

# Sykehusorganisasjoner sett med personalets øyne

**Bakgrunn.** Omorganisering er blitt det nye svaret på hvordan sykehus skal forbedres uten å øke utgiftene. Spørsmålet er om vi har kunnskap nok om sykehus som organisasjoner. Et bidrag til ny kunnskap er informasjon fra personalet.

**Materiale og metode.** HELTEF gjennomførte tverrsnittstudier av helsepersonell ved norske sykehus i 1998, 2000 og 2001. Spørreskjemaet kartlegger hvordan leger, sykepleiere og hjelpepleiere opplever arbeidet i sykehus ved følgende dimensjoner: generell jobbtrivsel, arbeidsbelastning, ledelse, arbeidsorganisering, faglig og personlig arbeidsmiljø, kompetanse, samarbeid, kontinuitet og arkitektur. I denne artikkelen presenteres data fra 2000-undersøkelsen.

**Resultater.** Totalt sier 75 % av 1 832 respondenter at de er tilfreds med jobben. Pleiere er mer fornøyd enn leger. Små sykehus er en bedre arbeidsplass enn store på nesten alle områder. Yngre arbeidstakere og personale med ikke-norsk bakgrunn er mindre fornøyd med generell arbeidstrivsel, kompetanse og arbeidsorganisering. Ledelse, arbeidsorganisering og muligheter for fagutvikling fremstår som viktig for arbeidstrivsel i sykehus. Pleiepersonale og leger motiveres av ulike trekk ved arbeidsorganisasjonen.

**Fortolkning.** Norske sykehus ser ut til å være organisert for en stab av erfarne og stabile medarbeidere mer enn for dagens og fremtidens situasjon med unge, uerfarne og mobile helsearbeidere.

I de senere år har mange stilt spørsmål ved hvor gode sykehus vi har i Norge. Det er ikke enkelt å besvare. Sykehuseiere og ledere vil ofte svare ved å vise til produktivitet og økonomiske resultater. Helsepersonell vil se på faglig nivå og kliniske parametere, og pasienter vil tenke på om sykehuset møtte dem og deres pårørende med kyndighet, respekt og informasjon. Det er enighet om at god organisering er viktig for kvaliteten – hvordan organiseringen virker, er vanskelig å dokumentere.

Internasjonal litteratur gjenspeiler økt bevissthet om at organisatoriske forhold har større betydning for kvaliteten på helsetje-

---

Unni Krogstad  
ukrogstad@heltef.no  
Marijke Veenstra  
Ingeborg Strømseng Sjetne  
Randi Østhus  
John-Arne Røttingen  
HELTEF (Stiftelse for  
helsetjenesteforskning)  
Akershus universitetssykehus  
Postboks 55  
1474 Nordbyhagen

---

Krogstad U, Veenstra M, Sjetne IS, Østhus R, Røttingen J-A.

## The hospital organisation as the staff see it.

*Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1890–4*

**Background.** Reorganisation has become the slogan of how to improve health service without increasing expenses. The question is whether we have the knowledge necessary to build good hospital organisations. The inside information of staff members is one important source for information about hospital organisation.

**Material and methods.** The Foundation for Health Services Research performed surveys among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals in 1998, 2000 and 2001. The questionnaire maps the following dimensions of hospital work: general job satisfaction, workload, leadership, work organisation, professional and personal feedback, competence, continuity, cooperation and architecture. This article presents data from the 2000 study.

**Results.** About 75 % out of 1,832 respondents claim to be satisfied with their jobs, nurses more so than doctors. Small hospitals are experienced as a better place to work than large ones in nearly all respects. Younger employees and staff with a foreign cultural background are less satisfied with their jobs, work organisation and skills. Leadership, professional development as well as personal and professional support seem to be important for job satisfaction in hospitals. Different organisational features motivate doctors and nursing staff.

**Interpretation.** Hospitals seem to be organised for experienced and Norwegian staff. The actual situation is high personnel turnover with young, inexperienced and mobile health professionals.

---

nester enn tidligere antatt (1–4). Det er ikke nok at den enkelte lege eller sykepleier er godt kvalifisert. Både infrastruktur, arbeidsprosesser og arbeidsklima må være innrettet på å løse stadig mer kompliserte oppgaver på stadig kortere tid.

Triaden struktur – prosess – resultat har vært benyttet i helsesektoren for å forenkle studier av organisasjoner (5). Strukturelle aspekter ved sykehusorganisasjonen, slik

som organisasjonsplan, beslutningslinjer, instruksjer og prosedyrer, er relativt godt dokumentert. Ressursmessige forutsetninger for arbeidet i sykehus er kjent via SAMDATA-rapportene (6). Vi kjenner også resultater i form av økonomisk regnskap, kliniske endepunkter og etter hvert pasienterfaringer (7).

Prosessene vet man imidlertid mindre om. Trekk som lederstil, samarbeidskultur, realkompetanse, kontinuitet og fleksibilitet i systemet vil nødvendigvis prege både prosesser og resultater (8, 9). Mange av disse aspektene ved organisasjoner har vært samlet i begrepet organisasjonskultur, som også har fått økende oppmerksomhet, blant annet i sammenheng med sykehuskvalitet (10–13). Oppsummeringen så langt er at vi mangler empirisk grunnlag for å analysere arbeidsprosesser i sykehus. Spørsmålet er hvor denne kunnskapen finnes og kan innhentes.

En kilde kan være pasientene. Pasienterfaringer har fått økende legitimitet som en av flere kilder til kunnskap om kvalitet i sykehus (14). På bakgrunn av HELTEFs studier av pasienterfaringer i norske sykehus kan vi kort si at pasienter er mest tilfredse med personalet (leger og pleiere) og minst med organiseringen (7, 15).

Mye av aktiviteten i sykehus er imidlertid ikke direkte synlig for pasienter. Både rutinemessig aktivitet og den uformelle og improviserte virksomheten som må tilpasses en uforutsigbar arbeidssituasjon, foregår bak kulissene. Personalet blir dermed nødvendige informanter om viktige deler av organisasjonen. I de fleste personalundersøkelser har arbeidsmiljø og jobbtilfredshet vært de endelige mål for analysene (16–19). I denne artikkelen ønsker vi å beskrive systematiske forskjeller i personalets erfaringer med sykehusorganisasjoner uten å sammenlikne enkeltsykehus. Tre ulike perspektiver diskuteres. Hvordan erfare sykehusorganisasjoner av personell på små og på store sykehus? Hvordan erfares ulike typer sykehusenheter av det samlede personalet? Hvilke faktorer ved organiseringen har størst betydning for arbeidstrivselen for tre ulike yrkesgrupper? Vårt anliggende her er ikke individenes opplevelser, men å beskrive trekk ved sykehusorganisasjonen, som grunnlag for videre forskning.

## Metode og materiale

### Undersøkelsen

Høsten 2000 gjennomførte HELTEF spørreundersøkelser blant helsepersonell ved 11

norske sykehus. Deltakende sykehus (benevnt med 2000-navn) var: Sentralsykehuset i Akershus, Haukeland Sykehus, Region-sykehuset i Tromsø (disse tre blir i artikkelen slått sammen og kalt «store sykehus»), Ringerike sykehus, Bærum Sykehus, Diakonhjemmets sykehus, Lister Sykehus, Mandal Sykehus, Orkdal Sanitetsforenings sykehus, Fylkessykehuset på Stord og Kongsgård Sykehus (de siste åtte får benevnelsen «små sykehus»).

Inklusjonskriteriene forutsatte at respondentene var ansatt og i aktivt arbeid i minst 50 % stilling. Totalt 2 936 spørreskjemaer ble sendt ut til pleiepersonale og leger (tab 1). Det ble sendt en purring etter fire uker. I analysene til denne artikkelen har vi ekskludert personalet fra fødeavdeling, mottak, anestesi- og operasjonsavdelinger og beskriver resultatene fra leger, sykepleiere og hjelpepleiere som arbeider ved kliniske sengeposter. Her er hjerteavdeling, lungeavdeling, revmatologisk, neurologisk og generell medisinsk avdeling slått sammen til medisinsk avdeling. Tilsvarende inkluderer kirurgisk avdeling her ortopedisk, nevrokirurgisk og gynekologisk avdeling i tillegg til generell kirurgisk avdeling.

#### Spørreskjemaet

Spørreskjemaet har vært utviklet i flere trinn, blant annet på bakgrunn av Legekårsundersøkelsen fra 1993 og personalstudier gjennomført av HELTEF i 1994, 1996 og 1998 (publisert som interne sykehusrapporter). Før 1998-undersøkelsen ble det gjennomført deltakende observasjon i sykehus, intervjuer i fokusgrupper med personale og pilotundersøkelse ved to sykehus. Skjemaet som ble brukt i 2000, var gjenstand for ytterligere revidering på bakgrunn av eksplorerende faktoranalyse av 1998-materialet og tilbakemeldinger fra sykehus som deltok i 1998. Skjemaet inneholder fem hoveddimensjoner bestående av bakgrunnsvariabler, spørsmål om generell arbeidstrivsel, arbeidsbelastning, psykososialt arbeidsmiljø og organisering av arbeidet. Alle dimensjoner er belyst ved flere spørsmål. I denne artikkelen har vi analysert 15 enkeltspørsmål hentet fra alle dimensjoner (tab 2). Spørsmålene er formulert dels som utsagn og dels som spørsmål med ulike skalatyper. Alle skalaer er kodet slik at høyeste skåre er «mest tilfreds». Positive erfaringer er definert som de to mest positive svarmuligheter på en fempunktsskala og de tre mest positive på en tidelt skala (tab 2).

#### Statistisk analyse

Sammenhengen mellom demografiske karakteristika og tilfredshet med ulike arbeidsområder ble analysert ved multippel lineær regresjon. Forskjeller mellom avdelings- og sykehustyper er testet med Pearsons khikvadrattest. Sammenhenger mellom ulike trekk ved arbeidsorganisasjonen og arbeidstrivsel ble analysert ved hjelp av multippel li-

**Tabell 1** Utvalget i artikkelen fordelt på aldersgrupper, yrkesgrupper, kulturell bakgrunn og organisatorisk tilhørighet. Prosent. N = 1 832

Alder (år)	< 30	30–39	40–49	50–59	> 60	Prosent av totalmaterialet
Sykepleiere	34,8	32,6	22,5	8,1	1,9	60
Hjelpepleiere	11,3	16,5	33,6	32,8	5,8	21
Leger	9,8	37,5	24,5	21,6	6,6	19
Norske <sup>1</sup>	22,7	28,9	26,9	17,6	3,9	90
Ikke-norske	30,9	38,2	19,9	8,8	2,2	10
Kirurgiske avdelinger <sup>2</sup>	26,0	29,3	24,7	16,6	3,4	42
Medisinske avdelinger	26,8	30,9	24,8	14,4	3,1	58
Store sykehus <sup>3</sup>	28,5	31,1	22,8	14,2	3,4	55
Små sykehus	22,1	28,7	28,6	16,6	3,9	45

<sup>1</sup> Kulturell bakgrunn er dikotomisert 1 = norsk, 2 = ikke-norsk. (137 svarte at de hadde ikke-norsk bakgrunn. Av disse er ca. 100 fra andre land i Norden. Spørsmålet om kulturell bakgrunn hadde ca. 25 % ikke-svarere, mens andre spørsmål hadde ca. 5 %)

<sup>2</sup> Kirurgisk avdeling består her av ortopedisk, nevrokirurgisk og gynekologisk avdeling i tillegg til generell kirurgi. Tilsvarende inkluderer medisinsk avdeling, hjerte, lunge, revmatologisk, neurologisk og generell medisin

<sup>3</sup> Store sykehus er her (med 2000-navn) Sentralsykehuset i Akershus, Haukeland Sykehus og Regionsykehuset i Tromsø. Resten er her definert som små

near regresjon med generell tilfredshet med arbeidet som avhengig variabel. Vi har valgt et signifikansnivå på 5 % med bruk av tilstodige tester. Analysene er utført med statistikkpakken SPSS 10.1.

#### Resultater

Etter én purring fikk vi en samlet svarprosent på 65. Svarandelen varierte ikke mellom kirurgiske og medisinske avdelinger. Pleiepersonale og leger hadde signifikant forskjellig svarandel, henholdsvis 66 % og 62 %. Svarprosenten for sykehusene varierte mellom 56 og 79, med lavest svarandel på store sykehus.

Over halvparten av svarerne var sykepleiere, og mer enn 60 % av disse var under 40 år.

Arbeidsorganiseringen i sykehus erfares ulikt med hensyn til alder og kulturell tilhørighet. Multippel regresjon med alder (dikotomisert til < 40 år og > 40 år) som uavhengig variabel viste signifikant positiv sammenheng med generell tilfredshet ( $\beta = 0,09$ ), arbeidsorganisering ( $\beta = 0,12$ ), oppfølging ( $\beta = 0,11$ ), samarbeid mellom avdelinger ( $\beta = 0,19$ ) og tverrfaglig samarbeid ( $\beta = 0,14$ ). Det var 137 personer som ikke hadde norsk bakgrunn. Når det gjaldt kulturell bakgrunn (dikotomisert til norsk/ikke-norsk) som uav-

**Tabell 2** Spørsmål og utsagn brukt i analysene. Alle spørsmålsskalaer er snudd slik at 1 = lavest tilfredshet og 10 eller 5 = høyest tilfredshet

Skala 1–10	Gjennomsnitt	SD	Antall
Hvordan vil du karakterisere kompetansen til sykepleierne på posten?	7,95	1,57	1 640
Hvordan vil du karakterisere kompetansen til hjelpepleierne på posten?	8,13	1,58	1 569
Hvordan vil du karakterisere kompetansen til legene på posten?	8,19	1,59	1 619
Hvordan opplever du fysisk arbeidsbelastning for tiden?	5,05	2,33	1 816
Hvordan opplever du psykisk arbeidsbelastning for tiden?	4,92	2,17	1 817
Det er god oppfølging og veiledning av nyansatte	6,56	2,63	1 805
Arbeidsorganiseringen er god	6,38	2,45	1 802
Skala 1–5			
Alt i alt, hvor tilfreds er du med jobben din?	3,89	0,75	1 807
Sykehusledelsen legger stor vekt på å beholde sine ansatte	2,57	1,18	1 783
Jeg får den oppmuntring og støtte jeg trenger av min nærmeste leder	3,63	1,04	1 813
Det er godt samarbeid på tvers av avdelinger her på sykehuset	3,28	0,96	1 741
Det er godt tverrfaglig samarbeid på denne posten/seksjonen	4,00	0,81	1 776
Sykehuset har en veldig funksjonell planløsning	2,94	1,03	1 324
Mine forslag til forbedringer tas på alvor	3,63	0,96	1 800
Sykehuset har et godt tilbud når det gjelder faglig utvikling	3,33	1,03	1 811

**Tabell 3** Positive erfaringer med 15 aspekter av arbeidserfaring. Forskjeller mellom små og store sykehus og mellom kirurgiske og medisinske avdelinger testet med khikvadrat-test. (N = 1 832)

Prosent positive svar <sup>1</sup>	Sykehustype			Avdelingstype		
	Små	Store	P	Kirurgisk	Medisinsk	P
Generell tilfredshet	78	69	< 0,001	74	73	0,57
Sykehusledelse vil beholde ansatte	35	12	< 0,001	26	18	< 0,001
Nær leder gir oppmuntring og støtte	62	56	0,01	57	60	0,14
Oppfølging og veiledning	44	47	0,13	42	47	0,06
Arbeidsorganiseringen er god	49	34	< 0,001	39	39	0,97
Fysisk arbeidsbelastning	19	20	0,67	19	21	0,24
Psykisk arbeidsbelastning	19	13	< 0,001	16	15	0,78
Godt samarbeid mellom avdelinger	56	30	< 0,001	45	36	< 0,001
Godt tverrfaglig samarbeid på posten	79	75	0,04	74	80	0,01
Funksjonell planløsning	40	19	< 0,001	32	30	0,46
Forbedringsforslag tas på alvor	60	55	0,03	56	59	0,17
Godt tilbud om faglig utvikling	52	41	< 0,001	47	46	0,92
Sykepleierkompetanse	76	65	< 0,001	69	68	0,69
Hjelpepleierkompetanse	78	71	0,001	76	72	0,05
Legekompetanse	74	79	0,01	76	78	0,92

<sup>1</sup> Positive erfaringer er definert som de to mest positive svarmuligheter på en fempunktsskala og de tre mest positive på en tidelt skala

hengig variabel, viste regresjonen signifikant negativ sammenheng med generell tilfredshet ( $\beta = -0,08$ ) og arbeidsorganisering ( $\beta = -0,11$ ). Vi testet interaksjonene mellom kultur og alder, kultur og kjønn og alder og kjønn, og ingen av disse var signifikante.

På alle områder, bortsett fra spørsmålet om legekompetanse, var andelen respondenter som skåret positivt signifikant større på små sykehus enn på store (tab 3).

Utvalget ble betraktet samlet og fordelt på yrkesgrupper. For det samlede utvalget forklarte de 14 områdene for personalerfaringer 36 % av variansen i generell arbeidstrivsel. Lav psykisk arbeidsbelastning og det å få oppmuntring og støtte fra nærmeste leder var en viktig prediktor for arbeidstrivsel hos alle yrkesgrupper.

Analysene viser litt ulike forklaringsmodeller for arbeidstrivsel (tab 4). Sykepleieres

arbeidstrivsel så ut til å øke ved god arbeidsorganisering, godt tverrfaglig samarbeid og det at ens forslag blir hørt. Hjelpepleierne fremstod med en liknende forklaringsmodell, men her er også egen kompetanse og det å føle seg ønsket av ledelsen viktige prediktorer. Legene vektla kompetansenivå i egen gruppe, i tillegg til et godt tilbud om faglig utvikling.

### Diskusjon

Vi vet at pasienter rapporterer organiseringen av arbeidet som et svakt punkt i sykehus (7). Vårt anliggende i denne studien var å beskrive organisasjonen sett gjennom personalets øyne.

### Organisert for hvem?

Kvinnene rapporterte mer tilfredshet med oppfølging og veiledning enn mennene. Menn derimot var mer fornøyd med samarbeidsforholdene. Det er fortsatt slik i sykehus at kjønn er sterkt knyttet til yrke, og det er nærliggende å koble disse svarene til profesjon. I vårt materiale er ca. 75 % av legene menn og over 90 % av pleiepersonalet kvinner. Våre oversvasjonsstudier kan tyde på at pleiergruppene har mer organisert oppfølging av nyansatte enn legene har (upubliserede data). En annen tolking kan være at forventningene til supervisjon er høyere i legegruppen. Tidligere studier tyder på at mester-svennlæring er viktig i utviklingen av medisinsk kompetanse (20, 21). Det kan være at det er mindre rom for denne typen oppfølging og veiledning i moderne sykehus.

Når det gjelder samarbeid mellom avdelinger, er dette ofte legenes nivå å samarbeide på. Legenes kjennskap til kultur, personer og rutiner på tvers av avdelinger vil ofte være bedre enn pleiergruppene, de har sin tilhørighet til sengeposter. Synet på tverrfaglig samarbeid er også mer positivt blant menn. Et feministisk perspektiv ville antyde

**Tabell 4** Prediktorer for generell arbeidstrivsel for ulike yrkesgrupper i sykehus. Avhengig variabel er generell arbeidstrivsel målt på en femdelte skala. Analysen er gjort for hver enkelt yrkesgruppe separat, samt for totalmaterialet

	β og 95 % konfidensintervall							
	Sykepleiere		Hjelpepleiere		Leger		Totalt	
(Konstantledd)		(1,313–2,10)		(0,47–1,84)		(0,48–2,10)		(1,20–1,82)
Sykehusledelse vil beholde ansatte	0,07	(–0,01–0,10)	0,15	(0,02–0,18)	–0,04	(–0,12–0,06)	0,06	(0,00–0,08)
Nær leder gir oppmuntring og støtte	0,27	(0,14–0,25)	0,30	(0,12–0,31)	0,15	(0,02–0,23)	0,25	(0,14–0,23)
Oppfølging og veiledning	–0,06	(–0,04–0,00)	0,02	(–0,03–0,04)	0,07	(–0,02–0,07)	–0,03	(–0,03–0,01)
Arbeidsorganiseringen er god	0,21	(0,04–0,09)	0,12	(–0,01–0,08)	0,13	(–0,01–0,10)	0,18	(0,04–0,08)
Fysisk arbeidsbelastning	0,01	(–0,02–0,03)	–0,02	(–0,05–0,04)	–0,12	(0,09–0,00)	–0,03	(–0,03–0,01)
Psykisk arbeidsbelastning	0,12	(0,01–0,07)	0,21	(0,02–0,11)	0,25	(0,05–0,15)	0,16	(0,03–0,08)
Godt samarbeid mellom avdelinger	0,04	(–0,03–0,09)	0,05	(–0,06–0,13)	0,02	(–0,10–0,14)	0,04	(–0,01–0,08)
Godt tverrfaglig samarbeid på posten	0,10	(0,03–0,16)	0,02	(–0,10–0,14)	–0,07	(0,23–0,07)	0,06	(0,00–0,11)
Funksjonell planløsning	0,05	(–0,02–0,09)	–0,06	(–0,15–0,05)	–0,04	(–0,13–0,07)	0,00	(–0,04–0,04)
Forbedringsforslag tas på alvor	0,09	(0,01–0,13)	0,04	(–0,07–0,14)	0,15	(0,01–0,24)	0,09	(0,03–0,12)
Godt tilbud om faglig utvikling	0,01	(–0,06–0,07)	0,10	(–0,03–0,18)	0,25	(0,10–0,31)	0,10	(0,03–0,12)
Sykepleierkompetanse	0,01	(–0,04–0,05)	–0,11	(–0,13–0,003)	0,05	(–0,6–0,11)	0,01	(0,03–0,04)
Hjelpepleierkompetanse	0,02	(–0,04–0,06)	0,25	(0,05–0,22)	–0,07	(–0,12–0,05)	0,04	(–0,02–0,06)
Legekompetanse	–0,03	(–0,05–0,02)	–0,01	(0,06–0,05)	0,17	(0,02–0,20)	0,01	(–0,02–0,03)

at samarbeidet foregår på menns premisser (22). Lege- og sykepleierroller har en lang historie, i sosiologisk litteratur analysert som en forlengelse av et tradisjonelt kjønnsrollemønster (23, 24). Gjerberg og medarbeidere hevder at samarbeidsklimaet snarere er dårligere dersom både leger og sykepleiere er kvinner. Ser man på hva som betegnes som samarbeid, er det imidlertid ofte assistanse det dreier seg om (16). Andre hevder at leger i de somatiske akuttavdelingene har et mer negativt syn på samarbeid enn psykiatere og nevner et mer utpreget hierarki, særlig i kirurgiske avdelinger, som en forklaring (25). Vår studie omfatter ikke psykiatriske avdelinger, men vi finner liten forskjell på respondenter fra kirurgiske og indremedisinske avdelinger. Det er et interessant spørsmål hvorvidt ulike oppfatninger om samarbeid skal tilskrives kjønn, profesjon eller spesialitet. Hittil har dette vært vanskelig å skille, men mulighetene bedres etter som kjønnsfordelingen i medisinske spesialiteter endres. Er sykehuset som organisasjon og hierarki mer tilpasset menn enn kvinner?

Eldre arbeidstakere opplever større fysisk arbeidsbelastning, men trives likevel bedre i arbeidet enn yngre. Det kan være slik at eldre helsearbeidere forventer seg og er tilfreds med mindre enn en mer kravstor yngre generasjon, altså at det dreier seg om et generasjonskulturelt fenomen. Det kan imidlertid også være at de minst fornøyde tidlig finner seg annet arbeid og at det etter hvert blir en seleksjon av de mest tilfredse tilbake. Man kan også se forskjellene som uttrykk for at unge helsearbeidere sliter mer med tungt ansvar og liten trening i å håndtere kritiske situasjoner og en komplisert arbeidsorganisasjon. Med økt oppmerksomhet på feil, uhell og erstatningsansvar og stadig økt tidspres kan dette oppleves som ekstra belastende, spesielt for yngre og uerfarne leger (26). Endring i sykepleierutdanningen med mer teori og mindre praksis kan øke uttrykket hos unge sykepleiere. Arbeids erfaring, trygghet og stillinger med mer gunstig arbeidstid og lønn kan også være forklaringer på ulikhet mellom aldersgrupper. Vi vet ikke om denne forskjellen er et kohortfenomen eller et tidstypisk trekk. Et viktig spørsmål blir om sykehusorganisasjoner er tilpasset en eldre og erfaren personalstab, mens de i realiteten har en høy andel unge og uerfarne medarbeidere og en høy personalgjennomtrekk.

Helsearbeidere med ikke-norsk kulturell bakgrunn har lavere generell arbeidstrivsel, er mindre fornøyd med arbeidsorganiseringen og vurderer sin kompetanse som helsearbeider som svakere enn sine norske kolleger, også etter korrigering for kjønn og alder. Andelen respondenter med ikke-norsk bakgrunn er imidlertid liten i dette utvalget og er en sammensatt gruppe. Dette kan likevel bety at man ikke er flinke nok til å ivareta ansatte som har en annen kulturell bakgrunn.

Det bør også undersøkes om de mindre positive beskrivelsene av kompetanse og organisering er uttrykk for en midlertidig kulturell kompetanseforskjell, eller om det her ligger konstruktiv kritikk som man ikke burde overse.

#### *Ulike organisatoriske enheter*

Med unntak av at legenes kompetanse ble vurdert som bedre ved store sykehus, skåret personalet mer positivt på mindre sykehus (tab 3). Her er personalet på linje med pasientene (7). Forskjeller mellom små og store sykehus kan dels forstås i lys av utenforliggende faktorer. Mindre steder med få arbeidsplasser har ofte en mer stabil personalgruppe, med lojalitet og tilhørighet til arbeidsplassen. Det er også naturlig å anta at størrelsen på sykehusorganisasjonen virker inn på hvordan de ansatte opplever oversiktighet, nærhet og kontroll. Store, kompliserte organisasjoner kan virke fremmedgjørende, og personalet identifiserer seg mindre eller de identifiserer seg med lavere nivåer i strukturen. At små sykehus også vurderes som bedre når det gjelder muligheter for faglig utvikling og pleiepersonalets kompetanse, er mer uventet.

Tilfredshet med pleierkompetanse kan forklares med stabilt personale og dermed lang erfaring, men hva som ligger i fagutviklingsmulighetene, bør undersøkes nærmere. Det er mulig at mindre sykehus bevisst satser på fagutvikling for å beholde personalet. Alternativt kan det tenkes at personell med høye faglige ambisjoner dreneres til de store sykehusene, og at dette funnet dermed reflekterer personalets karriereløp og forventninger snarere enn trekk ved sykehusene.

Ansatte ved kirurgiske avdelinger opplevde i større grad at sykehusledelsen la vekt på å få beholde dem enn ansatte ved medisinske avdelinger gjorde. Det kan være grunn til å undersøke om dette har sammenheng med arbeidsbelastning og personellgjennomtrekk. Det er en utfordring for medisinske avdelinger å styrke sine ansattes følelse av å være verdsatt. Forklaringen på at ansatte ved kirurgiske avdelinger i større grad er fornøyd med samarbeidet på tvers av avdelinger, kan være deres rutinemessige samarbeid med anestes- og operasjonsavdelingene. Medisinske avdelinger har ikke tilsvarende samarbeid med andre avdelinger. Derimot så vi at det tverrfaglige samarbeidet rapporteres å være bedre i medisinske avdelinger, noe som kanskje er naturlig ettersom medisinsk observasjon og behandling foregår i samarbeid mellom ulike grupper.

#### *Hva er viktig for arbeidstrivselen?*

Helsepersonell i sykehus er stort sett tilfreds med arbeidet, men det er forskjeller mellom yrkesgrupper. Sykepleiere føler i minst grad at sykehusledelsen legger vekt på å få beholde dem. Sykepleierlekkasje er et kjent problem i sykehus. Dette er et problem for sy-

kehuset som organisasjon, men også for sykepleierne, som får få erfarne kolleger som veiledere på avdelingene. Synlige strategier for å beholde sykepleiere vil derfor være av stor betydning for denne gruppen, både direkte og indirekte. Vi kan heller ikke se bort fra at lønnsnivået, som oppleves som urettferdig lavt, forsterker følelsen av manglende verdsetting.

Vi finner det oppsiktsvekkende at tilbud om faglig utvikling ikke så ut til å ha betydning for pleiergruppens arbeidstrivsel. Studier av sykepleieres utbrenthet og såkalte magnetsykehus i USA konkluderer med at flat organisering, medinnflytelse og videreutdanning er viktig for sykepleiere (27, 28). Her ligger utfordringer til videre studier. Legene skårer lavere enn andre yrkesgrupper i undersøkelsen på spørsmålet om et godt tilbud om faglig utvikling. I tillegg ser vi at denne yrkesgruppens arbeidstrivsel predikeres signifikant av god fagutvikling. Dette er viktige signaler med tanke på hva som motiverer leger til å bli i jobben.

#### *Representativitet og generaliserbarhet*

Svarprosenten i undersøkelsen er 65. Denne varierer mellom sykehusene, og tendensen er at det er lavest svarprosent ved de største sykehusene. Sett i sammenheng med at små sykehus er overrepresentert i dette materialet, er det fare for tolkingsskjevhet i retning av mer positive svar. Utvalget av sykehus og antall respondenter som ligger til grunn for denne artikkelen har likevel en spredning med hensyn til geografi, sykehustyper, avdelinger og yrkesgrupper som vi mener gir grunnlag for å trekke generelle konklusjoner. En viktig påminnelse er at våre respondenter hører sammen i grupper; poster, avdelinger og sykehus, noe som truer forutsetningen om datauavhengighet. Folk som arbeider sammen, vil nødvendigvis ha noen felles erfaringer, de vil også påvirke hverandre. Dette er et konstant problem i analyser av organisasjoner og kan medføre en underverdning av standardfeil.

#### **Konklusjon**

En beskrivende analyse kan bare belyse utvalgte trekk ved sykehus og identifisere områder for videre forskning. Vi vil peke på følgende områder: Yngre helsearbeidere og personell med annen enn norsk kulturell bakgrunn rapporterer mindre positive arbeidserfaringer enn eldre og norske. Et aktuelt spørsmål er om sykehusene er organisert for dagens og fremtidens bemanning.

Personalets erfaringer med arbeidstrivsel, oversikt, organisering og samarbeid i store sykehus bør undersøkes videre med tanke på hvor store enheter det er fornuftig å planlegge i fremtiden.

Nøkkelfaktorer for arbeidsmotivasjon bør studeres nærmere med tanke på fremtidig behov og rekruttering. Spesielle områder er ledelse, organisering og tilbud om faglig utvikling.

