om hjemmetjenestene for psykisk utviklingshemmede er lagt inn under kommunens ordinære pleie- og omsorgsapparat, innebærer ikke det nødvendigvis en reell integrering med hjemmetjenestene for eldre hjelpetrequende, funksjonshemmede og andre med hjelpebehov. Det praktiseres snarere et ganske klart skille, hvor det ene kalles boveiledertjeneste, mens betegnelsen «hjemmehjelpstjeneste» i hovedsak er tilordnet de eldre. Andersens konklusjon er at selv om kommunene har valgt en modell som på etatsnivå formelt integrerer alle hjemmehjelpstjenestene, er tjenestene på avdelingsnivå og mer operativt ikke integrert.

Ressurssenter for omsorgstjenester er en stiftelse som eies av sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund. Ressurssenteret gir råd til kommunene om hvordan de lokalt kan utvikle en organisasjon som er tilpasset intensjonene om integrering og normalisering. Senterets konsulenter reiser rundt til landets kommuner og lærer dem å «ta brukeren på alvor» og «sette brukeren i sentrum». Tjenesten skal ikke lenger være passiviserende og «snill». Det skal stilles krav og forventninger til brukers selvoppholdelsesdrift. Nesten alle konsulentrapportene inneholder en modell med begreper og kjennetegn på en henholdsvis *gammeldags* og *moderne* omsorgstjeneste. Den første er institusjonsbasert og passiviserende,

fundert på et medisinsk og reduksjonistisk menneskesyn. Den andre er hjemmebasert og aktiviserende, fundert på et helhetlig menneskesyn

I en av sine konsulentrapporter skriver Ressurssenter for Omsorgstjenester: «Erfaring viser at tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming organiseres som egne tjenester på siden av tjenestetilbudet til innbyggerne for øvrig. Dette medfører at tjenester ikke utvikles i tråd med de oppgaver kommunen pålegges. [...] De fleste kommuner har eget personale som kun yter hjemmetjenester overfor mennesker med psykisk utviklingshemming [...]» (Ressurssenter for Omsorgstjenester, 1995).

Ressurssenteret konkluderer med at «... i de fleste kommunene er tiltakene til mennesker med psykisk utviklingshemming etablert som særomsorg [...] stikk i strid med reformens intensjoner.» (Årsmeldingen 1994, s.5).

Normalisering, integrering og tverrfaglighet

Flere forskere har påpekt at formell, administrativ integrering ikke behøver å føre til normalisering eller reell integrering av tjenester eller personer (eks. Sandvin 1992, Andersen 1995). I arbeidet med å gjennomføre administrativ, faglig og personalmessig integrering – enten det oppfattes som mål i seg selv eller som virkemidler for å nå brukerbegrunnede tjenestemål – har kommunene valgt forskjellige opplegg. Ikke alle kommuner arbeider for å innføre alle disse formene for integrering. Kommunene har stort sett fulgt opp utfordringen med å overføre tjenester fra institusjon til mindre boligsentre og privathjem. Hjemmetjenestene er utvilsomt i vekst. Men administrativ, faglig og personalmessig integrering, og integrering av brukergrupper som tidligere fikk «særomsorg», er kommet kort. Mange kommuner som arbeider for å realisere intensjonene om normalisering, gjør det uten å følge opp departementets ønsker om full integrering.

De fleste kommunene har som nevnt organisert hjemmetjenestene for psykisk utviklingshemmede under pleie- og omsorgssjefen, og kan formelt sies å ha gjennomført administrativ integrering. Det kan variere hvorvidt pleie og omsorg er en egen etat, eller sorterer under en sosialetat, en helseetat eller en helse- og sosialetat. Noen få kommuner har lagt disse tjenestene under sosialsjefen. Tanken er at den hjelpen flertallet av psykisk utviklingshemmede trenger, er basert på vedtak om hjemmehjelp i henhold til sosialtjenesteloven, og ikke på vedtak om hjemmesykepleie i henhold til helsetjenesteloven. Søndre Land kommune har valgt denne organiseringen som oppfattes som «original og spennende» av de fleste aktørene på feltet. Også andre kommuner har etter hvert begynt å tenke i samme bane.

Norsk Forbund for Psykisk Utviklingshemmede (NFPU) har vært aktive pådrivere i arbeidet med Ansvarsreformen, både lokalt og sentralt. En kommune som har arbeidet for å sette forbundets ideologi ut i live, er Meland kommune.

Utgangspunktet for Melands organisering er faglig og verdibasert; psykisk utviklingshemmede har de samme livsbehovene som alle andre. Derfor må elementære menneskerettigheter, slik de er formulert i normaliseringsideologien, også gjelde dem.

Meland kommune er kjent for å ha kommet langt med integreringen helt ned på tjenesteutøver- og brukerplanet (R.B. Jensen 1995). Kommunen har utviklet en egen Arbeidslagsmodell. Arbeidslagene er organisert med sikte på å begrense antall miljøarbeidere hver bruker må forholde seg til.⁴ Miljøarbeideren settes til annet arbeid mens brukeren er på skole, arbeid eller annen dagaktivitet. Andre kommuner har utviklet lignende arbeidslagsmodeller.

Samarbeid og tverrfaglighet

Tverrfaglig samarbeid har lenge vært fremholdt som et viktig virkemiddel for kvalitet og effektivitet. Med normalisering og integrering som ideologiske nøkkelord, blir samarbeid mellom faggruppene i (og utenfor) hjemmetjenesten enda viktigere enn før. Manglende tverrfaglig samarbeid i hjemmesykepleien, sosialtjenesten og de øvrige omsorgstjenestene kan føre til mistenkeliggjøring, rivalisering og uvitenhet om andre gruppers innsats. Slike problemer er kanskje blant de største hindringene for å få til full integrering.

Jan Andersen (1995) er inne på en annen type samarbeidsproblem når han beskriver ulike motiver for å påvirke organisasjonsprosessen i kommunen. Han deler ledere og ansatte i to grupper. Den ene kaller han for «vokterne». Disse er opptatt av kommunens økonomi. Her er budsjettstyring den sentrale faktoren i arbeidet for kommunens utvikling. «Forkjemperne» er langt mer sektorfaglige og virksomhetsorienterte. På reformspørsmålet er «Vokterne» mest positive til integrering, utfra antakelser om at dette gir den beste ressursutnyttelsen. «Forkjemperne» er negative til reell integrering av frykt for å bli assimilert av den tyngre og «sykepleiefagligdominerte» eldreomsorgen. Ulike faggrupper knytter seg til sine snevre bruker- og interessegrupper, og er mest opptatt av å beskytte sine revir. Det utvikles en faglig isolasjon uten øye for helheten i reformen. Dette hindrer en reell integrasjon. Andersen konstaterer at reformiveren og vilje til tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning etter noen år er sluknet: «de mer nyskapende elementene i begynnelsen av reformarbeidet – med helhetstenkning ut fra brukernes behov og samarbeid på tvers av etater, langt på vei synes å være borte» (Andersen, 1995).

Når tverrfaglig samarbeid i dag diskuteres, har det lett for å bli en diskusjon om samarbeid mellom sykepleierne og vernepleierne med sine respektive fagtradisjoner. Hjelpepleierne og hjemmehjelperne trekkes også til en viss grad inn. Tverrfaglighet i helse- og sosialsektoren har vært diskutert i flere tiår, og lenge før vi fikk dagens normaliseringsideologiske reformer. Overordnede politiske og administrative

myndigheter har tatt til orde for samordning av tjenester, mens dette mer lokalt har blitt oppfattet som utidig innblanding i etatens arbeidsoppgaver og som en uønsket innblanding i deres autonomi. Etter hvert fikk vi en rekke nye profesjoner (eks. fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, barnevernspedagoger, vernepleiere) samtidig som mer etablerte yrkesgrupper som medisinerne og sykepleierne gjennomgikk en intern differensiering/spesialisering (Hofoss 1980). Profesjonenes ekspansjon skapte også relativt selvstendige aktører i det lokale hjelpeapparatet og førte til at dette virket mer oppdelt, fragmentert og ukoordinert enn forutsatt av overordnede myndigheter (Terum 1982).

I «Samordning under lupen» (R. Andersen (red.) 1992) diskuteres det i flere artikler, fordeler og ulemper med ulike grader av samordning innen helse- og sosialtjenesten. Rønning (1992) diskuterer samordning i lys av henholdsvis rasjonelle, politiske og anarkiske beslutningsmodeller, og viser hvor forskjellig forståelsen av samordningsproblemer er for ulike aktørgrupper avhengig av hvilket perspektiv som legges til grunn. Han konkluderer med at *måten* samordningen gjennomføres, på er viktigere enn *graden* av samordning. Profesjonene oppfattes som (ofte legitime) bremseklosser for videre samordning. Men mye av de faglige begrunnelsene mot samordning forklares i at utdanningssystemet ikke klarer å fornye seg i takt med behovene i helse- og sosialtjenesten.

I forbindelse med et prosjekt om kommunens kompetansebehov og om utdanningen av barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere, ble en rekke helse- og sosialsjefer intervjuet (Midtsundstad 1994 b). Her ble også sosialkontorene tatt med i vurderingen av det tverrfaglige samarbeidet. Gjennomgående kritiseres hver av yrkesgruppene for sneversynthet både angående faglige perspektiver, i samarbeidsforståelse og definering av egne oppgaver. Under tar vi med to sitater hvor lederne beskriver problemene omkring de ansattes mangelfulle kjennskap til kollegenes kompetanse og uklare ansvars- og samarbeidskriterier.

«Yrkesutøvere fra alle de tre profesjonsgruppene har lett for å bli nærsynte og snevre sektorutøvere. De har problemer med å se totalen i det de gjør. Jeg tror denne sneversyntheten dels skyldes måten arbeidet er organisert på i kommunene, og dels trekk ved utdanningen.» (Helse- og sosialsjef)

«Samarbeidet er bra. Revirproblematikken er lite fremtredende. Vi har derimot et annet problem: De skyver fra seg oppgaver som ingen vil ha. Det kan for eksempel være slik at vernepleieren ikke vil ta ansvaret for at en PU-klient ikke får støttekontakt med henvisning til at dette er et vedtak sosialkontoret må fatte. Sosionomen på sin side sier at vedkommende er en PU-klient hun ikke kjenner til. Vedkommende tilhører jo PU-sektoren og er dermed vernepleiers ansvar.» (Helse- og sosialsjef)

Mangelfulle kunnskaper om kollegaenes arbeide og kompetanse gjelder flere faggrupper enn sosionomene, som er nevnt i sitatet. Det gjelder ikke bare mellom enkelte kollegaer, men også mellom etatene (Egeland 1992).

De samme helse- og sosialsjefene påpekte også usikkerhet hos enkelte faggrupper, som følge av kompetansesvikt. Det siste begrunnes med at utdanningen ikke er tilpasset endringene i kommunen; endringer som gjerne er knyttet til tverrfaglighet og mer fleksibel bruk av personer med ulik utdanning.

Wuttudal (1995) har analysert vanskeligheter kommunene møter, når de forsøker å følge opp intensjonene om full integrering. Hun spør hvorfor en reell integrering i den ordinære hjemmetjenesten heller er unntaket enn regelen? Hvorfor opprettes særtjenester når intensjonene i reformen er integrering? Og hvorfor er en organisasjonsmessig integrering så vanskelig å gjennomføre i praksis?

Hun peker på en rekke momenter. For vårt prosjekt er belysningen av noen av de vanskelighetene *tjenesteyterne* opplevde i en kommune som forsøkte å gjennomføre full integrering av spesiell interesse. Wuttudal kom inn i kommunen akkurat på det tidspunktet miljøarbeiderne⁵ ble integrert i den ordinære hjemmetjenesten under ledelse av sykepleiesjefen. Etter en tid dukket problemene opp. Hvem skulle gjøre hva, hvem skulle bestemme og hvordan skulle avgjørelsene begrunnes? Den nye organisasjonen skulle integrere både personer (ansatte), perspektiver (faglig ståsted og verdier) og tiltak (oppgaver og handling). Kompetansestrid oppsto, ikke bare mellom profesjonene, men også mellom ledere og ansatte. Ikke alle kunne godta en sykepleier som faglig leder for en miljøarbeider. Videre snakket de ulike tjenesteyterne om «våre» og «deres» brukere. De ansatte betegnet selv dette som uttrykk for møtet mellom to ulike kulturer. Tar vi med hjemmehjelpene i dette bildet kan vi snakke om i alle fall tre kulturer. Wuttudal trekker også frem andre forhold som skaper grobunn for konflikter, blant annet ulikt syn på hva som er rimelig ressursfordeling mellom gruppene, og på ulike holdninger til tidsbruk. Selv om sykepleierutdanningen legger stor vekt på at sykepleieren som skal se «hele mennesket», oppfattes de av miljøarbeiderne å stå for et «reduksjonistisk» pasientsyn hvor de tekniske sidene ved arbeidet tillegges størst vekt.

Dette er omtrent den samme kritikken som mange sykepleiere fremfører mot legene. Det er rimelig at møtet mellom ulike kulturer hvor de ansatte mener at deres gruppe vet best, lett skaper gjensidig mistillit. Dette skaper grobunn for et arbeidsmiljø preget av misstemning, dårlig samarbeid og lite faglig anerkjennelse kollegaene i mellom; med andre ord en rekke forhold som skaper psykiske arbeidsmiljøbelastninger.

Ifølge Wuttudal oppstår det et grunnleggende problem når miljøarbeiderne skal underordnes den tradisjonelle hjemmetjenesten. Det er ikke to fagtradisjoner som går sammen om å utvikle en helt ny tjeneste, bygget på deres felles grunnlag.

Istedenfor integrering av likeverdige aktører, foregår det en assimilering, hvor den ene «sluker» den andre.

Dette skulle i forlengelsen av Wuttudals erfaringer bety, litt spissformulert, at problemet ikke er engstelige og bakstreverske miljøarbeidere som boikotter reformens utviklingskrav. Problemet ligger snarere hos den sykepleierledede hjemmetjenesten som ikke har forstått at kravene til endring og fornyelse også gjelder dem. Enkelte av disse vanskene kan nok koples til strategier fra profesjonene. Men en eventuell «profesjonskamp» gir ingen forklaring. Det er snarere noe som må forklares.

Gir desentralisert omsorg også mindre omsorg?

Kari Wærness har ved flere anledninger, kommet med kritiske momenter til dagens desentraliserte og brukerorienterte helse- og sosialpolitikk. Selv om de politiske målene blant annet er større nærhet mellom hjelpeapparatet og brukerne, og økt fleksibilitet, hevder hun at det egentlig er det motsatte som skjer (Wærness, 1991).

Hun mener den hjemmebaserte omsorgen i løpet av 80-årene er blitt «industrialisert». Det vil si at den er preget av standardisering, kollektivisering, byråkrati og rutiner. Dermed blir mulighetene for både tjenesteyter og pasient/bruker til å påvirke tjenesten ut i fra individuelle behov, redusert.

Enkelte som arbeider i omsorgssektoren vil nok kjenne igjen noe av beskrivelsen, andre vil ikke gjøre det. Dersom Wærness har rett, er det et viktig spørsmål om det hun beskriver som tingliggjøring eller «industrialisering» eventuelt kan begrunnes med inntog av nye omsorgsideologier eller som utslag av økonomisk knapphet. I den grad dette er utbredt, er det i strid med tankegangen som ligger bak begrepene normalisering, livskvalitet og integrering. Ikke minst er det i strid med tesen om at tjenestetilbudet skal ta utgangspunkt i den enkeltes individuelle og konkrete behov.

Wærness beklager at hjemmehjelpsarbeidet går fra å være halvt privat og individuelt arbeid til offentlig, organisert gruppearbeid. Dermed må hjemmehjelpene gis normale arbeidstakerrettigheter og de må samarbeide med andre yrkesutøvere. Den tradisjonelle husmorkompetansen og normgrunnlaget for uformelle relasjoner svekkes. Hun stiller spørsmål ved hvilke konsekvenser dette kan få for kostnader og kvalitet. I tillegg spør hun om en profesjonalisering av den åpne omsorgen vil fremme avpersonifisering og umyndiggjøring, slik institusjonsomsorgen kritiseres for.

Her har vi trolig med to parallelle prosesser å gjøre, med henholdsvis økonomiske og ideologiske mål. Tidspress og ressursbegrensninger vil trekke i retning av å redusere tjenestemengden per bruker. «Luksusbehov» må prioriteres bort. Tjenesteyteren rekker bare å «feie over» det aller nødvendigste. Brukeren reduseres

fra «helt menneske» til innehaver av et avgrenset problem som gis en «teknisk» løsning. På den annen side vil økonomiske begrunnelser med krav til effektivitet kunne føre til at hjemmehjelperens oppgaver utvides, slik at antall tjenesteytere per bruker kan reduseres.

I kommuner som har kommet et stykke på vei i normaliseringsarbeidet vil en også kunne finne mange eksempler på det motsatte av det Wærness legger frem. Spørsmålet Wærness stiller i sin artikkel, vil få ulikt svar avhengig av hvilke brukergrupper en trekker frem som eksempler. Spørsmålet om effektivitetspress og rasjonalisering av tjenestetilbudene er omsorgsideologisk begrunnet, følges opp under gjennomgangen av arbeidsmiljøforskningen.

I rapporten «Fra pasient til bruker» analyserer Sturle Næss og Kari Wærness (1995) resultatene av «den nye omsorgsmodellen» slik den er iverksatt i Hurum kommune. Næss og Wærness slår fast at det nye idealet for organisering av hjemmetjenesten først og fremst er ideologisk begrunnet. Om kommunene har trodd at økt satsing på hjemmetjenester og nedbygging av institusjoner skulle være økonomisk besparende, har de ifølge Næss og Wærness, tatt (kraftig) feil. Ankepunktene til Næss og Wærness mot en modell som satser så sterkt på hjemmebaserte tjenester er flere, og de fleste retter seg mot økt ressursbruk og redusert tjenestekvalitet:

1. Modellen blir ofte urettmessig oppfattet som mer økonomisk effektiv enn den tradisjonelle institusjonsomsorgen. Nødvendig mer tid (sammenliknet med institusjonsdrift) til kommunikasjon og transport går på bekostning av pleie- og omsorgsoppgavene.
2. Modellens *brukere* kommer ut med svelkede rettigheter sammenliknet med hva de ville ha hatt som *pasienter*. Dernest fører brukermedvirkningen til økt risiko for at det «å rope høyest» får større vekt ved tjenestetildeling enn rent faglige kriterier.
3. Modellens styrke er dens vekt på rehabilitering. Dette blir samtidig en svakhet når den utidig praktiseres på eldre som kun ønsker en rolig nedtrapping i alderdommen

I ankepunkt 2. koples brukerbegrepet til sosialtjenesteloven og pasientbegrepet til helsetjenesteloven. Mens blant annet representanter for Søndre Land kommune mener at sosialtjenesteloven gir best brukerbeskyttelse, mener altså Næss og Wærness at helsetjenesteloven er best. I prinsippet er det arten av hjelpebehov og ikke organisasjonsformen som skal avgjøre hvilken lov som legges til grunn for tjenestevedtaket. Næss og Wærness mener at risikoen for at «den som roper høyest» skal få de beste tjenestene øker med økt brukermedvirkning. Om dette er riktig, er det en sterk kritikk mot den faglige vurderingen som ligger til grunn for tjenestevedtakene, men ikke nødvendigvis en kritikk mot normalisering som tjenesteprinsipp.

Ankepunkt 3. er en viktig påpeking av at selv om normalisering er et ledende prinsipp for tjenesteytingen, så må rehabiliteringstilbudet ytes ut fra individuelle behov.

Næss og Wærness trekker også inn arbeidsmiljøspørsmålene og mener i hovedsak at Hurums organisasjonsmodell med sterk vekt på de hjemmebaserte tjenestene, stiller for store krav til de ansatte. Omstillingsprosessen er i seg selv en arbeidsmiljøbelastning med til dels store omstillingskrav for de ansatte, mens selve modellen forsterker arbeidspresset på de ansatte, samtidig som den stiller økte krav til kommunens kompetanse i alle ledd. Dette gjelder både faglig innsikt og bredde, og evne til ledelse, kommunikasjon og samarbeid. Samtidig fører praksis (mindre tid på hver bruker) til at det faglige nivået blir senket.

Rapporten kan oppfattes som en grunnleggende kritikk av hele den nasjonale omsorgsideologien, og vakte en viss storm da den kom (se for eksempel Sykepleien 13/1995). Uansett gir deres rapport den kanskje mest helhetlige fremstillingen av forholdet mellom reformideologi, organisering, endringsprosess, personalspørsmål og økonomi.

Uklarhet og kommunikasjon

Uklar kommunikasjon mellom ledere og ansatte er et problem som tas opp i både forsknings- og konsulentrapporter og i lærebøker. Dette gjelder både der tema er arbeidsmiljø, organisasjonsutvikling, ledelsesteori eller økonomi.

Hellesøy (1991) skriver følgende om ledelse:

«Å lede er å kommunisere og støtte slik at innsats, trivsel og måloppnåelse blir resultat. Manglende målbevissthet og svak beslutningsdyktighet hos ledelsen kan medføre rot, frustrasjon og ineffektivitet. Manglende menneskekunnskap og dårlig utviklet evne til å kommunisere kan imidlertid skape utrygghet, forvirring, konflikter og stress, med alle de følger for trivsel, helse og pålitelighet som dette kan ha.»

Disse linjene fra Hellesøy beskriver i generelle ordelag den kritikken Ressurssenter for Omsorgstjenester gir av kommunenes ledelse og organisering av den åpne omsorgen.⁷ Usikkerhet blant de ansatte som følge av mangelfull informasjon, fører ikke bare til personlige belastninger for den enkelte ansatte. Det fører også lett til at de ansatte motsetter seg endringer og slik kan fremstå som utviklingsfiendtlige, uavhengig av hva som måtte være deres objektive interesser. I Hurum kommune forklarer ledelsen en del av de ansattes endringsmotstand med at «...det trolig var manglende konkretisering som gjorde at så mange var negative til endringene, og at det

har sammenheng med at ledelsen ikke var så klar ideologisk som i dag» (Næss og Wærness, 1995).

Behovet for klart definerte oppgaver øker nedover i systemet. Dette er forhold som krever spesielt stor oppmerksomhet i endringsprosesser. Kommunikasjonsrutiner og formelle samarbeidsformer er imidlertid ikke nok, dersom det ikke er klarhet og enighet i hvorfor og hva som skal kommuniseres.

Problemene som både Næss/Wærness og Wuttudal påpeker, oppstår lett når organisasjoner skal fusjoneres og ulike organisasjonskulturer skal smeltes sammen. Dette er kjent fra organisasjonssosiologisk litteratur som beskriver hvordan kulturer opprettholdes og endres, og hvor viktig styring gjennom (og ikke på tvers av) kultur og normer er. (Eksempler finner man hos Abrahamsson 1986, Mintzberg 1983, Deal/Kennedy 1985 og Schein 1987.) Informasjon og dialog blir i praksis undervurdert der endringsinitiativ kommer fra ledelsen. Integrasjonsproblemene i kommunene forsterkes ytterligere av at endringskravene er pålagt utenfra.

Noter

¹ I en undersøkelse blant 33 tidligere vertskommuner (for HVPU-institusjon) i 1993 oppga 33 prosent at tiltakene for psykisk utviklingshemmede var organisert som egen enhet i kommunen. Bare 12 prosent kunne bekrefte at det i hovedsak var personell fra de vanlige hjemmetjenestene som utførte tjenester i hjemmene til psykisk utviklingshemmede. 58 prosent oppgav at disse tjenestene i hovedsak ble utført av særlig ansatt personell. (Vetvik og Hem, 1994)

² Søndre Land er en tidligere «vertskommune». Det vil si at en av de tidligere HVPU-institusjonene var plassert her. Institusjonen er avviklet og flertallet av de tidligere beboerne har flyttet til sine hjemkommuner. En del er likevel blitt boende i Søndre Land, slik at kommunen har langt flere psykisk utviklingshemmede innbyggere enn kommunens størrelse skulle tilsi. Kommunen mener (i motsetning til Næss/Wærness) at sosialtjenesteloven gir bedre *brukerbeskyttelse* enn den *pasientbeskyttelsen* som gis i tjenesteloven. I §4 er det formulert at enhver som ikke kan ta hånd om seg selv, har krav på tjenester. Kommunen har erfart at det er lettere for brukeren å få medhold etter denne paragrafen enn etter helsetjenesteloven.

³ Søndre Land kommune benyttes ofte som mål for studieturer. Studieturene er svært ofte representert med erfaringsforedrag på konferanser arrangert av både departement, kommuner og fagforbund.

⁴ Det er et problem for mange pasienter/brukere at de får for mange ansatte å forholde seg til. Enkelte kommuner hevder at dette problemet øker hvis den administrative integreringen går for langt, og de bruker dette som argument for å beholde (eventuelt gå tilbake til) særomsorg.

⁵ Wuttudal bruker betegnelsen miljøarbeider på alle som i utgangspunktet primært arbeider med psykisk utviklingshemmede (vernepleiere, sykepleiere m/psykiatri, hjelpepleiere og ufaglærte).

⁴ Wærness bruker tilkjørt ferdigmat istedenfor tilberedning hjemme, profesjonelle og kommunale ikke-faste hjelpere og hjelpetider som eksempler for å vise dette. Tjenesteyterens arbeid er mer styrt av «skjemaet» enn av klientenes behov.

⁷ Noen av Ressurssenterets rapporter inneholder en usminket kritikk av ledelsen. Svakheter som går igjen i større eller mindre grad er: Ledelsen er lite samordnet og kjører hver sine løp. Ansvarsforholdene er uklare. Målene for helse- og omsorgstjenestene oppleves som mangelfulle og diffuse, og er lite kjent blant de ansatte. Hjemmetjenesten og institusjonstjenesten har forskjellig verdigrunnlag. Også innen den enkelte tjeneste er det ulike ideologier. Kunnskap om andre tjenester innenfor den samlede pleie- og omsorgstjenesten er lav. Opplæringen er tilfeldig og alt for faggruppe-spesifikk. Den bør være mer helhetlig. Arbeidsmiljøet har lett for å bli oppfattet av de ansatte som et individuelt problem som ikke kan beskrives generelt eller som fellesoppfatninger.



Kapittel 4 Arbeidsmiljø og belastninger

Så langt har vi gjennomgått Ansvarsreformens idégrunnlag og noen konsekvenser for den lokale organisering av pleie- og omsorgstjenestene. I dette kapitlet ser vi mer spesifikt på arbeidsbelastninger som følger av å arbeide i helse-, pleie- og omsorgssektoren. Det gjør vi ved å presentere de senere års arbeidsmiljøforskning på feltet. Siden deler av disse tjenestene er av relativt ny dato, er arbeidsmiljøforskningen på vårt felt ganske begrenset.

Oppmerksomheten omkring arbeidsmiljøet er oftest knyttet til arbeidsmiljølovens mål om å beskytte de ansatte overfor fysiske og psykiske belastninger. Denne typen arbeidsmiljøforskning beskriver de mest fremtredende belastningene, deres årsaker og konsekvenser (for eksempel sykefravær).

Arbeidsmiljø kan også forstås i en videre forstand, som den motivasjon, arbeidsmoral, sosiale interaksjon og fremmedgjøring man finner i bedrifter og kommunale virksomheter (Nordhaug 1990a). Det er en del av organisasjonskulturen, et felt som ofte beskrives i organisasjonpsykologien og -sosiologien uten at begrepet arbeidsmiljø er hektet på. I et bredere prosjekt om pleie- og omsorgsreformenes betydning for arbeidsmiljøet på kommunale arbeidsplasser, vil bruken av et utvidet arbeidsmiljøbegrep være viktig. Antakelig er det her en vil finne forklaringer på hvorfor krav om økt tverrfaglighet og nye arbeidsformer så lett bidrar til økte og nye arbeidsmiljøproblemer.

Arbeidsmiljøloven

Foruten lovens formålsparagraf, er paragrafene 12, 55, 58, 8 og 7 særlig relevante for vårt prosjekt. Lovens målsetting er formulert i §1:

- 1.1 å sikre et arbeidsmiljø som gir arbeidstakerne full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger og med verneteknisk, yrkeshygienisk og velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utviklingen i samfunnet.
- 1.2 å sikre trygge tilsettingsforhold og en meningsfylt arbeidssituasjon for den enkelte arbeidstaker.

- 1.3 å gi grunnlag for at virksomhetene selv kan løse sine arbeidsmiljøproblemer i samarbeid med arbeidslivets organisasjoner og med kontroll og veiledning fra offentlig myndighet.

Den største innsatsen for arbeidsmiljøet etter at vi fikk loven, har vært rettet mot fysiske skader som følge av farlig arbeidsredskap og giftstoffer. Disse er lette å identifisere og relativt enkle å forebygge ved hjelp av tekniske pålegg. Skader som følge av fysiske belastninger over tid, er vanskeligere både å belegge eksakt og å forebygge. Mye av arbeidsmiljøforskningen innen helsesektoren har vært opptatt av nettopp dette. De psykososiale sidene ved arbeidsmiljøet fremheves ofte som viktige, men de er enda vanskeligere å operasjonalisere og utbedre. I dagens arbeidsliv er belastninger knyttet til organisatoriske og sosiale forhold i fremmarsj. Trygge tilsettingsforhold oppfattes mest som en individuell rettighet og er lite analysert som *et kollektivt arbeidsmiljøproblem*.

§12 om tilrettelegging av arbeidet, utdyper hvilke negative forhold som forebygges. Men den beskriver også krav til arbeidsgiver om positive faktorer som skal fremmes. Det nevnes blant annet mulighet for faglig og personlig utvikling gjennom arbeidet, for selvbestemmelse, for variasjon, opplæring og deltakelse i utviklingsutvikling. Paragrafens ideelle intensjoner er klare nok, men gir rom for tolkninger når det gjelder konkrete forhold, og ikke minst fordrer den betydelig lokal bearbeiding. (§ 16a kom i 1990 og åpnet for Forskrift om internkontroll (1991) som et hjelpemiddel til praktisering av loven.)

§55 B-C om arbeidskontraktens innhold og §58 A om adgang til midlertidige ansettelser ble endret i Stortinget for et år siden. Hovedregelen i arbeidslivet er at arbeidstakere skal ha fast ansettelse. Mulighetene for unntak er redusert. Endringene førte altså til en styrking av stillingsvernet. Flere forsknings- og utredningsrapporter har vist at bruken av arbeidstakere uten arbeidskontrakt eller på midlertidige kontrakter i kommunal sektor, er omfattende (Moland 1994, Nergaard og Stokke 1996).

§8 beskriver arbeidsplassen. «Arbeidsplassen skal innrettes slik at arbeidsmiljøet blir fullt forsvarlig ut fra hensynet til arbeidstakernes sikkerhet, helse og velferd.» Det står imidlertid lite om lovens virkeområde for arbeidstakere som utfører tjenester i private hjem.

Arbeidsmiljøloven beskytter enhver som utfører arbeid i annens tjeneste (arbeidstaker). I utgangspunktet gjelder dette uavhengig av hvor arbeidet utføres. AML anfører noen unntak i §8.4. Men hjemmetjenesten kommer neppe inn der (Friberg 1995).

Behovet for å beskytte de ansatte i pleie- og omsorgssektoren mot overgrep fra pasienter/brukere har ifølge flere fagforbund økt slik at det nå oppfattes som et betydelig arbeidsmiljøproblem. Problemet har imidlertid vært lite fokusert i arbeidsmiljøforskningen.

§7 i Arbeidsmiljøloven pålegger at virksomheten skal være fullt ansvarlig både ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer som kan ha innvirkning på arbeidstakerens fysiske og psykiske helse og velferd. Hvis det er riktig at nærmere halvparten av sykepleierne i hjemmetjenesten har vært plaget av vold eller trusler om vold (Lystad 1993), må kommunene sies å ha store problemer med å overholde både §7 og §8.

Jo tyngre pasienter og jo større hjelpe- og pleiebehov, jo rimeligere er det å stille de samme kravene til fysisk arbeidsmiljø i et hjem som på en vanlig arbeidsplass, som for eksempel et sykehjem. Så med økt pleietyngde i hjemmetjenestene, må en forvente at de fysiske arbeidsbelastningene også øker. Allerede i 1990 var disse belastningene betydelige (Hellesøy, 1991). Den yrkesgruppen som ifølge tidligere undersøkelser kanskje sterkest merker denne økningen av arbeidskrevende brukere, er hjelpepleierne (Skogstad m.fl. 1990).

Det er rimeligvis vanskelig å sikre et godt arbeidsmiljø i et privat hjem, hvor tjenestemottaker og pårørende har legitime, private krav til innredning, døgnrytme og andre vaner. Tilrettelegging av arbeidsforholdene i et privat hjem kan dels bli kostnadskrevende og dels møte motstand hos tjenestemottaker. For sykehjem og boformer med fast tilknyttet personale, er det enklere å legge forholdene til rette for den ansatte. Dette er definerte arbeidsplasser, hvor pasienten/brukeren må tilpasse seg institusjonens krav (og ikke omvendt). Her gjelder Arbeidsmiljøloven. For omsorgsboliger er kravene i Arbeidsmiljøloven bare veiledende (Husbanken 1994). En prinsipiell betraktning og beskrivelser av hvordan dette søkes løst i praksis, drøftes ikke i denne rapporten.

Internkontroll

1. januar 1992 trådte Forskrift om internkontroll i kraft. Den er basert på utvalgsinnstillingene NOU 1987:10: *Internkontroll i en samlet strategi for arbeidsmiljø og sikkerhet* og NOU 1987:32 *Internkontroll i virksomhetenes og tilsynsorganenes arbeid med arbeidsmiljø og sikkerhet*.

Ifølge internkontrollutvalget hadde man de senere år «gjennom en omfattende forskningsinnsats vunnet innsikt i hvordan organisatoriske forhold påvirker menneskelig atferd». Denne kunnskapen mente utvalget måtte kunne brukes i arbeidsmiljø- og sikkerhetsarbeidet ved å stille direkte rettslige krav om systemer og klarhet i organisasjonen, i tillegg til eller i stedet for tekniske krav (Skaar 1994).

Utviklingen av forskriften om internkontroll må ses som et uttrykk for at arbeidsmiljøloven ikke virket etter sin hensikt. Internkontroll er et verktøy den enkelte virksomhet skal utvikle med utgangspunkt i egne behovsvurderinger.

Behovet for miljøarbeid og klar organisasjon er ikke nytt. Det nye med forskriften ligger først og fremst i kravet om å kunne dokumentere at miljøarbeidet er i tråd med lover og forskrifter. Internkontroll skal inngå i virksomhetens løpende utviklingsarbeid.

Alle virksomheter med krav om å ha arbeidsmiljøutvalg skal også ha et system for internkontroll. Det gjelder med andre ord alle kommuner og institusjoner. Arbeidsgiver har plikt til dette. Men det er neppe noen grunn til å anta at internkontroll i vesentlig grad er etablert og tatt i bruk i kommunene. Selv om systemer for internkontroll innføres i kommunene, er det likevel ikke sikkert en oppnår så mye. Med dagens praksis vil de avvikene som registreres i kommunene ha begrenset relevans for de ansatte i den hjemmebaserte omsorgen. Skal internkontrollen ha effekt, forutsettes det at virksomheten gjør noe med eventuelle avvik fra arbeidsmiljøstandarden. Det er vanskelig å definere miljøstandarder i åpen omsorg. Skulle en klare å finne et avvik, er det ikke nok å registrere det. Det vil oftest kreve ganske omfattende tiltak. Uten at ledelsen tar tak i dette, kan en heller ikke vente at de ansatte i hjemmeomsorgen ser hensikten med internkontroll.

NOU 1992:20 anbefaler at arbeidet med det psykososiale arbeidsmiljøet i større grad konsentreres om det organisatoriske arbeidsmiljøet og at internkontroll skal inngå i det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Men er internkontroll et egnet virkemiddel til kvalitetskontroll? Er internkontroll det virkemiddelet som kan hjelpe til å bedre arbeidsmiljøet? Skaar (1994) sier et betinget *ja*, under forutsetning av at internkontroll oppfattes som et dynamisk verktøy under kontinuerlig endring, som følge av nær dialog mellom ledelse og ansatte. Et internkontrollsystem er ikke et skriftlig dokument bedriften kan vise Arbeidstilsynet som bevis på å ha oppfylt arbeidsmiljøforpliktelsene sine. Det må mer forstås som en forpliktende aktivitet med bestemte mål og delmål.

Norsk Sykepleierforbund er et av flere forbund som har arbeidet med å tilpasse internkontroll for helsetjenesten. Forbundet har også utgitt flere hefter hvor mulighetene ved internkontroll anbefales på det sterkeste, blant annet *Sett «diagnose» på arbeidsmiljøet! Internkontroll som virkemiddel til reduksjon av belastningslidelser?* hvor det fremholdes at:

«Arbeidsmiljøtenkning og oppfølging av arbeidsmiljøloven har lenge vært et forsømt område i helsesektoren. De negative følgene av mangelfull oppfølging har delvis vist seg i form av høyt sykefravær, høy turnover, utstrakt bruk av deltidsstillinger, smerter og utbrenthet.» (Lystad 1992).

Om arbeidsmiljøloven på enkelte punkter har vært vanskelig å anvende, ser ikke internkontroll ut til å være særlig enklere å innføre. Prosjektet om «Reduksjon av belastningslidelser i pleie- og omsorgssektoren» (BELLA) nærmer seg i skrivende stund slutten. Sentralt i prosjektet er hvordan internkontroll kan inngå som en del

av et kvalitetsstyringssystem for å oppnå både høy tjenestekvalitet og godt arbeidsmiljø. Prosjektet «har som målsetting å utforme, innføre og evaluere system for internkontroll...» (Toft, 1996 s.5). Som vi senere skal se, er utfordringen med å gjøre internkontroll relevant og interessant for de ansatte i den hjemmebaserte omsorgen, særdeles krevende.

Forskning om arbeidsmiljø

En rekke yrkesgrupper og profesjoner utfører omsorgstjenester innen den åpne omsorgen. I kjølvannet av utviklingen av særomsorgen vil også nye yrkesgrupper komme i kontakt med personer som innbefattes av den åpne omsorgens målgrupper.

I det foreliggende forskningsmaterialet om arbeidsmiljø er fokus vanligvis rettet mot tre yrkesgrupper; sykepleiere, hjelpepleiere eller hjemmehjelpere. De store gruppene av ufaglærte pleieassistenter og miljøarbeidere (med eller uten fagutdanning) er lite beskrevet. Surveyundersøkelsene beskriver arbeidsmiljøet i forhold til belastninger knyttet til utførelse av konkrete arbeidsoppgaver. Det fysiske arbeidsmiljøet er viet mest plass. Stressfaktorer og psykiske belastninger som bidrag til utbrenthet og sykefravær, er også behandlet. Spørsmål om samarbeid, trygghet og endringer i arbeidets organisering og innhold er ikke behandlet like grundig og presist.

I undersøkelsen «De små grå» (Moland, 1994) ble ansettelsesforholdene for 15 yrkesgrupper i kommunene beskrevet. Den viste blant annet at det er blant de yrkesgruppene som vanligvis ikke er med i arbeidsmiljøundersøkelsene, at vi finner mange som arbeider under de ugunstigste forholdene.

I 1990-91 gjennomførte Odd H. Hellesøy og andre forskere ved Forsknings-senter for arbeidsmiljø, helse og sikkerhet (FAHS) en undersøkelse på oppdrag for Bergen kommune. Målet var å «samlet bidra til å sikre optimale organisatoriske, sosiale og personalmessige betingelser for en best mulig definering og dekning av klientenes og samfunnets behov til enhver tid, og en best mulig styring av tjenestekvaliteten og miljøkvaliteten.» (Hellesøy, 1991).

Forskerne skulle både beskrive og analysere, samt foreskrive løsninger innenfor et system med tre ulike interessenter: a) kommunen som økonomisk aktør, b) mottakerne av tjenester (brukerne) og c) tjenesteutøverne (de ansatte). Mellom disse tre er det innebygde motsetningsforhold, hvor endringer i favør av en interesse lett gir negative utslag for en (eller to) av de andre. Forskerne skulle altså i tillegg til å være forskere, også være konsulenter, pedagoger og politikere (!).

I kjølvannet av hovedrapporten ble det utarbeidet særrapporter til hver av de tolv bydelene i Bergen. På grunnlag av disse satte bydelene i gang ulike typer

utviklingsarbeid. Stort sett ble dette et engangsforetak uten varige effekter. Få bydelers innarbeidet kunnskapene fra prosjektet i personal- og organisasjonsarbeidet sitt. De bydelene som på forhånd hadde kommet lengst i bedringen av arbeidsmiljøet, fikk mest utbytte av prosjektet.

Holdninger til arbeidet

På spørsmål om negative og positive sider ved å arbeide i hjemmetjenesten, trekker de fleste «det å få gjøre noe for pasienter og brukere» frem som spesielt viktig og positivt. Det å komme til kort overfor pasienten/brukeren og manglende dekning av dennes behov, oppleves tilsvarende som mest negativt.

Næss og Wærness (1994) finner det samme i sine undersøkelser noen år senere når de påpeker at ansatte i disse yrkene er utpreget verdiorienterte i sitt arbeid; at de er idealistiske og opptatt av å gjøre noe for medmennesker. Dette gjelder i særlig grad ufaglærte og lavtutdannede. Selv om lavtutdannede pleiere med altruistiske motiver sterkest opplever frustrasjonen ved ikke å kunne yte den hjelpen de ser behov for, klager de ikke mer over arbeidsforholdene enn andre grupper. Sykepleierne er den gruppen som gjør minst «gratisarbeid» samtidig som det blant dem er langt flere som vurderer å slutte. Det siste kan skyldes at de har høy status på et stort arbeidsmarked og lett kan få jobb andre steder (f.eks. ved sykehus).

Generelt øker de ansattes misnøye (kritisk bevissthet?) med økt utdanning. Hellesøy peker på forklaringer knyttet til jobbusikkerhet. Jo større verdi på arbeidsmarkedet, jo lettere er det å artikulere misnøye. I Hellesøys utvalg er sykepleierne mest misfornøyd med lønnen. Hjemmehjelperne er minst misfornøyd, både hva lønn og ledelse angår.

I en annen undersøkelse fant Midtsundstad (1994 a) den samme tendensen på spørsmålet om tilfredshet med tilbud om kompetanseutvikling. De gruppene som fikk flest tilbud (profesjonsgruppene), var minst fornøyde. De ønsket mer, mens de ufaglærte var mindre opptatt av spørsmålet. Pape (1991) beskriver noe av det samme i en artikkel om lavtutdannedes manglende interesse for karriereutvikling. Selv om Papes forklaringer er gitt i et utdanningsperspektiv, er det det samme fenomenet som viser seg; nemlig at lavt utdannede ikke stiller så store krav til arbeidsforholdet og egne utviklingsmuligheter.

Psykisk og fysisk tungt

Bente Abrahamsens *Pleiearbeid og helse* (1991) er en rapport fra et større prosjekt kalt «Hjelpepleieryrket - rekruttering og yrkesmobilitet». Abrahamsen baserer analysen sin på spørreskjemaesvarer fra 1017 hjelpepleiere. Abrahamsen finner, slik annen forskning også har vist, at pleiepersonell har en særegen belastningsprofil. I

motsetning til de fleste andre yrkesgrupper, oppleves jobben *både fysisk og psykisk belastende*. Blant hjelpepleierne i undersøkelsen hennes, viser det seg at både psykiske og fysiske arbeidsmiljøbelastninger er minst i hjemmesykepleien og størst ved alders- og sykehjem. Belastningene ved andre institusjoner ligger midt imellom (Abrahamsen 1991: tabell 2.1 og 2.2).

Det er grunn til å tro at arbeidsmiljøbelastningene vil variere mer enn det som kommer frem hos Abrahamsen. Undersøkelsen hennes styres av betraktninger rundt institusjonsarbeidet, slik at særegne arbeidsmiljøspørsmål innen den åpne omsorgen, eksempelvis ensomhetsproblematikken, ikke kommer så klart frem. Dessuten har de store endringene både i volumøkningen og i organiseringen av den åpne omsorgen ført til reelle endringer både i arbeidsinnhold og -tempo, slik at arbeidsmiljøbelastningene er økt.

I rapporten «*Arbeidssituasjonen i hjemmebasert omsorg*», følger Næss og Wærness (1994) på flere måter i Hellesøys spor. Rapporten er basert på intervjuer med 824 arbeidstakere i den hjemmebaserte eldreomsorgen. Utvalget er hentet fra 16 kommuner. Om Bente Abrahamsens funn fra 1990 kan tolkes slik at det er mindre tungt å arbeide i hjemmeomsorgen enn ved sykehjem, dokumenterer Næss og Wærness på samme måte som Hellesøy, at arbeidsbelastningene i hjemmeomsorgen er tøffe.

Næss og Wærness innleder sammendraget av rapporten sin slik:

«Arbeidet i den hjemmebaserte omsorgen er hardt, både fysisk og psykisk. Så mange som to av tre ansatte synes arbeidet er slitsomt, og like mange plages av smerter i ryggen. Når det gjelder det psykiske arbeidet, er det 58 prosent som synes det er slitsomt. Det som imidlertid sliter mest er at de ansatte opplever at behovet er større enn tilbudet (73 prosent).»

Det behøver ikke være noen motsetning mellom Næss/Wærness og Abrahamsen. Det er jo nettopp i de årene som ligger mellom undersøkelsene, at avinstitusjonaliseringsprosessen har pågått samtidig som pleietyngden i den hjemmebaserte omsorgen har økt. Abrahamsen ville derfor trolig funnet større belastninger i hjemmetjenesten dersom undersøkelsen ble gjentatt i dag. En slik undersøkelse kunne selvfølgelig også ha kommet til å avdekke økte belastninger også for ansatte på sykehjem. Næss og Wærness konstaterer at det er belastende å jobbe i den hjemmebaserte omsorgen. Men i den refererte undersøkelsen sammenliknes det ikke med institusjonstjenesten.

Fra sykepleierhold vil en kunne hevde at disse undersøkelsene ikke i tilstrekkelig grad fanger opp de personalgruppene som sliter mest med psykiske belastninger. Lystad (1992) hevder at spesielt sykepleierne utsettes for mange psykiske belastninger. Møtet med svake pasienter, med smerte, lidelse og død er i seg selv tøft, og det forsterkes ofte av at også pårørende søker bistand i slike situasjoner. I

tillegg utsettes sykepleierne for psykisk press på grunn av stort ansvar, normkonflikter og vanskelig forenlig dobbeltroller.

Problemer med engstelse og dårlig samvittighet som følge av normkonflikter og ressursmangel, har dels både en faglig og en administrativ side, og dels både en etisk og en mer teknisk side. Dette er vanskeligheter som flere enn sykepleierne må håndtere. For førskolelæreren er kanskje frustrasjonen at ressursknapphet ikke bare reduserer tilbudet til barna, men at det også presser frem en personalforvaltning i strid med avdelingsleders etiske verdier (Moland 1994).

Det er ikke noe poeng i å strides om hvilke yrkesgrupper som har det verst. Da må det være viktigere å synliggjøre og å forstå/forklare arbeidsbelastninger det er lav bevissthet om. Slik vil vi se at belastningstypene varierer med *posisjonen* i systemet, foruten trekk ved systemets organisering og forhold knyttet til kompetanse og ressurser.

Fysiske belastninger ved arbeidet som tunge løft, ubekvemme arbeidsstillinger og mye gåing, er vel dokumentert (Hellesøy, 1991). Ifølge Buxrud (1989) opplevde omlag halvparten av sykepleierne og en noe større andel hjelpepleiere dette som svært belastende. Det har vært vanskeligere å dokumentere sammenhengen mellom denne slitasjen og konkrete, medisinske diagnoser på ryggskader og lignende. Problemer knyttet til så konkrete, fysiske arbeidsbelastninger er ikke prioritert i denne rapporten. Her viser vi i stedet til BELLA-prosjektet.

Det store «gapet» og følelsen av utilstrekkelighet

Den vanligste enkeltfaktoren til at ansatte i den hjemmebaserte omsorgen trives dårlig i jobben, er opplevelsen av gapet mellom pleiebehov og tilgjengelige ressurser (tid). Denne avmaktfølelsen oppleves sterkest av arbeidstakere som har valgt jobben ut fra idealisme, og blant yrkesutøvere med utdanning under høyskolenivå. Misnøyen kommer ifølge Næss og Wærness (1994) tydeligst frem i kommuner som har satset på å bygge ut hjemmetjenestene.

Spørsmål til helsepersonell om en eventuell opplevelse av utilstrekkelighet i arbeidet, har vært stilt i flere undersøkelser. I artikkelen *Utbrenthet i velferdssektoren - et nødop med ære?* gir Bjørn Hvinden (1985) en analyse av spenningen mellom faglige krav og utilstrekkelige ressurser. Yrkesutøveren har normer for godt faglig arbeid. Når arbeidssituasjonen ikke tillater en å arbeide etter disse, oppstår frustrasjon som over tid bidrar til uttretting. Sterk kontroll og rutinisering bidrar i samme retning. Yrkesutøveren står i spenningen mellom «yrke» og «arbeidsorganisasjon», mellom faglige krav om brukersyn og den personalpolitikken og økonomien som ligger til grunn for tjenesteorganiseringen. Munch (1993) beskriver det samme og legger til at faren for utbrenning øker dersom personalets kunnskaper ikke tas i bruk.

Med utvidet pleie- og omsorgsbehov i kommunene, delegering av ansvar til tjenestutøver og begrensede ressurser, er slike spørsmål minst like aktuelle i dag som for noen år siden. Begrensede økonomiske ressurser har alltid satt helsepersonell i en etisk vanskelig situasjon. Den ansatte kan ikke yte den hjelpen hun ser pasienten eller brukeren har behov for. Dette er en personlig arbeidsmiljøbelastning for alle som arbeider med hjelpetrequende mennesker. Dette er ikke nytt, og det forutsettes at den ansatte takler det «profesjonelt». Problemet kan avhjelpes noe, dels gjennom utdanning og dels gjennom kollegial veiledning.

Ufaglærte mangler denne skoleringen. Samtidig har flere av de refererte forskningsrapportene vist at de er sterkt verdiorienterte i arbeidet sitt. De skulle således være mer sårbare for følelsen av maktesløshet i situasjoner hvor legitime behov hos brukeren må avvises. Denne stressfaktoren trekkes frem i flere undersøkelser, men ikke som et problem for de ufaglærte. Det poengteres tvert i mot gjerne at ufaglærte og lavtutdannede føler fysisk stress, mens psykisk press er noe som primært rammer høytutdannede i ansvarsfulle stillinger, eksempelvis sykepleiere (og leger) (Abrahamsen 1991, Lystad 1992, Næss og Wærness 1994).

Dette blir begrunnet med at lavtutdannede har lite ansvar og klart avgrensede og rutiniserte arbeidsoppgaver hvor de ikke behøver å bry seg om behovsspørsmål og tjenestens innhold. I den grad en slik antakelse er riktig, bør den få redusert forklaringskraft når eller hvis organiseringen av tjenestene endres fra å være «institusjonsstyrt» til å legge større vekt på brukermedvirkning. For det første vil hjemmebaserte tjenester i og med normaliseringsideologiens menneskesyn gjøre det vanskeligere for den ansatte å tingliggjøre brukeren. Brukeren fremstår med sin personlighet i sitt eget hjem. For det andre blir oppgavene mindre rutiniserte. For det tredje overlates mer ansvar og skjønn til den ansatte som har konkret brukerkontakt. Normaliseringsideologien med vekt på brukermedvirkning, vil trolig gjøre de ansatte enda mer sårbare for stress og avmaktsfølelse, dersom tidspresset blir for stort.

En prosjektrapport utarbeidet av sju sisteårsstudenter ved Ullevål Sykepleierhøgskole, basert på intervjuer med 22 sykepleiere i hjemmetjenesten i Bydel Sagene-Torshov i Oslo, konkluderer med at det «stort sett stilles for store krav i forhold til tiden de har til disposisjon. Dette gir seg utslag i at over halvparten ofte må utelate enkelte arbeidsoppgaver i løpet av dagen. Når kravene blir større enn de tilgjengelige ressursene, må sykepleieren prioritere «det syke». Dette kan lede til et reduksjonistisk forhold til pasienten. Pleieren blir lett negativ til pasienten, et typisk utbrenthetssymptom» (Bjørndahl m.fl. 1994).

Ensomhetsproblematikk

Ensomhetsproblematikk ligger nær opp til temaer som personlig sikkerhet, faglig trygghet, sosialt fellesskap; forhold som gjør den enkelte ansatte i de hjemmebaserte tjenestene spesielt sårbar. Problemer knyttet til ensomhet, er altså ikke ett arbeidsmiljøproblem, men et resultat av flere sider ved arbeidsforholdet. For ansatte som arbeider mye alene, vil de ulike arbeidsmiljøproblemene lett bli forsterket.

Noen av fagforbundene savner etiske retningslinjer som er klarere. Det er vanskelig å være alene og ta avgjørelser om å gripe inn i brukerens frihet (eks. ved rydde- eller vasketvang). Dette handler ikke bare om etikk, men også om klare, juridiske avgrensninger som få ansatte behersker. Når en arbeider alene, stilles det andre krav til selvstendighet og faglig trygghet enn under arbeid ved sykehjemmene, sykehusene eller andre større institusjoner. Manglende uformell kommunikasjon og faglig veiledning mens en står midt i tjenesten, oppleves av mange ansatte med institusjonserfaring, som et betydelig savn. Når så den formelle opplæringen også svikter mange steder, forsterkes usikkerhetsfølelsen.

Det å jobbe flere steder kan i seg selv være en utrygghetsfaktor. Wuttudal (1995) peker på at miljøarbeidere ønsker å jobbe stasjonært fordi det føles tryggere. Dette begrunnes imidlertid helst med å vise til at det gir økt trygghet for brukeren.

I rapporten *Personlig sikkerhet i arbeidsmiljøet! Internkontroll som virkemiddel til bedre personlig sikkerhet?* (Lystad 1993) brukes vold og trusler om vold mot sykepleiere i hjemmesykepleien som eksempel på hvordan konkrete tiltak mot dette kan trekkes inn i internkontrollarbeidet. Planen med mål og delmål, tiltak, plassering av ansvar, tidsfrister og evaluering, burde være et enkelt og nyttig innspill til ledere og tillitsvalgte om hvordan deler av et internkontrollsystem kan fungere.

Konsekvenser av belastningene

Erfaringene fra en rekke levekårsundersøkelser har vist at det er *summen* av miljøpåvirkningene som bestemmer den samlede helse- og miljøsituasjonen på arbeidsplassen. Dette kommer også frem i faglitteraturen (eks. Abrahamsen 1991 og Hellesøy 1991).

Hellesøy finner flere sammenhenger både mellom a) arbeidsmiljø og helse, b) arbeidsmiljø og sykefravær og c) helse og sykefravær. På spørsmål om enkeltfaktorenes betydning er utslagene små og derfor kanskje lette å overse. Men når flere faktorer ses sammen, blir utslagene betydelige. Hellesøy har gruppert enkeltspørsmål i indekser for å vise dette. Han fant for eksempel at ansatte som rapporterer høyt arbeidspress og tidspress (for lite ressurser), har om lag dobbelt så høyt fravær som ansatte som er mest fornøyd. Det samme viser seg på indeksen «selvstendighet og innflytelse i arbeidet» og på indeksen «utbrenthet».

Også ansatte med mye psykiske plager har dobbelt så høyt fravær som de med lite plager. Hellesøy rangerer arbeidsmiljøforhold som i størst grad disponerer

for psykiske plager, i denne rekkefølgen: 1) arbeidspress og ressurstilgang (tid), 2) selvstendighet og innflytelse, 3) kontakt og samarbeid med kolleger, 4) sosial støtte fra andre overordnede, 5) ergonomiske forhold og 6) mobbing.

I analysen av belastningenes betydning, skiller Hellesøy mellom objektive miljøfaktorer og individuelle forhold som disponerer for positive eller negative reaksjoner:

Det er således først og fremst den mening og den vekt situasjoner, hendelser og handlinger har for den enkelte som bestemmer hva som oppleves som uhåndterlige krav og belastninger, og hva som ses som utfordringer og stimulanser for læring og utfoldelse. Den enkeltes verdier, behov og ressurser vil samlet sett bestemme den enkeltes sårbarhet eller robusthet i forhold til ulike miljøfaktorer. (Hellesøy 1991).

Kombinasjonen stress og liten innflytelse er særlig belastende. Gitt samme belastningsnivå, vil andelen sykdomssymptomer være større jo lavere selvbestemmelse den ansatte har (Karasek 1979, Gardell 1979, Abrahamsen 1991). En slik antakelse trefrer trolig bedre for enkelte yrkesgrupper enn andre. Ikke alle ønsker like mye «frihet». (Her vil utdanningsbakgrunn, erfaring, trygghet på egne kvalifikasjoner, graden av variasjon/rutiner i arbeidet osv. ha betydning.)

Buxrud og Forsen (1987) påpeker at blant hjelpepleiere ved en rekke sykehjem i Oslo, nevnte ingen økt egenkontroll i arbeidssituasjonen blant faktorer som kunne minske omfanget av psykiske belastninger. Abrahamsen (1991) finner derimot at innflytelse har betydning, særlig hvis en jobber ved alders- og sykehjem. Der vil økt subjektiv innflytelse minske arbeidsmiljøbelastningen. Hun er derimot usikker på hvilken effekt det vil ha i den hjemmebaserte omsorgen.

Det faktumet at det er *summen* av mange enkeltfaktorer som fører til for eksempel utbrenthet, sykefravær og gjennomtrekk, gjør at arbeidsmiljøproblematikken i sektoren er vanskelig å håndtere. Man har liten garanti for at til dels kostnadskrevende enkelttiltak fører til vesentlige forbedringer.

Små og grå stillinger

Det kommunale arbeidsmarkedet er i særlig grad preget av deltidansettelser, vikariater, midlertidige engasjement og såkalte ekstravaktavtaler (4 Fakta 1993, De Facto 1993, Moland 1994, Nergaard og Stokke 1996). Fra fagforbundene som dekker sektoren, fremheves dette som et arbeidsmiljøproblem.

- Dels er det et problem for den enkelte arbeidstaker som ikke har et tilfredsstillende ansettelsesforhold, og som må forholde seg til uforutsigbar arbeidsmengde, arbeidstid og lønn.

- Dels er det et problem for arbeidsenheten som har en uoversiktlig bemaningssituasjon, med stort innslag av korttidsarbeidende ufaglærte. Dette er belastende for både kollegaer og ledelse, som må bruke mye tid på å fylle opp hull i turnusen og på opplæring av stadig nye ansatte.
- Til slutt er det også en belastning for mange brukere med stadig utskifting av tjenesteyter. Dette kan forsterkes av usikkerhet knyttet til tjenesteyterens «løsarbeiderstatus».

I rapporten *De små grå* ble det avdekket at hver fjerde arbeidstaker i sektoren ikke hadde et tilfredsstillende ansettelsesforhold (Moland 1994). Når omfanget av arbeidstakere i små og løse stillinger øker, vil kjernearbeidsstokken utgjøre en relativt mindre del. Antallet ansatte som kan utføre oppgaver som forutsetter godt kjennskap til brukerne og arbeidsfunksjonene, blir lavt. Jo færre kjernearbeidere, jo større belastning på hver enkelt. Dette vil lett føre til et arbeidsmiljø med mye personalgjennomtrekk og manglende erfaring. Det legger i sin tur stort press på både linjeledelsen og kjernestaben. Når dette blir stort nok, fører den tilsiktede bruken av løse ansettelsesforhold til en ytterligere og utilsiktet økning av omfanget. Dermed kommer en del kommunale arbeidsplasser inn i en ond sirkel, hvor planer om organisasjonsutvikling står i stampe på grunn av mangel på kvalifiserte medarbeidere som kan ta ansvar. Behovet for stabil og kompetent arbeidskraft blir enda viktigere med økt desentralisering av tjenestene i tråd med normaliseringsideologien.

Flere av de refererte undersøkelsene har sykefravær både som den endelige indikatoren på arbeidsmiljøbelastningene og som et mål på ressurssløsning. I et arbeidsmiljø hvor andelen deltidsansatte og midlertidig engasjerte arbeidstakere er så stort som i norske kommuner, vil «smertegrensen» ligge betydelig høyere enn i miljøer hvor «tradisjonelle normalarbeidsforhold» med faste heltidsansettelser er vanlig. Med dette mener vi at arbeidstakere med et «marginalt arbeidsforhold» vil ha mindre tilbøyelighet til å sykemelde seg enn andre. De vil kunne arbeide under dårligere arbeidsforhold enn andre før det slår ut i sykemeldinger (Hellesøy 1992).

Kan integrerte tjenester gi færre små og grå stillinger?

Vi forventer at kommuner som har kommet langt i arbeidet med å integrere pleie- og omsorgstjenestene, også har færre arbeidstakere uten fast ansettelse og at antallet ansatte i små stillingsbrøker er mindre enn det vi fant i *De små grå*. Under forutsetning av at kvalifikasjonskravene fylles, gir den administrative integreringen av tjenestene muligheter for en mer fleksibel og effektiv bruk av personalressursene. Det kan vises ved et eksempel: En hjelpepleier er ansatt for å hjelpe en psykisk utviklingshemmet person som bor hjemme. Innenfor en dagvakt trenger brukeren hjelp to timer hver morgen og to timer på ettermiddagen. På formiddagen arbeider vedkommende bruker fire timer på et dagsenter med eget personale og har derfor

ikke behov for hjelpepleierens tjenester i den tiden. Dersom tjenestene til psykisk utviklingshemmede er organisert som særomsorg, har kommunen, litt spissformulert, to muligheter: Den ene er å la hjelpepleieren ha full stilling, men nesten ingen ting å gjøre midt på dagen. Den andre er å gi hjelpepleieren en deltidstilling, eventuelt løse den opp i to deltidstillinger. Er derimot omsorgstjenestene integrert, kan kommunen lettere tilby hjelpepleieren full stilling og få brukt arbeidsressursene hennes effektivt. Mens den psykisk utviklingshemmede er i dagaktivitet, kan hjelpepleieren utføre oppgaver i andre deler av kommunens omsorgsarbeide. Dette er også praktisert i flere kommuner (Wuttudal 1995, og Stig Hovdal).

Vi forventer altså at med integrering av pleie- og omsorgstjenestene kan flere små stillingsbrøker slås sammen til større deltid- eller heltidstillinger, og at heltidstillingene uten vesentlige problemer lar seg fylle med fornuftig arbeid.

Oppsummering

De arbeidsmiljøproblemene som følger av arbeidsinnholdet i hjemmetjenesten, slik de ble påvist for noen år siden, er med noen få unntak forsterket i dag. Det skyldes først og fremst økt pleietyngde og økt tidspres. Presset på den enkelte ansatte er økende, samtidig som flere ansatte berøres. Nye arbeidsmiljøproblemer som følge av omorganisering og integreringsforsøk, er kommet til. Dette er problemer som lett oppstår når organisasjoner skal fusjoneres og ulike fagtradisjoner og organisasjonskulturer skal smeltes sammen og maktkonstellasjoner skal forandres (Schein 1987).

Vi har gått gjennom forsknings-, utrednings- og konsulentarbeider som enten behandler arbeidsmiljøspørsmål i helsesektoren eller organisering av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. *Reformundersøkelsene* er nesten alle gjennomført ut fra et brukerperspektiv, eventuelt et forvaltningsperspektiv. I den rene *forvaltningslitteraturen* har de velferdspolitiske reformene som blant annet Ansvarsreformen, en marginal plass. Der er det lagt mest vekt på politisk-administrative forhold, for eksempel reformer knyttet til ny kommunelov (NOU 1990:13). Arbeidsmiljøspørsmålene og de ansattes plass i reformen vil først i årene som kommer, få en mer fremskutt plass i velferdsforskningen (NFR 1994). *Normaliseringslitteraturen* (deler av note 8) har et faglig og etisk fundament som kom før reformperioden, og som ga reformene en nødvendig velferdspolitisk legitimitet.

Flertallet av *arbeidsmiljøundersøkelsene* har på sin side ikke med reformperspektivene. Vi finner videre at disse undersøkelsene ikke dekker kombinasjonen «flere yrkesgrupper» og «flere brukergrupper». Dataene for pleie- og omsorgsyrkene er sjelden landsrepresentative. Dessuten er den største enkeltgruppen av arbeidstakere, de ufaglærte, stort sett utelatt som eget underutvalg.

Få undersøkelser dekker den åpne omsorgen som helhet. De fleste undersøkelsene retter seg *enten* mot eldreomsorgen *eller* mot de psykisk utviklingshemmede. Vår utfordring blir å integrere flere fagfelt, studere endring, modellvalg og arbeidsmiljø i sammenheng og i et kommunalt helhetsperspektiv, samtidig som spesifikke forhold knyttet til Ansvarsreformen og de psykisk utviklingshemmede får en helt sentral plass.

Noter

¹ I sammenheng med de pågående reformene er det stor avstand fra hjemmetjenesten anno 1990 til hjemmetjenesten anno 1995.

² Virksomheter over en viss størrelse skal i henhold til Arbeidsmiljøloven ha verneombud og etablere arbeidsmiljøutvalg på ulike nivåer. Dette er beskrevet i kapittel 3.7.

³ De tre mest positive sidene ved å arbeide i hjemmetjenestene var i Hellesøys utvalg:

- forholdet til klienter, pasienter og brukere (89% er fornøyd/svært fornøyd)
- menneskene man snakker med og arbeider sammen med (89% er fornøyd/svært fornøyd)
- arbeide selvstendig/uten innblanding fra overordnede (87% er fornøyd/svært fornøyd).

De to mest negative sidene ved å arbeide i hjemmetjenestene var i Hellesøys utvalg:

- tilstrekkelig tid til å kunne gjøre jobben skikkelig (48% er misfornøyd/svært misfornøyd)
- graden av travelhet og mas (44% er misfornøyd/svært misfornøyd).

⁴ Abrahamsen forutsetter at hjemmepasientene er relativt friske og at de i mindre grad enn pasienter på institusjon utsetter pleieren for psykiske belastninger.

⁵ Dels trekkes Hellesøys funn konkret inn i tabellmaterialet og dels bekrefte funnene i undersøkelsen deres fra 1990. Næss og Wærness bruker også mange av de samme spørsmålene i spørreskjemaet sitt.

⁶ I et telefonintervju uttalte Nord-Frons sosialsjef 21.09.94 at «da vi innførte soneansvar, fikk det samme personalet ansvaret for alle tjenestene innen pleie og omsorg, både den institusjonsbaserte og den hjemmebaserte. Dette førte til at ventelistene ble borte, fordi man hadde ansvaret for klienten, enten han var her eller der. Det skapte en større helhetsforståelse hos personalet. Det ble gjort 22% mer med de samme ressursene. Effektivitet ble oppnådd som følge av en mer smidig arbeidsorganisering (og ikke bare ved økt arbeidspress). Flere har gått fra «grå» til «hvite» stillinger. Fast ansatte hjemmehjelpere i 50%-stilling har også fått jobb som pleieassistenter, og dermed fått fast stilling på f.eks. 65%.»

⁷ Eksempler er omkring 50 artikler og rapporter presentert i: 12 bidrag i Gjærum (1993), Kristiansen (1994), 10 bidrag i Markussen (1994), flertallet av de 15 bidragene i Romøren (1995), 9 bidrag i Sandvin (1993), Stangvik (1994), Syse og Skogheim (1994), Sætersdal (1994), 7 bidrag i Visnes (1992).

⁸ Eksempler: Bukve (1992) og flere bidrag i Baldersheim (red.) (1993).

Kapittel 5 Metode og bakgrunnsdata

Formålet med kapitlet er for det første å begrunne metodevalgene, for det andre å beskrive gjennomføringen av undersøkelsen, og for det tredje å redegjøre for pålitelighet og begrensninger i eget kildemateriale.

Representativ spørreundersøkelse

For å belyse problemstillingene i prosjektet, har vi gjennomført en beskrivende *breddeundersøkelse*. For å kartlegge utbredelsen av små stillinger, mangelfulle kontrakter, tidspress og avmaktsfølelse, fysisk aggresjon og beskyldninger rettet mot de ansatte, kjennskap til og bruk av verneinstitusjoner eller kjennskap til forsikringsordninger, trenger vi data som dekker hele landet, og som er representative for de gruppene vi skal si noe om. Dette får vi lettest gjennom en landsdekkende spørreundersøkelse.

Utvelgelse av informantgrupper

Med sikte på å kunne beskrive organiseringsformer og arbeidsmiljøet innen den åpne omsorgen, har det vært særlig viktig å få med de yrkesgruppene i pleie- og omsorgssektoren som dekker dette området. De første seks yrkesgruppene i utvalget er derfor: hjelpepleiere, hjemmehjelpere, miljøarbeidere, pleieassistenter, miljøterapeuter og sykepleiere.

Disse seks gruppene utgjør om lag 60 prosent av hele utvalget. Problemstillingene knyttet til ansettelsesforholdene, forsikringskjennskapene og verneinstitusjonene, har et større utvalg av yrkesutøvere som målgruppe. Derfor er de seks første yrkesgruppene supplert med følgende fire: barnehageassistenter, renholdere, merkantilt ansatte og vaktmestere.

Til sammen utgjør dette ti underutvalg, med om lag 250 yrkesaktive i hvert utvalg. Forarbeidet til spørreundersøkelsen tok til høsten 1994. Den største utfordringen var å få tak i informanter fra hver av de yrkesgruppene som skulle utgjøre utvalget vårt. Hvordan kunne vi på forhånd vite at den vi ringte til for eksempel var hjemmehjelper, vaktmester eller sykepleier? Til det trengtes forhåndsopplysninger om potensielle deltakere. Vi valgte derfor å trekke utvalget fra fagforbundenes medlemslister. Her fikk vi også opplysninger om arbeidsplass, slik at vi var sikret

at de fleste deltakerne arbeidet innen kommunenes pleie og omsorg. Følgende fem forbund er representert i undersøkelsen med representanter fra ulike yrkesgrupper:

Til sammen dekker disse forbundene de aller fleste som er organisert i den delen av kommunesektoren som behandles i denne rapporten. Det faktumet at vi kun har med fagorganiserte arbeidstakere i undersøkelsen, gjør at utvalget ikke er helt representativt. Selv om organisasjonsgraden i kommunal sektor er opp under 80 prosent, vil vi få visse systematiske skjevheter. Disse utdypes underveis i rapporten. Generelt betyr denne skjevheten at våre tall blir litt «for snille»; i de uorganiserte gruppene er det oftere personer som arbeider uten kontrakter, har små stillingsprosenter, er mer perifere i organisasjonen og får mindre opplæringstilbud enn fagorganiserte.¹

2481 telefonintervjuer ble foretatt av OPINION AS i tidsrommet januar og februar 1996. Spørreskjemaet som ble benyttet, er i sin helhet gjengitt i vedlegg. Enkelte av spørsmålene vi har stilt, er hentet fra andre undersøkelser. Det letter muligheten for å sammenlikne med andre forskningsarbeider samtidig som det åpner for å se på endringstendenser.

Tabell 5.1 Deltakerne i undersøkelsen inndelt etter fagforbund og yrke. Faktiske tall

Norsk Kommuneforbund	198 hjemmehjelpere 59 hjelpepleiere 112 pleieassistenter 60 miljøterapeuter 164 miljøarbeidere 161 merkantilt ansatte 210 vaktmestere 279 renholdere 229 barnehageassistenter
Norsk Helse- og sosialforbund	243 hjelpepleiere 98 miljøarbeidere
Fellesorganisasjonen	243 miljøterapeuter
Norsk Sykepleierforbund	219 sykepleiere
Kommunalansattes fellesorganisasjon	41 hjemmehjelpere 13 pleieassistenter 15 miljøterapeuter, 33 miljøarbeidere 57 merkantilt ansatte 49 barnehageassistenter

Bakgrunnsdata

Utvalget fordelt etter yrke, kjønn og utdanning

I undersøkelsesutvalget på 2481 personer, arbeider 1483 innenfor pleie- og omsorgstjenestene for eldre hjelpetrengende, psykisk utviklingshemmede og andre funksjonshemmede med særlige tjenestebehov. Blant disse arbeider 598 primært med psykisk utviklingshemmede og 883 primært med eldre eller andre hjelpetrengende. Innen pleie- og omsorgsyrkene er omtrent 90 prosent av de ansatte kvinner. I alt er deltakerne i undersøkelsen fordelt på følgende yrker:

De seks første yrkesgruppene i tabell 5.2 er yrker som alle har utøvere knyttet til kommunenes åpne omsorg. De fire nederste har ikke det. Selv om barnehageassistentene naturlig hører til blant omsorgsyrkene, er de likevel plassert sammen med de teknisk-merkantile yrkesgruppene. Dette skyldes at barnehageassistentene ikke tilhører de omsorgsområdene som skal integreres.

Yrke og utdanning

I utvalget vårt har 40 prosent av de ansatte kun allmennutdanning. 35 prosent har utdanning på videregående skoles nivå, inkludert hjelpepleie, mens 25 prosent har høyskole- eller universitetsutdanning.²

Noen av yrkene stiller krav om offentlig godkjenning. Dette gjelder sykepleierne, hjelpepleierne og vernepleierne. Videre er noen av yrkene rene profesjoner, mens andre enten er sammensatt av flere profesjoner eller av yrkesutøvere både med og uten fagopplæring.

Miljøterapeutene er en av yrkesgruppene med sammensatt utdanningsbakgrunn. Slik vi har definert yrkesgruppen, har vi kun innlemmet utøvere med høyskoleutdanning. Dermed fremstår gruppen av miljøterapeuter med 227 vernepleiere, 20 barnevernspedagoger, 16 sosionomer, 16 lærere/førskolelærere og 31 med annen

Tabell 5.2 Yrkesinndeling og antall personer som er med i undersøkelsen

		Antall	Kvinneandel
Pleie- og omsorgsykker N=1494	Hjemmehjelper	239	99,2
	Sykepleier	219	96,3
	Hjelpepleier	302	93,7
	Pleieassistent	125	93,6
	Miljøarbeider	294	83,0
	Miljøterapeut	315	82,5
Øvrige yrker N=987	Renholder	280	99,3
	Barnehageassistent	279	96,1
	Merkantilt ansatt	218	90,4
	Vaktmester	210	2,9

høyere utdanning. Disse miljøterapeutene som ikke er vernepleiere, fremstår i tabell 5.3 under rubrikken «annen utdanning» og utgjør til sammen 27 prosent av miljøterapeutene.

Personer som eventuelt innehar en stilling som miljøterapeut uten høyskole-utdanning, har vi klassifisert som miljøarbeidere. Litt over halvparten av miljøarbeiderne har hjelpepleierutdanning, 18 prosent har annen videregående utdanning, mens 28 prosent ikke har annet en allmennutdanning.

Når seks prosent av de ansatte som oppgir å være hjelpepleiere, ikke har videregående utdanning, kan de nødvendigvis ikke være hjelpepleiere. Det er mulig de går i stillinger som er hjemlet hjelpepleiere. Men tatt i betraktning av at disse ikke kan inneha offentlig godkjenning som hjelpepleiere, er det mer rimelig å klassifisere dem som pleieassistenter eller miljøarbeidere, avhengig av arbeidets art.

Renholdere og hjemmehjelpere har som ventet lite utdanning ut over grunnskolen. Mer bemerkelsesverdig er det at bare en av fem pleieassistenter har videre utdanning. Det kan indikere at de fleste ser på stillingen som en permanent jobb. Dette er viktig fordi det er vanlig å bagatellisere lurvete ansettelsesforhold for denne gruppen, ved å vise til at «så mange av dem bare oppfatter jobben som en bivirkning ved siden av studier eller annen skolegang».

Andel ansatte på de ulike arbeidsplassene i den åpne omsorgen

Kommunens pleie- og omsorgstilbud utføres i forskjellige institusjoner og i private hjem. Avhengig av hvor den ansatte utfører mesteparten av arbeidet sitt, har vi delt sektoren inn i seks områder.

I utvalget vårt oppgir 35 prosent å arbeide i hjem, boliger eller institusjoner for psykisk utviklingshemmede, 30 prosent i den hjemmebaserte omsorgen, 15

Tabell 5.3 De ansattes utdanning etter yrke. Prosent N=2481

	Allmenn	Hjelpe- pleie	Fagopplæring,- Videregående skole	Verne - pleie	Sykepleie	Annen høyskole,- universitet	Sum
Hjemmehjelper	73	5	21			1	100
Sykepleier					97	3	100
Hjelpepleier	6	87	7				100
Pleieassistent	77	1	17			5	100
Miljøarbeider	28	54	18				100
Miljøterapeut				73		27	100
Renholder	88		11			1	100
Barnehagea.	59	3	31			7	100
Merkantil	58	2	30			10	100
Vaktmester	48		50			2	100
Gjennomsnitt	41	18	17	9	9	6	100

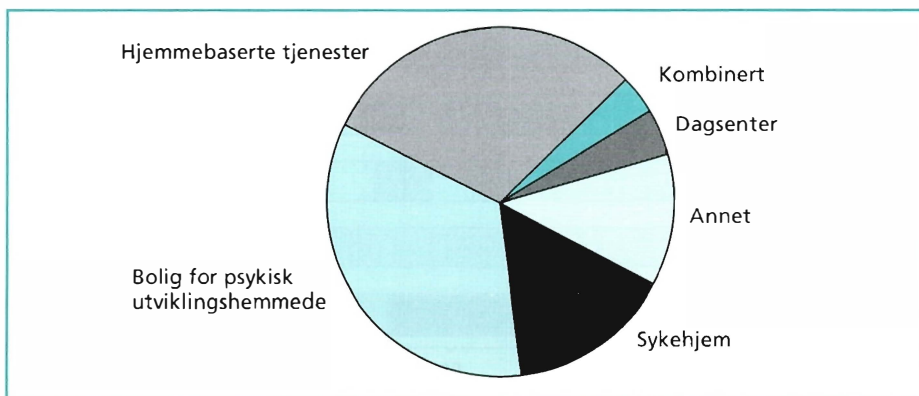
prosent på syke- eller aldershjem, 4 prosent på dagsenter, omtrent like mange i kombinert institusjons - og hjemmeomsorg, mens 12 prosent oppgir andre steder (tabell i note ³).

Den gruppen på 30 prosent som vi har klassifisert i hjemmebasert omsorg, tilhører enten hjemmehjelpstjenesten eller hjemmesykepleien, uavhengig av om disse er integrert eller ikke. De utøver fortrinnsvis tjenester til eldre hjelpetrequende, fysisk funksjonshemmede og andre med definerte tjenestebehov.

Slik spørsmålene i undersøkelsen er stilt og slik de er besvart, oppfatter de fleste «hjemmebasert omsorg» som omsorg for eldre hjelpetrequende (og fysisk funksjonshemmede). De som yter tjenester til psykisk utviklingshemmede, oppgir «bolig/institusjon for psykisk utviklingshemmede» eller «dagsenter» som hovedarbeidsplass. Selv om hjemmet til en eller flere psykisk utviklingshemmede kan betraktes på linje med et hvert annet hjem, og at tjenestene til brukere med psykisk utviklingshemming kan karakteriseres på linje med de øvrige hjemmebaserte tjenestene, har vi valgt å skille denne tjenesten som eget arbeidsområde. Dette er kanskje i strid med Ansvarsreformens intensjoner om normaliserte og integrerte tjenester. På den annen side er tjenestene som ytes psykisk utviklingshemmede brukere i deres egen bolig, oftest organisert og forstått som eget tjenesteområde hvor de ansatte er satt opp med egen turnus.

Fordelingen av ansatte på de ulike arbeidstedene er ikke helt representativ for personalfordelingen i en typisk kommune. I undersøkelsen har vi lagt vekt på å få med ansatte som jobber i den hjemmebaserte omsorgen. Dermed er for eksempel sykehjemsansatte noe underrepresentert, mens ansatte som yter tjenester til psykisk utviklingshemmede, er noe overrepresentert.

Figur 5.1 Yrkesutøverne i innen pleie- og omsorg, fordelt på seks hovedarbeidsplasser. Prosent. N=1483



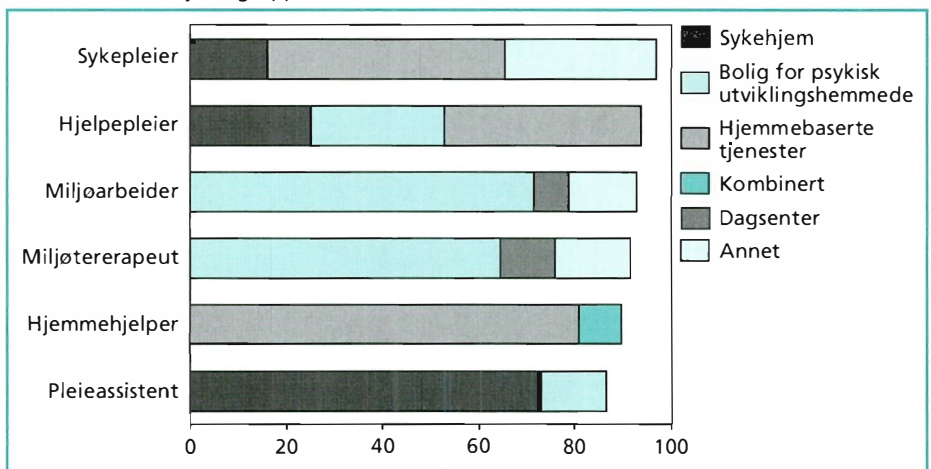
Hvilke yrkesgrupper jobber hvor?

De ulike arbeidsplassene er preget av bestemte yrkesgrupper (tabell i note 3). I utvalget vårt jobber de fleste *sykepleierne* i den hjemmebaserte omsorgen (ca. 50 prosent). To tredeler av *miljøterapeutene* og *miljøarbeiderne* jobber i boliger for psykisk utviklingshemmede mens drøyt ti prosent arbeider på dagsentre. Den største gruppen av *hjelpepleiere* arbeider også i den hjemmebaserte omsorgen (ca. 40 prosent). De øvrige hjelpepleierne arbeider enten i boliger for psykisk utviklingshemmede (ca. 25 prosent) eller ved sykehjemmene (ca. 25 prosent). Vi vet at halvparten av miljøarbeiderne er hjelpepleierutdannet. Dermed er denne utdanningsgruppen sterkere representert i tjenesteyting for psykisk utviklingshemmede, enn det som umiddelbart kommer frem i oversikter som skiller mellom hjelpepleierstillinger og miljøarbeiderstillinger. Tre av fire *pleieassistenter* arbeider på sykehjem, mens de aller fleste *hjemmehjelperne* (ca. 80 prosent) arbeider i den hjemmebaserte omsorgstjenesten.

I figur 5.2 er yrkesgruppenes arbeidssteder fremstilt grafisk. For oversiktens skyld er kun de to til tre viktigste arbeidsplassene for hver av gruppene tatt med. (Hvitt felt til høyre i hver søyle er arbeidsplasser hvor kun noen få fra den respektive yrkesgruppen arbeider.)

Når vi i figur 5.3 presenterer fordelingen av yrkesgruppene på hver hovedarbeidsplass, får vi et bilde som avspeiler måten utvalget er trukket på. Denne fordelingen er ikke helt representativ for sammensetningen av yrkesutøvere ute på de konkrete arbeidsplassene i kommunene. Fordi vi ønsker å si noe om den enkelte yrkesgruppen, er hver gruppe omtrent like stor. I utvalget er det derfor omtrent like mange sykepleiere som vernepleiere, mens det ute i kommunene er langt flere sykepleiere. I undersøkelsen er det omtrent like mange miljøarbeidere som

Figur 5.2 Yrkesgruppene innen pleie- og omsorg, fordelt på seks hovedarbeidsplasser. Prosentuert for hver yrkesgruppe. N=1483



miljøterapeuter. Blant ansatte som arbeider i boliger for psykisk utviklingshemmede ute i kommunene, er miljøarbeiderne i flertall. Dette fører til at miljøterapeutene er noe overrepresentert i disse boligene. Betydningen av dette kommenteres underveis.

Sykehjemmenes bemanning består i vårt utvalg av 40 prosent ufaglærte pleieassistenter, 35 prosent hjelpepleiere og 20 prosent sykepleiere. Det er vanskelig å beregne en korrekt sammensetning av yrkesgruppene på sykehjemmene. I henhold til formelle stillingshjemler finnes det nesten ingen pleieassistenter. Der vil fordelingen mellom yrkesgruppene være ca 15 - 50 - 35. Men i praksis går mange pleieassistenter uten å være tilknyttet en hjemmel, eller de går i hjelpepleierhjemmel. I en gjennomgang av lønningslistene i sju kommuner i 1993, fant vi en fordeling på 45 - 40 - 15 prosent sykepleiere (tabell i note⁴). Sykehjemsutvalget vårt er dermed ganske representativt med sikte på sammensetningen av yrkesutøvere som har sykehjemmet som arbeidsplass.

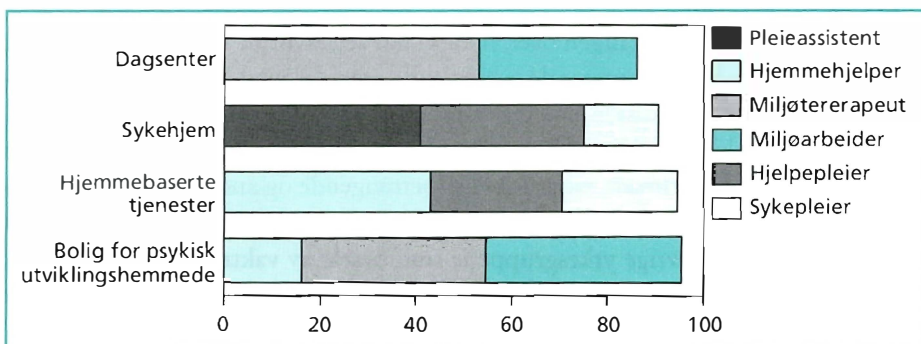
Den hjemmebaserte omsorgen i utvalget vårt består hovedsakelig av om lag 45 prosent hjemmehjelpere, 30 prosent hjelpepleiere og 25 prosent sykepleiere. I en av Oslos bydeler består denne tjenesten av 50 prosent hjemmehjelpere, 35 prosent hjelpepleiere og 15 prosent sykepleiere. (Pleieassistentene kommer i tillegg.) I utvalget vårt er sykepleierne trolig litt overrepresentert.

I utvalget er *Boligene for psykisk utviklingshemmede* bemannet med om lag 40 prosent miljøterapeuter og om lag 60 prosent miljøarbeidere (inkludert hjelpepleiere og pleieassistenter).

Dagsentrene er også overveiende representert ved miljøterapeuter (ca. 50 prosent) og miljøarbeidere (ca. 30 prosent). Ved begge arbeidsplassene er miljøarbeiderne noe underrepresentert.

I figur 5.3 er yrkesgruppenes arbeidststeder fremstilt grafisk. For oversiktens skyld, er kun de største gruppene for hver arbeidsplass tatt med. (Hvitt felt til høyre i hver søyle er arbeidsplasser hvor kun noen få fra den respektive yrkesgruppen arbeider.)

Figur 5.3 De viktigste yrkesgruppene på hver arbeidsplass. Prosentuert for hver arbeidsplass. N/alle=1483



Pasient- og brukergrupper

Hvilke pasient-/brukergrupper er representert i undersøkelsen? Vi har delt mulige tjenestemottakere i fem kategorier, basert på hva som forventes å inngå i en velutbygget kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Vi har spurt de ansatte om hvilke av disse gruppene de ofte, av og til eller aldri yter tjenester til. De fem gruppene er eldre hjelpetrengende (48), psykisk utviklingshemmede (45), personer med psykiske lidelser (25), personer med sosiale problemer (23) og fysisk funksjonshemmede (23). Tallene i parentes refererer til hvor mange ansatte som oppgir at de ofte yter tjenester til de respektive brukergruppene. I rapporten vil data om brukergruppene først og fremst bli brukt i analysen av de ansattes tidspress og andre arbeidsmiljøbelastninger og som indikator på hvor langt kommunene er kommet i integreringsarbeidet.

Alder

Gjennomsnittsalderen på de ansatte i utvalget er 44 år. Personer i yrkesgrupper med brukerrettet arbeid er yngst. Miljøterapeuter og barnehageassistenter har en gjennomsnittsalder på under 40 år. Renholdere og vaktmestere er i gjennomsnitt over 50 år. De øvrige befinner seg et sted i mellom (tabell i note⁵).

Alder og arbeidssted

Siden enkelte yrkesgrupper dominerer personalsammensetningen på de enkelte arbeidsplassene, vil yrkesgruppenes gjennomsnittsalder påvirke alderssammensetningen på arbeidsplassene. Ansatte som yter tjenester i hjemmene til psykisk utviklingshemmede brukere, har den laveste gjennomsnittsalderen (39 år), deretter følger ansatte i dagsentre for psykisk utviklingshemmede (40 år). Dette er ikke overraskende, tatt i betraktning av at disse tjenestene er av relativt ny dato og derfor har mange nyansatte, ofte også nyutdannede arbeidstakere (tabell i note⁶). Disse arbeidsstedene er fortrinnsvis bemannet med miljøterapeuter og miljøarbeidere; to yrkesgrupper med lav gjennomsnittsalder.

Alder og brukergruppe

På bakgrunn av gjennomgangen over, hvor vi har sett hvor de ulike yrkesgruppene arbeider og hvilke brukergrupper de overveiende arbeider med, kan vi dele omsorgsarbeiderne (barnehageassistenter holdt utenfor) i to. Omtrent 600 arbeider fortrinnsvis med psykisk utviklingshemmede. Her er gjennomsnittsalderen 39 år, mens om lag 900 arbeider primært med eldre hjelpetrengende og andre pasienter/brukere med fysiske avlastnings- og hjelpebehov. Her er gjennomsnittsalderen 44,5 år (tabell i note⁷). I de øvrige yrkesgruppene som består av vaktmestere, renholdere, barnehageassistenter og merkantilt ansatte, er gjennomsnittsalderen 46,5 år. Disse

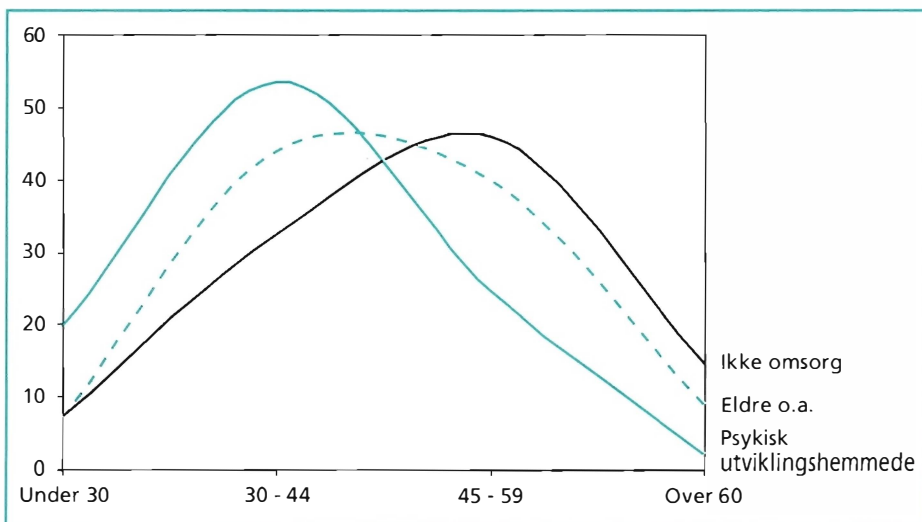
yrkene utgjør til sammen en gruppe vi kaller for «ikke-omsorgsutøvende» yrker. Barnehageassistentenes gjennomsnittsalder er 39 år. Hadde vi holdt disse utenfor, ville gruppen «ikke-omsorgsutøvende» hatt en gjennomsnittsalder på nesten 50 år.

I figur 5.4 har vi fremstilt aldersfordelingen hos de ansatte som arbeider mest med henholdsvis psykisk utviklingshemmede, mest med eldre hjelpetrengende (og andre grupper) eller i ikke-omsorgsutøvende yrker. Kurvene i figuren er jevnet ut for å få frem hovedlinjene. De faktiske tallene er gjengitt i note 7.

Selv om det er slik at de ansattes kjønn og alder kan påvirke arbeidsmiljøet, vil trekk ved arbeidsstedet eller brukerne (foruten arbeidets innhold og organisering) kunne komme til å bety mer. Ut over i rapporten vil vi behandle konkrete forhold som ofte har vært knyttet til kjønn eller alder, hvor vi i stedet vil fremholde at dette ikke er riktig. Her er et eksempel:

Av figur 5.1 ser vi at 35 prosent arbeider i bolig for psykisk utviklingshemmede. Vi vet også at det er her vi finner de yngste arbeidstakerne. Om det senere viser seg at de yngste er spesielt utsatt for bestemte arbeidsmiljøbelastninger, behøver ikke det å ha noe med alderen deres å gjøre. Det kan hende at den egentlige grunnen til problemet ligger i forhold knyttet til arbeidet med psykisk utviklingshemmede.

Figur 5.4 Aldersfordelingen blant ansatte som arbeider mest med psykisk utviklingshemmede, mest med eldre hjelpetrengende (og andre grupper) eller i ikke-omsorgsutøvende yrker. Prosent. N=2481

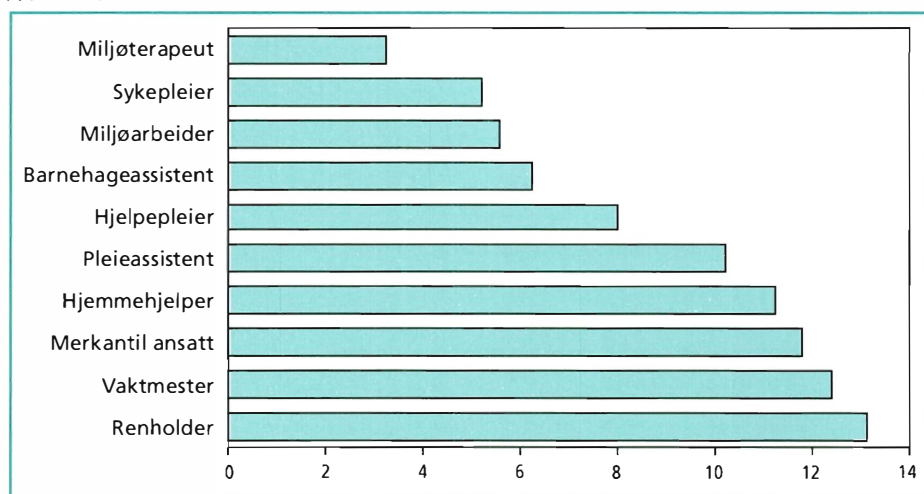


Ansiennitet

Det er store ansiennitetsforskjeller mellom yrkene. Ansienniteten følger i noen grad alder og yrke. Vaktmesterne og renholderne er både eldst og har lengst ansiennitet (gjennomsnitt på over tolv år), mens miljøterapeutene er både yngst og har kortest ansiennitet. I gjennomsnitt har miljøterapeutene om lag tre års ansiennitet, mens sykepleierne og miljøarbeiderne har om lag fem år (tabell i note⁸).

I de arbeidsområdene hvor de yrkesaktive har lang ansiennitet og relativt høy alder, finner vi nesten ingen med kort ansiennitet. Dette gjelder renholdere, vaktmestere, merkantilt ansatte og hjemmehjelpere, og kan tyde på at det er foretatt få rekrutteringer de siste årene. Utvalget vårt består kun av organiserte arbeidstakere, så en alternativ tolkning er at det har vært foretatt nyansettelser, men at de nyansatte ikke har organisert seg.

Figur 5.5 Gjennomsnittlig ansettelsestid blant arbeidstakere i 10 kommunale yrkesgrupper. År. N=2481



Noter

¹ I 1993 svarte 58 prosent av organiserte og 40 prosent av uorganiserte arbeidstakere i kommunene at de hadde deltatt i organisert opplæring i tilknytning til arbeidsplassen (Midsundstad 1994a).

² I utvalget vårt er flere kommunale yrkesgrupper utelatt, samtidig som noen av yrkesgruppene som er med, er overrepresentert i forhold til andre. Tallene er derfor ikke representative for utdannings sammensetningen i norske kommuner generelt.

³ Antall hjemmehjelpere, hjelpepleiere, pleieassistenter, sykepleiere, miljøterapeuter og miljøarbeidere som arbeider ved henholdsvis sykehjem, bolig for psykisk utviklingshemmede, øvrig hjemmebasert omsorg, kombinert på institusjon og i den hjemmebaserte omsorgen, ved dagsenter eller «annen arbeidsplass».

	Hjemme- hjelper	Hjelpe- pleier	Pleie- assistent	Syke- pleier	Miljø- terapeut	Miljø- arbeider	Sum
Sykehjem	12	76	91	35	4	5	223
Bolig for psykisk utviklingshemmede	4	83	17	2	196	210	512
Hjemmebasert omsorg	193	124	3	108	12	10	450
Kombinert	21	10	5	2	10	6	54
Dagsenter	1	3	2	3	34	21	64
Annet	8	6	7	69	48	42	180
Sum	239	302	125	219	304	294	1483

Opplysninger om kategorien «Annet» kan fås ved henvendelse til Fafo.

⁴ Andel sykepleiere, hjelpepleiere og pleieassistenter ved sykehjemmene. Undersøkelsene fra 1996 og 1993 tar utgangspunkt i faktiske personer (uten å se til stillingens størrelse). Sykehjemstallene er basert på hele hjemler (uten å se til antall personer bak hver hjemmel).

	1996 Egen undersøkelse	1993 Lønnslistene i 7 kommuner	Hjemmel97 avdeling A ved et sykehjem	Hjemmel97 avdeling B ved et sykehjem	Hjemmel97 avdeling C ved et sykehjem
Sykepleier	17	15	31	35	24
Hjelpepleier	38	40	50	55	48
Pleieassistent	45	45	19	10	28
Sum	100	100	100	100	100

⁵ Utvalgets alderssammensetning etter yrke. Prosent. N=2481

	Alder			
	Gjennomsnitt	Standardavvik	Minimum	Maksimum
Alle	44,0	10,7	20	73
Miljøterapeut	36,5	8,9	22	63
Barnehageassistent	39,0	9,5	22	66
Sykepleier	41,0	9,0	26	65
Miljøarbeider	41,5	9,3	20	67
Hjelpepleier	43,5	9,3	24	67
Pleieassistent	45,0	12,3	21	67
Merkantilt ansatt	46,5	9,3	22	68
Hjemmehjelper	48,5	9,0	24	68
Renholder	50,5	9,2	26	70
Vaktmester	52,5	10,0	26	73

⁶ Utvalgets alderssammensetning etter arbeidssted. Denne er påvirket av yrkessammensetningen ved hvert arbeidssted.

	Alder			
	Gjennomsnitt	Standardavvik	Minimum	Maksimum
Bolig for psykisk utviklingshemmede	39,0	9,5	20	67
Dagsenter	40,5	10,0	25	62
Annet, omsorg	41,5	9,8	23	68
Kombinert	43,0	10,0	24	65
Hjemmebasert omsorg	44,5	9,5	24	66
Sykehjem	45,0	10,9	21	67
Ikke-omsorg + barnehage	46,5	10,9	22	73

⁷ Aldersfordelingen blant ansatte som arbeider med psykisk utviklingshemmede, med eldre eller i ikke-omsorgsutøvende yrker. Prosent. N=2481

	Gjennomsnitt	Under 30	30–44	45–59	Over 60	Sum	N
Psykisk utviklingshemmede	39,0	19,9	53,5	24,6	2,0	100,0	609
Eldre og andre hjelpetrequende	44,5	7,1	44,0	40,0	8,9	100,0	886
Ikke omsorg + barnehage	46,5	7,3	32,6	45,8	14,3	100,0	987
Sum	44,0	256	1037	956	232	100,0	2481

⁸ Ansettelsestid blant arbeidstakere i 10 kommunale yrkesgrupper

	1	2–3	4–5	6–8	9–13	14–19	Over 20	Sum	Gjennomsnitt	Standardavvik	Maksimum
Miljøter	36,0	29,5	16,8	9,8	4,1	3,2	0,6	100	3,3	4,2	34,5
Sykepleier	21,0	22,0	18,3	16,4	13,2	7,3	1,8	100	5,2	4,8	22,1
Miljøarb	12,2	22,8	25,9	19,0	12,6	4,8	2,7	100	5,6	4,6	24,8
Barnehagea	14,0	18,6	14,3	23,7	20,4	7,2	1,8	100	6,2	4,8	26,2
Hjelpepl	7,6	1,9	24,2	19,2	17,5	13,6	6,0	100	8,0	6,1	29,5
Pleieass	8,0	12,0	10,4	16,0	19,2	24,0	10,4	100	10,2	7,4	35,2
Hjemmehj	3,3	5,9	10,0	13,8	33,6	23,8	9,6	100	11,2	6,5	43,7
Merkantil	0,9	8,7	8,3	15,1	29,4	24,3	13,3	100	11,8	6,7	33,6
Vaktmester	2,9	8,1	5,7	9,0	32,9	24,3	17,1	100	12,4	7,1	34,3
Renholder	4,3	8,6	5,0	12,1	22,5	25,7	21,8	100	13,1	7,8	36,2

Kapittel 6 Arbeidstid og deltidsomfang

I dette og i det neste kapitlet følger vi opp arbeidet fra rapporten *De små grå*. Begrepet *De små grå* fanger opp fire sider ved korttidsproblematikken.

- For det første siktes det til at mange stillinger er «små». Stillinger på 15–20 prosent av full tid eller mindre, er helt vanlig.
- For det andre siktes det til at mange av stillingene mangler skikkelige kontraktsforhold, derav betegnelsen «grå». Denne gruppen av arbeidstakere befinner seg i en uklar posisjon mellom å være ansatt og ikke-ansatt.
- For det tredje henspiller begrepet på at vi er inne på et område med store mørketall. Det er ikke bare den enkelte arbeidstaker som kan være i tvil om arbeidstakerstatusen sin. Statistikken på området er mangelfull, og selv ledere og lokale tillitsvalgte har problemer med å skaffe seg oversikt over de eksakte kontraktsforholdene. Dette gjelder helt ned på arbeidsplassnivået.
- Til sist viser begrepet «grå stillinger» til at noen stillinger er uten reell lønns-mottaker. Dette er en teknikk som kan brukes for å skaffe såkalte «frie lønns-midler». I stedet for å fylle stillinger med personer (og lønn) i henhold til vedtatte hjemler, spares de tildelte lønnsmidlene slik at de for eksempel brukes til å dekke mer akutte behov. I slike situasjoner benyttes ekstrahjelp med løse arbeidsavtaler.

De viktigste spørsmålene er:

- Hvor stort er omfanget av deltidsarbeid og små stillinger i ulike sektorer og blant ulike grupper av yrkesutøvere?
- Når er et arbeidsforhold a) normalt og tradisjonelt? b) normalt og fleksibelt? c) marginalt?
- Hvor stort er omfanget av ulike ansettelsesformer blant ulike grupper av yrkesutøvere?
- Fører ansiennitet gradvis til økt stillingsbrøk, fast ansettelse og fullverdige kontraktsforhold?
- Er det blitt færre «små og grå» ansettelsesforhold etter 1995?

Når er deltidsarbeid normalt, og når er det marginalt?

Deltidsarbeid kan være både normalt og marginalt. I sonderingen mellom et marginalt og et normalt arbeidsforhold legger vi vekt på både objektive forhold ved arbeidskontrakten som kontraktstype og stillingsstørrelse, og den enkelte arbeidstakers ønsker og oppfatninger. På samme måte som vi skiller mellom marginalt og normalt deltidsarbeid, skiller vi også mellom marginalt og normalt heltidsarbeid. De mest marginale arbeidsforholdene fremkommer når arbeidstaker både har mangelfull kontrakt og lav stillingsprosent (som ønskes utvidet). Motsetningen til disse arbeidstakerne, er kjernearbeiderne med full stilling eller høy deltidsprosent og fullverdig arbeidskontrakt. Mellom disse ytterpunktene kommer to grupper det er vanskeligere å definere. I den ene gruppen har arbeidstakeren fast ansettelse, men lav stillingsprosent. Når arbeidstakeren selv ønsker lav stillingsprosent, må det betraktes som et fullverdig ansettelsesforhold. I den andre gruppen har arbeidstakeren større stillingsprosent, men ofte uklare kontraktsforhold.

Deltidsarbeid behøver ikke være negativt, verken for arbeidsgiveren eller arbeidstakeren. I rapporten regner vi deltidsarbeid som normalt (og positivt) når det er regulert, og når det er ønsket. Da er arbeidstakeren fast ansatt med alle ordinære rettigheter, og stillingsprosenten tilfredsstillende ønskene til den ansatte.

Når vi skal vurdere kvaliteten på et ansettelsesforhold, legger vi vekt på tre ting. Er arbeidstakerne fornøyd med å ha jobber med små stillingsprosenter og/eller uten kontrakter? Er ledelsen tilfreds med alle småprosentene? Oppfatter partene at de har noen valg?

Tradisjonelle fleksible og marginale arbeidsforhold

Med utgangspunkt i de arbeidskontraktene yrkesutøverne har, kan vi dele de ansatte i tre grupper:

For det første er det ansatte som har et *tradisjonelt normalarbeidsforhold*. Disse har et ordnet og fast arbeidsforhold. De er fast ansatt på heltid og har samme arbeidstid hver dag. Lønn og arbeidstid er forutsigbart. Denne gruppen er ganske liten i kommunal sektor og utgjør om lag en firedel.

For det andre er det yrkesutøvere som har et *fleksibelt normalarbeidsforhold*. Disse har også et ordnet og regulert arbeidsforhold med forutsigbar arbeidstid og lønn. Her finner vi den typiske turnusarbeideren i helse- og sosialsektoren. Om lag halvparten av de kommunalt ansatte tilhører denne gruppen. Vi har valgt å kalle dette for et normalarbeidsforhold, fordi kontraktsforholdene stort sett tilfredsstillende lov- og avtaleverk. Det er lite ved arbeidets art som tilsier at man ikke skulle få disse arbeidsforholdene skikkelig kontraktfestet. Det fleksible normalarbeidsforholdet er

og må være, den mest utbredte organiseringsformen blant utøverne av helse- og sosialtjenester.

Den tredje og siste kategorien dekker arbeidstakere med et *marginalt arbeidsforhold*. Her er stillingsforholdet ufullstendig. Arbeidstid og lønn varierer på en uforutsigbar måte. Arbeidstakeren er enten ikke fast ansatt, har ikke skriftlig kontrakt eller har ingen avtalt arbeidstid.

Disse kriteriene er noe endret sammenliknet med de vi anvendte i *De små grå* i 1994. Dette fører til at andelen med marginale ansettelser i denne rapporten blir noe lavere.¹ Denne gangen problematiserer vi mer enn tidligere de ansettelsesforholdene som både arbeidsgiver og ansatt regner som fast, men hvor kontrakt ikke foreligger. Dette er en situasjon som med stor sannsynlighet vil føre den ansatte inn i en tilværelse som minstepensjonist. De forskjellige arbeidsforholdene er skjematisk vist i figur 6.1.

Figur 6.1 Inndeling av arbeidsforholdet

Tradisjonelt normalarbeidsforhold	Fleksibelt normalarbeidsforhold	Marginalt arbeidsforhold
Ordnet og fast arbeidsforhold på heltid. Fast og forutsigbar arbeidstid og lønn:	Ordnet arbeidsforhold med forutsigbar arbeidstid og lønn. Arbeidstiden kan variere:	Ikke fullstendig arbeidsforhold. Arbeidstid og lønn varierer:
skriftlig kontrakt	skriftlig kontrakt	ikke skriftlig kontrakt
og	og	eller
fast ansatt	fast ansatt i full stilling	ikke fast ansatt
og	med avtale om fast, varierende	eller
avtale om fast (samme) arbeidstid hver dag	og forutsigbar arbeidstid	ingen avtalt arbeidstid.
og	eller	eller
har 100%-stilling eller jobber mer enn 35 timer per uke	fast ansatt i redusert stilling	(er deltidsansatt og ønsker høyere stillingsprosent)

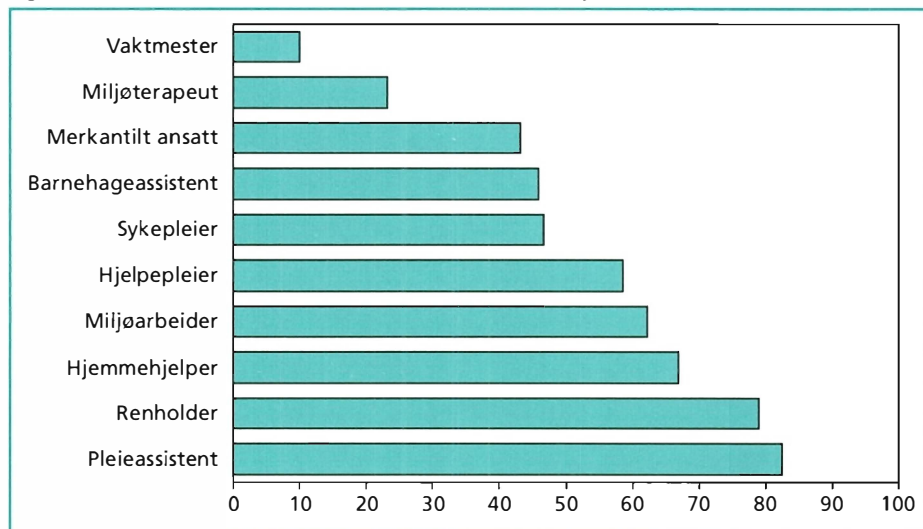
Halvparten arbeider deltid

Det er velkjent at det kommunale arbeidsmarkedet består av langt flere arbeidstakere enn årsverk.² Det er også velkjent at pleie- og omsorgsyrkene hvor kvinneandelen er høy, har særlig mange deltidsansettelser. Ser vi på hele den norske arbeidsstyrken, arbeidet 8,2 prosent av mennene og 44,0 prosent av kvinnene deltid i januar 1996

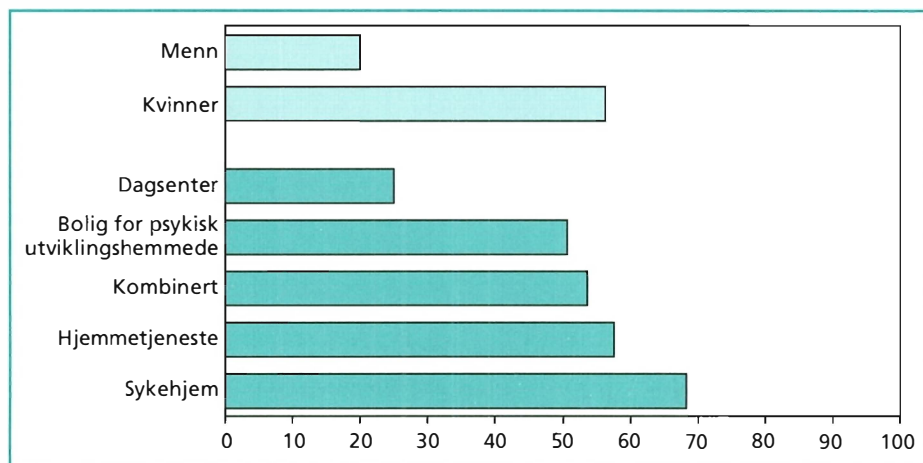
(SSB: Ukens Statistikk 20-21/1996). I kommunene arbeidet, i følge undersøkelsen vår, på samme tidspunkt 20,0 prosent av mennene og 56,4 prosent av kvinnene deltid (tabell i note³).

Deltidsandelen hos kvinner er altså tre ganger så høy som hos menn, og den er betydelig høyere i kommunal sektor enn i yrkeslivet for øvrig. Innen de kommunale yrkene varierer deltidarbeidet langt på vei med kvinneandelen innen den enkelte yrkesgruppen. Ansatte i helse- og sosialsektoren er oftere deltidansatt enn

Figur 6.2 Andel arbeidstakere som arbeider deltid, etter yrke. Prosent. N=2480



Figur 6.3 Andel arbeidstakere som arbeider deltid, etter kjønn og arbeidsplass. Prosent. N=2480



andre kommunalt ansatte. Dette gjelder også blant menn. I vår undersøkelse er den mannlige deltidsandelen i denne sektoren helt oppe i 34 prosent, mens SSB i første kvartal i år finner at den er på 35 prosent (tabell i note 3).

Figur 6.2 viser andel deltidsansatte i ulike kommunale yrkesgruppene (tabell i note⁴). Der ser vi at om lag 80 prosent av renholderne og pleieassistentene arbeider deltid. Hos hjemmehjelperne, miljøarbeiderne og hjelpepleierne er deltidsandelen på omkring 60 prosent. Dette er stort sett de samme yrkesgruppene hvor deltidsutbredelsen var størst også i 1994. Andelen deltidsansatte er mindre i 1996-utvalget enn i 1994-utvalget. Dette skyldes neppe at flere har begynt å arbeide heltid i løpet av disse årene. Forklaringen ligger antakelig i at vi i 1996-utvalget ikke har med uorganiserte, hvor vi vet at deltidsandelen er større. (Forholdet mellom organiserte og uorganisertes arbeidstid er kommentert sammen med tabell 6.1.)

I utvalget vårt finner vi den laveste deltidsandelen hos vaktmestrene (ti prosent), hvor også kvinneandelen er lav (tre prosent). Blant de kvinnedominerte yrkene utmerker miljøterapeutene seg med lav deltidsandel. Om lag 25 prosent arbeider deltid, hvilket er halvparten så mange som blant sykepleierne. Innenfor den gruppen vi har definert som miljøterapeuter, har pedagogene, sosionomene og de universitetsansatte omtrent samme deltidsprofil som sykepleierne. Vernepleierne jobber oftest heltid. En mulig grunn er at mange av dem har stillinger som boveiledere eller er i liknende lederstillinger, og at dette ansvaret best ivaretas med full stilling. Selv om sykepleierne og de andre høyskoleutdannede også har ansvarsfulle stillinger, går mange av dem i turnus med mer faglig enn personalmessig ansvar. Blant vernepleierne er deltidsprosenten likevel lavest (8,5 prosent) hos dem som arbeider ved dagsentrene. Dette er rimelig om en tar organiseringen av arbeidet og den begrensede åpningstiden i betraktning. Deltidsandelen varierer noe mellom de ulike arbeidsstedene, slik det vises i figur 6.3.

To av tre sykehjemsansatte arbeider deltid. Dette gjelder særlig pleieassistentene. I utvalget av sykehjemsansatte er disse overrepresentert. Men selv når dette tas hensyn til, vil over 60 prosent av de sykehjemsansatte ha reduserte stillinger. Tar vi de uorganiserte med i betraktning, vil vi raskt nærme oss en deltidsandel på over 70 prosent (tabell i note 5).

Figur 6.3 bekrefter den store forskjellen i arbeidstiden mellom mannlige og kvinnelige arbeidstakere. Likeledes ser vi at ansatte ved dagsentre, uavhengig av stilling og utdanning, sjeldnere arbeider deltid enn andre i omsorgssektoren.

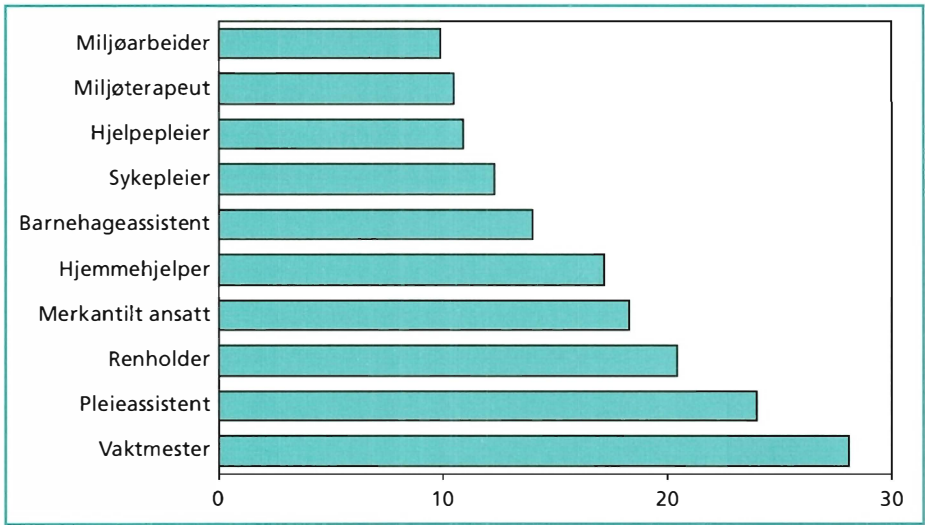
Ikke alle har avtalt arbeidstid

Vi har spurt arbeidstakerne om både avtalt og faktisk arbeidstid. 388 personer, eller 15,5 prosent av de spurte, oppgir at de ikke har avtalt arbeidstid. Gjennomsnittlig ukentlig arbeidstid for arbeidstakere uten arbeidstidsavtale er 29,2 timer. Det dreier

seg med andre ord om betydelige arbeidsforhold, de aller fleste med et godt grunnlag for pensjonsrettigheter. Figur 6.4 viser andelen arbeidstakere innen de ulike yrkesgruppene, som ikke har avtalt arbeidstid.

Hver fjerde vaktmester (28 prosent) har ikke avtalt arbeidstid. Med dette er *vaktmesterne* den yrkesgruppen som oftest oppgir at de ikke har avtale om arbeidstid (figur 6.4). Denne gruppen har gjennomsnittlig 34 timers arbeidsuke, hvilket bare er halvannen time mindre enn de vaktmesterne som har arbeidstidsavtale. 80 prosent av vaktmesterne som oppgir at de ikke har noen avtale om arbeidstid, oppgir like fullt at de arbeider heltid. Vi så at vaktmesterne er den yrkesgruppen hvor færrest

Figur 6.4 Andel arbeidstakere som ikke har avtalt arbeidstid, etter yrke. Prosent. N=2480



Tabell 6.1 Gjennomsnittlig arbeidsuke for kvinner og menn i ti kommunale yrker, rangert etter antall timer per uke. Prosent. N=2480. Tallene i parentes er basert på svært få enheter.

	Alle	Kvinner	Menn	Minimum	Maksimum
Vaktmester	35,5	(34,2)	35,5	1	52
Miljøterapeut	33,3	33,4	32,9	1	50
Sykepleier	32,4	32,2	(37,3)	9	50
Barnehageassistent	31,2	31,2	32,8	1	48
Merkantilt ansatt	31,1	30,9	33,5	1	45
Hjelpepleier	29,4	29,2	(32,1)	1	50
Miljøarbeider	28,5	28,1	30,2	2	47
Hjemmehjelp	26,6	26,5	(36,5)	1	64
Pleieassistent	25,9	26,0	(24,4)	3	40
Renholder	25,3	25,3	(28,0)	1	42
Alle	30,1	29,4	33,9	1	64

oppgir at de jobber deltid. Dette viser at mange som regner seg som heltidsansatte, ikke har arbeidstidsavtale, mens mange av de deltidsansatte har det. Dette kan bety at de jobber full stilling uten at dette er formalisert i en arbeidsavtale, eller at man kan ha avtalefestet en bestemt stillingsbrøk, med en mer fleksibel arbeidstid ut over dette («etter behov»). Her er det selvfølgelig også mulig at disse arbeidstakerne har arbeidsavtale, men ikke har brydd seg med å sjekke den konkrete ordlyden, eller at de rett og slett har glemt det. Miljøarbeidere og miljøterapeuter er de gruppene hvor arbeidstidsavtaler foreligger hyppigst. Det gjelder ni av ti arbeidstakere.

Fortsatt mange små stillinger

Gjennomsnittlig ukentlig arbeidstid for hele utvalget er 30,1 timer. Blant de som har avtalt arbeidstid, er sju prosent ikke i stand til å tallfeste den avtalte arbeidstiden.

Noe over halvparten av de ansatte (58 prosent) oppgir at avtalt og faktisk arbeidstid er lik. Forskjellene mellom avtalt og faktisk arbeidstid ser ut til å være ganske små. I gjennomsnitt er avtalt arbeidstid 30,4 timer per uke, mens faktisk arbeidstid for samme gruppe er 30,3. Det kan selvfølgelig skjule seg store variasjoner bak slike gjennomsnittstall, men vi har ingen grunn til å tro at særlig mange arbeider mindre enn avtalt.

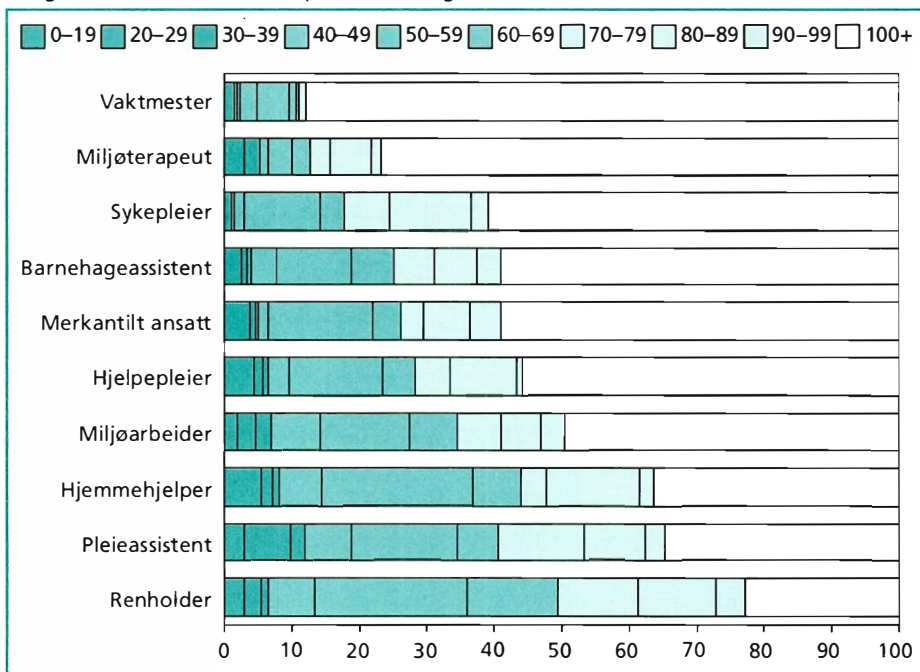
Tabell 6.1 viser gjennomsnittlig, faktisk arbeidstid for ansatte med og uten arbeidstidsavtale. Fortsatt er det en gruppe på omtrent sju prosent som arbeider slik at de ikke er i stand til å oppgi ukentlig arbeidstid. Disse er holdt utenfor.

For de fleste yrkesgruppene er den rapporterte arbeidstiden noe høyere enn i 1993 (*De små grå: tabell 4.2*). De gruppene som den gang hadde kortest arbeidstid, har økt mest. Den mest naturlige forklaringen på dette er at vi i 1996 kun har med organiserte arbeidstakere. I 1993 inngikk også uorganiserte i utvalget. Disse hadde da om lag sju timer kortere arbeidsuke enn de organiserte (tabell i note⁵). Den gangen hadde de uorganiserte i undersøkelsen 23,7 timers arbeidsuke mot 30,4 timer for de organiserte. Det er derfor ikke grunnlag for å si at gjennomsnittlig arbeidstid har økt. Data fra Statistisk Sentralbyrå (AKU) viser at arbeidstiden snarere er redusert enn økt fra 1993 til 1996 (tabell i note⁶).

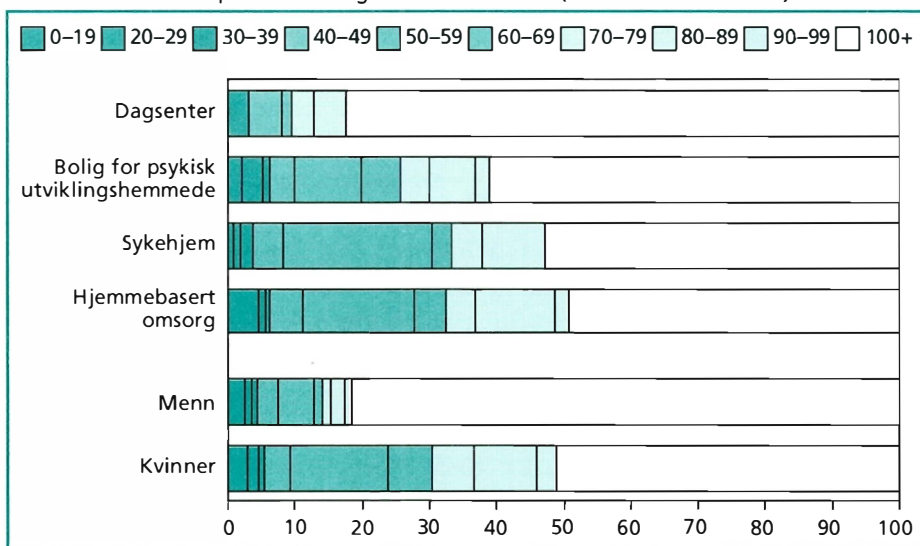
De største stillingsbrøkene finner vi naturlig nok der det er flest heltidsansatte, altså blant vaktmestere og miljøterapeuter. Menn har stort sett høye stillingsbrøker. Det samme gjelder ansatte under 30 år. I omsorgssektoren er store stillingsbrøker mest vanlig blant personell som arbeider på dagsentrene.

Mer interessant er kanskje fordelingen av små stillinger. Både fra arbeidsgiverhold og fra de ansattes organisasjoner er det uttrykt ønske om å redusere omfanget av små stillinger. Jo mindre stillingsbrøk, jo mindre vil den ansatte være integrert i arbeidsfellesskapet i avdelingen. Kjennskapet til kollegaene og brukerne blir minimalt. Arbeidsoppgavene endres stadig, i takt med endringer i

Figur 6.5 Andel arbeidstakere med ulike stillingsprosent i ti kommunale yrkesgrupper. Rangert etter andel med 100 prosent stilling. Prosent. N=2480. (Tabell i note⁷)



Figur 6.6 Andel arbeidstakere med ulike stillingsprosent etter arbeidsplass og kjønn. Rangert etter andel med 100 prosent stilling. Prosent. N=2480. (Tabell i note i note 7.)



brukersammensetningen. For arbeidstakere i små stillinger er det vanskelig å være tilstrekkelig oppdatert. Det er også vanskelig å oppnå og opprettholde tilstrekkelig kontakt med brukerne. I vedvarende tjenester, slik kommunene yter, er denne kontakten svært viktig. Ikke minst gjelder dette i forhold til psykisk utviklingshemmede brukere.

Videre vil ansatte i små stillinger vanskelig ha tilstrekkelig oversikt over arbeidsfeltet (konkrete brukerbehov) til å kunne gå optimalt inn i de varierende oppgavene avdelingen stadig står overfor. For arbeidsmiljøet er det neppe gunstig med for mange ansatte i små stillinger. Og ifølge arbeidstakerorganisasjonene, er de minste stillingsprosentene heller ikke ønskelig for den enkelte arbeidstaker. Selv om alle partene, inklusive brukerne, helst så at de minste stillingene forsvant, er de likevel ganske utbredt. Figur 6.5 viser at små stillinger forekommer hyppigst blant pleieassistenter, hjemmehjelpere og renholdere.

Figur 6.6 viser for det første at små stillinger er vanligere blant kvinner enn blant menn, og for det andre at det er færre små stillinger ved dagsentrene enn ved de andre arbeidsplassene å pleie- og omsorgssektoren. Disse forskjellene kan ha med yrkessammensetningen i utvalget å gjøre. Dersom vi sammenlikner stillingsstørrelsene hos menn og kvinner som arbeider i pleie- og omsorgssektoren, blir forskjellene litt mindre enn det som kommer frem i figur 6.6. Mens over 80 prosent av mennene i hele utvalget arbeider i full stilling, gjelder dette for knapt 70 prosent av de mennene som arbeider i pleie- og omsorgssektoren. For kvinnene slår ikke arbeidssted nevneverdig ut.

Forskjellen mellom dagsentrene og de andre arbeidsplassene i pleie- og omsorgssektoren holder, også når vi kontrollerer for yrke. Det vil si at ved dagsentrene arbeider både miljøterapeuter og miljøarbeidere oftere heltid enn kollegene som arbeider i boliger for psykisk utviklingshemmede.

Ønsker lenger arbeidstid?

Vi har spurt de deltidsansatte om de er fornøyd er med arbeidstiden. Da vi spurte om de ønsket utvidet arbeidstid, var ikke det et spørsmål om normalarbeidsdagens lengde, men om den stillingsprosenten de selv har. Resultatene er vist i figur 6.7.

Blant de som arbeider deltid, ønsker 34,5 prosent lenger arbeidstid. Dette er omtrent en like stor andel som for tre år siden (tabell i note⁸). Hver tredje deltidsansatt ønsker altså lenger arbeidstid, mens to av tre er fornøyd.

Yrke

De som velger deltidsprosenten selv, er rimeligvis mest fornøyd. Muligheten til å styre dette varierer med yrke. Sykepleierne og miljøterapeutene er de to eneste yrkesgruppene i utvalget som fordrer høyskoleutdanning og som i dag opplever et

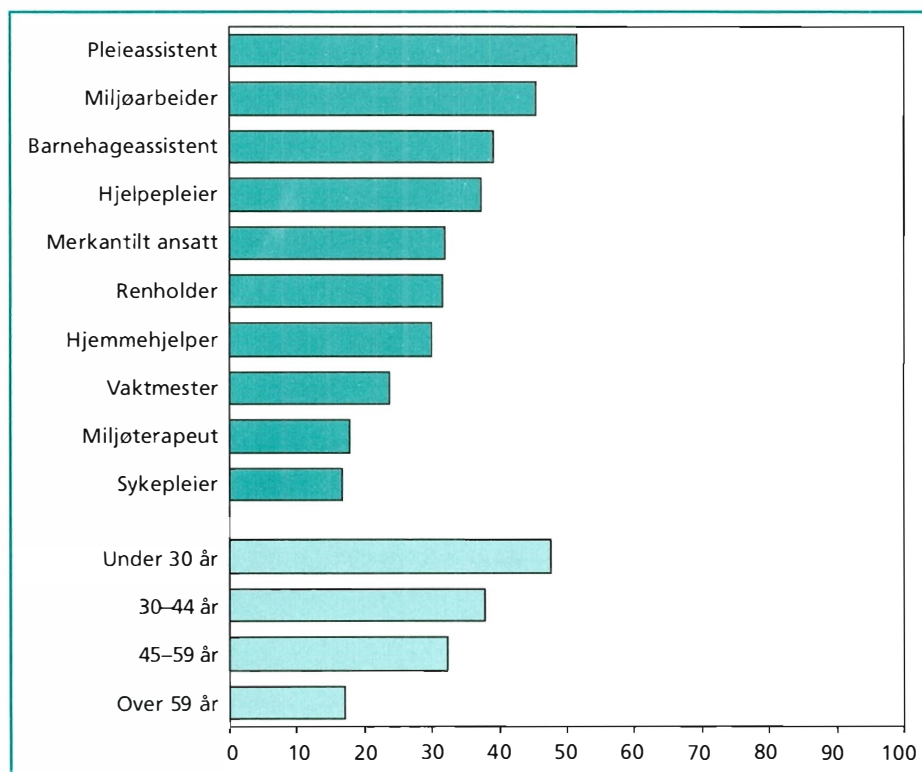
arbeidsmarked hvor tilgangen på jobb er enkel. Mange kommuner sliter med å få dekket nettopp stillingsområdene deres. Sykepleierne og miljøterapeutene kan derfor til en viss grad selv velge hvor mye de vil jobbe. Det er derfor ikke så rart at fire av fem deltidsansatte sykepleiere og miljøterapeuter er fornøyde med stillingsprosenten.

Vi har sett at pleieassistentene er den yrkesgruppen hvor små stillinger er mest utbredt. De utgjør også den yrkesgruppen hvor flest ønsker utvidet arbeidstid; over halvparten av de deltidsansatte ønsker å arbeide mer. Blant deltidsansatte pleieassistenter under 30 år, ønsker tre av fire økt stillingsprosent. Gjennomsnittsalderen blant pleieassistenter er 45 år, så forklaringer om at deltidsarbeidende pleieassistenter stort sett er studenter og skoleelever som ønsker å jobbe på si, har med andre ord begrenset gyldighet.

Alder

Alder har derimot større betydning. Halvparten av deltidsansatte under 30 år ønsker økt arbeidstid (tabell i note⁹). Det samme gjelder nesten hver tredje i aldersgruppen 30-59 år, mens det kun gjelder hver sjettede over 60 år. Det viser at jo yngre

Figur 6.7 Andel deltidsansatte som ønsker utvidet stillingsprosent etter yrke. Prosent. N=1262, alle deltidsansatte



en er, jo større er ønsket om utvidet arbeidstid. Trekker vi med de heltidsansatte i dette bildet, utgjør andelen ansatte i de samme aldersgruppene som ønsker utvidet arbeidstid, henholdsvis 20, 18 og ni prosent.

Deltidsansatte hjemmehjelpere og renholdere er to yrkesgrupper som befinner seg «midt på treet» (figur 6.7). En tredel vil ha lenger arbeidstid, og to tredeler er fornøyd med arbeidstiden. Ser vi på ønsket arbeidstid hos disse yrkesutøverne i kombinasjon med alder, kommer det frem at bare 15 prosent av deltidsansatte over 60 år ønsker utvidet stillingsbrøk, mens nesten 50 prosent i aldersgruppen 30-44 år gjør det samme. Ansatte i aldersgruppen 45-59 år ligger midt i mellom, som gjennomsnittet for gruppen(e).

Stillingsprosent

De fleste deltidsansatte har en stillingsprosent på mellom 50 og 80. To tredeler av disse er tilfreds med arbeidstiden. Blant de med lavere stillingsandeler, er tilfredsheten med arbeidstiden mindre. Om lag halvparten ønsker den utvidet. Tallene er gjengitt i note 9. To grupper påkaller oppmerksomheten spesielt, nemlig ansatte med de høyeste og de laveste stillingsandelene.

Det er ikke mange som har stillinger som er under 20 prosent. Men blant disse er faktisk et knapt flertall fornøyd med arbeidstiden sin. Denne gruppen består for det meste av eldre hjemmehjelpere og renholdere.

Hjelpepleiere, miljøarbeidere og pleieassistenter er yrkesgrupper hvor over 40 prosent av deltidsansatte med mer enn 100 prosent arbeidsuke ønsker å arbeide mer. Dette forholdet betyr ikke nødvendigvis at alle disse ønsker å jobbe mer enn 100 prosent stilling. Svaret kan like gjerne være at de ønsker å formalisere den arbeidstiden de rent faktisk har, slik at kontraktsfestet arbeidstid økes og kommer nærmere full stilling.

Enkelte arbeidsgivere vi har hatt kontakt med, melder om enkelte gjenganger som tar ekstravakter ut over full stilling eller arbeider i ferien. Det oppdages når lønningskontor og linjeledere for ulike virksomheter i kommunen/bydelen, sammenholder opplysningene sine. Men våre tall kan ikke brukes til å dokumentere nøyaktig hvor utbredt dette er.

Generelt øker andelen som ønsker å jobbe mer enn full stilling, parallelt med hvor ung den deltidsansatte arbeidstakeren er. Men uansett stillingsprosent, yrke, kjønn og alder, er andelen kommunalt ansatte som melder om behov for utvidet arbeidstid, stor. Dette gjelder omkring 35 prosent av de deltidsansatte. De heltidsansatte er ikke spurt. Men hvis vi antar at de færreste av disse ønsker utvidet arbeidstid (med tilsvarende lønnsøkning), ender vi opp med at omkring 15 prosent av kommuneansatte ønsker å arbeide mer. I pleie- og omsorgssektoren er tallet nærmere 20 prosent.¹⁰

Noter

¹ Midlertidige engasjementer med varighet over tre måneder ble tidligere definert som *fleksible normalarbeidsforhold*. I denne rapporten defineres alle midlertidige engasjementer som *marginale arbeidsforhold* i henhold til Arbeidsmiljøloven. Den andre endringen skyldes en teknisk feil i forbindelse med datainnsamlingen, som har medført at undersyssettelseting ikke kan trekkes inn som grunnlag for å klassifisere et arbeidsforhold som marginalt.

² I følge KS utførte 292 954 kommunale arbeidstakere til sammen 226 159 årsverk i 1994 (eksklusive Oslo). Kilde: KS: Lønns- og personalstatistikk for kommunale arbeidstakere, PAI-94, tabell 2. Tallet på arbeidstakere er for lavt, idet PAI kun registrerer «arbeidstakere i fastlønnte stillinger» og «timelønnte som arbeider minst 14 timer per uke. Vikarer og ekstrahjelp skal ikke være med. Engasjementer som varer mindre enn seks måneder skal (heller) ikke være med».

³ Andel heltidsansatte menn og kvinner i hele arbeidsstyrken og i norske kommuner i 1996

	Kjønn	I alt	Heltid	Deltid	Deltidsandel
Fafo-96	Menn	380	304	76	20,0
Kommunalt ansatte	Kvinner	2 101	915	1186	56,4
Fafo-96	Menn	151	100	51	33,8
Ansatte i kommunens helse- og sosialtjeneste	Kvinner	1611	737	874	54,3
Hele arbeidsstyrken	Menn 25–66	991 000	910 000	81 000	8,2
SSB/AKU januar-96	Kvinner 25–66	841 000	471 000	370 000	44,0
Alle kommunalt ansatte	Menn	101 000	85 000	16 000	15,8
SSB/AKU, januar 1996	Kvinner	272 000	126 000	144 000	52,9
Ansatte i kommunens helse- og sosialtjeneste	Menn	23 000	15 000	8 000	34,8
SSB/AKU, januar 1996	Kvinner	173 000	70 000	101 000	58,4
Hele arbeidsstyrken	Menn	1 102 000	991 000	104 000	10,1
SSB/AKU 1994	Kvinner	932 000	497 000	432 000	46,7
Alle kommunalt ansatte	Menn	98 000	86 000	12 000	12,2
SSB/AKU 1994	Kvinner	266 000	127 000	138 000	52,1
Ansatte i kommunens helse- og sosialtjeneste	Menn	22 000	16 000	6 000	27,3
SSB/AKU 1994	Kvinner	173 000	74 000	98 000	56,5
Hele arbeidsstyrken	Menn	1 095 000	984 000	99 000	10,1
SSB/AKU 1991	Kvinner	914 000	476 000	432 000	47,9

Mens deltidsandelen hos kvinner i 1996 i AKU er høyere hos ansatte i helse- og sosialtjenestene enn i den øvrige kommunale virksomheten, gjelder dette ikke i vårt utvalg. Det skyldes at gruppen kvinnelige renholdere, hvor deltidsandelen er høy, er overrepresentert i utvalget vårt av ansatte utenfor helse- og sosialtjenesten.

⁴ Andel arbeidstakere som arbeider deltid, etter yrke, type arbeidssted, alder og kjønn.
Prosent. N=2480

	Deltidsandel
Pleieassistent	82,4
Renholder	78,9
Hjemmehjelper	66,9
Miljøarbeider	62,2
Hjelpepleier	58,6
Sykepleier	46,6
Barnehageassistent	45,9
Merkantilt ansatt	43,1
Miljøterapeut	23,2
Vaktmester	10,0
Kvinner	56,4
Menn	20,0
Sykehjem	68,2
Hjemmebasert omsorg	57,6
Kombinert	53,7
Bolig for psykisk utviklingshemmede	50,6
Annet	45,6
Dagsenter	25,0
Over 59 år	55,6
45–59 år	50,5
30–44 år	52,2
Under 30 år	42,6

⁵ Gjennomsnittlig, ukentlig arbeidstid for kommunalt ansatte i 1993 etter fagorganisering (Moland, 1994)

	Timer
Hele utvalget	29,2
Fagorganiserte	30,4
Uorganiserte	23,7

⁶ Gjennomsnittlig arbeidstid i hele arbeidsstyrken, i kommunal sektor og innen helse- og sosialtjenestene for kvinner og menn i 1994 og 1996

Kjønn	Arbeidsstyrke	1996	1994
Menn	Hele arbeidsstyrken	39,7	40,0
	Alle kommunalt ansatte	36,3	36,2
	Kommunale helse- og sosialtjenester	33,3	33,7
Kvinner	Hele arbeidsstyrken	30,1	30,3
	Alle kommunalt ansatte	29,0	29,2
	Kommunale helse- og sosialtjenester	27,9	28,3

⁷ Andel arbeidstakere i hver yrkesgruppe gruppert etter stillingsprosent. Rangert etter andel med 100 prosent stilling

	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100+	Sum
Yrke											
Renholder	2,9	2,5	1,1	6,9	22,5	13,5	12,0	11,3	4,4	22,9	100,0
Pleieass	3,0	6,9	2,0	6,9	15,8	5,9	12,9	8,9	3,0	34,7	100,0
Hjemmehj	5,4	1,8	0,9	6,3	22,4	7,2	3,6	13,9	2,2	36,3	100,0
Miljøarb	1,9	2,7	2,3	7,4	13,2	7,0	6,6	5,8	3,5	49,6	100,0
Hjelpepl	4,4	1,2	0,8	3,2	13,9	4,8	5,2	9,9	0,8	55,8	100,0
Merkantil	3,7	0,9	0,5	1,4	15,4	4,2	3,3	7,0	4,7	58,9	100,0
Barnehagea	2,6	0,7	0,7	3,7	11,2	6,3	6,0	6,3	3,4	59,0	100,0
Sykepleier	0,0	1,0	0,5	1,5	11,2	3,6	6,6	12,2	2,5	60,9	100,0
Miljøter	2,9	2,3	0,0	1,3	3,6	2,6	2,9	6,1	1,6	76,7	100,0
Vaktmester	1,4	0,5	0,5	2,4	4,8	1,0	0,5	1,0	0,0	87,9	100,0
Alder											
Over 59 år	1,3	1,8	0,9	5,8	20,6	6,3	6,7	8,0	2,2	46,4	100,0
45-59 år	2,9	1,1	0,8	4,4	13,9	5,5	5,4	9,7	2,9	53,4	100,0
30-44 år	3,3	1,9	0,8	3,3	12,2	6,0	5,9	8,0	2,7	55,9	100,0
Under 30 år	2,6	4,3	1,3	3,9	6,8	5,2	4,7	3,0	1,3	66,9	100,0
Kjønn											
Kvinner	2,9	1,7	0,8	4,0	14,5	6,6	6,1	9,4	2,9	51,1	100,0
Menn	2,5	1,1	0,8	3,0	5,5	1,1	1,4	1,9	1,1	81,6	100,0
Arbeids plass											
Sykehjem	0,9	0,9	1,9	4,6	22,2	2,8	4,6	9,3	0,0	52,8	100,0
Bolig for ps	2,0	3,1	1,1	3,8	9,8	5,8	4,5	6,7	2,2	61,0	100,0
Hjemmeb	4,5	1,0	0,8	4,8	16,7	4,8	4,3	11,8	2,0	49,3	100,0
Kombinert	9,3	2,3	0,0	7,0	4,7	4,7	2,3	9,3	4,7	55,7	100,0
Dagsenter	3,2	0,0	0,0	0,0	4,8	1,6	3,2	4,8	0,0	82,4	100,0
Annet	1,8	1,8	0,6	2,4	7,2	6,0	8,4	11,5	3,6	56,7	100,0

⁸ «Avtalt arbeidstid» mot «ønsker lenger arbeidstid» fra 1993-undersøkelsen (Moland, 1994)

Ønsker lenger arbeidstid?

		Ja	Nei	Sum
Avtalt arbeidstid	under 35t	29,9	70,1	100,0
	35 t +	8,6	91,4	100,0

⁹ Ønsker deltidsansatte lenger arbeidstid? N/1996=1262. N/1993=829. Kun svar fra fagorganiserte

	1996			1993	
	Ja	Nei	Vet ikke	Sum	Ja
Sykepleier	16,7	81,4	2,0	100,1	12,5
Miljøterapeut	17,8	78,1	4,1	100,0	28,6
Vaktmester	23,8	76,2	0,0	100,0	33,3
Hjemmehjelper	30,0	66,9	3,1	100,0	22,0
Renholder	31,7	63,8	4,5	100,0	31,5
Merkantilt ansatt	31,9	67,0	1,1	100,0	32,5
Hjelpepleier	37,3	55,9	6,8	100,0	27,0
Barnehageassistent	39,1	57,0	3,9	100,0	34,2
Miljøarbeider	45,4	51,4	3,3	100,1	50,0
Pleieassistent	51,5	48,5	0,0	100,0	36,8
Menn	39,5	60,6	0,0	100,1	40,0
Kvinner	34,1	62,1	3,7	99,9	28,9
Under 30 år	47,7	47,7	4,6	100,0	52,1
30–44 år	37,9	58,8	3,3	100,0	28,6
45–59 år	32,3	64,0	3,7	100,0	34,5
Over 59 år	17,1	80,6	2,3	100,0	10,8
Sum	34,5	62,0	3,5	100,0	29,2
1–19	39,5	52,6	7,9	100,0	-
20– 29	52,6	42,1	5,3	100,0	-
30– 39	50,0	44,4	5,6	100,0	-
40– 49	34,8	65,2	0,0	100,0	-
50– 59	32,4	64,2	3,4	100,0	-
60– 69	32,8	64,1	3,1	100,0	-
70–79	36,5	58,7	4,8	100,0	-
80– 89	29,0	68,0	3,0	100,0	-
90– 99	34,9	62,8	2,3	100,0	-
100 +	29,7	66,1	4,2	100,0	-

¹⁰ For å beregne antallet eller andelen kommunalt ansatte som ønsker økt stillingsprosent, tar vi utgangspunkt i SSBs tall fra AKU 1996 som er gjengitt i tabellen i note 3. Ifølge SSB arbeidet 160 000 av i alt 373 000 kommuneansatte deltid. Hvis 35% av de deltidsarbeidende ønsker utvidet stilling, utgjør dette 56 000 arbeidstakere, som tilsvarer en andel på 15 prosent. I pleie- og omsorgssektoren, hvor deltidsandelen er høyere, vil andelen som ønsker utvidet stilling, være på 18,5 prosent.

Kapittel 7 Ansettelsesformer

Enkelte arbeidsoppgaver er av en slik art at de ikke kan løses innenfor rammen av normalarbeidsdagen. Store deler av kommunens pleie- og omsorgstjenester er mer eller mindre døgkontinuerlige og fordrer naturlig nok fleksible arbeidstidsordninger. Dette innebærer imidlertid ikke at løse kontraktsforhold også er nødvendig.

I 1994 dokumenterte vi at omfanget av små og grå stillinger i kommunal sektor var stort. Utbredelsen av midlertidige engasjementer, arbeidsforhold uten ansettelseskontrakt, og arbeidsforhold uten avtale om arbeidstid var stort, særlig i enkelte yrkesgrupper. Siden den gang er Arbeidsmiljølovens bestemmelser om bruk av midlertidige engasjementer innskjerpet. Likeledes inneholder loven nå et krav om at alle arbeidstakere skal ha skriftlig ansettelseskontrakt.

Det har vært mye oppmerksomhet om disse spørsmålene i Arbeidsmiljøloven. Flere fagforbund har gjort en innsats for å redusere andelen marginale arbeidsforhold. Presseoppslag hvor kommuner har avdekket store tall på midlertidige arbeidsforhold, har vært mange.

Vi har nå gjentatt noen av de samme spørsmålene som ble stilt i 1993. Spørsmålet er om arbeidet som har vært gjort for å redusere omfanget av marginale ansettelsesforhold, og lovendringene fra 1995, har medført endringer som lar seg måle på nasjonalt nivå. Før vi går igjennom resultatene, skal vi peke på betydningen av at 1996-utvalget kun har med organiserte arbeidstakere, mens 1993-utvalget også hadde med uorganiserte arbeidstakere.

Forholdet mellom organiserte og uorganiserte arbeidstakere

I 1993 hadde vi med både organiserte og uorganiserte arbeidstakere. I 1996-utvalget er alle informantene organiserte. Andelen «marginaliserte» arbeidstakere var i 1993 omtrent tre ganger så høyt blant uorganiserte som blant organiserte. Dette betyr at andelen marginaliserte i 1996-utvalget ville vært høyere dersom også uorganiserte var med. For å kunne sammenlikne mellom 1993 og 1996, har vi tatt ut de uorganiserte fra 1993-utvalget. Dette reduserer andelen med marginalt arbeidsforhold med om lag fem prosentpoeng.

De undersysselsatte

Arbeidstakere som har en stillingsprosent som de selv mener er for lav, og som har bedt arbeidsgiver om å få denne økt uten at det er skjedd, regnes som

undersysselsatte. I 1993-utvalget inngikk disse i definisjonen på å ha et marginalt arbeidsforhold. I 1996-undersøkelsen skulle de som var misfornøyd med stillingsprosenten, ha blitt spurt om de hadde forsøkt å få denne forhøyet. Dessverre falt dette spørsmålet bort. Det betyr at vi ikke har sammenliknbare tall på undersyssetting. For å kunne sammenlikne arbeidsforholdene i 1993 og 1996 har vi derfor endret litt på definisjonen av «marginalt arbeidsforhold», slik at spørsmålet om undersyssetting ikke er med. Dette reduserer andelen med marginalt arbeidsforhold med nesten ti prosentpoeng.

Midlertidig ansatte

I 1993-undersøkelsen definerte vi arbeidstakere med et skriftlig, midlertidig arbeidsforhold inn i gruppen «fleksibelt normalarbeidsforhold». Dette er nå endret slik at de kategoriseres i gruppen «marginalt arbeidsforhold». For sammenlikningens skyld er dette gjort i datasettene fra både 1993 og 1996.

Yrkesgruppene i utvalget

I 1996-undersøkelsen er informanter fra ti yrkesgrupper representert. I 1993 hadde vi med noen flere. De yrkesgruppene som var med den gangen og som ikke er med nå (Brann/redning, El/kraft, Førskolelærere, Kirkelig ansatte), er tatt ut av 1993-materialet av hensyn til sammenliknbarheten.

Alt i alt fører disse forholdene til at tallene for arbeidstakere med et marginalt arbeidsforhold av rent metodemessige grunner ligger minst ti prosent under de tallene som ble presentert i rapporten *De små grå* (Moland 1994).

Mangelfulle kontrakter

Ifølge Arbeids- og Bedriftsundersøkelsen i 1989 (ABU) hadde 89 prosent av arbeidstakerne i Norge fast ansettelse, fire prosent var midlertidig ansatt, fem prosent var ansatt som vikarer eller ekstrahjelpere, mens to prosent hadde en annen eller ukjent, tilknytningsform (Torp 1990).

I en undersøkelse Statistisk Sentralbyrå (SSB) har gjort for LO, oppgav 83 prosent av de spurte at de hadde fast stilling (LO 1994). Disse tallene er i god overensstemmelse med de tallene vi har fått gjennom våre om lag 2500 telefonintervjuer.

I *De små grå* hvor vi benyttet personer fra SSBs Arbeidskraftsundersøkelse (AKU), oppgav 87,3 prosent av de kommunalt ansatte at de hadde fast ansettelse. Den siste offentliggjorte undersøkelsen (Nergaard og Stokke, 1996) fant at 15 prosent av alle norske arbeidstakere har et midlertidig preget arbeidsforhold og at prosenten for de ikke-faste i kommunal sektor er på hele 20 prosent (tabell 7.3).

Tallene er basert på SSBs Arbeidskraftsundersøkelse (AKU) fra 1995, altså samme metode som ble brukt i *De små grå*. Omfanget av ikke-faste ansettelser er stort, og det er fortsatt størst innenfor den kommunale sektoren.

Fagorganisering

Ifølge dataene våre er andelen fast ansatte innenfor kommunal sektor omtrent på samme nivå som for tre år siden. I utvalget vårt oppgir 92 prosent at de har fast ansettelse (tabell 7.1). Dette tallet er noe høyt fordi vi ikke har uorganiserte arbeidstakere med i utvalget. Når vi tar hensyn til organiseringsspørsmålet, er andelen med fast ansettelse uendret fra 1993 til 1996.

Tabell 7.2 viser data fra henholdsvis fagorganiserte og uorganiserte arbeidstakere i 1993. Sammenlikner vi svarene fra organiserte arbeidstakere i 1993 med

Tabell 7.1 Ansettelsesformer i kommunal sektor i 1996, organiserte arbeidstakere. Prosent. N=2481.

	Andel
Fast ansatt	92,2
Midlertidig engasjement	2,5
Vikariat	3,9
Ekstrahjelp, annet	1,4
Sum	100,0

Kilde: Fafo/OPINION

Tabell 7.2 Ansettelsesformer i kommunal sektor i 1993 for organiserte og uorganiserte arbeidstakere.). Andel organiserte: 81,4 prosent

	Organiserte	Uorganiserte	Alle
Fast ansatt	91,9	64,1	87,3
Midlertidig engasjement	3,6	15,1	5,6
Vikariat	2,9	8,2	3,9
Ekstrahjelp, annet	1,6	12,5	3,2
Sum	100,0	99,9	100,0

Kilde: Moland (1994)

Tabell 7.3 Ansettelsesformer i kommunal sektor i 1995 for organiserte og uorganiserte arbeidstakere. Andel organiserte: 77,6 prosent

Ansettelsesform	Organiserte	Uorganiserte	Alle
Fast ansatt	88,6	49,8	79,9
Midlertidig engasjement	3,2	12,6	5,3
Vikariat	6,2	19,9	9,3
Ekstrahjelp, annet	2,0	17,6	5,5
Sum	100,0	99,9	100,0

Kilde: Nergaard og Stokke (1996).

resultatene fra 1996, er tallene nær identiske. Vi ser derimot at det er stor forskjell mellom organiserte og uorganiserte. Blant de uorganiserte hadde bare 64 prosent fast ansettelse.

Nergaard og Stokke finner også at det i spørsmål om fast ansettelse er stor forskjell mellom organiserte og uorganiserte (tabell 7.3).

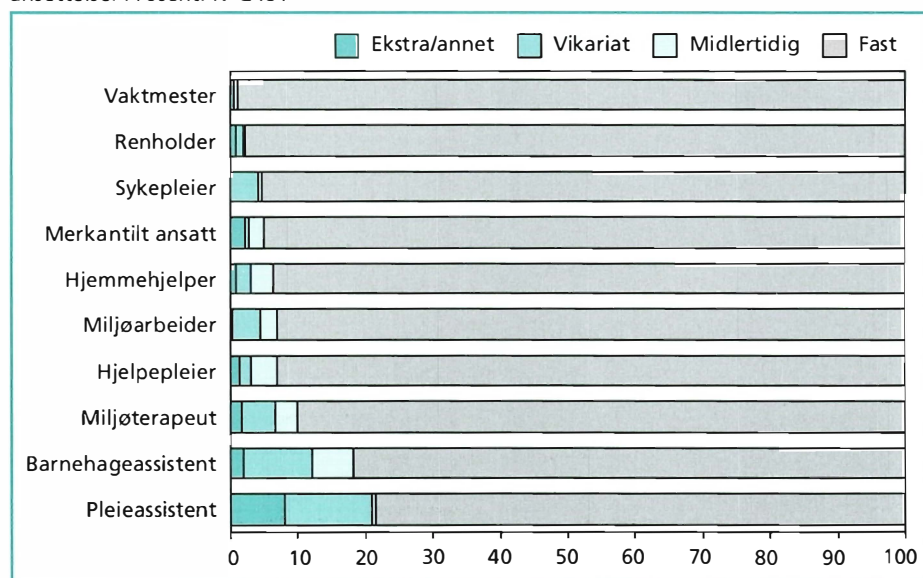
Når vi sammenlikner resultatene fra de tre undersøkelsene, viser de ganske stort samsvar. Om lag 90 prosent av de organiserte er fast ansatt.

Yrke

To yrkesgrupper utmerker seg ved at de har betydelig større innslag av ikke-faste ansettelser enn de øvrige. Det gjelder først og fremst, som for tre år siden, pleieassistentene og barnehageassistentene. Blant barnehageassistentene er det færre i fast stilling i dag enn for tre år siden (tabell i note¹).

Det kan være rimelig å anta at heltidsansatte og arbeidstakere med høye stillingsprosenten oftere oppgir at de er fast ansatt, enn deltidsansatte og arbeidstakere med i små stillinger. Det viser seg imidlertid at forskjellen er minimal. Omkring 93 prosent av de heltidsansatte regner seg som fast ansatt. Selv blant ansatte hvor stillingsprosenten kommer under 20, oppfatter 85 prosent seg som fast ansatt.

Figur 7.1 Ansettelsesformer i 10 kommunale yrker, rangert etter andel arbeidstakere med fast ansettelse. Prosent. N=2481



Arbeidsplass

Sykehjemsansatte oppfatter seg noe sjeldnere som fast ansatt, enn arbeidstakere for øvrig innen kommunens pleie- og omsorgstjenester (tabell i note²). Forklaringen på dette ligger dels i at sykehjemmene har en del personell som kun tar ekstravakter, og dels i at sykehjemmene av utvalgmessige grunner i vår undersøkelse, er noe overrepresentert av pleieassistenter, den yrkesgruppen hvor færrest er fast ansatt.

Alder

Jo eldre en er, jo oftere regner arbeidstakeren seg som fast ansatt. 98 prosent av de ansatte over 60 år gjør det, mens bare 80 prosent av de ansatte under 30 år oppgir at de er fast ansatt (jfr. note 2). Disse tallene uttrykker den enkelte yrkesutøverens subjektive oppfatning av ansettelsesforholdet. Når det fremkommer så store forskjeller mellom de over 60 år og de under 30 år, er det uttrykk for at de eldre oftere har vært lenge på samme arbeidssted, og derfor oppfatter seg som fast ansatt. Mens yngre arbeidstakere trolig stiller strengere krav til formalitetene før de regner seg som fast ansatt, vil de eldre som vi senere skal se, regne ansienniteten alene som tilstrekkelig.

Skriftlig kontrakt?

Ifølge arbeidsmiljølovens paragraf 55 skal alle arbeidstakere ha skriftlig kontrakt på ansettelsesforholdet: «I arbeidsforhold med en samlet varighet av mer enn en måned skal det inngås skriftlig avtale. Avtalen skal foreligge senest en måned etter at arbeidsforholdet begynte.»

For yrkesutøvere med kortere arbeidsforhold, fikk vi 26. mai 1995 *Forskrift om arbeidsavtaler i kortvarige arbeidsforhold*, som pålegger at også disse skal formaliseres gjennom en skriftlig kontrakt.

Fagorganisering

I utvalget på 2485 kommunale arbeidstakere har om lag 85 prosent skriftlig kontrakt. Dette er noe lavere enn det vi fant i 1993, hvor 91 prosent av de organiserte hadde skriftlig kontrakt.

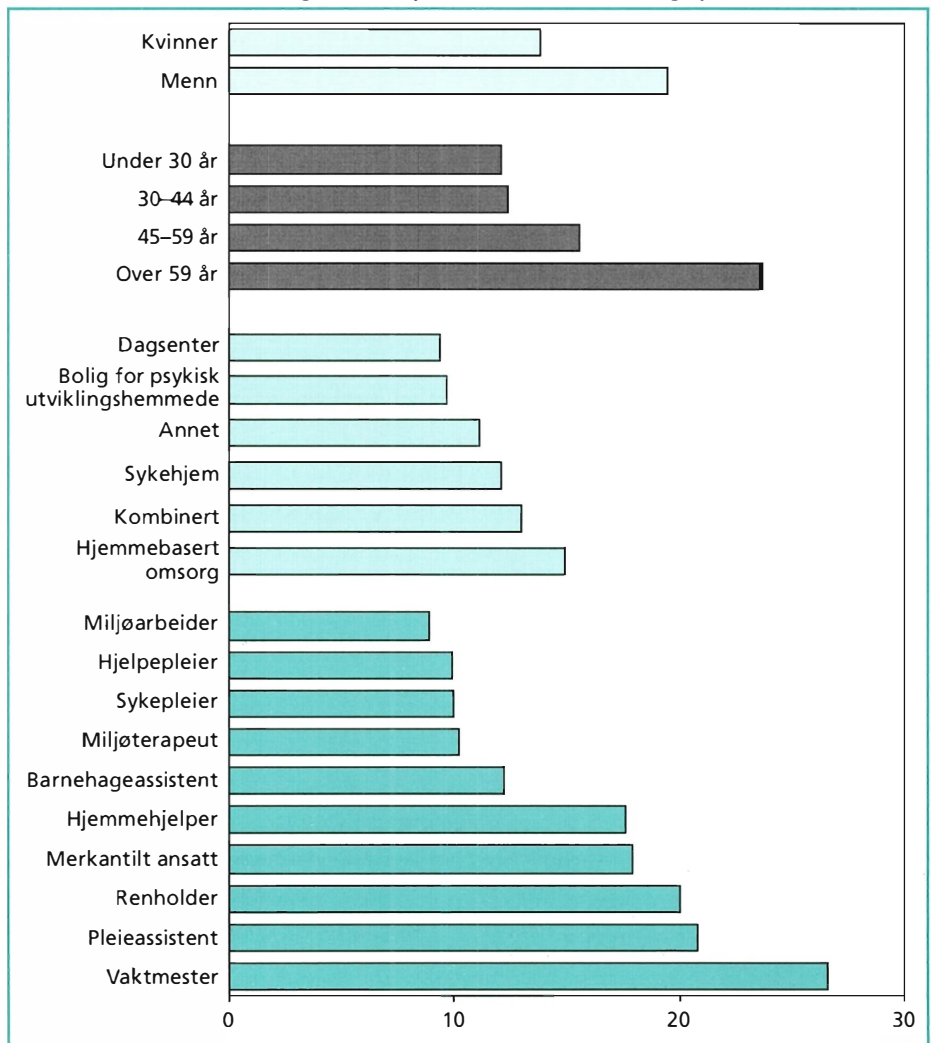
Tabell 7.4 Andel kommunale yrkesutøvere med skriftlig arbeidskontrakt³ i henholdsvis 1993 og 1996, og forholdet mellom organiserte og uorganiserte yrkesutøvere. Prosent

	1996	1993		
	Organiserte	Organiserte	Uorganiserte	Alle
Har skriftlig kontrakt	86,1	91,4	74,5	88,3
Har ikke kontrakt	13,9	8,6	25,5	11,7
Sum	100,0	100,0	100,0	100,0

Den gangen manglet 25 prosent av de uorganiserte kontrakt. Dersom det er skjedd et målbart oppryddingsarbeid for å gi flere arbeidstakere skriftlig kontrakt på arbeidsforholdet, må det eventuelt ha skjedd blant de uorganiserte. Blant de organiserte kan vi ikke finne målbare endringer i positiv retning.

Vi spør nå om manglende arbeidskontrakt forekommer hyppigere i bestemte yrkesgrupper eller på bestemte typer arbeidssteder. Og mangler arbeidstakere som regner seg som fast ansatte, like ofte kontrakt som de andre? Er arbeidskontrakt er et gode som primært er forbeholdt ansatte med høye stillingsprosjenter? Svarene på

Figur 7.2 Andel kommunale arbeidstakere som ikke har (inkludert de som ikke vet) skriftlig arbeidskontrakt med arbeidsgiver etter yrke, arbeidssted, alder og kjønn. Prosent. N=2481



slike spørsmål gir en indikasjon på om manglende kontrakter skyldes at det er en lavt prioritert del av personalarbeidet, eller om det er uttrykk for bestemte strategier.

Yrke

Som nevnt, oppgir om lag 85 prosent av de spurte, at de har skriftlig arbeidskontrakt med arbeidsgiver (tabell i note⁴). Det er altså 15 prosent som ikke har, eller som ikke vet om de har eller ikke. Her er ikke så store variasjoner yrkene imellom. Med unntak av vaktmesterne varierer tallene på andel yrkesutøvere med kontrakt for de ulike yrkesgruppene innenfor +/- fem prosent av gjennomsnittet. Blant vaktmesterne er det bare 73 prosent som melder om skriftlig kontrakt. Vi så i forrige kapittel at vaktmesterne også utmerket seg ved å ha løse arbeidstidsavtaler. Samtidig oppfatter 99 prosent at de er fast ansatt.

Alder

Mens vi nettopp så at oppfattelsen av å være fast ansatt er høyest hos de eldste arbeidstakerne, er forholdet omvendt når vi spør om det foreligger skriftlig kontrakt på arbeidsforholdet.

76 prosent av arbeidstakere over 60 år har skriftlig kontrakt, mens 98 prosent av de samme oppfatter seg som fast ansatt. Det betyr at hver fjerde arbeidstaker i denne arbeidsgruppen oppfatter seg som fast ansatt uten å ha en skriftlig formalisering av arbeidsforholdet. Tendensen var nær identisk i 1993-undersøkelsen.

Arbeidsplass

Blant de yrkene vi har definert innenfor pleie- og omsorgstjenestene, er andelen arbeidstakere med skriftlig kontrakt lik eller høyere enn gjennomsnittet. En kunne kanskje ha forventet at sykehjemmene, med stort innslag av pleieassistenter og ekstrarhjelper, i mindre grad enn andre, hadde personale med skriftlig kontrakt, men det er ikke tilfelle. Når 88 prosent av de sykehjemsansatte bekrefter at de har kontrakt, skyldes det at de aller fleste hjelpepleierne og sykepleierne har kontrakt.

Vi finner flest uten skriftlige arbeidskontrakter blant de ansatte i den hjemmebaserte omsorgen. Hjemmehjelpere og hjelpepleiere trekker her kontraktsprosenten ned. Sykepleierne har høy kontraktsprosent, uavhengig av arbeidssted. Alt i alt er imidlertid forskjellene mellom arbeidsplassene innad i kommunene ikke så store.

Det kanskje viktigste funnet er at ingen av sektorene utmerker seg som «bedre eller dårligere» enn de andre. For øvrig oppfatter om lag ti prosent av de ansatte innen hjemmebasert omsorg seg som fast ansatt, selv om de ikke har skriftlig kontrakt.

Skriftlig kontrakt versus fast ansettelse

Gjennomgangen så langt, har vist at flere oppgir å være fast ansatt uten å ha det skriftlig formalisert. Når 85 prosent av de spurte oppgir at de har skriftlig arbeidskontrakt med arbeidsgiver, er dette sju prosent færre enn andelen som oppgir at de er fast ansatt.

To spørsmål melder seg: Hva skal til for å ikke oppfatte seg som fast ansatt? Og på hvilket grunnlag regnes en som ansatt? I undersøkelsen vår er det den enkelte ansatte som definerer seg som fast eller ikke-fast ansatt. Dette behøver ikke å være i overensstemmelse med arbeidsgiverens vurdering. Og verken arbeidsgivers eller den ansattes vurdering er nødvendigvis i overensstemmelse med rettsapparatets fortolkninger av arbeidsmiljøloven. Ekstrahjelpen som undervurderer sin formelle juridiske ansettelsesstatus, kan foruten å gå glipp av pensjons- og forsikringsrettigheter og andre goder, også urettmessig risikere oppsigelser.⁵

Problemet i tilfeller hvor enten arbeidstaker eller arbeidsgiver ikke oppfatter arbeidsforholdet som en fast ansettelse, er at arbeidstakeren risikerer å bli behandlet som løsarbeider, og går glipp av rettigheter hun eller han formelt har krav på.

Vi antar at formalisering av et ansettelsesforhold gjennom en skriftlig arbeidskontrakt, er uttrykk for en seriøs relasjon mellom to parter. Arbeidsgiveren sikrer seg den ansattes arbeidskraft, kompetanse og lojalitet. Den ansatte sikres lønn og andre goder og rettigheter, i henhold til lov- og avtaleverk. Gjennom arbeidskontrakten sikres begge en viss forutsigbarhet i relasjonen. Med et slikt utgangspunkt kunne en tenke seg at personer som jobber mye (og som innehar en kompetanse som er attraktiv for arbeidsgiver), oftere enn andre har en arbeidskontrakt. Jo større arbeidsforholdet er (tid, penger, ansvar), jo viktigere vil det være for begge parter å sikre seg gjennom en kontrakt.

Hvis det er slik, vil andelen som har kontrakt i utvalget, øke med stillingsprosenten. Vi har laget en tabell hvor de ansatte er gruppert etter stillingsprosent, og som viser at forholdet snarere er omvendt (tabell i note⁶). Ansatte med under 20 prosent stilling har oftest stillingskontrakt (92 prosent). Deretter følger ansatte med stillingsprosent mellom 20 og 29 (88 prosent har kontrakt). Vi finner altså at 92 prosent av arbeidstakerne som har mindre enn 20 prosent stilling, har skriftlig kontrakt. Det kan være en indikasjon på at det har skjedd en viss opprydding blant de ansatte med små stillingsprosenter, i alle fall blant de som er fagorganisert. Dette er imidlertid en så liten gruppe at den alene ikke er tilstrekkelig til å gi utslag på andelen arbeidstakere med kontrakt i det totale kommunale arbeidsmarkedet.

I *De små grå* avdekket vi betydelige innslag av overtid og merarbeid. Når deltidsansatte jobber ut over den avtalte arbeidstiden, men innenfor normalarbeidstiden, regnes dette ikke som overtid, men som merarbeid. Arbeidsgiveren kan ha flere motiver for systematisk bruk av merarbeid. Det kan være en måte å få utført påkrevet arbeid i en situasjon hvor antallet stillingshjemler ikke er tilstrekkelig. Et

annet motiv kan være at stillinger med kontraktfestet arbeidstid under 14 timer per uke, til en viss grad fritar arbeidsgiveren for utgifter til pensjonspremier. Alle kommunalt ansatte som har skriftlig avtalt arbeidstid på minimum 14 timer per uke, skal meldes inn i Kommunal Landspensjonskasse (KLP) eller en tilsvarende pensjonsordning, av arbeidsgiveren. Arbeidstakere som har avtalt arbeidstid under 14 timer, men som faktisk jobber mer, skal kunne bli etteranmeldt i en pensjonskasse, men kommunene har vanligvis ikke prosedyrer som sikrer at dette skjer.

Dersom dette skulle være en utbredt personalpolitikk, ville det ha gitt utslag i at arbeidstakere i små stillinger har betydelig innslag av merarbeid. Slik er det imidlertid ikke. Det er snarere omvendt. I utvalget vårt har ingen av de ansatte i 20 prosent stilling eller mindre, oppgitt regelmessig merarbeid. Seks prosent av deltidansatte med mellom 30 og 60 prosent stilling oppgir merarbeid, mens 15 prosent av deltidansatte med høyere stillingsprosent, og heltidsansatte gjør det samme. Det er med andre ord ikke grunnlag for å hevde at kommunene spekulerer i 14-timers regelen.

Blant den gruppen av arbeidstakere som ikke regner seg som fast ansatt, har likevel et stort flertall et skriftlig kontraktsforhold. Dette gjelder 76 prosent. Splitter vi de ikke-faste arbeidstakerne etter ansettelsesform, oppgir 84 prosent av ansatte i engasjementer at de har skriftlig kontrakt, mens 77 prosent av ansatte i vikariatet og 60 prosent av ekstrarhjelpene gjør det samme (jfr. note 6).

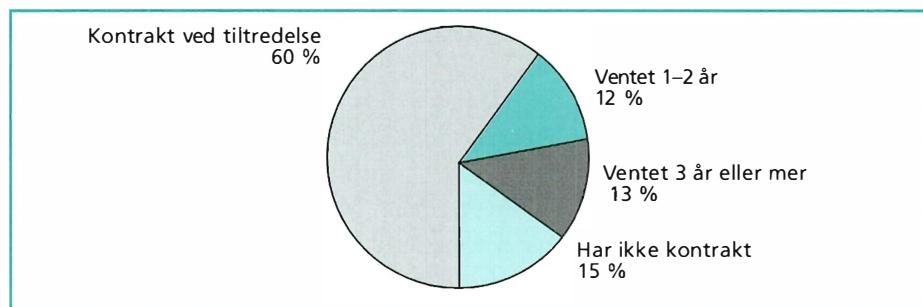
Vi har sett at de eldre sjeldnere har skriftlig kontrakt enn yngre. Videre sier 98 prosent av de som ikke vet om de har skriftlig kontrakt, at de regner seg som fast ansatt, mens 83 prosent av de ansatte uten skriftlig kontrakt gjør det samme. Dette viser at forholdet mellom formell og uformell ansettelse er uklart, særlig blant eldre arbeidstakere, noe som kan indikere at «de faste og gamle i tralten» av ulike grunner, ikke bryr seg om å formalisere ansettelsesforholdet!

Blant disse litt eldre arbeidstakerne, skiller tre grupper seg ut ved å ha høy andel som står uten kontrakt. Først kommer mannlige vaktmestere, dernest kvinnelige renholdere og hjemmehjelpere. Felles for disse er at de også oppfatter seg som fast ansatt. Sannsynligvis oppfattes de som det også av arbeidsgiverne. De fleste har både riktig og forutsigbar lønn og en arbeidstid de er fornøyd med. Problemene kan derimot oppstå når en nærmer seg pensjonsalderen og ikke klarer å identifisere arbeidsforholdet sitt. For selv om det ikke er noe tvil om ansettelsesforholdet som sådan, kan det bli vanskelig å unngå en tilværelse som minstepensjonist, hvis arbeidstiden ikke har vært kontraktfestet, lønningskontoret har mangler i arkivet og pensjonskassen aldri har hørt om deg.

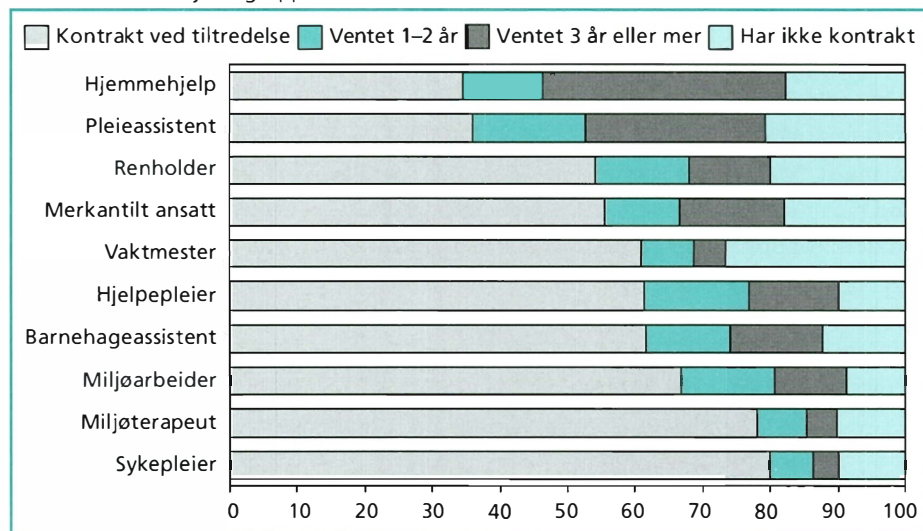
Hvem får kontrakt ved tiltredelse, og hvem må vente lenge?

Vi har sett at om lag 15 prosent av de kommunalt ansatte ikke har skriftlig kontrakt i det hele tatt. Spørsmålet vi nå stiller er om de som har ansettelseskontrakt, har fått det ved tiltredelse eller om de har vært lenge i arbeid før de har fått arbeidsforholdet formalisert. Om lag 60 prosent i utvalget har fått kontrakt ved tiltredelse. Tolv prosent har ventet ett-to år, mens 13 prosent har vært i arbeid hos samme arbeidsgiver i tre år eller mer, før de har fått skriftlig kontrakt.

Figur 7.3 Andel ansatte i ti kommunale yrker som fikk ansettelseskontrakt ved tiltredelse, etter ett-to år i stillingen, etter tre år eller mer, eller som fortsatt ikke har kontrakt. Prosent. N=2481



Figur 7.4 Andel ansatte i ti kommunale yrker som fikk ansettelseskontrakt ved tiltredelse, etter ett-to år i stillingen, etter tre år eller mer, eller som fortsatt ikke har kontrakt. Rangert etter andel i hver yrkesgruppe som fikk kontrakt ved tiltredelse. Prosent. N=2481



Hvilke grupper som får kontrakt ved tiltredelse og hvilke som må vente, følger stort sett det samme mønsteret vi har sett foran i kapitlet. Yrke og alder gir størst variasjoner, mens type arbeidsplass og stillingsprosent har litt mindre betydning. Her er noe variasjon mellom fylkene, mens forskjellen mellom menn og kvinner er relativt liten (tabell i note⁷).

Yrke

Hvis vi antar at skriftlig kontrakt ved tiltredelse i en stilling gjenspeiler et gjensidig seriøst forhold mellom to parter, og at praktiseringen av dette vil øke med den ansattes status på arbeidsmarkedet, vil dette gi bestemte utslag i dataene våre. Ansatte med en kompetanse det er knapphet på kan stille krav som arbeidsgiver vil tilstrebe å etterkomme. I kommunenes pleie- og omsorgstjenester har det i mange år vært mangel på sykepleiere og vernepleiere. Det er derfor ikke overraskende at det er disse yrkesutøverne som oftest får skriftlig kontrakt ved tiltredelse (80 prosent). I kommunal sammenheng er 80 prosent et høyt tall. Men tatt i betraktning at kommunene har kronisk mangel på kompetansen deres, er tallet likevel lavere enn en kanskje kunne forvente.

I den andre enden av arbeidsmarkedet finner vi yrkesgrupper hvor kravene til spesialkompetanse er mindre og hvor etterspørselen på arbeid er større enn tilbudet. Arbeidstakerens status er lav, og den enkelte arbeidstaker er lett utskiftbar. Hjemmehjelperne og pleieassistentene er to av flere yrkesgrupper som befinner seg i denne kategorien. Bare 35 prosent fra disse yrkesgruppene har fått skriftlig kontrakt ved tiltredelse. Siden utvalget vårt kun har fagorganiserte arbeidstakere, må vi anta at det virkelige tallet er fem-ti prosent lavere. Blant de som har arbeidskontrakt, har et flertall måttet arbeide i flere år før de har fått skriftlig kontrakt på ansettelsesforholdet (figur 7.4).

Alder

Vi har nettopp sett at arbeidstakere over 60 år langt sjeldnere enn arbeidstakere under 30 år, har skriftlig arbeidskontrakt. I forlengelsen av dette viser figur 7.5 at de eldre arbeidstakerne som har kontrakt, også har arbeidet lengre før de har fått den, enn det yngre arbeidstakere har.

De eldre arbeidstakernes lange fartstid som «løsarbeidere», må også ses i sammenheng med at disse overveiende jobber på arbeidsplasser med en lang historie, hvor formalisering av kontraktsforholdene ikke har stått sentralt. Her finner vi først og fremst vaktmestere og renholdere, etterfulgt av hjemmehjelpere og pleieassistenter.

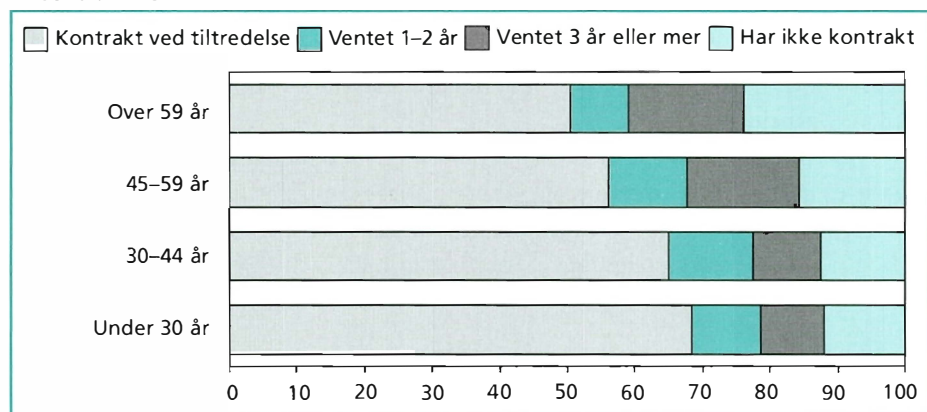
Arbeidsplass

Vi har tidligere sett at andelen arbeidstakere uten kontrakt varierer lite når vi sammenlikner de ulike arbeidsområdene innenfor kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Det går derimot et skille mellom sykehjemmene og den hjemmebaserte omsorgen, begge fortsatt primært innrettet mot eldre brukere, og bo- og aktivitets-tilbudene til psykisk utviklingshemmede. Arbeidstakere som primært yter tjenester til eldre hjelpetrequende (og fysisk funksjonshemmede), har langt oftere arbeidet på samme sted i flere år før de har fått kontrakt, enn hva som er tilfelle for ansatte som arbeider med psykisk utviklingshemmede. Den mest nærliggende forklaringen på dette er at hovedvekten av kommunenes tilbud til psykisk utviklingshemmede er av ny dato, og at det i forbindelse med overføring av arbeidstakere fra fylkeskommunale til kommunale arbeidsplasser ble fokusert på temaet «ansettelsestrygghet». Nye ledere, ny organisering og stor andel fagorganiserte i aktive forbund kan også ha medvirket til mer ryddige ansettelsesforhold i denne delen av pleie- og omsorgssektoren enn innen eldreomsorgen og de øvrige hjemmebaserte tjenestene (figur 7.6). Det er også her vi finner de yngste arbeidstakerne, jfr. forrige avsnitt.

Ansiennitet

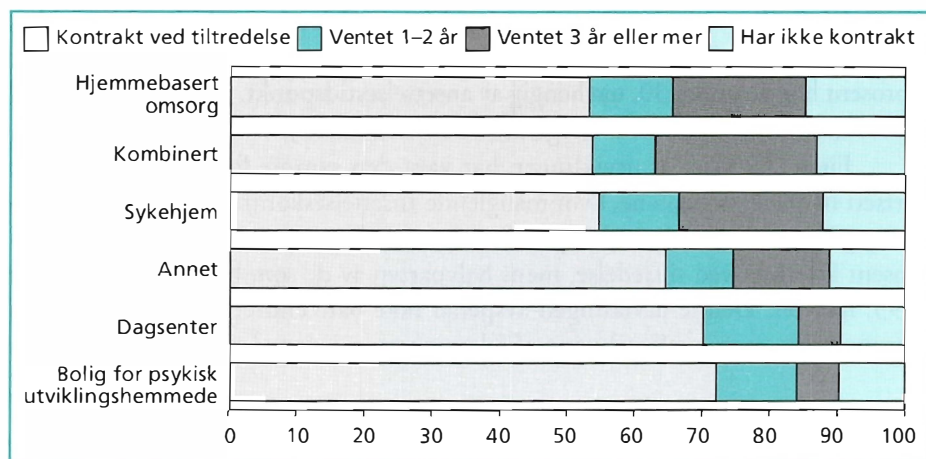
Til slutt skal vi se på den variabelen som gir størst utslag og som kanskje gir grunnlag for den mest tilforlatelige forklaringen på kommunenes ansettelsespraksis. Vi står overfor et markert skille mellom «En gammel og en ny tid». Mens knapt 40 prosent av de som ble ansatt i 1970-årene fikk arbeidskontrakt, fikk om lag 90 prosent av de nyansatte i 1995 dette.

Figur 7.5 Andel kommunalt ansatte som fikk ansettelseskontrakt ved tiltredelse, etter ett-to år i stillingen, etter tre år eller mer, eller som fortsatt ikke har kontrakt. Rangert etter alder. Prosent. N=2481

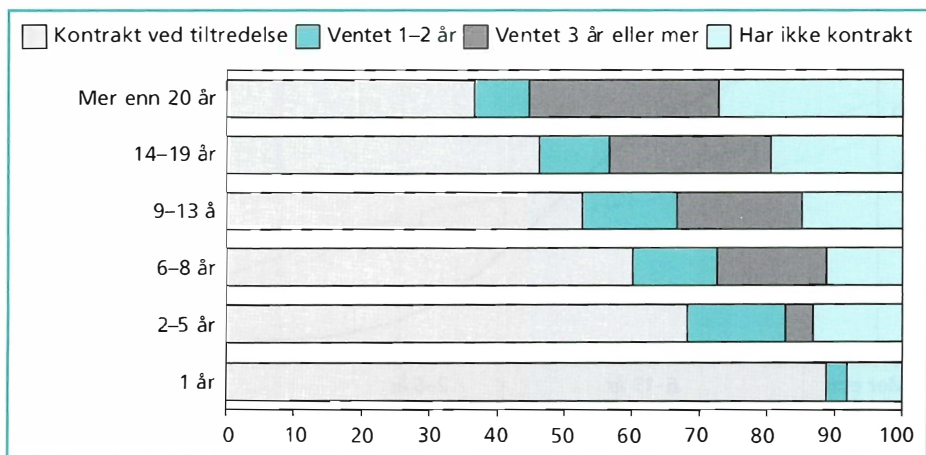


Over halvparten av de som ble ansatt før 1983, fikk ikke kontrakt da de ble ansatt. Noen av dem kan selvfølgelig ha glemt det. Selv om kommunene i økende grad formaliserer ansettelsesforholdene, er det fortsatt mange, særlig av de med lang fartstid, som ikke har arbeidskontrakt. Blant dem som ble ansatt i 1970- og 80-årene, har en betydelig andel arbeidet ganske mange år før de fikk kontrakt. Hele 60 prosent av hjemmehjelperne har måttet vente over tre år på den skriftlige formaliseringen av arbeidsforholdet og nesten 25 prosent står fortsatt uten. Dette taler imot

Figur 7.6 Andel ansatte innen kommunens helse- og omsorgstjenester som fikk ansettelseskontrakt ved tiltredelse, etter ett-to år i stillingen, etter tre år eller mer, eller som fortsatt ikke har kontrakt. Rangert etter andel ved hver av fem typer arbeidsplass som fikk kontrakt ved tiltredelse. Prosent. N=1481



Figur 7.7 Andel kommunalt ansatte som fikk ansettelseskontrakt ved tiltredelse, etter ett-to år i stillingen, etter tre år eller mer, eller som fortsatt ikke har kontrakt. Rangert etter ansiennitet. Prosent. N=2481



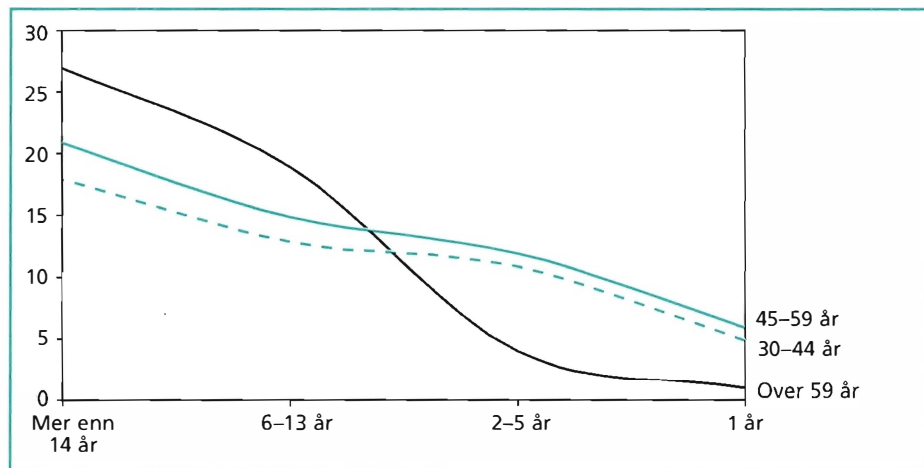
sannsynligheten for at særlig mange har kontrakt uten at de vet det, eller at de har glemte det.

Vi har også sett at eldre arbeidstakere sjeldnere har kontrakt enn yngre. Dette er rimeligvis de samme som har lang ansiennitet. Vi tror forklaringen er at mange av dem ble ansatt i en tid hvor kommunen ikke praktiserte å gi sine ansatte skriftlig kontrakt på ansettelsesforholdet.

Figur 7.8 viser forholdet mellom ansiennitet og alder i spørsmålet om skriftlig kontrakt. For alle aldersgrupper reduseres andelen yrkesutøvere uten skriftlige arbeidskontrakter jo nærmere ansettelsesdatoen kommer 1996 (ansiennitet under 1 år på undersøkelsestidspunktet). Størst er utslaget hos de eldste arbeidstakerne. Ansatte under 30 år er ikke tatt med i figuren, dels fordi de har begrenset ansiennitet, og dels fordi ansiennitet ikke gir utslag. Mens andelen kontraktsløse blant eldre, nytilsatte arbeidstakere nærmer seg null i 1995, holder den seg konstant på rundt ti prosent hos de under 30, uavhengig av ansettelsestidspunkt. (Tallet er nok en del høyere dersom en inkluderer uorganiserte arbeidstakere.)

Figur 7.9 viser at utviklingen har vært den samme for alle yrkesgrupper bortsett fra pleieassistenter, hvor manglende ansettelseskontrakter holder seg konstant og høyt. Blant hjemmehjelpere som har arbeidet mer enn 13 år, fikk bare 15 prosent kontrakt ved tiltredelse, mens halvparten av de som ble ansatt i årene før 1995, har det. Denne utviklingen avspeiler ikke bare endret kontraktspolitikk i kommunene, men også at hjemmehjelpstjenesten i denne perioden har endret

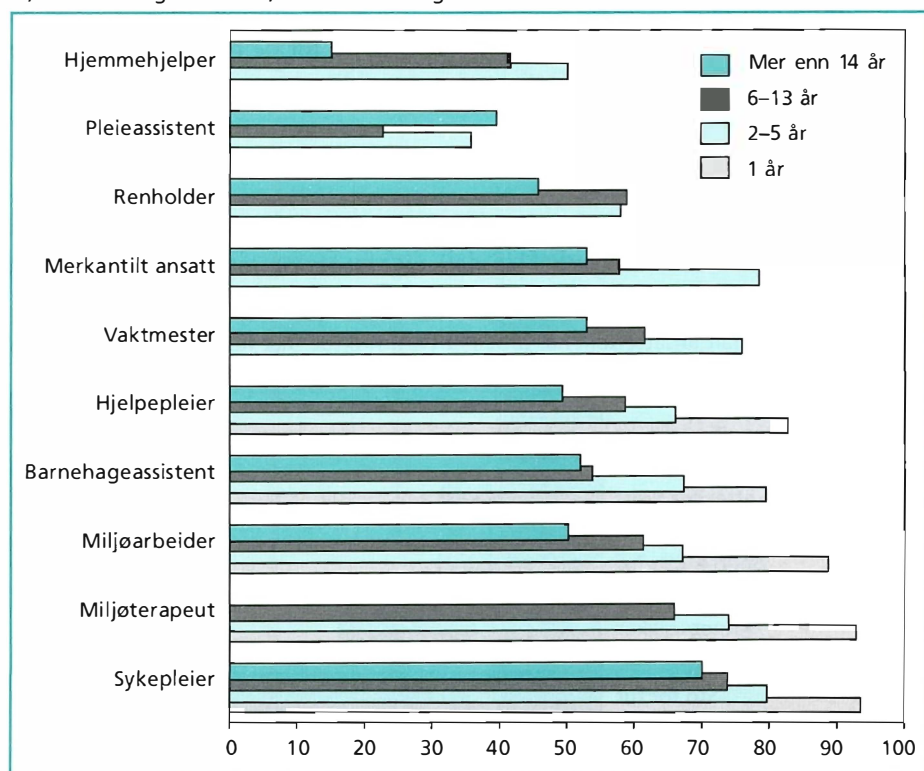
Figur 7.8 Andel kommunalt ansatte i alderen 30-44 år, 45-59 år og over 59 år som ikke har kontrakt, etter ansiennitet. (Tallene er noe avrundet for å tydeliggjøre hovedtendensene.) Ansiennitet er gruppert slik: Mer enn 14 år: ansatt før 1982, seks-13 år: ansatt 1983-1990, to-fem år: ansatt 1991-1994, ett år eller mindre: ansatt i 1995.



karakter. Tidligere gjorde hjemmehjelperen avtale direkte med bruker og mistet lønn hvis denne for eksempel reiste bort. I dag er hjemmehjelperen stort sett tilknyttet hjemmehjelpsavdelingen direkte, og lønnes etter kontraktsfestet arbeidstid, uavhengig av hvor tjenesten utføres.

I halvparten av yrkesgruppene har det nesten ikke vært foretatt ansettelser etter 1995. Dette slår ut slik at andelen med arbeidskontrakt her er lavere enn der nyrekrutteringer er vanlig. I figur 7.8 kommer dette frem ved at hjelpepleiere, barnehageassistenter, miljøarbeidere, miljøterapeuter og sykepleiere dels har en søyle mer enn de andre (den mørkeste), og at det er denne søylen som er lengst. For de fleste yrkene ser vi en gradvis økning i andelen utøvere som har fått kontrakt ved ansettelse jo nærmere vi kommer 1996. Hos hjelpepleierne øker tallet fra 50 til 85 prosent, mens det hos sykepleierne øker fra 70 til 95 prosent.

Figur 7.9 Andel ansatte i ti kommunale yrker med ansiennitet på henholdsvis ett år, to-fem år, seks-13 år og over 14 år, som fikk skriftlig arbeidskontrakt ved tiltredelse. Prosent. N=1491



Hvorfor ikke fått fast ansettelse før?

Vi har spurt de ansatte som ikke fikk fast ansettelse med en gang de begynte i stillingen om hvorfor det tok tid før de ble fast ansatt. Spørsmålet er altså ikke relatert til skriftlig ansettelseskontrakt, men til oppfatningen av å ha fast stilling.

Sto for tur etter en naturlig periode i midlertidig engasjement

40 prosent sier at de fikk fast stilling etter en tid, fordi de etter en naturlig periode i midlertidig engasjement sto for tur. Dette er en holdning som oftere kommer frem hos kvinner (41 prosent) enn hos menn (29 prosent). (Figur 7.10)

«Jeg ba ikke om det før.»

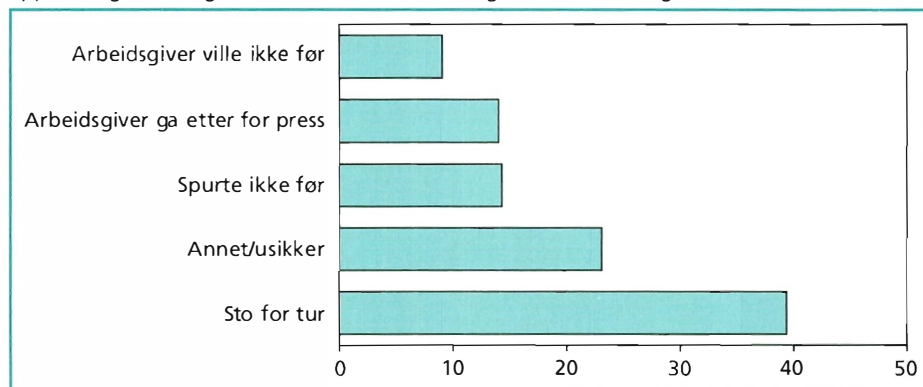
Om lag 15 prosent sier rett og slett at de ikke har bedt om fast stilling før. De oppfatter tilsynelatende at fast ansettelse er noe en ikke får før man ber om det. Denne saktmodige holdningen finner vi oftere hos eldre arbeidstakere som har vært lenge på samme arbeidsplass.

Alt i alt har altså litt over halvparten av de ansatte som i dag har fast ansettelse, men som har måttet arbeide en stund før stillingen ble fast, en passiv holdning til spørsmålet om fast ansettelse. Denne holdningen er vanligst hos renholderne (hos tre av fire), mens bare en av tre hjelpepleiere mener det samme. 20 prosent av de spurte, vet ikke riktig hvorfor det har tatt så lang tid før de ble fast ansatt. Disse har oppført «annet» som grunn og forsterker inntrykket av at denne passive holdningen har vært vanlig til nå.

Kommunen gav etter for press

14 prosent har måttet arbeide mer aktivt for å få fast ansettelse. Hos disse er presset enten kommet fra den ansatte selv (1/3-del) eller fra fagforeningen (1/3-del). Den

Figur 7.10 Kommunalte ansatte som har arbeidet en tid før de fikk fast ansettelse, og deres oppfatninger av begrunnelsene for (til slutt) å gi dem fast stilling. Prosent



siste tredelen anfører innstramningene i arbeidsmiljøloven som forklaring på at de har fått fat ansettelse. Hjemmehjelpere og pleieassistenter anfører dobbelt så ofte som andre, at de har måttet øve press på arbeidsgiver før de er blitt fast ansatt.

I denne gruppen av ansatte som har ventet lenge på fast ansettelse, er som ventet, eldre arbeidstakere og arbeidstakere med et lang ansiennitet overrepresentert. Bildet som avtegnes, er derfor mer en gjenspeiling av «gårsdagens regime» enn dagens personalpolitikk i kommunene.

Oppsummering

Ansettelser i 1995

1. Kommunene har enten foretatt få ansettelser av eldre og ufaglærte arbeidstakere, eller så har de som er blitt ansatt, ikke organisert seg.
2. De fleste får skriftlig kontrakt ved tiltredelse. Hjemmehjelpere og pleieassistenter, samt yngre arbeidstakere henger noe etter.
3. Ser vi de siste tre-fire år under ett, er kjønnsforskjellene små.

Ansettelser tilbake i tid

1. Jo lengre tilbake i tid vi går, jo mindre vanlig har det vært å gi kontrakt ved tiltredelse.
2. Jo lengre tilbake i tid vi går, jo større blir kjønnsforskjellene. Tendensen er at menn med lang fartstid enten fikk skriftlig kontrakt ved tiltredelse eller at de fortsatt står uten kontrakt. De oppfatter seg selv (og oppfattes av andre?) like fullt som fast ansatte, ofte i full stilling.
3. Av alle med lang ansiennitet som startet uten kontrakt, står de eldste oftest fortsatt uten. Dette gjelder særlig arbeidstakere med liten utdanning. Blant de i alderen 30-59 med lang ansiennitet, har litt over halvparten etter hvert fått kontrakt.

Vi har altså data som bekrefter at kommunene har gjort en viss innsats for å etterkomme de nye kravene i arbeidsmiljøloven. Nyansettelser skjer skriftlig, med få unntak. Miljøterapeuter/vernepleiere og sykepleiere utgjør halvparten av rekrutteringen det siste året. Også blant miljøarbeidere og barnehageassistenter har det vært mange nyansettelser. Disse er med andre ord ansatt under kommunenes «nye ansettelsesregime» og dermed godt ivaretatt.

Skal arbeidsgivere og arbeidstakerorganisasjoner gjøre ytterligere fremstøt for å redusere kontraktløsheten, skal en lete etter arbeidstakere med lang ansiennitet, høy alder og lav utdanning. Eldre vaktmestere, hjemmehjelpere, renholdere og pleieassistenter med lang fartstid kommer dårligst ut (tabell i note⁸).

Tradisjonelle, fleksible og marginale arbeidsforhold

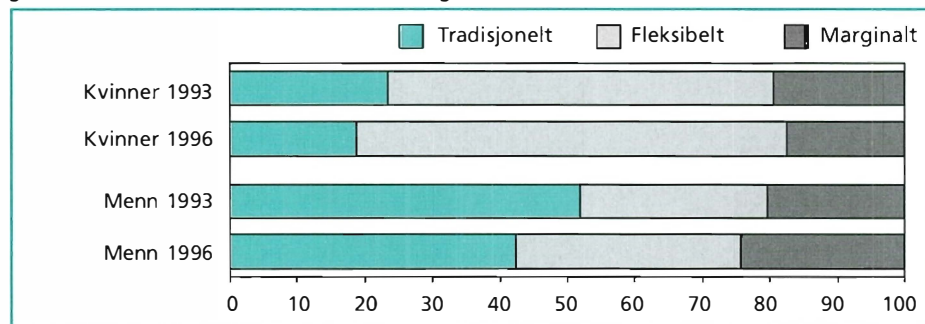
Med begrepene i overskriften samler vi informasjonen om arbeidstid, faste og ikke-faste ansettelser og skriftlige kontrakter, slik disse er definert tidligere. I forhold til tidligere i kapitlet, vil vi her legge større vekt på sammenlikninger med undersøkelsen i 1993.

Arbeidsforhold og kjønn

Tidligere undersøkelser har vist at kjønn slår ut på type arbeidsforhold. I undersøkelsen vår har dobbelt så mange menn som kvinner (42% mot 19%) et tradisjonelt arbeidsforhold, mens det motsatte er tilfelle for fleksible normalarbeidsforhold (33% mot 63%). Noe flere menn enn kvinner har et marginalt arbeidsforhold. Forskjellen er liten, og kan skyldes statistiske tilfeldigheter. Vi hadde imidlertid forventet at andelen kvinner i et marginalt arbeidsforhold skulle være høyere enn hos menn (tabell i note⁹).

Når vi sammenlikner forholdet mellom kjønnene i henholdsvis 1996 og 1993, viser det seg at andelen ansatte med et tradisjonelt arbeidsforhold er redusert for både menn og kvinner. Hos kvinnene øker andelen med fleksible normalarbeidsforhold, mens det kan se ut som om menn er blitt mer marginalisert enn kvinnene i løpet av disse årene. Denne marginaliseringstendensen blant mennene er nok sterkere i utvalget vårt enn i virkeligheten, fordi mannlige vaktmestere er

Figur 7.11 Andel mannlige og kvinnelige arbeidstakere med tradisjonelle, fleksible og marginale arbeidsforhold i henholdsvis 1993 og 1996. Prosent. N= 2480



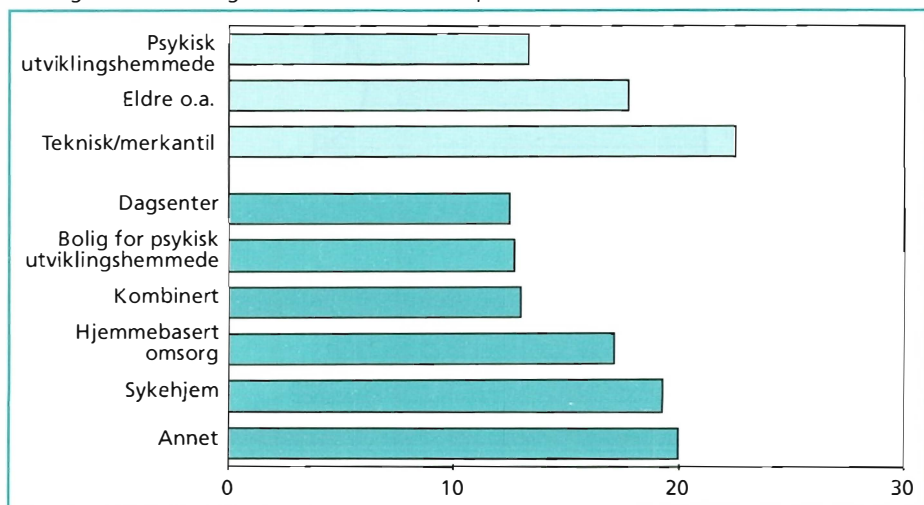
overrepresentert blant mennene i utvalget. Vi har tidligere sett at vaktmestergruppen består av mange mannlige arbeidstakere med lang ansiennitet og uten kontrakt. (Utvalgsskjevheter som dette, kunne delvis ha vært eliminert ved vektning. Dette er ikke gjort i denne rapporten, fordi utvalget er trukket med sikte på å si noe om bestemte yrkesgrupper og ikke om hele arbeidsmarkedet.)

Vi har sett at fordelingen av andel arbeidstakere med tradisjonelle, fleksible og marginale arbeidsforhold varierer mellom yrkesgruppene, og at kjønn kan se ut til å slå ut på sannsynligheten for at en kommunal arbeidstaker har et tradisjonelt eller fleksibelt arbeidsforhold. Når det gjelder marginale arbeidsforhold, ser kjønn ut til å ha mindre betydning. Siden en del av våre ti yrkesgrupper har svært lav andel av menn, er det vanskelig å analysere videre på kjønnsforskjeller innen hver yrkesgruppe (tabell i note¹⁰).

Arbeidsområde

Grovt sett arbeider 1500 av informantene våre innenfor åpen omsorg. Disse kan deles i to, basert på hvilke brukergrupper de yter tjenester til. I tillegg til disse har vi med om lag 1000 som arbeider i andre sektorer av kommunen. Vi kan således dele de ansatte som er med i undersøkelsen, i tre nesten like store grupper, basert på hvor i kommunen de arbeider. 610 arbeider primært med psykisk utviklingshemmede, 890 primært med eldre hjelpetrenende og fysisk funksjonshemmede, mens 990 arbeider enten med merkantile oppgaver, i teknisk sektor, eller i barnehagene. I figur 7.12 er den siste hovedgruppen betegnet «Teknisk/merkantil».

Figur 7.12 Andel ansatte med marginale ansettelsesforhold, inndelt etter om den ansatte primært yter tjenester til psykisk utviklingshemmede, til eldre hjelpetrenende, fysisk funksjonshemmede o.a., eller om de jobber i teknisk-merkantil sektor. De ansatte i pleie- og omsorgssektoren er også inndelt etter arbeidsplass. Prosent. N=2481

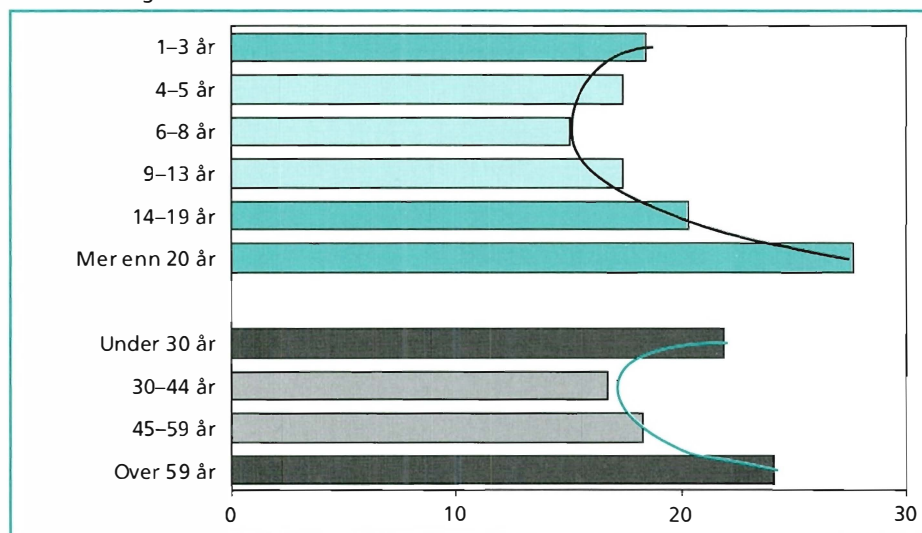


Oppmerksomheten omkring deltidsarbeid, kontraktløshet og andre forhold som vi har samlet under betegnelsen *marginale arbeidsforhold*, har i kommunal sammenheng nesten utelukkende vært rettet mot de kvinnedominerte yrkene, fortrinnsvis i pleie- og omsorgssektoren. Vi har allerede vist at her er mange som fortsatt har marginalt arbeidsforhold. Blant de som yter tjenester til psykisk utviklingshemmede, har i underkant av 15 prosent et marginalt arbeidsforhold. Blant yrkesutøvere som primært yter tjenester til eldre hjelpetrengende, er dette tallet noe over 15 prosent (figur 7.12). Blant de ansatte i den åpne omsorgen, har videre 70 prosent et fleksibelt arbeidsforhold. Det vil si at de går i turnus, ofte på deltid. Her er med andre ord ikke mange igjen med et tradisjonelt arbeidsforhold (omkring 15 prosent).

Men når fokus skal rettes på det marginale arbeidsforholdet, er det ikke tilstrekkelig å gå etter stikkord som «kvinne», «omsorg» og «ufaglært». Søk på stikkord som «mann», «teknisk sektor», «merkantil» foruten «ufaglært», gir flere funn. For med unntak av pleieassistentene, er det blant yrkesutøverne som i figur 7.12 går under samlebetegnelsen «tekn.merk.» vi finner flest marginalt ansatte.

Den nederste delen av figur 7.12 viser andelen marginalt ansatte på ulike arbeidststeder innenfor åpen omsorg. Vi finner som ventet, færrest marginale arbeidsforhold blant ansatte som arbeider på dagsentre og i boliger for psykisk utviklingshemmede.

Figur 7.13 Andel ansatte i kommunene med marginale ansettelsesforhold etter henholdsvis ansiennitet og alder. Prosent. N=2481



Ansiennitet og alder

Tidligere i kapitlet har vi sett at kontraktløsheten stiger med den ansattes alder og ansiennitet, mens mange av de samme like fullt regner seg som fast ansatte. Av de som mangler kontrakt, regner like fullt 87 prosent seg som fast ansatte, mens flertallet av midlertidig engasjerte og vikarer har fått en (lovlig eller ikke lovlig) kontrakt ved tiltredelse. I definisjonen vår foreligger det et marginalt arbeidsforhold når den ansatte enten mangler kontrakt, eller selv ikke oppfatter seg som fast ansatt. Arbeidstakere som for eksempel ikke har skriftlig kontrakt, men oppfatter seg som fast ansatt, har etter vår definisjon like fullt et marginalt arbeidsforhold. For selv om vedkommende i en eventuelt arbeidsrettssak trolig vil bli regnet som fast ansatt, vil mange i denne kategorien ikke være klar over det, og i praksis gå glipp av fordeleer bare eksplisitt faste ansatte blir til del.

En kan definere arbeidslivets A-lag etter lønn, utdanning, næring og i noen grad kjønn. Alder er også en egnet indikator. Her er det ikke plass for de eldste og de yngste. Når en studerer marginale arbeidsforhold i relasjon til alder og ansiennitet, ville en kanskje forventet at ansatte med lang og tro tjeneste var blant dem som hadde et formelt, ordnet og fullverdig arbeidsforhold. Slik er det altså ikke. Nærmere 30 prosent av arbeidstakerne med ansiennitet på 20 år eller mer har et marginalt arbeidsforhold (tabell i note¹¹). Og flest «små og grå» finner vi blant de eldre med lengst fartstid. Eldre i nyere stilling har ordnede arbeidsforhold i tråd med Arbeidsmiljølovens bestemmelser fra 1995. Dette ser imidlertid ikke ut til å gjelde yngre arbeidstakere (under 30 år). At unge i større grad enn andre må ta til takke med løsere arbeidsforhold er som forventet, men at dette skulle gjelde en av fem, er bemerkelsesverdig høyt. Dette tallet ville ha vært høyere om vi hadde hatt med uorganiserte i utvalget (Moland 1994, Nergaard og Stokke, 1996).

Oppsummering av arbeidsforholdene for de ulike yrkesgruppene

I figur 7.14 har vi stilt opp fordelingen av marginale, fleksible og tradisjonelle arbeidsforhold blant fagorganiserte arbeidstakere i kommunale yrker.

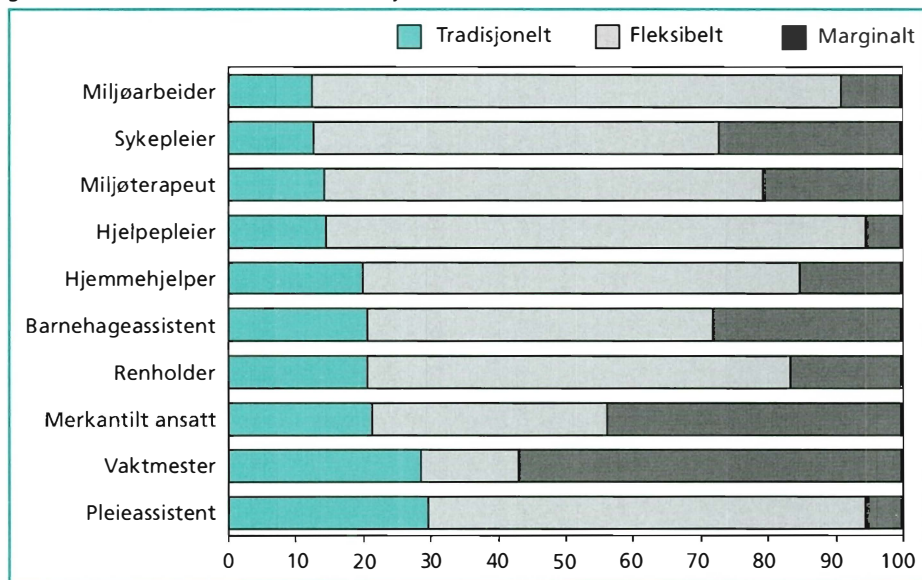
Figuren viser yrkesgruppene rangert etter andelen med marginalt arbeidsforhold, og for noen av gruppene er forskjellene fra 1993 til 1996 ganske store:

1. **Pleieassistenter** er fortsatt den gruppen med flest marginale arbeidsforhold. Her har til og med andelen med marginale arbeidsforhold økt. Noe av denne økningen kan ha med registreringen av pleieassistenter å gjøre. I kommunale personalregistre er de fleste yrkesutøvere på laveste nivå kategorisert som assistenter, enten de arbeider innen pleie, med renhold, på kontor eller innen teknisk sektor. Dette gjør det vanskelig både for kommunale og eksterne registre (eks. SSB/AKU og AA-registeret), å skille disse gruppene fra

hverandre med 100 prosent nøyaktighet. Vi må derfor regne med at enkelte «pleieassistenter» fra 1993-utvalget egentlig skulle ha vært kategorisert inn under en av de andre assistentgruppene hvor andelen marginaliserte er lavere. I 1996-undersøkelsen foretok OPINION A/S telefonintervjuene med utgangspunkt i forbundenes medlemslister hvor yrkesgruppene på forhånd var angitt. Selv om assistentproblemet også var tilstede her, er vi sikre på at vi denne gang har klart å etablere en ren pleieassistentgruppe. Ut over de metodiske begrunnelsene, har det vært viktig å få med denne gruppen fordi de sjelden er med som egen gruppe i større arbeidsmiljøundersøkelser. Pleieassistenter har relativt høy gjennomsnittsalder. De arbeider om lag 26 timer per uke, og halvparten av de deltidsarbeidende ønsker høyere stillingsprosent!

2. **Renholdere og hjemmehjelpere.** Hver femte yrkesutøver har et marginalt arbeidsforhold. For renholderne er dette en betydelig økning siden 1993. Bare hver sjettede har et tradisjonelt normalarbeidsforhold. Gjennomsnittlig arbeidstid per uke er 25-26 timer. Om lag 30 prosent av de deltidsansatte ønsker utvidet stillingsprosent. Begge yrkesgruppene har representanter med liten utdanning, lang ansiennitet og en kvinneandel på over 99 prosent. Mange nærmer seg pensjonsalderen. De utgjør med andre ord to yrkesgrupper med behov for en særlig gjennomgang av kontraktsforholdene.

Figur 7.14 Fordelingen av marginale, fleksible og tradisjonelle arbeidsforhold blant fagorganiserte arbeidstakere i kommunale yrker 1996. N=2481



3. **Barnehageassistentene** har også økt andelen med marginale arbeidsforhold. Men mer bemerkelsesverdig er reduksjonen av ansatte med et tradisjonelt normalarbeidsforhold. Andelen er redusert fra 45 til 28 prosent. Ansettelsesprofilen som før var mer lik den vi finner hos de merkantilt ansatte, er nå mer lik den som kjennetegner renholdere og hjemmehjelpere. Men fortsatt er andelen med et tradisjonelt normalarbeidsforhold klart større enn i de mest typiske omsorgsyrkene. Gjennomsnittsalderen er 39 år, og over 90 prosent er kvinner. Nesten halvparten av de deltidsarbeidende ønsker økt stillingsprosent.
4. **Hjelpepleierne.** Fem prosent av hjelpepleierne har et tradisjonelt normalarbeidsforhold. Det er omtrent det samme som for tre år siden. Det er bare blant de ufaglærte pleieassistenter vi finner like lave tall. Kvinneandelen er på over 90 prosent. Gjennomsnittlig arbeidsuke er litt under 30 timer, noe høyere blant mannlige hjelpepleiere. Hver tredje deltidsansatte hjelpepleier ønsker utvidet stillingsprosent. Halvparten av hjelpepleierne med lang tjenesteansiennitet fikk ikke kontrakt ved tiltredelse, men de fleste har fått det etter hvert.
5. **Miljøterapeutene** har *tilsynelatende* endret ansettelsesprofilen radikalt på tre år. Andelen med tradisjonelt normalarbeidsforhold er redusert fra 55 til 20 prosent. Den viktigste forklaringen på denne forskjellen har nok med utvalgene å gjøre. I 1993 definerte vi miljøterapeuter svært vidt, og inkluderte foruten vernepleiere, også barnevernspedagoger, sosionomer og andre høyskoleutdannede som jobbet innen kommunenes sosialsektor. I denne gruppen var mange kontoransatte med «ni til fire-jobber». I 1996-utvalget har vi en langt høyere konsentrasjon av vernepleiere, og de fleste jobber relativt pasient/bruker-rettet i sektoren *åpen omsorg*. Dermed får de ikke overraskende en profil som nå likner langt mer på sykepleiernes. Miljøterapeutene utgjør den desidert yngste yrkesgruppen, og har kort ansiennitet i en stilling som ofte er relativt nyopprettet. Reduksjonen av andelen med tradisjonelt normalarbeidsforhold fører ikke til flere marginaliserte, men til flere i fleksible normalarbeidsforhold. De aller fleste arbeider i full turnusstilling.
6. **Sykepleierne** har fortsatt en lav andel med marginalt arbeidsforhold. Men sammenliknet med 1993, registrerer vi en økning. Ti prosent har ikke arbeidskontrakt. 80 prosent av sykepleierne fikk ansettelseskontrakt ved tiltredelse. I kommunal sammenheng er dette meget høyt.
7. **Miljøarbeiderne** har en mer sammensatt utvikling. Svært få har et tradisjonelt normalarbeidsforhold, og andelen er halvert siden 1993. Samtidig er dette den eneste gruppen hvor omfanget av marginale arbeidsforhold er

reduisert. Det mer ordnede, fleksible normalarbeidsforholdet er med sine 78,3 prosent, blitt nesten like vanlig blant miljøarbeidere som blant hjelpepleierne. Miljøarbeiderne har relativt kort ansiennitet. De arbeider på et felt som er nytt i kommunal sammenheng. Mange av dem er kommet til i løpet av 1995, og nyter godt av en mer ordnet kontraktspolitikk. Både i 1993-undersøkelsen og i denne har noe over halvparten av miljøarbeiderne hjelpepleierutdanning.

8. **Merkantilt ansatte** viser bare små endringer. Men tendensen også her går i retning av færre i tradisjonelle normalarbeidsforhold. Nesten halvparten av de merkantilt ansatte arbeider deltid, og blant disse ønsker hver tredje utvidet stilling.

I note¹² er gjengitt en tabell hvor tallene fra 1993 og 1996 er sammenstilt. Den viser at

- andelen arbeidstakere med *tradisjonelt arbeidsforhold* er redusert i nesten alle grupper. Ni av ti yrkesgrupper har reduksjon.
- andelen arbeidstakere med *marginalt arbeidsforhold* har økt i nesten alle grupper. Ni av ti yrkesgrupper har økning.
- andelen arbeidstakere med *fleksibelt normalarbeidsforhold* har økt. Fire av seks yrkesgrupper har økning.

I statistisk forstand er økningen av marginale arbeidsforhold for nesten alle yrkesgruppene så liten, at vi ikke kan avvise muligheten for at endringen skyldes tilfeldigheter. Men når økningen har forekommet innen ni av ti yrkesgrupper, står vi overfor en klar, om enn ikke sterk, trend. Dette er overraskende, tatt i betraktning innstrammingene i Arbeidsmiljøloven og fagbevegelsens innsats mot midlertidige ansettelser. Og ikke minst er det uventet tatt i betraktning oppsummeringen av kontraktsforholdene noen sider foran. Hovedårsaken er trolig at det for det meste bare skrives ut kontrakter ved nyansettelser.

Det er ikke grunnlag for å hevde at marginale arbeidsforhold er ønsket. For de aller fleste i deltidsarbeid, er arbeidsforholdet av permanent art, og om lag 30 prosent ønsker utvidede stillinger. Det er liten oppmerksomhet rundt kontraktsforholdet til arbeidstakere med lang fartstid. Dette er også tilfelle blant de eldre, kontraktsløse ansatte.

Noter

¹ Ansettelsesformer i ti kommunale yrker, rangert etter andel organiserte arbeidstakere med fast ansettelse. Prosent. N=2481. Og andel organiserte arbeidstakere som i 1993 hadde fast ansettelse

	1996					1993
	Ekstra/annet	Vikariat	Midlertidig	Fast ansatt	Sum	Fast ansatt
Pleieassistent	8,0	12,8	0,8	78,4	100,0	81,9
Barnehageassistent	1,8	10,4	6,1	81,7	100,0	87,6
Miljøterapeut	1,6	5,1	3,2	90,2	100,1	88,4
Hjelpepleier	1,3	1,7	4,0	93,0	100,0	89,1
Miljøarbeider	0,3	4,1	2,4	93,2	100,0	86,4
Hjemmehjelper	0,8	2,1	3,3	93,7	99,9	93,8
Merkantilt ansatt	2,3	0,5	2,3	95,0	100,1	93,6
Sykepleier	0,0	4,1	0,5	95,4	100,0	93,8
Renholder	0,7	1,1	0,4	97,9	100,1	95,7
Vaktmester	0,5	0,0	0,5	99,0	100,0	100,0

² Ansettelsesformer blant et utvalg kommunale arbeidstakere etter arbeidsplass, alder og kjønn. Prosent. N=2481

	Fast ansatt	Midlertidig engasjert	Vikariat	Ekstrahjep /annet	Sum
Arbeidsplass					
Sykehjem	86,5	2,2	6,7	4,5	99,9
Annet	86,7	5,0	7,8	0,5	100,0
Dagsenter	90,6	1,6	6,3	1,6	100,1
Bolig for psykisk utviklinghemmede	93,4	2,5	3,5	0,6	100,0
Hjemmebasert omsorg	94,2	2,4	2,2	1,1	99,9
Kombinert	96,3	0,0	1,9	1,9	100,1
Alder					
Under 30 år	80,9	7,4	10,2	1,6	100,1
30–44 år	90,0	2,5	5,2	2,3	100,0
45–59 år	96,1	1,7	1,5	0,7	100,0
Over 59 år	98,3	0,9	0,9	0,0	100,1
Kjønn					
Kvinner	91,8	2,6	4,3	1,3	100,0
Menn	94,2	2,4	1,6	1,8	100,0

³ I 1996 svarte 4,2 prosent at de ikke visste om de hadde skriftlig arbeidsavtale eller ikke. Det er nærliggende å anta at det blant arbeidstakere som ikke kjenner til om de har arbeidsavtale, er en overvekt som ikke har det. For å kunne sammenlike med 1993-tallene har vi fordelt «vet ikke»-svarene med 1/3-del til «Har skriftlig kontrakt» og 2/3 til «Har ikke kontrakt».

⁴ Andel ansatte etter yrke, arbeidsplass, alder og kjønn som har skriftlig arbeidskontrakt med arbeidsgiver. Prosent

		Ja	Nei	Usikker	Sum
Yrke N=2481	Vaktmester	73,3	21,4	5,2	99,9
	Pleieassistent	79,2	14,4	6,4	100,0
	Renholder	80,0	13,6	6,4	100,0
	Merkantilt ansatt	82,1	14,2	3,7	100,0
	Hjemmehjelper	82,4	11,3	6,3	100,0
	Barnehageassistent	87,8	6,8	5,4	100,0
	Miljøterapeut	89,8	9,2	1,0	100,0
	Sykepleier	90,0	5,9	4,1	100,0
	Hjelpepleier	90,1	6,6	3,3	100,0
	Miljøarbeider	91,2	6,5	2,4	100,1
Arbeidsplass N=1494	Hjemmebasert omsorg	85,1	9,6	5,3	100,0
	Kombinert	87,0	11,1	1,9	100,0
	Sykehjem	87,9	8,5	3,6	100,0
	Annet	88,9	8,3	2,8	100,0
	Bolig for psykisk utviklingshemmede	90,2	7,2	2,5	99,9
	Dagsenter	90,6	7,8	1,6	100,0
Alder N=2481	Over 59 år	76,3	19,0	4,7	100,0
	45–59 år	84,4	10,5	5,1	100,0
	30–44 år	87,7	8,8	3,6	100,1
	Under 30 år	87,9	9,4	2,7	100,0
Kjønn N=2481	Menn	80,5	15,8	3,7	100,0
	Kvinner	86,2	9,5	4,3	100,0

⁵ I Oslo førte oppsigelse av en rekke ekstrahjelper til at fire av dem (en med ansettelsesforhold i 31 år) gikk til rettssak mot arbeidsgiver. Samtlige fikk medhold i Oslo Byrett, som mente de måtte oppfattes som fast ansatte, selv om dette ikke gikk klart frem av noen kontrakter (Arbeiderbladet 13.11.96).

⁶ Tabeller: A. Andel arbeidstakere som har skriftlig arbeidskontrakt, gruppert etter stillingsprosent. Prosent. N=2481

A	0–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	90–99	100+
Har	92,4	88,1	80,0	76,1	84,2	84,8	87,7	83,5	80,0	86,6
Har ikke	6,1	11,9	15,0	18,5	8,3	9,9	10,8	11,7	13,3	9,9
Vet ikke	1,5	0,0	5,0	5,4	7,5	5,3	1,5	4,8	6,7	3,5
Sum	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

B. Andel arbeidstakere som har skriftlig arbeidskontrakt, etter om de definerer seg som fast ansatte eller ikke. C. Og omvendt: er henholdsvis ansatte med og uten kontrakt fast ansatt?

B	Fast	Ikke fast	C	Har	Har ikke	Vet ikke
Har	86,1	76,3	Fast	93,0	83,0	98,1
Har ikke	9,4	22,7	Ikke fast	7,0	17,0	1,9
Vet ikke	4,5	1,0				
Sum	100,0	100,0	Sum	100,0	100,0	100,0

⁷ Andel kommunalt ansatte etter yrke, arbeidsplass, kjønn og alder som fikk ansettelseskontrakt ved tiltredelse, etter ett-to år i stillingen, etter tre år eller mer, eller som fortsatt ikke har kontrakt. Hver gruppe er rangert etter andel som fikk kontrakt ved tiltredelse. Prosent. N=2481

	Kontrakt ved tiltredelse	Ventet 1–2 år	Ventet 3 år eller mer	Har ikke kontrakt	Sum
Yrke					
Sykepleier	79,9	6,4	3,7	10,0	100,0
Miljøterapeut	78,1	7,3	4,4	10,2	100,0
Miljøarbeider	66,8	13,9	10,5	8,8	100,0
Barnehageassistent	61,6	12,5	13,6	12,3	100,0
Hjelpepleier	61,3	15,6	13,2	9,9	100,0
Vaktmester	61,0	7,6	4,8	26,6	100,0
Merkantil	55,5	11,0	15,6	17,9	100,0
Renholder	54,0	13,9	12,1	20,0	100,0
Pleieassistent	36,0	16,8	26,4	20,8	100,0
Hjemmehjelper	34,7	11,7	36,0	17,6	100,0
Arbeidsplass					
Bolig for ps	72,2	11,7	6,3	9,8	100,0
Dagsenter	70,2	14,1	6,3	9,4	100,0
Annet	64,5	10,0	14,4	11,1	100,0
Syke- og aldershjem	54,7	11,7	21,5	12,1	100,0
Kombinert	53,6	9,3	24,1	13,0	100,0
Hjemmebasert	53,1	12,4	19,6	14,9	100,0
Kjønn					
Menn	63,4	10,3	6,8	19,5	100,0
Kvinner	59,9	11,9	14,4	13,8	100,0
Alder					
Under 30 år	68,4	10,2	9,4	12,0	100,0
30– 44 år	65,0	12,6	10,0	12,4	100,0
45–59 år	56,1	11,6	16,7	15,6	100,0
Over 59 år	50,4	8,6	17,2	23,8	100,0
Ansiennitet					
1 år	88,8	3,1	0,0	8,1	100,0
2–5 år	68,2	14,4	4,3	13,1	100,0
6–8 år	60,1	12,4	16,3	11,2	100,0
9–13 år	52,6	14,1	18,4	14,9	100,0
14–19 år	46,2	10,4	23,9	19,5	100,0
Mer enn 20 år	36,7	8,0	28,1	27,2	100,0

Rettelse Fafo-rapport 221, side 127

^a A Andel ansatte som har fått skriftlig arbeidskontrakt ved tiltredelse, etter å ha ventet noen år, eller som fortsatt ikke har, etter tiltredelsestidspunkt (ansiennitet) og yrke. Prosent. N=2481

	Ansiennitet	Kontrakt ved tiltredelse	Ventet 1–2 år	Ventet 3 år eller mer	Har ikke kontrakt	Sum
Sykepleier	1 år	93,5	2,2	0,0	4,3	100,0
	2–5 år	79,6	6,8	1,1	12,5	100,0
	6–13 år	73,8	9,2	10,8	6,2	100,0
	Mer enn 14 år	70,0	5,0	0,0	25,0	100,0
Miljøterapeut	1 år	92,9	2,7	0,0	4,4	100,0
	2–5 år	74,0	11,6	1,4	13,0	100,0
	6–13 år	65,9	6,8	13,7	13,6	100,0
	Mer enn 14 år	-	-	-	-	-
Miljøarbeider	1 år	88,8	5,6	0,0	5,6	100,0
	2–5 år	67,1	16,8	4,9	11,2	100,0
	6–13 år	61,3	12,9	20,4	5,4	100,0
	Mer enn 14 år	50,1	13,6	22,7	13,6	100,0
Barnehage-assistent	1 år	79,5	0,0	0,0	20,5	100,0
	2–5 år	67,4	15,2	8,7	8,7	100,0
	6–13 år	53,7	15,4	18,7	12,2	100,0
	Mer enn 14 år	52,0	8,0	28,0	12,0	100,0
Hjelpepleier	1 år	82,6	4,3	0,0	13,1	100,0
	2–5 år	66,1	17,4	5,5	11,0	100,0
	6–13 år	58,6	13,5	19,8	8,1	100,0
	Mer enn 14 år	49,2	20,3	20,3	10,2	100,0
Vaktmester	1 år	-	-	-	-	-
	2–5 år	75,9	10,3	0,0	13,8	100,0
	6–13 år	61,4	9,1	4,5	25,0	100,0
	Mer enn 14 år	52,9	5,7	6,9	34,5	100,0
Merkantilt ansatt	1 år	-	-	-	-	-
	2–5 år	78,4	8,1	2,7	10,8	100,0
	6–13 år	57,7	12,4	18,6	11,3	100,0
	Mer enn 14 år	52,9	5,7	6,9	34,5	100,0
Renholder	1 år	-	-	-	-	-
	2–5 år	57,9	18,4	0,0	23,7	100,0
	6–13 år	58,8	17,5	4,1	19,6	100,0
	Mer enn 14 år	45,8	11,3	22,6	20,3	100,0
Pleieassistent	1 år	-	-	-	-	-
	2–5 år	35,7	21,4	14,3	28,6	100,0
	6–13 år	22,7	18,2	34,1	25,0	100,0
	Mer enn 14 år	39,5	11,6	32,6	16,3	100,0
Hjemmehjelper	1 år	-	-	-	-	-
	2–5 år	50,0	23,7	7,9	18,4	100,0
	6–13 år	41,6	15,0	31,0	12,4	100,0
	Mer enn 14 år	15,0	2,5	60,0	22,5	100,0

^a A Andel ansatte som har fått skriftlig arbeidskontrakt ved tiltredelse, etter å ha ventet noen år, eller som fortsatt ikke har, etter tiltredelsestidspunkt (ansiennitet) og yrke. Prosent. N=2481

Ansiennitet	Kontrakt ved tiltredelse	Ventet 1–2 år	Ventet 3 år eller mer	Har ikke kontrakt	Sum
1 år	93,5	2,2	0,0	4,3	100,0
2–5 år	79,6	6,8	1,1	12,5	100,0
6–13 år	73,8	9,2	10,8	6,2	100,0
Mer enn 14 år	70,0	5,0	0,0	25,0	100,0
1 år	92,9	2,7	0,0	4,4	100,0
2–5 år	74,0	11,6	1,4	13,0	100,0
6–13 år	65,9	6,8	13,7	13,6	100,0
Mer enn 14 år	-	-	-	-	-
1 år	88,8	5,6	0,0	5,6	100,0
2–5 år	67,1	16,8	4,9	11,2	100,0
6–13 år	61,3	12,9	20,4	5,4	100,0
Mer enn 14 år	50,1	13,6	22,7	13,6	100,0
1 år	79,5	0,0	0,0	20,5	100,0
2–5 år	67,4	15,2	8,7	8,7	100,0
6–13 år	53,7	15,4	18,7	12,2	100,0
Mer enn 14 år	52,0	8,0	28,0	12,0	100,0
1 år	82,6	4,3	0,0	13,1	100,0
2–5 år	66,1	17,4	5,5	11,0	100,0
6–13 år	58,6	13,5	19,8	8,1	100,0
Mer enn 14 år	49,2	20,3	20,3	10,2	100,0
1 år	-	-	-	-	-
2–5 år	75,9	10,3	0,0	13,8	100,0
6–13 år	61,4	9,1	4,5	25,0	100,0
Mer enn 14 år	52,9	5,7	6,9	34,5	100,0
1 år	-	-	-	-	-
2–5 år	78,4	8,1	2,7	10,8	100,0
6–13 år	57,7	12,4	18,6	11,3	100,0
Mer enn 14 år	52,9	5,7	6,9	34,5	100,0
1 år	-	-	-	-	-
2–5 år	57,9	18,4	0,0	23,7	100,0
6–13 år	58,8	17,5	4,1	19,6	100,0
Mer enn 14 år	45,8	11,3	22,6	20,3	100,0
1 år	-	-	-	-	-
2–5 år	35,7	21,4	14,3	28,6	100,0
6–13 år	22,7	18,2	34,1	25,0	100,0
Mer enn 14 år	39,5	11,6	32,6	16,3	100,0
1 år	-	-	-	-	-
2–5 år	50,0	23,7	7,9	18,4	100,0
6–13 år	41,6	15,0	31,0	12,4	100,0
Mer enn 14 år	15,0	2,5	60,0	22,5	100,0

B Andel ansatte som har fått skriftlig arbeidskontrakt ved tiltredelse, etter å ha ventet noen år, eller som fortsatt ikke har, etter tiltredelsestidspunkt (ansiennitet) etter arbeidssted. Prosent. N=1494

	Ansiennitet	Kontrakt ved tiltredelse	Ventet 1–2 år	Ventet 3 år eller mer	Har ikke kontrakt	Sum
Sykehjem	1 år	91,9	5,4	0,0	2,7	100,0
	2–5 år	63,4	13,5	7,7	15,4	100,0
	6–13 år	40,5	12,2	36,5	10,8	100,0
	Mer enn 14 år	41,7	13,3	28,3	16,7	100,0
Bolig for psykisk utviklingshemmede	1 år	91,4	1,9	0,0	6,7	100,0
	2–5 år	71,3	14,9	3,1	10,7	100,0
	6–13 år	62,6	13,3	13,3	10,8	100,0
	Mer enn 14 år	50,0	11,5	30,8	7,7	100,0
Hjemmebasert omsorg	1 år	78,9	5,3	0,0	15,8	100,0
	2–5 år	65,4	14,0	4,1	16,5	100,0
	6–13 år	54,2	15,1	18,3	12,4	100,0
	Mer enn 14 år	27,6	8,6	46,7	17,1	100,0
Annet	1 år	96,8	0,0	0,0	3,2	100,0
	2–5 år	64,2	16,4	4,5	14,9	100,0
	6–13 år	50,9	10,9	32,7	5,5	100,0
	Mer enn 14 år	55,6	3,7	18,5	22,2	100,0

⁹ Andel kvinnelige og mannlige arbeidstakere i tradisjonelle, fleksible og marginale arbeidsforhold i henholdsvis 1996 og 1993. Prosent. N=Ca 2480

Arbeidsforhold	Menn-96	Kvinner-96	Menn-93	Kvinner-93
Tradisjonelt	42,4	18,8	51,9	23,5
Fleksibelt	33,4	63,8	27,9	57,1
Marginalt	24,2	17,4	20,2	19,4
Sum	100,0	100,0	100,0	100,0

¹⁰ Andel menn og kvinner innenfor kommunale yrkesgrupper med tradisjonelle, fleksible og marginale arbeidsforhold. Prosent. N=2481

Yrke		Tradisjonelt	Fleksibel	Marginalt	Sum	N
Pleieassistent	Menn	-	-	-	-	8
	Kvinner	6,0	65,0	29,0	100,0	117
Vaktmester	Menn	56,9	14,2	28,9	100,0	204
	Kvinner	-	-	-	-	6
Merkantilt ansatt	Menn	61,9	9,5	28,6	100,0	21
	Kvinner	42,1	37,6	20,3	100,0	197
Renholder	Menn	-	-	-	-	-
	Kvinner	16,9	62,6	20,5	100,0	278
Barnehageassistent	Menn	27,3	54,5	18,2	100,0	11
	Kvinner	28,4	50,7	20,9	100,0	268
Hjemmehjelper	Menn	-	-	-	-	2
	Kvinner	15,1	64,7	20,2	100,0	238
Hjelpepleier	Menn	5,3	63,1	31,6	100,0	19
	Kvinner	5,7	80,9	13,4	100,0	283
Miljøterapeut	Menn	25,5	60,0	14,5	100,0	55
	Kvinner	19,2	65,8	15,0	100,0	260
Sykepleier	Menn	62,5	37,5	0,0	100,0	8
	Kvinner	25,9	60,9	13,2	100,0	212
Miljøarbeider	Menn	16,0	70,0	14,0	100,0	50
	Kvinner	8,5	80,5	11,0	100,0	246

¹¹ Andel arbeidstakere med tradisjonelle, fleksible og marginale arbeidsforhold, gruppert etter arbeidsplass, «brukergruppe», alder og ansiennitet. Prosent

	1996	Tradisjonelt	Fleksibelt	Marginalt	Sum
Arbeidsplass innen Åpen Omsorg N=1494	Annet	28,3	51,7	20,0	100,0
	Sykehjem	9,0	71,7	19,3	100,0
	Hjemmebasert omsorg	14,4	68,5	17,1	100,0
	Kombinert	13,0	74,0	13,0	100,0
	Bolig for ps	5,5	81,8	12,7	100,0
	Dagsenter	57,8	29,7	12,5	100,0
Hovedområde N=2481	Teknisk/merkantil/barnehage	34,7	42,8	22,5	100,0
	Eldre hjelpetrengende o.a.	13,6	68,7	17,7	100,0
	Psykisk utviklingshemmede	15,3	71,4	13,3	100,0
Alder N=2481	Over 59 år	23,3	52,6	24,1	100,0
	45–59 år	25,2	56,5	18,3	100,0
	30–44 år	21,6	61,7	16,7	100,0
	Under 30 år	14,1	64,0	21,9	100,0
Ansiennitet N=2481	Mer enn 20 år	23,6	48,7	27,6	99,9
	14–19 år	27,5	52,2	20,3	100,0
	9–13 år	26,6	56,0	17,4	100,0
	6–8 år	22,5	62,5	15,0	100,0
	4–5 år	17,1	65,5	17,4	100,0
	2–3 år	20,3	60,2	19,5	100,0
	1 år	17,3	65,8	16,9	100,0

¹² Endringer i arbeidsforholdet fra 1993 til 1996. Prosent. N=Ca 2480

		Marginalt		Fleksibelt		Tradisjonelt			
		Endring		Endring		Endring		Sum	N
Pleieassistent	1996	29,6		64,8		5,6		100	215
	1993	18,2	11,4	73,5	-8,7	8,3	-2,7	100	181
Vaktmester	1996	28,6		14,3		57,1		100	210
	1993	23,4	5,2	17,0	-2,7	59,6	-2,5	100	56
Merkantil	1996	21,1		34,9		44,0		100	226
	1993	15,7	6,4	34,3	0,6	50,0	-6,0	100	230
Renholder	1996	20,7		62,5		16,8		100	280
	1993	10,9	9,8	70,4	-7,9	18,7	-1,9	100	242
Barnehagea	1996	20,8		50,9		28,3		100	280
	1993	14,1	6,7	41,1	9,8	44,8	-16,5	100	185
Hjemmehjelper	1996	20,0		64,6		15,4		100	241
	1993	13,3	6,7	64,9	-0,3	21,8	-6,4	100	174
Hjelpepleier	1996	14,6		79,8		5,6		100	303
	1993	11,0	3,6	82,4	-2,6	6,6	-1,0	100	273
Miljøterapeut	1996	14,9		64,8		20,3		100	283
	1993	13,7	0,8	31,6	33,2	54,7	-34,4	100	95
Sykepleier	1996	12,7		60,0		27,3		100	220
	1993	4,5	8,2	73,0	-13,0	22,5	4,8	100	111
Miljøarbeider	1996	11,5		78,7		9,8		100	315
	1993	17,5	-6,0	65,0	13,7	17,5	-7,7	100	80

Kapittel 8 Integrering og samarbeid

Dagens nasjonale politikk for eldre hjelpetrequende og funksjonshemmede legger vekt på normalisering, integrering og hjemmebasert omsorg. Den hjemmebaserte omsorgen skal inngå som en fundamental del av kommunens helhetlige omsorgsansvar. Tradisjonelt har de hjemmebaserte tjenestene vært delt i en pleiedel (hjemmesykepleien) og en avlastnings- og rengjøringsdel (hjemmehjelpstjenesten). Slik det er gjennomgått i rapportens første kapitler, er disse tjenestene hjemlet i henholdsvis *Lov om helsetjenesten i kommunene* og *Lov om sosiale tjenester m.v.*

I takt med overføringen av nye pleie- og omsorgsoppgaver til kommunene, samtidig som brukernes hjelpebehov har økt, har pleie- og omsorgsoppgavene blitt mer faglig avansert. Oppgaver som før kun ble utført ved for eksempel sykehus, sykehjem, HVPU-institusjoner, psykiatriske sykehus og institusjoner, og som nå skal forestås i regi av de hjemmebaserte tjenestene, stiller kompetansekrav i en helt annen skala enn kommunene har hatt til nå. I tillegg til de økonomiske og mer faglig-tekniske utfordringene som ligger i å skulle ivareta et så bredt spekter av kompetanse-krevende tjenestebehov, skal kommunene hankses med flere og til dels motstridende faglige ideologier samtidig. Det samme tjenesteapparatet skal både yte vedvarende bistand til unge brukere med livet foran seg og med krav på normaliserte livsmuligheter; det skal yte medisinsk-sykepleiefaglig hjelp av kortvarig karakter og det skal yte til dels langvarig hjelp til eldre mennesker med tiltagende funksjonstap.

Det er mulig kommunene ved økt tverrfaglig samarbeid og integrering av flere tjenester, kan oppnå ressursgevinster, bedret arbeidsmiljø og en organisasjonsform som fremmer normaliseringstiltak. Men det er også mulig at en altfor radikal integrering vil slå negativ ut, både på arbeidsmiljøet og kvaliteten på tjenestene til blant annet en del psykisk utviklingshemmede brukere. Enkelte kommuner har utvidet hjemmehjelpstjenesten slik at denne også utfører enklere pleie- og omsorgsoppgaver. Det er også relativt vanlig at hjemmehjelpere «går inn i turnus» og utfører pleie- og omsorgsoppgaver som pleieassistenter. Uansett vil kommunikasjonen mellom hjemmehjelperne og de øvrige yrkesgruppene være viktig for å oppnå en effektiv og god tjeneste.

Spørsmål om integrerte tjenester studeres primært i neste fase av prosjektet. I denne rapporten velger vi å belyse kommunenes arbeide med integrering ved hjelp av to hovedspørsmål. Først spør vi de ansatte om hvorvidt tjenestene til psykisk utviklingshemmede er en del av de ordinære pleie- og omsorgstjenestene i

kommunen og om hvordan de ansatte vurderer samarbeidet mellom yrkesgruppene. Dette gir mer uttrykk for den enkeltes holdninger enn for reell praksis.

Det andre spørsmålet er mer konkret. Her spør vi om den «brukerbredden» hver enkelte ansatt har, kan gi en indikasjon på hvor langt kommunene er kommet med *integrering i praksis*. Med brukerbredde siktes det til hvor bredt den enkeltes bruker-, klient- eller pasientgruppe er sammensatt. En ansatt som oppgir at hun ofte yter tjenester til både psykisk utviklingshemmede brukere, til eldre hjelpetrenende og til fysisk funksjonshemmede, og av og til hjelper personer med psykiske lidelser, scorer høyt på brukerbredde og vil gi en indikasjon på at integreringsarbeidet er kommet langt på hennes arbeidsplass. En ansatt som kun oppgir å ofte yte tjenester til eldre hjelpetrenende og aldri til psykisk utviklingshemmede brukere, indikerer det motsatte. En slik tilnærming anvender et mer utvidet integreringsbegrep sammenliknet med for eksempel Gjærevollutvalget (vist i kapittel to). Arbeidstakere i en kommune som har gjennomført den såkalt «store integrasjonen» (hvor den hjemmebaserte eldreomsorgen og sykehjemstjenesten er slått sammen), kan i vår sammenheng likevel indikere et lavt integreringsnivå fordi sentrale brukergrupper er holdt utenfor.

Samarbeid med kolleger fra andre yrkesgrupper kan gi et bilde av tverrfaglighet, hvilket er en forutsetning for reell integrering. I denne rapporten tar vi ikke stilling til om integrering er positivt eller negativt for brukere og tjenesteytere, eller til hvilke nivåer av integrering som eventuelt er optimalt. Men både tverrfaglighet og radikal integrering stiller betydelig økte krav til de ansattes kompetanse, både hva gjelder kunnskapsbredde og nivå, samt evne til daglige omstillinger. For å yte så krevende og varierte tjenester, stiller kommunene med en arbeidsstokk hvor nesten halvparten er uten yrkesutdanning. I en slik situasjon blir behovet for intern opplæring formidabelt.

Forutsetter normaliserte tjenester administrativ integrering?

Svaret på dette spørsmålet er selvfølgelig avhengig av hva som legges i integreringsbegrepet. Selv om kommunene nå har fått som mål å yte individualiserte og mest mulig hjemmebaserte tjenester, organiseres disse ofte like fullt som særomsorg (jfr. kapitlene 2 og 3). Dermed blir det et sentralt spørsmål for myndighetene hvordan omsorgstjenestene kan utvikles videre slik at det *generelle hjelpeapparatet* blir i stand til å yte hjelp til funksjonshemmede. Dette begrunnes med at administrativ integrering oppfattes som et viktig ledd i arbeidet for en normalisering av funksjonshemmedes liv, helst også integrering i lokalsamfunnet.

I en av Oslos bydeler inngår hjemmehjelperne i et tverrfaglig team. De har førstekontakt med bruker og utgjør det første leddet i en tjenestekjede, primært med sikte på å yte forebyggende helsearbeid. I følge ledelsen i denne bydelen viser hjemmehjelperne stor forståelse for hva de basale tjenestene og rehabiliteringen går

ut på; og de tar det på alvor, av og til mer alvorlig enn mer utdannet personell som kanskje synes dette arbeidet er lite faglig utfordrende. Hjemmehjelperne er ofte de som kommer med innspill om behov for ergoterapeut, fysioterapeut eller andre spesialister. Slik utgjør de en viktig ressurs for pleie- og omsorgsleder. Ved å trekke hjemmehjelperne mer aktivt inn i flere typer arbeid, «frigjøres» også tid, slik at faglærte og høyskoleutdannede kan konsentrere seg om mer kompetansekrevene oppgaver.

I den nevnte bydelen gis hjemmehjelperne nye oppgaver som de fleste trives med. De trekkes inn i funksjoner som tidligere ble organisert under helt forskjellige avdelinger. For eksempel kan de starte med rengjøring ett sted om morgenen, kjøre ut mat på formiddagen og være «støttekontakt» for en psykisk utviklingshemmet bruker på ettermiddagen. Dette eksemplet er hentet fra en bydel hvor den tradisjonelle hjemmetjenesten på kort tid også har fått (med)ansvar for psykisk utviklingshemmede brukere. På spørsmålet vårt om brukerbredde, ville disse hjemmehjelperne score høyt.

Er tilbudet til psykisk utviklingshemmede en del av de ordinære pleie- og omsorgstjenestene i kommunen?

Vi har spurt de ansatte om hvorvidt tjenestene til psykisk utviklingshemmede er en del av de ordinære pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Her må innrømmes at vi har et tolkningsproblem. Enkelte kan mene at «flyttedelen» av ansvarsreformen oppfattes som tilstrekkelig for å oppfylle kravet til integrering. Dersom en psykisk utviklingshemmet har flyttet fra en tidligere HVPU-institusjon til egen bolig og kommunens pleie- og omsorgsapparat har overtatt ansvaret for vedkommende, kan det oppfattes som tilstrekkelig for å svare positivt på vårt spørsmål. Like fullt kan dette være organisert som særomsorg.

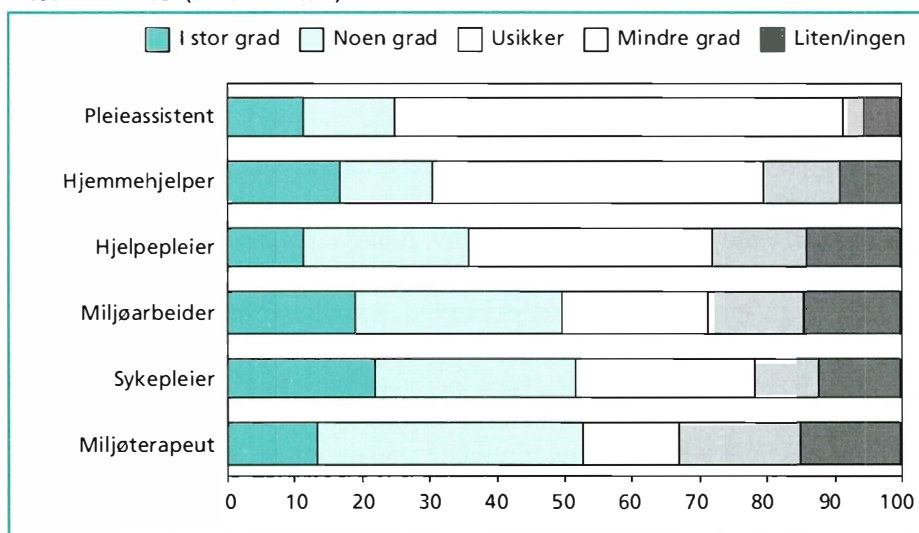
Andre kan ha satt som kriterium at tjenestene til psykisk utviklingshemmede først inngår som en del av de ordinære pleie- og omsorgstjenestene i kommunen når de administreres og forstås av det samme personellet som har ansvaret for tjenestene til eldre hjelpetrengende og andre funksjonshemmede. (Likeledes som eksempelvis behov for barnehage og skole imøtekommes av kommunens allmenne barnehage- og skoletilbud.) Dette er et langt strengere kriterium enn det som oppfylles av flyttereformen. En foreløpig antakelse er at ledere i større grad enn andre forutsetter forvaltningsmessig integrering før intensjonene i ansvarsreformen er fullt oppfylt, mens flertallet av personalet setter grensen ved flyttereformens oppfyllelse.

Når vi spør om tjenestene til psykisk utviklingshemmede er en del av de ordinære pleie- og omsorgstjenestene i kommunen, svarer om lag 15 prosent utvetydig «ja» og omtrent like mange «nei». Mest bemerkelsesverdig er den store usikkerheten slik det kommer frem i figur 8.1.

Ikke uventet har sykehjemsansatte (tabell i note¹), og da særlig pleieassistentene, minst kjennskap til hvordan tilbudene til psykisk utviklingshemmede er organisert. Vi hadde derimot ikke ventet at hjemmehjelperne skulle være så usikre. Etter intensjonene i ansvarsreformen burde denne gruppen ha et visst kjennskap til de psykisk utviklingshemmede. En kunne forvente at kommuner som har kommet langt i integreringsarbeidet, også benytter hjemmehjelpere til tjenester for psykisk utviklingshemmede. Slik sett blir derfor hjemmehjelpernes usikkerhet en indikasjon på at integreringsarbeidet er kommet kort. Halvparten av miljøarbeiderne har hjelpepleierutdanning. Disse jobber med psykisk utviklingshemmede brukere, og de er mindre usikre. Denne fordelingen blant hjelpepleierutdannede forsterker indikasjonen på et tydelig skille: enten jobber en i den tradisjonelle hjemmetjenesten eller så jobber en i tjenesten for psykisk utviklingshemmede brukere.

Blant yrkesutøvere som arbeider med psykisk utviklingshemmede, er det, uavhengig av yrke og utdanning, rimeligvis flere med klare oppfatninger om integreringsspørsmålet enn ved sykehjemmene og de tradisjonelle hjemmetjenestene. Her finner vi både den største gruppen som (mer eller mindre) bekrefter integrering, og den største gruppen som mener at integrering ikke har skjedd (figur 8.1). Blant personalet i boligene for de psykisk utviklingshemmede er denne polariseringen størst. De ansatte ved dagsentrene for psykisk utviklingshemmede brukere er mer i tvil.

Figur 8.1 Andel ansatte etter yrke som har svart henholdsvis «i stor grad», «i noen grad», «i mindre grad», «i liten eller ingen grad» eller «usikker» på spørsmål om tjenestene til psykisk utviklingshemmede er en del av de ordinære pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Prosent. N=1483. (Tabell i note 1)



Blant de ansatte som arbeider mest med psykisk utviklingshemmede, miljøarbeiderne og miljøterapeutene, oppgir omkring 15 prosent at deres tjenestoområde «i stor grad» inngår som en del de ordinære pleie- og omsorgstjenestene. Dette er verken mer eller mindre enn gjennomsnittet i hele undersøkelsesutvalget. Om lag 40 prosent oppgir at dette er skjedd i «noen grad», hvilket er langt flere enn gjennomsnittet.

Knappt 30 prosent av de ansatte har en klar oppfatning av om tjenestene til psykisk utviklingshemmede inngår som en del av de ordinære pleie- og omsorgstjenestene. Omtrent like mange svarer «positivt» som «negativt». Den store usikkerheten kan være uttrykk for at det hersker uklarhet om forståelsen av ansvarsreformens intensjoner. Det kan også være uttrykk for at de ansatte i pleie- og omsorgssektoren ikke vet hvor langt egen kommune egentlig har kommet. Mest sannsynlig indikerer dette uklarhet omkring de sentrale begrepene. Denne uklarheten behøver ikke skyldes uvitenhet. Den kan også være uttrykk for en pågående «kamp om begrepene».

Den ansattes brukerbredde

I vårt datasett vil «den ansattes brukerbredde» og i et visst monn også graden av «tverrfaglig samarbeid» kunne gi et bedre bilde av kommunenes integreringsarbeid i den brede betydningen vi gir begrepet. I en organisasjonsmodell basert på særomsorg til psykisk utviklingshemmede og lite samarbeid mellom institusjonsomsorg og hjemmebasert omsorg, vil den enkelte ansatte kun forholde seg til *en* type brukere og til *en* type arbeidsplass. Faglig-ideologiske målsettinger basert på for eksempel mål om normalisering og integrering, fordrer derimot en personalbruk hvor den ansatte forholder seg til flere brukergrupper. Dette ligger i at det samme tjenesteapparatet skal yte tjenester til alle brukergrupper som måtte ha behov for tjenesten, uavhengig av hvilke forhold som har avstedkommet behovet (alderdomssvekkelse, type funksjonshemming, sykdom eller annet).

Tradisjonell personalforvaltning har gjerne knyttet tjenesteyterens funksjon mer til det konkrete arbeidsstedet enn til kommunen direkte. Hver enkelt tjenesteyter har vært ansatt på sykehjemmet, i en omsorgsbolig, i en avgrenset hjemme-sykepleie for eldre, i en hjemmetjeneste med avgrensede arbeidsfunksjoner og ikke i kommunen. Nyere mål som gjør seg gjeldende i kommunal personalforvaltning, legger større vekt på en mer fleksibel bruk av de ansattes ressurser. Den ansatte skal kunne jobbe både på flere steder og med flere typer arbeidsoppgaver. Her er betraktninger om økonomisk hensiktsmessighet tungtveiende. Typisk nok hadde en av de

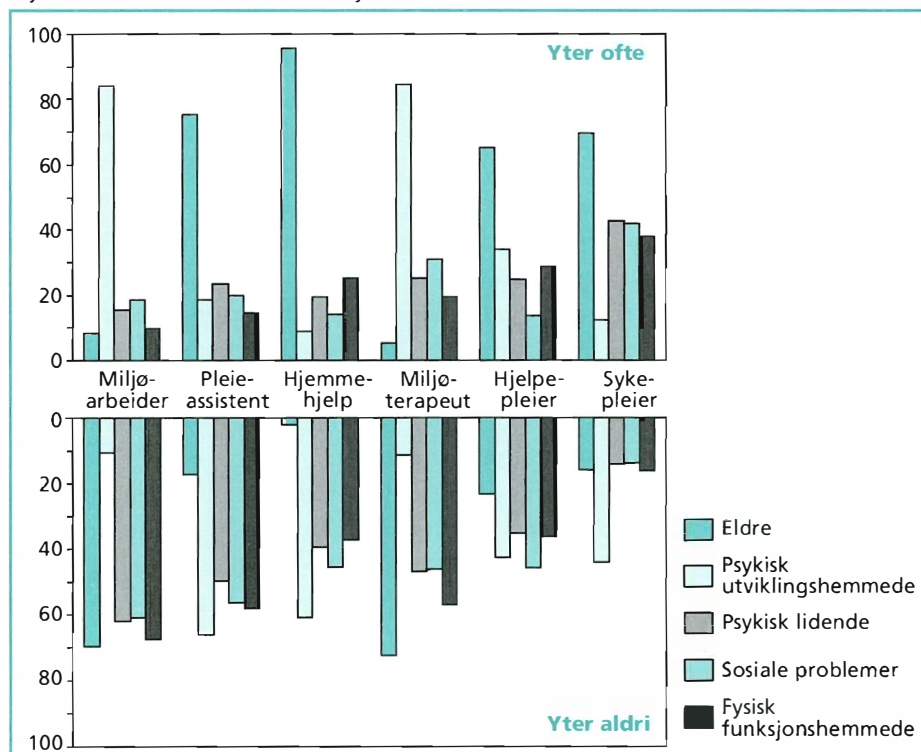
nyeste yrkesgruppene – omsorgsarbeideren – på planleggingsstadiet, lenge betegnelsen «omsorgsgeneralist».

Det er med andre ord både en faglig-ideologisk og en økonomisk-administrativ målsetting at ansatte i kommunale pleie- og omsorgstjenester skal operere på tvers av brukerdiagnoser, tidligere avgrensede avdelinger og ha mer enn ett fysisk arbeidssted.

Vi har spurt de ansatte om hvilke brukergrupper de ofte, av og til eller aldri yter tjenester til. Hver enkelt ansatt har fått spørsmålene: Hvor ofte yter du tjenester til – eldre hjelpetrequende? – psykisk utviklingshemmede brukere? – personer med psykiske lidelser? – personer med sosiale problemer? – personer i andre aldersgrupper med fysisk begrunnet hjelpebehov? Svarmuligheter var a) ofte, b) av og til, c) aldri og d) ikke sikker.

Noen yrkesgrupper er temmelig «smale», mens andre forholder seg til en mer uensartet brukergruppe. Sykepleierne har klart størst brukerbredde. De har den

Figur 8.2 Andel yrkesutøvere som oppgir at de henholdsvis ofte eller aldri yter tjenester til eldre hjelpetrequende, psykisk utviklingshemmede, personer med psykiske lidelser, personer med sosiale problemer eller brukere med ulike fysiske funksjonshemninger som ikke skyldes alderdomssvekkelse. Etter yrke. Prosent. N=1483



jevneste fordelingen både av brukergrupper de går ofte til, og ved at de sjelden oppgir bestemte brukergrupper de aldri går til. Dette er som forventet, når man tar sykepleiernes ansvarsområder i betraktning. Sykepleierne skal arbeide med alle deler av den kommunale helsetjenesten (Forskrift 23.11.1983 og Rundskriv IK-26/93) og med alle målgrupper. Hjemmesykepleien skal videre være (faglig) ledet av en offentlig godkjent sykepleier (paragraf 3 i forskriften), som har ansvar for døgnkontinuerlig tilsyn med pasienten/brukeren. Dermed vil sykepleierne enten de selv yter tjenesten eller de delegerer/koordinerer oppgavene, rimeligvis forholde seg til en bredt sammensatt brukergruppe.

Men som mål på integrering av tjenester til psykisk utviklingshemmede, hjelper det lite at sykepleierne scorer «ganske bra». For når 75 prosent av hjemme-hjelperne, 50 prosent av hjelpepleierne og 50 prosent av de samme sykepleierne tross alt oppgir at de aldri yter tjenester til psykisk utviklingshemmede, er det langt igjen til full integrering i praksis. Og når 85 prosent av miljøarbeiderne og nesten 90 prosent av miljøterapeutene oppgir at de aldri yter tjenester til eldre hjelpetrengende, viser det at de ansatte fortsatt jobber innenfor snevert opptrukne områder.

Det er ingen tvil om at psykisk utviklingshemmede nå bor i mer eller mindre private boliger, gjerne gruppeboliger. Det er likeledes ingen tvil om at det er kommunenes pleie- og omsorgsapparat som bidrar til å gjøre dette mulig. Men fra kommunenes side er denne hjelpen i liten grad kanalisert gjennom de ordinære hjemmetjenestene. To av tre som arbeider i hjemmebasert omsorg, oppgir at de aldri yter tjenester til psykisk utviklingshemmede (tabell i note²), og bare en av åtte oppgir at de gjør det ofte (tabell i note³).

88 prosent av ansatte i boliger for psykisk utviklingshemmede har aldri ytt tjenester til eldre hjelpetrengende. Seks prosent oppgir at de gjør det ofte. Så dersom det er et mål å bruke «bolig-ansatte» i andre deler av kommunens pleie- og omsorgstjeneste, er det fortsatt et godt stykke igjen før det blir allmenn praksis.

Samarbeid

Samarbeid med kolleger fra andre yrkesgrupper

På spørsmålet «Arbeider du vanligvis alene eller sammen med kolleger?» svarer halvparten av de spurte at de alltid eller som oftest arbeider sammen med kolleger (47,6%). Blant de ansatte i den hjemmebaserte omsorgen, oppgir 87,1 prosent at de alltid eller som oftest arbeider alene. Flest hjemmehjelpere (84,9%) arbeider alene, deretter kommer sykepleierne (62,8%) og til sist hjelpepleierne (61,0%).

Blant pleieassistentene, miljøarbeiderne og miljøterapeutene oppgir et flertall at de ikke arbeider alene. Dette har sin naturlige forklaring i hvor de arbeider.

I utvalget vårt arbeider de aller fleste pleieassistentene ved sykehjem, mens miljøarbeiderne og miljøterapeutene arbeider i boliger for psykisk utviklingshemmede. Selv om en pleieassistent på et sykehjem ofte utfører avgrensede oppgaver på egenhånd, vil hun nesten alltid ha kolleger rundt seg. Når også mange miljøterapeuter og miljøarbeidere oppgir at de sjelden arbeider alene, indikerer det at bostedet til svært mange psykisk utviklingshemmede er en arbeidsplass hvor flere ansatte jobber samtidig. Slik sett er det nærmere en mini-institusjon enn et privat hjem, slik det avspeiles i det lite normaliseringsvennlige begrepet «PU-bolig».

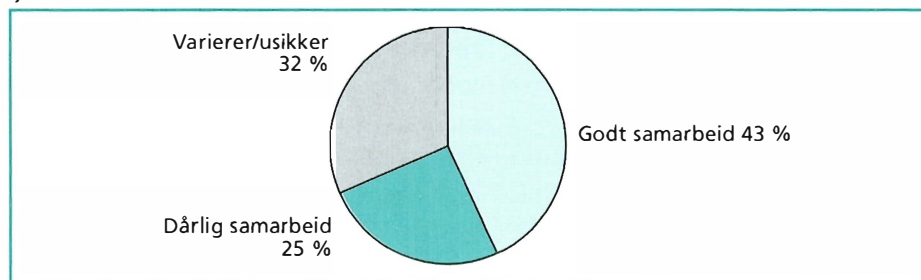
Halvparten av de ansatte sier altså at de ikke samarbeider med kolleger under utførelsen av arbeidet. Blant den halvparten som står igjen, er hjelpepleierne de som samarbeider oftest. Ansatte fra andre yrkesgrupper oppgir også hjelpepleiere som den gruppen de samarbeider oftest med (tabell i note⁴). På sin side rapporterer hjelpepleierne om lite samarbeid med vernepleiere og miljøarbeidere.

Samarbeid med hjemmetjenesten

Vi har spurt de ansatte om de synes samarbeidet mellom hjemmetjenesten og de andre tjenestene i kommunen er bra. Igjen står vi overfor et tolkningsproblem grunnet uklar begrepsbruk. Denne gangen er det *hjemmetjeneste* det er usikkerhet omkring. Noen vil relatere begrepet til forlengelsen av tidligere tiders husmorvikarer og vaskehjelp; altså en snever forståelse av hjemmehjelperens oppgaver, hvor hjemmesykepleien er holdt utenfor. Andre vil ha den totale, hjemmebaserte omsorgen i tankene når de svarer, enten den er integrert eller oppdelt. Og hvis hjemmetjenesten dekker *alle* tjenester som ytes i hjemmet, regner en da et bofellesskap for psykisk utviklingshemmede brukere som et privat hjem, eller som en liten institusjon? Uansett begrepsinnhold, hver fjerde ansatt sier at samarbeidet er dårlig og hver tredje er usikker. Nesten halvparten synes samarbeidet er godt.

Ser vi svarene i forhold til yrke (tabell i note⁵), får vi noe av det samme mønsteret som da vi spurte om integrering av tjenester til psykisk utviklings-

Figur 8.3 De ansattes vurdering av samarbeidet mellom hjemmetjenesten og de øvrige tjenestene i kommunen. N=1483



hemmede. Usikkerheten er ganske stor hos alle de spurte. Ansatte som arbeider med psykisk utviklingshemmede, er mer kritiske til samarbeidet enn kollegene i de andre yrkesgruppene. Hjemmehjelperne er mest positive i sin vurdering av samarbeidet.

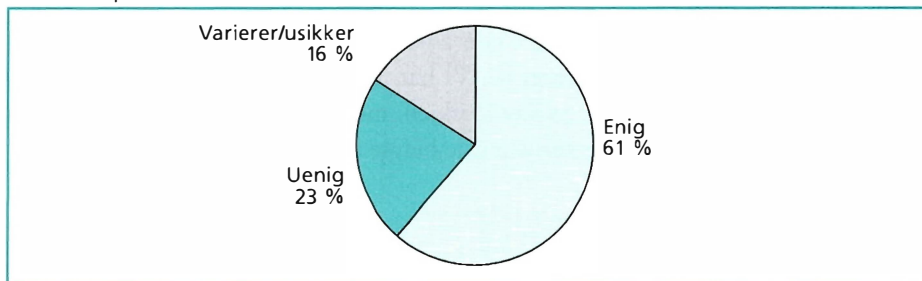
Idealet om normaliserte tjenester setter i særlig grad brukeren i sentrum. Arbeidet for full integrering stiller også store krav til tverrfaglig samarbeid og samarbeid mellom avdelinger. Med denne bakgrunn kunne en på den ene siden forvente at ansatte som rapporterer om høy grad av integrering, også opplever et bedre samarbeid mellom hjemmetjenesten og de øvrige tjenesteområdene. På den annen side har vi pekt på kulturforskjeller mellom de toneangivende fagtradisjonene. Dermed kunne vi forvente økt konflikt der integreringsbestrebelser presser motstridende grupper til å samarbeide. Problemstillingen følges grundigere opp i prosjektets neste fase. Her må vi bare slå fast at utslagene er så små, at ingen av forventningene blir innfridd (tabell i note⁶). Det er en svak tendens til at de ansatte som melder positivt på integrering, også er mer positive til samarbeidet mellom tjenesteområdene. Men dette er så lite at det meget vel kan skyldes statistiske tilfeldigheter.

Samarbeid med pårørende

Et av normaliseringsideologiens sentrale mål er tilrettelegging av livsmuligheter for mennesker med alle typer funksjonshemninger. Økt vekt på sosiale behov er fremtredende, og i forlengelse av dette, er utvikling av et normalt sosialt nettverk kanskje det aller vanskeligste. Samarbeidet mellom pårørende og hjelpeapparatet er viktig innen alle deler av helsevesenet. Men i tjenestefunksjoner hvor det offentlige ikke kan dekke hele spekteret av behov, som for eksempel ved delvis godt fungerende, men like fullt *vedvarende* hjelpetrengende brukere, er samarbeidet med pårørende særlig viktig.

Figur 8.4 viser at nesten to av tre ansatte oppfatter samarbeidet med pårørende som godt.

Figur 8.4 Andel yrkesutøvere som er enige, uenige eller usikre til utsagnet «Vi samarbeider nært med pårørende». Prosent. N=1483



Det er kanskje grunnlag for å forvente at ansatte som arbeider i kommuner som har kommet langt med integrering, oftere samarbeider nært med pårørende enn ansatte i kommuner som er kommet kort. En slik antakelse får vi imidlertid ikke bekreftet. Ansatte som mener at arbeidsplassen deres har kommet langt i «integreringsarbeidet», har nesten nøyaktig samme svarfordeling på samarbeidsspørsmålet som vist i figur 8.4. Forskjellene er så små at det kan skyldes statistiske tilfeldigheter. En nærliggende forklaring på at «integrering» ikke slår ut i økt samarbeid med pårørende eller kolleger, er all uklarheten rundt begrepet, slik vi har sett foran i kapitlet.

Tjenestene til psykisk utviklingshemmede er i særlig grad tjenester som sammen med den enkelte brukerens familie og venner, kan og skal bidra til et normalt liv. Innsatsen fra de profesjonelle tjenesteutøverne gir selvfølgelig ikke tilstrekkelig grunnlag for at den enkelte bruker skal kunne leve et normalt liv. Foruten betydelig egenaktivitet fra brukerens side, er like selvfølgelig hyppig og omfattende samvær med familie og venner avgjørende. Så i forlengelsen av den normaliseringsideologien tjenestene til psykisk utviklingshemmede er/skulle vært tuftet på, forventer vi at de ansatte samarbeider nært med pårørende. Dette burde gi seg utslag i at miljøarbeidere og miljøterapeuter oftere enn andre oppgir at de samarbeider nært med pårørende. Slik er det imidlertid ikke. Ansatte som arbeider med psykisk utviklingshemmede har en «samarbeidsprofil» nesten identisk med gjennomsnittet (tabell i note⁷) Omkring 40 prosent er helt enige i utsagnet «*Vi samarbeider nært med pårørende*». 20 prosent er delvis enige, mens omkring 25 prosent er helt eller delvis uenige.

Sykepleierne er i særklasse den yrkesgruppen som har det næreste samarbeidet med pårørende. Det motsatte gjelder hjemmehjelperne. Dette avspeiler en tradisjonell arbeidsdeling mellom yrkesgruppene, hvor overordnet avdelingsledelse nærmest har hatt eneansvar for kontakten med pårørende. Underordnede, og især ufaglærte, skulle ikke uttale seg om tjenestemessige forhold til pårørende. Men i nyere arbeidsformer hvor pasienten/brukeren hjemme eller på sykehjemmet har sin primærkontakt, fortrinnsvis på hjelpepleier-/miljøarbeidernivå, burde de yrkesmessige forskjellene via å vis pårørende vært annerledes enn det som fremkommer i denne undersøkelsen.

Sykehjemsansatte synes oftere enn ansatte i den hjemmebaserte omsorgen at de samarbeider nært med pårørende. Vi har ikke data fra spørreundersøkelsen som kan forklare hvorfor det er en slik forskjell, men noen betraktninger basert på samtaler med ledere og ansatte kan kanskje belyse dette noe.

Tjenestenes organisering

De hjemmebaserte tjenestene er organisert fjernt fra den enkeltes hjem, og både rutiner og personell kan være vanskelig å overskue for de pårørende. Sykehjemmet er til sammenlikning avgrenset i ett bygningskompleks med lettfattelige og forutsigbare rutiner. Pårørende blir kjent med bygget, rutinene, medpasientene og ikke minst med de ansatte. Det vil hele tiden være noen ansatte til stede som en kjenner. I hjemmetjenesten kan det oppleves som tilfeldig hvilken pleier en forholder seg til. Sjansen for å stadig å måtte forholde seg til en ukjent er større fordi valgmulighetene for den pårørende er mindre. I hjemmetjenesten opptrer de ansatte enkeltvis (eller to og to) og ikke som et kollegium hvor mange er til stede samtidig. For pårørende vil derfor samarbeidet med de ansatte ved sykehjemmet, kunne få større preg av kontinuitet enn i hjemmetjenesten.

Vi sier ikke at uklare og tilfeldige relasjoner mellom pårørende og ansatte kjennetegner hjemmetjenestene, men at det forekommer oftere enn ved institusjonene. I den grad dette er et problem, så gjelder det ikke bare pårørende, men også brukeren og de ansatte.⁸

Har en først fått plass ved et sykehjem, har en pleiere rundt seg til enhver tid, og er sikret at de mest basale behov ivaretas. De pårørende slipper stadige diskusjoner om størrelsen på pleiebehovet og endringer av tjenestevedtak, slik det kan forekomme i hjemmetjenestene. Ved sykehjemmet opplever de pårørende at den gamle om ikke annet, ivaretas av en slags «minstegaranti». Kampen for «mors» rettigheter kan reduseres. Dertil er avstanden til beslutningsmyndighetene kortere. Sykehjemsledelsen er nær sykehjemmet, og formelle svar på forespørsler fra pårørende kan gis relativt raskt.

Opplevelse av de ansattes kompetanse

Det er liten grunn til å hevde at kompetansen ved sykehjemmene er høyere enn i hjemmetjenestene. Men en skal ikke se bort fra at «hvit frakk-symbolikken» kan gjøre seg gjeldende i hjemmetjenestens disfavør i forlengelsen av det ovennevnte. Uniform, spesialutstyr og avstand fra den normale privatsfæren vil lett gi inntrykk av kompetanse. Det er kanskje lettere for pårørende å delegere ansvar for sin nærmeste til «de profesjonelle pleierne» på sykehjemmet, enn til de (like profesjonelle, men) ikke-uniformerte pleierne som yter hjelp i et privat hjem?

En helse- og sosialsjef beskrev det samme under et foredrag i regi av Sosialdepartementet høsten 1996: «Sykehjemsetiketten inngir fortsatt tillit. Den har magi, og den gir avlastning (for de pårørende). Når den gamle får sykehjems plass, går de pårørende fra heltid til nulltid på en dag. De melder seg helt ut når den gamle havner på sykehjemmet.»

I sin ytterste konsekvens vil normaliseringsideologien nedlegge sykehjemmene. Slik mange psykisk utviklingshemmede nå får tjenestetilbud og omsorg med

utgangspunkt i hjemmet sitt, slik skal også de eldre bo hjemme til siste åndedrag. Mye av dagens motstand mot hjemmetjenester til fordel for kvalitative og kvantitative forbedringer av sykehjemstilbudet, kan nok forklares med at hjemmetjenestene har for få ressurser og at utbyggingen og utviklingen av disse tjenestene mange steder har vært halvhjertet. Selv om kommuneadministrasjonen forsøker å følge overordnede politiske tiltak om integrerte tjenester, går mange lokale folkevalgte og representanter for de eldre i mot.⁹

Vi spør vel egentlig om hvor grensen går for normaliseringsidealets relevans? Det kommer et punkt hvor trygghet betyr enn optimal livsutfoldelse. Og med begrensede ressurser til hjemmetjenesten, nås denne grensen ofte tidligere for pårørende enn for den gamle selv. Men uansett størrelsen på ressurstilgangen til hjemmetjenesten, vil en del eldre være i en slik tilstand at sykehjemmet er den eneste adekvate boløsningen. Vi sikter da til syke eldre som trenger et døgnskcontinuerlig tilbud og som ikke ønsker å bo hjemme, og til den store gruppen av aldersdemente pasienter.

Bruker, beboer, klient eller pasient?

Når vi trekker inn ulike betegnelser de ansatte bruker på tjenestemottakerne, er det fordi hver betegnelse har en ideologisk referanse langs aksene *offentlig-privat* og *aktiv-passiv*. De ansattes begrepsbruk vil derfor si noe om arbeidsplassens forhold til normaliseringsideologien og om de ansatte oppfatter tjenestemottakerens bosted som et privat hjem eller en institusjon.

Medisinens og sykehusenes term er *pasient* og henleder oppmerksomheten på det syke hos tjenestemottakeren. I den graden flere tjenestemottakere i kommunene får hjelp som følge av sykdom og behov som dekkes av kommunehelestjenesteloven, kunne en forvente en økning i bruken av betegnelsen pasient.

Normaliseringsideologiens term er *bruker* som henleder oppmerksomheten mot at tjenestemottakeren skal være aktiv. Brukeren skal selv bidra til å bedre sin livssituasjon ved å ta i bruk egne evner og ved å bruke tjenesteapparatet. Helst skal brukeren også være med i diskusjonene om egne behov og tjenestevedtak. Flere har kritisert at dette kravet til egenaktivitet tar lite hensyn til at store grupper av tjenestemottakere slett ikke ønsker rehabilitering, men kun den pleie og omsorg som er nødvendig for å få en rolig og verdig avslutning på et langt liv. Næss og Wærness (1995) hevder at når brukerbegrepet erstatter pasientbegrepet, stilles det ofte utdige krav til den som trenger hjelp, samtidig som maktforholdet mellom hjelper og hjelpetrengende «underkommuniseres». Den hjelpetrengende vil alltid være mer avhengig av hjelperen enn omvendt.

Det er utvilsomt mange tjenestemottakere hvor det er galt at de går under betegnelsen *pasient*. Flertallet av de som mottar hjelp etter sosialtjenesteloven, er neppe pasienter. Men det er også mange tjenestemottakere hvor betegnelsen (aktiv) *bruker* kan bli like forfeilet.

Betegnelsen *beboer* leder i vår sammenheng oppmerksomheten mot en som bor permanent i en institusjon. Vedkommende bor ikke i sitt private hjem og er heller ikke syk nok til betegnelsen *pasient*. Nesten 40 prosent av pleieassistentene som arbeider på sykehjem, bruker betegnelsen *beboer*. Sykepleiere på sykehjem bruker oftest betegnelsen «pasient», hvilket avspeiler arbeidsdelingen mellom sykepleiere og pleieassistenter. Hjelpepleierne på sykehjem bruker begrepene *beboer* og *pasient* omtrent like, hvilket kan avspeile denne yrkesgruppens mellomstilling.

Både sykepleiere og miljøterapeuter i den hjemmebaserte omsorgen benytter derimot oftest begrepet *bruker*. Ansatte som fortrinnsvis arbeider i bolig for psykisk utviklingshemmede, uansett yrke, benytter enten *bruker* eller *beboer*. Her er *pasient* helt fraværende.

Når mellom 35 og 40 prosent av miljøterapeutene og miljøarbeiderne også bruker betegnelsen, får vi nok en indikasjon på at de oppfatter den funksjonshemmedes bosted mindre som et privat hjem enn som en liten institusjon. Tallet er enda høyere blant de ansatte som arbeider i boliger for psykisk utviklingshemmede brukere.

Tabell 8.1 De ansattes vanligste betegnelse på tjenestemottaker etter henholdsvis yrke og arbeidssted. Prosent. N=1481

	Bruker	Beboer	Klient	Pasient	Annet	Sum
Hjemmehjelper	46,0	1,3	41,0	7,1	4,6	100,0
Hjelpepleier	42,4	18,9	9,9	23,8	5,0	100,0
Pleieassistent	22,4	37,6	7,2	28,8	4,0	100,0
Sykepleier	51,1	5,5	10,5	26,0	6,8	100,0
Miljøterapeut	44,4	33,9	5,9	1,0	14,8	100,0
Miljøarbeider	37,5	39,1	6,7	1,3	15,4	100,0
Sykehjem	17,9	28,7	8,1	38,1	7,2	100,0
Hjemmesykepleie	46,1	13,2	10,2	24,8	5,8	100,0
Bolig for psykisk utviklingshemmede	43,0	42,4	4,9	0,8	8,9	100,0
Hjemmehjelpstjeneste	46,0	1,3	41,0	7,1	4,6	100,0
Dagsenter	70,3	1,6	3,1	0,0	25,0	100,0
Gjennomsnitt	42,0	22,8	13,3	12,7	9,2	100,0

Til sammenlikning er betegnelsen *beboer* fraværende blant hjemmehjelperne. Det gjelder også blant ansatte fra de andre yrkesgruppene som yter tjenester i private hjem (hjemmesykepleien). Miljøterapeutene og miljøarbeiderne bruker på sin side nesten aldri betegnelsen pasient.

Blant de 112 som oppgav andre betegnelser på tjenestemottaker, bruker 40 prosent betegnelser som *de eldre/gamle*, *barna*, *ungdommen*, 30 prosent bruker en *funksjonsbetegnelse*, for eksempel elev eller PU'er, 20 prosent bruker *navnet på tjenestemottaker*, og 10 prosent sier *de jeg arbeider med*. (Bare 0,6 prosent bruker betegnelsen *kunde*.)

I en uformell samtale med representanter fra flere yrkesgrupper kom det frem at de hadde fått beskjed om at betegnelsen *pasient* ikke skulle benyttes. Den offisielle betegnelsen var *bruker*. En del benyttet betegnelsen *beboer*, og det ble oppfattet som greit. Derimot var betegnelsen *klient* tabu. Begreper som sosialklient og *klientifisering* fikk forsamlingen til grøsse.

Det er neppe tvil om at dersom en skal lande på en enkelt betegnelse, så må det bli *bruker*. Det er den som «riktig». Omfanget av bruken av begrepet *bruker* sier imidlertid ingenting om reell normalisering. Det forteller derimot at en overveien- de medisinsk tilnærming ikke er offisielt stueren. I boliger for psykisk utviklings- hemmede og ved sykehjemmene benyttes *bruker* og *beboer* omtrent like mye.

Mens brukerbegrepet kan anvendes både på tjenestemottakere i private hjem og på institusjoner, benyttes beboerbegrepet utelukkende på institusjoner. Dette gir nok en bekreftelse på at de ansatte ikke oppfatter «PU-boligen» som et privat hjem.

Beboerbegrepet åpner for mer egenaktivitet enn pasientbegrepet, men det åpner også for mer passivitet enn brukerbegrepet. Selv om et av de ideelle målene for pleie- og omsorgstjenestene er at personalet skal gjøre tingene *med* og ikke *for* brukeren, tillater ikke ressursene så høy egenaktivitet fra brukerens side. Det tar for mye tid (jfr. neste kapittel). Dermed blir både pasienter, beboere eller brukere mindre aktive enn det som var målet for tjenesten. Og er egentlig veien for en passiv bruker eller beboer til klientifisering særlig lang?

Noter

¹ I hvilken grad er tjenestene til psykisk utviklingshemmede en del av de ordinære pleie- og omsorgstjenestene i kommunen? Prosent. N=1483

	I stor grad	Noen grad	Mindre grad	Liten eller ingen grad	Usikker	Sum
Alle	15,6	26,9	12,9	12,7	31,9	100,0
Yrke						
Sykepleier	21,9	29,7	9,6	12,3	26,5	100,0
Miljøarbeider	19,0	30,6	14,3	14,6	21,4	99,9
Hjemmehjelper	16,7	13,8	11,3	9,2	49,0	100,0
Miljøterapeut	13,2	39,5	18,1	15,1	14,1	100,0
Hjelpepleier	11,3	24,5	13,9	14,2	36,1	100,0
Pleieassistent	11,2	13,6	3,2	5,6	66,4	100,0
Arbeidsplass						
Kombinert	25,9	13,0	16,6	5,6	38,9	100,0
Dagsenter	16,1	25,6	6,1	8,3	43,9	100,0
Hjemmebasert omsorg	16,0	18,7	15,3	14,0	36,0	100,0
Bolig for psykisk utviklingshemmede	15,4	39,3	16,2	16,8	12,3	100,0
Sykehjem	12,1	17,5	5,8	6,3	58,3	100,0

² Andel yrkesutøvere som oppgir at de **aldri** yter tjenester til eldre, psykisk utviklingshemmede, personer med psykiske lidelser, personer med sosiale problemer eller brukere med ulike fysiske funksjonshemninger som ikke skyldes alderdomssvekkelse. Gruppert etter yrke, arbeidsplass, alder og ansiennitet. Prosent. N=1483

	Eldre	Psykisk utviklingshemmede	Psykiske lidelser	Sosiale problemer	Fysisk funksjonshemmede
Yrke					
Miljøarbeider	84,4	12,9	74,8	73,5	81,6
Pleieassistent	20,8	80,0	60,0	68,0	70,4
Hjemmehjelper	2,5	73,6	47,7	54,8	45,2
Miljøterapeut	87,8	13,8	56,6	55,6	68,8
Hjelpepleier	28,1	51,7	42,7	55,3	44,0
Sykepleier	19,2	53,0	16,9	16,4	19,6
Arbeidsplass					
Bolig for psykisk utviklingshemmede	87,7	3,3	72,7	75,8	81,4
Hjemmebasert omsorg	5,8	63,1	27,8	36,7	27,8
Kombinert	20,4	63,0	35,2	38,9	38,9
Dagsenter	85,9	20,3	62,5	56,3	67,2
Annet	66,1	48,9	41,1	29,4	47,2
Ansiennitet					
1 år	62,5	33,2	54,3	54,3	33,2
2–5 år	58,8	28,8	52,7	55,1	28,8
6–13 år	33,8	49,3	46,3	52,2	49,3
Mer enn 14 år	20,8	69,1	49,2	55,9	69,1
Alder					
Under 30 år	67,8	20,2	54,6	57,9	65,6
30–44 år	50,8	38,5	47,5	50,2	53,0
45–59 år	33,9	50,4	51,0	56,6	53,6
Over 59 år	23,1	72,5	60,4	64,8	62,6

³ Andel yrkesutøvere som oppgir at de **ofte** yter tjenester til eldre, psykisk utviklingshemmede, personer med psykiske lidelser, personer med sosiale problemer eller brukere med ulike fysiske funksjonshemninger som ikke skyldes alderdomssvekkelse. Gruppert etter yrke, arbeidsplass, alder og ansiennitet. Prosent. N=1483

	Eldre	Psykisk utviklingshemmede	Psykiske lidelser	Sosiale problemer	Fysisk funksjonshemmede
Miljøarbeider	8,5	84,0	15,6	18,4	9,9
Pleieassistent	75,2	18,4	23,2	20,0	14,4
Hjemmehjelper	95,8	8,8	19,2	14,2	25,1
Miljøterapeut	5,3	84,5	25,0	30,9	19,4
Hjelpepleier	65,2	33,8	24,8	13,6	28,8
Sykepleier	69,4	12,3	42,9	42,0	37,9
Bolig for psykisk utviklingshemmede	5,9	95,5	16,0	13,9	12,1
Hjemmebasert omsorg	89,9	12,9	33,8	25,3	36,0
Kombinert	68,5	25,9	24,1	29,6	20,4
Dagsenter	10,7	78,1	21,9	26,6	20,3
Annet	18,3	28,9	28,9	48,3	26,1
1 år	33,2	61,6	27,2	26,3	22,4
2–5 år	33,9	60,4	23,2	23,4	21,4
6–13 år	59,5	34,3	26,2	22,1	24,8
Mer enn 14 år	72,9	18,3	22,5	20,3	21,6
Under 30 år	26,8	73,8	23,0	21,3	20,2
30–44 år	42,6	49,5	28,6	27,9	24,3
45–59 år	58,8	35,1	21,5	18,9	22,3
Over 59 år	74,7	17,6	15,4	9,9	16,5

⁴ Hvor ofte samarbeider ansatte i yrkesgruppe med kolleger fra andre yrker? Prosent (O=Ofte, A=Av og til)

		Verne- pleier		Miljø- arbeider		Hjelpe- pleier		Syke- pleier		Hjemme- hjelper		Ufaglært		Andre	
	N	O	A	O	A	O	A	O	A	O	A	O	A	O	A
Hjemmehj	36	5,6	8,3	8,3	6,6	63,9	11,1	47,2	22,2	72,2	5,6	41,7	22,2	11,1	13,9
Hjelpepl	117	16,2	12,8	24,8	11,1	85,5	8,5	58,1	11,1	12,8	12,8	51,3	22,2	14,5	27,4
Pleieass	93	8,6	10,8	16,1	11,8	82,8	7,5	69,9	16,1	7,5	10,8	64,5	23,7	5,4	31,2
Sykepl	81	8,6	9,9	12,3	16,0	66,7	11,1	72,8	14,8	23,5	21,0	48,1	21,0	54,3	37,0
Miljøter	200	52,0	16,0	87,5	6,0	67,0	8,0	9,5	16,5	5,0	9,5	75,0	15,5	39,0	35,0
Miljøarb	175	44,6	18,3	88,0	5,1	66,9	6,3	18,3	6,3	4,6	5,1	61,1	23,4	27,4	21,1
Sykehjem	171	4,1	9,4	7,0	9,9	88,3	5,3	77,2	14,0	11,7	14,0	62,0	23,4	16,4	32,7
Bolig for ps	280	52,1	19,6	88,9	7,1	77,9	8,9	12,1	12,1	5,7	7,5	67,1	20,4	22,5	30,4
Kombinert	82	14,5	11,1	25,0	9,2	75,6	9,7	52,4	19,5	46,3	17,1	51,2	28,0	29,3	26,8
Dagsenter	52	48,1	11,5	84,6	7,7	61,5	5,8	7,7	3,8	0,0	3,8	75,0	7,7	36,5	28,8
Annet	117	23,9	12,0	50,4	9,4	35,9	10,3	37,6	13,7	9,4	9,4	13,0	14,5	53,0	21,4

⁵ De ansattes vurdering av utsagnet «Samarbeidet mellom hjemmetjenesten og de andre tjenestene i kommunen er meget bra» Prosent. N=1483

	Helt enig	Delvis enig	Usikker/ både og	Delvis uenig	Helt uenig	Sum
Alle	21,9	21,3	31,5	6,9	18,4	100,0
Yrke						
Hjemmehjelper	38,5	23,4	20,9	5,4	11,7	99,9
Sykepleier	29,2	30,6	20,6	3,2	16,4	100,0
Pleieassistent	26,4	20,0	36,0	4,0	13,6	100,0
Hjelpepleier	22,8	21,9	30,8	8,6	15,9	100,0
Miljøarbeider	13,9	13,3	42,6	7,1	23,1	100,0
Miljøterapeut	8,6	20,7	35,8	9,9	25,0	100,0
Arbeidsplass						
Kombinert	35,2	18,5	27,8	3,7	14,8	100,0
Hjemmebasert omsorg	31,3	26,4	22,0	6,0	14,2	99,9
Sykehjem	29,1	22,9	29,2	4,9	13,9	100,0
Dagsenter	20,3	10,9	37,6	10,9	20,3	100,0
Bolig for psykisk utviklingshemmede	10,9	18,9	35,2	9,0	26,0	100,0
Kjønn						
Menn	13,6	21,4	33,6	6,4	25,0	100,0
Kvinner	22,8	21,3	31,3	6,9	17,7	100,0

⁶ A De ansattes vurdering av samarbeidet mellom hjemmetjenestene og de øvrige tjenestene i kommunen, relatert til deres vurdering av om tjenestene til psykisk utviklingshemmede er integrerte

B De ansattes vurdering av samarbeidet med pårørende, relatert til deres vurdering av om tjenestene til psykisk utviklingshemmede er integrerte. N=1483

A. Samarbeid mellom hjemmetjenesten og de øvrige tjenestene i kommunen

	Godt samarbeid	Dårlig samarbeid	Varierer/usikker	Sum
Alle	43,2	25,3	31,5	100,0
Stor grad integrert	50,9	20,3	28,9	100,1
Liten grad integrert	43,1	25,6	31,3	100,0
Ikke integrert/usikker	41,2	26,5	32,3	100,0

B. Samarbeid med pårørende

Alle	61,5	22,7	15,8	100,0
Stor grad integrert	65,9	19,4	14,7	100,0
Liten grad integrert	65,7	19,5	14,8	100,0
Ikke integrert/usikker	58,3	25,0	16,7	100,0

⁷ De ansattes vurdering av utsagnet «Vi samarbeider nært med pårørende». Prosent. N=1483

	Helt enig	Delvis enig	Usikker/både og	Delvis uenig	Helt uenig	Sum
Alle	44,9	16,6	15,9	6,6	16,0	100,0
Sykepleier	64,8	14,2	13,7	1,8	5,5	100,0
Hjelpepleier	48,0	17,5	14,2	4,6	15,6	99,9
Miljøarbeider	45,6	15,3	12,6	7,1	19,4	100,0
Pleieassistent	43,2	16,8	15,2	9,6	15,2	100,0
Miljøterapeut	39,8	22,0	15,4	8,6	14,2	100,0
Hjemmehjelper	29,3	12,1	24,7	8,8	25,1	100,0
Sykehjem	48,0	18,4	12,6	6,3	14,8	100,1
Kombinert	42,6	16,7	20,4	7,4	12,9	100,0
Hjemmebasert omsorg	41,6	15,1	21,3	5,8	16,2	100,0
Bolig for psykisk utviklingshemmede	41,2	19,7	14,1	7,6	17,4	100,0
Dagsenter	34,4	18,8	14,0	9,4	23,4	100,0
Menn	30,7	23,6	15,0	7,9	22,9	100,1
Kvinner	46,4	15,9	15,9	6,5	15,3	100,0

⁸ Uklare og tilfeldige relasjoner mellom ansatte og bruker kan komme til å gå på bekostning av trygghet og kvalitet, og benyttes ofte som argument mot å integrere tjenestene for psykisk utviklingshemmede med de øvrige hjemmebaserte tjenestene, og vil inngå som en av de helt sentrale problemstillingene i neste rapport.

⁹ Dette forholdet vil bli tatt nærmere opp i prosjektets sluttrapport.

Kapittel 9 Tid, arbeidspress og tjenestekvalitet

Kravene om effektivisering i arbeidslivet har også nådd kommunens arbeidstakere som yter pleie- og omsorgstjenester. Dersom mange i undersøkelsen oppgir at de har mindre tid til rådighet overfor brukeren i dag enn det de hadde tidligere, er ikke det annet enn forventet. Spørsmålet vi stiller i dette kapitlet er om redusert tid hos bruker påvirker tjenestekvaliteten eller arbeidsmiljøet.

Innsparing og krav om økt produktivitet kan oppfylles a) gjennom en *reell effektivisering* basert på en mer rasjonell organisering av tjenestene, b) gjennom en rimelig eller urimelig *merbelastning på de ansatte* eller c) gjennom *reduksjoner i tjenestetilbudet*, altså merbelastning på bruker.

Produktivitetsvekst foreligger når tjenestevolumet økes uten tilsvarende budsjettøkning eller når tjenestevolumet opprettholdes innenfor et redusert budsjett. Dersom økt produktivitet fører til en urimelig merbelastning på de ansatte eller en vesentlig reduksjon i tjenestetilbudet, står vi ikke overfor en reell effektivisering. Da står vi overfor en nullsumsituasjon hvor en gitt belastning er overført fra kommunen til den enkelte ansatte eller til pasient/bruker.

En rimelig merbelastning på de ansatte kan foreligge når den ansatte selv oppfatter å ha tilstrekkelig tid til disposisjon hos brukeren etter en innstramming. Det er heller ingen hemmelighet at enkelte innen omsorgen for eldre og psykisk utviklingshemmede tidligere kan ha hatt mer tid til disposisjon enn strengt tatt nødvendig for å løse de oppgaver de har vært satt til. (Ett eksempel kan være ansatte i boliger for psykisk utviklingshemmede som befant seg i boligen på dagtid uten konkrete arbeidsoppgaver, mens pasienten/brukeren selv er på skole, arbeid eller annet. Ett annet eksempel har vært sykehjem med flere nattavdelingssykepleiere «på toppen» i mer eller mindre aktive nattstillinger der hjelpepleiere og pleieassistenter gjorde pleiearbeidet på avdelingene.)

I dette prosjektet tar vi ikke stilling til utmålingen av brukernes tjenestebehov. Vi forutsetter at kommunens tjenestevedtak og eventuelle pleieplaner er riktig vurdert ut fra faglige kriterier. I en situasjon hvor etterspørselen på kommunale tjenester er større enn hva mange kommuners økonomi kan bære, er det heller ikke sterke grunner til å tro at pasientene/brukerne gis tjenester de strengt tatt ikke har behov for. Vi vil derfor hevde at dersom en ansatt på grunn av tidsnød forlater en

pasient/bruker før en (faglig begrunnet og lovforankret) arbeidsoppgave er fullført, så står vi overfor en konkret situasjon hvor brukeren blir påført belastningen ved at kommunen skal spare. Dette har selvfølgelig ikke noe med effektivisering å gjøre.

Gevinster ved innføring av nye hjelpemidler er begrenset, all den tid tjenesteproduksjonen dreier seg om pleie og omsorg, altså mellommenneskelig samhandling. Innføring av informasjonsteknologi og skriftlige prosedyrer for utforming og oppfølging av pleieplaner, kan komme til å gå på bekostning av den tiden som ellers kunne ha vært brukt til utøvelse av pleie- og omsorgsoppgaver (Næss og Wærness, 1996). Og et teknisk hjelpemiddel som kan lette arbeidet for en gruppe, kan føre til merarbeid for en annen. Ett eksempel på dette er løfteutstyr som letter arbeidet for pleiepersonalet, men som gjør renholdet i en trang leilighet tyngre for hjemmehjelperne.

En viss økning av arbeidstempoet behøver ikke nødvendigvis å føre til kvalitetsforringelse. Men der «effektiviseringen» primært skjer i form av økt tempo, kan det lett komme til å gå ut over kvaliteten på tjenestetilbudet. Videre kan en tenke seg at økt arbeidstempo vil kunne gi høyere arbeidspress og føre til økt fysisk slitasje. Et for høyt arbeidstempo kan i seg selv også utgjøre en mental belastning på den ansatte (jfr. utbrenthetsproblematikk). Effektivisering gjennom bedre organisering kan derimot gi klare gevinster både for tjenestekvaliteten og for arbeidsmiljøet.

Tid til rådighet

I denne delen av kapitlet stiller vi spørsmål ved den tiden de ansatte har til rådighet hos brukeren. Har de ansatte mer eller mindre tid enn før? Er tiden de har til rådighet tilstrekkelig? Og hender det at pasienten blir forlatt før jobben er avsluttet?¹

Mer eller mindre tid til pasienten/brukeren?

Vi har stilt ansatte som har arbeidet i samme stilling i mer enn to år innenfor et av pleie- og omsorgsyrkene, følgende spørsmål: «*Har du mer eller mindre tid til brukerne nå enn tidligere?*» Svarfordelingen er gjengitt i figur 9.1.

Omkring halvparten mener at de nå har mindre tid, en tredel oppgir at forskjellen ikke er så stor, mens om lag 15 prosent synes de har fått bedre tid (tabell i note²). I figur 9.2 avtegnes svarfordelingen etter den ansattes yrke og pasient/brukergruppe. Hjemmehjelperne er den gruppen som sterkest har fått merke innstramminger. Her melder to av tre at de har fått knappere tid til hver bruker.

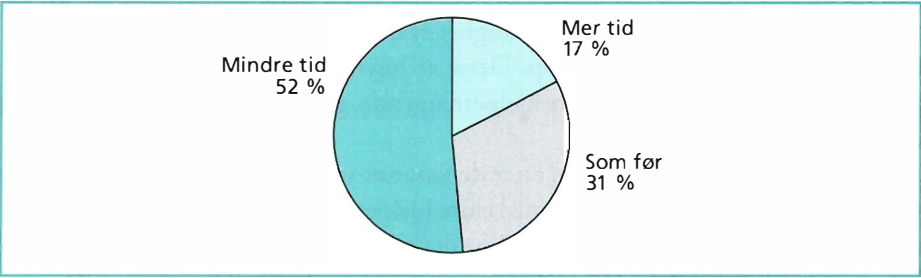
Litt over halvparten av ansatte som primært jobber med eldre hjelpetrengende, oppgir at de har fått mindre tid. Dette gjelder foruten hjemmehjelperne, særlig

sykepleierne. Men også blant hjelpepleierne oppgir nesten halvparten at de har fått mindre tid.

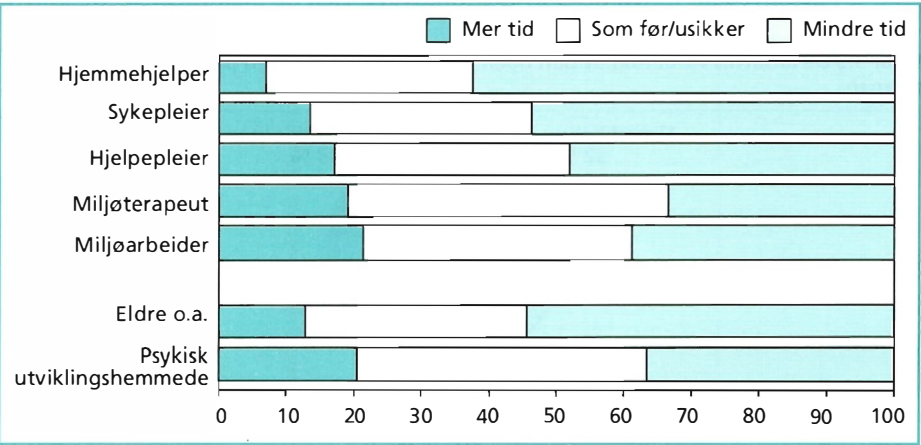
Blant miljøterapeutene og miljøarbeiderne oppgir en tredel det samme. Disse yrkesgruppene utgjør hovedtyngden av de ansatte som jobber med psykisk utviklingshemmede. Omtrent 20 prosent av miljøterapeutene og miljøarbeiderne synes på den annen side at de har fått mer tid til rådighet. Dette indikerer at tidspresset innen denne sektoren for mange ikke er så galt.

Eldre yrkesutøvere med lang ansiennitet melder noe oftere enn nyansatte om redusert tid (tabell i note³). Dette gjenspeiler til en viss grad at gjennomsnittsalderen er høyere hos ansatte i eldreomsorgen enn blant ansatte som yter tjenester til psykisk utviklingshemmede. Det er også mulig at effektiviseringen i kommunene er kommet lenger i de etablerte hjemmebaserte tjenestene enn i de relativt nye tjenestene til psykisk utviklingshemmede brukere.

Figur 9.1 Ansatte med mer enn to års ansiennitet gir sin vurdering av om de har fått mer eller mindre tid til pasient/bruker enn før. Prosent. N=1010



Figur 9.2 Har de ansatte mer eller mindre tid til bruker/pasient enn før? Etter brukergruppe, ansattes alder og yrke. Prosent. N=1010



Hjemmehjelperne er jevnt over litt eldre enn de øvrige arbeidstakerne innen pleie og omsorg.

Siden eldre arbeidstakere oftere enn yngre oppgir at tiden er redusert, kunne en anta at dette er grunnen til at så mange hjemmehjelperne melder om tidsreduksjoner. Dette er imidlertid ikke tilfelle. Det er faktisk flere yngre enn eldre hjemmehjelpere som oppgir at de har fått dårligere tid.

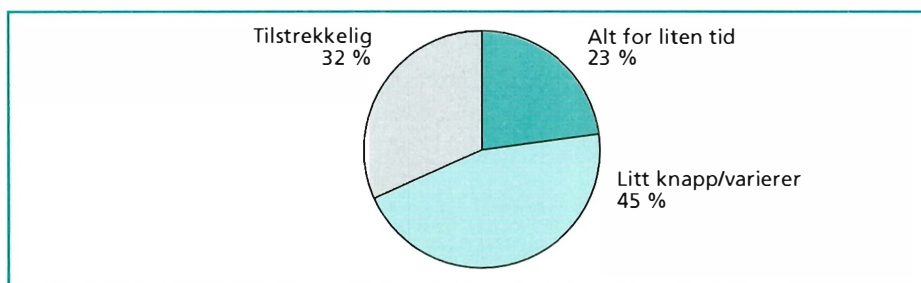
Er tilgjengelig tid tilstrekkelig tid?

Totalt er antallet som melder at de har fått dårligere tid, tre ganger så høyt som antallet som melder om bedre tid. Dette behøver i og for seg ikke være negativt, dersom de tidligere har hatt mer tid enn strengt tatt nødvendig for å løse arbeidsoppgavene. Neste spørsmål blir da naturlig om personalet oppfatter den tiden de har til rådighet som tilstrekkelig for å yte de pleie- og omsorgstjenestene de er satt til å utføre.

Om lag halvparten oppgir at tiden er litt knapp eller at de noen ganger har god tid og andre ganger har dårlig tid. I seg selv høres dette ganske normalt ut. En av tre oppgir at den tiden de har til rådighet er tilstrekkelig, mens hver fjerde ansatte oppgir at tiden er alt for knapp. Dette er høyt, særlig tatt i betraktning av at arbeidet består i å gi hjelp til eldre hjelpetrequende, psykisk utviklingshemmede og andre funksjonshemmede.

Når vi splitter tallene opp etter de ansattes yrke, kjønn eller brukergruppe, viser det seg at ansatte som jobber med eldre hjelpetrequende har dårligst tid. Hjemmehjelperne og sykepleierne ser ut til å ha det mest travelt. Menn har oftere tilstrekkelig tid enn kvinner har. Dette skyldes neppe personlige trekk ved mannlige ansatte, men at de fleste mennene i vårt pleie- og omsorgsutvalg arbeider i boenheter for psykisk utviklingshemmede hvor arbeidstempoet på undersøkelsestidspunktet ikke er like høyt som innen deler av hjemmesykepleien og hjemmehjelpstjenesten.

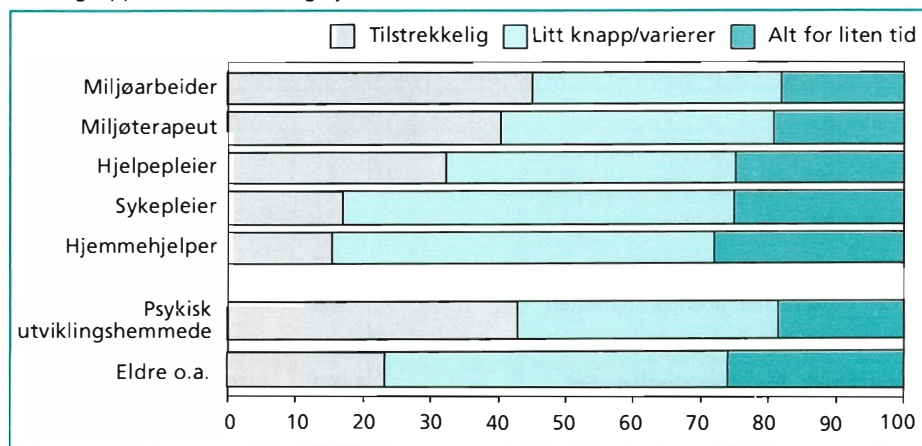
Figur 9.3 De ansattes vurdering av den tiden de har til rådighet med pasient/bruker. Prosent. N=1010



Med bakgrunn i den økte pleietyngden hjemmeomsorgen har opplevet de siste årene, og opplysninger fra enkelte kommuner, hadde vi forventet at den ansattes alder skulle gitt større utslag, også på opplevelsen av å (ikke) ha tilstrekkelig tid. Eldre hjemmehjelpere har erfaringer fra en tid da de kunne yte sosial omsorg og andre tjenester til brukerne uten at det gikk på bekostning av de definerte primæroppgavene. Nedbygging av ulike typer institusjoner har medført at hjemmetjenestene i dag har fått ansvar for en rekke nye og til dels tunge brukergrupper. Dette skyldes ikke bare ansvarsreformen for de psykisk utviklingshemmede, men også økingen av svært pleietrengende eldre som tidligere ville fått plass på sykehjem. Reduksjon av antall liggedøgn ved sykehusene stiller også ytterligere krav til kommunenes tjenesteapparat. Men eksemplet under, på hjemmehjelpernes arbeidssituasjon, er hentet fra et annet og i vår sammenheng mindre medieomtalt område. Rusmisbrukere utgjør i mange kommuner/bydeler en økende del av hjemmetjenestenes samlede oppgaver selv om deres hoveddiagnoser ofte er knyttet til andre medisinske forhold.

Hjemmehjelperen kommer hjem til en inkontinent rusmisbruker som bor i en vanlig blokkleilighet. Her finner hun store deler av leiligheten, ikke bare bad og soverom, tilgriset med avføring. På dagens arbeidsplan står rengjøring av kjøkken, handletur og matlaging sammen med brukeren, foruten en prat over kaffekoppen. I stedet må hun sette i gang med vask av gulv, vegger og inventar. Klærne må også vaskes, men det er ikke sikkert hun rekker det. Det avhenger av om vaskemaskinen i fellesvaskeriet er ledig. På den annen side er det to dager til neste gang hun skal hit, og brukeren har ikke ubegrenset med skift. Kanskje hun skal «låne» en time fra neste bruker. Han er rullestolbruker og får vanligvis god hjelp av hjelpepleierne på natten. Hadde dette vært en av de eldre hjemmehjelperne, ville hun jobbet «gratis overtid» for å ordne opp, men om hun gjør det i dette tilfelle, er heller tvilsomt .

Figur 9.4 De ansattes vurdering av tiden de har til rådighet overfor pasient/bruker, etter yrke, brukergruppe, arbeidsform og kjønn. Prosent. N=1016 (tabell i note 4)

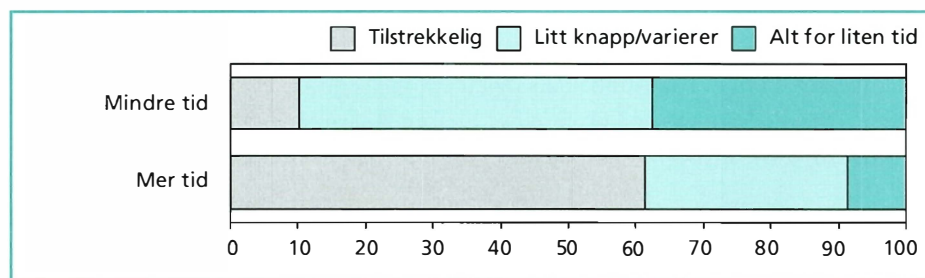


For eldre pleiere og hjemmehjelpere med erfaringer fra en tid med lettere og færre brukerbesøk per dag, er det rimelig å rapportere at de har mindre tid enn før. Det er derfor som forventet, når bare 15 prosent av hjemmehjelperne synes tiden de har til rådighet er tilstrekkelig mens om lag 57 prosent oppgir at tiden er litt knapp. Selv om de fleste ser ut til å klare tempøkningen bra, er det en gruppe på 28 prosent som synes de har alt for knapp tid (tabell i note 4).

Med referanse til kapitlets innledning, er det naturlig å spørre om reduksjon av tiden hos den enkelte bruker også har ført til at flere ansatte oppgir at tiden ikke strekker til. I figur 9.5 har vi prosentuert med basis i tidsendring. Vi ser om endring i tid til rådighet gir utslag på den ansattes vurdering av om tiden de har til disposisjon er tilstrekkelig. Sagt litt annerledes: Svarer de ansatte som har vært gjennom en tidsreduksjon, annerledes enn de øvrige på spørsmålet om tiden de har til disposisjon er tilstrekkelig?

Vi finner som forventet flest som oppgir at de har for liten tid blant de som har gjennomgått tidsreduksjoner. Omkring halvparten av de ansatte har oppgitt at tiden de har til rådighet, er skåret ned. Blant disse melder ti prosent at tiden strekker til. 52 prosent oppgir at tiden er litt knapp, mens 38 prosent sier at tiden nå er

Figur 9.5 Har endring i tid til disposisjon hos pasient/bruker betydning for de ansattes vurderinger av om tiden er tilstrekkelig? Gruppert etter om den ansatte har fått mer eller mindre tid



Tabell 9.1 Antall hjemmebesøk i en kommune i 1994, 1995 og 1996.

	1994	1995	1996
Antall stillingshemler, hjemmesykepleien	11	11	11
Antall stillingshemler, hjemmehjelpstjenesten	12	12	12
Antall stillingshemler, liten institusjon	0	1,5	1,5
Antall brukere, hjemmesykepleien	75	75	70
Antall brukere, hjemmehjelpstjenesten	160	150	155
Antall besøk, hjemmesykepleien	14 100	15 000	16 500
Antall besøk, hjemmehjelpstjenesten	8 900	10 100	12 100
Antall besøk, totalt	23 000	25 100	28 600

alt for knapp. Gruppen som oppgav å ha fått mer tid, er ikke så stor (ca. 15 prosent). Flertallet av dem (ca. 60 prosent) synes, som en kunne forvente, at tiden de har til rådighet er tilstrekkelig. Under ti prosent melder om at tiden er alt for knapp. Heller ikke det er overraskende. Disse fordelingene kan kanskje synes selvfølgelig. Men når de viser at andelen som melder om «alt for liten tid til pasient/bruker» er fire ganger så høy blant ansatte som har vært gjennom tidsreduksjoner som hos ansatte som ikke har gjort det, gir det en indikasjon på at økt tempo kan føre til redusert tjenestekvalitet.

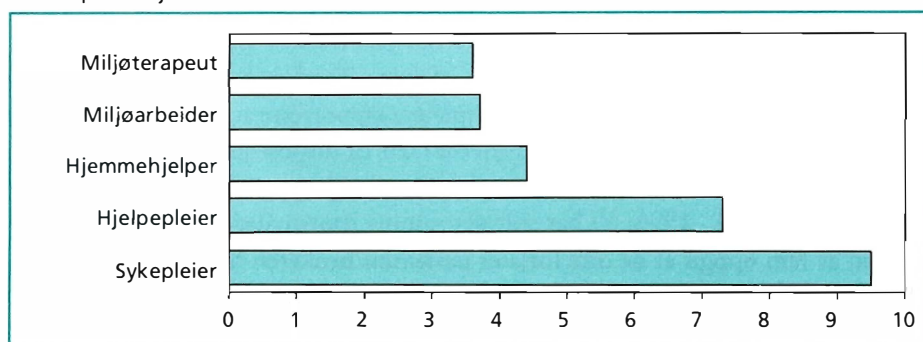
Tallene i dette kapitlet er basert på de ansattes opplevelser av hvordan tid til disposisjon har endret seg de siste to årene. I tabell 9.1 har vi gjengitt noen tall over aktiviteten i de hjemmebaserte tjenestene i en kommune i henholdsvis 1994, 1995 og 1996. Antall stillingshemler og antall brukere har vært relativt stabilt. Antall brukerbesøk har derimot økt fra 23 000 i 1994 til 28 600 i 1996. For denne kommunen utgjør dette en endring på om lag 15 flere besøk per dag. Denne økningen i besøk per bruker er et resultat av økt pleietyngde (behov). Flere brukerbesøk per ansatt indikerer flere besøk per vakt. Dette viser for det første at de ansatte vil måtte bruke mer tid på å bevege seg mellom pasientene/brukernes hjem. For det annet indikerer det at hver ansatt jobber litt raskere enn før, og for det tredje kan vi kanskje anta at den enkelte bruker må nøye seg med litt mindre tid til hvert besøk.

Tid per bruker

Den tiden de ansatte har til rådighet hos brukeren/pasienten, forteller også noe om mål og gjennomføring av arbeidsoppgavene. Ansatte som rekker mange pasienter/brukere per dag, har andre oppgaver enn ansatte som er sammen med en eller to pasienter/brukere i løpet av en hel dag.

Vi har spurt de ansatte om hvor mange brukere de anslagsvis yter tjenester til per dag. Og når vi sorterer svarene kommer det store forskjeller frem yrkene i mellom. Sykepleierne er i gjennomsnitt hos 9,5 brukere per dag, mens tilsvarende

Figur 9.6 Antall pasienter/brukere som ytes tjenester per dag etter den ansattes yrke og arbeidsplass. Gjennomsnitt. N=939



tall for miljøterapeutene er 3,6. Hjelpepleierne kommer nærmest sykepleierne med 7,3 brukere per dag, mens miljøarbeiderne er nærmest miljøterapeutene med 3,7 (tabell i note⁵).

Når vi så vet hvor de forskjellige yrkesgruppene jobber, er det ikke overraskende at ansatte i den hjemmebaserte omsorgen yter tjenester til dobbelt så mange pasienter/brukere som de ansatte som har bolig for psykisk utviklingshemmede som hovedarbeidsplass (6,8 mot 3,7 pasienter/brukere per dag. 18 faste oppdrag i løpet av en kveldsvakt med to ansatte er hverdagen for hjemmetjenesten i en av Oslos bydeler.)

Disse forskjellene yrkesgruppene i mellom kan godt være uttrykk for en rasjonell arbeidsdeling. Sykepleierne avlegger korte besøk for å gjøre de mest krevende sykepleiefaglige oppgavene, mens hjelpepleierne forestår pleie og enklere sykepleiefaglige oppgaver. Jo mer krevende oppgavene er i teknisk, medisinsk forstand, jo mer avgrenset del av pleiebehovet vil fagpersonen ha til pasienten. En vil rimeligvis lett kunne få et mer reduksjonistisk forhold til pasienten enn den som har enklere og mer sammensatte oppgaver.

Ser vi tilbake på de ansattes vurderinger av tid til rådighet, er det et visst samfall med antall brukere per døgn. Begge variablene kan kanskje bygge opp under en påstand om at sykepleierne har en mer travel arbeidsdag enn miljøterapeutene. Men mer enn å si noe om arbeidsmengde, avspeiler dette ulik arbeidsmetodikk. Miljøterapeutene og miljøarbeiderne yter omfattende tjenester til et fåtall pasienter/brukere, mens sykepleierne og hjelpepleierne yter mer begrensede tjenester til et stort antall pasienter/brukere. Tallene bekrefter at vi har med to ulike fagtradisjoner å gjøre. Litt spissformulert yter den ene permanent bistand med normaliseringsideologiske mål til funksjonshemmede. Den andre yter medisinsk «nødhjelp» og begrenset pleie til grupper som forventes å enten greie seg selv mest mulig eller motta videre hjelp fra andre yrkesgrupper. Hjemmehjelperne befinner seg midt i mellom disse to hovedgruppene. De skal både nå relativt mange pasienter/brukere og de skal ta seg tid til å prate med dem.

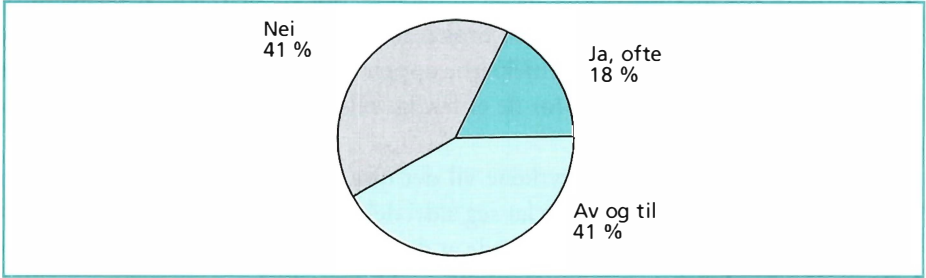
Når pasienten/brukeren blir forlatt før jobben er gjort

Vi har tidligere vist til hjemmetjenestene i Sagene-Torshov hvor en gruppe sykepleierstudenter etter samtaler med 22 sykepleiere rapporterte at det «stort sett stilles for store krav i forhold til tiden de (pleierne) har til disposisjon. Dette gir seg utslag i at over halvparten ofte må utelate enkelte arbeidsoppgaver i løpet av dagen.» (M. Bjørndahl m.fl., 1994) Vi har stilt det samme spørsmålet i undersøkelsen vår hvor en av fem oppgir at de ofte forlater pasienten/brukeren før oppgaven er fullført, to av fem forlater av og til, mens ytterligere to av fem oppgir at de aldri forlater brukeren før jobben er gjort (figur 9.7).

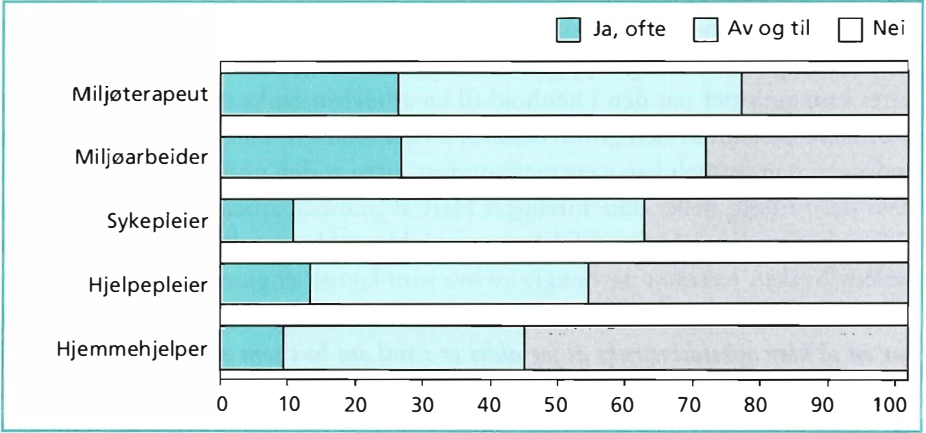
På bakgrunn av gjennomgangen over, forventer vi at de som oftest melder om tidsreduksjoner og utilstrekkelig tid, også er de som er nødt til å forlate brukeren før oppgaven er fullført. Den typiske avbryter burde således være den eldre hjemmehjelperen som har opplevet tidsreduksjon parallelt med økt arbeidsbyrde.

Slik er det ikke. I stedet er bildet omvendt. Hjemmehjelperne er den gruppen hvor færrest oppgir at de forlater brukerne før oppgavene er fullført. Videre er det i gruppen av ansatte over 45 år færre som avbryter arbeidet enn blant de yngre. Dette indikerer at hjemmehjelperne som gruppe, utfører mer arbeid på kortere tid enn tidligere. Samtidig kan en spørre om de fortsatt utfører oppgaver utenom arbeidstiden og uten å ta betalt slik det er blitt påpekt i andre undersøkelser (Lie 1987, Eldring og Svendsen 1990, Wærness 1975). En alternativ tolkning er selvfølgelig at hjemmehjelperne har hatt mer enn tilstrekkelig tid tidligere, og at dagens nivå derfor er rimelig. Tatt tidligere beskrivelser av hjemmehjelpernes arbeidsmiljø i

Figur 9.7 Andel ansatte som ofte, av og til eller aldri forlater pasienten/brukeren før oppgaven er fullført. Prosent. N=676



Figur 9.8 Hender det du må forlate pasienten/brukeren før arbeidsoppgaven er fullført? Andel ansatte som svarer 1) ja, ofte 2) ja, av og til, og 3) nei, etter yrke. Prosent. N=676 (tabell i note⁶)



betraktning, (for eksempel Eldring og Svendsen 1990), er imidlertid en slik tolkning lite dekkende.

Ansatte som arbeider med psykisk utviklingshemmede, oppgir oftest at de forlater pasienten/brukeren før oppgaven er fullført. De har opplevd færrest tidsreduksjoner og er stort sett fornøyd med den tiden som er til rådighet. Men også blant miljøterapeutene og miljøarbeiderne er andelen som forlater pasienten/brukeren før jobben er fullført, langt høyere blant de som melder om tidsreduksjoner.

Hvorfor forlates brukerne?

Vi har spurt de ansatte om mulige grunner til at de avbryter jobben før de er ferdig.⁷ Og den begrunnelsen som oftest oppgis er tidspress. Faglige problemer og uoverensstemmelser mellom ansatt og bruker oppgis også, men ikke så ofte.

Hjemmehjelperne oppgir da tidspress (91%) som eneste grunn av betydning, mens miljøarbeiderne, foruten tidspress (75%), også henviser til faglig problemer (8,5%) og uoverensstemmelser med bruker (8,5%). 14 prosent av miljøterapeutene oppgir at de har forlatt pasient/bruker på grunn av uoverensstemmelser. Ansatte som primært arbeider med eldre hjelpetrequende, oppgir sjeldnere at faglige problemer eller uoverensstemmelser med bruker fører til at de avbryter arbeidet. I alle yrkesgrupper bortsett fra hjemmehjelperne oppgir om lag 35 prosent såkalte «andre grunner» for å forlate brukeren før de er ferdig. Tilsvarende tall hos hjemmehjelperne er bare elleve prosent.

Innen pleie- og omsorgsyrkene vil det ofte være uklare grenser for når en oppgave er fullført. Enkelte behov lar seg aldri dekke fullt ut. Tar en dette i betraktning, er det kanskje ikke så overraskende at det er færrest hjemmehjelpere som forlater pasient/bruker før oppgaven er fullført. Hjemmehjelperens oppgaver er (på tross av eksemplet over) vanligvis mer avgrensede og forutsigbare og dermed lettere å beregne tidsmessig enn det som er tilfellet for personellet som skal utføre pleie og omsorg tilpasset pasientens/brukerens ofte varierende behov.

Tjenester hvor omsorg og normalisering er grunnleggende, vil i særlig grad ha flytende grenser. Mange oppgaver har ingen naturlig slutt. Oppgaven kan oppfattes som avsluttet når den i henhold til en arbeidsinstruks er gjennomført, uten at brukerens behov av den grunn behøver å være redusert. Her er altså et skille hvor oppgaven rent formelt kan være gjennomført, uten at den nødvendigvis er fullført. Hvis det i tillegg heller ikke foreligger klart avgrensede arbeidsinstrukser, vil den ansatte kunne sitte igjen med følelsen av at jobben ikke er fullført når hun forlater pasient/bruker, nærmest uavhengig av hva som faktisk er gjort.

Under intervjuet ble de ansatte bedt om å ta stilling til følgende påstand: *«Jeg har en så klar arbeidsinstruks at jeg aldri er i tvil om hva som er mine oppgaver»* 45 prosent er helt enige, mens nesten 20 prosent er delvis enige i utsagnet. De ufaglærte har minst problemer med å definere oppgavene sine. Og ansatte ved sykehjemmene

er sjeldnere i tvil enn ansatte i den hjemmebaserte omsorgen. Miljøterapeutene har i denne sammenhengen lite tilfredsstillende arbeidsforhold. Bare 20 prosent er helt enige i påstanden, mens drøyt 35 prosent er helt uenige. Til sammen melder annenhver miljøterapeut at de arbeider under så uklare arbeidsbetingelser at de er i tvil om hva som er arbeidsoppgavene deres. Andre forhold hvor miljøterapeutene melder om vanskelig arbeidsbetingelser og som skyldes en svakt utviklet organisering av tjenesten, er listet opp i note⁸. (Ensomhetsproblematikk og problemer knyttet til dårlig utnytting av kompetanse gjelder for øvrig i høy grad også vaktmesterne.)

Vi har ikke spurt de ansatte direkte om uklare arbeidsinstrukser medvirker til tjenesteavbrudd. Men 31 prosent av ansatte som har klar arbeidsinstruks, oppgir at de ofte forlater pasienten/brukeren før oppgaven er avsluttet. Tilsvarende tall for ansatte med klar arbeidsinstruks er 19 prosent.⁹

Alt i alt har 18 prosent sagt at de ofte forlater pasient/bruker før oppgavene er fullført, mens 41 prosent sier at de gjør det av og til. Vi har ikke spurt konkret om hvor mange ganger dette er i løpet av en bestemt periode, så svarene avhenger av hva den enkelte ansatte oppfatter som «ofte» og «av og til». Vi har imidlertid sett at tidspress, arbeidsoppgaver som er vanskelig å avgrense og krevende brukere med i prinsippet umettelige behov for pleie og omsorg, fører til at de ansatte oftere vil måtte forlate pasient/bruker før oppgaven er fullført.

Har tid relevans for tjenestekvalitet?

Etter å ha sett at det er en sammenheng mellom økt arbeidstempo, tidspress og tjenesteavbrudd, er det rimelig å spørre om dette har konsekvenser for brukerne av tjenestene. Dagens krav til vedtaksførte omsorgsbehov er så strenge at vi må anta at det er lite «å gå på». Med en streng økonomistyring vil tjenestevedtakene oftest ligge godt under det nivået både brukere, pårørende og pleie- og omsorgspersonalet gjerne hadde sett man lå på.

For sykepleieren, vernepleieren eller andre som sitter med et overordnet faglig ansvar for utformingen av tjenestevedtaket, er utfordringen å håndtere tre forhold som ikke alltid lar seg forene. Vedtaket skal a) holde et faglig forsvarlig nivå, b) være foretatt i henhold til lovverket og c) være økonomisk mulig å gjennomføre. Når vedtaket er fattet, innebærer det en forpliktelse overfor brukerne.

Ideelt sett skal det formelle vedtaket om tjenestetilsagn følges opp med en mer operativ tiltaks- eller pleieplan. I følge både yrkesorganisasjonenes og brukerorganisasjonenes representanter i prosjektet, er det langt igjen før dette blir normal praksis. Pleie- eller tiltaksplanene bygger ofte heller ikke på formelle behovsvedtak.

Siden praksis med tiltaksplaner og arbeidsinstrukser varierer, vil beslutningene om å forlate pasienten/brukeren før jobben er gjort, være tatt på varierende grunnlag.¹⁰ Uansett vil et tjenesteavbrudd være en kvalitetsforringelse i forhold til en fullført oppgave.

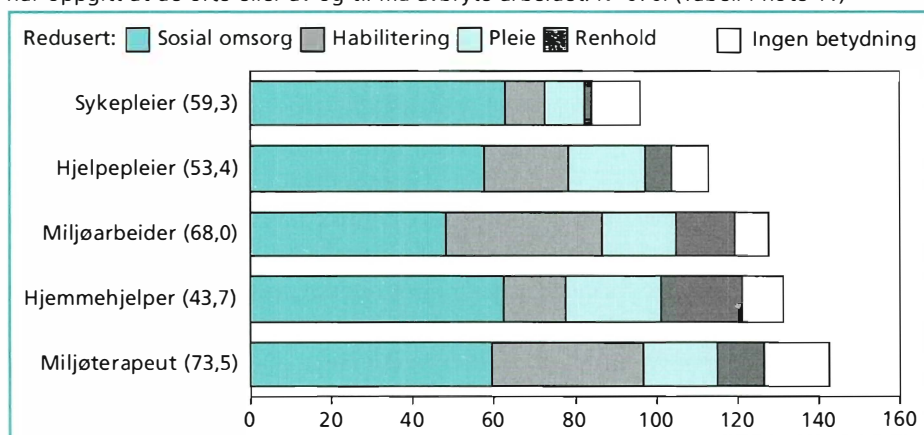
Konsekvenser av å forlate brukeren før jobben er gjort

I undersøkelsen ble de ansatte bedt om å vurdere konsekvensene av at de til tider må forlate pasienten/brukeren før oppgaven er fullført. Under intervjuet listet vi opp flere ytelser som kunne tenkes å bli redusert som følge av tjenesteavbrudd (tabell i note¹¹).

57 prosent oppgir at det fører til redusert sosial omsorg, 26 prosent sier at det går ut over trening og rehabilitering, 20 prosent at pleien blir redusert, tolv prosent at renholdet trappes ned, mens 20 prosent oppgir at «andre» forhold blir forsømt. Elleve prosent mener at det ikke har noen betydning for pasienten/brukeren at han eller hun blir forlatt før oppgaven er fullført. I figur 9.9 gjengis det hvordan tjenesteutøverne fra de ulike yrkesgruppene har svart.

Når vi summerer alle svarene, kommer sykepleierne ut som den gruppen som mener at tjenesteavbruddene deres har minst negativ betydning for brukeren/pasienten. To av tre sykepleiere oppgir at avbruddene fører til redusert sosial omsorg. Slik sykepleiernes funksjoner i hjemmetjenesten har utviklet seg, er dette kanskje ikke så rart. Sykepleierne vil ofte være de mest medisinsk kvalifiserte, samtidig som de har flere yrkesgrupper under sitt ansvarsområde med kompetanse innen omsorg

Figur 9.9 De ansattes vurdering av eventuelle konsekvenser ved å forlate bruker før oppgaven er fullført. Har det ført til redusert omsorg? - redusert rehabilitering? - redusert pleie? redusert renhold? - eller har det ingen betydning? Svarprosenten på hvert av spørsmålene er lagt etter hverandre. Tallene i parentes refererer til andelen innen hver yrkesgruppe som har oppgitt at de ofte eller av og til må avbryte arbeidet. N=676. (Tabell i note 11)



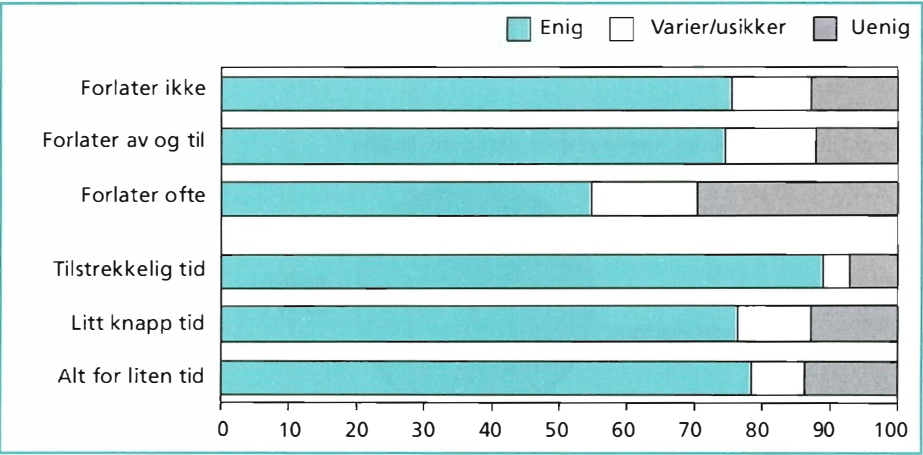
og rehabilitering. Dermed vil sykepleierne måtte prioritere egen tid hos pasientene/brukerne til de mest sykepleiefaglig krevende jobbene på bekostning av de «mykere» oppgavene. I denne sammenhengen blir sykepleierne for spesialister å regne. De vil dermed kunne redusere en tradisjonell sykepleieoppgave som «sosial omsorg», uten at dette behøver å gå ut over kvaliteten på de samlede tjenestene pasienten/brukeren mottar. Miljøterapeutene er den yrkesgruppen som både oftest forlater brukeren før jobben er fullført, og som oppfatter dette mest negativt.

De fleste melder altså om redusert sosial omsorg, en tjeneste som kan være vanskeligere å måle og som lett kan fremstå som grenseløs. Ikke overraskende, men like fullt bemerkelsesverdig er den store andelen miljøarbeidere og miljøterapeuter (nesten 40 prosent) som sier at avbruddene fører til redusert trening og rehabilitering. Habilitering og trening er grunnleggende i normaliseringsarbeidet generelt og en særlig sentral oppgave for å utvikle den funksjonshemmedes muligheter til et mest mulig aktivt liv. En kan vel anta at det under habiliteringsarbeidet kan oppstå konfliktsituasjoner som fører til at den ansatte avbryter treningen, noe som rimeligvis oppleves negativt av de ansatte som har dette som en sentral arbeidsoppgave.

De ansattes vurdering av tjenestekvaliteten

I undersøkelsen ble hver ansatt bedt om å gi en mer generell vurdering av kvaliteten på tjenestene kommunen yter. Vi ba dem om å ta stilling til følgende utsagn: «Jeg synes vi gir et godt tjenestetilbud til våre brukere». Tre av fire ansatte gir et positivt svar (tabell i note¹²). Det er resultatet etter at vi har slått sammen de som er helt enige og de som er delvis enige i påstanden. Svarene vi får er omtrent de samme,

Figur 9.10 Andel ansatte som er helt eller delvis enige, usikre eller helt eller delvis uenige i påstanden «Jeg synes vi gir et godt tjenestetilbud til våre brukere», klassifisert etter tjenesteavbruddshyppighet og vurdering av tid til rådighet. Prosent. N=1481



enten vi spør mann eller kvinne, ansatte på sykehjem, hjemmebaserte tjenester eller i boliger for psykisk utviklingshemmede.¹³ Miljøterapeutene og sykepleierne er ikke fullt så positive som de andre. Her er halvparten helt enige i påstanden.

Blant ansatte som har «tilstrekkelig tid» mener 90 prosent at tjenestetilbudet er godt, mens de om lag 75-80 prosent av de som ikke har så god tid, synes det samme. Med andre ord er det også blant de som mener å ha alt for dårlig tid, et flertall som synes at tjenestetilbudet er godt.

Ansatte som har hyppig erfaring med å måtte forlate brukerne før oppgavene er fullført, er som gruppe mindre positiv til tjenestenes kvalitet enn andre ansatte. Ansatte som avbryter tjenestene av og til, vurderer tjenestekvaliteten likt med de av kollegaene som aldri har måttet avslutte brukerbesøket før jobben er gjort. De ansatte mener altså at så lenge tjenesteavbrudd kun forekommer av og til, har det liten betydning for kvaliteten på tjenestetilbudet. Men blant de som derimot ofte må avbryte tjenesten medgir om lag halvparten at tjenestetilbudet ikke er godt.

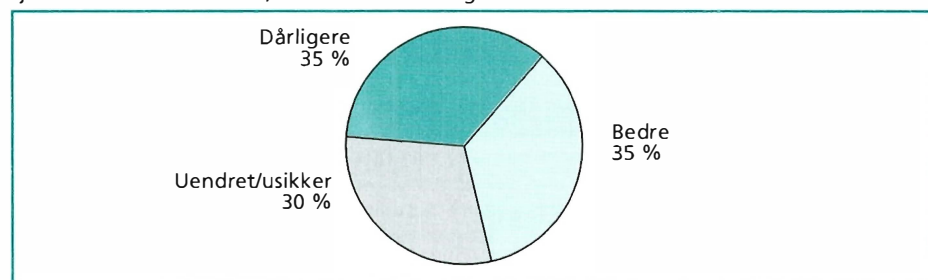
En reduksjon på rundt 30 prosentpoeng indikerer at hyppige tjenesteavbrudd (oftest forårsaket av tidspress) forringer tjenestekvaliteten.

Er kvaliteten på tjenestene blitt bedre eller dårligere?

Når vi spør de ansatte om kvaliteten på de samlede tjenestene i dag er bedre, uendret eller dårligere sammenliknet med tidligere, fordeler svarene seg i tre omtrent like store grupper. Vi finner altså at omkring 80 prosent synes at tjenestetilbudet er bra (figur 9.10), samtidig som 65 prosent synes det er bedre eller like bra som før (figur 9.11).

Men samtidig med at de fleste mener at tjenestekvaliteten er bra, sier altså en av tre at den er blitt dårligere enn den var. Dette forholdet kommer sterkest frem blant hjemmehjelperne hvor halvparten mener tjenestekvaliteten er blitt redusert de siste årene. «Bare» hver fjerde miljøterapeut sier det samme. Dette betyr ikke at miljøterapeutene er mer positive til tjenestekvaliteten enn hjemmehjelperne. Det

Figur 9.11 Andel ansatte i de samlede hjemmebaserte tjenestene som synes at kvaliteten på tjenestetilbudet er bedre, uendret eller dårligere. N=886



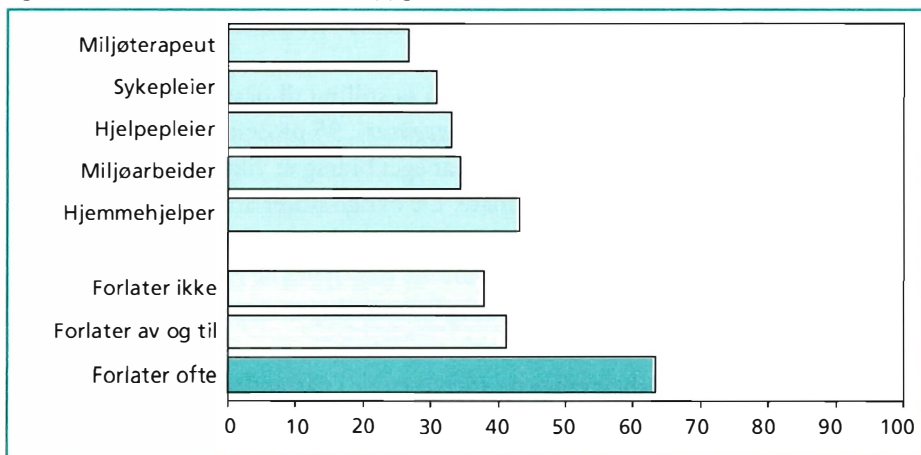
viser snarere at hjemmehjelpstjenesten i sterkest grad har opplevd innstramminger som har medført en lavere standard på tjenestene deres enn det de kunne levere tidligere.

Sykepleierne ser tilsynelatende mest positivt (eller minst negativt) på utviklingen. 44 prosent¹⁵ av dem synes tjenestene er blitt bedre. Men her gjelder det samme som blant miljøterapeutene, at utgangspunktet ikke er like positivt som hjemmehjelpernes. Sykepleierne er som miljøterapeutene, også kritiske til kompetansenivået i tjenesten.¹⁶ Blant de som har oppgitt at de ofte forlater pasient/bruker før tjenesten er fullført, mener 63 prosent at tjenestekvaliteten er blitt dårligere.

Det ser ut til at det er lettere å være kritisk når vi spør om noe er bedre eller dårligere enn før, enn når vi spør mer direkte om noe *er* bra eller dårlig. Her står vi altså overfor et tolkningsproblem.

Uansett har vi sett at tidspress er et økende fenomen også for ansatte som yter pleie- og omsorgstjenester. Ansatte som forlater pasienter/brukere før oppgaven er gjort, oppgir tidspress som viktigste årsak. Der tidspresset er stort eller der ansatte av andre årsaker ofte må forlate pasienter/brukere, medfører det en viss reduksjon av kvaliteten på tjenestene. Så samtidig som myndighetene denne våren (1997) kommer med nye kvalitetsforskrifter for pleie- og omsorgstjenestene, opplever mange en utvikling av tjenestene som snarere går i motsatt retning.¹⁷

Figur 9.12 Andel ansatte som synes tjenestetilbudet til brukerne er blitt dårligere etter yrke og etter om de forlater bruker før oppgaven er fullført. Prosent (tabell i note ¹⁴)



Tid og arbeidspress

Vi har sett at tidspress har negativ innvirkning på tjenestekvaliteten. I det følgende spør vi om hvordan tidspress påvirker den ansattes holdninger til arbeidet og om det øker den fysiske belastningen ved arbeidet.

Dersom tidspress fører til at viktige arbeidsoppgaver ikke blir gjort, kan det føre til at meningsinnhold og tilfredshet med arbeidet reduseres. Når kravene eller behovene blir større enn tilgjengelige ressurser, må pleie- og hjelpepersonalet prioritere «det syke» på bekostning av «det sosiale» og andre normaliseringsfremmende ytelser. Jo større tids- og prioriteringspresset blir, jo større fare er det for at personalet utvikler et reduksjonistisk og negativt forhold til pasienten. Tidspress kan også føre til at arbeidet utføres på tvers av faglige idealer. Vi står da overfor faglige og mellommenneskelige situasjoner som strider mot yrkesutøverens integritet og samvittighet. Begge er forhold som lett kan bevirke utbrenthet.

Under intervjuene stilte vi noen generelle spørsmål om faglig-sosial egenvurdering. Foruten en generell presentasjon av hvilke grupper som scorer høyt og lavt på disse spørsmålene, vil vi analysere om økt tidspress som følge av innstramminger i helsevesenet, har konsekvenser for de ansattes profesjonelle selvfølelse.

I hovedkapittel to presenterte vi arbeider som fremhevet viktigheten av medvirkning og selvstendighet i utformingen av arbeidet for å stimulere den ansattes selvfølelse og det psykososiale arbeidsmiljøet. Forholdet mellom utdanning, profesjonalitet, selvfølelse og samvittighet ble også berørt (Wærness, Pape m.fl). Diskusjonen rundt disse spørsmålene vil bli ført videre under gjennomgangen av trakassering, selvstendighet, kompetanse, ønske om å skifte jobb med videre. I dette kapitlet avgrenser vi oss til betydningen av tid.

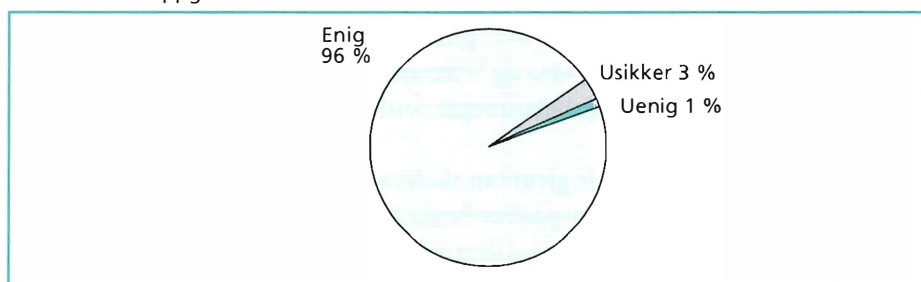
Den ansattes vurdering av egen innsats for avdelingen – «Jeg er viktig»

Vi har bedt de ansatte i omsorgsyrkene om å ta stilling til påstanden «*Mitt bidrag er viktig for at avdelingen skal få utført sine oppgaver*». 95 prosent av de spurte svarer positivt. De er enten helt eller delvis enig i at eget bidrag er viktig for at avdelingen skal få løst oppgavene sine på en god måte. De øvrige svarer at det varierer (tabell i note¹⁸). Dette forholdet endres ikke av de ansattes opplevelse av tidspress. Både blant de som synes de har tilstrekkelig tid og blant de som synes de har alt for lite, finner vi den samme 95/5fordelingen. Eget bidrag for avdelingen oppleves med andre ord som sterkt positivt av nesten alle.

Splitter vi svarene «helt enig» og «delvis enig» i påstanden, viser sykepleierne seg som mest sikre på egen innsats, mens miljøterapeutene er litt mindre sikre. Her

er «bare» 78 prosent helt enige i at innsatsen deres er viktig (tabell i note 18). De andre yrkesgruppene plasserer seg midt i mellom. Utdanningsnivået i seg selv har altså liten betydning for den ansattes oppfattelse av å være viktig for avdelingen. Det er også en svak tendens til at ansatte med lang fartstid vurderer eget bidrag mer positivt enn kolleger med mindre erfaring fra samme arbeidsplass.

Figur 9.13 De ansattes vurdering av påstanden «Mitt bidrag er viktig for at avdelingen skal få utført sine oppgaver». N=1483

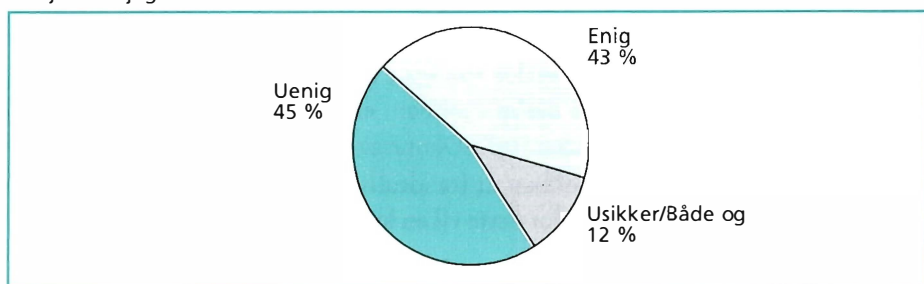


Den ansattes vurdering av egen innsats overfor bruker – «Jeg strekker ikke til»

Hva så med vurderingen av eget bidrag til brukerne? Vi har sett at som bidragsyter til avdelingens oppgaver, er vurderingen av egen innsats meget høy. Satt opp mot pasientens/brukerens behov oppleves derimot eget bidrag ikke så tilfredsstillende. Vi har bedt tjenesteutøverne om å ta stilling til følgende påstand: «Jeg har stadig en følelse av at jeg ikke strekker til i den jobben jeg har».

Om lag halvparten kjenner seg igjen i situasjonen utsagnet beskriver. 45 prosent er mer eller mindre enig i at de føler utilstrekkelighet i jobben. 43 prosent synes de behersker jobben bra, mens ti prosent er usikre eller synes det varierer (figur 9.14). Dette er det samme som Hellesøy fant i 1990. Her er liten forskjell yrkene i mellom (tabell i note¹⁹). Når så mange oppgir at de stadig føler at de ikke strekker til, er ikke dette ensbetydende med at de gjør en dårlig jobb. Det er mer uttrykk

Figur 9.14 De ansattes vurdering av påstanden «Jeg har stadig en følelse av at jeg ikke strekker til i jobben jeg har ». N=1483



for at pasientenes behov og de derav følgende oppgavene som ideelt burde vært gjort, er større enn hva den ansatte har anledning til å følge opp.

I kapitlene tre og fire gjennomgikk vi foreliggende forskning på feltet. Der ble det hevdet at ansatte i pleie- og omsorgstjenestene har et stort innslag av verdiorientering og at grunnlaget for yrkesutøvelsen, særlig blant ufaglærte, i stor grad er basert på idealisme. Egen innsats og selvbildet som yrkesutøver, vurderes opp mot kvaliteten på de tjenestene pasienten og brukeren får. Sterk verdiorientering vil i så fall kunne være et grunnlag som gjør at dårlig tjenestekvalitet vil bidra til følelse av utilstrekkelighet hos den ansatte. Dette gjelder i særlig grad ufaglærte og lavt utdannede (Hellesøy m.fl. 1991, Næss og Wærness 1994). På den annen side hevdes det også at de skånes for mange belastninger fordi de har begrenset ansvar (Lystad 1992, 1993).

Selv om høyt utdannede gjennom skolegang og studier kan ha tilegnet seg økt robusthet overfor den enkelte pasient/brukers problemer, har de normer for god og profesjonell yrkesutøvelse som gjør dem minst like utsatt for følelse av utilstrekkelighet og utbrenning som andre. Når arbeidssituasjonen ikke tillater en å arbeide etter disse, oppstår frustrasjon som over tid bidrar til uttretting (Hvinden 1985). Dette gjelder enten spenningen går mellom faglige krav og utilstrekkelige ressurser eller mellom normer for medmenneskelighet og utilstrekkelige ressurser. Munch (1993) fremhever også faren for utbrenning når personalets kunnskaper ikke tas i bruk og når arbeidet utføres på tvers av de faglige idealene personalet besitter. Dårlig bruk av personalets kompetanse er vanligst blant personalet som yter tjenester til psykisk utviklingshemmede. Dette gjelder særlig miljøterapeutene hvor halvparten melder at de ikke får brukt kompetansen sin i den stillingen de har. Sykepleierne ser ut til å ha en arbeidssituasjon som i langt større grad gir dem mulighet til å bruke de faglige kvalifikasjonene sine. «Bare» en av fem synes at kompetansen deres blir dårlig utnyttet. (Hver tredje vaktmester melder om det samme.)²⁰

Vi kan ikke analysere utbrenningsfenomenet i denne rapporten. Men når nær halvparten av de ansatte er helt eller delvis enige i at de *stadig* føler de ikke strekker til, er det i det minste grunnlag for å hevde at norske kommuner kan ha eller få et betydelig utbrenningsproblem. Vi forventer således at tjenestekvalitet virkelig slår ut på den enkeltes opplevelse av egen tilstrekkelighet i arbeidssituasjonen. Men samtidig forventer vi at følelsen av utilstrekkelighet er jevnt fordelt blant alle utøverne av pleie- og omsorgstjenestene og at utdanning ikke gir nevneverdig utslag.

Det er tidligere fremholdt at den vanligste enkeltfaktoren til at ansatte i den hjemmebaserte omsorgen trives dårlig i jobben, er opplevelsen av gapet mellom pleiebehov og tilgjengelige ressurser (tid). Denne avmaktfølelsen oppleves sterkest av arbeidstakere som har valgt jobben ut fra idealisme, og blant yrkesutøvere med utdanning under høyskolenivå. Mot dette vil en kunne hevde at lavt utdannede har

lite ansvar og klart avgrensede og «rutiniserte» arbeidsoppgaver hvor de ikke behøver å bry seg om behovsspørsmål og tjenestens innhold.

I den graden en slik antakelse er riktig, vil den få redusert forklaringskraft når organiseringen av tjenestene endres fra å være «institusjonsstyrt» til å være brukerorientert. For det første bør hjemmebaserte tjenester med normaliseringsideologiens menneskesyn gjøre det vanskeligere for den ansatte å tingliggjøre pasienten/brukeren fordi han eller hun fremstår med hele sin personlighet i eget hjem. For det andre blir oppgavene mindre rutiniserte. For det tredje overlates mer ansvar og skjønn til den ansatte som har konkret brukerkontakt.

På spørsmålet om utilstrekkelighet gir de vanlige bakgrunnsvariablene lite utslag. Her er liten forskjell yrkene i mellom. De ansatte ved dagsentrene føler sjeldnere utilstrekkelighet enn andre, mens sykehjemsansatte noe oftere melder om følelse av utilstrekkelighet. Utdanning slår ikke ut i det hele tatt. I utvalget vårt har sykepleiere og miljøterapeuter lengst utdanning og burde således være mest robuste. Sammenliknet med representantene fra de øvrige yrkesgruppene, plasserer sykepleieren og miljøterapeutene seg mitt på treet (tabell i note 19). Men alt i alt er forskjellene små. Heller ikke mellom følelsen av utilstrekkelighet og opplevelse av eget bidrag er det noen sammenheng. De som stadig føler de ikke strekker til overfor pasienten/brukeren, opplever like ofte som andre at bidraget deres er viktig for avdelingen.

Ansatte som oppgir at ansvaret for brukeren føles som en tung belastning, melder, ikke så overraskende, oftere at de ikke strekker til i jobben (61 prosent) enn kollegaer som ikke har dette ansvarspresset (26 prosent). Selv om mange hjemmehjelpere har vært gjennom en rasjonaliseringsprosess, gir svarene deres inntrykk av at de håndterer brukerrelasjonen og arbeidsoppgavene sine like godt som utøvere fra andre yrkesgrupper. At hjemmehjelperne opplever ansvaret for brukerne mindre tungt enn andre, avspeiler at de har enklere arbeidsoppgaver, og kan oppfattes som en bekreftelse på at begrenset, formelt ansvar fritar for personlig følt ansvar slik Lystad påpeker. Dette ser ut til å veie tyngre enn mangel på profesjonalitet og trekker i motsatt retning av Næss og Wærness' poeng om de lavt utdannedes sårbarhet som følge av at de oftere forholder seg til pasienten/brukeren med privatlivets normer om omsorg.

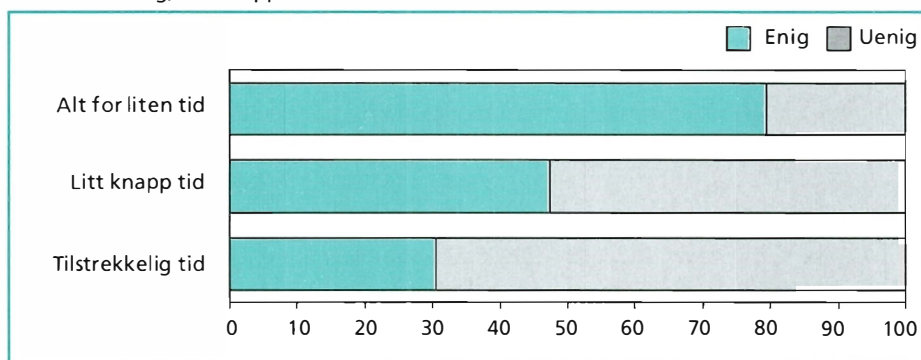
Antagelsen om at en arbeidsorganisering basert på delegering av mer ansvarsfulle oppgaver til lavt utdannede primærkontakter vil utjevne fordelingen av følt ansvarsbyrde, har ikke latt seg måle. Dette skyldes at arbeidet med integrering og normalisering og trolig også den faktiske delegeringen til primærkontakter, er kommet kort. Dagens hjemmehjelpere og hjelpepleiere har fortsatt i liten grad fått primærkontaktansvar. Men selv der arbeidet er organisert med primærkontakter, går hjemmehjelpere og hjelpepleiere overveiende fri fra det stress og den usikkerheten

som følger av å ha ansvar for å gi et faglig forsvarlig tjenestetilbud med begrensede ressurser.

Så på spørsmålet om ansvarsbyrde, profesjonalitet og følelsen av utilstrekkelighet ser det ut til å være en balanse mellom yrkesgruppene som gjør at de lavt utdannede ikke kommer dårligere ut enn de høyt utdannede. Miljøterapeutene utgjør et mulig unntak, jamfør note 8 og 10 (og 7).

Det er kanskje ikke overraskende at tidspress er den viktigste enkeltfaktoren som påvirker følelsen av utilstrekkelighet. Utslagene er store: Blant ansatte som har *tilstrekkelig tid*, har «bare» 27,9 prosent denne utilstrekkelighetsfølelsen. Tilsvarende tall hos ansatte med *litt knapp tid* er 42,0 prosent, mens tallet for ansatte med *alt for liten tid* er helt oppe i 71,1 prosent (tabell i note²¹).

Figur 9.15 Andel tjenesteytere innen pleie og omsorg som er enige eller uenige i påstanden «Jeg har stadig en følelse av at jeg ikke strekker til i jobben jeg har», gruppert etter om de har tilstrekkelig, litt knapp eller alt for liten tid



Tid, tjenestekvalitet og mental belastning på de ansatte

Vi har sett at tidspress langt på vei opptrer samtidig med følelsen av utilstrekkelighet (figur 9.15). Men er det slik at *tidspress i seg selv* skaper denne negative holdningen til eget bidrag hos de ansatte? Eller bidrar tidspress til andre forhold som i sin tur bevirker utilstrekkelighetsfølelse? Vi avslutter kapitlet med å se tid, kvalitet og utilstrekkelighetsfølelse i sammenheng (figur 9.16). Spørsmålene vi stiller og som ses i sammenheng er:

1. Fører tidspress til redusert tjenestekvalitet?
2. Fører lav tjenestekvalitet til redusert selvfølelse?
3. Fører tidspress i seg selv til redusert selvfølelse?

Tidspress fører til redusert tjenestekvalitet?

Vi har sett at tidspress reduserer tjenestekvaliteten (figur 9.18). Blant ansatte som har «tilstrekkelig tid» mener 90 prosent at tjenestetilbudet er godt, mens tilsvarende tall hos ansatte med for liten tid er om lag 75 prosent. En reduksjon på rundt 15 prosentpoeng er ikke mye, og indikerer at tidspress i seg selv bare til en viss grad forringer tjenestekvaliteten. De fleste med tidspress oppgir at de likevel klarer å yte gode tjenester. Hjelpepleierne er den yrkesgruppen som oftest melder om tidsreduksjoner uten at det nødvendigvis fører til tjenesteavbrudd. De oppgir også at tjenestekvaliteten er god, samtidig som den er redusert i forhold til tidligere.

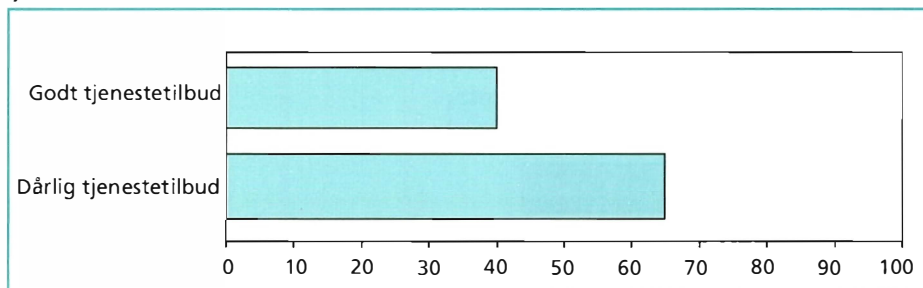
Et flertall av de ansatte opplever videre, ofte eller av og til, at de må forlate pasienten eller brukeren før oppgaven er fullført. Den langt vanligste forklaringen på tjenesteavbrudd er tidspress. Der tidspress fører til at den ansatte må forlate pasienten/brukeren før jobben er avsluttet, melder derimot halvparten om redusert tjenestekvalitet. Fortsatt sier imidlertid halvparten at tjenestetilbudet er bra. Det ser altså ut til at selv om tidspress ofte fører til redusert kvalitet, så er denne kvalitetsreduksjonen tilsynelatende ikke større enn at kvaliteten fortsatt betegnes som god.

Lav tjenestekvalitet fører til redusert selvfølelse?

Blant ansatte som mener kommunene gir et godt tjenestetilbud, er andelen som opplever utilstrekkelighet «lav» (39,6%), mens de som mener at tjenestetilbudet ikke er godt nok, opplever egen utilstrekkelighet langt oftere (64,2%).

Vi har nettopp sett at *tidspress* slår negativt ut både på *tjenestekvalitet* og på den ansattes følelse av *utilstrekkelighet*. Så når vi finner samvariasjon mellom redusert tjenestekvalitet og følelse av å ikke strekke til, er dette ikke så overraskende. Heri ligger – litt spissformulert – avmaktsfølelsen ved å utsettes for gapet mellom et både medmenneskelig og faglig definert tjenestebehov og mulighet til å imøtekomme dette. Målene for arbeidsoppgavene er ideelt formulert, nærmest som intensjoner,

Figur 9.16 Andel ansatte innen pleie og omsorg som er enige i påstanden «Jeg har stadig en følelse av at jeg ikke strekker til i jobben jeg har» etter deres vurdering av kvaliteten på tjenestetilbudet. N=1483



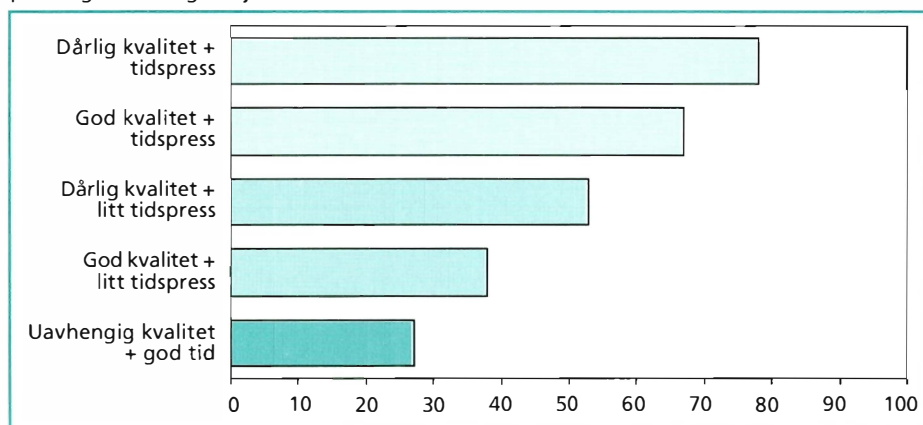
mens mulighetene for å utføre dem er begrenset. 15 prosent av de ansatte oppgir at tjenestetilbudet er dårlig. Dette er for så vidt ikke så mange. Men blant disse opplever to av tre utilstrekkelighet i tjenesten. Dette er selvsagt et høyt tall, men det er mer bemerkelsesverdig at så mye som 40 prosent av alle ansatte som mener at tjenestetilbudet er av god kvalitet, samtidig opplever at de ikke strekker til. Vi vet fra før av at nesten alle oppfatter egen innsats som viktig. Nesten halvparten av de ansatte oppfatter altså at de leverer tjenester av høy kvalitet samtidig som de opplever at de selv ikke strekker til overfor brukeren. Dette viser at utilstrekkelighet ikke er ensbetydende med dårlig kvalitet, samtidig som det understreker mange pleie- og omsorgsarbeideres vedvarende problem: Fullgod innsats og høy kvalitet på jobbutførelsen er likevel ikke nok når det settes opp mot faglige og mellommenneskelige idealer for hva en kunne ha oppnådd, dersom en hadde anledning til å yte mer.

Tidspress fører i seg selv til redusert selvfølelse?

Vi har sett at tidspress er den enkeltfaktoren som gir størst utslag på følelsen av utilstrekkelighet hos de ansatte (figur 9.15). Vi har så vist at *noe av dette* kan skyldes at tidspress reduserer tjenestekvaliteten som i sin tur skaper lav profesjonell selvfølelse. Men redusert tjenestekvalitet gir ikke en tilstrekkelig forklaring på de ansattes utilstrekkelighetsfølelse. (Heller ikke utdanning beskytter mot utilstrekkelighetsfølelse. Jo mer utdanning den ansatte har, jo vanskeligere oppgaver vil hun få og færre kvalifiserte kolleger å støtte seg til.)

Når vi vurderer tjenestekvalitet opp mot tidspress betyr redusert tjenestekvalitet mindre for den ansattes selvfølelse enn tidspress. Blant ansatte som melder

Figur 9.17 Andel tjenesteytere innen pleie og omsorg som er enige eller uenige i påstanden «Jeg har stadig en følelse av at jeg ikke strekker til i jobben jeg har», gruppert etter tidspress og vurdering av tjenestekvalitet. N=1483



om både tidspress og dårlig tjenestekvalitet, føler 78 prosent også utilstrekkelighet (figur 9.17). Deretter kommer ansatte med kombinasjonen tidspress og god tjenestekvalitet. Her melder 67 prosent om utilstrekkelighetsfølelse.

Ansatte med kombinasjonen litt tidspress og dårlig kvalitet følger så (53 prosent føler utilstrekkelighet), etterfulgt av de som oppgir litt tidspress og god kvalitet (38 prosent føler utilstrekkelighet), mens det blant de som har god tid, uavhengig av tjenestekvalitet, er færrest som føler utilstrekkelighet (27 prosent).

Tidspress slår sterkere ut enn kvalitet. Dette kommer frem ved at gruppen med høyt tidspress, uansett hva de mener om tjenestekvalitet, oftere melder om usikkerhet enn gruppen som har noe tidspress. Tilsvarende melder den gruppen, uavhengig av fordeling på tjenestekvalitet, oftere om usikkerhet enn ansatte med god tid.

Hadde kvalitet hatt mer betydning, burde ansatte som vurderer tjenestekvaliteten som lav, oftere føle utilstrekkelighet enn de som mener den er høy, enten de har noe eller høyt tidspress. Men slik er det ikke. Redusert tidspress fører til færre meldinger om utilstrekkelighetsfølelse også når kvaliteten reduseres.

Fortsatt står vi igjen med et ubesvart spørsmål: Hvorfor fører økt tidspress til økt følelse av utilstrekkelighet når effekten av kvalitet er redusert? Om lag halvparten av de ansatte har oppgitt at de er helt eller delvis enig i at de *ofte* føler utilstrekkelighet når de utfører arbeidet. Vi avslutter kapitlet med bare å nevne noen forhold vi har data på, og som kan tenkes å bli påvirket av eller påvirke utilstrekkelighetsfølelsen.

Ansatte som opplever utilstrekkelighet, gruer seg oftere enn andre for å gå på jobben.

Ansatte som opplever utilstrekkelighet, oppgir oftere å ville skifte jobb hvis de kunne.

Ansatte som oppgir å ha tilstrekkelige fagkunnskaper, opplever utilstrekkelighet på lik linje med andre.

Regelmessig faglig veiledning har en viss forebyggende virkning.

Utdanning i seg selv har ingen effekt på utilstrekkelighetsfølelsen.

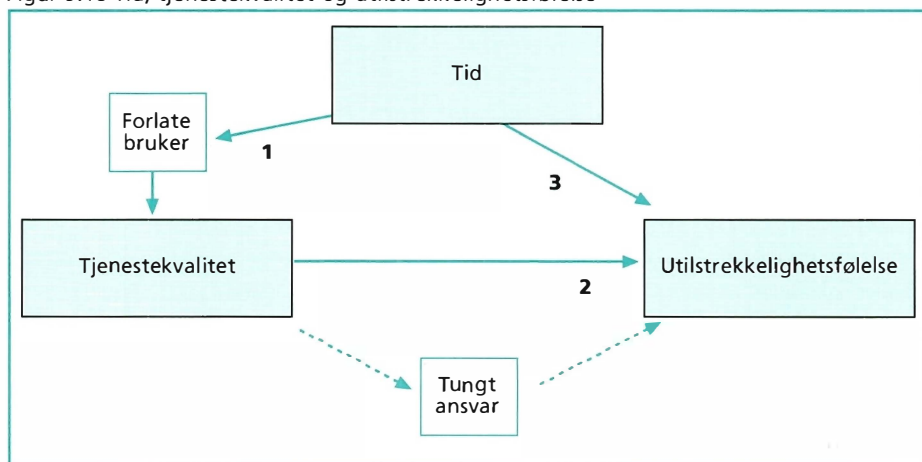
Ansatte som oppgir at de savner et større faglig miljø, melder oftere om utilstrekkelighet enn andre.

Ansatte som opplever utilstrekkelighet, svarer ikke annerledes enn andre på spørsmålet: Hender det du står overfor en situasjon/faglig utfordring du er i tvil om hvordan du skal takle?

Andre forhold som også henger sammen med utilstrekkelighetsfølelse er trakassering, ubehagelige arbeidssituasjoner, grue seg for å gå på jobb og sykefravær. Disse kommer vi inn på i de neste kapitlene.

I figur 9.18 vises sammenhengen mellom tidspress, tjenestekvalitet og følelsen av utilstrekkelighet. Der tid fører til hyppige tjenesteavbrudd reduseres kvaliteten (1). Redusert tjenestekvalitet kan bidra til å skape utilstrekkelighetsfølelse hos den ansatte. Dette gjelder mest blant ansatte som opplever at ansvaret for tjenestekvaliteten er tungt (2). Tidspresset fører i seg selv til økt utilstrekkelighetsfølelse (3).

Figur 9.18 Tid, tjenestekvalitet og utilstrekkelighetsfølelse



Noter

¹ Pleieassistentene er utelatt i deler av kapitlet fordi altfor få har vært i stillingen så mye som to år.

² Andel ansatte som oppgir å ha fått mer eller mindre tid til pasient/ bruker enn før, gruppet etter yrke og primær pasient/brukergruppe. Prosent. N=1010

	Mer tid	Som før /usikker	Mindre tid	Sum
Yrke				
Miljøarbeider	21,4	39,8	38,8	100,0
Miljøterapeut	19,2	47,3	33,6	100,1
Hjelpepleier	17,0	35,0	48,1	100,1
Sykepleier	13,4	33,0	53,6	100,0
Hjemmehjelper	7,0	30,5	62,4	99,9
Primær pasient/brukergruppe				
Psykisk utviklingshemmede	20,5	43,0	36,6	100,1
Eldre hjelpetrequende o.a.	12,8	32,8	54,4	100,0

³ Blant hjemmehjelpere under 30-44 år oppgir 71 prosent å ha fått dårligere tid, blant de i alderen 45-59 år oppgir 59 prosent at de har fått dårligere tid, mens 62 prosent av de over 60 år melder om det samme. Ytterligere tallopplysninger kan fås ved henvendelse til Fafo.

⁴ De ansattes vurdering av tiden de har til rådighet overfor pasient/bruker, etter yrke og primær pasient/brukergruppe. Prosent

	Tilstrekkelig	Litt knapp	Alt for liten	Varierer	Ikke sikker	Sum	N
Yrke							
Alle i omsorgsykker	31,8	28,1	22,8	15,9	1,3	99,9	1016
Hjemmehjelper	15,5	33,5	28,0	22,5	0,5	100,0	218
Hjelpepleier	32,3	28,6	24,9	13,8	0,5	100,1	217
Sykepleier	17,0	33,9	25,0	17,9	6,3	100,1	112
Miljøterapeut	40,4	24,8	19,3	14,7	0,9	100,1	218
Miljøarbeider	45,1	22,1	18,1	13,7	0,9	99,9	226
Primær pasient/brukergruppe							
Psykisk utviklingshemmede	42,8	23,4	18,7	14,2	0,9	100,0	444
Eldre hjelpetrequende o.a.	23,3	31,8	26,0	17,3	1,6	100,0	572

⁵ Antall pasienter/brukere som det ytes tjenester til per dag, etter den ansattes yrke og arbeidsplass. Prosent og gjennomsnitt. N=939. Br/d: pasient/bruker per dag

	1-2 br/d	3-4 br/d	4-5 br/d	7-9 br/d	10+ br/d	Sum	Gj- snitt
Yrke							
Sykepleier	3,2	2,1	15,8	28,4	50,5	100,0	9,5
Hjelpepleier	16,3	17,9	15,2	21,2	29,4	100,0	7,3
Pleieassistent	37,5	29,2	8,3	8,3	16,7	100,0	5,2
Hjemmehjelper	15,2	63,5	10,9	2,4	8,1	100,1	4,3
Miljøarbeider	30,7	44,7	14,4	6,5	3,7	100,0	3,8
Miljøterapeut	39,5	33,3	16,7	7,6	2,9	100,0	3,6
Arbeidsplass							
Kombinert	4,3	23,4	31,9	19,1	21,3	100,0	7,1
Hjemmebasert omsorg	10,0	35,6	11,8	14,5	28,1	100,0	6,8
Bolig for psykisk utviklingshemmede	36,7	38,4	14,6	7,3	3,0	100,0	3,7

⁶ Hender det du må forlate pasienten/brukeren før arbeidsoppgaven er fullført? Andel ansatte som svarer 1) Ja, ofte 2) Ja, av og til, og 3) Nei, etter endring i tid til disposisjon og etter yrke. Prosent. N=676

	Ja, ofte	Av og til	Nei	Ubesvart	Sum
Tid					
Mindre tid enn før	18,7	42,9	37,3	1,1	100,0
Mer tid enn før	9,3	57,4	29,6	3,7	100,0
Yrke					
Hjemmehjelper	9,3	34,4	55,7	0,5	99,9
Hjelpepleier	13,0	40,4	46,6	0,0	100,0
Sykepleier	10,5	48,8	38,4	2,3	100,0
Miljøarbeider	26,2	41,8	29,5	2,5	100,0
Miljøterapeut	25,8	47,7	24,2	2,3	100,0

⁷ De ansattes begrunnelser for hvorfor de har forlatt pasienter/brukere før oppgaven er fullført. (Mulig å svare ja på alle spørsmålene.) Prosent som svarer ja på de ulike kategoriene. N=676

	Tidspress	Faglige- problemer	Uoverensstemmelser med bruker	Andre grunner
Hjemmehjelper	91,3	2,5	2,5	11,3
Sykepleier	76,5	0,0	2,0	35,3
Hjelpepleier	75,6	3,8	3,8	34,6
Miljøterapeut	68,1	4,3	13,8	42,6
Miljøarbeider	74,7	8,4	8,4	31,3

⁸ Miljøterapeutene utmerker seg også i «negativ» retning på et spørsmål om de jobber så selvstendig at de selv er i stand til å vurdere hvordan de skal takle saker som vedrører arbeidet. Dette gjelder også faglige utfordringer. De er også den yrkesgruppen som er minst fornøyd med både tjenestekvaliteten og med eget bidrag. På spørsmål om å ha tilstrekkelige fagkunnskaper i forhold til jobben som gjøres, får vi færrest positive svar fra miljøterapeutene, tett etterfulgt av miljøarbeiderne. Samtidig er det blant miljøterapeutene flest som melder om at de ikke får brukt den kompetansen de har. Miljøterapeutene er også den yrkesgruppen hvor færrest melder om regelmessig faglig veiledning. Her er de tett fulgt av sykepleierne. Det samme gjelder savnet av et større faglig miljø. Tallmaterialet vil være tilgjengelig ved henvendelse til Fafo.

⁹ Utfyllende tallmateriale kan fås ved henvendelse til Fafo.

¹⁰ Varierende og mangelfull praksis med tiltaksplaner og arbeidsinstrukser skaper usikkerhet hos både brukere og ansatte og er i seg selv et arbeidsmiljøproblem. Ansatte som oppgir at de har uklar arbeidsinstruks (53%), føler noe oftere utilstrekkelighet vis à vis pasient/bruker enn kollegaer med klar arbeidsinstruks (38%). Arbeidsinstruksens klarhet er stort sett omvendt proporsjonal med utdanning. Miljøterapeutene melder om størst usikkerhet. Dette er i tråd med note 8, og som forventet.

¹¹ De ansattes vurdering av eventuelle konsekvenser ved å forlate pasienten/brukeren før oppgavene er fullført. Tallene i parentes angir andel i hver gruppe som har oppgitt at de ofte eller av og til forlater pasienten/brukeren. Prosent ansatte som har svart ja på de ulike svaralternativene

	Redusert sosial omsorg	Redusert trening/rehabilitering	Redusert-pleie	Redusert-renhold	Annet	Ingen betydning
Miljøterapeut (73,5)	59,6	37,2	18,1	11,7	19,1	16,0
Hjemmehjelper (43,7)	62,5	15,0	23,8	20,0	12,5	10,0
Miljøarbeider (68,0)	48,2	38,6	18,1	14,5	25,3	8,4
Hjelpepleier (53,4)	57,7	20,5	19,2	6,4	26,9	9,0
Sykepleier (59,3)	62,7	9,8	9,8	2,0	15,7	11,8

¹² A: Andel tjenesteytere som er enig i påstanden «Jeg synes vi gir et godt tjenestetilbud», gruppert etter yrke. Prosent. N=1481

	Helt enig	Delvis enig	Usikker/Både og	Delvis-uenig	Helt uenig	Sum
Alle	54,8	24,0	10,2	4,6	6,3	99,9
Miljøarbeider	60,5	21,1	9,2	3,7	5,4	99,9
Pleieassistent	57,6	24,0	12,0	4,8	1,6	100,0
Hjelpepleier	57,2	21,5	9,6	4,0	7,6	99,9
Hjemmehjelper	56,1	19,2	12,5	4,6	7,5	99,9
Sykepleier	51,1	27,4	10,9	4,6	5,9	99,9
Miljøterapeut	47,4	30,6	8,9	5,9	7,2	100,0

B: Andel tjenesteytere som er enig i påstanden «Jeg synes vi gir et godt tjenestetilbud», gruppet etter hvor ofte de forlater bruker før oppgaven er fullført, deres vurdering av disponibel tid, kjønn og arbeidsplass. Prosent

	Enig	Varierer/usikker	Uenig	Sum	N
Forlater bruker før ferdig					
Forlater ofte	54,8	15,7	29,6	100,1	N=680
Forlater av og til	74,5	13,5	12,1	100,1	
Forlater ikke	75,5	11,7	12,8	100,0	
Vurdering av tid hos bruker					
Tilstrekkelig	88,9	4,0	7,1	100,0	N=680
Litt knapp	76,3	10,8	12,9	100,0	
Alt for liten	78,3	8,0	13,7	100,0	
Kjønn					
Menn	75,7	7,9	16,4	100,0	N=1481
Kvinner	79,2	10,5	10,3	100,0	
Arbeidsplass					
Hjemmebasert omsorg	74,2	14,7	11,1	100,0	N=1481
Bolig for psykisk utviklingshemmede	78,7	9,0	12,3	100,0	
Sykehjem	80,3	8,5	11,2	100,0	

Prosentueringsgrunnlaget er lavere på spørsmålet om tjenesteavbrudd fordi dette kun er stilt til ansatte som har mer enn 2 års ansiennitet i samme stilling. Normalt skulle gjennomsnittsfordelingen vært den samme som gjennomsnittsfordeling på kjønn og arbeidsplass. Men fordi utvalgene ikke er identiske blir det ikke slik. Det viser seg at ansatte med lang fartstid er noe mer kritiske til kvaliteten på tjenestetilbudet enn ansatte med kort fartstid.

¹³ Ansatte som yter tjenester til psykisk utviklingshemmede brukere, er vanligvis ansatt i boligen med egen turnus. De er sjelden ansatt i hjemmebaserte tjenester med eller uten spesielt ansvar for bestemte brukere. Termen «å være ansatt i PU-bolig» avspeiler en reell situasjon selv om den kanskje er ideologisk ukorrekt. Jfr. brev av 26.11.91/Sak nr.91/07950, s. 5 fra Sosialministeren til landets kommuner, hvor det påpekes at «yrkesutøveren ansettes i kommunen og ikke i boligen».

¹⁴ De ansattes vurdering av kvaliteten på dagens tjenester sammenliknet med tidligere, gruppert etter hvor ofte de forlater brukeren før oppgaven er fullført, primær pasient-/brukergruppe og yrke. Prosent. N=1483

	Bedre	Uendret/usikker	Dårligere	Sum
Forlater ofte	24,2	12,6	63,2	100,0
Forlater av og til	31,9	26,9	41,2	100,0
Forlater ikke	27,8	34,4	37,8	100,0
Eldre hjelpetrengende o.a.	33,7	27,8	38,5	100,0
Psykisk utviklingshemmede	37,3	30,5	32,2	100,0
Hjemmehjelper	28,2	28,6	43,2	100,0
Miljøarbeider	39,3	26,4	34,3	100,0
Hjelpepleier	35,0	32,0	33,0	100,0
Sykepleier	44,3	24,7	30,9	99,9
Miljøterapeut	38,4	34,9	26,7	100,0

¹⁵ Spørsmålet ble bare stilt til sykepleiere i de hjemmebaserte tjenestene (ikke til sykepleiere ved sykehjem).

¹⁶ Basert på egen undersøkelse. Tallmaterialet kan fås ved henvendelse til Fafo.

¹⁷ Det foreligger forslag til «Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter Lov av 19. november 1992 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene» og forslag til «Retningslinjer om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter Lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester».

¹⁸ De ansattes vurdering av påstanden «Mitt bidrag er viktig for at avdelingen skal få utført sine oppgaver på en god måte», etter yrke og utdanningsnivå. Prosent. N=1483

	Helt enig	Delvis enig	Usikker Både og	Delvis-uenig	Helt uenig	Sum
Alle	86,4	9,5	3,1	0,6	0,4	100,0
Yrke						
Sykepleier	94,5	3,7	1,0	0,9	0,0	100,1
Miljøarbeider	88,8	7,5	2,7	0,7	0,3	100,0
Pleieassistent	88,0	5,6	5,6	0,8	0,0	100,0
Hjemmehjelper	86,6	9,2	3,0	0,8	0,4	100,0
Hjelpepleier	86,1	9,6	3,7	0,0	0,7	100,1
Miljøterapeut	78,0	17,4	3,7	0,7	0,3	100,1
Utdanning						
Kun allmennutdanning	86,9	8,0	4,3	0,5	0,3	100,0
Videregående skole/fagopplæring	87,3	8,8	2,8	0,6	0,5	100,0
Høyskole/universitet	85,2	11,3	2,6	0,7	0,2	100,0

¹⁹ De ansattes vurdering av påstanden «Jeg har stadig en følelse av at jeg ikke strekker til i jobben jeg har», etter yrke, arbeidsplass, kjønn og utdanningsnivå. Prosent. N=1483

	Helt enig	Delvis enig	Usikker Både og	Delvis-uenig	Helt uenig	Sum
Alle	22,0	20,8	11,5	9,4	36,3	100,0
Miljøarbeider	18,7	18,7	10,2	10,2	42,2	100,0
Hjemmehjelper	20,5	21,3	13,4	9,6	35,1	99,9
Miljøterapeut	20,7	24,3	12,2	11,5	31,3	100,0
Sykepleier	22,8	21,5	8,2	9,1	38,4	100,0
Hjelpepleier	24,2	19,2	13,9	7,9	34,8	100,0
Pleieassistent	28,8	19,2	8,8	6,4	36,8	100,0
Sykehjem	28,3	22,9	12,1	5,4	31,4	100,1
Bolig for psykisk utviklingshemmede	21,9	22,9	9,2	10,9	35,2	100,1
Hjemmebasert omsorg	22,0	20,2	12,5	8,7	36,7	100,1
Kombinert institusjon og hjemme	24,1	20,4	14,8	12,9	27,8	100,0
Dagsenter	15,6	6,3	20,4	6,3	51,5	100,1
Kun allmennutdanning	19,1	19,4	13,3	8,8	39,4	100,0
Videregående skole/fagopplæring	24,3	19,9	11,1	8,6	36,1	100,0
Høyskole/universitet	21,5	22,8	10,6	10,7	34,4	100,0

²⁰ Basert på egen undersøkelse. Tallmaterialet kan fås ved henvendelse til Fafo.

²¹ De ansattes oppfatning av egen innsats mot henholdsvis avdeling og bruker, relatert til tidspress

Mitt bidrag er viktig for avdeling:

Tid til rådighet hos bruker	Enig	Uenig	Varierer/usikker	Sum
Tilstrekkelig	95,4	2,2	2,5	100,1
Litt knapp	96,2	0,3	3,5	100,0
Alt for liten	95,7	0,9	3,4	100,0
Varier/usikker	94,3	0,0	5,7	100,0

Stadig følelse av å ikke strekke til:

Tilstrekkelig	27,9	63,8	8,4	100,1
Alt for liten	71,1	18,5	10,3	99,9
Litt knapp	42,0	46,9	11,2	100,1
Varier/usikker	38,9	45,1	16,0	100,0

Kapittel 10 Ubehagelige arbeidssituasjoner

Vi har spurt 1487 ansatte i de kommunale pleie- og omsorgsyrkene om de i tilknytning til arbeidet har vært utsatt for urimelige beskyldninger, fysisk aggresjon eller ubehagelig seksuell oppmerksomhet. Noen belastninger forekommer «over alt», mens andre er relatert til bestemte pasient- og brukergrupper, og rammer således yrkesgruppene ulikt.

Vi vil i det følgende beskrive omfanget av disse arbeidsbelastningene og hvilke grupper av ansatte som er mest utsatt, herunder også kjennetegn ved arbeidssted og arbeidets organisering. Sammenhenger mellom denne delen av arbeidsmiljøet og de tiltakene som kommunene har foretatt, samt eventuelle konsekvenser relatert til trivsel og sykefravær følges opp i neste kapittel.

Hvilke forhold vi trekker inn

Vi har spurt de ansatte i kommunenes omsorgstjenester om de en eller flere ganger har vært utsatt for a) utskjelling b) fysisk aggresjon c) ubehagelig seksuell oppmerksomhet d) beskyldninger om dårlig utført arbeid og e) beskyldninger om tyveri eller ødeleggelse av gjenstander. Med fysisk aggresjon siktes det konkret til bitt, klor, slag, skalling, spark, spyting og lugging. Spørsmålene ble stilt sammen med andre spørsmål i forbindelse med vurdering av nåværende arbeidsforhold. Det betyr at ansatte med lang ansiennitet, kan ha trukket inn forhold som ligger noe tilbake i tid.

Omfanget av til tider trakasseringslignende press mot ansatte i omsorgsyrkene. Tre av fire yrkesutøvere har opplevd beskyldninger, utskjelling, fysisk aggresjon eller ubehagelig seksuell oppmerksomhet en eller flere ganger. En av fire har altså ikke vært utsatt for noen av disse situasjonene i det hele tatt, mens andre har opplevd dette flere ganger.

Blant de forholdene vi trekker inn, er verbal utskjelling og fysisk aggresjon mest utbredt. Annenhver ansatt har opplevd dette. 15 prosent oppgir at de har vært utsatt for beskyldninger om dårlig utført arbeid. Ubegagelig seksuell oppmerksomhet er like utbredt, mens beskyldninger om tyveri og ødeleggelse av gjenstander, er opplevd av åtte prosent.

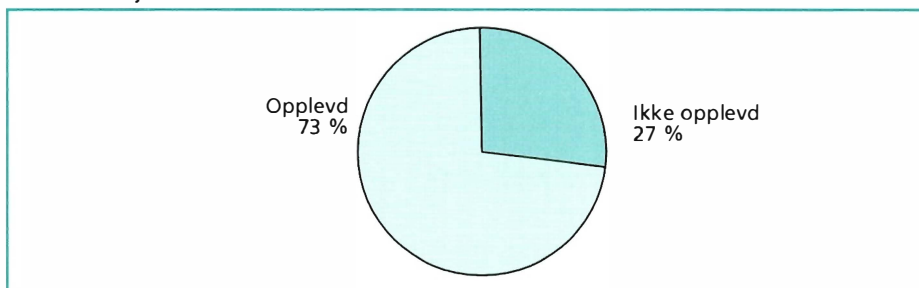
Våre funn avviker noe fra tidligere forskningsresultater. Vi ligger litt under på omfanget av utskjelling og ubehagelig seksuell oppmerksomhet, men en del over på fysisk aggresjon.

Bare en engangsforeteelse?

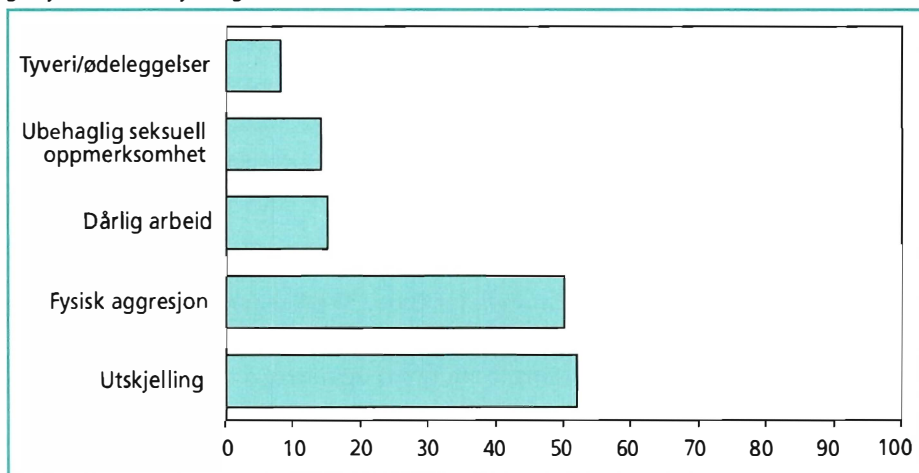
Neste skritt for å utdype bildet av omfanget av disse typene arbeidsbelastninger, er å spørre om fysisk aggresjon, beskyldninger og ubehagelig seksuell oppmerksomhet har vært en engangsforeteelse eller om det er forhold en møter ofte. Hvis det skjer ofte, er det selvfølgelig særlig viktig å synliggjøre forholdene slik at tiltak kan gjøres der det er mulig.

Dataene i undersøkelsen viser at om lag 80-90 prosent har opplevd samme arbeidsproblem flere ganger. Det er med andre ord slik at på de arbeidsplassene hvor

Figur 10.1 Andel ansatte som har opplevd beskyldninger, utskjelling eller fysiske overgrep i arbeidssituasjonen. Prosent. N=1487



Figur 10.2 Andel ansatte som har opplevd henholdsvis beskyldninger om tyveri eller ødeleggelser, ubehagelig seksuell oppmerksomhet, beskyldninger om dårlig arbeid, fysisk aggresjon eller utskjelling. N=1483



en type belastning mot de ansatte først forekommer, så er det ikke engangsforeteelser. Ut fra våre data kan vi si om det har skjedd to eller 20 ganger. Muntlige tilbakemeldinger fra ansatte og tillitsvalgte i sektoren går ut på at for eksempel utskjelling og fysisk aggresjon er en ganske normal del av arbeidsdagen for de dette gjelder.

Av de som er blitt utsatt for utskjelling, oppgir 91 prosent at det har skjedd flere ganger. Tilsvarende oppgir 90 prosent av de som har vært utsatt for fysisk aggresjon, at det har skjedd flere ganger, mens 84 prosent av de som har opplevet ubehagelig seksuell oppmerksomhet, har opplevd det flere ganger.

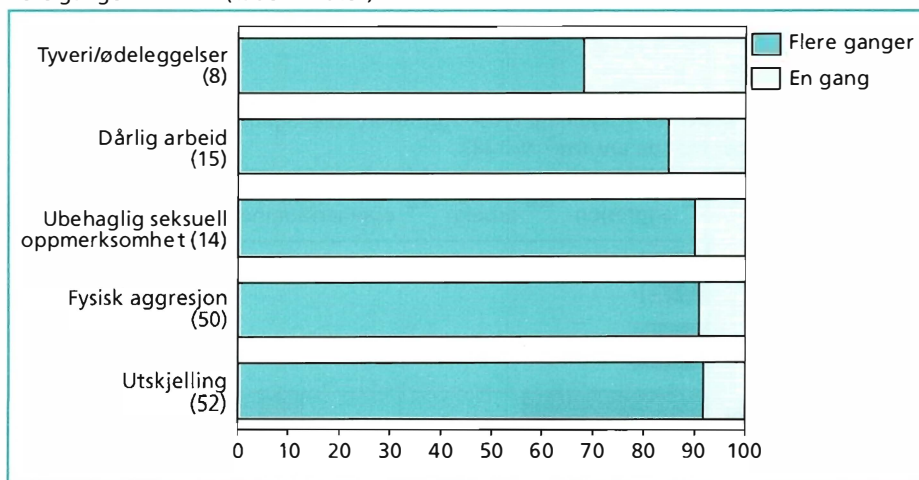
Graden av alvor i de arbeidsbelastningene vi her gjennomgår, vil variere med type, avsender og mottaker. Utskjelling fra en pasient/bruker kan neppe sammenliknes med fysisk aggresjon fra en pårørende eller en kollega. Videre vil et slag i armen fra en liten, eldre dement kvinne på en robust mannlig pleier, ikke kunne sammenliknes med et fysisk angrep fra en utagerende, mannlig autist rettet mot en spebygd, kvinnelig pleier.

En kvinnelig pleier formulerte seg slik:

«Jeg er blitt slått mange ganger av Terje og jeg kan ikke si at jeg er redd for ham. Etterpå får jeg en klem. Det kunne ikke falle meg inn å rapportere ham. Da er det mye verre med den ustoppelige sexpratingen og alle pornofilmene eller onaneringen til Vera.»

En del takler disse forholdene bra, men mange får som vi vil se, problemer som følge av denne typen arbeidsmiljøproblemer.

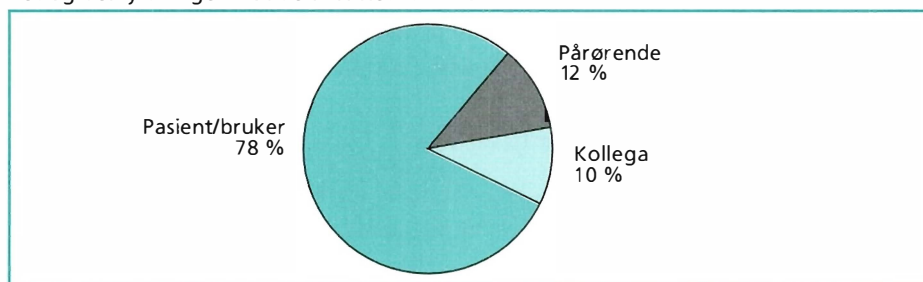
Figur 10.3 Andel ansatte som har vært utsatt for beskyldninger om tyveri eller ødeleggelser, ubehagelig seksuell oppmerksomhet, beskyldninger om dårlig arbeid, fysisk aggresjon eller utskjelling (tallene i parentes), og som oppgir at det har forekommet henholdsvis en eller flere ganger. N=1483 (tabell i note')



Hvem er kilden til de ubehagelige situasjonene?

Vi har spurt de ansatte om hvem som står bak disse belastningene: Har du opplevd det «en gang fra pasient/bruker», «flere ganger fra pasienter/brukere», «fra pårørende» eller «fra kollega eller overordnet»? Uansett hvilke forhold vi trekker inn, er pasienter/brukere den desidert største kilden til disse arbeidsmiljøbelastningene. De står for omkring 80 prosent av ubehagelighetene, mens pårørende og kolleger er ansvarlige for omtrent ti prosent hver.

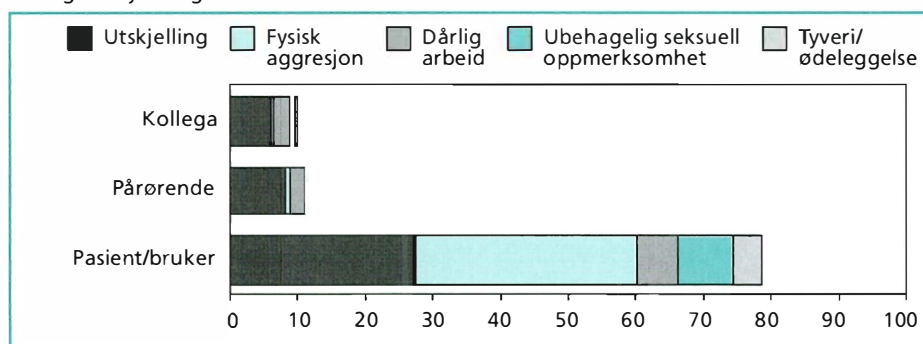
Figur 10.4 Hvem er kilden til utskjelling, fysisk aggresjon, ubehagelig seksuell oppmerksomhet og beskyldninger mot de ansatte? N=1483



Hvilke forhold forstås av henholdsvis pasienter/brukere, pårørende og kolleger?

Pasienter og brukere er hovedleverandør av ubehageligheter, uansett hvilke av de fem forholdene vi trekker frem. Fysisk aggresjon mot de ansatte i form av slag, skall- ing, klor, bitt, spyting, lugging eller verre utøves nesten utelukkende av pasienter/ brukere. Utskjelling og beskyldninger om dårlig utført arbeid, kommer derimot nesten like ofte fra pårørende og kolleger til sammen som fra pasienter/brukere.

Figur 10.5 Hvem er kilden til utskjelling, fysisk aggresjon, ubehagelig seksuell oppmerksomhet og beskyldninger mot de ansatte? N=1483



Fra brukerhold er særlig fysisk aggresjon og utskjelling dominerende. Fra kolleger og pårørende er utskjelling mest vanlig, men sammenliknet med hva som kommer fra brukerne, utgjør det bare en liten del (figur 10.5).

Pasientene/brukerne står for 98 prosent av den fysiske aggresjonen, 91 prosent av den ubehagelige seksuelle oppmerksomheten, 85 prosent av beskyldningene om tyveri eller ødeleggelse av gjenstander, 66 prosent av utskjellingen og 56 prosent av beskyldningene om dårlig utført arbeid (tabell i note²).

En sammenlikning av kolleger og pårørende som kilde til ubehageligheter, viser at kolleger og overordnede er minst fysisk aggressive, mens de noe oftere enn pårørende påfører den ansatte ubehagelig seksuell oppmerksomhet, beskyldninger om dårlig utført arbeid eller beskyldninger om tyveri eller ødeleggelse av gjenstander. Utskjelling forekommer relativt hyppig fra både pårørende og kolleger.

Hvem utsettes for beskyldninger, utskjelling eller fysiske overgrep?

I dette avsnittet beskriver vi hvilke grupper av ansatte som er mest utsatt for trakassering i arbeidet sitt. Vi spør om kjønn, alder, utdanning og erfaring har betydning, videre om hvordan trekk ved arbeidets organisering, yrke, arbeidsplass eller brukergruppe slår ut. Betydningen av eventuelle forebyggende tiltak trekkes inn i neste kapittel.

Ubehagelige arbeidssituasjoner og kjønn

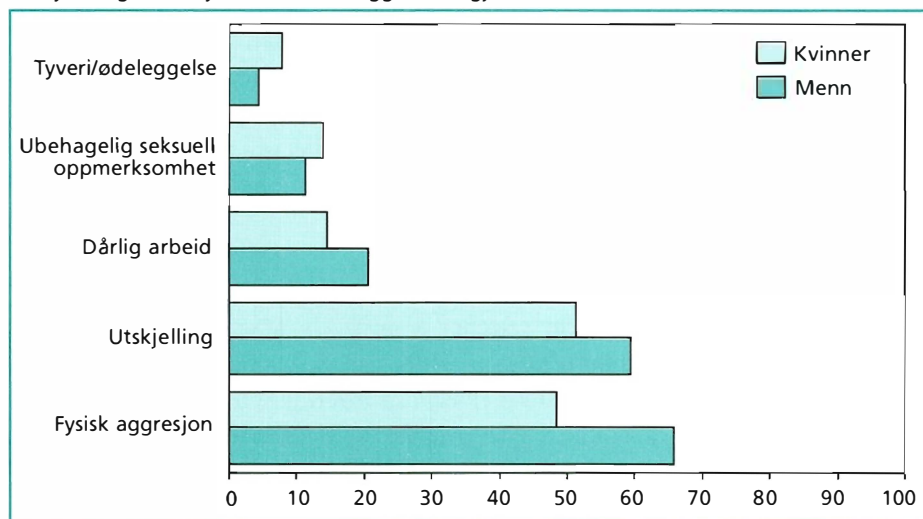
Vi har sett at omlag tre av fire som arbeider i pleie- og omsorgssektoren, har vært utsatt for et eller flere av de fem belastende forholdene som er nevnt over. Siden dette er typiske kvinneyrker, er det grunnlag for å si at det først og fremst er mange kvinner som sliter med disse belastningene. Men når vi spør hver ansatt på feltet om de har vært utsatt, vil hver fjerde kvinne og hver femte mann svare nei. Vi kan altså ikke si at disse arbeidsmiljøproblemene er noe kvinner utsettes mest for fordi de er kvinner.

65 prosent av mennene som er spurt, har opplevd fysisk aggresjon i forbindelse med arbeidet. Nesten 50 prosent av kvinnene har gjort det samme. 60 prosent av mennene har vært utsatt for utskjelling, mens tilsvarende tall for kvinner er 50 prosent (tabell i note³).

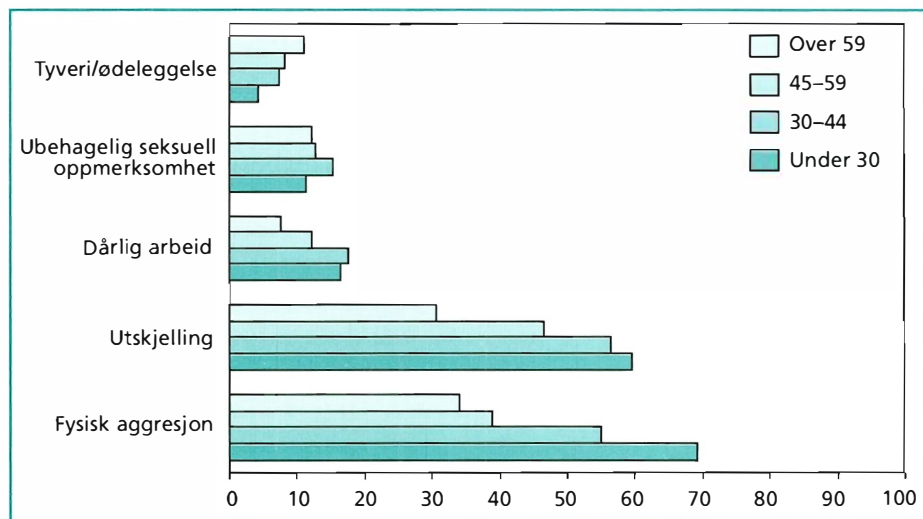
Også når det gjelder beskyldninger om dårlig arbeid, rapporterer menn oftere om dette enn kvinner (21% mot 14%). Når det gjelder ubehagelig seksuell oppmerksomhet er det praktisk talt ingen kjønnsforskjell, mens noe flere kvinner enn menn har vært utsatt for beskyldninger om tyveri eller ødeleggelse av gjenstander.

De fordelingene vi her har presentert, kan ha andre forklaringer enn kjønn. Vi vil derfor gå gjennom andre forhold før vi til slutt oppsummerer sannsynlige forklaringer på de ulike arbeidsmiljøbelastningene.

Figur 10.6 Andel mannlige og kvinnelige ansatte som har vært utsatt for fysisk aggresjon, utskjelling, beskyldninger om dårlig utført arbeid, ubehagelig seksuell oppmerksomhet eller beskyldninger om tyveri eller ødeleggelse av gjenstander. Prosent. N/kvinner=1483



Figur 10.7 Andel ansatte som har vært utsatt for fysisk aggresjon, utskjelling, beskyldninger om dårlig utført arbeid, ubehagelig seksuell oppmerksomhet eller beskyldninger om tyveri eller ødeleggelse av gjenstander, etter aldersgruppe under 30 år, 30-44 år, 45-59 år og over 60 år. Prosent. N=1487



Ubehagelige arbeidssituasjoner og alder

Ved første øyekast er fysisk aggresjon, utskjelling og beskyldninger om dårlig utført arbeid belastninger som først og fremst rammer yngre arbeidstakere, mens forholdet er omvendt når det gjelder beskyldninger om tyveri og ødeleggelser.

70 prosent av de ansatte under 30 år har vært utsatt for fysisk aggresjon i forbindelse med arbeidet. Omkring 55 prosent i aldersgruppen 30-44 år har gjort det samme. For aldersgruppen 45-59 år gjelder dette nesten 40 prosent, og for de over 60 gjelder det om lag 35 prosent (søylegruppen til venstre i figur 10.7). Omfanget av ubehagelig seksuell oppmerksomhet endres ikke med alder. Når det gjelder utskjelling, er forskjellen mellom de yngre og de eldre ansatte enda litt større. Mens 60 prosent av ansatte under 30 år har opplevet å bli utskjelt på jobben, gjelder det samme under 30 prosent av de ansatte over 60 år (tabell i note⁴).

Vi har tidligere sett at alderssammensetningen hos de ansatte varierer med arbeidssted (arbeidsoppgaver) og brukergrupper. Så før vi vurderer om den ansattes alder virkelig har betydning for å bli utsatt for noen av disse situasjonene, må vi se hvordan arbeidssted, yrke og brukergruppe slår ut på de samme variablene.

Ubehagelige arbeidssituasjoner og yrke

Miljøterapeuter og miljøarbeidere er de to yrkesgruppene som må finne seg i flest ubehageligheter i forbindelse med arbeidssituasjonen. Det skyldes at de så hyppig utsettes for fysisk aggresjon (figur 10.8).

Hjemmehjelperne er den yrkesgruppen som i sum rapporterer om færrest ubehageligheter. Dette skyldes at de i langt mindre grad enn sine kolleger fra de andre omsorgsyrkene står overfor fysisk utagerende brukere. Til gjengjeld er hjemmehjelperne den yrkesgruppen som har det bredeste «trakaseringsmønsteret». Det er også hjemmehjelperne som har vært mest utsatt for både ubehagelig seksuell oppmerksomhet og beskyldninger om tyveri og ødeleggelser.

Sykepleierne er den yrkesgruppen som oftest må finne seg i å bli utskjelt på jobben. Dette er velkjent, og forklares gjerne med at sykepleierne involveres i de mest krevende situasjonene og at de ofte er den høyest bemyndige av de tjenesteyterne pasienten/brukeren i hjemmetjenesten kommer i kontakt med. Det er også de som hyppigst beskyldes for dårlig utført arbeid.

Ubehagelige arbeidssituasjoner og arbeidssted

Vi har nettopp sett at hjemmehjelperne er den yrkesgruppen som oftest utsettes for ubehagelig seksuell oppmerksomhet. Det er derfor ikke overraskende at hjemmetjenesten er det arbeidsstedet hvor dette hyppigst forekommer. Men hvis en først jobber i hjemmetjenesten er både sykepleiere og hjelpepleiere mer utsatt enn hjemmehjelperne. To forhold slår ut: a) å arbeide hjemme hos bruker og b) nærkontakt med bruker slik pleierne i større grad enn hjemmehjelperne per i dag har. Dermed

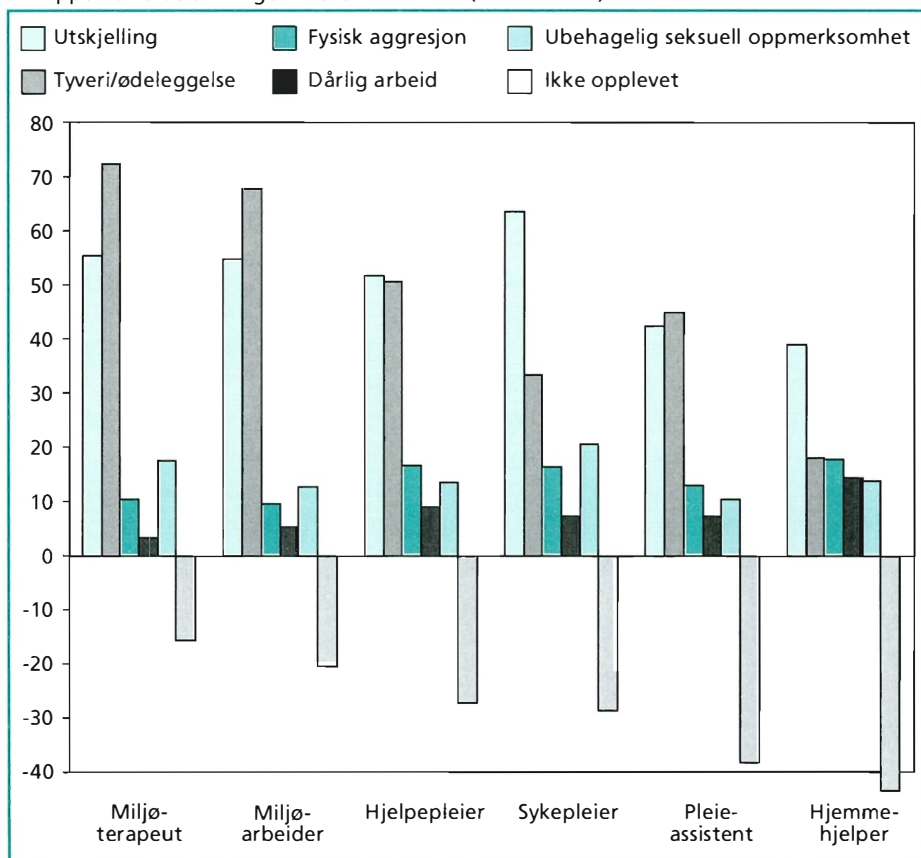
ser vi at trekk ved arbeidssituasjonen kan være viktigere enn alders- og kjønnsaspektet for å forklare grunnene til trakassering på arbeidsplassen (tabell i note⁶).

Sammenlikner vi rapporteringen av ubehagelige situasjoner fra de ansatte i hjemmetjenestene med forholdene på de andre arbeidsplassene, ser vi at summen av ubehagelige situasjoner er enda større andre steder. Dette leder oss over på forhold ved brukergruppene.

Ubehagelige arbeidssituasjoner og brukergrupper

Vi kan dele de ansatte inn etter hvilke brukergrupper de oftest yter tjenester til. Stort sett lar de seg relativt greit dele i to. Enten er de oftest hos psykisk utviklingshemmede eller så er de oftest hos eldre hjelpetrengende. Men til denne delen av analysen velger vi en mer findelt inndeling, slik at ansatte som ofte yter tjenester til

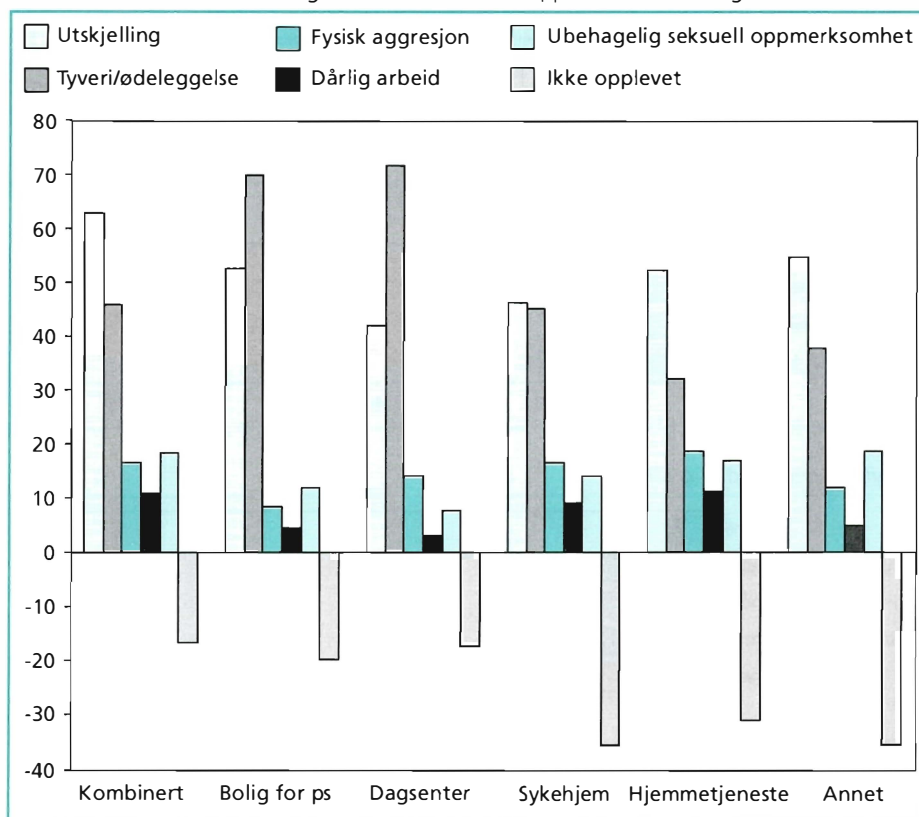
Figur 10.8 Andel ansatte i seks yrkesgrupper som har vært utsatt for fysisk aggresjon, utskjelling, beskyldninger om dårlig utført arbeid, ubehagelig seksuell oppmerksomhet eller beskyldninger om tyveri eller ødeleggelse av gjenstander. Yrkene er rangert etter summen av rapporterte belastninger. Prosent. N=1487 (tabell note⁵)



personer med fysiske funksjonshemninger, psykiske lidelser eller med sosiale problemer utskilles som egne grupper. Diskusjoner om utviklingen av og arbeidsforholdene i den åpne omsorgen har lett for å gå langs skillet mellom eldre og psykisk utviklingshemmede. Men etter hvert som forholdet mellom institusjonstjenestene og den åpne omsorgen endres, vil forhold knyttet til de øvrige brukergruppene få større betydning for de ansattes arbeidsforhold. Ikke minst gjelder dette den delen av arbeidsmiljøet vi her tar opp.

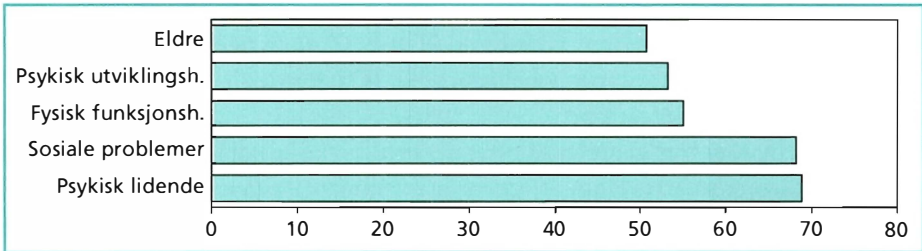
Ansatte som yter tjenester til personer med psykiske lidelser og personer med sosiale problemer utsettes langt oftere for utskjelling (70 prosent) enn ansatte som primært går til andre brukergrupper (50 prosent). De utsettes også oftere for ubehagelig seksuell oppmerksomhet (20 prosent), for beskyldninger om dårlig utført arbeide (22 prosent), og for fysisk aggresjon (60 prosent).

Figur 10.9 Andel ansatte ved ulike arbeidssteder i den kommunale pleie- og omsorgssektoren som har vært utsatt for fysisk aggresjon, utskjelling, beskyldninger om dårlig utført arbeid, ubehagelig seksuell oppmerksomhet eller beskyldninger om tyveri eller ødeleggelse av gjenstander. Arbeidsstedene er rangert etter summen av rapporterte belastninger. Prosent. N=1487

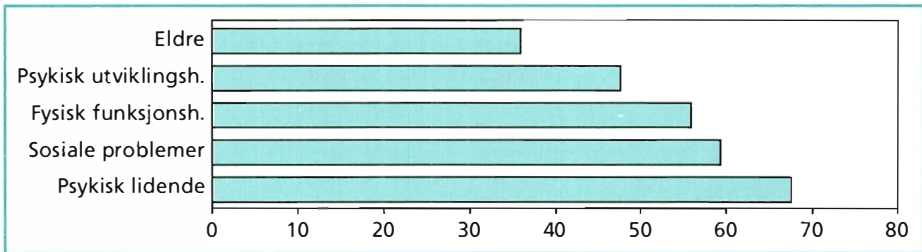


Figur 10.10 Andel ansatte som har vært utsatt for ulike ubehagelige arbeidssituasjoner, gruppert etter hvilke brukergrupper de ofte yter tjenester til. Prosent. N=1483

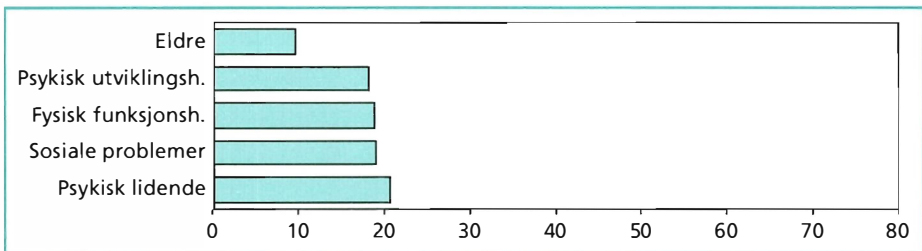
Utskjelling



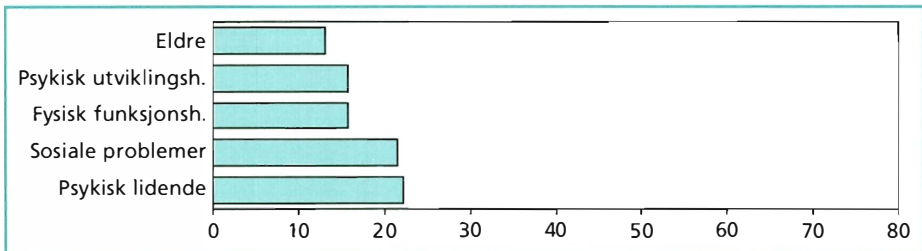
Fysisk aggresjon, som bitt, klor, slag, skalling, spark, spytt, lugging



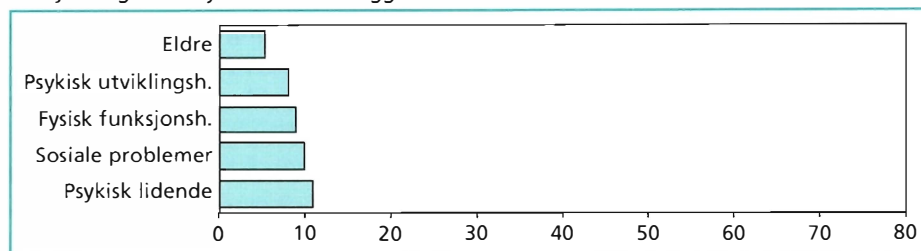
Ubehagelig seksuell oppmerksomhet



Beskyldninger om dårlig arbeid



Beskyldninger om tyveri eller ødeleggelse



Ansatte som arbeider med psykisk utviklingshemmede utsettes oftest for fysisk aggresjon som bitt, klor, slag, skalling, spark, spytt, lugging og verre ting (70 prosent). De utsettes derimot mindre enn sine kolleger for ubehagelig seksuell oppmerksomhet (10 prosent) og ulike typer beskyldninger (tabell i note⁷).

Ansatte som arbeider med eldre, er minst utsatt for fysisk aggresjon (35 prosent). De blir derimot hyppigst beskyldt for tyveri eller ødeleggelse av gjenstander (11 prosent).

Oppsummering av ubehagelige arbeidssituasjoner

Utskjelling

Åsted: Utskjelling og beskyldninger om dårlig arbeid forekommer hyppigst hjemme hos pasienten/brukeren. (Pasienten/brukeren er under press, de lever et anormalt liv, er inne i en anormal periode eller de befinner seg i en overgangsfase som er vanskelig å takle, samtidig som de skal være tjenestemottakere på sin egen livsarena.) Ansatte som arbeider ved sykehjem og dagsenter er sjeldnere utsatt for utskjelling enn andre. Dette er arbeidsplasser hvor pasienten/brukeren har liten mulighet til å definere virkeligheten. Pasienten/brukeren befinner seg på de ansattes arbeidsplass, omgitt av mange mennesker (i motsetning til i eget hjem med en enkelt pleier).

Kilden: Ansatte som yter tjenester til personer med sosiale problemer eller med psykiske lidelser, er mer utsatt for utskjelling enn andre. Ikke uventet utsettes ansatte som arbeider med psykisk utviklingshemmede, for mindre verbal kritikk fra pasientene/brukerne sine.

Utsatte yrkesgrupper: Sykepleiere ser ut til å få mest kjeft, særlig hvis de arbeider i hjemmetjenesten (75 prosent). Men også ved sykehjemmene melder sykepleierne hyppigst om utskjelling (54 prosent). De ufaglærte utmerker seg i motsatt retning. I hjemmeomsorgen slipper hjemmehjelperne billigst unna (36 prosent har opplevd utskjelling), mens det ved sykehjemmene er pleieassistentene som i minst utstrekning melder om utskjelling (37 prosent).

Andre undersøkelser: Næss og Wærness (1993) fant at 60 prosent av de ansatte i den hjemmebaserte omsorgen hadde vært utsatt for utskjelling fra pasienter. Dette er omtrent det samme som blant de ansatte i utvalget vårt som jobber på tilsvarende arbeidsplasser. Næss og Wærness fant også at yngre arbeidstakere var mer utsatt for dette enn eldre arbeidstakere. De forsøker å forklare dette med at eldre arbeidstakerne har større innlevelsessevne og at de behandler pasienten med større respekt enn det yngre arbeidstakere gjør. Men når de setter fenomenet i relasjon til de ansattes yrke og arbeidsinnhold, blir aldersforklaringen mindre viktig.

Fysisk aggresjon

Åsted: Fysisk aggresjon forekommer i alle områder i den kommunale omsorgen, men hyppigst ved dagsentre og i boliger for psykisk utviklingshemmede.

Kilden: Ansatte som arbeider med psykisk utviklingshemmede har dobbelt så ofte vært utsatt for fysisk aggresjon fra pasientene/brukerne sine som ansatte som yter tjenester til eldre hjelpetrengende. Også ansatte som yter tjenester til mennesker med psykiske lidelser er utsatt.

Utsatte yrkesutøvere: Miljøterapeuter (75 prosent) og miljøarbeidere (69 prosent) er mest utsatt. I hjemmetjenesten er sykepleierne mest utsatt (43 prosent), mens hjelpepleierne er mest utsatt ved sykehjemmene (55 prosent), fulgt av sykepleierne (49 prosent). Hjemmehjelperne (17 prosent) slipper litt lettere fra det. Ansatte som arbeider alene oppgir sjeldnere enn andre å være utsatt for fysisk aggresjon, også når vi kontrollerer for brukergruppe (tabell B i note 8). Det er nærliggende at en søker å unngå at de ansatte går alene til pasienter/brukere en vet kan være utagerende.

Mannlige ansatte er mer utsatt (66 prosent) for fysisk aggresjon enn de kvinnelige kollegaene sine (49 prosent). Dette skyldes imidlertid ikke at de er menn, men at de jobber der fysisk aggresjon forekommer hyppig. Hadde menn jobbet ved sykehjemmene, ville vi ikke fått nevneverdige forskjeller kjønnene i mellom. Under titlene «Mannlige ansatte mest utsatt for vold» (Fagbladet 1/96) og «Vold – et mannsproblem» (Fontene 10/95) går Norsk Kommuneforbund og Fellesorganisasjonen ut mot det arbeidsmiljøproblemet vold og fysisk aggresjon er for ansatte i kommunal sektor. Tallene Fagbladet viser til, får også frem at yngre ansatte er mest utsatt. Vi har vist at omfanget er større enn det som tidligere har kommet frem. Men vi finner ikke dekning for å hevde at det er et alders- og kjønnsbestemt problem. Forklaringen ligger snarere i at kommunene har overtatt nye brukergrupper som er mer utagerende enn hva tidligere tiders pleie- og omsorgstjenester behøvde å forholde seg til.

Andre undersøkelser: Tallene våre er høyere enn Næss og Wærness' tall på akkurat dette spørsmålet (1994). Dette skyldes at vi har et bredere yrkes- og brukerutvalg. Sammenlikner vi tallene våre for fysisk aggresjon hos ansatte som jobber med eldre, med tallene til Næss og Wærness, kommer vi ganske likt ut. Av samme grunn får vi høyere tall på fysisk aggresjon enn Norsk Sykepleierforbunds undersøkelse om vold i hjemmesykepleien (Lystad, 1993).

Hetle og Skarpaas (1996) har nylig undersøkt vold og trusler om vold blant helse og sosialarbeidere. Utvalget deres burde være sammenlignbart med utvalget vårt for ansatte som yter tjenester til psykisk utviklingshemmede, personer med psykiske lidelser eller sosiale problemer. Når vi likevel får høyere tall enn dem, skyldes det trolig at de har et større innslag av kontoransatte i utvalget sitt.

Tallene våre er mer på nivå med Lystads beskrivelser om vold ved medisinske motakelser og legevakter og Berg m.fl (1993) som i en undersøkelse rettet mot ansatte ved psykiatriske akuttavdelinger, fant at om lag 90 prosent hadde vært utsatt for fysisk aggresjon fra pasientene.

Gjennom Ansvarsreformen (og psykiatrireformen) overføres et ansvar for svært krevende og til dels utagerende pasienter/brukere til kommunene. Når vi i undersøkelsen vår inkluderer disse som en del av den totale hjemmebaserte omsorgen, gir det rimeligvis utslag på de rapporterte belastningene de ansatte utsettes for. Vi har ikke grunnlag for å si at ansvarsreformen har økt omfanget av fysisk aggresjon. Vi ser derimot at fenomenet er flyttet ut til kommunene gjennom ansvarsreformen.

Endringer i tjenestens organisering og innhold kan ha betydning, uten at vi kan belegge det sikkert. Enkeltstående tiltak viser at fysisk aggresjon fra pasienter/brukere kan reduseres ved å endre bo- og behandlingsopplegg. Men dette endrer ikke det faktumet at psykisk utviklingshemmede og personer med psykiske lidelser er mest fysisk aggressive.

Ubehagelig seksuell oppmerksomhet

Åsted: Det er først og fremst ansatte i hjemmetjenesten (18,7 prosent) og ved sykehjemmene (16,6 prosent) som oppgir at de utsettes for ubehagelig seksuell oppmerksomhet.

Kilden: Eldre og yngre hjelpetrenende som ikke er psykisk utviklingshemmet. Når de ansatte i mindre grad melder om ubehagelig seksuell oppmerksomhet fra psykisk utviklingshemmede, kan det skyldes at omfanget faktisk er mindre. Men det kan også være uttrykk for at de ansatte lettere takler deres oppmerksomhet på seksualitet.

Utsatte yrkesutøvere: Som gruppe er hjemmehjelperne mest utsatt. Men ser vi nærmere på datamaterialet, viser det seg at både sykepleiere og hjelpepleiere som

jobber i hjemmetjenesten, er vel så utsatt for problemet. Sykepleiere og hjelpepleiere som arbeider på sykehjem, er også utsatt for ubehagelig seksuell oppmerksomhet. Pleieassistenter ved sykehjemmene melder i mindre grad om dette. Yrkesutøvere som arbeider alene, er mer utsatt enn andre (tabell A og B i note⁸).

Andre undersøkelser: Næss og Wærness (1994) fant at 22 prosent av de ansatte hadde vært utsatt for seksuelle tilnærminger. Lystad (1993) beskriver omtrent det samme.

Beskyldninger om dårlig utført arbeid

Her har vi omtrent det samme mønsteret som vist i forbindelse med utskjelling. Omfanget av beskyldninger om dårlig utført arbeid er imidlertid betydelig mindre.

Åsted: Denne type beskyldninger er lite influert av arbeidssted.

Kilden: Pasienter/brukere med psykiske lidelser eller sosiale problemer kommer oftest med denne typen beskyldninger.

Utsatte yrkesutøvere: Igjen er sykepleierne mest utsatt. Deretter følger miljøterapeutene, mens yrkesgrupper med mindre ansvar ser ut til å bli skånet. Sykepleieren vil i praksis være den mest tilgjengelige, ansvarlige representanten for kommunen, og således den mest relevante skyteskiven for kritikk. En må også kunne forvente at de ansatte med den høyeste kompetansen må ta seg av de mest krevende pasientene/brukerne (i både faglig og mellommenneskelig forstand).

Alder: Yngre arbeidstakere beskyldes oftere enn eldre for å utføre dårlige arbeid. Dette forklares ved at de yngre i utvalget er sykepleiere og miljøterapeuter, og at de i kraft av yrkesrollene sine må ta i mot kritikk.

Beskyldninger om tyveri eller ødeleggelse av gjenstander

Dette er det minst utbredte forholdet. Men selv om det er lite utbredt, er det svært ubehagelig for den som utsettes for slike beskyldninger. En kan i kjølvannet av en slik beskyldning bli utsatt for rykter blant kolleger, politiavhør, vanskelig bevisførsel, fare for å miste arbeidet, problemer med å bli trodd, frustrasjoner i forhold til pasienten/brukeren og mer.

Åsted: Ansatte som arbeider i pasienten/brukerens hjem, er mest utsatt for slike beskyldninger.

Kilden: Noe oftere eldre pasienter/brukere enn andre.

Utsatte yrkesutøvere: Mest utsatt er hjemmehjelpere i hjemmetjenesten (15 prosent) og hjelpepleiere (tolv prosent) ved sykehjem. Miljøterapeuter (tre prosent) og miljøarbeidere (seks prosent) er minst utsatt for slike situasjoner. Yrkesutøvere som arbeider alene, er noe mer utsatt enn andre.

Kjønn: Menn er mindre utsatt for slike beskyldninger enn kvinner. Dette skyldes neppe trekk ved deres adferd, eller andre eventuelle forhold knyttet til kjønn. Forklaringen er igjen at mennene i denne sektoren overveiende jobber med psykisk utviklingshemmede og at disse sjeldnere enn andre kommer med tyveribeskyldninger.

Alder: Ansatte over 60 år melder dobbelt så ofte som ansatte under 30 at de er blitt beskyldt for tyveri eller ødeleggelse av gjenstander. Mange av disse er rimeligvis hjemmehjelpere som yter tjenester til eldre brukere. Mens kombinasjonen alder, brukergruppe og yrke «beskyttet» hjemmehjelperne når det gjaldt utskjelling og fysisk aggresjon, er forholdet omvendt når det gjelder beskyldninger om tyveri (figur 10.7).

Skal en forklare forskjellene i omfang og innhold av disse arbeidsmiljøbelastningene har *arbeidssted* og forhold ved *pasient/bruker* størst betydning. Når tjenesten utføres i pasientens/brukerens hjem, er handlingsrommet til brukeren større enn når tjenesten utføres på en institusjon og kollektiv arbeidsplass som for eksempel ved et sykehjem. I det private hjemmet er tjenesteyter og tjenestemottaker/bruker ofte i en en-til-en situasjon som reduserer den ansattes situasjonskontroll.

Men vi har også sett at det er betydelige variasjoner yrkesgruppene i mellom, også når vi holder arbeidssted og brukergruppe konstant. Da må vi trekke inn *arbeidsinnholdet*. Når hjemmehjelperne melder om noe færre ubehagelige situasjoner enn de andre i utvalget, er det naturlig å forklare noe av dette med at de har mindre fysisk pasientkontakt. Men når sykepleiere og miljøterapeuter er mest utsatt innen sine respektive områder (sammenliknet med henholdsvis hjelpepleiere og miljøarbeidere), kan det ha med *posisjon* å gjøre (tabell i note⁹). Vi må anta at det dels skyldes at de høyest utdannede ofte må ta seg av de vanskeligste situasjonene, og dels at de som ansvarshavende, er den mest relevante adressen for pasientens/brukerens misnøye.

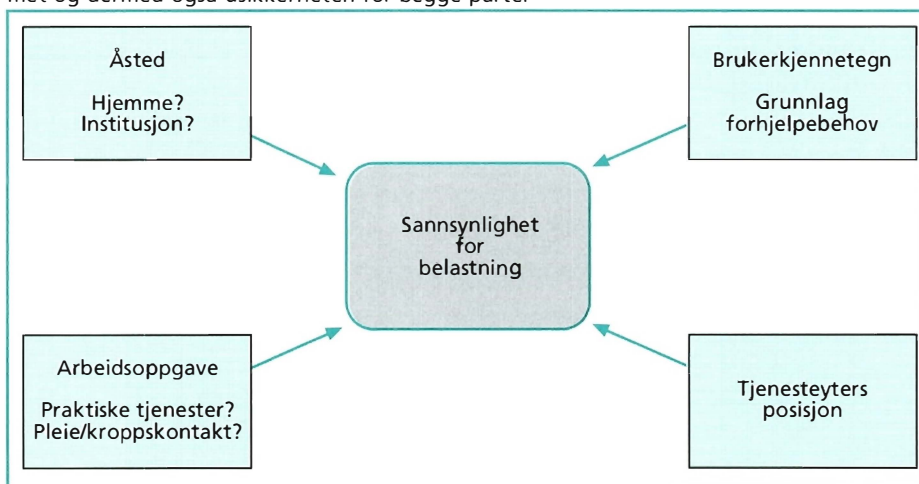
Vi finner altså fire forhold som influerer på hvor vi kan forvente å finne hver av de fem belastningene:

- Åsted/arena – arbeide hjemme hos pasient/bruker versus institusjon
- Type bruker – labil/presset sinnstilstand – verbal uttrykksevne – (ensomhet?)
- Arbeidsoppgave – pleie/nærkontakt med pasient/bruker versus andre tjenester
- Den ansattes posisjon – kompetanse og ansvar

For å forklare disse spørsmålene gir vi med andre ord både den ansattes kjønn og alder helt underordnet betydning. Dette betyr ikke at kjønn og arbeidsmåte ikke er relevant. Så lenge 85 prosent av de ansatte er kvinner, vil disse arbeidsmiljøproblemene langt på vei kunne kalles kvinneproblemer, men det faktumet at de fleste ansatte er kvinner, forklarer ikke problemene.

Betydningen av hver av de fire forholdene (punktene a-d), vil variere med hvilken av de fem belastningene vi ønsker å belyse. I figur 10.11 er disse stilt opp skjematisk.

Figur 10.11 Fire forhold som påvirker sannsynligheten for at en ubehagelig arbeidssituasjon skal oppstå. Dersom pleieren er alene med pasienten/brukeren økes handlingsrommet og dermed også usikkerheten for begge parter



Noter

¹ Andel ansatte som har vært utsatt for fysisk aggresjon, utskjelling, ubehagelig seksuell oppmerksomhet, beskyldninger om dårlig utført arbeid eller beskyldninger om tyveri eller ødeleggelser av gjenstander fra pasienter/brukere, henholdsvis en eller flere ganger. Prosent

	En gang	Flere ganger	Sum	N
Fysisk aggresjon	9,6	90,4	100,0	762
Utskjelling	9,3	90,7	100,0	612
Dårlig arbeid	10,7	89,3	100,0	131
Ubehagelig seksuell oppmerksomhet	15,8	84,2	100,0	184
Tyveri/ødeleggelser	32,2	67,8	100,0	90

² Antall ansatte som har vært utsatt for utskjelling, fysisk aggresjon, ubehagelig seksuell oppmerksomhet, beskyldninger om dårlig utført arbeid eller beskyldninger om tyveri eller ødeleggelser av gjenstander. Gruppert etter om kilden har vært pasient/bruker, pårørende eller kollega. Faktiske tall

	Utskjelling	Fysisk aggresjon	Ubehagelig seksuell oppmerksomhet	Dårlig utført arbeid	Tyveri/ødeleggelse
Ikke opplevd	714	746	1283	1263	1375
Pasienter/brukere	612	726	184	131	90
Pårørende	182	16	7	45	6
Kolleger	136	3	13	59	10

³ Andel kvinner og menn som har vært utsatt for utskjelling, fysisk aggresjon, ubehagelig seksuell oppmerksomhet, beskyldninger om dårlig utført arbeid eller beskyldninger om tyveri eller ødeleggelser av gjenstander. Prosent. N=1483

	Menn	Kvinner
Fysisk aggresjon	65,7	48,5
Utskjelling	59,3	51,2
dårlig arbeid	20,7	14,4
Ubehagelig seksuell oppmerksomhet	11,4	14,0
Tyveri/ødeleggelser	4,3	7,9

⁴ Andel av ansatte, henholdsvis under 30 år, 30-44 år, 45-59 år og over 60 år som har vært utsatt for utskjelling, fysisk aggresjon, ubehagelig seksuell oppmerksomhet, beskyldninger om dårlig utført arbeid eller beskyldninger om tyveri eller ødeleggelser av gjenstander. N=1483

Prosent	N	Fysisk aggresjon	Utskjelling	Dårlig arbeid	Ubehagelig seksuell oppmerk somhet	Tyveri/ ødeleggelser
Under 30	183	69,4	59,6	16,4	11,5	4,4
30-44	707	55,2	51,8	17,5	15,3	7,5
45-59	502	39,0	30,4	12,2	12,7	8,2
Over 59	91	34,1	3,6	7,7	12,1	11,0

⁵ Andel ansatte innen seks yrkesgrupper som har vært utsatt for utskjelling, fysisk aggresjon, ubehagelig seksuell oppmerksomhet, beskyldninger om dårlig utført arbeid eller beskyldninger om tyveri eller ødeleggelser av gjenstander. Prosentuert for hver yrkesgruppe. N=1483

	Utskjelling	Fysisk aggresjon	Ubehagelig-seksuell oppmerksomhet	Tyveri/ ødeleggelse	Dårlig arbeid	Ikke opplevet	Sum/- prosent-poeng
Miljøterapeut	55,3	72,4	10,5	3,3	17,4	15,8	141,5
Miljøarbeider	54,8	67,7	9,5	5,4	12,6	20,4	137,4
Hjelpepleier	51,7	50,7	16,6	8,9	13,6	27,2	127,9
Sykepleier	63,5	33,3	16,4	7,3	20,5	28,8	120,5
Pleieassistent	42,4	44,8	12,8	7,2	10,4	38,4	107,2
Hjemmehjelper	38,9	18,0	17,6	14,2	13,8	43,5	88,7

⁶ Andel ansatte ved seks typer arbeidssted som har vært utsatt for utskjelling, fysisk aggresjon, ubehagelig seksuell oppmerksomhet, beskyldninger om dårlig utført arbeid eller beskyldninger om tyveri eller ødeleggelser av gjenstander. Prosentuert for hver type arbeidssted. N=1483

	Utskjelling	Fysisk aggresjon	Ubehagelig-seksuell oppmerksomhet	Tyveri/ ødeleggelse	Dårlig arbeid	Ikke opplevet	Sum/- prosent-poeng
Kombinert	63,0	46,3	16,7	11,1	18,5	16,7	155,6
Bolig for ps	52,7	70,1	8,4	4,5	12,2	19,7	147,9
Dagsenter	42,2	71,9	14,1	3,1	7,8	17,2	139,1
Sykehjem	46,6	45,3	16,6	9,4	14,3	35,9	132,2
Hjemmebasert	52,4	32,2	18,7	11,3	16,9	31,1	131,5
Annet	55,0	37,8	12,2	5,0	18,9	35,6	128,9

⁷ Andel ansatte som har vært utsatt for utskjelling, fysisk aggresjon, ubehagelig seksuell oppmerksomhet, beskyldninger om dårlig arbeid eller beskyldninger om tyveri eller ødeleggelser av gjenstander etter hvilke brukergrupper de ofte yter tjenester til. Prosentuert for hver brukergruppe. N=1483

	Utskjelling	Fysisk aggresjon	Ubehagelig seksuell oppmerksomhet	Dårlig arbeid	Tyveri/ ødeleggelser	Sum prosentpoeng
Psykiske lidelser	68,9	59,3	20,5	22,1	9,8	180,6
Sosiale problemer	68,2	55,9	18,8	21,5	8,8	173,2
Psykisk utviklingshemmede	53,2	67,5	9,6	13,1	5,3	148,7
Fysisk funksjons- hemmede	55,1	47,6	18,8	15,8	8,0	145,3
Eldre	50,8	36,0	18,1	15,8	10,9	131,6

⁸ A: Andel ansatte fra utvalgte yrker ved tre hovedtyper av arbeidsplasser som har vært utsatt for utskjelling, fysisk aggresjon, ubehagelig seksuell oppmerksomhet, beskyldninger om dårlig arbeid eller beskyldninger om tyveri eller ødeleggelser. Prosentuert for hver brukergruppe. N=1483

Arbeidssted	Yrkesgruppe	Fysisk aggresjon	Utskjelling	Dårlig arbeid	Ubehagelig seksuell oppmerksomhet	Tyveri/ ødeleggelse
Sykehjem	Sykepleier	48,6	54,3	22,9	22,9	8,6
	Hjelpepleier	55,3	51,3	14,5	18,4	11,8
	Pleieassistent	39,6	37,4	9,9	9,9	6,6
Hjemmebasert omsorg	Sykepleier	42,6	75,0	22,2	22,2	9,3
	Hjelpepleier	38,7	57,3	16,9	19,4	9,7
	Hjemmehjelper	16,6	35,8	15,0	17,1	15,0
Bolig for psykisk utviklingshemmede	Miljøterapeut	75,0	54,6	17,3	7,1	2,6
	Miljøarbeider	69,0	51,9	10,5	8,6	6,2

B: Andel ansatte som har vært utsatt for utskjelling, fysisk aggresjon, ubehagelig seksuell oppmerksomhet, beskyldninger om dårlig arbeid eller beskyldninger om tyveri eller ødeleggelser. Gruppert etter om de primært yter tjenester til henholdsvis psykisk utviklingshemmede eller eldre og andre hjelpetrequende, og om de vanligvis arbeider alene eller sammen med en kollega. Prosentuert for hver brukergruppe. N=1481.

Primær pasient/brukergruppe	Arbeidsform	Utskjel- ling	Fysisk aggres- jon	Ubehagelig seksuell oppmerk- somhet	Dårlig arbeid	Tyveri/ ødeleggelse
Psykiskutviklings- hemmede	Alene	44,0	65,6	11,9	6,0	3,2
	Med kollega	40,3	70,7	6,7	6,9	2,4
Eldre hjelpe- trengende og andre	Alene	41,4	30,8	17,3	11,5	9,4
	Med kollega	39,8	43,4	11,3	8,3	6,7

⁹ Forskjellene mellom miljøterapeuter og miljøarbeidere er små. De kan skyldes statistiske tilfeldigheter.

Kapittel 11 Verneinstitusjonene

Vi har gjennomgått omfanget av ubehagelige situasjoner de ansatte møter i forbindelse med arbeidet (kapittel 10) og arbeidspress knyttet til utførelsen av arbeidet (kapittel 9). I dette kapitlet gjennomgår vi institusjonene kommunene har til rådighet for å bedre arbeidsmiljøet, i hvilken grad de er etablert og om de ansattes kjennskap til verneombudet og internkontroll for helse, miljø og sikkerhet.

Verneombudet

I virksomheter hvor det jevnlig sysselsettes minst 50 arbeidstakere, skal det være arbeidsmiljøutvalg, og i all virksomhet som dekkes av arbeidsmiljøloven, skal det velges verneombud. Der det er mindre enn ti sysselsatte, kan partene skriftlig avtale en annen ordning. Dette betyr at alle norske kommuner skal ha arbeidsmiljøutvalg og verneombud (Arbeidsmiljøloven § 23 og § 25). Hovedavtalen mellom partene er like klar. Verneombudet velges av de ansatte og har i følge lov- og avtaleverket betydelige sanksjonsmuligheter (AML §26). Arbeidsplasser over en viss størrelse velger et hovedverneombud og flere avdelingsombud. En typisk bydel i Oslo opererer med 35 verneområder som hver har sitt verneombud, et varaverneombud og en representant for arbeidsgiveren. Det vil overraske om det finnes en eneste kommune som ikke har minst ett verneombud på et eller annet nivå. Men selv om eksistensen av verneombudsinstitusjonen er definitiv, er nok ombudets funksjon og innflytelse mindre klar.

Verneombud på arbeidsplassen?

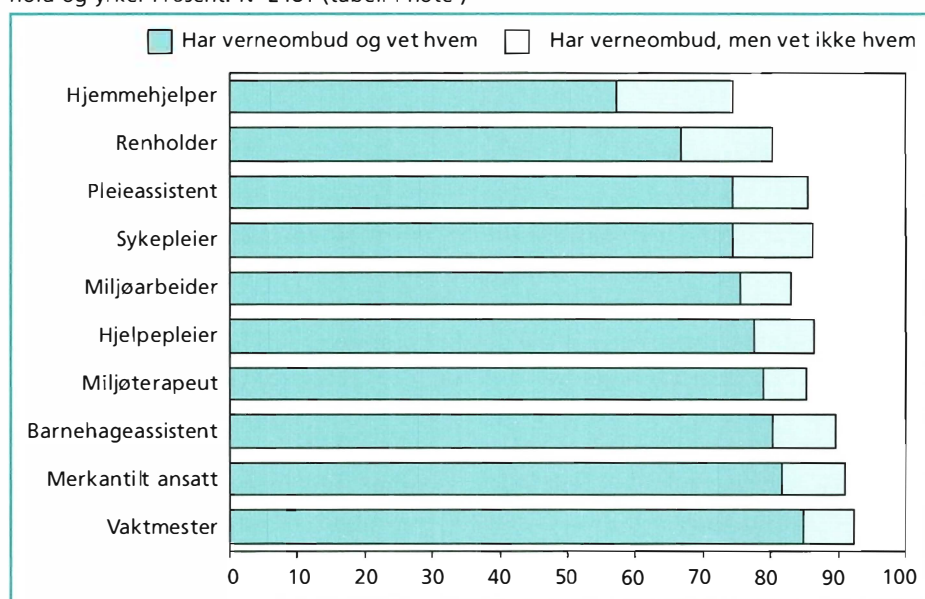
Vi har spurt alle de 2481 deltakerne i undersøkelsen om det er verneombud på arbeidsplassen deres, og 85 prosent bekrefter dette. De fleste vet også hvilken person som har vervet.

Alder og arbeidsplass har liten innvirkning på svarfordelingen og er ikke gjengitt i tabellen i note 1. Vi ser imidlertid at menn er bedre orientert enn kvinner. Dette gjelder for alle yrkesgrupper, bortsett fra blant sykepleiere og vernepleiere, hvor kjennskapet er like god blant begge kjønn. Fast ansatte i et tradisjonelt

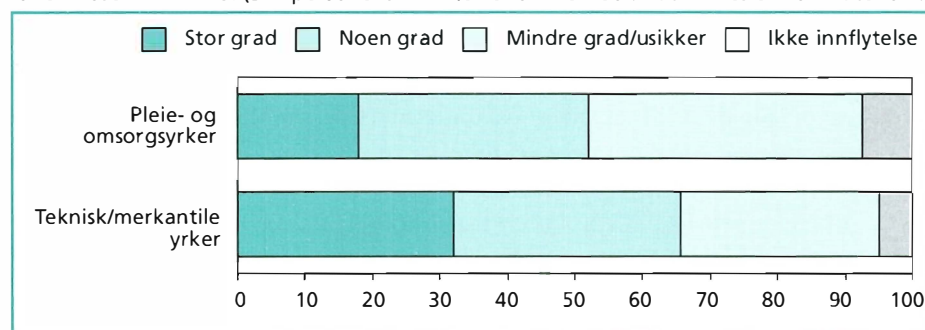
normalarbeidsforhold har rimeligvis bedre kjennskap til hvem som er verneombud enn marginalt ansatte. Ikke overraskende er hjemmehjelperne den yrkesgruppen hvor færrest vet hvem som verneombud. De jobber oftest alene og lengst borte fra kommunale kontorer og institusjoner. Stillingsprosent har liten betydning, heller ikke ansiennitet.

Vi ser altså at verneombudet er godt kjent blant de ansatte. Så dersom det viser seg at verneombudet blir lite brukt, så skyldes det ikke uvitenhet om at det eksisterer.

Figur 11.1 Andel ansatte i ti kommunale yrkesgrupper som oppgir at det er verneombud på arbeidsplassen deres og som enten vet eller ikke vet hvem dette er. Etter kjønn, arbeidsforhold og yrke. Prosent. N=2481 (tabell i note¹)



Figur 11.2 De ansattes vurdering av verneombudets innflytelse etter yrkesmessig hovedområde. Prosent. N=2115. (366 personer som ikke vet om verneombud finnes er holdt utenom.)



Har verneombudet innflytelse?

Hver fjerde ansatte svarer at verneombudet har stor grad av innflytelse. Spørsmålet er bare stilt til de som har oppgitt at de vet hvem som er verneombud. Våre tall gir derfor et noe for positivt bilde av de ansattes holdninger til verneombudets innflytelse (tabell i note²). Generelt er holdningen mest positiv i de gruppene hvor verneombudet er best kjent. Svært få er kategorisk avvisende. De fleste er likegyldige.

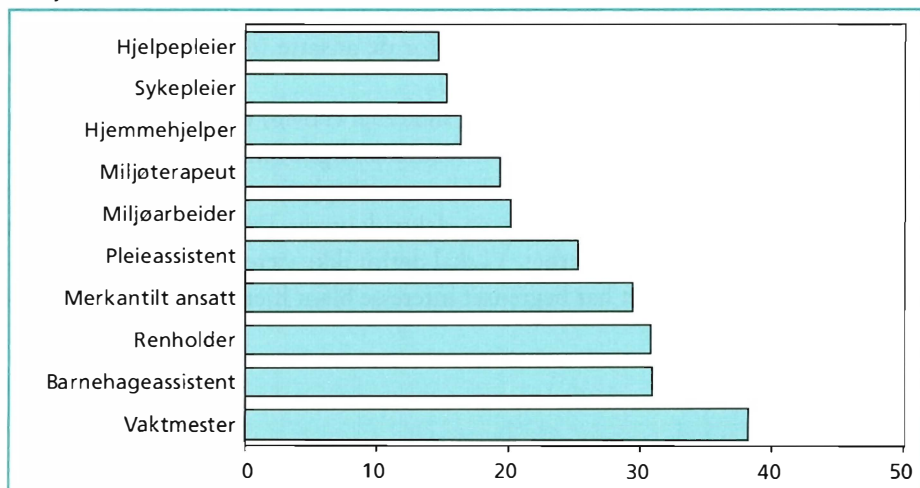
Eldre arbeidstakere vurderer verneombudets innflytelse som større enn yngre kollegaer. Dette gjelder innen de fleste yrkene (tabell i note 2). Samtidig er fast ansatte i et tradisjonelt normalarbeidsforhold sikrere i sin vurdering av verneombudet enn ansatte med løsere tilknytning til arbeidsstedet.

Vaktmesterne er mest positive. 38 prosent mener at verneombudet har stor grad av innflytelse. Innenfor samtlige omsorgsykker (pleieassistent, miljøarbeider, miljøterapeut, hjemmehjelper, sykepleier og hjelpepleier) tilskrives verneombudet lavere innflytelse enn blant arbeidstakere i de øvrige kommunale yrkene.

Sykepleiere, hjelpepleiere og hjemmehjelpere tilskriver verneombudet minst innflytelse. Lavest innflytelse tilskrives verneombudet fra ansatte som arbeider i den hjemmebaserte omsorgen der hvor bare elleve prosent av sykepleierne og hjelpepleierne oppgir at innflytelsen er stor.

Alt i alt viser dette at vernetjenesten er minst etablert blant ansatte som yter pleie- og omsorgstjenester i private hjem. Den er noe mer etablert blant pleie- og omsorgsutøverne ved sykehjemmene og i boliger eller dagsentre for psykisk utviklingshemmede. Ansatte i teknisk/merkantil sektor kjenner best til verneombudet, og vurderer oftest dennes innflytelse som stor.

Figur 11.3 Andel ansatte i ti kommunale yrker som mener at verneombudet har stor grad av innflytelse. Prosent. N=2481



Internkontroll for Helse, Miljø og Sikkerhet

Fra 1. januar 1992 er alle norske kommuner pålagt å innføre et system for internkontroll (jmfør kapittel fire). Selv om mange kommuner kan ha innført internkontrollsystemer, er det liten grunn til å tro at mange har innarbeidet dette som et operativt og kontinuerlig brukt hjelpemiddel, som ledd i et planmessig arbeid for bedring av arbeidsmiljøet. Da påbudet ble innført, gjennomførte Kommunenes Sentralforbund og Arbeidstilsynet en opplysningskampanje. Senere er enkeltforsøk beskrevet i forskningsrapporter (Skaar (red.) 1994). Flertallet av fagforbundene har til nå konsentrert seg mer om enkeltstående arbeidsmiljøproblemer enn om det helhetlige HMS-arbeidet, formalisert gjennom systemet for internkontroll. Norsk Sykepleierforbund er kanskje det forbundet som har arbeidet mest med å knytte ulike arbeidsmiljøproblemer opp mot utarbeiding av et adekvat system for internkontroll, tilpasset de særegne behovene som ansatte i pleie- og omsorgstjenestene har gitt tilkjenne.

Sannsynligvis er det fortsatt nokså uklart hva internkontroll «egentlig» er, både hva gjelder begrepet og hvordan internkontroll skal praktiseres. Når vi har spurt de ansatte om deres kjennskap til og deltakelsen i arbeidet med internkontroll for helse, miljø og sikkerhet, har vi ikke gått i detaljer om innholdet. Vi har spurt om de har *hørt om internkontroll* (a). De som har kjennskap til internkontroll, er så spurt om de vet om dette er *innført på egen arbeidsplass* (b). (En del har svart at de tror internkontroll er i ferd med å bli innført. Disse er registrert som om internkontroll er innført. Vi får med andre ord et bilde som kan gi inntrykk av at kommunene er kommet noe lenger med innføring av internkontroll enn det som egentlig er tilfellet.) Svarer de positivt, er neste spørsmål om de vet om det er *laget handlingsplaner* for gjennomføring av helse, miljø og sikkerhetstiltak (c). Til slutt har vi spurt om en eventuell *handlingsplan er gjennomgått* for de ansatte (d), og om de har hatt mulighet til å *delta i utformingen* av den (e).

Internkontroll for helse-, miljø- og sikkerhet (HMS) er blant annet regulert av arbeidsmiljøloven, sivilforsvarsloven, forurensningsloven, lov om brannfarlige varer samt væsker og gasser under trykk, lov om eksplosive varer, brannvernloven og lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr. Denne listen viser at det er lagt stor vekt på teknisk sikkerhet. Vi skal derfor ikke være overrasket om verne-tjenesten og HMS-arbeidet har begrenset interesse blant hjemmehjelpere og pleie- og omsorgspersonalet.

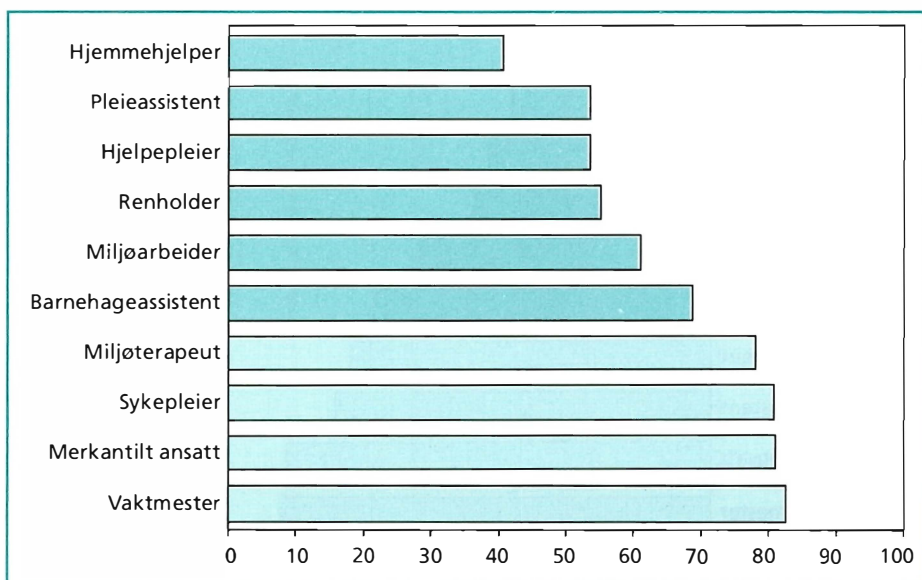
Kjennskap til internkontroll for helse, miljø og sikkerhet

Da vi stilte spørsmålet «*Har du hørt om internkontroll?*», lå det ingen forventninger om at de ansatte skulle ha dypere kjennskap til innholdet i begrepet eller til eventuelle rutiner for helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet som måtte finnes lokalt. Vi ville bare vite om man hadde hørt om begrepet internkontroll.

To av tre bekrefter at de har hørt om begrepet (tabell i note³). Siden vi kun har spurt organiserte arbeidstakere, kan vi anta at tallet er noe for høyt (tabell i note⁴). Det samme spørsmålet ble stilt i 1993. Da var de fagorganisertes kjennskap til internkontroll 15-20 prosentpoeng høyere enn hos uorganiserte. Kjennskapet til verneombudet lå den gangen omtrent 30 prosentpoeng høyere hos de organiserte enn hos uorganiserte. (Organisasjonsprosenten blant kommunalt ansatte er høy, og ligger på om lag 75-80 prosent.) Fast ansatte i et tradisjonelt normalarbeidsforhold er best orientert om internkontroll (tabell i note⁵). Ansatte i tekniske og merkantile yrker er best orientert, mens hjemmehjelperne vet minst.

De som vet minst om internkontroll, arbeider for det første ikke i tekniske eller merkantile yrker, for det andre har de ikke høyere utdanning, og for det tredje arbeider de ofte alene, i typiske kvinneyrker, i god avstand fra kommunens administrasjonsbygg eller andre større institusjoner. Kunnskap om internkontroll kan se ut til å være fordelt langs den ansattes plassering på kommunens sentrum-periferi akse og etter hvor den ansatte befinner seg i det kommunale hierarkiet. Vaktmesterne utgjør et unntak.

Figur 11.4 Andel ansatte i ti i kommunale yrker som har hørt om internkontroll etter yrke. Prosent. N=2481

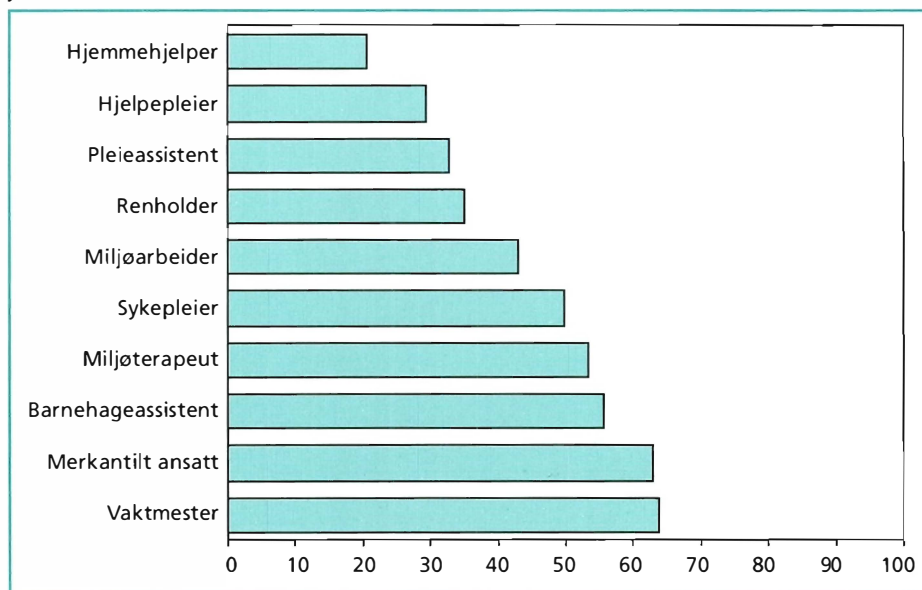


Innføring av internkontroll på kommunale arbeidsplasser

Når vi spør den enkelte om han eller hun har kjennskap til om det er innført et system for internkontroll på egen arbeidsplass, måler vi først og fremst orienteringsnivået hos de ansatte. En kommune kan godt ha påbegynt arbeidet med internkontroll uten at de ansatte er kjent med det. På den annen side kan et system for internkontroll ikke fungere uten at de ansatte har kjennskap til det. Dermed gir de ansattes svar på spørsmålet et bilde av hvor langt kommunene er kommet med det praktiske HMS-arbeidet. Figur 11.5 viser de ansattes kjennskap til innføring av internkontroll på egen arbeidsplass etter yrke.

Vi ser at fordelingene er omtrent den samme som kjennskapet til internkontroll. Søylene er nå blitt kortere og forskjellene noe større. Vaktmesterne er den gruppen som er best orientert, mens fire av fem hjemmehjelpere melder at de ikke har kjennskap til internkontroll på egen arbeidsplass. To av tre i et tradisjonelt normalarbeidsforhold, kjenner til at et system for internkontroll er innført, mens tilsvarende bare gjelder En av tre i et fleksibelt eller marginalt arbeidsforhold. Forholdet er nesten det samme når en sammenlikner svarene fra henholdsvis menn og kvinner.

Figur 11.5 Andel ansatte som mener at internkontroll er innført på egen arbeidsplass, etter yrke. Prosent. N=2481



Handlingsplaner for gjennomføring av Helse-, Miljø- og Sikkerhetstiltak

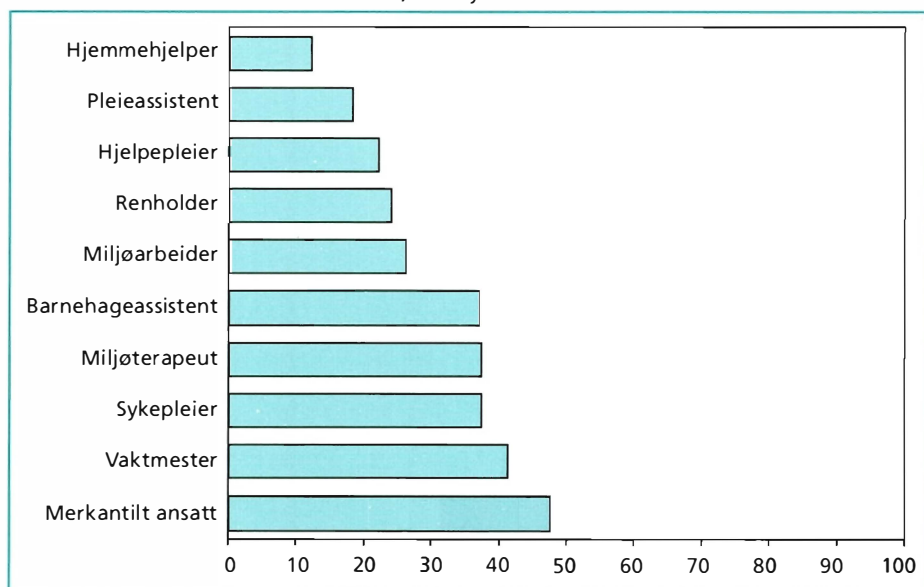
Vi stilte følgende spørsmål: «Kjenner du til om det på din arbeidsplass er laget handlingsplaner for gjennomføring av helse-, miljø- og sikkerhetstiltak?». Til dette svarer hver tredje ansatte bekreftende. Det betyr at dersom en har kjennskap til at kommunen har innført internkontroll, vil et flertall (68 prosent) også kunne vite at handlingsplan er utarbeidet.

Etter som vi nå spør mer konkret, forutsettes det at den ansattes kjennskap til internkontroll baserer seg mer på virkelige kunnskaper enn på antakelser og tilfeldig informasjon. De forholdene som tidligere er nevnt, blir enda viktigere. Ansatte som jobber i den hjemmebaserte omsorgen, er dårligst orientert. Dette gjelder særlig hjemmehjelperne. Men også sykepleiere og hjelpepleiere i den hjemmebaserte omsorgen er dårligere orientert enn sine yrkesfeller ved for eksempel sykehjemmet.⁶ Søylene i figur 11.6 er med ett unntak en tredel kortere enn i figur 11.5. Unntaket gjelder de merkantilt ansatte.

Gjennomgang av handlingsplaner for internkontroll på avdelingsmøter?

En av fire oppgir at handlingsplaner for gjennomføring av HMS-tiltak er gjennomgått i avdelingen. For tre av fire ansatte må med andre ord innholdet i kommunens

Figur 11.6 Andel ansatte som kjenner til handlingsplan for gjennomføring av tiltak i forbindelse med internkontroll er utarbeidet, etter yrke. Prosent. N=2481



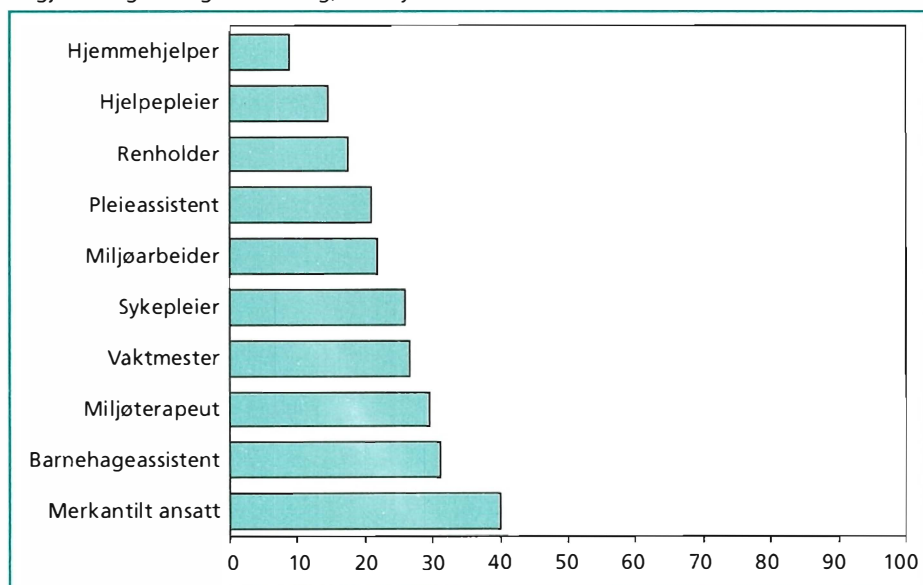
eventuelle miljøarbeid være temmelig ukjent. Ansatte i hjemmebasert omsorg melder bare halvparten så ofte (13 prosent) som andre, at de er orientert om HMS-arbeidet. Bare åtte prosent av hjemmehjelperne har fått slik informasjon. Ansatte som har et tradisjonelt normalarbeidsforhold og som innehar merkantile stillinger (40 prosent), er best informert.

De ansattes medvirkning ved utforming av handlingsplaner

Spørsmålet som ble stilt var: «*Har du deltatt i eller hatt mulighet til å delta i utformingen av en slik handlingsplan?*» Om lag 15 prosent av de ansatte, svarer at de har vært med i diskusjoner eller annet arbeide i forbindelse med utformingen av en handlingsplan for HMS-tiltak. Blant de som har fått handlingsplanen gjennomgått, har to av tre også diskutert den. For det store flertallet (77 prosent) er slike diskusjoner om planmessige tiltak for bedring av miljøet helt ukjent. Figur 11.8 viser de ansattes deltakelse i utformingen av handlingsplaner, etter yrke.

27 prosent av de merkantilt ansatte har vært med, mens det samme kun gjelder fire prosent av hjemmehjelperne. Størst sannsynlighet for å være med i HMS-arbeidet har en hvis en er fast ansatt i full stilling og med normal arbeidstid. 35 prosent av de ansatte med et slikt tradisjonelt normalarbeidsforhold, har vært med.

Figur 11.7 Andel ansatte som kjenner til at handlingsplan for gjennomføring av HMS-tiltak er gjennomgått i egen avdeling, etter yrke. Prosent. N=2481



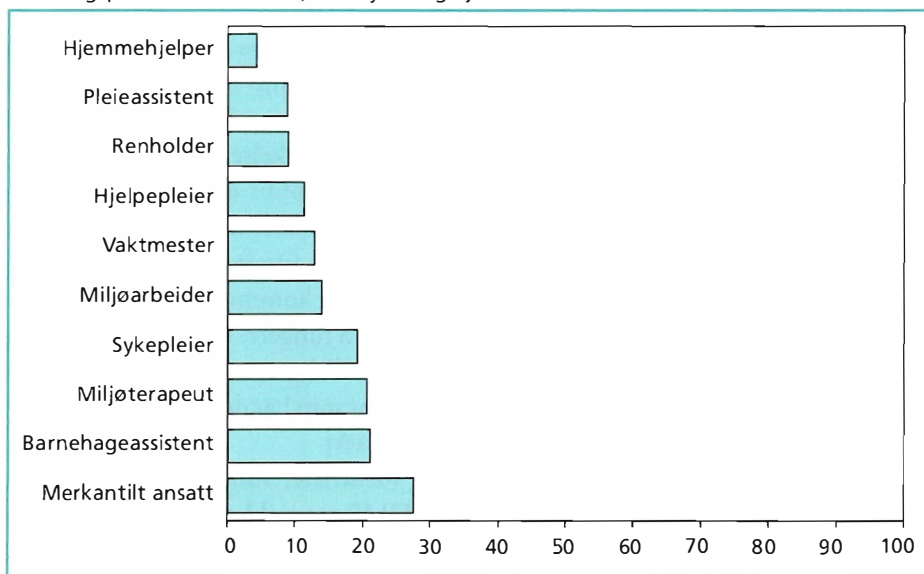
Fra 1993 til 1996

Arbeidsmiljøloven og institusjonen med verneombud er så gammel at en sammenlikning av de ansattes kjennskap til verneombudet i 1993 og 1996 ikke forventes å fremvise så store forskjeller. Innføring av internkontroll er derimot av så ny dato, at vi må regne med at de ansatte hadde mindre kjennskap til dette i 1993.

En del av de spørsmålene vi gjennomgår i dette kapitlet, ble også stilt i undersøkelsen som i 1993 danner grunnlaget for rapporten *De små grå*. På spørsmålet om det eksisterer et verneombud på arbeidsplassen, er det ingen nevneverdig forskjell fra 1993 og til 1996 (svak nedgang). Derimot ser det ut til å være flere som kjenner verneombudet i 1996 enn det som var tilfellet i 1993. Dette gjelder innen alle yrker (tabell i note⁷).

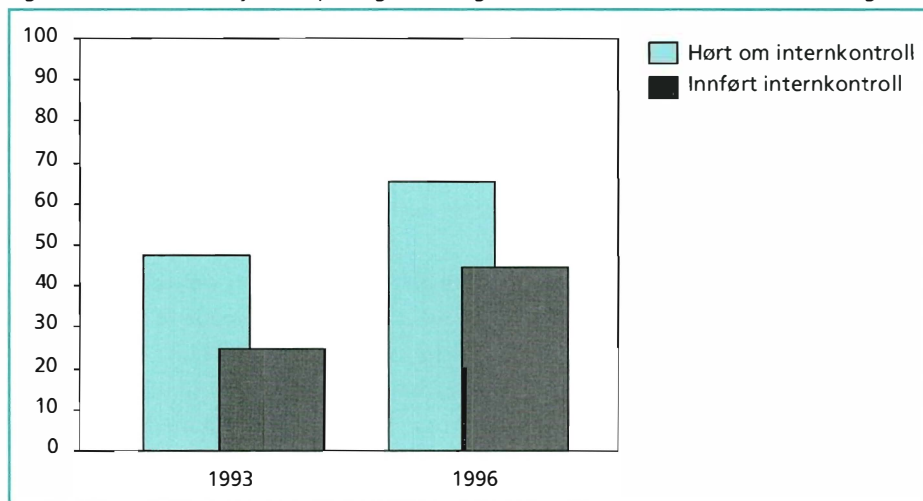
Vi har sett at omkring 65 prosent av de ansatte har hørt om internkontroll. Det kan synes å være lite tatt i betraktning av at denne institusjonene har vært lov-pålagt i fire år. Det er imidlertid en betydelig økning fra 1993 hvor omkring 45 prosent av ansatte i de samme yrkesgruppene hadde hørt om internkontroll. I 1996 svarte nesten halvparten at internkontroll var innført – eller i ferd med å bli innført – på egen arbeidsplass. Dette er nær en fordobling på disse tre årene (figur 11.9). Da reformen om internkontroll kom, gjennomførte både Arbeidstilsynet og Kommunenes Sentralforbund en kampanje. Dette kan ha bidratt å gjøre begrepet kjent. Men den lengste veien står fortsatt igjen, nemlig å etablere et fungerende system som involverer ansvarlige personer. For de fleste er reformen fortsatt en papirreform,

Figur 11.8 Andel ansatte som har deltatt eller hatt mulighet til å delta i utformingen av en handlingsplan for HMS-tiltak, etter yrke og kjønn. Prosent. N=2481



og det vil fortsatt måtte brukes mye tid før den får nevneverdig betydning i kommunene.

Figur 11.9 De ansattes kjennskap til og innføring av internkontroll i henholdsvis 1993 og 1996



Internkontroll – En fremmed fugl i pleie- og omsorgstjenesten

Fem år er gått siden norske arbeidsgivere ble pålagt å innføre systemer for internkontroll som ledd i et systematisk arbeid for helse, miljø og sikkerhet. Tar vi utgangspunkt i loven, burde andelen kommunalt ansatte som i det minste har hørt ordet «internkontroll», ha vært 100 prosent. I vår undersøkelse er tallet 65 prosent. Dersom disse arbeidet i kommuner som virkelig har innført et system for internkontroll, burde innholdet i handlingsplanene være mer eller mindre kjent for den samme andelen på 65 prosent. Bare halvparten av disse (utgjør 30 prosent av alle) kjenner til at slike handlingsplaner finnes. Og dersom kommunene som har utviklet handlingsplanene også hadde fått systemene til å fungere, burde 30 prosent ha kjent til innholdet i disse; helst også ha vært med å diskutere det. Men igjen faller halvparten fra, slik at det til slutt er under 15 prosent som har deltatt i samtaler hvor handlingsplaner for HMS-arbeidet har vært diskutert.

Arbeidsmiljøloven og øvrige lover og forskrifter som er knyttet opp til arbeidet med internkontroll, bærer preg av at HMS er utviklet for å imøtekomme behov på store arbeidsplasser i privat sektor, først og fremst innen industri, transport,

bygg og anlegg (jamfør Internforskriftens lovgrunnlag og Arbeidsmiljølovens historiske forankring).

I kommunene er det «gutta i teknisk» etat som kommer nærmest dette utgangspunktet. Jo mer tjenestene utføres på pasientenes/brukernes premisser, jo vanskeligere er det å praktisere arbeidsmiljøloven. Arbeidet med mennesker i deres egne hjem stiller de ansatte overfor helt andre utfordringer enn det som beskrives i de lovene og forskriftene som HMS-forskriftene tar sitt utgangspunkt i.

Uten å ha gått i detaljer på hvordan en «standardmal» for internkontroll ser ut, viser tallene at oppslutningen om dette arbeidet i kommunene er så lav, at en må spørre om «malen» har tilstrekkelig relevans for den typen arbeidsmiljøproblemer som tas opp i denne rapporten. Problemstillinger knyttet til for eksempel mangelfull kvalitet på tjenestene til syke og/eller funksjonshemmede eller ansatte som utsettes for fysisk aggresjon fra tjenestemottakere, er rimeligvis perifere arbeidsmiljøproblemer sett fra en industriarbeiderplass, men for de ansatte i den ekspanderende, åpne omsorgen, er dette belastninger som forekommer i stort og økende omfang. Det er derfor neppe tilfeldig når en leder i en av Oslos bydeler tørt konstaterer at:

«vi har verneombud, internkontroll og hele pakka. Problemet er jo at jentene (hjemmehjelpere, hjelpepleiere og sykepleiere) ikke er interessert i dette. I to av de tilrettelagte boligene er de flinkere, der har vi to verneombud som har fått til mye. Men ellers er det nesten bare «driftsteknisk» som er opptatt av disse spørsmålene».

I undersøkelsen fra 1993 hadde vi med flere representanter fra mer tekniske yrker som ikke er med i 1996-utvalget. Det viste seg der at 95 prosent av de ansatte innen «Brann-redning» og «Elkraft» visste hvem som var verneombud på arbeidsplassen (mot 80 prosent av ansatte i de øvrige yrkene).

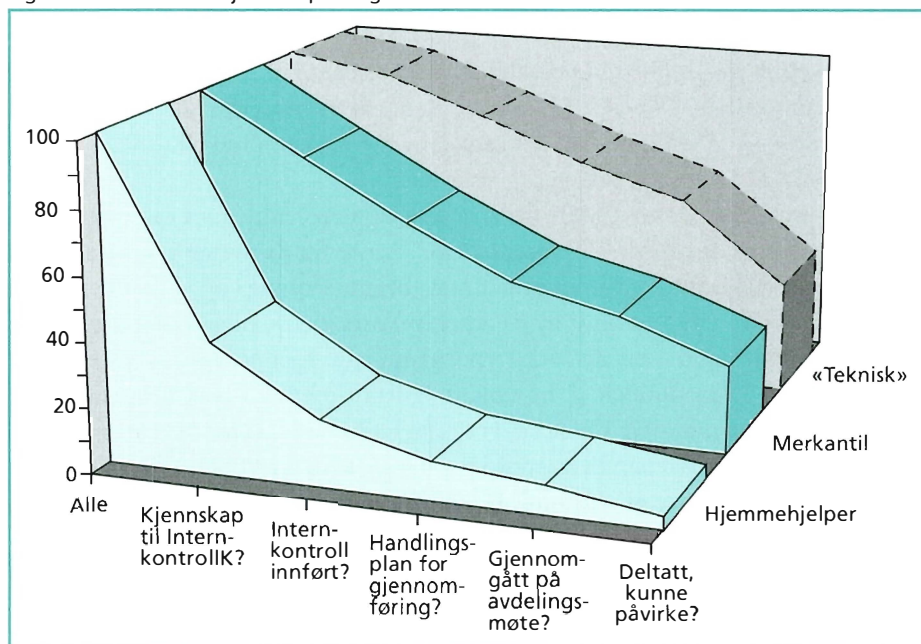
85 prosent av de ansatte fra de to yrkesgruppene hadde hørt om internkontroll, mens dette bare gjaldt 45 prosent av de ansatte fra de øvrige yrkesgruppene. Videre kunne 55 prosent av de ansatte innen «Brann-redning» og «Elkraft» fortelle at internkontroll i 1993 var innført på arbeidsplassen deres, mens dette bare gjaldt 25 prosent av de ansatte fra de øvrige yrkesgruppene. Kjennskapet til internkontroll var altså i 1993 dobbelt så høy blant «gutta i teknisk» som blant de andre yrkesutøvere i kommunen. Og stiller vi «gutta i teknisk» opp mot «jentene i hjemmetjenesten» er kjennskapet til internkontroll hos de førstnevnte fire ganger så høy.

I figur 11.10 har vi stilt opp de som svarte «ja» fra henholdsvis hjemmehjelpere, merkantilt ansatte og «teknisk» på spørsmålene: -kjennskap til internkontroll? – innført internkontroll på din arbeidsplass? – utarbeidet handlingsplan for gjennomføring av internkontroll? – gjennomgått handlingsplan i avdelingen? – deltatt i utformingen av handlingsplan, kunnet påvirke? ⁸

Ansatte i den hjemmebaserte pleien og omsorgen melder altså bare halvparten så ofte som andre, om at de er orientert om HMS-arbeidet, og dårligst informert er hjemmehjelperne.

Tallene i note 5 viser at sykehjemsansatte er bedre informert enn ansatte i hjemmetjenestene. Dette skyldes sannsynligvis at de fleste sykehjemmene ofte er vel etablerte organisasjoner som har kunnet jobbe lenger og mer med HMS enn hjemmetjenestene, som stadig har en organisasjon i endring. Et annet forhold kan ligge i sykehjemsledelsens selvstendige og utvetydige ansvar for å innføre systemer for internkontroll. Sykehjemmet er en egen arbeidsenhet med en selvstendig og avgrenset administrasjon og økonomi. Her er de ansatte samlet på ett arbeidssted. I den hjemmebaserte omsorgen arbeider de ansatte spredt og er vanskeligere å samle. Et annet forhold som kan belyse hjemmetjenestens lite utviklede HMS-arbeid ligger i tjenestens administrative organisering. På mellomledernivå kan ansvaret være uklart definert. Dermed blir ansvaret for HMS liggende for høyt i organisasjonen. Det formelle ansvaret ligger hos administrasjonssjef og etatssjef, men de er for langt unna til å ta et operativt ansvar. Når «jentene» selv heller ikke viser nevneverdig interesse for det HMS-opplegget de eventuelt blir presentert, reduseres sannsynligheten for at «noen» tar tak i dette. For å øke interessen, må ledelsen klarere formulere hva HMS i pleie- og omsorgssektoren kan og skal være. Dette aspektet ved organiseringen av

Figur 11.10 Ansattes kjennskap til og deltakelse i internkontrollarbeidet



miljøarbeidet følges grundigere opp i prosjektets kvalitative del som vil bli gjennomført i 1997.

Pleieassistentene er overveiende bedre orientert enn både hjelpepleierne og hjemmehjelperne. Dette bryter med antakelsen om betydningen av hierarkisk plassering. I stedet kan det bidra til å bekrefte betydningen av hvor en er plassert på sentrum-periferi akse, og at perifer arbeidsplass virker mer «tilsidesettende» enn lav stillingsstatus. Dette forklares ved at pleieassistentene i utvalget vårt stort sett jobber ved sykehjem, mens flertallet av hjelpepleierne i utvalget ofte jobber i den hjemmebaserte omsorgen.

Utdanning og posisjon har nok en viss effekt når alt annet er likt, men er mindre viktig for kjennskap til internkontroll enn for eksempel type arbeidsplass. De ufaglærte pleieassistentene ved sykehjemmene har bedre kjennskap til internkontroll enn både hjemmehjelpere og sykepleiere som jobber i den hjemmebaserte omsorgen.

Det ser med andre ord til å være slik at:

- arbeidet med å innføre og praktisere internkontroll er kommet kort,
- det er krevende å utvikle systemer for internkontroll som er tilpasset pleie- og omsorgsyrkene,
- utfordringen med å utvikle organisatoriske tiltak er større når ledere og ansatte er spredt, slik tilfellet er innen åpen omsorg.

Noter

¹ Andel ansatte i 10 kommunale yrkesgrupper som oppgir at det er verneombud på arbeidsplassen deres og som enten vet eller ikke vet hvem dette er. Etter kjønn, arbeidsforhold og yrke. Prosent. N=2481

	Ja, og vet hvem	Ja, men vet ikke hvem	Nei	Ikke sikker	Sum	N
Alle	75,2	10,1	9,4	5,4	100,1	2481
Arbeidsforhold						
Tradisjonelt	85,6	6,7	5,9	1,8	100,0	555
Fleksibelt	73,8	10,4	10,1	5,7	100,0	1466
Marginalt	67,0	13,0	11,1	8,9	100,0	460
Yrke						
Vaktmester	84,8	7,6	7,1	0,5	100,0	210
Merkantilt ansatt	81,7	9,2	7,8	1,4	100,1	218
Barnehageassistent	80,3	9,3	6,8	3,6	100,0	279
Miljøterapeut	79,0	6,3	9,8	4,8	99,9	315
Hjelpepleier	77,5	8,9	10,6	3,0	100,0	302
Miljøarbeider	75,5	7,5	12,9	4,1	100,0	294
Sykepleier	74,4	11,9	6,4	7,3	100,0	219
Pleieassistent	74,4	11,2	8,0	6,4	100,0	125
Renholder	66,8	13,6	8,6	11,1	100,1	280
Hjemmehjelper	57,3	17,2	13,4	12,1	100,0	239

² De ansattes vurdering av i hvilken grad verneombudet har innflytelse etter yrkesmessig hovedområde, alder, kjønn, arbeidsforhold, arbeidsplass og yrke. Prosent. N=2481

	Storgrad	Noen grad	Mindre grad	Ikke innflytelse	Usikker	Sum	N
Pleie- og omsorgsykker	17,9	34,1	26,4	7,4	14,2	100,0	1237
Øvrige yrker	32,1	33,6	18,4	5,0	10,9	100,0	867
Under 30	19,0	32,4	24,3	11,0	13,3	100,0	210
30–44 år	22,8	35,6	23,3	6,0	12,2	99,9	893
45–59 år	24,5	33,0	23,9	5,9	12,6	99,9	815
Over 59	29,4	32,5	16,3	5,1	16,8	100,1	197
Menn	31,2	32,7	21,7	4,0	10,4	100,0	346
Kvinner	22,3	34,3	23,2	6,8	13,4	100,0	1769
Tradisjonelt	32,4	33,4	20,1	4,5	9,6	100,0	512
Fleksibelt	20,7	34,7	24,4	7,2	13,0	100,0	1235
Marginalt	21,7	32,6	22,3	6,3	17,1	100,0	368
Kombinert	22,7	18,2	27,3	4,5	27,3	100,0	44
Sykehjem	22,3	36,1	26,2	2,5	12,9	100,0	202
Dagsenter	21,8	45,5	16,4	5,5	10,9	100,1	55
Bolig for ps.	16,3	32,5	28,4	11,5	11,3	100,0	416
Hjemmebasert omsorg	13,6	33,1	26,1	7,8	19,4	100,0	360
Vaktmester (52,5)	38,1	32,5	18,6	1,5	9,3	100,0	194
Merkantilt ansatt (46,5)	29,3	35,9	20,7	5,1	9,1	100,1	198
Barnehageassistent (39,0)	30,8	32,4	18,4	6,4	12,0	100,0	250
Renholder (50,5)	30,7	33,8	16,4	6,2	12,9	100,0	225
Pleieassistent (45,0)	25,2	34,6	24,3	1,9	14,0	100,0	107
Miljøarbeider (41,5)	20,1	30,7	24,6	10,2	14,3	99,9	244
Miljøterapeut (36,5)	19,3	35,7	28,3	7,4	9,3	100,0	269
Hjemmehjelper (48,5)	16,3	24,2	24,7	7,9	27,0	100,1	178
Sykepleier (41,0)	15,3	42,9	27,0	5,3	9,5	100,0	189
Hjelpepleier (43,5)	14,6	36,8	26,4	8,0	14,2	100,0	261

³ Andel ansatte som har hørt om internkontroll for helse miljø og sikkerhet, etter yrkesmessig hovedområde, kjønn, arbeidsforhold, arbeidsplass og yrke. Prosent. N=2481

	Ja	Nei	Ikke sikker	Sum	N
Pleie- og omsorgsykker	61,8	34,9	3,3	100,0	1483
Øvrige yrker	70,5	26,9	2,6	100,0	987
Arbeidsforhold					
Tradisjonelt	80,5	18,2	1,3	100,0	555
Fleksibelt	61,5	34,9	3,6	100,0	1466
Marginalt	59,8	37,0	3,3	100,1	460
Arbeidssted					
Dagsenter	84,4	14,1	1,6	100,1	180
Bolig for psykisk utviklingshemmede	63,1	32,6	4,3	100,0	223
Kombinert	57,4	42,6	0,0	100,0	64
Sykehjem	54,7	41,3	4,0	100,0	512
Hjemmebasert omsorg	54,4	42,4	3,1	99,9	450
Yrke					
Vaktmester	81,0	18,6	0,5	100,1	210
Merkantilt ansatt	82,6	15,1	2,3	100,0	218
Sykepleier	80,8	17,8	1,4	100,0	219
Miljøterapeut	78,2	20,0	1,8	100,0	315
Barnehageassistent	68,8	28,0	3,2	100,0	279
Miljøarbeider	60,9	34,0	5,1	100,0	294
Renholder	55,0	41,1	3,9	100,0	280
Hjelpepleier	53,6	42,7	3,6	99,9	302
Pleieassistent	53,6	41,6	4,8	100,0	125
Hjemmehjelper	40,6	56,1	3,3	100,0	239

⁴ Kommunalt ansattes kjennskap til henholdsvis verneombud og internkontroll etter yrke og fagorganisering. Spørsmålene er stilt i 1993 i forbindelse med prosjektet *De små grå*. Prosent. N=2472

	Verneombud på arbeidsplassen	Vet hvem verneombudet er		Hørt om intern- kontroll	Innført intern- kontroll
Alle	87,1	70,2	Alle	48,0	26,5
Organiserte	91,5	75,8	Organiserte	51,3	30,3
Uorganiserte	65,8	45,5	Uorganiserte	33,8	14,3
El-kraft ansatt	98,2	95,6	El-kraft ansatt	86,0	65,8
Brann-redning	94,5	93,2	Brann-redning	80,6	48,6
Sykepleier	96,5	78,9	Miljøterapeut	69,0	38,1
Miljøterapeut	92,7	78,9	Merkantil	62,1	38,7
Hjelpepleier	95,7	74,9	Førskolelærer	64,0	33,0
Miljøarbeider	93,5	76,1	Kjøkken	57,7	33,7
Førskolelærer	86,8	81,6	Sykepleier	61,9	28,0
Merkantilt	91,3	76,9	Vaktmester	58,9	30,4
Kjøkken	89,4	74,5	Miljøarbeider	52,0	28,6
Pleieassistent	91,0	64,5	Barnehagea	37,5	23,3
Vaktmester	80,0	72,7	Kirkelig ansatt	40,5	20,3
Renholder	84,7	59,5	Hjelpepleier	37,6	19,3
Barnehagea	75,6	63,1	Renholder	35,4	20,7
Kirkelig ansatt	69,7	55,3	Pleieassistent	36,5	15,9
Hjemmehjelper	70,6	44,9	Hjemmehjelper	26,0	6,7

⁵ De ansattes kjennskap til og deltakelse i internkontrollarbeidet, etter kjønn, arbeidsforhold, arbeidssted og yrke. Prosent som har svart «ja» på hvert av spørsmålene

		Hørt om Intern- kontroll?	Innført IK på arbeids- plassen?	Utarbeidet handlings- plan for gjennom- føring av IK?	Gjenno- mgått handlings plan i avd.?	Deltatt i utformin- gen av h.plan, kunnet på virke
	N	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Arbeidsforhold						
Tradisjonelt	555	80,5	62,7	46,3	35,5	24,7
Fleksibelt	1566	61,5	39,8	26,0	20,7	12,8
Marginalt	460	59,8	37,8	23,6	18,0	10,7
Arbeidssted						
Bolig for ps	512	63,1	39,6	25,2	20,1	13,1
Sykehjem	223	54,7	35,0	26,0	20,2	12,1
Hjemmebasert	450	54,4	28,9	17,8	13,1	8,4
Øvrig omsorg	298	76,2	54,4	38,9	31,2	22,5
Teknisk-merkantil	769	67,1	50,1	34,6	28,6	18,5
Yrke						
Vaktmester	218	82,6	63,8	41,3	26,6	12,8
Merkantilt ansatt	210	81,0	62,9	47,6	40,0	27,6
Sykepleier	219	80,8	49,8	37,4	26,0	19,2
Miljøterapeut	315	78,1	53,3	37,1	29,5	20,6
Barnehageassistent	279	68,8	55,6	37,3	31,2	21,1
Miljøarbeider	294	60,9	42,9	26,2	21,8	13,9
Renholder	280	55,0	35,0	22,1	17,5	8,9
Hjelpepleier	302	53,6	29,5	18,2	14,6	11,3
Pleieassistent	125	53,6	32,8	24,0	20,8	8,8
Hjemmehjelper	239	40,6	20,5	12,1	8,8	4,2

6 Tallmaterialet kan fås ved henvendelse til Fafo.

⁷ De ansattes kjennskap til internkontroll og innføring av internkontroll på egen arbeidsplass i henholdsvis 1993 og 1996, etter ti kommunale yrkesgrupper. Prosent. N=2480

	Kjennskap til IK			IK på egen arbeidsplass		
	1996	1993	Endring 1993-1996	1996	1993	Endring 1993-1996
Vaktmester	82,6	58,9	23,7	63,8	30,4	33,4
Merkantilt ansatt	81,0	62,1	18,9	62,9	38,7	24,2
Sykepleier	80,8	61,9	18,9	49,8	28,0	21,8
Miljøterapeut	78,1	69,0	9,1	53,3	38,1	15,2
Barnehageassistent	68,8	37,5	31,3	55,6	23,3	32,3
Miljøarbeider	60,9	52,0	8,9	42,9	28,6	14,3
Renholder	55,0	35,4	19,6	35,0	20,7	14,3
Hjelpepleier	53,6	37,6	16,0	29,5	19,3	10,2
Pleieassistent	53,6	36,5	17,1	32,8	15,9	16,9
Hjemmehjelper	40,6	26,0	14,6	20,5	6,7	13,8

⁸ Svarene fra hjemmehjelperne og de merkantilt ansatte baserer seg på eksakte svar på hvert av spørsmålene fra undersøkelsen i 1996. «Teknisk» er konstruert med utgangspunkt i svar fra ansatte innen «brann-redning», «el-kraft» og vaktmesterne i 1993. Disse er så oppjustert med samme relative endring som de andre yrkesgruppene har vist fra 1993 til 1996. Deretter er svarene på de tre siste spørsmålene konstruert tilpasset vaktmesternes svar fra 1996.

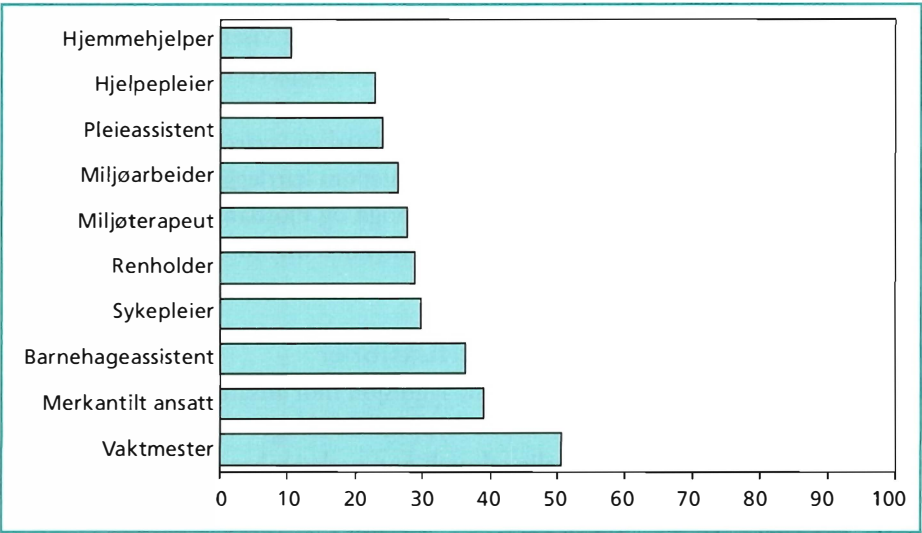
Kapittel 12 Hva er HMS i praksis?

Forebygging og takling av ubehagelige arbeidssituasjoner

Vi har gått gjennom de ansattes kjennskap til de formelle verneinstitusjonene, og sett at denne er begrenset. Det er mulig at en kommune kan jobbe med arbeidsmiljøspørsmål uten at de ansatte kjenner alle begrepene. På den annen side er det lite trolig at en kommune som jobber godt med HMS, gjør det uten å ta i bruk de påleggene og hjelpemidlene som knytter seg til begreper som HMS, internkontroll og verneombud.

En forutsetning for at HMS og internkontroll skal bli noe mer enn svevende og meningsløse begreper, er at handlingsplaner og skriftlige rutiner følges opp med praktisk HMS-arbeid. Besøk av verneombud og tjenesteleder i forbindelse med vernerunde er ett eksempel på dette (tabell i note¹). Det samme kan besøk av bedriftshelsetjenesten eller andre i forbindelse med vernerunde være (tabell i note²). Figur 12.1 viser andelen ansatte som har hatt besøk av verneombud og tjenesteleder. Generelt oppgir noe færre at de har hatt besøk av bedriftshelsetjenesten.

Figur 12.1 Andel ansatte i ti yrkesgrupper som har hatt besøk av verneombud og tjenesteleder i forbindelse med vernerunde. Prosent. N=2481



Andelen som har hatt besøk av verneombud og tjenesteleder er lav i alle yrkesgrupper og ligger stort sett på mellom 25 og 35 prosent. Bare ti prosent av hjemmehjelperne har hatt slikt besøk, mens omkring halvparten av vaktmesterne har hatt det.

Innenfor hver av yrkesgruppene har menn og kvinner hatt like ofte besøk. Når mennene i undersøkelsen likevel har oftere besøk enn kvinner, er det fordi de jobber i yrker hvor vernetjenesten er mer aktiv. Ansatte i tradisjonelle normalarbeidsforhold har dobbelt så ofte som andre hatt besøk av verneombud og tjenesteleder. Dette skyldes i noen grad at slike besøk skjer hyppigst i de yrkesgruppene hvor tradisjonelle normalarbeidsforhold er vanligst. Men også innenfor hver av yrkesgruppene oppgir ansatte med tradisjonelt normalarbeidsforhold langt oftere enn andre, at de har fått slikt besøk (tabell i note ³). Det er mulig det har sammenheng med at avdelingsleder og bedriftshelsetjeneste (og en del verneombud?) ikke arbeider samtidig med ansatte som har kvelds- og nattvakt. Blant de som kommer dårligst ut, finner vi nok en gang den åpne omsorgens kjernetropper.

Fylke

Det er en del variasjoner fylkene i mellom. De ansatte i Sogn og Fjordane har sjeldnere besøk av verneombud, tjenesteleder eller bedriftshelsetjenesten enn andre. Også på andre spørsmål skiller Sogn og Fjordane seg ut ved at de i mindre grad enn andre organiserer personalpolitikken og det interne helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet etter allmenne, formelle planer. Telemark ser ut til å gi det beste tilbudet akkurat på dette spørsmålet, uten at vi kan tolke dette som uttrykk for en bestemt satsning på HMS. (Det er ingen skjevheter i yrkessammensetningen blant deltakerne fra fylket som tilsier et slikt utfall, snarere tvert i mot.⁴)

Andelen ansatte som har fått besøk av verneombud, tjenesteleder eller bedriftshelsetjenesten er stilt opp i tabellen i note⁵). Der viser vi også de ansattes kjennskap til om det finnes skriftlige rutiner for rapportering av ubehagelige hendelser, uhell og skader.

På et spørsmål om arbeidsmiljøet er blitt kartlagt, svarer om lag 45 prosent «ja». Den fylkesmessige rangeringen på spørsmålet om kartlegging, er omtrent den samme som kommer frem i tabellen i note 5. Sogn og Fjordane og Finmark ligger en del etter de andre, ellers er det ikke så stor forskjell mellom fylkene.

Opplæring i å takle ubehagelige situasjoner

I kapittel ti viste vi at utskjelling og fysisk aggresjon mot ansatte i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten forekommer hyppig. Omfanget av beskyldninger om dårlig arbeid og tyveri og ubehagelig seksuell oppmerksomhet er mindre, men like fullt ganske stort. Vi har sett at ansatte som arbeider med psykisk utviklingshemmede, er særlige utsatt for fysisk aggresjon. Ansatte som yter tjenester til personer

med psykiske lidelser, er i tillegg utsatt for beskyldninger og ubehagelig seksuell oppmerksomhet. Det siste gjelder generelt også for ansatte som jobber i hjemme-tjenesten, hvor man også oftere enn ellers er utsatt for beskyldninger om tyveri.

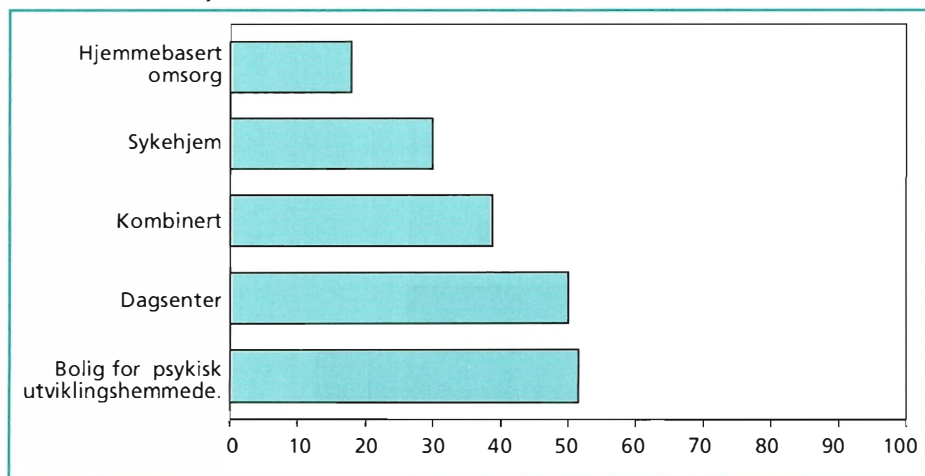
Selv om omfanget er noe større enn hva som tidligere er avdekket, har disse problemene vært kjent så lenge at en bør kunne forvente at de ansatte har fått en viss opplæring i å unngå at slike situasjoner oppstår eller i å takle dem når de står i en. Men når vi spør, viser det seg at bare hver tredje ansatt har fått opplæring i å takle truende situasjoner. Dette er langt færre enn det antallet som utsettes for det (tabell i note⁶).

Arbeidssted

Ansatte som arbeider med psykisk utviklingshemmede, er mer utsatt for fysisk aggresjon enn kollegaer som arbeider andre steder i den kommunale pleie- og omsorgs-sektoren. Det er derfor som en kan forvente når arbeidstakere som primært arbeider med psykisk utviklingshemmede hjemme eller i dagsenter, også har fått noe mer opplæring enn andre. Men selv på disse arbeidsplassene mangler halvparten slik opplæring. Dette er forbausende, tatt i betraktning av at tjenesten er pålagt å ha utarbeidet prosedyrer ved for eksempel nedlegging av utagerende pasienter/brukere.

Ansatte som arbeider i den tradisjonelle hjemmebaserte omsorgen, har fått minst opplæring. Tatt i betraktning omfanget av ubehagelige og til dels truende situasjoner disse utsettes for når de (ofte alene) yter tjenester hjemme hos brukere, er en opplæringsprosent på under 20 lavt.

Figur 12.2 Andel ansatte innenfor pleie- og omsorgstjenestene som har fått opplæring i å takle truende situasjoner, etter arbeidssted. Prosent. N=1483



Yrke

Med bakgrunn i hvordan det jobbes med denne typen opplæring på de ulike arbeidsplassene, er det forventet at miljøarbeidere (58 prosent) og miljøarbeidere (45 prosent) har fått mest opplæring i å takle truende arbeidssituasjoner (figur 12.3). Fem av seks hjemmehjelpere har ikke fått opplæring, hvilket nok en gang plasserer denne yrkesgruppen i den «gale» enden av skalaen når omsorg og rettigheter skal ytes personalet.

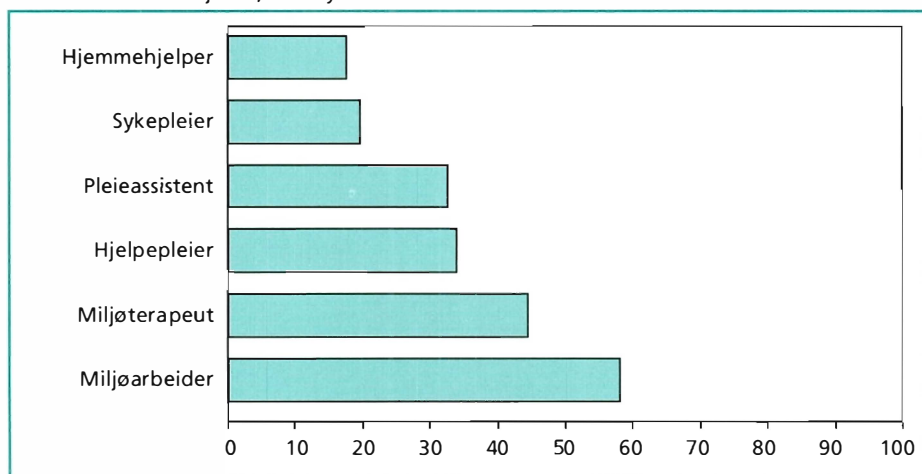
Kjønn

Annenhver mann og hver tredje kvinne har fått opplæring i å takle truende situasjoner. Denne forskjellen skyldes neppe trekk ved kjønnene, men at mennene i utvalget overveiende arbeider med psykisk utviklingshemmede, og at dette er det eneste området hvor opplæring av et visst omfang har vært gitt. Kvinner som jobber her, får også mer opplæring enn kvinner i andre områder av pleie- og omsorgstjenestene.

Brukergrupper

Eldre og psykisk utviklingshemmede utgjør de største brukergruppene utvalget vårt av ansatte forholder seg. Men ganske mange oppgir også at de ofte yter tjenester til personer med fysiske funksjonshemninger, med psykiske lidelser eller sosiale problemer. I kapittel ti så vi at også disse brukergruppene bidrar til en betydelig andel av de ubehagelige situasjonene de ansatte utsettes for. 31 prosent av de ansatte som ofte yter tjenester til personer med fysiske funksjonshemninger, har fått opplæring i å takle truende situasjoner. Tilsvarende tall for ansatte som ofte yter tjenester til

Figur 12.3 Andel ansatte innenfor pleie- og omsorgstjenestene som har fått opplæring i å takle truende situasjoner, etter yrke. Prosent. N=1483



personer med psykiske lidelser eller med sosiale problemer, er henholdsvis 36 og 38 prosent.

Arbeidsforhold

Type arbeidsforhold har ingen betydning for om en har fått slik opplæring eller ikke. Fast ansatte i fulle stillinger har fått like mye eller lite opplæring som arbeidstakere i små stillinger med eller uten kontrakt. En mulig forklaring på dette er at dersom denne typen opplæring først gis på et arbeidssted, så blir den gitt til alle innenfor en gitt målgruppe.

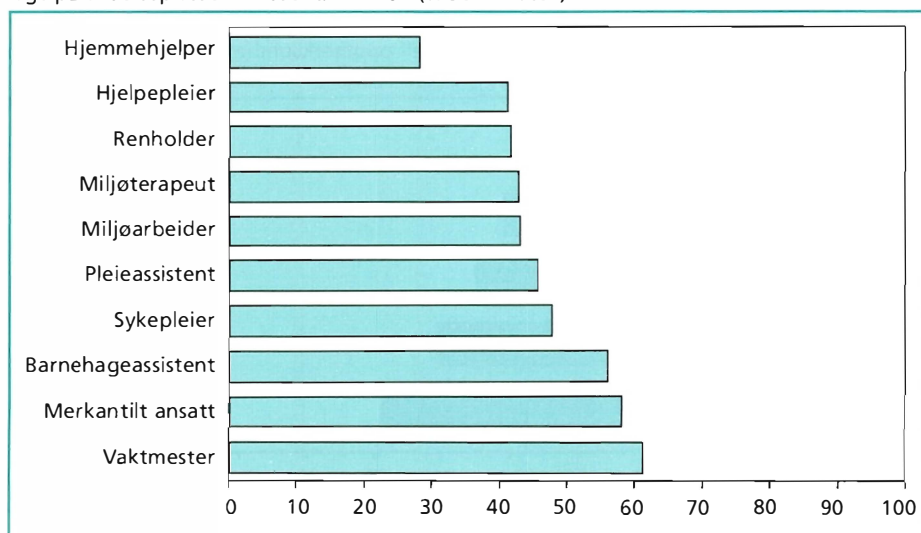
Fylke

Det er små variasjoner mellom fylkene. Sogn og Fjordane utmerker seg også i opplæringsspørsmålet ved å ligge noe etter de andre. Denne gangen får de følge av Oslo hvor knapt 30 prosent av de spurte oppgir at de har fått opplæring i å takle truende situasjoner. I Aust-Agder og Oppland har halvparten av de spurte fått slik opplæring.

Kartlagt arbeidsmiljøet?

Som ledd i internkontrollarbeidet, og som grunnlag for å gjennomføre opplæring og andre tiltak, vil en lokal kartlegging av arbeidsmiljøet være berettiget. I vår undersøkelse kjenner 40 prosent av de ansatte til at dette har vært gjort på deres arbeidsplass.

Figur 12.4 Andelen ansatte i ti kommunale yrker som kjenner til at arbeidsmiljøet er kartlagt på arbeidsplassen. Prosent. N=2481 (tabell i note 7)



De som har vært utsatt for fysisk aggresjon og andre ubehagelige situasjoner

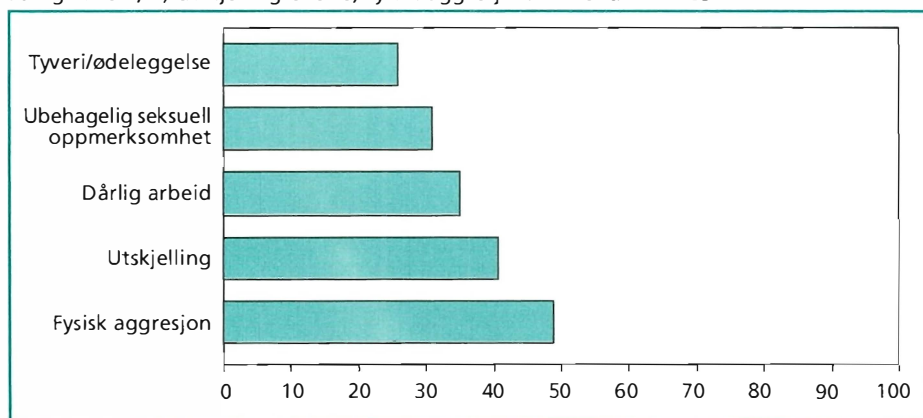
Et viktig spørsmål gjenstår fortsatt. Har de som har opplevet fysisk aggresjon og andre ubehagelige situasjoner fått opplæring, slik at de har vært forberedt på å takle situasjonen, eller har de eventuelt fått slik opplæring i etterkant? Vi har latt det være opp til den enkelte å definere «truende» situasjoner. Vi har heller ikke spurt om den fysiske aggresjonen, den ubehagelige seksuelle oppmerksomheten eller andre forhold en har vært utsatt for, har vært oppfattet som truende. Men en må kunne anta at når de oppfattes som aggressive og ubehagelige, så vil mange av disse også føles truende. Med denne bakgrunnen forteller dataene våre at godt under halvparten av de som har vært utsatt for en eller flere av disse «trakasseringslignende» forholdene, har fått opplæring i å takle dem.

Opplæring i å takle ubehagelig seksuell oppmerksomhet skjer antakelig i svært begrenset omfang. Om lag 30 prosent av de som har vært utsatt for dette, har fått opplæring i å takle truende situasjoner, men hvor spesifikk denne opplæringen har vært på takling av ubehagelig seksuell oppmerksomhet, er uvisst.

Pleie- og omsorgstjenestene skal også ha prosedyrer for hvordan de ansatte skal forholde seg til pasientens/brukerens penger. Det er derfor rart at bare 25 prosent av de som har vært utsatt for beskyldninger om tyveri, oppgir at de har fått opplæring. Vi må anta at en del har tolket spørsmålet om «truende situasjoner» til kun å omfatte fysiske trusler, slik at tallene våre her blir for lave.

Knappt halvparten av de som har vært utsatt for fysisk aggresjon, har fått opplæring i å takle slike (truende) situasjoner. Omfanget av fysisk aggresjon er stort, så det er med andre ord en ganske stor gruppe som ikke har fått slik opplæring.

Figur 12.5 Andel ansatte innenfor pleie- og omsorgstjenestene som har fått opplæring i å takle truende situasjoner, etter om de har vært utsatt for a) beskyldninger om tyveri eller ødeleggelser av gjenstander, b) ubehagelig seksuell oppmerksomhet, c) beskyldninger om dårlig arbeid, d) utskjelling eller e) fysisk aggresjon. Prosent. N=1085

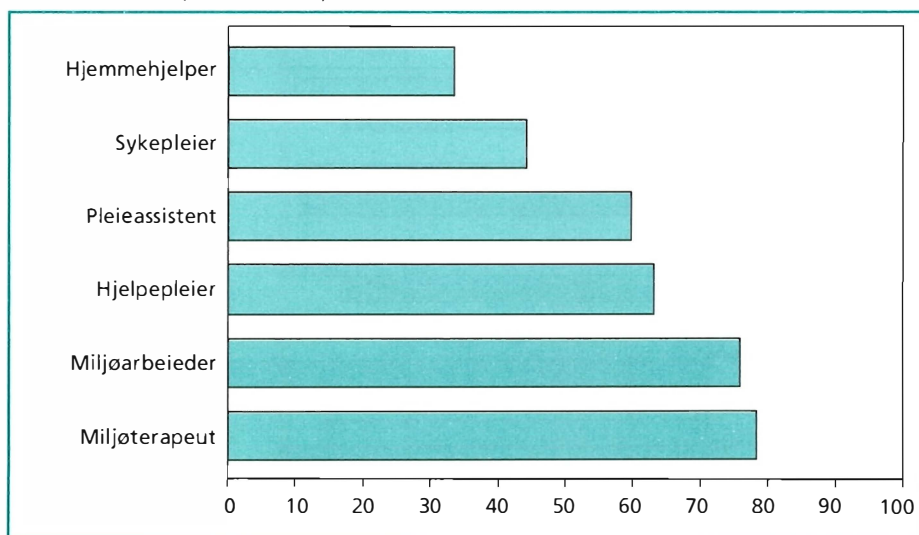


Arbeidstakere som arbeider alene og i private hjem, er minst beskyttet mot ubehagelige situasjoner i forhold til pasient/bruker. Vi har sett at de er dårligst informert om det organiserte vernearbeidet og således har lite å støtte seg til. Det siste avsnittet har vist at de samme arbeidstakerne også har fått dårligst opplæring i å takle disse forholdene. Bare en av tre arbeidstakere som har vært utsatt for slike vanskeligheter, har fått opplæring i å takle dem.

Skriftlig rapportering

Der HMS-arbeidet følger formelle prosedyrer for internkontroll, skal avvik rapporteres skriftlig. Avvik er definert som mangel på overensstemmelse mellom faktiske forhold og gjeldende krav, slik disse er definert i lover, forskrifter og interne bestemmelser (Skaar 1994, Oslo kommune 1995). I «avviksrapporten» beskrives avviket, forslag til tiltak for utbedring, kostnadsvurdering, eventuell fremdriftsplan og dato for opprettet avvik. Som eksempel på avvik nevnes at «... de kan være helt åpenbare – termostaten på varmeovnen er i stykker – til mer kompliserte – sykefraværet er dobbelt så høyt som forventet». Eksemplet med termostaten som har gått i stykker, er nok langt mer representativt på praktisk HMS-arbeid enn det problematikken med sykefravær er. Og slik avviksskjemaet er satt opp, er det bedre egnet som redskap for utbedring av tekniske forhold enn psykososiale sider ved arbeidsmiljøet.

Figur 12.6 Andel ansatte innenfor pleie- og omsorgstjenestene som kjenner til det at eksisterer rutiner for skriftlig rapportering av ubehagelige hendelser, uhell og skader, etter yrke. Prosent. N=1483 (tabell i note⁸)



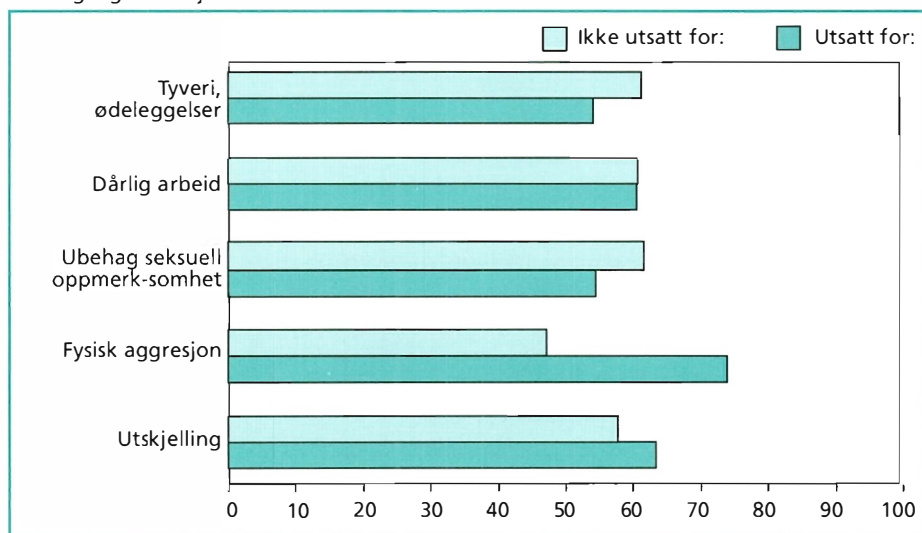
Yrke

Miljøterapeutene og miljøarbeiderne er de yrkesgruppene som i sum er mest utsatt for fysisk aggresjon, utskjelling, beskyldninger og andre ubehagelige situasjoner. De har også fått mer opplæring i å takle truende situasjoner. Det er derfor ikke overraskende om de også kjenner best til rapporteringsrutinene. I figur 12.6 er de ansattes kjennskap til rapporteringsrutiner gjengitt.

Fire av fem miljøterapeuter og miljøarbeidere som arbeider i boliger eller i dagsentre med tilbud til psykisk utviklingshemmede, er orientert om rapporteringsrutinene (figur 12.6). Med andre ord er kjennskapen til rapporteringsrutiner best der fysisk aggresjon forekommer hyppigst.

Men også blant de andre yrkesgruppene er omfanget av ubehagelige og til dels truende situasjoner så høyt at behovet for å kjenne til rapporteringsrutiner bør være til stede. Blant hjemmehjelpere og sykepleiere er kjennskapen lavest. Og både blant sykepleiere og hjelpepleiere er kjennskapen best hos dem som jobber ved sykehjem.⁹ Ansatte som arbeider ved institusjoner, enten dette er en «PU-bolig», et dagsenter eller et sykehjem er altså best orientert om rapporteringsrutinene, mens ansatte i de hjemmebaserte tjenestene er dårligst orientert.

Figur 12.7 Andelen ansatte som har kjennskap til skriftlige rapporteringsrutiner ved ubehagelig hendelser, uhell og skader, gruppert etter hvorvidt de har vært utsatt for en av fem ubehagelige situasjoner eller ikke



De som har vært utsatt for fysisk aggresjon og andre ubehagelige hendelser

Hva gjøres i etterkant av at en ubehagelig situasjon har inntruffet? Benyttes de formelle verneinstitusjonene? Vet de som har vært ute for forhold som burde bli rapportert, at rutiner finnes?

Yrkesutøvere som har vært utsatt for fysisk aggresjon, har bedre kjennskap til rapporteringsrutinene enn de som ikke har vært utsatt. Dette gjelder innen alle pleie- og omsorgsyrkene. Forskjellene yrkene i mellom er imidlertid fortsatt store. Knappt 38,5 prosent av hjemmehjelpere som har vært utsatt for fysisk aggresjon, kjenner til rapporteringsrutinene. Dette er åtte prosent mer enn kollegaer som ikke har vært utsatt. Hos miljøarbeidere og miljøterapeuter øker kjennskapen med ca 25 prosentpoeng opp til 85 prosent hos dem som har vært utsatt (tabell i note¹⁰).

Nesten halvparten av dem som har vært utsatt for ubehagelige situasjoner har ikke kjennskap til avviksskjemaet eller andre rutiner for skriftlig rapportering av forholdet. Og det er ingen sammenheng mellom erfaringer med utskjelling, beskyldninger og andre ubehagelige situasjoner og kjennskap til rapporteringsrutiner.

Selv om ikke alle disse situasjonene oppleves som truende, er det likevel ikke tvil om at mange «rapporteringsrelevante» forhold ikke rapporteres på grunn av manglende kjennskap til rutinene. Svakheter i rapporteringsskjemaet kan også bidra til at det ikke blir brukt. Arbeidsmiljøproblemets karakter er ofte av personlig art. En rapport vil kunne skape ubehageligheter både for den pasienten/brukeren som blir anmeldt og for den ansatte som anmelder. Til sist må vi regne med at mange av de ansatte ikke oppfatter de forholdene vi her trekker frem som «rapporteringsrelevante» arbeidsmiljøproblemer, all den tid forskrifter og lov- og avtaleverk fokuserer mest på tekniske og fysiske sider ved arbeidsmiljøet.

Hvem snakker man med etter en truende eller ubehagelig opplevelse?

De aller fleste som har vært utsatt for henholdsvis utskjelling, fysisk aggresjon, ubehagelig seksuell oppmerksomhet, beskyldninger om dårlig arbeid eller tyveri og skader av gjenstander, snakker med noen om opplevelsen. Bare fem prosent lar være å snakke om det.

De fleste tar hendelsen opp med sin overordnede eller uformelt med en kollega. 5 prosent tar det opp i veiledningsgruppe, privat eller med andre. Enda færre snakker med verneombudet, mens bare 1,5 prosent har tatt det opp med bedriftshelsetjenesten. Denne fordelingen gjelder stort sett uavhengig av hvilket forhold en har vært ute for.

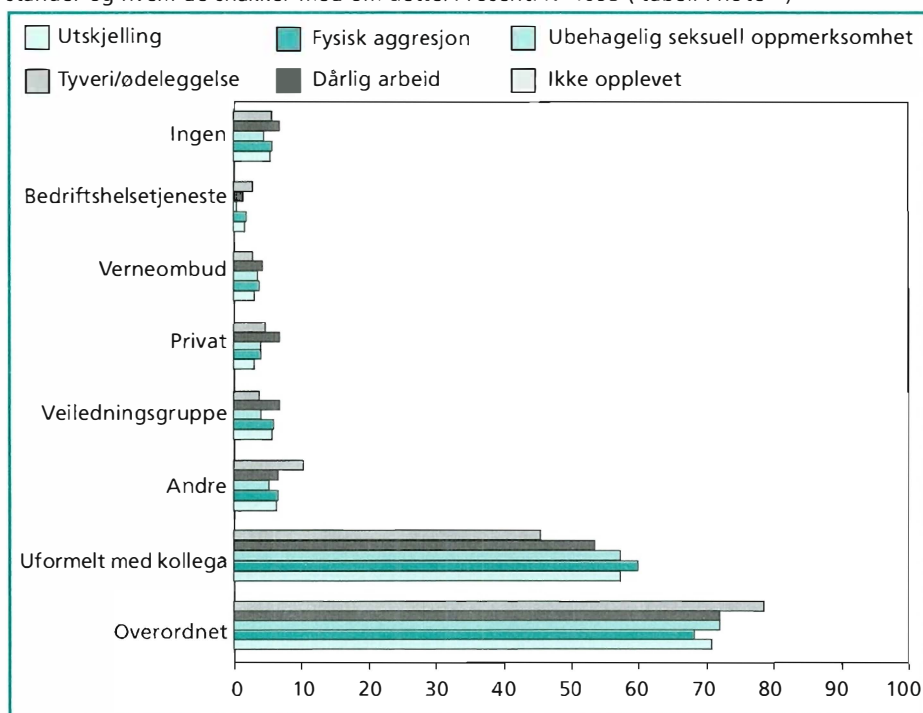
Hvordan tolker vi dette? Er den lave andelen som går til verneombud og bedriftshelsetjeneste, et uttrykk for at disse hendelsene ikke er så alvorlige? Uansett

hvilke av de fem ubehagelige hendelsene vi har spurt om, oppfatter de aller fleste lederen som den det er mest naturlig å drøfte problemene med. Lederen er den nærmeste, og problemenes karakter er personlige, selv om de ikke er private. Dette må tolkes som uttrykk for at hendelsene, uansett type, oppfattes som relativt alvorlige av den ansatte. Vi antar at de færreste går til ledelsen med bagateller. Når så mange går til ledelsen og kollegaene med hendelsen, samtidig som få holder saken for seg selv, må vi gå ut fra at den ansatte oppfatter dette som et problem knyttet til utføringen av arbeidet og ikke utelukkende som et isolert forhold mellom seg og den som forulemper. Hvis dette er riktig, burde kanskje mer enn halvannen til tre prosent involvere verneombud eller bedriftshelsetjeneste.

Dette kan da bety a) at det er en svært høy terskel å overstige før en henvender seg til vernetjeneste eller bedriftstjeneste, b) at problemene ikke oppfattes som relevante for denne tjenesten, eller c) at den ikke eksisterer. Alternativt kan det selvfølgelig bety at saken «løses» etter å ha snakket med den overordnede.

Dette kan være et uttrykk for at formuleringer og eventuelle institusjoner som hviler på dagens lover, forskrifter og hovedavtaler er mangelfulle med henblikk

Figur 12.8 Ansatte som har vært utsatt for henholdsvis utskjelling, fysisk aggresjon, ubehagelig seksuell oppmerksomhet, beskyldninger om dårlig arbeid eller tyveri og skader av gjenstander og hvem de snakker med om dette. Prosent. N=1093 (tabell i note¹¹)



på å fange opp arbeidsmiljøproblemer for de mange ansatte i kommunenes pleie- og omsorgstjenester.

Håndteringen av de arbeidsmiljøproblemene vi har gjennomgått, viser at disse forholdene lett forblir «avdelingsintern» kunnskap. Det er naturlig at man først henvender seg til sin nærmeste overordnede. Men for mange forblir dette også den eneste løsningen. Når problemene ikke blir skrevet ned, reduseres sannsynligheten for at de blir løftet videre og opp i organisasjonen. Administrasjonssjefen vil dermed lett ha for liten kjennskap til organisasjonens problemer. Og den kjennskapen som måtte være i organisasjonens ledelse, vil kanskje heller ikke være tilstrekkelig håndfast til at den avstedkommer organisasjonsmessige tiltak. Politikere og fagforbund vil kunne komme i en lignende situasjon. Motivene for dette er ikke tema i denne rapporten. Men resultatet kan lett bli at enkelte av arbeidsmiljøproblemene forblir individuelle og usynliggjorte.

Konsekvenser av arbeidsbelastninger

Vi har så langt beskrevet belastninger som følger av å arbeide ulike steder i den kommunale pleien og omsorgen. Når vi så ser både arbeidsgivers og de ansattes passivitet i forhold til å utbedre forholdene, er det naturlig å spørre om presset vi har beskrevet, ikke medfører større byrder enn at det er til å leve med.

Vi har kun sett på forhold knyttet til tidspress og trakasseringslignende hendelser. Belastninger som følge av tunge løft og andre ergonomiske forhold ved arbeidsmiljøet, er ikke tatt opp. Problemer knyttet til røyking, personalrom, arbeidstekniske hjelpemidler og annen tilrettelegging av arbeidsforholdene for ansatte som jobber i private hjem, er velkjente og viktige, uten at vi har anledning til å drøfte dette her. Medbestemmelse, samarbeid, selvstendighet, støtte og veiledning er andre viktige forhold vi heller ikke kan gå så mye inn på. En del av dette har vi data på, så det kan følges i neste rapport. Dette nevnes fordi summen av arbeidsmiljøbelastninger er langt større enn det som tas opp her, og fordi det er *summen* av disse belastningene som til syvende og sist bidrar til mental og fysiologisk slitasje med sykefravær og uførhet som ytterste konsekvenser.

I det følgende vil vi konsentrere oss om å måle konsekvensene av belastningene ved hjelp av to spørsmål. Disse er: a) «Hender det at du gruer deg for å gå på jobb?» og b) «Har du hatt sykefravær siste tre månedene?» (tabeller i note¹² og note¹³). Svaralternativene til det første spørsmålet var «ofte», «av og til», «sjelden», og «aldri». Slik disse er satt opp fremstår «av og til» som oftere enn «sjelden». I det følgende har vi slått «av og til» og «ofte» sammen til «ganske ofte».

Grue seg til å gå på jobb

Blant de som oppgir grunner til at de gruer seg for å gå på jobb, oppgir 55 prosent at det skyldes hardt arbeidspress. Deretter følger truende eller vanskelige pasienter/brukere (40 prosent), dårlige samarbeidsforhold (35 prosent) og faglig usikkerhet (15 prosent).

På de neste sidene ser vi om yrke, arbeidssted, alder, kjønn eller ulike ansettelsesforhold påvirker andelen av ansatte som gruer seg for å gå på jobb. Likeledes spør vi om de ansatte gruer seg mer eller mindre dersom ansvaret for pasienten ofte føles som en byrde, dersom en stadig har en følelse av å ikke strekke til i jobben, har erfaringer med ubehagelige hendelser, opplevelse av tidspress eller om en ofte må forlate pasienten/brukeren før oppgaven er fullført.

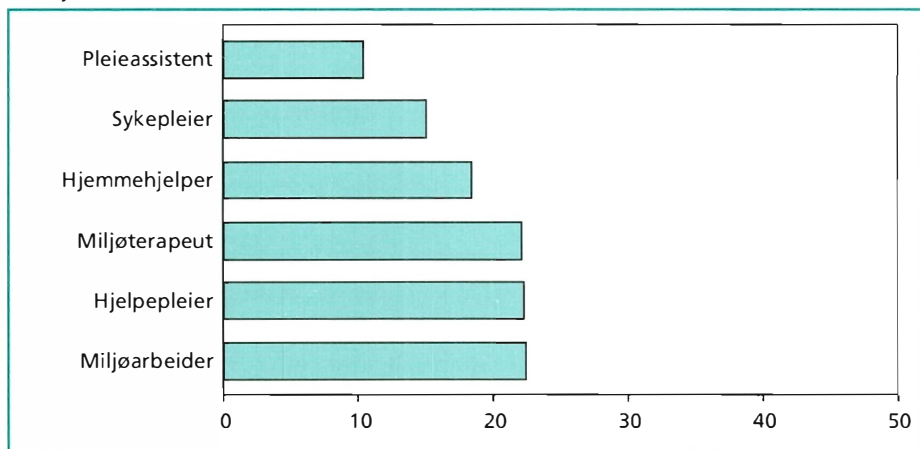
Arbeidssted og yrkesgruppe

Pleieassistentene skiller seg ut som den yrkesgruppen hvor færrest gruer seg for å gå på jobb. Tatt i betraktning av at de stort sett jobber på institusjon (sykehjem), har minst ansvar og er mindre utsatt for ubehagelige situasjoner enn de andre, er dette som en kan forvente.

Miljøterapeuter, miljøarbeidere og hjelpepleiere gruer seg oftest. De yter ofte tjenester til psykisk utviklingshemmede brukere og er derfor hyppigst utsatt for fysisk aggresjon. Dette forklare imidlertid ikke at disse yrkesgruppene gruer seg oftere enn andre for å gå på jobb (tabell i note 12). Derimot ser arbeidsstedet ut til å ha betydning, slik det fremkommer i figur 12.10.

Ansatte som arbeider med psykisk utviklingshemmede på dagsentrene, gruer seg minst, mens de miljøarbeiderne og miljøterapeutene som yter tjenester til de samme

Figur 12.9 Andel ansatte som oppgir at de ganske ofte gruer seg for å gå på jobb, gruppert etter yrke. Prosent. N=1483



brukerne når de er hjemme, gruer seg oftest. I dette spørsmålet er det ingen forskjell mellom miljøarbeidere og miljøterapeuter. Figur 12.10 viser at ansatte som arbeider hjemme hos pasienter/brukere (uansett grunnlag for hjelpebehovet), oftere gruer seg enn der hvor brukeren kommer til den ansattes arbeidsplass, enten dette er et dagtilbud for psykisk utviklingshemmede eller et sykehjem for eldre pleietrengende.

Alder, kjønn og ansettelsesforhold

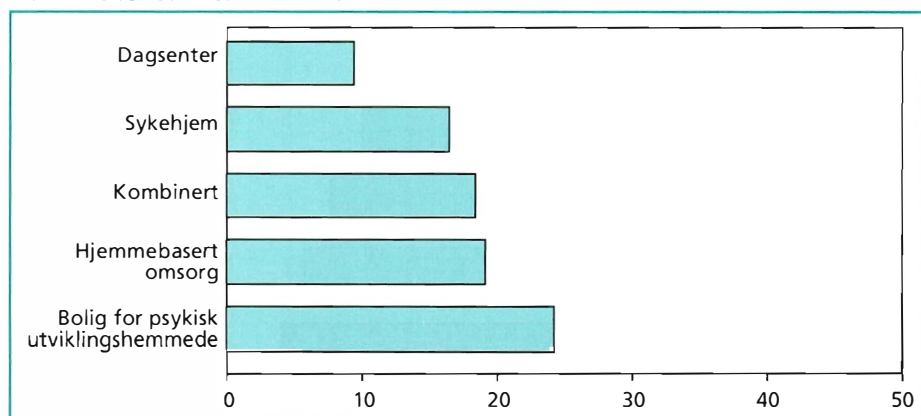
Alder og kjønn gir ikke utslag på om en gruer seg eller ikke for å gå på jobb (tabell i note 12). Blant de få ansatte i denne sektoren som arbeider i et tradisjonelt normalarbeidsforhold (fast ansatt i full stilling på dagtid) er andelen som gruer seg, halvparten så høy som blant de øvrige. En stor del av disse er enten vernepleiere ved dagsentre eller sykepleiere ved sykehjem; med andre ord personer i atypiske posisjoner sammenliknet med det store flertallet av tjenesteytere i pleie- og omsorgssektoren.

Utsatt for ubehagelige hendelser i tjenesten

Blant de som har vært utsatt for ubehagelige hendelser, finner vi at omkring 25-30 prosent ofte eller ganske ofte gruer seg for å gå på jobb, mens tilsvarende tall hos dem som ikke har vært utsatt, kun er på ti prosent. Fysisk aggresjon som er en utbredt, men også langt på vei «normalisert» del av tjenesten, fordi den følger enkelte brukergrupper, slår minst negativt ut. Unntaket gjelder som tidligere vist, hjemme-hjelperne.

Av figur 12.11 ser vi at andelen ansatte som gruer seg for å gå på jobb, er størst blant de som har vært utsatt for beskyldninger om tyveri og ødeleggelse av

Figur 12.10 Andel ansatte som oppgir at de ganske ofte gruer seg for å gå på jobb, gruppert etter arbeidssted. Prosent. N=1483



gjenstander. Bedring av rutiner for håndtering av brukernes penger burde være en typisk sak for kommunenes arbeid med internkontroll. Dette forholdet er også tilstrekkelig konkret og teknisk til at det burde la seg behandle innenfor denne rammen. Andelen som gruer seg for å gå på jobb blant de som har vært utsatt for fysisk aggresjon fra pasienter/brukere, ligger på «bare» 23 prosent. Flertallet av de ansatte som utsettes for dette, er miljøterapeuter og miljøarbeidere som arbeider sammen med kollegaer og har fått opplæring i å takle slike situasjoner.

Alt i alt er forskjellene de fem belastningene i mellom så små, at vi vil være varsomme med å si at den ene bidrar mer enn den andre til at de ansatte gruer seg for å gå på jobb. Derimot må vi kunne fastslå at ansatte som helt har vært spart for disse situasjonene, også sjeldnere gruer seg for å gå på jobb.

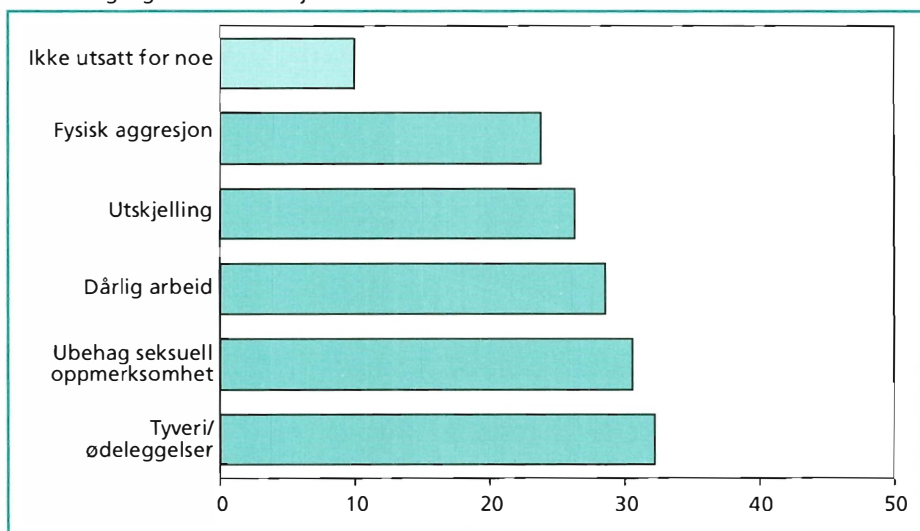
Ansvaret for pasienten føles ofte som en byrde

Kan en klare å redusere andelen ansatte som føler ansvaret for pasienten som en byrde, vil en også redusere andelen som gruer seg for å gå på jobb. Andelen som gruer seg for å gå på jobb er betydelig høyere blant ansatte som er helt eller delvis enige i utsagnet «ansvaret for pasienten føles ofte som en byrde» enn hos dem som ikke er det. Dette gjelder innen alle yrkesgrupper (tabell i note¹⁴).

Jeg har stadig en følelse av at jeg ikke strekker til i jobben jeg har

Vi har vist at følelsen av å ikke strekke til er like stor enten den ansatte har høy eller lav faglig kompetanse, og at denne følelsen i større grad er et resultat av økt tids-

Figur 12.11 Andel som ganske ofte gruer seg for å gå på jobb, etter om de har vært utsatt for ubehagelige hendelser i tjenesten. Prosent. N=1483

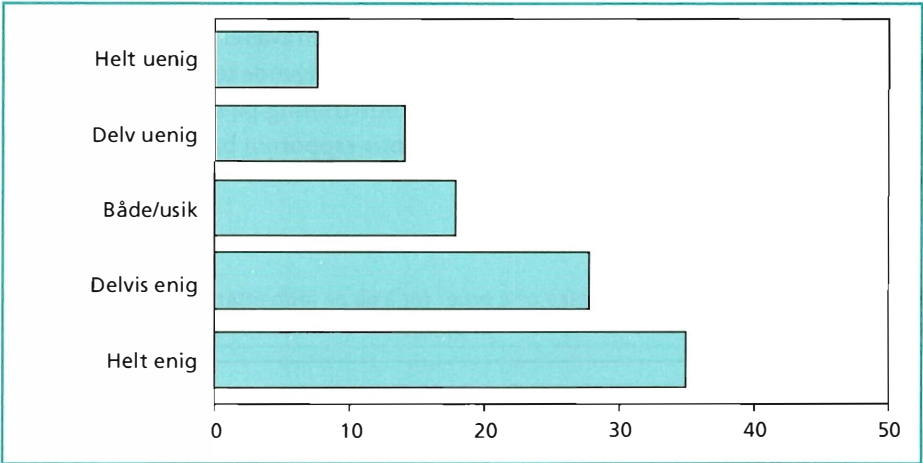


press. Vi har også sett at de ansatte selv oppgir tidspress som en viktig grunn til å grue seg for å gå på jobb. Figur 12.13 viser at sjansen for at den ansatte gruer seg for å gå på jobb er langt høyere dersom en føler at en ikke strekker til jobben.

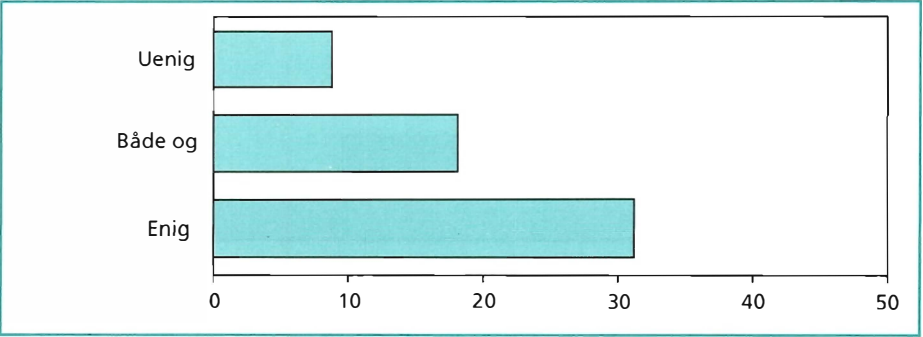
Tidspress

Ansatte som er utsatt for tidspress, gruer seg oftere enn andre for å gå på jobb. Det samme gjelder ansatte som oftere enn andre forlater brukeren før jobben er gjort. Her skal vi huske at det ikke alltid er de samme som har dårlig tid som forlater pasienten oftest. Det å forlate brukeren før jobben er gjort, kan skyldes tidspress, men det kan også skyldes andre forhold (vist i kapittel 3.4) og vil lett være en situasjon som strir mot den ansattes yrkesetikk.

Figur 12.12 Andel som ganske ofte gruer seg for å gå på jobb, gruppert etter hvor enige i de er i utsagnet «ansvaret for pasienten føles ofte som en byrde». Prosent. N=1483



Figur 12.13 Andel som ganske ofte gruer seg for å gå på jobb etter om de er enige i utsagnet «Jeg har stadig en følelse av at jeg ikke strekker til i jobben jeg har». Prosent. N=1483



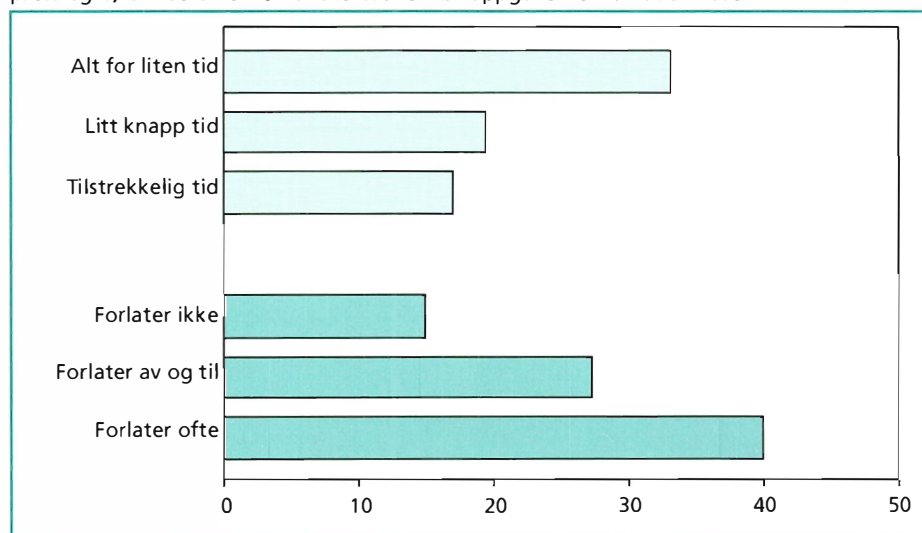
Ansatte som ofte forlater pasienten/brukeren før jobben er fullført, gruer seg mye oftere enn andre for å gå på jobb. Uansett hva som måtte være grunnen til at man ikke fullfører oppgaven, er dette den enkeltfaktoren som oftest opptrer samtidig med at den ansatte gruer seg for å gå på jobb. En tidligere PRO-sjef¹⁵ beskrev hjelpepleiernes kveldsskift slik:

«I løpet av en vakt yter du tjenester til psykisk utviklingshemmede, fysisk funksjonshemmede, rusmisbrukere, gamle med avføring over det hele, senil demente som «vandrer» osv. Du trøster, medisinerer og gir sosial kontakt og får likevel en følelse av å ikke strekke til. Da blir det faktisk mindre betydningsfullt om du i løpet av en vakt får noen slag fra en av de psykisk utviklingshemmede. Det er summen av belastningene på toppen av tidspress og lite veiledning som gjør at de gruer seg.»

Sykefravær

De første årene på 1990-tallet sank det samlede sykefraværet i Norge betydelig. Deretter stagnerte fraværsutviklingen, for så å vise en stigende tendens igjen de siste to årene. Blant de mange faktorer som kan ha innvirkning på sykefraværet, utgjør de arbeidsmiljøbelastningene vi behandler i denne rapporten bare en begrenset del (Pedersen, 1996).

Figur 12.16 Andel ansatte som ganske ofte gruer for å gå på jobb etter a) opplevelse av tidspress og b) om de ofte må forlate bruker før oppgaven er fullført. Prosent. N=1483



En gitt arbeidsbelastnings betydning for et eventuelt sykefravær vil i større eller mindre grad variere med den ansattes fysiske og mentale robusthet, de samlede belastningene i og utenfor arbeidet, uformell og formell støtte og konkurranse-situasjonen på arbeidsmarkedet. Ofte vil den utløsende årsaken være av allmenn fysiologisk karakter (sykdom), eller den skyldes private årsaker.

De psykososiale miljøbelastningenes betydning for sykefraværet er både sammensatte og vanskelige å definere. Og om det er vanskelig for den ansatte og/eller dennes lege å påvise at et bestemt arbeidsmiljøforhold er årsak til sykefravær, er det enda vanskeligere å gi det en diagnose som tilfredsstill Rikstrygdeverkets kriterier for sykelønn.

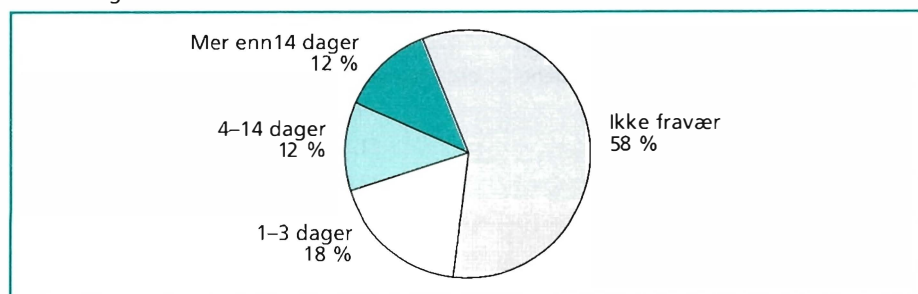
I det følgende gjennomgås først omfanget av sykefraværet etter undersøkelsens mest brukte bakgrunnsvariabler. Deretter ser vi etter sammenhenger mellom arbeidsmiljøbelastninger og sykefravær. Spørsmålet om sykefravær er stilt til de ansatte i pleie- og omsorgsyrkene.

Nærmere 60 prosent har ikke hatt sykefravær de siste tre månedene (oktober-desember 1995). Det gjennomsnittlige fraværet for utvalget er 5,3 dager over tre måneder. Blant de som har hatt fravær, er det gjennomsnittlige sykefraværet i samme periode 13,4 dager. 18 prosent har fravær under tre dager, mens 20 prosent har lengre fravær.

Våre tall, hvor de ansatte selv har oppgitt fraværsdager, er noe høyere enn tallene i offisiell fraværstatistikk (NHO, Rikstrygdeverket, Administrasjonsdepartementet). Vi har en fraværspersent på mellom 15 og 20, hvilket er nesten det dobbelt av landsgjennomsnittet for hele det norske arbeidsmarkedet. Nærmest opptil kommer «kvinnelige arbeidere» (til forskjell fra funksjonærer) i NHOs fraværstatistikk.

Statistikken over hele det norske arbeidsmarkedet viser at det er betydelige kjønnsforskjeller i sykefraværet. Mannlige funksjonærer har lavest fravær, mens kvinnelige arbeidere har høyest fravær. Mastekaasa (1990) konkluderer med at

Figur 12.17 Sykefravær siste tre måneder blant ansatte som yter pleie- og omsorgstjenester. Andel ansatte som oppgir å ha hatt fravær på henholdsvis en-tre dager, fire-14 dager og mer enn 14 dager. Prosent. N=1483



kvinner i yrker med lav status har høyest fravær. Pedersens (1996) konklusjoner trekker i samme retning. Han finner også at kjønnsforskjellene er økende. I utvalget vårt er det ikke grunnlag for å hevde slike kjønnsforskjeller. I de yrkesgruppene hvor mennene er tilstrekkelig representert (miljøterapeut, miljøarbeider og hjelpepleier), har de mannlige pleierne nesten like høyt fravær som kvinnene. Dette betyr også at menn i disse yrkene har et høyere sykefravær enn menn i det øvrige arbeidsmarkedet (tabell i note¹⁶).

Yrke

Sammenlikner vi sykefraværet mellom de seks yrkesgruppene i pleie- og omsorgssektoren, er likheten hva gjelder andel yrkesutøvere som ikke har fravær, mer slående enn forskjellene. Andelen ansatte som ikke har hatt fravær, varierer mellom 56 og 63 prosent. Gjennomsnittlig fravær varierer heller ikke så mye. De forskjellene som finnes, drar i forventet retning.

Fraværet er minst hos sykepleiere og størst hos hjemmehjelpere. Dette er i samsvar med tidligere refererte undersøkelser. Hellesøy (1991) fant at hjelpepleiere hadde over dobbelt så høyt fravær som sykepleiere og miljøterapeuter. I utvalget vårt har hjemmehjelpere, når de først har sykefravær, lengre fravær enn kollegaer i andre yrkesgrupper.

Alder

Unge har nesten dobbelt så høyt korttidsfravær som eldre. Hver tredje ansatt under 30 år har hatt tre dagers fravær eller mindre de siste tre månedene. Til sammenlikning har bare en av sju ansatte over 45 år tilsvarende korttidsfravær. Alt i alt oppgir nær halvparten av de ansatte under 30 år at de har hatt sykefravær de siste tre månedene (figur 12.18). Abrahamsen (1991) fant også at yngre arbeidstakere hadde hyppigere korttidsfravær.

Tabell 12.1 Andel ansatte som ikke har hatt sykefravær siste tre månedene, gjennomsnittlig antall fraværsdager hos ansatte som har hatt fravær, og gjennomsnittlig antall fraværsdager basert på alle ansatte innen den respektive yrkesgruppe. Prosent. N=1483

Yrke	Andel ansatte som ikke har hatt fravær siste tre månedene	Gjennomsnitt fraværsdager blant ansatte med sykefravær	Gjennomsnitt fraværsdager blant alle ansatte i yrkesgruppen
Sykepleier	57,5	9,6	4,1
Miljøterapeut	55,9	11,2	4,9
Pleieassistent	63,2	13,0	4,8
Miljøarbeider	56,5	14,4	6,3
Hjelpepleier	59,6	14,9	6,0
Hjemmehjelper	58,2	17,2	7,2

Figuren viser at arbeidstakere over 45 år har sjeldnere sykefravær enn yngre arbeidstakere. Men når behovet for sykefravær først er til stede, vil det oftere være mer omfattende og langvarig enn hos yngre. Derfor kan gjennomsnittlig sykefravær hos eldre arbeidstakere være større enn hos de yngre på tross av det mønsteret som kommer frem i figur 12.16. Blant ansatte som har sykefravær, har de over 45 år i gjennomsnitt et fravær på 18 dager siste 3 måneder, mens tilsvarende tall for de under 45 år er elleve dager. De yngre arbeidstakerne har med andre ord hyppige og kortvarige sykefravær, mens eldre arbeidstakere har sjeldne, men langvarige sykefravær. I sum blir fraværskjellene mellom aldersgruppene ganske små.

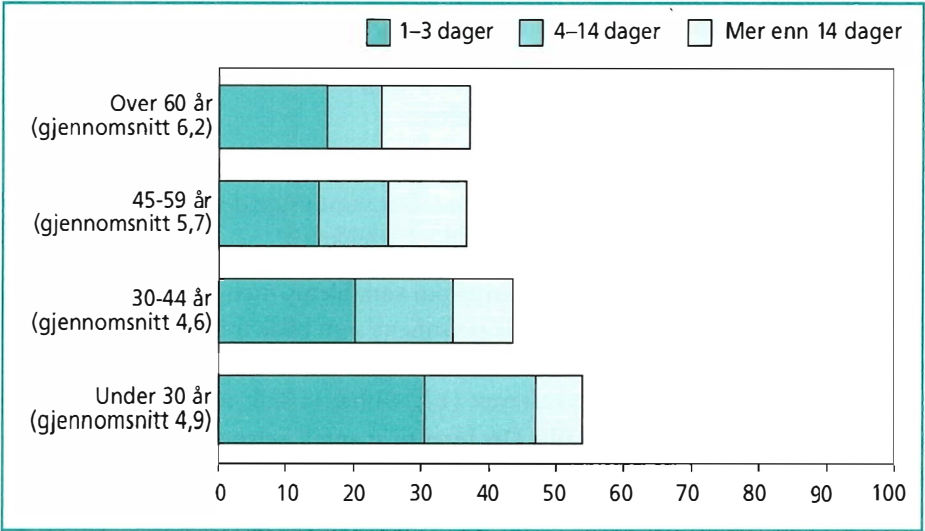
Blant hjemmehjelperne er det en del eldre arbeidstakere. Her er gjennomsnittsalderen 49 år, mens den i de øvrige yrkesgruppene er 7-8 år lavere. Så når vi har sett at hjemmehjelperne har lengre sykefravær enn kollegaer fra andre yrkesgrupper, er det nærliggende å se det i sammenheng med alder.

Arbeidssted, ansettelsesforhold og brukergrupper

Den ansattes arbeidssted, ansettelsesforhold og de brukergruppene en oftest yter tjenester til, gir lite utslag på sykefraværet (tabell i note 12 og 13):

- Det er liten forskjell i sykefraværet når vi sammenlikner mellom de som arbeider ved sykehjem, i bolig for psykisk utviklingshemmede, den øvrige hjemmebaserte omsorgen eller andre steder innen pleie og omsorg. Ansatte

Figur 12.16 Sykefravær siste tre måneder blant ansatte som yter pleie- og omsorgstjenester, etter alder. Andel ansatte som oppgir å ha hatt fravær på henholdsvis en-tre dager, fire-14 dager og mer enn 14 dager. Prosent. N=1483. Tallene i parentes angir gjennomsnittlig sykefravær for hele gruppen, inkludert de som ikke har fravær.



ved dagsentre har like høyt fravær som ansatte ved de andre arbeidsstedene. Dette er høyere enn forventet tatt i betraktning av at de har enklere arbeidsmiljøforhold og at de sjeldnere gruer seg for å gå på jobb.

- Det er heller ingen forskjell i fraværet mellom ansatte som yter tjenester til ulike brukergrupper, hvilket samsvarer med punktet over.
- Ansatte i tradisjonelle, fleksible eller marginale arbeidsforhold har nesten nøyaktig det samme fraværs mønsteret. Stillingsprosent slår heller ikke nevneverdig ut på fraværet.

Langtidsfravær:

58 prosent av de ansatte har ikke fravær i det hele tatt de siste tre månedene. Denne andelen er relativt konstant også når vi grupperer de ansatte etter kjønn, yrke, arbeidssted, de fleste arbeidsbelastningene eller andre forhold. Unntakene hvor andelen med fravær er klart høyere, finner vi hos arbeidstakere under 30 år og hos ansatte som ofte gruer seg for å gå på jobb. Holder vi alder utenom, er det heller ikke så store forskjeller i korttidsfraværet (en-tre dager siste tre måneder).

Selv om flertallet av de forholdene vi måler, gir lite utslag på andelen sykefravær, finner vi at enkelte forhold gir utslag på langtidsfraværet (mer enn 14 dager siste tre måneder). Punktene under er også fremstilt i figur 12.17.

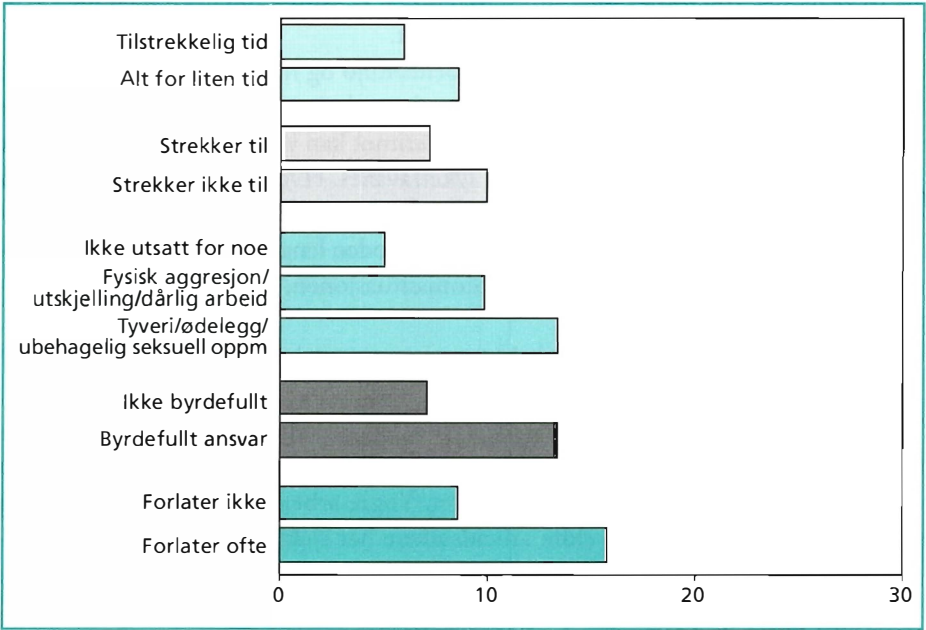
- Ansatte som har vært utsatt for ubehagelige hendelser, har godt og vel dobbelt så høyt langtidsfravær som kollegene sine som ikke har vært utsatt. Her er liten forskjell hendelsene i mellom.
- Ansatte som opplever ansvaret for pasienten som byrdefullt, har dobbelt så høyt langtidsfravær som andre.¹⁷
- Ansatte som ofte forlater pasienten før oppgaven er fullført, har nesten dobbelt så høyt langtidsfravær som andre.
- Følelsen av ikke å strekke til i jobben slår også ut på langtidsfraværet, men i mindre grad enn de andre forholdene. Det samme gjelder tidspress som ofte opptrer samtidig med følelsen av ikke å strekke til.

I noen tilfeller vil vi finne sammenfall mellom variablene, men stort sett har de effekt hver for seg. Det er ikke de samme personene som både forlater ofte, opplever ansvaret som byrdefullt, har vært utsatt for bestemte ubehageligheter etc.

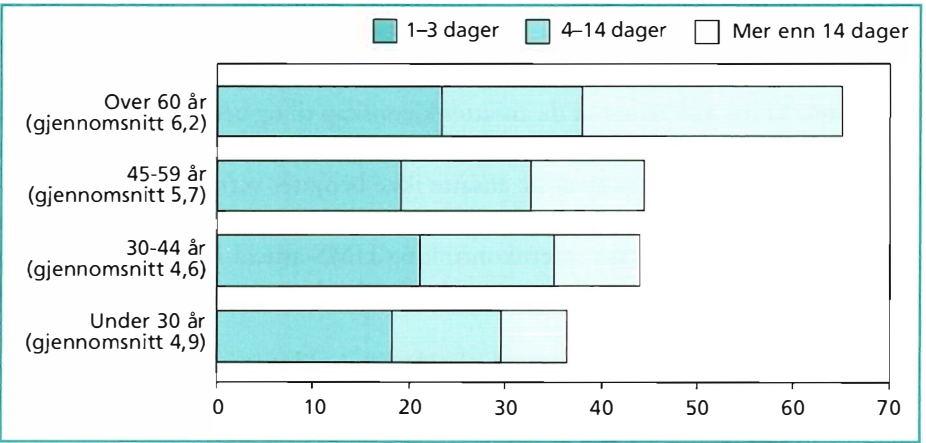
I den siste figuren om sykefravær (12.18) har vi skilt ut de som gruer seg «ofte» fra de som gjør det «av og til». Det fører til at antall personer i denne gruppen kun utgjør bare fem prosent av de ansatte. 70 prosent i denne gruppen har sykefravær, og mange har fravær over 14 dager på tre måneder. Sammenhengen mellom å

grue seg *ofte* til å gå på jobb og sykefravær er altså temmelig klar. Men selv om den er sterk, er andelen ansatte som gruer seg så mye, relativt sett liten.

Figur 12.17 Andel ansatte med mer enn 14 dagers sykefravær siste tre måneder, etter tidspress, utilstrekkelighetsfølelse, ubehagelige hendelser, avbrutte tjenester og om de gruer seg for å gå på jobb. Prosent



Figur 12.18 Sykefravær blant ansatte som ofte, av og til, sjelden eller aldri gruer seg for å gå på jobb. Andel ansatte som oppgir å ha hatt fravær på henholdsvis en-tre dager, fire-14 dager og mer enn 14 dager. Prosent. Tallene i parentes angir gjennomsnittlig sykefravær for hele gruppen, inkludert de som ikke har fravær



Vi har vist at det er en sammenheng mellom negative arbeidsmiljøforhold og konsekvenser i form av å grue seg til å gå på jobb. Hvert enkelt av de arbeidsmiljøforholdene vi har trukket frem, bidrar til øke andelen av ansatte som gruer seg for å gå på jobb. De samme forholdene øker imidlertid ikke automatisk andelen av ansatte som har sykefravær. Derimot bidrar arbeidsmiljøforholdene til å øke lengden på fraværet når sykefravær først inntreffer. Størst er sammenhengen mellom å grue seg til å gå på jobb og lengden på sykefraværet.

Vi sier altså ikke at et krevende arbeidsmiljø og harde arbeidsbelastninger i seg selv er hovedårsak til sykefravær. Den utløsende årsaken til sykefravær skyldes som oftest andre forhold (Pedersen 1996). Derimot kan vi konkludere med at harde arbeidsbelastninger bidrar til å forlenge sykefraværet. Hvorvidt dette skyldes at folk vegrer seg for snarest mulig å gå tilbake til en tøff arbeidssituasjonen og derfor benytter anledningen til å forlenge restitueringsperioden lengst mulig, eller om arbeidsmiljøbelastninger i seg selv forverrer sykdomssituasjonen, har vi ikke data til å kommentere.

Sykefravær er mer utbredt blant ansatte i pleie- og omsorgsykker enn i arbeidslivet for øvrig.

Harde arbeidsbelastninger i form av tidspress, ubehagelige arbeidssituasjoner og andre forhold som bidrar til at den ansatte føler utilstrekkelighet og gruer seg for å gå på jobb, forlenger sykefraværet. Yngre arbeidstakerne har hyppige og kortvarige sykefravær, mens eldre arbeidstakere har sjeldne, men langvarige sykefravær.

Arbeidsbelastninger og HMS-relevans

Vi har sett at flere negative sider ved arbeidsmiljøet er utbredt, at de er alvorlige og at de derfor er høyst relevante forhold for internkontroll og HMS-arbeid. De skiller seg fra de mer teknisk pregede arbeidsmiljøproblemene som dominerer lover og forskrifter. Vi har videre sett at de ansattes kjennskap til og bruk av internkontroll og de formelle HMS-institusjonene er lav. Verneombudets betydning vurderes som lavt, hvilket også bekreftes av at de ansatte ikke benytter verneombudet når vanskelige situasjoner knyttet til arbeidsmiljøet oppstår. Før vi eventuelt konkluderer med at dagens redskaper for internkontroll og HMS-arbeid i kommunesektoren mangler relevans, spør vi om disse institusjonene har hatt noen funksjon der det er innført.

Til dette har vi laget et sett av arbeidsmiljøindikatorer og et sett av HMS-indikatorer og to konsekvensindikatorer.

Som *HMS-indikatorer* har vi valgt:

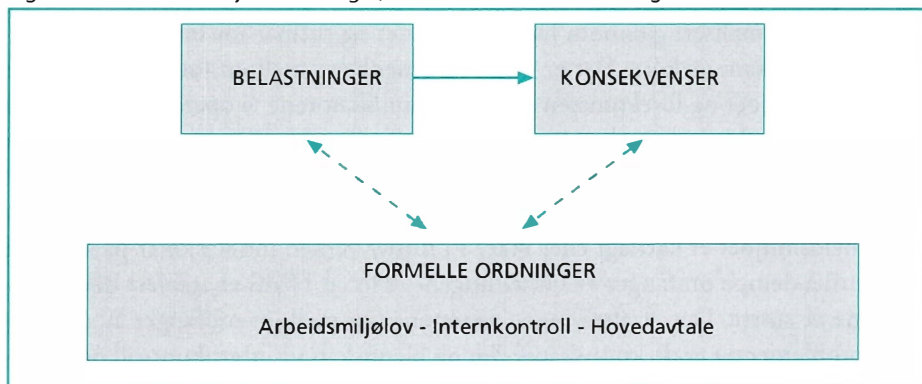
- Har arbeidsplassen rutiner for skriftlig rapportering av ubehagelige hendelser, uhell og skader?
- Er internkontroll innført på arbeidsplassen?
- Er opplæring i å takle truende situasjoner gitt?
- Er arbeidsmiljøet på arbeidsplassen kartlagt?

Arbeidsmiljøindikatorene er:

Tidspress, forlate brukeren før oppgaven er fullført, ubehagelige situasjoner som: beskyldninger om tyveri eller ødeleggelser av gjenstander, utskjelling, ubehagelig seksuell oppmerksomhet, beskyldninger om dårlig arbeid, og fysisk aggresjon og til slutt følelse av ikke å strekke til (vil også kunne være en konsekvens av punktene over).

Konsekvensindikatorene er: Gruer seg til å gå på jobb og sykefravær siste tre måneder. Disse tre sidene ved arbeidsmiljøet kan vi stille opp i følgende enkle modell:

Figur 12.19 Arbeidsmiljøbelastninger, formalisert HMS-arbeid og konsekvenser



Vi har vist at det er en sammenheng mellom negative arbeidsmiljøforhold og konsekvenser i form av å grue seg til å gå på jobb. Hver enkelt av arbeidsmiljøindikatorerne bidrar til å øke den ansattes problem med å grue seg for å gå på jobb. Dette bidrar sammen med enkelte arbeidsmiljøbelastninger også til å forlenge sykefraværet (heltrukket linje i figur 12.19). Vi ønsker å se om formalisert HMS-arbeid påvirker miljøfaktorene, eller om de bidrar til å minske konsekvensene av dem (stiplede linjer i modellen). Vi spør altså om:

- A. Er arbeidsmiljøet annerledes der internkontroll er kjent og satt i system enn der dette ikke er gjort? (Er det sammenheng mellom arbeidsmiljøindikatorne og HMS-indikatorne?)
- B. Er de negative konsekvensene av arbeidsmiljøbelastninger annerledes der internkontroll er kjent og satt i system enn der dette ikke er gjort? (Er det sammenheng mellom arbeidsmiljøindikatorne og konsekvensene?)

Til A): Er omfanget av negative arbeidsmiljøfaktorer annerledes der internkontroll er kjent og satt i system enn der dette ikke er gjort? Vi spør om et formalisert HMS-arbeid bidrar til å dempe omfanget av de negative arbeidsmiljøfaktorene. Alternativt: Har hardt pressede arbeidssteder i større grad enn andre tatt i bruk HMS-systemer?

Dersom HMS-arbeidet bidrar til å redusere omfanget av negative arbeidsmiljøforhold, bør de ansatte som svarer *ja* på HMS-indikatorne (Har arbeidsplassen rutiner for skriftlig rapportering av ubehagelige hendelser, uhell og skader? Er internkontroll innført på arbeidsplassen? Er opplæring i å takle truende situasjoner gitt? Er arbeidsmiljøet på arbeidsplassen kartlagt?), også sjeldnere oppleve negative arbeidsmiljøforhold. Forekommer for eksempel ubehagelig seksuell oppmerksomhet eller tyveribeskyldninger mindre hyppig enn der HMS-arbeidet ikke er systematisert? Eller er det færre som ofte må forlate en pasient før jobben er gjort der HMS-arbeidet er formalisert gjennom handlingsplaner og rutiner for internkontroll?

Svaret kan gis kort. Det er ingen sammenheng mellom formalisert innsats for arbeidsmiljøet og forekomsten av de miljøindikatorne vi opererer med. Fysisk aggresjon, beskyldninger, tidspress og følelsen av utilstrekkelighet er like omfattende enten en kjenner til rapporteringsrutiner eller ikke, om internkontroll er innført eller ikke, om opplæring er gitt eller ikke, om verneombudet er kjent eller ikke, eller om arbeidsmiljøet er kartlagt eller ikke. Vi finner verken indikasjoner på at HMS bidrar til å dempe omfanget av belastningene, eller at HMS er etablert der belastningene er størst. Det er altså ingen sammenheng mellom omfanget av arbeidsmiljøproblemer og gode kunnskaper om og kjennskap til internkontroll og vernetjeneste (tabell i note¹⁸).

Til B): Er de negative konsekvensene av arbeidsmiljøbelastninger annerledes der internkontroll er kjent og satt i system enn der dette ikke er gjort. Bidrar et formalisert HMS-arbeid til å redusere sykefraværet eller til at færre gruer seg for å gå på jobb?

Kommunenes (eventuelle) innsats for å bedre arbeidsmiljøet gjennom formaliserte tiltak basert på Forskrift om internkontroll og Arbeidsmiljøloven, kan ha positive effekter selv om man ikke har klart å redusere omfanget av gitte problemer. Utagerende pasienter blir for eksempel neppe mindre utagerende som følge

av arbeidsmiljøtiltak. (Utsagnet nyanseres i note¹⁹) Derimot bør opplæring i å takle truende situasjoner bidra til å redusere belastningen for den enkelte.

Igjen deler vi utvalget i to etter informantenes kjennskap til kommunens (eventuelle) HMS-arbeid. Så stiller vi de vanlige spørsmålene om arbeidsmiljøbelastninger og de eventuelle konsekvensene for den ansatte. Dersom HMS-arbeidet bidrar til å dempe de negative følgene av et miljøproblem, skal ansatte med et gitt problem sjeldnere grue seg for å gå på jobb eller ha lavere sykefravær.

Vi har gått gjennom spørsmål for spørsmål, og har ikke funnet et eneste eksempel hvor HMS-arbeidet har bidratt til å dempe negative konsekvenser av arbeidsmiljøbelastningene. Som eksempel har vi i note²⁰ stilt opp en tabell over alle som har vært utsatt for fysisk aggresjon. Her gjengis sykefravær og «grue seg for å gå på jobb» relatert til om de har fått opplæring, har rutiner for skriftlig rapportering av ubehagelige hendelser, uhell og skader, har innført internkontroll, kartlagt arbeidsmiljøet, kjenner verneombudet, yrke og arbeidssted. Når det gjelder sykefraværet, har disse tiltakene absolutt ingen effekt. Tiltakene gir tilsynelatende en liten nedgang i andelen som gruer seg til å gå på jobb. Nedgangen er bare på fire-fem prosentpoeng og ligger innenfor det vi normalt må regne som statistisk tilfeldig variasjon. Men siden den går igjen på alle fem HMS-tiltakene, kan vi ikke avvise muligheten helt for at her er en liten sammenheng. Men dette lille utslaget kan også skyldes andre forhold. Flere av HMS-indikatorene forutsetter organisasjonskjennskap. Vi kan derfor ha målt et utslag av å være integrert i arbeidsorganisasjonen. Det vil i seg selv kunne bidra til å redusere det å grue seg for å gå på jobb.

Det gjennstår fortsatt en mulighet for at HMS-arbeidet har hatt effekt på miljøet. Hvis HMS-tiltak har vært gjennomført på steder hvor det har vært ekstra store miljøproblemer, kan disse tiltakene ha redusert problemene ned til gjennomsnittet. Et slikt tilfelle vil i så fall komme frem i datamaterialet når vi spør ansatte som for eksempel har vært utsatt for fysisk aggresjon, om de kjenner til et eller flere HMS-tiltak som for eksempel opplæring i å takle truende situasjoner. Hvis de som har vært utsatt og fått opplæring har lavere sykefravær enn de som har vært utsatt, men ikke fått opplæring, har HMS-arbeidet hatt en effekt. I tabell i note²¹ har vi stilt opp et utdrag av et slikt regnestykke hvor vi sammenlikner sykefraværet og andelen som gruer seg for å gå på jobb hos ansatte som kjenner til HMS-tiltak, med ansatte som ikke gjør det. I alle tilfellene har de ansatte vært utsatt for en eller flere arbeidsmiljøbelastninger. I halvparten av tilfellene har belastningen mindre konsekvenser hos ansatte som kjenner til HMS-tiltaket. I den andre halvparten er det motsatt. Vi finner med andre ord at de indikatorene vi har målt, ikke har effekt på sykefraværet eller på andelen som gruer seg for å gå på jobb.

Vi har tidligere gjennomgått hvilke yrkesgrupper og arbeidssteder hvor de ansatte hyppigst utsettes for aggresjon og hvem som er gitt opplæring i å takle truende situasjoner. Fem av seks hjemmehjelpere har ikke fått slik opplæring (figur

12.3). Hjemmehjelperne er ikke blant de som oftest utsettes for dette. Men de er den yrkesgruppen som er mest sårbar når dette først inntreffer. Og blant de hjemmehjelperne som har vært utsatt for fysisk aggresjon, er andelen som gruer seg for å gå på jobb, dobbelt så høy (34 prosent) som hos dem som ikke har vært utsatt (14 prosent).

Hovedkonklusjonen er at HMS-tiltakene ikke bidrar til å redusere konsekvensene av de arbeidsmiljøforholdene vi behandler i denne rapporten. Heller ikke i de relativt få tilfellene hvor kommunene har kommet lenger i HMS-arbeidet – der handlingsplan for gjennomføring av HMS er laget og gjennomgått, og hvor den ansatte har deltatt i utformingen – reduseres sykefraværet eller problemet med å grue seg for å gå på jobb. Det ser med andre ord til å være slik at:

- Arbeidet med å innføre og praktisere internkontroll er kommet kort og der dette er gjort, har det liten effekt for ansatte i pleie- og omsorgsyrkene.
- Det er krevende å utvikle internkontrollsystemer som er tilpasset pleie- og omsorgsyrkene når verktøyet (lover og forskrifter) opprinnelig er laget med sikte på HMS-arbeid på industriarbeidsplasser og andre mer teknisk pregede arbeidsplasser. Utfordringen med å utvikle kollektive tiltak er større når ledere og ansatte er spredt, slik tilfellet er innen åpen omsorg.
- Der ansvarsreformen og utviklingen av hjemmebaserte tjenester er kommet langt er behovet for HMS-tiltak stort samtidig som relevansen ved dagens formelle HMS-verktøy er liten og implementeringen av organisasjonsmessige grunner vanskelig.

Dette er oppsummert i figur 12.20. Figuren må leses nedenfra. For det første skiller vi mellom å arbeide med mennesker (her: omsorg) og ting (her: merkantil og teknisk). Dernest skiller vi omsorgsområdet etter hvor arbeidet utføres, om det skjer i et privat hjem eller på en kollektiv arbeidsplass som for eksempel et sykehjem.

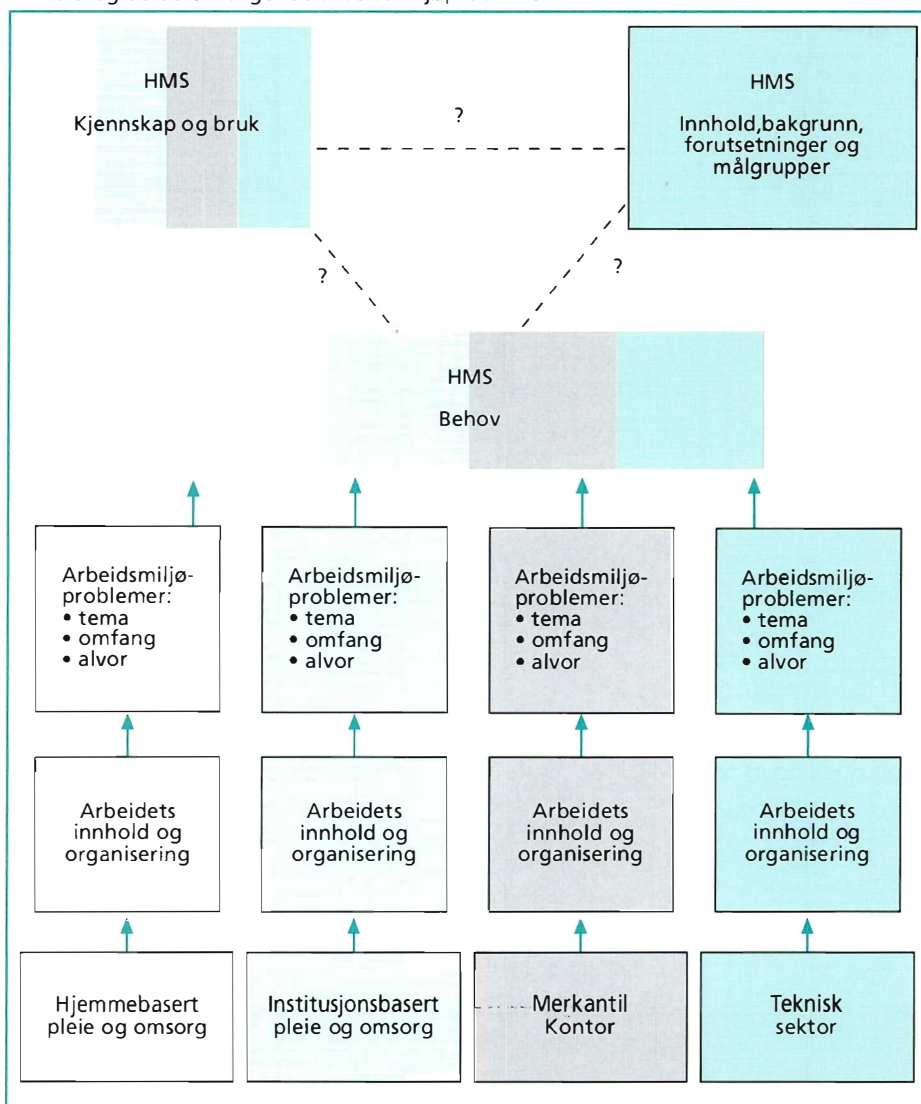
Nederst har vi delt inn kommunens arbeid i fire hovedområder: 1) hjemmebasert pleie- og omsorg, 2) institusjonsbasert pleie- og omsorg, 3) merkantil/kontorarbeid og 4) teknisk sektor. Skole og barnehage er ikke med, men kommer nærmest gruppe to.

Hvert område har ulike funksjoner og derfor også ulikt arbeidsinnhold og arbeidsorganisering. I de hjemmebaserte tjenestene arbeider de ansatte i private hjem, ofte alene og oppgavene består i å yte pleie og omsorg. Ved institusjonene er oppgavene nesten de samme, men de ansatte yter tjenestene på en kollektiv arbeidsplass. I merkantil sektor er også arbeidstakerne for det meste kollektivt samlet på et felles arbeidssted. Innholdet i arbeidet er ikke utøvende pleie- og omsorg. Arbeidets innhold og måten det er organisert på, får konsekvenser for typen arbeidsmiljøproblemer.

Dette fører til at de ansatte opplever ulike arbeidsbelastninger hvor innholdet, omfanget og alvoret vil variere (nivå tre nedenfra). Problemene ses i lys av nivåene under.

Alle ansatte, uavhengig av arbeidssted, har behov for HMS-tiltak, men innhold og form vil variere mellom de fire områdene. I figuren er dette samlet i den avlange «boksen».

Figur 12.20 Har det formelle helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS) relevans for ansatte i kommunen? Forholdet mellom reelt behov for HMS, kjennskap til og bruk av dagens formaliserte HMS-system og innholdet i dette systemet. Basert på arbeidets organisering og innhold og de derav følgende arbeidsmiljøproblemene



De øverste boksene danner en trekant som knytter sektor, arbeidsorganisering og arbeidsmiljøproblemer til HMS-kjennskap/-bruk og dagens formaliserte HMS-system.

Vi har vist at kjennskap til HMS varierer med arbeidsfelt. Det er størst i teknisk sektor og minsker jo mer arbeidet har med mellommenneskelige forhold å gjøre og jo mer dette foregår på brukerens premisser. Ansatte i myke yrker viser liten interesse for formalisert HMS-arbeid. Dette skyldes som vi har vist, dels trekk ved arbeidets organisering, men det skyldes nok også at dagens HMS-forskrifter i for stor grad har industriarbeidsplassen som modell. I skrivende stund er disse til revisjon.

Noter

¹ Andel ansatte som har hatt besøk av verneombud og tjenesteleder i forbindelse med gjennomføring av vernerunde etter alder, kjønn, arbeidsforhold, arbeidssted og yrke.

	Ja	Nei	Ikke sikker	Sum	N
Alle yrker	29,3	64,8	6,0	100,1	2481
Omsorgsykker	23,5	70,4	6,1	100,0	1483
Alder					
Under 30	23,0	68,4	8,6	100,0	256
30–44 år	27,9	66,4	5,7	100,0	1037
45–59 år	31,7	62,2	6,1	100,0	956
Over 59	32,3	63,8	3,9	100,0	232
Arbeidssted					
Annet	36,7	56,7	6,7	100,1	180
Dagsenter	28,1	64,1	7,8	100,0	64
Bolig for psykisk utviklingshemmede	25,0	68,9	6,1	100,0	512
Sykehjem	23,2	66,4	10,4	100,0	223
Hjemmebasert omsorg	17,1	78,9	4,0	100,0	450
Kombinert	13,0	83,3	3,7	100,0	54
Yrke					
Vaktmester	50,5	48,1	1,4	100,0	210
Merkantilt ansatt	39,0	57,8	3,2	100,0	218
Barnehageassistent	36,2	54,5	9,3	100,0	279
Sykepleier	29,7	64,8	5,5	100,0	219
Renholder	28,9	63,6	7,5	100,0	280
Miljøterapeut	27,6	67,3	5,1	100,0	315
Miljøarbeider	26,2	67,3	6,5	100,0	294
Pleieassistent	24,0	63,2	12,8	100,0	125
Hjelpepleier	22,8	71,2	6,0	100,0	302
Hjemmehjelper	10,5	85,4	4,2	100,1	239

² Andel ansatte som har hatt besøk av bedriftshelsetjenesten eller andre i forbindelse med vernerunde etter alder, kjønn, arbeidsforhold, kjønn og yrke. Prosent. N=2481

	Ja	Nei	Ikke sikker	Sum	N
Alle	27,9	69,0	3,2	100,1	2481
Alder					
Under 30	19,1	74,6	6,3	100,0	256
30–44 år	24,4	72,4	3,2	100,0	1037
45–59 år	32,1	65,3	2,6	100,0	956
Over 59	35,3	62,5	2,2	100,0	232
Arbeidsforhold					
Tradisjonelt	35,3	63,2	1,4	99,9	555
Fleksibelt	25,9	70,4	3,8	100,1	1466
Marginalt	25,2	71,3	3,5	100,0	460
Arbeidssted					
Kombinert	31,5	64,8	3,7	100,0	54
Sykehjem	27,8	67,3	4,9	100,0	223
Annet	26,1	71,1	2,8	100,0	180
Bolig for psykisk utviklingshemmede	17,6	78,7	3,7	100,0	512
Dagsenter	17,2	82,8	0	100,0	64
Hjemmebasert omsorg	15,8	82,4	1,8	100,0	450
Yrke					
Merkantilt ansatt	43,1	54,1	2,8	100,0	218
Vaktmester	42,4	56,7	0,9	100,0	210
Renholder	40,0	55,7	4,3	100,0	280
Barnehageassistent	33,7	61,3	5,0	100,0	279
Pleieassistent	32,0	60,8	7,2	100,0	125
Miljøarbeider	24,1	72,4	3,4	99,9	294
Sykepleier	22,4	74,4	3,2	100,0	219
Hjelpepleier	19,9	76,8	3,3	100,0	302
Miljøterapeut	16,8	81,0	2,2	100,0	315
Hjemmehjelper	12,1	87,0	0,9	100,0	239

³ Andel ansatte som har hatt besøk av verneombud og tjenesteleder i forbindelse med vernerunde etter yrke og ansettelsesforhold. Prosent. N=1521

	Tradisjonelt normalarbeidsforhold	Fleksibelt normalarbeidsforhold	Marginalt arbeidsforhold
Alle (N=2481)	44,0	25,4	23,7
Sykepleier	52,5	22,7	14,3
Miljøterapeut	37,5	25,5	23,4
Merkantilt ansatt	51,0	36,8	17,4
Vaktmester	52,5	53,3	45,0
Renholder	46,8	27,4	19,0
Barnehageassistent	45,6	35,9	24,1

Miljøarbeidere, pleieassistenter, hjelpepleiere og hjemmehjelpere er ikke med i tabellen fordi det er så få med tradisjonelt normalarbeidsforhold i disse gruppene.

⁴ Vaktmestere, barnehageassistenter og merkantilt ansatte oppgir oftest å ha fått besøk av verneombudet og tjenesteleder i forbindelse med vernerunde. I Sogn og Fjordane med lav forekomst av slike besøk, utgjør vaktmestere, barnehageassistenter og merkantilt ansatte 35,0 prosent av utvalget. I Telemark, hvor slike besøk forekommer oftest, utgjør tilsvarende yrkesgrupper 29,4 prosent av utvalget. I Sogn og Fjordane hadde ingen av hjemmehjelperne og bare 12,5 prosent av renholderne hatt slikt besøk. I Telemark hadde derimot henholdsvis 27,3 og 47,6 prosent fra de samme yrkesgruppene hatt slikt besøk.

⁵ Andel ansatte som har hatt besøk av a) verneombud eller linjeleder, b) av bedriftshelsetjenesten eller andre i forbindelse med vernerunde og c) andel ansatte som kjenner til at det finnes rutiner for skriftlig rapportering av ubehagelige hendelser, uhell og skader etter fylke. Prosent. N=2481

Fylke	a) Besøk av verneombud og tjenesteleder	Fylke	b) Besøk av bedriftshelsetjenesten	Fylke	c) Rutiner for rapportering av ubehag, uhell, og skader
Oslo	39,0	Telemark	44,7	Buskerud	72,5
Troms	37,3	Nord-Trøndelag	42,1	Aust-Agder	70,4
Østfold	34,5	Østfold	35,9	Akershus	68,2
Hordaland	33,5	Buskerud	34,9	Troms	66,7
Telemark	32,9	Hedmark	33,3	Rogaland	66,2
Buskerud	32,6	Aust-Agder	32,4	Hordaland	65,6
Nordland	32,3	Akershus	31,5	Sør-Trøndelag	64,7
Akershus	32,2	Sør-Trøndelag	30,4	Finnmark	64,3
Aust-Agder	29,7	Rogaland	29,7	Oslo	62,5
Hedmark	29,3	Oppland	28,3	Hedmark	62,3
Nord-Trøndelag	28,9	Nordland	25,8	Telemark	61,5
Sør-Trøndelag	27,7	Vestfold	25,4	Vestfold	59,5
Rogaland	25,4	Møre og Romsdal	24,2	Nord-Trøndelag	59,2
Finnmark	25,0	Finnmark	21,4	Østfold	58,3
Oppland	24,4	Vest-Agder	20,2	Vest-Agder	55,8
Møre og Romsdal	24,2	Hordaland	18,0	Oppland	55,1
Vestfold	20,5	Sogn og Fjordane	17,0	Møre og Romsdal	53,1
Vest-Agder	20,2	Oslo	16,9	Nordland	52,9
Sogn og Fjordane	18,1	Troms	16,7	Sogn og Fjordane	31,1

⁶ Andel ansatte innen pleie- og omsorgstjenestene som har fått opplæring i å takle truende situasjoner, etter alder, arbeidsforhold, arbeidssted, yrke, og brukergrupper de ofte yter tjenester til. Prosent

	Ja	Nei	Ikke sikker	Sum	N
Alle	36,2	62,0	1,8	100,0	1483
Under 30	42,6	56,3	1,1	100,0	183
30–44 år	36,8	62,1	1,1	100,0	707
45–59 år	34,5	63,3	2,2	100,0	502
Over 59	28,6	65,9	5,5	100,0	91
Tradisjonelt	36,1	62,0	1,9	100,0	208
Fleksibelt	37,0	61,7	1,3	100,0	1039
Marginalt	33,1	63,6	3,4	100,1	236
Bolig for psykisk utviklingshemmede	51,6	47,5	1,0	100,1	512
Dagsenter	50,0	45,3	4,7	100,0	64
Annet	40,0	57,8	2,2	100,0	180
Kombinert	38,9	59,3	1,9	100,1	54
Sykehjem	30,0	66,8	3,1	99,9	223
Hjemmebasert omsorg	18,0	80,7	1,3	100,0	450
Miljøarbeider	58,5	39,8	1,7	100,0	294
Miljøterapeut	44,7	53,9	1,3	99,9	304
Hjelpepleier	34,1	62,6	3,3	100,0	302
Pleieassistent	32,8	64,0	3,2	100,0	125
Sykepleier	19,6	79,9	0,5	100,0	219
Hjemmehjelper	17,6	81,6	0,8	100,0	239
Psykisk utviklingshemmede	48,6	49,9	1,5	100,0	677
Sosiale problemer	37,6	61,5	0,9	100,0	346
Psykiske lidelser	35,8	63,7	0,5	100,0	366
Fysisk funksjonshemmede	31,0	67,9	1,1	100,0	336
Eldre hjelpetrenende	23,4	75,1	1,5	100,0	713

⁷ Andel ansatte som kjenner til at arbeidsmiljøet er kartlagt, etter yrke og ansatte som har vært utsatt for ubehagelige arbeidssituasjoner. Prosent. N=2481

Yrke	
Vaktmester	61,0
Merkantilt ansatt	57,8
Barnehageassistent	55,9
Sykepleier	47,5
Pleieassistent	45,6
Miljøarbeider	42,9
Miljøterapeut	42,5
Renholder	41,4
Hjelpepleier	41,1
Hjemmehjelper	28,0
Ansatte som har vært utsatt for:	
Beskyldning om tyveri/ødeleggelser	46,7
Utskjelling	44,2
Beskyldning om dårlig arbeid	43,1
Fysisk aggresjon	42,4
Ubehagelig seksuell oppmerksomhet	37,5

^a Andel ansatte som kjenner til eksistensen av rutiner for skriftlig rapportering av ubehagelige hendelser, uhell og skader. Svar etter alder, kjønn, arbeidsforhold, arbeidssted, yrke. Prosent. N=1483

	Ja	Nei	Vet ikke	Sum
Alle	61,1	33,9	5,0	100,0
Under 30	73,2	21,3	5,5	100,0
30–44 år	61,5	34,1	4,4	100,0
45–59 år	58,0	37,1	5,0	100,1
Over 59	50,5	40,7	8,8	100,0
Menn	76,4	19,3	4,3	100,0
Kvinner	59,5	35,4	5,1	100,0
Tradisjonelt	59,1	34,6	6,3	100,0
Fleksibelt	62,8	32,9	4,3	100,0
Marginalt	55,5	37,7	6,8	100,0
Bolig for psykisk utviklingshemmede	78,7	19,1	2,1	99,9
Dagsenter	65,6	32,8	1,6	100,0
Sykehjem	60,1	34,1	5,8	100,0
Kombinert institusjon og hjem	55,6	35,2	9,3	100,1
Annet	53,3	40,0	6,7	100,0
Hjemmebasert omsorg	44,7	48,2	7,1	100,0
Miljøterapeut	78,6	20,7	0,7	100,0
Miljøarbeider	76,2	20,4	3,4	100,0
Hjelpepleier	63,2	31,8	5,0	100,0
Pleieassistent	60,0	34,4	5,6	100,0
Sykepleier	44,3	47,0	8,7	100,0
Hjemmehjelper	33,5	57,7	8,8	100,0

⁹ Blant sykepleierne er kjennskapen best blant dem som arbeider ved sykehjem (59,5 prosent), deretter kommer sykepleiere i den hjemmebaserte omsorgen (45,4 prosent) og til slutt sykepleiere ved «andre» arbeidsplasser (34,8). Utfyllende tallmateriale kan fås ved henvendelse til Fafo.

¹⁰ Andel ansatte som kjenner til skriftlige rapporteringsrutiner ved ubehagelige hendelser, uhell og skader, gruppert etter yrke og om de har vært utsatt for fysisk aggresjon fra pasient/bruker. Prosent

	Har vært utsatt for fysisk aggresjon	Har ikke vært utsatt	Differanse
Miljøarbeider	86,0	57,4	28,6
Miljøterapeut	84,3	64,4	19,9
Pleieassistent	75,5	48,6	26,9
Hjelpepleier	71,1	55,3	15,8
Sykepleier	50,0	41,6	8,4
Hjemmehjelper	38,5	32,5	6,0

¹¹ Andel ansatte som har vært utsatt for henholdsvis utskjelling, fysisk aggresjon, ubehagelig seksuell oppmerksomhet, beskyldninger om dårlig arbeid eller tyveri og skader av gjenstander, og hvem de snakker med om dette. Prosent. N=1093

Utsatt for:	Over-ordnet	Uformelt med kollega	Andre	Vei-lednings-gruppe	Privat	Verne ombud	Bedrifts-helse-tjeneste	Ingen
Utskjelling	70,6	57,1	6,3	5,6	3,0	3,0	1,7	5,4
Fysisk aggresjon	68,0	59,6	6,5	5,8	4,1	3,7	2,0	5,6
Ubehagelig seksuell oppmerksomhet	71,7	57,1	5,1	4,0	4,0	3,5	0,5	4,5
Dårlig arbeid	71,8	53,2	6,5	6,9	6,9	4,2	1,4	6,9
Tyveri/ødeleggelse	78,3	45,3	10,4	3,8	4,7	2,8	2,8	5,7

¹² Sykefravær siste tre måneder og andel ansatte i pleie- og omsorgsyrkene som gruer seg for å gå på jobb, etter alder, kjønn, yrke, arbeidssted, arbeidsforhold og viktigste brukergruppe. Prosent. N=1483

	Gruer seg				Fravær . Dager					
	Ofte	Sjelden	Aldri	Sum	0	1-3	4-14	14 +	Ubesvart	Sum
Alle	19,6	19,6	60,8	100,0	58,0	18,0	11,8	8,4	3,9	100,0
Under 30	20,2	26,8	53,0	100,0	46,2	28,3	15,2	5,4	4,9	100,0
30-44 år	19,4	20,4	60,3	100,1	56,4	19,2	13,6	7,8	3,1	100,1
45-59 år	19,9	15,9	64,2	100,0	63,7	13,1	8,7	9,5	5,0	100,0
Over 59 år	17,6	19,8	62,6	100,0	62,6	15,4	7,7	12,1	2,2	100,0
Menn	19,3	20,7	60,0	100,0	59,9	20,4	13,4	5,6	0,7	100,0
Kvinner	19,6	19,5	60,9	100,0	57,8	17,8	11,6	8,7	4,2	100,1
Miljøarbeider	22,4	17,3	60,2	99,9	56,5	16,7	11,9	9,2	5,8	100,1
Hjelpepleier	22,2	14,9	62,9	100,0	59,6	14,9	12,3	8,3	5,0	100,0
Miljøterapeut	22,0	23,7	54,3	100,0	55,9	23,2	12,1	8,3	0,6	100,1
Hjemmehjelper	18,4	22,6	59,0	100,0	58,2	15,1	10,0	10,9	5,9	100,0
Sykepleier	15,1	21,0	63,9	100,0	57,5	21,0	13,7	4,6	3,2	100,0
Pleieassistent	10,4	18,4	71,2	100,0	63,2	16,0	9,6	8,8	2,4	100,0
Bolig for ps.	24,4	19,5	56,1	100,0	58,8	18,6	11,3	7,8	3,5	100,0
Hjemmebasert omsorg	19,3	21,6	59,1	100,0	55,3	17,8	12,4	9,1	5,3	99,9
Kombinert	18,5	18,5	63,0	100,0	55,6	14,8	16,7	7,4	5,6	100,1
Sykehjem	16,6	14,8	68,6	100,0	61,0	15,2	9,4	9,9	4,5	99,9
Annet	13,9	20,6	65,6	100,1	58,9	22,8	10,6	6,7	1,1	100,0
Dagsenter	9,4	21,9	68,8	100,1	51,6	17,2	20,3	9,4	1,6	100,0
Tradisjonelt	11,5	21,6	66,9	100,0	54,9	8,8	13,6	9,4	3,3	100,0
Fleksibelt	21,3	18,8	60,0	100,1	58,6	17,9	11,1	7,9	4,5	100,0
Marginalt	19,1	21,6	59,3	100,0	58,0	17,6	13,0	9,7	1,7	100,0
Fysisk funksjonsh	16,1	19,9	64,0	100,0	56,8	18,8	13,7	6,4	4,5	100,0
Eldre hjelpetrengende	18,1	20,1	61,9	100,1	58,9	16,0	11,9	8,2	5,0	100,0
Sosiale problemer	20,6	20,9	58,5	100,0	53,5	19,4	16,5	8,2	2,4	100,0
Psykiske lidelser	21,3	22,1	56,6	100,0	53,0	19,1	17,2	8,0	2,7	100,0
Psykisk utviklingsh	21,4	19,2	59,4	100,0	55,5	19,6	12,7	9,0	3,1	100,0

I figur 12.16 er kategorien «ubesvart» fjernet. Dermed er tallene i søylediagrammene 0,5 til 2 prosentpoeng høyere enn det som fremkommer i tabellene i denne og i noten under.

¹³Sykefravær siste tre måneder og andel ansatte i pleie- og omsorgsyrkene som gruer seg for å gå på jobb, etter tjenesteavbrudd, tidspress, utilstrekkelighetsfølelse, erfaring med ubehagelige hendelser og følt ansvarsbyrde overfor bruker. Prosent. N=1483

	Gruer seg				Fravær . Dager					
	ofte	sjelden	aldri	Sum	0	1-3	4-14	14 +	Ubesvart	Sum
Forlater bruker før ferdig?										
Forlater ofte	40,0	25,2	34,8	100,0	53,0	19,1	7,8	15,7	4,3	99,9
Av og til	27,3	20,6	52,1	100,0	58,2	14,5	14,5	7,4	5,4	100,0
Forlater ikke	15,0	18,2	66,8	100,0	54,0	17,5	14,2	8,5	5,8	100,0
Tid til rådighet										
Tilstrekkelig	17,0	20,7	62,3	100,0	61,0	21,1	9,6	5,9	2,4	100,0
Litt knapp	19,5	21,4	59,1	100,0	55,3	15,8	13,7	10,0	5,2	100,0
Alt for liten	33,2	17,7	49,1	100,0	55,2	18,1	12,5	8,6	5,6	100,0
Følelse av å ikke strekke til										
Nei	8,8	16,1	75,1	100,0	59,9	19,3	11,1	7,2	2,5	100,0
Varierer	18,2	23,6	58,2	100,0	51,8	19,4	14,7	7,6	6,5	100,0
Ja	31,3	22,4	46,3	100,0	56,9	16,5	12,0	9,9	4,7	100,0
Ubehagelige hendelser										
Ikke utsatt for noe	9,9	16,0	74,1	100,0	65,4	15,3	11,1	5,0	3,2	100,0
Fysisk aggresjon	23,8	19,8	56,4	100,0	54,8	18,4	12,4	10,1	4,3	100,0
Utskjelling	26,2	19,6	54,2	100,0	55,5	18,6	12,7	9,4	3,8	100,0
Beskyldn. dårlig arbeid	28,5	25,4	46,2	100,1	54,5	17,6	15,3	9,5	3,2	100,0
Ubehag seksuell oppmerk	30,5	22,8	46,7	100,0	50,5	16,7	15,2	13,2	4,4	100,0
Beskyld., tyveri, ødeleggelse	32,2	20,0	47,8	100,0	55,4	21,4	6,3	13,4	3,6	100,1
Ansvar for klienter føles ofte som en byrde										
Helt uenig	7,6	12,9	79,5	100,0	60,6	17,4	10,6	7,1	4,3	100,0
Delvis uenig	14,1	25,9	60,0	100,0	61,5	17,8	11,1	5,2	4,4	100,0
Både og /usikker	17,8	25,9	56,3	100,0	57,9	20,7	11,2	8,1	2,1	100,0
Delvis enig	27,7	20,2	52,1	100,0	57,2	17,1	15,1	7,2	3,4	100,0
Helt enig	34,9	23,2	41,9	100,0	51,5	19,0	11,7	13,3	4,5	100,0
Gruer for å gå på jobb										
Ofte					32,8	22,4	13,8	25,9	5,1	100,0
Av og til					52,6	17,7	12,5	10,8	6,5	100,0
Sjelden					53,3	20,4	13,8	8,7	3,8	100,0
Nei					61,9	17,3	11,0	6,7	3,2	100,1
Stillingsprosent, ansiennitet og brukergruppe gir ikke utslag på verken sykefravær eller tendens til å grue seg for å gå på jobb.										

¹⁴ Andel ansatte i seks yrkesgrupper som ofte eller av og til gruer seg for å gå på jobb, gruppert etter om ansvaret for pasienten føles som en tung belastning. Prosent (T=Tung belastning, It=Ikke tung)

Miljøarbeider		Hjelpepleier		Miljøterapeut		Hjemmehjelper		Sykepleier		Pleieassistent	
T	It	T	It	T	It	T	It	T	It	T	It
27,0	9,0	34,3	10,9	38,1	5,9	29,0	12,5	21,9	9,7	17,2	1,9

¹⁵ PRO: Pleie, rehabilitering og omsorg

¹⁶ Sykefravær blant kvinnelige og mannlige miljøarbeidere, hjelpepleiere og miljøterapeuter. Prosent. N=124 menn og 787 kvinner

Yrke	Ikke fravær		1-3 dager		4-14 dager		Mer enn 14 dager	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Miljøarbeider	54,1	68,0	16,4	18,0	12,3	10,0	17,2	4,0
Hjelpepleier	59,7	57,9	14,8	15,8	11,7	21,1	13,8	5,3
Miljøterapeut	56,2	54,5	23,1	23,6	12,3	10,9	8,2	10,9

¹⁷ Det er nærliggende å spørre om det er de samme som både rapporterer at «ansvaret for klienter føles ofte som en tung belastning» og at «jeg stadig har en følelse av å ikke strekke til i jobben jeg har». Svaret er at om lag halvparten av de ansatte svarer likt på begge utsagnene. En av fire er enige i begge utsagnene, mens en av fire er uenig i begge utsagnene. Videre er en av fire enig i det ene og uenig i det andre, mens den siste firedelen er usikre på et eller begge utsagnene.

¹⁸ Tall kan fås ved henvendelse til Fafo.

¹⁹ Sørumsprosjektet (Wasskog og Hetle, 1994) viste at enkelte pasienter kan bli mindre utagerende ved endringer i tjenesteinnholdet og derigjennom minske belastningene på de ansatte. Denne problemstillingen følges opp i neste rapport.

²⁰ Andel ansatte som har vært utsatt for fysisk aggresjon, andel som gruer seg for å gå på jobb og andel som har hatt sykefravær siste tre måneder, etter kjennskap til HMS-arbeid og arbeidssted. N=744. Prosent

HMS-indikator, yrke og arbeidsplass	Gruer seg ofte eller av og til for å gå på jobb	Har hatt sykefravær siste tre måneder
Fått opplæring i å takle truende situasjoner	21	43
Ikke fått opplæring	26	46
Har rutiner for skriftlig rapp. av ubehagelige hendelser, uhell og skader	23	45
Har ikke rutiner	26	43
Har innført internkontroll på arbeidsplassen	21	50
Har ikke innført internkontroll	28	41
Har kartlagt arbeidsmiljøet på arbeidsplassen	21	47
Har ikke kartlagt arbeidsmiljøet	27	42
Kjenner verneombudet	22	47
Kjenner ikke verneombudet	29	40
Hjemmebasert omsorg	28	50
Øvrig pleie og omsorg	24	45

²¹ Andel ansatte med langtidsfravær og som gruer seg for å gå på jobb og som enten ofte føler de ikke strekker til eller som har vært utsatt for fysisk aggresjon, gruppert etter kjennskap til ulike HMS-tiltak

	Skriftlige rapporteringsrutiner		Opplæring i truende situasjoner		Kjenner verneombudet		IK på arbeidsplassen		Handlingsplan for IK		Kartlagt arbeidsmiljø	
Strekker ikke til	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei
Fysisk aggresjon												
Syke-fravær mer enn 14 dager	10,5	9,6	13,3	8,4	11,0	10,3	12,1	11,7	12,5	7,0	9,3	11,5
Gruer seg ofte/ ganske ofte	8,8	14,1	10,4	9,9	11,1	8,5	12,5	12,0	13,2	10,4	11,1	9,1
	32,0	31,4	31,1	30,8	30,3	30,9	27,6	33,0	26,6	30,2	31,1	35,1
	23,2	25,8	20,7	26,2	21,9	23,2	20,7	26,0	19,1	20,9	20,9	27,9

Tilsvarende oppstilling er gjort for ansatte som har vært utsatt for ubehagelig seksuell oppmerksomhet, beskyldninger om tyveri, eller som ofte har forlatt pasienten/brukeren før oppgaven har vært ferdig. Utslagene er like små som vist i tabellen over.

Kapittel 13 Kollektive livs- og yrkesskadeforsikringer

Vi har sett at ansatte i kommunens pleie og omsorgstjeneste arbeider mye alene. De arbeider under større tidspress enn tidligere og kommer ofte opp i vanskelige og ubehagelige situasjoner. Den samlede fysiske og mentale belastningen for ansatte, både lavt og noe høyere i organisasjonen, er betydelig, noe som vises av andel ansatte som gruer seg for å gå på jobb og omfanget av langtidsfravær. Sykefraværet hos både menn og kvinner ligger godt over gjennomsnittet i arbeidsmarkedet.

Vi konkluderte i forrige kapittel at behovet for tiltak som kan bedre helse-, miljø- og sikkerhetsforholdene er stort. Behovet for kollektive ulykkes- og livsforsikringsordninger er neppe mindre. Samtidig så vi at kjennskapen til og bruken av verneinstitusjonene var lav, dels som følge av svakt utviklede ordninger og dels som følge av manglende relevans. I dette kapitlet spør vi om de ansattes kjennskap til de kollektive ulykkes- og livsforsikringsordningene. En grei gjennomgang av disse ordningene samt rettsavgjørelser i forbindelse med utbetalinger, er gitt i Karlsen (1995).

Tilknyttet gruppelivsforsikring?

I følge paragrafene 10 og 11 i hovedtariffavtalen mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Norsk Kommuneforbund «skal alle arbeidstakere i et fast forpliktende arbeidsforhold med en på forhånd fastsatt arbeidstid per uke» være dekket av både en kollektiv gruppelivsforsikring og en yrkesskadeforsikring. Dette er også nedfelt i avtalene mellom KS og de øvrige forbundene som er representert i denne undersøkelsen.

Gruppelivsforsikringen er formulert i §10. Denne gjelder også deltidsansatte:

For arbeidstakere som er ansatt i kommunen, herunder arbeidstakere som går på attføring eller uføretrygd, utbetales ved dødsfall et engangsbeløp til ektefelle/partner osv.(pkt. 10.1).

Ved dødsfall utbetales forsikringssummen til nærmeste etterlatte, primært ektefelle og/eller andre begunstigede etter en nærmere angitt rekkefølge. Hvert år betales det inn betydelige beløp i forsikringspremie. Disse betales ikke individuelt, men

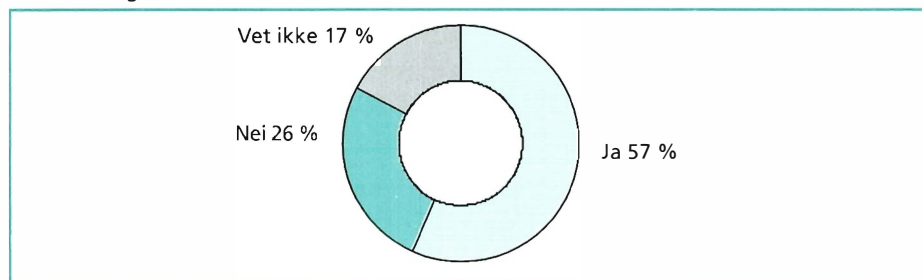
gjennom kollektive ordninger. I den grad den enkelte forsikrede betaler, skjer det via fagforeningskontingent eller via arbeidsgiver, hvor beløpet enten kommer som tillegg til ordinær lønn eller som fratrekk på lønnslippen. Den forsikrede gjør altså ikke selv noe aktivt for å opprettholde forsikringsforholdet. Dermed kan vi anta at mange ikke tar bryet med å sette seg inn i forsikringsvilkårene. De vil forvente at «noen» (for eksempel arbeidsgiver, fagforening eller en statlig instans) sørger for at forsikringene er i orden og tilpasset dere behov. Andre vil ikke være klar over at de er medlem av en kollektiv forsikringsordning i det hele tatt, og vet således enda mindre om hvilke rettigheter de selv og deres pårørende har dersom en situasjon som dekkes av forsikringsforholdet, skulle oppstå.

Som følge av manglende kjennskap til det kollektive forsikringsforholdet, vil situasjoner hvor ansatte går glipp av utbetalinger de selv eller deres pårørende har krav på, kunne forekomme. Dermed har forsikringsselskapene betydelige beløp som skulle ha vært til utbetaling, uten at rettmessig adressat er kjent. Dersom selskapet får kjennskap til et konkret forsikringsforhold uten en konkret fordringshaver, overføres pengene til fond. Men det vil trolig også enkelte forsikringsforhold som aldri blir avdekket, fordi selskapet ikke får melding om dem. En mulig grunn til at en slik situasjon kan oppstå er manglende kjennskap til kollektive forsikringsordninger.

På denne bakgrunnen er det naturlig å stille spørsmål til kommunale arbeidstakere om de har kjennskap til forsikringsrettighetene sine. Vi spør først om de vet at de er eller skal være tilknyttet en kollektiv forsikringsordning, nærmere bestemt gruppeliv og yrkesskade. Deretter spør vi om de eventuelt har kjennskap til innholdet i forsikringsavtalen. Spørsmålet som ble stilt var: «Vet du om du er tilknyttet en gruppelivsforsikring på arbeidsplassen?»

Utvalget vårt består kun av organiserte arbeidstakere, og det første spørsmålet dreier seg bare om de er tilknyttet en gruppelivsforsikring; ikke om de kjenner til innholdet i den. I følge hovedavtalen skal de aller fleste i utvalget tilfredsstillende kravene for å være tilsluttet en kollektiv ulykkesforsikring. Men på vårt spørsmål svarer bare

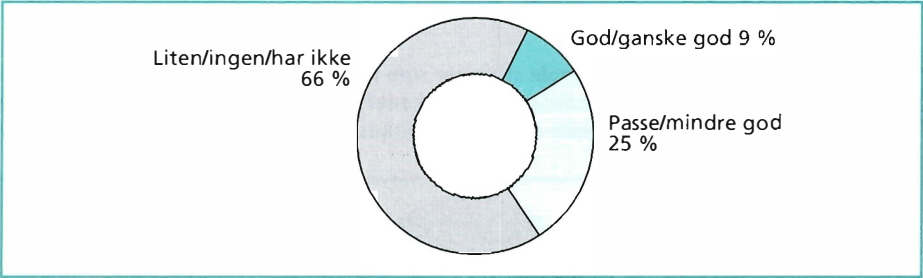
Figur 13.1 Andel ansatte i kommunale stillinger som kjenner til at de er tilknyttet gruppelivsforsikring. Prosent. N=2481



57 prosent *ja*, 26 prosent sier *nei*, mens 17 prosent er *usikre* (figur 13.1). Tallene som ligger til grunn for figurene i kapitlet er gjengitt i note¹.

Mens 57 prosent vet eller antar at de er tilsluttet en gruppelivsforsikring, oppgir bar 9 prosent å ha god eller ganske god kjennskap til innholdet i forsikringen. 66 prosent har ingen kjennskap til innholdet overhodet (figur 13.2).

Figur 13.2 Andel ansatte i kommunale stillinger som har henholdsvis god/ganske god, passe/mindre god og liten/ingen/har ikke kjennskap til gruppelivsforsikringen. I den siste kategorien er også ansatte som oppgir at de ikke er tilknyttet gruppelivsforsikring, inkludert. Prosent. N=2481

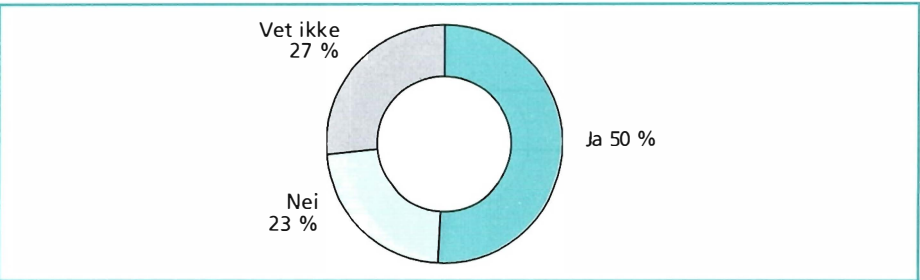


Tilknyttet yrkesskadeforsikring?

Obligatorisk yrkesskadeforsikring ble vedtatt av Stortinget 16.juni 1989 med virkning fra 1990. Arbeidsgiver er pålagt å tegne forsikring for sine ansatte i et forsikringsselskap (Lovens paragraf 3 og 4). Forsikringen dekker økonomiske tap som er oppstått ved yrkesskade eller yrkessykdom.

I følge Lov om yrkesskadeforsikring skal denne gjelde for *alle* ansatte. Dette defineres i paragraf 2 som «enhver som gjør arbeid eller utfører verv i arbeidsgiverens tjeneste». Loven skiller verken mellom fast og midlertidig ansatt, eller mellom heltid og deltid. Også arbeidstakere med helt marginale arbeidsforhold er dekket. Loven inkluderer også skoleelever i praksis, innsatte (fengslede) og pasienter som

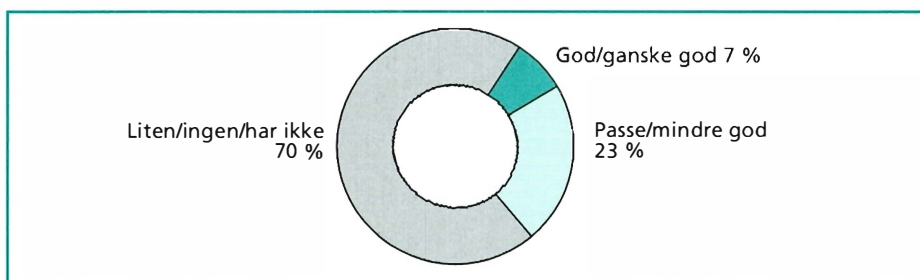
Figur 13.3 Andel ansatte i kommunale stillinger som kjenner til at de er tilknyttet yrkesskadeforsikring. Prosent. N=2481



utfører arbeid i institusjonssammenheng. Dette betyr at alle i vårt utvalg skal være dekket av yrkesskadeforsikringen. Men når vi spør, er det kun halvparten som vet det (figur 13.3).

De ansattes kjennskap til denne lovpålagte yrkesskadeforsikringen, er omtrent den samme som kjennskapen til gruppelivsforsikring. Hver fjerde mener at de ikke er dekket av yrkesskadeforsikringen, mens like mange ikke vet om de er det. Så når vi videre spør om kjennskap til innholdet i forsikringen, er det ikke overraskende at 70 prosent ikke vet noe, at 23 prosent oppgir å ha mindre god eller passe kjennskap og at bare sju prosent mener å ha god eller ganske god kjennskap til innholdet (figur 13.4).

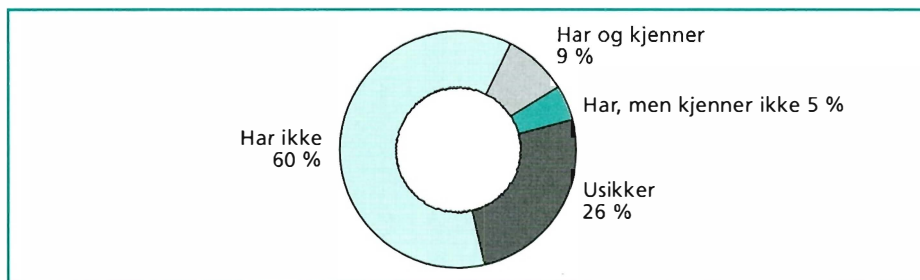
Figur 13.4 Andel ansatte i kommunale stillinger som har henholdsvis god/ganske god, passe/mindre god og liten/ingen/har ikke kjennskap til yrkesskadeforsikringen. I den siste kategorien er også ansatte som oppgir at de ikke er tilknyttet yrkesskadeforsikring, inkludert. Prosent. N=2481



Forsikringskontakt

Arbeidstakernes kunnskaper om egne, kollektive forsikringsordninger er små. Dette tilsier et behov for styrket opplysningsvirksomhet og en person som kan bistå de ansatte i denne typen forsikringsaker. Partene har gått inn for at det ved hver kommunale arbeidsplass skal være en forsikringskontakt. Forsikringsselskapene tilbyr

Figur 13.5 De ansattes kjennskap til lokal forsikringskontakt blant ansatte i kommunale yrker. Prosent. N=2481



opplæring til tillitsvalgte. Det har gjerne vært slik at kassereren i den lokale fagforeningen har vært de ansattes forsikringskontakt. De senere årene har flere av forsikringsselskapene hatt egne ansatte, som blant annet har hatt ansvar for å yte forsikringsservice til ansatte på kommunale arbeidsplasser. Når vi i det følgende spør om de ansatte kjenner til om de har en forsikringskontakt på arbeidsplassen, kan dette enten være en tillitsvalgt eller en representant for et forsikringsselskap.

60 prosent oppgir at det ikke er noen forsikringskontakt på arbeidsplassen. Bare ni prosent kjenner sikkert til en slik kontaktperson. Ordningen er med andre ord lite kjent. Sannsynligvis er den heller ikke særlig utbredt.

Ulike gruppers forsikringskjennskap

Vi avslutter kapitlet med en gjennomgang av hvilke grupper av ansatte som har god og dårlig kjennskap til forsikringsordningene. Alle med et fast ansettelsesforhold og med fast arbeidstid skal, i henhold til hovedtariffavtalen, være dekket av gruppelevsforikring. Den er mindre klar når det gjelder arbeidstakere som er midlertidig ansatt eller som jobber i vikariater. En indikasjon på om midlertidige og vikaransatte får oppfylt de kollektive forsikringsrettighetene sine, får vi når vi spør om de kjenner til ordningene. Det viser seg at mens nesten 60 prosent av de fast ansatte kjenner til eksistensen av gruppelevsforikring, gjør bare 35 prosent av de midlertidige og vikaransatte det. Kjennskapen til yrkesskadeforsikringen er enda mindre.

Siden det er så små forskjeller mellom kjennskap til gruppelevsforikringer og yrkesskadeforsikringer, bruker vi i det følgende kun begrepet forsikringskjennskap. Dette er utledet som gjennomsnittet av kjennskap til gruppelev og yrkesskadeforsikring for hver analyseenhet (for eksempel yrkesgruppe eller aldersgruppe).

Best kjennskap

Ansatte med lang ansiennitet og med et tradisjonelt normalarbeidsforhold (100 prosent stilling i 9–16 jobb) har best kjennskap til forsikringsrettighetene sine. Men selv blant disse oppgir færre enn 15 prosent at de har «god eller ganske god» kjennskap til innholdet (figur 13.6). Vaktmestere, sykepleiere og merkantilt ansatte utgjør de yrkesgruppene som har best kjennskap til forsikringsordningene (figur 13.7). Blant disse finner vi også mange med lang ansiennitet og derav også best kjennskap til hva som foregår i organisasjonen. Dette slår rimeligvis også noe ut på forsikringskunnskap.

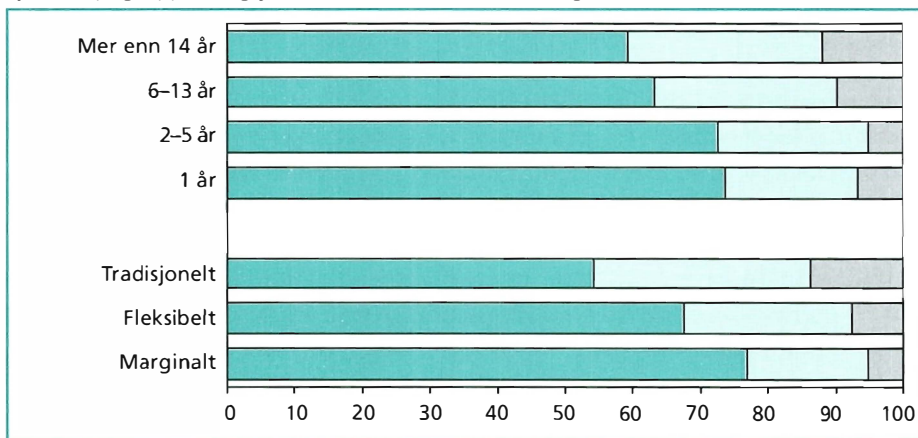
Dårligst kjennskap

Dårligst kjennskap til forsikringsordningene finner vi hos ansatte med kort ansiennitet, ofte under 30 år, og blant ansatte med et marginalt arbeidsforhold. Ser vi på yrkesgruppene er det særlig blant barnehageassistenter, miljøarbeidere,

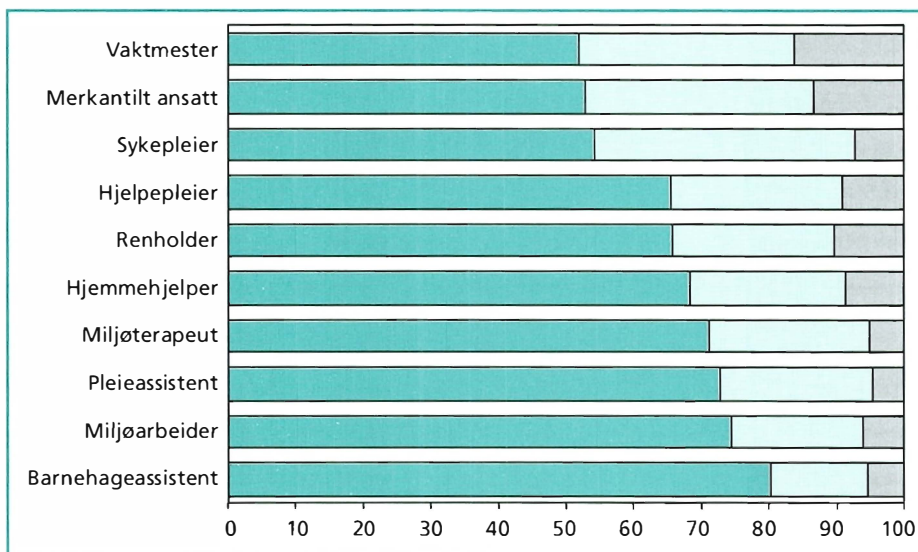
pleieassistenter og miljøterapeuter liten kjennskap til forsikringsordningene. I flere av disse yrkesgruppene er det mange nyansettelser, hvilket kan forklare dette noe. Blant pleieassistentene er det liten kjennskap uavhengig av ansiennitet.

Vi kunne forvente at heltidsansatte var bedre orientert enn deltidsansatte, men forskjellen er så liten at den godt kan skyldes statistiske tilfeldigheter. Menn

Figur 13.6 Andel ansatte i kommunale stillinger som har henholdsvis god/ganske god, passe/mindre god og liten/ingen kjennskap til de kollektive forsikringsordningene. De ansattes kjennskap (gruppeliv og yrkesskade) etter ansiennitet og arbeidsforhold. Prosent. N=2481



Figur 13.7 Kommunalt ansattes forsikringskjennskap (gruppeliv og yrkesskade) etter yrke. Prosent. N=2481



har noe lenger ansiennitet enn kvinner, og de har oftere et tradisjonelt normal-arbeidsforhold. Det er derfor ikke uventet at de også er noe bedre orientert om forsikringsordningene (figur 13.6).

Kjennskapen til forsikringsordningene er altså lav. Men sammenlikner vi med undersøkelser om arbeidstakeres kjennskap til pensjonsordninger, burde ikke de lave tallene overraske. Fløtten m.fl. (1996) fant at pensjonskunnskapen generelt er lav, og at den er lavest i kommunene. Deres tall om pensjonskunnskap er nesten identiske med de vi har funnet om forsikringskunnskap. Dette betyr at de ansattes kunnskaper om egne, økonomiske rettigheter basert på kollektive ordninger og forvaltet av andre, er små.

Stillingens størrelse (heltid versus deltid) har liten betydning for de ansattes forsikringskunnskap, mens formalisering av stillingen derimot har det. Vi må derfor kunne anta at dersom kommunenes arbeidstakere gis et formelt, fullverdig ansettelsesforhold med skriftlig kontrakt, vil dette heve kunnskapsnivået om forsikringer. Men dette vil i seg selv bare bidra noe. Skal kjennskap til forsikringsordninger bedres, må det egne tiltak til.

Presumptivt gode ordninger, forhandlet frem av de ansattes representanter på nasjonalt nivå, er dårlig kjent blant medlemmene. Noe vil en kunne gjøre seg kjent med hvis «situasjonen» oppstår. Dette forutsetter imidlertid at den forsikrede vet at det finnes ordninger å lete opp eller at han eller hun får hjelp. Ut over dette er en avhengig av at arbeidsgiverne har sørget for at en er tilsluttet de riktige ordningene, på riktig grunnlag, og at ordningene trer i kraft uten at den rammede selv besørger det. Ikke noe av dette kan en ta for gitt.

	Tilknyttet gruppe- livsforsikring?	Kjennskap til gruppe- livsforsikring?				Tilknyttet yrkes- skade- forsikring?	Kjennskap til yrkes- skade- forsikring?				Har forsikringskontakt på arbeidsplassen?				
	Ja	God, ganske god	Passe, mindre god	Liten, ingen, har ikke	Sum	Ja	God, ganske god	Passe, mindre god	Liten, ingen, har ikke	Sum	Har, og kjenner	Har, kjenner ikke	Usikker	Har ikke	Sum
Alle	56,7	8,5	25,1	66,3	99,9	50,8	7,2	22,6	70,2	100,0	9,0	4,6	25,6	60,8	100,0
Alder															
Under 30	39,8	3,1	16,4	80,5	100,0	43,8	2,3	17,2	80,5	100,0	6,3	3,5	37,5	52,7	100,0
30–44 år	56,5	8,4	26,6	65,0	100,0	50,4	7,2	22,4	70,4	100,0	9,0	3,6	25,0	62,5	100,1
45–59 år	60,6	9,9	25,9	64,1	99,9	51,6	8,4	23,6	68,0	100,0	10,9	5,8	22,9	60,5	100,1
Over	59,9	9,5	24,6	65,9	100,0	57,3	7,8	25,4	66,8	100,0	4,7	6,0	25,9	63,4	100,0
Kjønn															
Menn	62,1	12,9	27,6	59,5	100,0	55,5	10,3	26,3	63,4	100,0	13,7	5,5	21,8	59,0	100,0
Kvinner	55,7	7,8	24,7	67,6	100,1	50,0	6,7	21,9	71,4	100,0	8,2	4,5	26,2	61,1	100,0
Arbeidsforhold															
Tradisjonelt	67,2	13,7	32,1	54,2	100,0	60,5	11,4	28,3	60,4	100,1	15,7	5,4	21,6	57,3	100,0
Fleksibelt	56,3	7,6	24,8	67,6	100,0	51,4	6,8	22,3	70,9	100,0	7,4	4,8	25,3	62,5	100,0
Marginalt	45,0	5,2	17,8	77,0	100,0	37,2	3,7	16,7	79,6	100,0	6,3	3,0	31,1	59,6	100,0
Ansiennitet															
1 år	46,1	6,8	19,7	73,6	100,1	40,3	6,1	14,2	79,7	100,0	6,8	3,1	36,6	53,6	100,1
2–5 år	51,6	5,3	22,2	72,5	100,0	48,7	4,5	21,5	73,9	99,9	5,9	2,7	27,9	63,5	100,0
6–13 år	58,4	9,7	27,1	63,2	100,0	52,1	8,7	24,2	67,1	100,0	10,2	5,7	21,8	62,3	100,0
Mer enn 14 år	66,3	11,9	28,8	59,3	100,0	57,2	9,1	25,9	65,0	100,0	12,6	6,4	22,4	58,6	100,0
Yrke															
Hjemmehjelper	56,1	8,8	23,0	68,2	100,0	48,1	7,1	19,2	73,6	99,9	9,2	8,4	31,4	51,0	100,0
Hjelpepleier	61,9	9,3	25,2	65,6	100,1	54,0	6,6	23,5	69,9	100,0	7,0	3,3	17,2	72,5	100,0
Pleieassistent	47,2	4,8	22,4	72,8	100,0	47,2	6,4	21,6	72,0	100,0	8,8	9,6	26,4	55,2	100,0
Sykepleier	62,1	7,3	38,4	54,3	100,0	54,8	9,1	30,1	60,7	99,9	4,1	0,9	32,4	62,6	100,0
Miljøterapeut	52,7	5,1	23,8	71,1	100,0	49,5	5,1	22,5	72,4	100,0	5,4	2,5	37,1	54,9	99,9
Miljøarbeider	46,3	6,1	19,4	74,5	100,0	45,2	5,8	18,0	76,2	100,0	6,5	2,7	20,7	70,1	100,0
Merkantil	68,8	13,3	33,9	52,8	100,0	53,7	8,3	28,0	63,8	100,1	23,4	6,4	18,8	51,4	100,0
Vaktmester	73,3	16,2	31,9	51,9	100,0	63,8	11,9	30,5	57,6	100,0	15,7	6,2	21,0	57,1	100,0
Renholder	58,2	10,4	23,9	65,7	100,0	53,6	8,9	23,6	67,5	100,0	8,2	6,8	23,2	61,8	100,0
Barnehage	43,4	5,4	14,3	80,3	100,0	40,9	4,7	12,9	82,4	100,0	6,5	3,2	26,9	63,4	100,0

Litteratur

Abrahamsen, Bente (1991), *Pleiearbeid og helse. Daglige belastninger, slitasjelidelser og sykefravær blant hjelpepleiere*. Oslo: Institutt for Samfunnsforskning

Abrahamsson, Bengt (1986), *Varför finns organisationer?* Stockholm: Norstedts

Andersen, Jan (1995), *En ideell reforms møte med den kommunale hverdag*. Lillehammer: Østlandsforskning

Andersen, Rune (red.) (1992), *Samordning under lupen*. Oslo: Tano

Baldersheim, Harald (red.) (1993), *Ledelse og innovasjon i kommunene*. Oslo: TANO

Bang, Trude (1995), *Psykatri og prosjektarbeid*. Bergen: SEFOS, Universitetet i Bergen

Berg, Hanne Marie og Dora E. Lien Olsen, Eli Jorid Sveipe, Bjørg Irene Østrem Hoy (1993) *Trussel om vold – en belastning for personalet? Arbeidsmiljøet ved 10 psykiatriske akuttavdelinger i Norge*. Hovedoppgave ved videreutdanning i psykiatrisk sykepleie ved Arendal Sykepleierhøgskole

Bjørndahl, Marianne og Åge Grasmø, Turid Olsen, Hilde Thoresen, Kim Vanberg, Tonje Waldenstrøm, Annebjørg Østerås (1994), *Kartlegging av belastende arbeidssituasjoner hos sykepleierne i hjemmetjenesten i bydel Sagene – Torshov*. Oslo: Avsluttende prosjektoppgave ved Ullevål Sykepleierhøgskole

Bjørnebekk, Wenche og Gro Tronvold (red.) (1990), *Om å jobbe der andre bor*. Oslo: Norsk Vernepleierforbund

Bukve, Oddbjørn (1992), *Kommunal forvaltning og planlegging*. Oslo: Det Norske Samlaget

Buxrud, Elisabeth og Lisa Forsen, *Sats på arbeidsmiljøet*. Oslo: Statens institutt for folkehelse

Christensen, Unn (1994), «Dårligere levekår for funksjonshemmede» i Markussen (red.) *Menneskeverd – funksjonshemmet i Norge*. Oslo: Ad Notam, Gyldendal

Deal, Terrence og Allan Kennedy (1985), *Bedriftskultur*. Oslo: Bedriftsøkonomens forlag

DeFacto (1993), *Er atypisk arbeid blitt typisk?* Oslo

Dyrendahl, Guri og Rolv Lian (1992), *Slik bor de nå – boforhold for mennesker med psykisk utviklingshemming. Ny hverdag i eget hjem*. Oslo: Byggforsk

Daatland, Svein Olav (1994), *Hjemmehjelper i eldreomsorgen*. Oslo: Norsk Gerontologisk Institutt

Daatland, Svein Olav og Per Erik Solem (1995), *Modeller for omsorgstjenestene*. Forprosjekt-notat. Oslo: Norsk Gerontologisk Institutt

Egeland, Ann Louise Kvande (1992), «Erfaringer fra planlegging av tiltak i åpen omsorg for personer med psykisk utviklingshemming» i Tor Visnes (red.), *Fra særomsorg til særlig omsorg*. Oslo: Universitetsforlaget

Eldring, Line og Inger-Margrethe Svendsen (1990) *Vask og følelser. En arbeidsmiljøundersøkelse blant hjemmehjelpere i fire kommuner*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

4 Fakta (1993), *Undersøkelser omkring stillingsvern og midlertidige ansettelser*. Oslo

Fauske, Halvor (1991), *Profesjonene – bremsekloss eller syndebykk?* Oslo: Fafo

Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (1995) *Vold – et mannsproblem* Oslo: Fontene 19/95

Fennefoss, Arvid (1988), *Lønnstakerorganisering*. Oslo: Fafo

Fløtten, Tone og Heidi Gautun, Jon M. Hippe (1996) *Som du sår skal du høste*. Oslo: Fafo

Forskrift om internkontroll for miljø og sikkerhet, 22.03.1991

Forskrift om arbeidsavtaler i kortvarige arbeidsforhold, 26.05.1995

Forskrift for godkjenning av hjelpepleiere, 10.03.1978

Forskrift for godkjenning m.v. av vernepleiere, 09.12.1977

Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste 23.11.1983

Friberg, Odd (1995), *Arbeidsmiljøloven med kommentarer*. Oslo: TANO

Garnes, Britt Hauger og Marit Pettersen (1992), *Hjemmebasert Omsorgspraksis – et middel til kunnskapsproduksjon i vernepleie*. Bergen: Bergen Helse- og Sosialhøgskole

Guldbrandsen, Ole (1995), *Ulikhet i eldreomsorgen i kommunene og nye omsorgsboliger i 1994*. Oslo: Aldring og Eldre 2/1995

Harsheim, Janike og Johans Tveit Sandvin (1991), *Organisering i kommunene – vilje til endring?* Oslo: NIBR og Nordlandsforskning

Hellesøy, Odd og Ståle Einarsen, Bjørn Raknes, Rolf Eide, Jan E. Rasmussen, Anders Skogstad (1991), *Arbeidsmiljø og sykefravær i pleie og omsorg*. Bergen: FAHS, Universitetet i Bergen

Helsedirektoratet (15.06.1993) *Om opprettholdelse og forbedring av kvaliteten i hjemme-sykepleien i kommunene*. Rundskriv nr IK-26/93

Hetle, Aslaug og Ingebjørg Skarpaas (1996) *Vold og trusler mot helse- og sosialarbeidere* Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet. Notat 1/96

- Hjort, Peter (1995), *Velferdsstatens forsømte gruppe* Oslo: Utvalgsrapport fra Rådet for psykisk helse
- Hofoss, Dag (1980), *Spesialisering av helsepersonell – hvorfor og hvordan?* Oslo: Gruppe for helsetjenesteforskning
- Husbanken (1994), *Retningslinjer fra Den Norske Stats Husbank for oppstartingsstilskudd til boliger tilrettelagt for heldøgns pleie og omsorg og sykehjem*. Husbankens rundskriv nr: HB-1262
- Hvinden, Bjørn (1985), «Utbrenthet i velferdssektoren – et nøddrop med ære?» i Denstad B. og L.I.Terum (red.) *Omsorgsyrkene. Dilemma i utdanning og arbeid*. Oslo: INAS
- Jensen, Karen (1992), *Hjemmebasert omsorg i offentlig regi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Jensen, Randi Behn (1995) *Klart for arbeidslag*. Sammendrag av foredrag holdt av Sølvi Knutsen. Oslo: Samfunn for Alle 2/1995
- Jensen, Thor og Øivind Brit Pedersen, Ingvild Røe, Eva Shaathun (1995), *Prossesser i Oslo Kommunes psykiatriprosjekt*. Bergen: SEFOS, Universitetet i Bergen
- Karasek, Robert A. (1979) *Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain: Implications for Job Redesign* Administrative Science Quaterly, vol. 24
- Karlsen, Olav Kåre (1995), *Framstilling og sammenligning av ytelser ved dødsfall og yrkesskader etter hovedtariffavtalens fellesbestemmelser, paragrafene 10 og 11, for kommuneansatte og lov om yrkesskadeforsikring*. Prosjektoppgave til forsikringskandidateksamen
- Kristiansen, Kristjana (1994), *Normalisering og Verdsetjing av Sosial Rolle*. Oslo: Kommuneforlaget
- Lie, Bente (1987) *Et yrke tar form – en analyse av hjemmehjelpernes yrkesrolle og yrkesutdanning*. Oslo: Hovedoppgave ved institutt for sosiologi, Universitet i Oslo
- Lillestø, Britt (1995), *Den besværlige omsorgen*. Oslo: Helse- og sosialforum 3/1995.
- Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø, 04.02.1977 med endringer av 06.01.1995
- Lov om godkjenning av sykepleiere, 08.01.1960 nr. 1
- Lov om godkjenning m.v. av helsepersonell, 14.06.1974 nr. 47
- Lov om helsetjenesten i kommunene, 19.06.1982, nr. 66
- Lov om sosiale tjenester m.v., 13.12.1991, nr. 81
- Lov om yrkesskadeforsikring, 16.06.88 nr. 22

Lystad, Anne (1992), *Sett «diagnose» på arbeidsmiljøet! Internkontroll som virkemiddel til reduksjon av belastningslidelser?* Oslo: Norsk Sykepleierforbund

Lystad, Anne (1993), *Personlig sikkerhet i arbeidsmiljøet! Internkontroll som virkemiddel til bedre personlig sikkerhet?* Oslo: Norsk Sykepleierforbund

Markussen, Eifred (1994), «Funksjonshemmet – Hvem snakker vi om?» i Markussen (red.), *Menneskeverd – funksjonshemmet i Norge*. Oslo: Ad Notam, Gyldendal

Mastekaasa, Arne (1990), *Sykefraværet i 1990-åra: Tendens til økende kjønnsforskjeller*. Oslo: Søkelys på arbeidsmarkedet 2/1990

Midtsundstad, Tove (1994a), *Yrke, utdanning og fagorganisering. Yrkesfaglig satsning i helse- og omsorgs sektoren*. Oslo: Fafo

Midtsundstad, Tove (1994b), *Miljøarbeid eller saksbehandling? Kompetansebehovet blant barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere*. Oslo: Fafo

Mintzberg, Henry (1983), *Power In and Around Organisations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall

Mjåland, Ingebjørg (1996), *Om ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming. Planlegging, gjennomføring og organisering i Stovner bydel*. Semesteroppgave ved Universitetet i Tromsø.

Moland, Leif (1991), *Kompetanse eller tidsfordriv?* Oslo: Fafo

Moland, Leif (1994), *De små grå. Deltidsarbeid og ansettelsesformer i kommunene*. Oslo: Fafo

Munch, Marianne (1993), *Mot i pannen – vett i brystet*. Oslo: Sosialdepartementets utviklingsprogram om aldersdemens, rapport nr. 7, Info-banken

Myrvang, Robert (1994), *Levekårssvikt og ansvarsforvitring* i Markussen (red.) *Menneskeverd – funksjonshemmet i Norge*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Nagel, Anne Lise (1991), «Kommunene og velferden» i Anne Hilde Nagel (red.), *Velferds-kommunen*. Oslo: Alma Mater Forlag

Nergaard, Kristine og Torgeir Stokke (1996), *Midlertidige ansettelser i norsk arbeidsliv*. Oslo: Fafo

Nordhaug, Odd (1990a), «Personalopplæring og organisasjon» i O. Nordhaug (red.) *Kompetansestyring*. Oslo: TANO

Nordhaug, Odd (1990b), «Personalopplæring i Norge» i O. Nordhaug (red.) *Læring i organisasjoner*. Oslo: TANO

Norsk Kommuneforbund (1994), *Diverse artikler*, Oslo: Fagbladet 16/94

- Norsk Kommuneforbund (1996), *Mannlige ansatte mest utsatt for vold* Oslo: Fagbladet 1/96
- Norsk Sykepleierforbund. *Survey om de psykiatriske helsetjenestene*, gjennomført av Opinion 1995
- Norsk Sykepleierforbund. Sykepleien nr. 13, 1995
- NOU 1987:10 *Internkontroll i en samlet strategi for arbeidsmiljø og sikkerhet*
- NOU 1987:32 *Internkontroll i virksomhetenes og tilsynsorganenes arbeide med arbeidsmiljø og sikkerhet*
- NOU 1990:13 *Forslag til ny lov om kommuner og fylkeskommuner*
- NOU 1992:1 *Trygghet – Verdighet – Omsorg*
- NOU 1994:8 *Kompetanseutviklingsarbeidet for psykisk utviklingshemmede*
- Nylehn, Børre (1992), *Integrering i kommunale organisasjoner*. Bodø: Nordlandsforskning
- Næss, Sturle og Kari Wærness (1994), *Arbeidssituasjonen i hjemmebasert omsorg*. Bergen: SEFOS, Universitetet i Bergen
- Næss, Sturle og Kari Wærness (1995), *Fra pasient til bruker*. Bergen: SEFOS, Universitetet i Bergen
- Næss, Sturle og Kari Wærness (1996), *Bedre omsorg? Kommunal eldreomsorg 1980-1995* Bergen: SEFOS, Universitet i Bergen
- Oslo kommune (1995), *Personalhåndbok*
- Ot. prp. nr. 49 1987-88 *Midlertidig lov om avvikling av institusjoner og kontrakter om privatpleie under det fylkeskommunale helsevesenet for psykisk utviklingshemmede*
- Ot. prp. nr. 36 (1980-81), *Om lov om helsetjenesten i kommunene*
- Ot. prp. nr. 48 (1985-86), *Om lov om endringer i (...) lov om helsetjenesten i kommunene og i andre lover*
- Pape, Arne (1991), *Videreopplæring og utdanningsforskjeller*. Oslo: Handel og Kontor 1/1991
- Pedersen, Axel West (1996), *Sykefraværet og arbeidslinja*. Oslo: Fafo
- Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede 1994-1997
- Ressurssenter for Omsorgstjenester: Rapporter fra konsulentoppdrag i om lag 30 kommuner. Konferanserapporter og årsmeldinger
- Romøren, Tor Inge (1994a), «Helsetjenesten» (kap. 5) i Hatland, Aksel og Stein Kuhnle, Tor Inge Romøren (red.), *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam, Gyldendal

Romøren, Tor Inge (1994b), «Eldreomsorg» (kap. 6) i Hatland, Aksel og Stein Kuhnle, Tor Inge Romøren (red.), *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam, Gyldendal

Romøren, Tor Inge (1995), «Reformen for psykisk utviklingshemmede» i Romøren (red.), *HVPU-reformen i forskningens lys*. Oslo: Ad Notam, Gyldendal

Romøren, Tor Inge og Johans T. Sandvin (1994), «Omsorgen for psykisk utviklingshemmede» i Hatland, Aksel og Stein Kuhnle, Tor Inge Romøren (red.), *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam, Gyldendal

Rønning, Rolf (1992), *Samordning – vil vi ha det?* i R. Andersen (red.): *Samordning under lupen*. Oslo: Tano

Rådet for belastningslidelser: Prosjektplan for prosjektet: *Reduksjon av belastningslidelser i pleie- og omsorgssektoren*. Hordaland 1992 eller 93

Sandvin, Johans Tveit (1992), «Fra særomsorg til særlig omsorg – om organisering av kommunale tjenester for mennesker med psykisk utviklingshemming», Bodø: Nordlandsforskning 1992. Arbeidsnotat nr.1008/92. Publisert i Visnes, Tor (1992): *Fra særomsorg til særlig omsorg*. Oslo: Universitetsforlaget

Selvik, Arne (1994) *Omstilling* Industriøkonomisk institutt: Bergen

Schein, Edgar H (1997), *Organisasjonskultur og ledelse. Er kulturendring mulig?* Oslo: Mercuri Media Forlag

Skaar, Solveig (red.1994), *Internkontroll – ørkenvandring eller veien til det forgjettede land?* Stavanger: SINTEF-IFIM og Rogalandsforskning

Skjerve, Jan (1992), «Etiske synspunkter i arbeidet med mennesker med psykisk utviklingshemming» i Tor Visnes (red), *Fra særomsorg til særlig omsorg*. Oslo: Universitetsforlaget

Skogheim, Dag og Aslak Syse (1994), *I gode og onde dager*. Oslo: Ad Notam, Gyldendal

Skogstad, Anders og Stige B. Maththiesen, Odd Hellesøy (1990), *Hjelpepleiernes arbeidsmiljøkvalitet*. Bergen: FAHS, Universitetet i Bergen

Skogstad, Anders (1996), *Nytenkning og omtanke innenfor knappe rammer. Arbeidsmiljøutvikling innen pleie- og omsorgstjenester*. Bergen: Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen

Skogstad, Magne (1992), «Nettverksarbeid i praksis» i Tor Visnes (red.), *Fra særomsorg til særlig omsorg*. Oslo: Universitetsforlaget

Skaara, Jone og Aase Sitter (1994), *Kvalitetssikring og sertifisering av norske kommuner i henhold til NS-ISO 9000 standarden*. Trondheim: SINTEF og Rogalandsforskning

Sosial- og helsedepartementet: *HVPU-reformen*. Rundskriv I-17/90

Sosial- og helsedepartementet : *Utkast til rundskriv om Kvalitet i pleie og omsorgstjenestene* 1996

Sosial- og helsedepartementet, 1997: Opplysninger fra kommunene om avvikling av HVPU. Upublisert.

Stortingsmelding nr. 67 (1986-87), *Ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemma*

Stortingsmelding nr. 41 (1987-88), *Nasjonal helseplan*

Stortingsmelding nr. 34 (1988-89), *Om boligpolitikk for 1990-åra.*

Stortingsmelding nr. 47 (1989-90), *Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming*

Strengenhagen, Ellen (1994), *Kvaliteten i eldreomsorgen*, Rapport fra utvalg nedsatt av Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund

Stangvik, Gunnar (1994), *Funksjonshemmede inn i lokalsamfunnet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Terum, Lars Inge (1982), *Profesjonell ekspansjon under statleg vern*. Tromsø: Universitetet i Tromsø

Toft, Astrid (1996) *Sitt eget beste*. Oslo: Kommuneforlaget

Tøssebro, Jan (1995a), «En utvidelse av velferdsstaten?» i Romøren (red.), *HVPU-reformen i forskningens lys*. Oslo: Ad Notam, Gyldendal

Tøssebro, Jan (1995b), «Hjemmeboende som B-lag?» i Romøren (red.), *HVPU-reformen i forskningens lys*. Oslo: Ad Notam, Gyldendal

Vetvik, Einar (1992), «HVPU-reformen: Sosialpolitisk løft – eller løftebrudd?» i Tor Visnes (red.), *Fra særomsorg til særlig omsorg*. Oslo: Universitetsforlaget

Wasskog, Evy og Aslaug Hetle (1994), *Sørumsprosjektet – et kompetanseutviklingsprosjekt. Delrapport 1*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet

Wuttudal, Kari (1995), *Organisering av hjemmetjenester: Et møte mellom to kulturer*. i Romøren (red.), *HVPU-reformen i forskningens lys*. Oslo: Ad Notam, Gyldendal

Wærness, Kari (1975), *Kvinneres omsorgsarbeid i den ulønnede produksjon*. Arbeidsnotat nr 80, Levekårsundersøkelsen.

Wærness, Kari (1991), «Kan desentralisering hindre at storbyens offentlige omsorgstjenester «industrialiseres»?» i Anne Hilde Nagel (red.), *Velferdskommunen*. Oslo: Alma Mater Forlag

Wærnes, Kari (1992), «Den medisinske/tekniske kulturs dominans over omsorgskulturen?» i Rune Andersen (red.), *Samordning under lupen*. Oslo: TANO

Vedlegg: Spørreskjema

OPINION AS

=====

SPØRREUNDERSØKELSE BLANT KOMMUNALT ANSATTE

31. JANUAR - 23. FEBRUAR 1996

INTRODUKSJON

Ditt fagforbund har sammen med fire andre fagforbund, Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund bedt Forskningsstiftelsen Fafo om å gjennomføre en spørreundersøkelse om ansettelsesforholdene og arbeidsmiljøet i kommunene. OPINION har i den forbindelse fått i oppdrag å intervju 2600 kommunalt ansatte. Vi håper derfor at du kan avse noen minutter (ca 10 - 15 min.) og svare på noen spørsmål.

1. Er du i arbeid, eller har du hatt noe arbeid siste to måneder, på en kommunal arbeidsplass? I tilfelle har du heltids- eller deltidsstilling?

- 1: Heltid
- 2: Deltid
- 3: Nei=>AVSLUTT/UTENFOR MÅLGRUPPEN

2. Hvilken stilling har du på denne arbeidsplassen?

- 1: Hjemmehjelper
- 2: Hjelpepleier
- 3: Pleieassistent
- 4: Sykepleier
- 5: Miljøterapeut, vernepleier (3-årig høyskoleutdanning)
- 6: Miljøarbeider (videregående skole, ufaglærte)
- 7: Merkantilt ansatt
- 8: Vaktmester
- 9: Renholder
- 10: Barnehageassistent
- 11: Annet

3. Hvilken kommune arbeider du i?

4. Når begynte du på din nåværende arbeidsplass? Vi vil gjerne vite årstall og måned.

5. Hvilken tilknytning har du til arbeidsstedet?

Er du...

- 1: Fast ansatt
- 2: Midlertidig ansatt =>GÅ TIL 9
- 3: Ansatt i vikariat =>GÅ TIL 9
- 4: Ekstrahjelp =>GÅ TIL 9
- 5: På arbeidsmarkedstiltak, KAJA=>GÅ TIL 9
- 6: Annet =>GÅ TIL 9
- 7: Ikke sikker =>GÅ TIL 9

6. HVIS FAST ANSATT

Når fikk du fast ansettelse? Vi vil gjerne vite år og måned.

HVIS FAST HELE TIDEN=>GÅ TIL SPM 9

7. HVIS IKKE FAST HELE TIDEN

Hva er grunnen til at du ikke har hatt fast stilling hele tiden?

- 1: Jeg ba ikke om det tidligere
- 2: Arbeidsgiver ville eller kunne ikke gi meg fast stilling før
- 3: Annet
- 4: Ikke sikker

8. Hva var årsaken til at du til slutt fikk fast stilling?

- 1: Fordi jeg først nå ba om det
- 2: Kommunen gav etter for langvarig press fra meg
- 3: Kommunen gav etter for press fra fagforening
- 4: Jeg sto for tur etter en naturlig periode med midlertidig engasjement
- 5: Som følge av den nye arbeidsmiljøloven
- 6: Annet
- 7: Ikke sikker

9. Har du skriftlig arbeidskontrakt med arbeidsgiver?

- 1: Ja
- 2: Nei =>GÅ TIL 14
- 3: Ikke sikker =>GÅ TIL 14

10. HVIS SKRIFTLIG ARBEIDSKONTRAKT

Når fikk du det? Vi vil gjerne at du angir årstall og måned?

11. Hva slags avtale om arbeidstid har du i denne jobben? Har du...

- 1: Avtale om fast arbeidstid pr.uke
- 2: Avtale om arbeidstid som varierer (turnus e.l.)
- 3: Ingen fast avtale om arbeidstid
- 4: Ikke sikker

12. HVIS AVTALE OM FAST ARBEIDSTID

Hva er gjennomsnittlig avtalt arbeidstid pr uke (i timer)?

13. Avviker den avtalte arbeidstiden fra den tiden du faktisk jobber? I tilfelle hva er den gjennomsnittlige faktiske arbeidstiden pr uke?

(0 KODES SOM «IKKE AVVIK» - 99 SOM «IKKE SIKKER»)

14. HVIS IKKE AVTALE OM ARBEIDSTID ELLER IKKE SIKKER

Hva er gjennomsnittlig arbeidstid pr uke (i timer)?

15. HVIS DELTID I SPM 1

Ønsker du lengre avtalt/gjennomsnittlig arbeidstid forutsatt at inntekten øker tilsvarende?

- 1: Ja
- 2: Nei
- 3: Ikke sikker

16. HVIS IKKE FAST I SPM 5

Ønsker du å få fast jobb der du er nå?

- 1: Ja
- 2: Nei
- 3: Ikke sikker

17. HVIS IKKE FAST I SPM 5

Har du forsøkt å få fast arbeid der du er nå?

- 1: Ja
- 2: Nei
- 3: Ikke sikker

18. HVIS IKKE FAST I SPM 5

Har du forsøkt å få fast arbeid andre steder siden du startet å arbeide der du er nå?

- 1: Ja
- 2: Nei
- 3: Ikke sikker

19. På mange arbeidsplasser er det vanlig at de ansatte er dekket av kollektive forsikringsavtaler. Dette kan være livsforsikring, yrkesskade, hjem, vanlig ulykkesforsikring eller andre forsikringsavtaler. Disse forsikringsordningene er det arbeidsgiver som har ansvaret for å administrere. Vi snakker her altså ikke om private forsikringer eller forsikringer knyttet til fagforeningsmedlemskap.

Er du tilknyttet en gruppelivsforsikring på arbeidsplassen?

- 1: Ja
- 2: Nei =>GÅ TIL 21
- 3: Ikke sikker =>GÅ TIL 21

20. HVIS KJENNSKAP TIL AT MAN HAR ORDNING

Hvor godt eller dårlig kjenner du til hva ordningen dekker og hvilke utbetalingsbetingelser som gjelder?

- 1: Svært godt
- 2: Ganske godt
- 3: Passe
- 4: Mindre godt
- 5: Liten eller ingen kjennskap
- 6: Ikke sikker

21. Er du tilknyttet noen yrkesskedeforsikring på arbeidsplassen?

- 1: Ja
- 2: Nei =>GÅ TIL 23
- 3: Ikke sikker =>GÅ TIL 23

22. HVIS YRKESSKADEFORSIKRING

Hvor godt eller dårlig kjenner du til hva ordningen dekker og hvilke utbetalingsbetingelser som gjelder?

- 1: Svært godt
- 2: Ganske godt
- 3: Passe
- 4: Mindre godt
- 5: Liten eller ingen kjennskap
- 6: Ikke sikker

23. Er der på arbeidsplassen en person som er forsikringskontakt? I tilfelle vet du hvem som er forsikringskontakt?

- 1: Har ikke forsikringskontakt
- 2: Har forsikringskontakt, men vet ikke hvem
- 3: Har forsikringskontakt, og vet hvem
- 4: Ikke sikker

HVIS SVART 1- 6 PÅ SPM 3 STILLES SPØRSMÅLENE 24 - 50

24. Hvor er din hovedarbeidsplass? Er det på....

- 1: Et syke- eller aldershjem
- 2: Bolig eller institusjon for psykisk utviklingshemmede
- 3: I hjemmebasert omsorg
- 4: Kombinert institusjons- og hjemmetjeneste
- 5: Dagsenter
- 6: Annet

25. Hvor ofte yter du tjenester til følgende pasient- eller brukergrupper?

a) Eldre LES OPP

- 1: Ofte
- 2: Av og til
- 3: Aldri
- 4: Ikke sikker

b) Personer i andre aldersgrupper med fysiske hjelpebehov
IKKE PSYKISK UTVIKLINGSHEMMEDE LES OPP

- 1: Ofte
- 2: Av og til
- 3: Aldri
- 4: Ikke sikker

c) Psykisk utviklingshemmede LES OPP

- 1: Ofte
- 2: Av og til
- 3: Aldri
- 4: Ikke sikker

d) Personer med psykiske lidelser LES OPP

- 1: Ofte
- 2: Av og til
- 3: Aldri
- 4: Ikke sikker

e) Personer med sosiale problemer LES OPP

- 1: Ofte
- 2: Av og til
- 3: Aldri
- 4: Ikke sikker

26. Hvilken betegnelse bruker du vanligvis når du omtaler de du hjelper?
- 1: Pasienter
 - 2: Klienter
 - 3: Brukere
 - 4: Kunder
 - 5: Annet
27. HVIS 2, 3, eller 4 I SPM 24 STILLES SPM 27 - 36
Hvor mange <betegnelse> hjelper du vanligvis pr dag?
28. Har du faste <betegnelse> du går til?
- 1: Ja, alle
 - 2: Ja, noen
 - 3: Nei
 - 4: Ikke sikker
29. Tiden man bruker hos ulike <betegnelse>r kan variere en del? Hva vil du anslå den korteste tiden du bruker hos en <betegnelse> til å være? (svar i minutter)
30. Hva vil du anslå den lengste tiden du bruker hos en <betegnelse> til å være?
31. Synes du at du har tilstrekkelig tid til hver <betegnelse>, litt knapp tid, eller alt for liten tid?
- 1: Tilstrekkelig =>GÅ TIL 35
 - 2: Litt knapp tid
 - 3: Alt for liten tid
 - 4: Varierer
 - 5: Ikke sikker =>GÅ TIL 35
32. HVIS IKKE TILSTREKKELIG TID
Hender det at du må forlate en <betegnelse> før du har fullført det du skal gjøre? I tilfelle er dette ofte eller av og til?
- 1: Ja, ofte
 - 2: Ja, av og til
 - 3: Nei =>GÅ TIL 35
 - 4: Uoppgitt =>GÅ TIL 35
33. HVIS OFTE ELLER AV OG TIL PÅ SPM 32
Hva skyldes dette? LES OPP FLERE SVAR MULIG
- 1: Tidspress
 - 2: Faglige problemer
 - 3: Uoverenstemmelser med <betegnelse>
 - 4: Andre årsaker
 - 5: Ikke sikker

34. HVIS OFTE ELLER AV OG TIL I SPM 32

Hvilke konsekvenser tror du det har for <betegnelse> at du må forlate vedkommende før du er ferdig? FLERE SVAR MULIG

- 1: Ingen betydning
- 2: Redusert sosial omsorg
- 3: Redusert pleie
- 4: Redusert renhold
- 5: Redusert trening, rehabilitering
- 6: Annet
- 7: Ikke sikker

35. HVIS JOBBET MER ENN 2 ÅR PÅ SAMME ARBEIDSPASS I SPM 4

Vil du si du har mer eller mindre tid pr <betegnelse> i dag enn tidligere?

- 1: Mer tid
- 2: Omtrent som før
- 3: Mindre tid
- 4: Ikke sikker

36. HVIS JOBBET MER ENN 2 ÅR PÅ SAMME ARBEIDSPASS

I SPM 4

Har du inntrykk av at de samlede tjenestene til <betegnelse> er bedre eller dårligere enn for noen år siden?

- 1: Mye bedre
- 2: Noe bedre
- 3: Omtrent som før
- 4: Noe dårligere
- 5: Mye dårligere
- 6: Ikke sikker

37. Har du hatt sykefravær i løpet av de siste 3 måneder? I tilfelle har det vært med eller uten sykemelding?

- 1: Ikke sykefravær ==>GÅ TIL 40
- 2: Sykefravær med melding
- 3: Sykefravær uten melding
- 4: Sykefravær både med og uten melding
- 5: Ikke sikker ==>GÅ TIL 40

38. HVIS SYKEFRAVÆR I SPM 37

Hvor mange ganger har du hatt sykefravær siste 3 måneder?

39. HVIS SYKEFRAVÆR I SPM 37

Hvor mange dager tilsammen har du hatt sykefravær siste 3 måneder?

40. Arbeider du vanligvis alene eller sammen med kolleger?

- 1: Alltid alene ==>GÅ TIL 42
- 2: Som oftest alene ==>GÅ TIL 42
- 3: Av og til alene
- 4: Som oftest sammen med andre
- 5: Alltid sammen med andre
- 6: Ikke sikker ==>GÅ TIL 42

41. HVIS 3, 4, eller 5 I SPM 40

Hvor ofte samarbeider du med følgende yrkesgrupper?

a) Vernepleiere

1: Ofte

2: Av og til

3: Sjelden eller aldri

4: Ikke sikker

b) Miljøarbeidere

1: Ofte

2: Av og til

3: Sjelden eller aldri

4: Ikke sikker

c) Hjelpepleiere

1: Ofte

2: Av og til

3: Sjelden eller aldri

4: Ikke sikker

d) Ufaglærte

1: Ofte

2: Av og til

3: Sjelden eller aldri

4: Ikke sikker

e) Sykepleiere

1: Ofte

2: Av og til

3: Sjelden eller aldri

4: Ikke sikker

f) Hjemmehjelpere

1: Ofte

2: Av og til

3: Sjelden eller aldri

4: Ikke sikker

g) Andre (f.eks. sosionomer, barnevernspedagoger, leger, o.l.)

1: Ofte

2: Av og til

3: Sjelden eller aldri

4: Ikke sikker

42. Jeg skal nå lese opp noen påstander om arbeidsforhold. Jeg vil gjerne vite om du er helt eller delvis enig, eller helt eller delvis uenig i den enkelte påstand?

a) Jeg ville ha skiftet jobb hvis jeg kunne fått noe annet

1: Helt enig

2: Delvis enig

3: Både og

4: Delvis uenig

5: Helt uenig

6: Ikke sikker

b) Jeg drøfter ofte og regelmessig mine oppgaver og min arbeidssituasjon med mine overordnede

- 1: Helt enig
- 2: Delvis enig
- 3: Både og
- 4: Delvis uenig
- 5: Helt uenig
- 6: Ikke sikker

c) Jeg drøfter ofte og regelmessig mine oppgaver og min arbeidssituasjon med kolleger

- 1: Helt enig
- 2: Delvis enig
- 3: Både og
- 4: Delvis uenig
- 5: Helt uenig
- 6: Ikke sikker

d) Ansvar for <betegnelse> føles ofte som en tung belastning

- 1: Helt enig
- 2: Delvis enig
- 3: Både og
- 4: Delvis uenig
- 5: Helt uenig
- 6: Ikke sikker

e) Vi samarbeider nært med de pårørende

- 1: Helt enig
- 2: Delvis enig
- 3: Både og
- 4: Delvis uenig
- 5: Helt uenig
- 6: Ikke sikker

f) Jeg synes vi gir et godt tjenestetilbud til våre brukere

- 1: Helt enig
- 2: Delvis enig
- 3: Både og
- 4: Delvis uenig
- 5: Helt uenig
- 6: Ikke sikker

g) Jeg opplever at mitt bidrag er viktig for at avdelingen jeg jobber i skal få utført sine oppgaver på en god måte

- 1: Helt enig
- 2: Delvis enig
- 3: Både og
- 4: Delvis uenig
- 5: Helt uenig
- 6: Ikke sikker

- h) Jeg får god informasjon om planer, endringer og ellers det som skjer i avdelingen
- 1: Helt enig
 - 2: Delvis enig
 - 3: Både og
 - 4: Delvis uenig
 - 5: Helt uenig
 - 6: Ikke sikker
- i) Jeg har stadig en følelse av at jeg ikke strekker til i jobben jeg har
- 1: Helt enig
 - 2: Delvis enig
 - 3: Både og
 - 4: Delvis uenig
 - 5: Helt uenig
 - 6: Ikke sikker
- j) Jeg har en så klar arbeidsinstruks at jeg aldri er i tvil om hva som er mine oppgaver
- 1: Helt enig
 - 2: Delvis enig
 - 3: Både og
 - 4: Delvis uenig
 - 5: Helt uenig
 - 6: Ikke sikker
- k) Jeg jobber så selvstendig at jeg selv kan vurdere hvordan jeg vil takle saker som vedrører mitt arbeide
- 1: Helt enig
 - 2: Delvis enig
 - 3: Både og
 - 4: Delvis uenig
 - 5: Helt uenig
 - 6: Ikke sikker
- l) Jeg får sjelden tilbakemelding fra ledelse og kolleger på det det arbeidet jeg gjør
- 1: Helt enig
 - 2: Delvis enig
 - 3: Både og
 - 4: Delvis uenig
 - 5: Helt uenig
 - 6: Ikke sikker
- m) Samarbeidet mellom hjemmetjenesten og de andre tjenestene i kommunen er meget bra
- 1: Helt enig
 - 2: Delvis enig
 - 3: Både og
 - 4: Delvis uenig
 - 5: Helt uenig
 - 6: Ikke sikker

43. I hvilken grad vil du si at tjenestene for de psykisk utviklingshemmede er blitt en del av de ordinære pleie- og omsorgstjenestene i kommunen?

- 1: I stor grad
- 2: I noen grad
- 3: I mindre grad
- 4: I liten eller ingen grad
- 5: Ikke sikker

44. Hender det at du gruer deg for å gå på jobb? I tilfelle er det ofte, av og til, eller en sjelden gang?

- 1: Ja, ofte
- 2: Ja, av og til
- 3: En sjelden gang=>GÅ TIL 46
- 4: Nei =>GÅ TIL 46
- 5: Ikke sikker =>GÅ TIL 46

45. HVIS 1 ELLER 2 I SPM 43

Har noen av følgende forhold betydning for at du gruer deg for å gå på jobb?

LES OPP FLERE SVAR MULIG

- 1: Truende eller vanskelige brukere
- 2: Faglig usikkerhet
- 3: Hardt arbeidspress
- 4: Dårlige samarbeidsforhold
- 5: Ingen av delene

46. Jeg skal nå lese opp noen ubehagelige situasjoner eller hendelser man kan oppleve i forbindelse med arbeidet. Har du selv blitt utsatt for.....

a) Utskjelling?

I tilfelle har dette vært fra <betegnelse>, pårørende, kollega eller overordnet?

- 1: Nei
- 2: Flere ganger fra <betegnelse>
- 3: En gang fra <betegnelse>
- 4: Fra pårørende
- 5: Fra kollega eller overordnet
- 6: Uoppgitt

b) Fysisk aggresjon?

I tilfelle har dette vært fra <betegnelse>, pårørende, kollega eller overordnet?

- 1: Nei
- 2: Flere ganger fra <betegnelse>
- 3: En gang fra <betegnelse>
- 4: Fra pårørende
- 5: Fra kollega eller overordnet
- 6: Uoppgitt

c) Ubehagelig seksuell oppmerksomhet

I tilfelle har dette vært fra <betegnelse>, pårørende, kollega eller overordnet?

- 1: Nei
- 2: Flere ganger fra <betegnelse>
- 3: En gang fra <betegnelse>
- 4: Fra pårørende
- 5: Fra kollega eller overordnet
- 6: Uoppgitt

d) Beskyldninger om dårlig utført arbeid eller sommel
I tilfelle har dette vært fra <betegnelse>, pårørende, kollega eller overordnet?

- 1: Nei
- 2: Flere ganger fra <betegnelse>
- 3: En gang fra <betegnelse>
- 4: Fra pårørende
- 5: Fra kollega eller overordnet
- 6: Uoppgitt

e) Beskyldninger om tyveri eller ødeleggelse av gjenstander
I tilfelle har dette vært fra <betegnelse>, pårørende, kollega eller overordnet?

- 1: Nei
- 2: Flere ganger fra <betegnelse>
- 3: En gang fra <betegnelse>
- 4: Fra pårørende
- 5: Fra kollega eller overordnet
- 6: Uoppgitt

47. HVIS UTSATT FOR NOEN AV FORHOLDENE I 46

Har du tatt opp dette med noen? I tilfelle med hvem?

FLERE SVAR MULIG

- 1: Nei
- 2: Uformelt med kollega
- 3: Private venner, familie
- 4: Overordnet
- 5: Verneombud
- 6: Bedriftshelsetjenesten
- 7: I faglig veiledningsgruppe
- 8: Andre
- 9: Ikke sikker

48. Har dere rutiner for skriftlig rapportering av slike ubehagelige hendelser, eller uhell og skader på avdelingen?

- 1: Ja
- 2: Nei
- 3: Ikke sikker

49. Har du fått opplæring på arbeidsplassen i å takle truende <betegnelse>?

- 1: Ja
- 2: Nei
- 3: Ikke sikker

50. Har dere verneombud på din arbeidsplass? I tilfelle kjenner du til hvem som er verneombud?

- 1: Ja, kjenner til hvem som er
- 2: Ja, men kjenner ikke hvem
- 3: Nei, har ikke verneombud=>GÅ TIL 52
- 4: Ikke sikker =>GÅ TIL 52

51. HVIS VERNEOMBUD

I hvilken grad har du inntrykk av at verneombudet har innflytelse på spørsmål som vedrører arbeidsmiljøet?

- 1: Stor grad
- 2: Noen grad
- 3: Mindre grad
- 4: Ikke i det hele tatt
- 5: Ikke sikker

52. Har du hørt om Internkontroll for Helse, Miljø og Sikkerhet?

- 1: Ja
- 2: Nei =>GÅ TIL 57
- 3: Ikke sikker =>GÅ TIL 57

53. HVIS JA PÅ SPM 52

Er internkontrollsystem innført på din arbeidsplass?

- 1: Ja
- 2: Nei =>GÅ TIL 57
- 3: Ikke sikker =>GÅ TIL 57
- 4: Er under innføring

54. HVIS JA ELLER UNDER INNFØRING PÅ SPM 53

Er det laget handlingsplaner for gjennomføring av Helse, Miljø og Sikkerhetstiltak på din arbeidsplass?

- 1: Ja
- 2: Nei =>GÅ TIL 57
- 3: Ikke sikker =>GÅ TIL 57

55. HVIS JA PÅ SPM 54

Er denne gjennomgått på avdelingsmøte eller i andre sammenhenger på arbeidsplassen?

- 1: Ja
- 2: Nei =>GÅ TIL 57
- 3: Ikke sikker =>GÅ TIL 57

56. HVIS JA PÅ SPM 55

Har du deltatt eller hatt mulighet til å delta i utformingen av en slik handlingsplan?

- 1: Ja
- 2: Nei
- 3: Ikke sikker

57. Er det foretatt kartlegginger av arbeidsmiljøet på din arbeidsplass?

- 1: Ja
- 2: Nei
- 3: Ikke sikker

58. Har du hatt besøk av verneombud og tjenesteleder i forbindelse med gjennomføring av vernerunde?

- 1: Ja
- 2: Nei
- 3: Ikke sikker

59. Har du hatt besøk av bedriftshelsetjenesten eller andre som har undersøkt arbeidsmiljøet for deg?

- 1: Ja
- 2: Nei
- 3: Ikke sikker

60. Jeg skal i det følgende lese opp noen utsagn angående kompetanseoppbygging og opplæring på arbeidsplassen. Jeg vil gjerne vite om du er helt eller delvis enig, eller helt eller delvis uenig i det enkelte utsagn?

a) Det gis god opplæring til nytilsatte

- 1: Helt enig
- 2: Delvis enig
- 3: Både og
- 4: Delvis uenig
- 5: Helt uenig
- 6: Ikke sikker

b) Det er nok fagutdannet personell på min arbeidsplass

- 1: Helt enig
- 2: Delvis enig
- 3: Både og
- 4: Delvis uenig
- 5: Helt uenig
- 6: Ikke sikker

c) Jeg har tilstrekkelige fagkunnskaper i forhold til den jobben jeg gjør

- 1: Helt enig
- 2: Delvis enig
- 3: Både og
- 4: Delvis uenig
- 5: Helt uenig
- 6: Ikke sikker

d) Jeg får ofte og regelmessig faglig veiledning

- 1: Helt enig
- 2: Delvis enig
- 3: Både og
- 4: Delvis uenig
- 5: Helt uenig
- 6: Ikke sikker

e) Jeg får ikke brukt kompetansen min i den stillingen jeg nå har

- 1: Helt enig
- 2: Delvis enig
- 3: Både og
- 4: Delvis uenig
- 5: Helt uenig
- 6: Ikke sikker

f) Jeg savner et større faglig miljø

- 1: Helt enig
- 2: Delvis enig
- 3: Både og
- 4: Delvis uenig
- 5: Helt uenig
- 6: Ikke sikker

g) På min arbeidsplass er det få kolleger på samme faglige nivå og fagfelt som meg

- 1: Helt enig
- 2: Delvis enig
- 3: Både og
- 4: Delvis uenig
- 5: Helt uenig
- 6: Ikke sikker

h) Opplæringstilbudet er blitt dårligere de siste 2 årene

- 1: Helt enig
- 2: Delvis enig
- 3: Både og
- 4: Delvis uenig
- 5: Helt uenig
- 6: Ikke sikker

61. Hender det at du i jobben står overfor en situasjon eller faglig utfordring du er i tvil om hvordan du skal takle? I tilfelle er det ofte eller av og til?

- 1: Ja, ofte
- 2: Ja, av og til
- 3: Nei =>GÅ TIL 63
- 4: Ikke sikker =>GÅ TIL 63

62. HVIS 1 ELLER 2 PÅ SPM 61

Hvis du står overfor en situasjon eller faglig utfordring du er i tvil om hvordan du skal takle, hva gjør du vanligvis?

- 1: Konfererer med en kollega
- 2: Ber en overordnet om hjelp
- 3: Løser situasjonen på egen hånd
- 4: Utsetter eller unngår situasjonen
- 5: Ikke sikker

63. Har du fått noen form for organisert opplæring eller utdanning i form av kurs eller liknende på nåverende arbeidsplass i løpet av 1994-95?

LÆRETID ELLER KURS I FORBINDELSE MED TILLITSVALGTARBEID OG ARBEIDSMILJØLOV
REGNES IKKE MED

- 1: Ja
- 2: Nei =>GÅ TIL 65
- 3: Ikke sikker =>GÅ TIL 66

64. HVIS JA I SPM 63

Hvor mange ganger i løpet av 1994-95 mottok du slik opplæring eller utdanning?

65. HVIS NEI I SPM 63

Hvilke av følgende grunner var den viktigste for at du ikke fulgte noen kurs i 1994-95? Var det fordi du ikke fikk tilbud om det, fikk avslag etter å ha søkt, var det fordi du ikke søkte om det, eller var det andre grunner til at du ikke fulgte noen kurs?

- 1: Fikk ikke tilbud
- 2: Fikk avslag etter å ha søkt
- 3: Søkte ikke
- 4: Andre grunner
- 5: Ikke sikker

66. Har du utdanning utover allmennutdanningen din? I tilfelle hva er den høyeste utdanningen du har? Med allmennutdanning tenker vi her på allmennfaglig utdanning på grunn- eller videregående skole.

- 1: Nei
- 2: Fagbrev Tekniske fag
- 3: Fagbrev Helse- og sosialfag
- 4: Fagbrev Annet
- 5: Hjelpepleie Yrkesfaglig
- 6: Barnepleie Yrkesfaglig
- 7: Tekniske fag Yrkesfaglig
- 8: Hjemmehjelper Yrkesfaglig
- 9: Annen Yrkesfaglig utdanning
- 10: Sykepleierutdanning Høyskole
- 11: Vernepleierutdanning Høyskole
- 12: Barnevernspedagog Høyskole
- 13: Sosionom, sosialkurator Høyskole
- 14: Lærer, førskolelærer Høyskole
- 15: Annen 3-årig Høyskoleutdanning
- 16: 1-3-årig Universitetsutdanning
- 17: Mer enn 3-årig Universitetsutdanning

67. Har du gjennomgått noen form for videre- eller etterutdanning etter at du ble yrkesaktiv? I tilfelle hva?

LES OPP

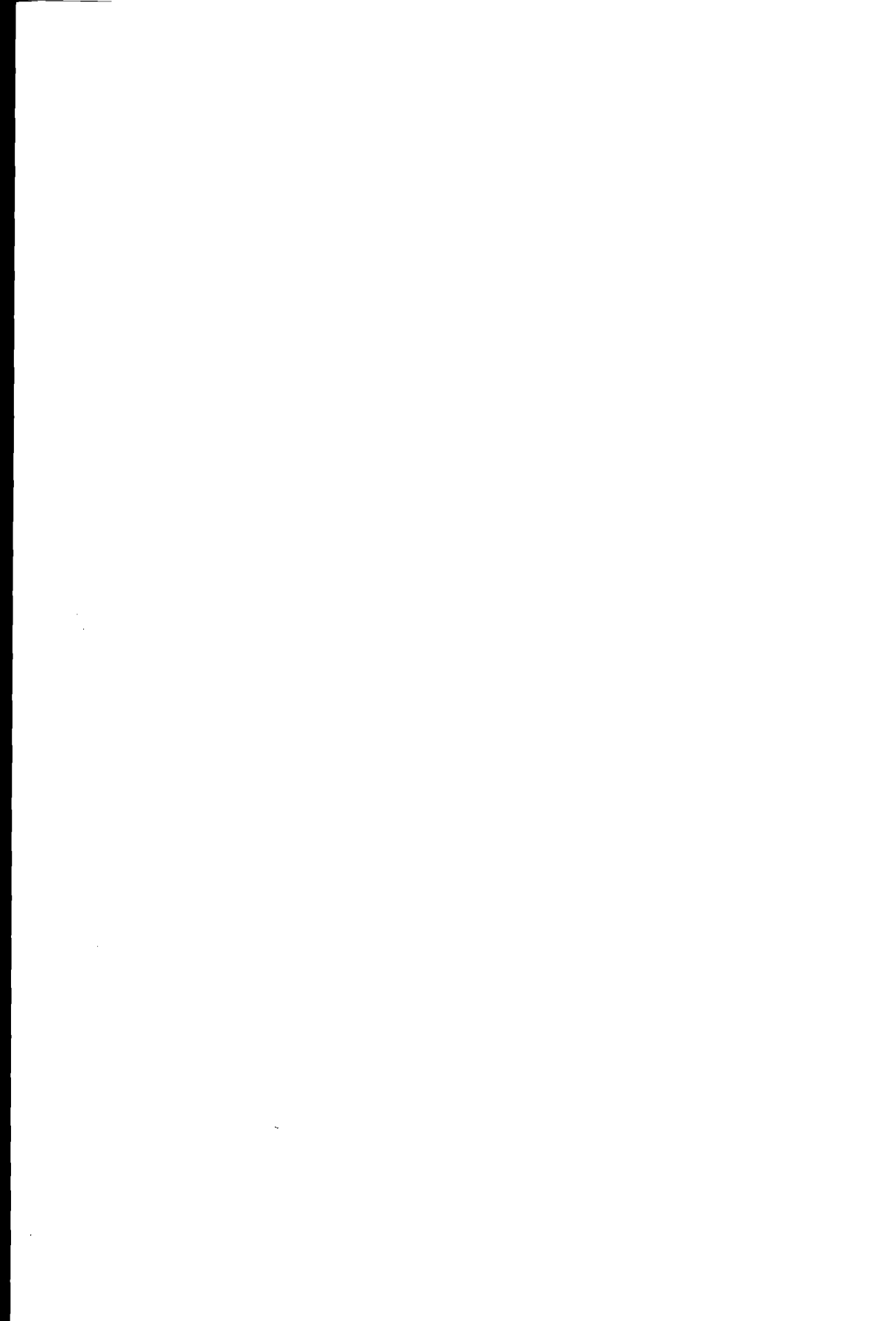
- 1: Faglige oppdateringskurs 1-3 dager
- 2: Etterutdanningskurs på mer enn 3 dager
- 3: Videreutdanning, halvt år eller mer
- 4: Nei
- 5: Ikke sikker

68. HVIS SVART 1-6 PÅ SPM 3

Har du i din grunnutdanning eller i etter- eller videreutdanning av minst 3 måneders varighet fått opplæring innen...

- a) Psykiatri
- 1: Som eget emne
- 2: Som del av et større opplegg
- 3: Nei
- 4: Ikke sikker

- b) Ledelse
1: Som eget emne
2: Som del av et større opplegg
3: Nei
4: Ikke sikker
- c) Vernepleie
1: Som eget emne
2: Som del av et større opplegg
3: Nei
4: Ikke sikker
- d) Geriatri
1: Som eget emne
2: Som del av et større opplegg
3: Nei
4: Ikke sikker
69. Stemmer det at du er organisert i <navn organisasjon>?
1: NKF
2: NHS
3: KFO
4: NSF
5: FO
6: Annen organisasjon
7: Ikke organisert
8: Ikke sikker
70. Hvilket årstall er du født?
71. Kjønn?
1: Mann
2: Kvinne



Ingen grenser?

Denne boken beskriver organiseringen av de samlede pleie- og omsorgstjenestene og de senere års forskning omkring HVPU-reformen og om arbeidsmiljøet i kommunene. Deretter drøftes blant annet:

- Hvor stort er omfanget av deltidsarbeid og korttidsansettelser i kommunene? Er det blitt færre *små og grå* stillinger etter 1995 da adgangen til bruk av midlertidige ansettelser ble begrenset?
- Klarer kommunene å yte tjenester som holder et faglig forsvarlig nivå og samtidig er økonomisk mulig å gjennomføre? Hva betyr reformene og kravet til effektivisering for kvaliteten på tjenestene til brukerne?
- Hvor stort er omfanget av fysisk aggresjon, ubehagelig seksuell oppmerksomhet og andre arbeidsbelastninger? Hva gjøres for å redusere omfanget og konsekvensene av disse belastningene?
- Fabrikkarbeideren har sin arbeidsmiljølov, men hvor godt passer den der «produktet» er omsorg og arbeidsplassen er private hjem? Kan internkontroll for helse-, miljø og sikkerhet bidra til å redusere sykefraværet eller antallet ansatte som gruer seg for å gå på jobb?

Boken er et resultat av to prosjekter hvor Norsk Kommuneforbund og Sosial- og helsedepartementet har vært oppdragsgivere.



Fafo

Forskningsstiftelsen Fafo

Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen

N-0608 Oslo

[HTTP://www.fafo.no](http://www.fafo.no)

Fafo-rapport 221

ISBN 82-7422--185-0