



Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

**Masteroppgave 2023 30 stp**  
Fakultetet for landskap og samfunn

## **Sykefravær og arbeidsmiljøintervensjon i en legeseksjon på et norsk sykehus**

Sickness absence and work environment  
intervention in a medical ward at a  
Norwegian hospital

**Gunhild F. V. Søndergaard**  
Master i folkehelsevitenskap

## Innholdsfortegnelse

1. INTRODUKSJON.....	6
1.1 Formål og problemstilling .....	7
2. BAKGRUNN FOR MASTERPROSJEKTET .....	8
2.1 Hva er sykefravær?.....	8
2.1.1 Sykefravær som folkehelseutfordring .....	8
2.1.2 Sykefravær blant leger i Norge.....	9
2.2 Hva er et arbeidsmiljø?.....	10
2.2.1 Faktorer som påvirker arbeidsmiljøet.....	10
2.2.2 Krav om kartlegging av arbeidsmiljø .....	11
2.3 Arbeidsmiljøintervensjonen «Friskt sykehus» i legeseksjonen.....	12
2.3.1 En vakthavende sykehusleges arbeidsdag .....	12
2.4 Tidligere forskning .....	13
3. TEORI .....	17
3.1 Teoretiske forklaringsmodeller for årsaker til sykefravær .....	17
3.1.1a Modell om krav, kontroll og sosial støtte .....	18
3.1.1b Sosial støtte.....	19
3.2 Sammenhengen mellom innsats og belønning .....	20
3.3 Teorirefleksjon .....	20
4. METODE .....	22
4.1 Kvalitativ tilnærming .....	22
4.2 Forforståelse .....	22
4.3 Intervjuguide .....	23
4.4 Rekruttering og intervjudeltakere.....	24
4.5 Intervjusituasjonen .....	24
4.6 Transkribering og analyse .....	25
4.7 Forskningsetiske overveielser .....	26
5. RESULTATER .....	28
5.1 Den nye legerollen og sykefravær.....	28
5.2 Arbeidsmiljøfaktorer som årsak til sykefravær .....	30
5.3 Arbeidsmiljøfaktorer som buffer mot sykefravær .....	31
5.4 Arbeidsmiljøintervensjonen som dialogskaper .....	33
5. DRØFTING.....	36
5.1 Å utfordre gamle normer - sykefravær som egenpleie.....	36

5.2 Arbeidsmiljøets janusansikt.....	39
5.3 Arena for dialog – å bli sett og hørt i en arbeidsmiljøintervensjon .....	40
5.4 Styrker og svakheter med studien.....	40
6. OPPSUMMERING .....	42
Litteraturliste .....	44
Vedlegg .....	48

## **FORORD**

Denne oppgaven er skrevet og utført i sin helhet av undertegnede. Jeg har selvsagt hatt gode veiledere med meg underveis i prosessen, som min hovedveileder, Kariann Krohne, førsteamanuensis ved NMBU. Kariann har med sitt kloke hode og pedagogiske kløkt ledet meg på riktig vei når jeg har hatt behov for det. I tillegg til henne, har jeg fått god veiledning fra min leder, som med sin utsøkte finesse for tekst og korrekthet, hjalp meg med å finpusse mitt ellers så ordrike språk. Så må jeg takke arbeidsstedet mitt, som har gitt meg anledning til å fullføre masterstudiene ved siden av jobb. Jeg må også få takke leder ved legeseksjonen, som sørget for at jeg kunne få mulighet til å intervju hans ansatte i arbeidstiden. Takk til informanter som så vennlig ga av sin tid og tanker for at jeg i det hele tatt skulle få mulighet til å realisere denne oppgaven! Jeg er takknemlig. Til sist, men ikke minst må jeg rette en stor takk til mine arbeidskollegaer, venner og familie, og da spesielt min mann, som har vært utrolig tålmodig med meg i min periode som litt nevrotisk, rastløs og til tider meget stresset kone og student.

Takk!

Frogner, mai 2023

Gunhild F. Vorren Søndergaard

## **SAMMENDRAG**

**Bakgrunn:** Fra forskning vet man at årsaker til sykefravær kan skyldes faktorer på arbeidsplassen. Man vet også at å rette tiltak mot disse faktorene kan ha en forebyggende effekt. Ved å kartlegge årsaksforholdene og iverksette tiltak, vil man kunne forhindre sykefravær. Kvalitativ forskning på sykefravær og arbeidsmiljøintervensjoner blant sykehusleger er svært begrenset. Mer kunnskap om dette kan bidra til å forstå et stigende sykefravær blant leger.

**Formål:** I denne oppgaven utforsker jeg sykehuslegers tanker om egen yrkesgruppes sykefravær, samt deres tanker om hemmende og fremmende faktorer i eget arbeidsmiljø. Jeg ser også på hvordan de opplever å delta i en arbeidsmiljøintervensjon som er utviklet for enheter med høyt sykefravær, når deres egen enhet har lavt sykefravær. Problemstillingen for oppgaven er: Hvordan erfarer sykehusleger sykefravær, arbeidsmiljø og deltakelse i arbeidsmiljøintervensjonen «Friskt sykehus»?

**Metode:** Jeg gjennomførte semistrukturerte intervjuer med seks leger ved en kirurgisk seksjon ved et stort, norsk sykehus. Utvalget omfatter både kvinner og menn i ulike legesjikt. De er i aldersspennet 27 til 45 år. Systematisk tekstkondensering (STC) er anvendt som analysemetode.

**Resultater:** Resultatene viser en endring i legeyrket de siste årene. Legene forteller om et generasjonsskille, både når det gjelder legerollen på jobb og privat. Et økende sykefravær også for denne yrkesgruppen erfarer de har sammenheng med arbeidsmiljøfaktorer som større arbeidsmengde og opplevelse av stadig mindre kontroll i arbeidet. Samtidig erfarer de at faktorer som et godt psykososialt arbeidsmiljø, sammen med det å føle seg sett, hørt og anerkjent, blant annet gjennom intervensjonen som var en dialogåpner, antas å ha en stabiliserende eller forebyggende effekt på sykefravær.

**Konklusjon:** Det å iverksette en arbeidsmiljøintervensjon viser seg å ha en positiv innvirkning på den enkelte lege og for seksjonen som helhet. Spesielt opplever legene dette som et godt virkemiddel som dialogåpner. Videre viser resultatene at de samme faktorene er utslagsgivende på sykefravær hos leger som hos andre yrkesgrupper. Likevel trengs det mer forskning på hvilke overordnede grep som må tas for at legeyrket skal fortsette å være attraktivt og beholde legene i jobb.

## SUMMARY

**Background:** It is known from research that reasons for sickness absence can be due to factors at the workplace. It is also known that targeting these factors can have a preventive effect. By mapping the causal conditions and taking measures, it will be possible to prevent sickness absence. Qualitative research on sickness absence and working environment interventions among hospital doctors is very limited. More knowledge about this can help to understand increasing sickness absence among doctors.

**Aims:** In this thesis, I explore hospital doctors' thoughts about their own professional group's sickness absence, as well as their thoughts about inhibiting and promoting factors in their own working environment. I also look at how they experience participating in a working environment intervention that has been developed for units with high sickness absence, when their own unit has low sickness absence. The problem for the thesis is: How do hospital doctors experience sickness absence, the working environment and participation in the working environment intervention "Friskt sykehus"?

**Methods:** I conducted semi-structured interviews with six doctors at a surgical department at a large Norwegian hospital. The committee includes both women and men in various levels of medicine. They are in the age range 27 to 45 years. Systematic text condensation (STC) is used as an analysis method.

**Results:** The results show a change in the medical profession in recent years. The doctors talk about a generational divide, both when it comes to the doctor's role at work and privately. Increasing sickness absence also for this occupational group, they experience, is linked to work environment factors such as greater workloads and the experience of less control at work. At the same time, they learn that factors such as a good psychosocial working environment, together with feeling seen, heard, and recognized, among other things through the intervention which was a dialogue opener, are believed to have a stabilizing or preventive effect on sickness absence.

**Conclusion:** Implementing a working environment intervention proves to have a positive impact on the individual doctor and for the section as a whole. In particular, the doctors experience this as a good tool that opens up dialogue. Furthermore, the results show that the same factors are decisive for sickness absence among doctors as among other occupational groups. Nevertheless, more research is needed on which overarching measures must be taken in order for the medical profession to continue to be attractive and to keep doctors in work.

## 1. INTRODUKSJON

Høsten 2016 var sykefraværet ved den kirurgiske klinikken på sykehuset der jeg jobber som rådgiver svært høyt. Klinikken består av flere seksjoner fordelt på pleietjeneste, kontorfaglig tjeneste og legetjeneste. Enkelte seksjoner hadde et sykefravær på opp mot 20 %, og sykefraværet for klinikken samlet var på nærmere 11 %. Klinikkledeledelsen manglet gode verktøy for å kunne gjøre noe med dette og søkte derfor om å få bli med i et arbeidsmiljønettverk gjennom KLP (Kommunal Landspensjonskasse). Gjennom dette nettverket fikk klinikkledeledelsen, via meg som rådgiver og intervensjonsansvarlig, hjelp og støtte både faglig og økonomisk til å starte opp og gjennomføre en arbeidsmiljøintervensjon med formål om å få ned sykefraværet ved klinikken. Intervensjonsperioden for prosjektet vi kalte for «Friskt sykehus» var estimert til 2 år.

Gjennom vår deltakelse i arbeidsmiljønettverket i KLP fikk vi kjennskap til et forskningsprosjekt på et annet norsk sykehus som hadde hatt gode resultater med å redusere sykefravær. Vi ønsket å benytte den samme metoden som dem i vår intervensjon. Metoden er beregnet til bruk på seksjoner med høyt sykefravær og /eller store utfordringer i arbeidsmiljøet. Metoden innebar kartlegging og iverksetting av målrettede tiltak. Tiltakene var basert på faktorer knyttet til psykososialt, organisatorisk, fysisk, kjemisk og biologisk arbeidsmiljø. Forskning viser at tiltak rettet mot disse faktorene har en forebyggende effekt på sykefravær (Knardahl et al., 2016). Disse faktorene ble kategorisert på følgende måte i vår intervensjon: ledelse og organisering, psykososialt arbeidsmiljø og kultur, fag, kvalitet og pasientsikkerhet, fysisk arbeidsmiljø og individuelle forhold. Intervensjonen baserte seg også på innfrielse av kravene i arbeidsmiljøloven.

Vi valgte først å gjennomføre intervensjonen på seksjonene med det høyeste sykefraværet. Metoden omfattet en grundig kartlegging av arbeidsmiljøet per seksjon, der vi benyttet oss av semistrukturerte intervjuer. Med tett oppfølging og forankring i ledelsen, tett involvering av ansatte med tillitsvalgte og verneombud, og jevnlig oppfølging over tid, så vi en vesentlig reduksjon i sykefraværet i de utvalgte seksjonene.

På bakgrunn av dette ble det besluttet å gjøre samme intervensjon i resterende seksjoner i klinikken, uavhengig av om de hadde høyt sykefravær eller ikke. Bakgrunnen for dette var at intervensjonen ikke bare ga gode resultater med nedgang i sykefravær, men også gevinster på forbedring av hvordan man organiserte arbeidet, medarbeiderinvolvering, kommunikasjon og pasientsikkerhet.

Etter de gode resultatene besluttet klinikkledelsen å gjøre intervensjonsmetoden til en integrert måte å arbeide med arbeidsmiljø på. Vi gikk fra prosjekt til implementert arbeidsmetode. Da ble også legetjenesten inkludert, en gruppe som ikke hadde høyt sykefravær. Vi antok at dette kunne være med på å forbedre deres arbeidshverdag og på denne måten forebygge eventuelt framtidig sykefravær. Dette masterprosjektet handler om legenes erfaringer med denne intervensjonen, arbeidsmiljø og deres tanker rundt sykefravær.

Antall leger ved seksjonen for intervensjonen var ved oppstart 12 leger. Det er verdt å nevne at i løpet av tiden som intervensjonen har foregått ved denne seksjonen, har det også skjedd organisatoriske endringer i seksjonen, avdelingen og klinikken som helhet. En av endringene er utvidelse av legestaben fra 12 til 15 leger, og nye arbeidsrutiner på bakgrunn av en større organisasjonsendring. Dette kan ha innvirket på legenes opplevelse av intervensjonen.

### 1.1 Formål og problemstilling

Intervensjonsmetoden vi benyttet oss av var utviklet for enheter med høyt sykefravær og utfordringer i arbeidsmiljøet. Jeg ble derfor nysgjerrig på om de ressursene klinikken og seksjonen brukte på intervensjonen hadde noen innvirkning på arbeidsmiljøet til legene. Videre undret jeg meg over hvordan legene selv opplevde det å skulle være med på en intervensjon utviklet for enheter med høyt sykefravær når de ikke hadde dette selv.

Jeg har i arbeidet med intervensjonen og masteroppgaven funnet svært lite kvalitativ og kvantitativ forskning spesifikt på sykehuslegers erfaringer med sykefravær, arbeidsmiljø eller tilsvarende arbeidsmiljøintervensjoner. Sykehusleger er en yrkesgruppe som står i mange utfordrende situasjoner med menneskeliv i sine hender, de har høy emosjonell belastning og krevende arbeidsoppgaver. Fra forskning vet man at emosjonell belastning er utslagsgivende for nettopp sykefravær (Aagestad et al., 2014).

#### **Min problemstilling ble på bakgrunn av dette følgende:**

Hvordan erfarer sykehusleger sykefravær, arbeidsmiljø og deltakelse i arbeidsmiljøintervensjonen «Friskt sykehus»?

Det er viktig å presisere en begrensning i problemstillingen som ble pålagt av personvernombudet ved sykehuset. Begrensningen ligger i at legene ikke snakker om eget sykefravær, men kun generelt om sykefravær for egen yrkesgruppe. De kunne derimot snakke om arbeidsmiljø og deltakelse i intervensjonen med utgangspunkt i egne erfaringer.



## 2. BAKGRUNN FOR MASTERPROSJEKTET

### 2.1 Hva er sykefravær?

Sykefravær er når man av helsemessige årsaker ikke har mulighet til å utføre arbeidsoppgavene i henhold til de kravene som jobben stiller (Bruusgaard & Claussen, 2010). Ved fravær grunnet sykdom er det to måter å ha lovlig sykefravær på i Norge: Egenmeldt eller legemeldt. Egenmeldt er arbeidstakers melding til arbeidsgiver om midlertidig arbeidsuførhet på grunn av sykdom eller skade, uten å legge frem sykmelding fra lege. Ved langvarig fravær, eller ved sykdomsutløste tilstander som krever lengre fravær enn det som kan tas ut ved egenmelding, kreves det en vurdering fra lege som kan utstede sykmelding for arbeidstakeren (Helsedirektoratet).

#### 2.1.1 Sykefravær som folkehelseutfordring

Norge har høy sysselsetting og lav arbeidsledighet jamført med andre tilsvarende land (SSB, 2023a). Vi er også i toppen av sykefraværstatistikken sammenlignet med for eksempel Sverige, Danmark, Nederland mv (SSB, 2019). Hvis man ser på alle næringer, er det betydelig høyere fravær innen helse- og sosialsektoren. Helse- og sosialsektoren er også den næringen med flest kvinnelige arbeidstakere, og vi vet at kvinner historisk sett har høyere fravær enn menn (Ostby et al., 2018). Vi har de senere årene sett en økning i sykefravær for de aller fleste bransjer i Norge. Man kan anta at økningen har en sammenheng med to år med pandemi og de utfordringene som har fulgt med det. Første kvartal 2023 er sykefraværet for alle næringer i Norge, høyere enn noen gang. Dette gjelder også for helse- og sosialsektoren. Det totale sykefraværet for alle næringer per 2. mars var på 6,71%. For helse- og sosialsektoren var det totale fraværet på 10,3% (SSB, 2023b) (tallene er fra 4. kvartal 2022, men statistikken var klar mars 2023). Hovedtyngden for legemeldt sykefravær i Norge er innenfor kategoriene muskel/skjelettplager og lettere psykiske lidelser.

Den høye sysselsettingen og lave arbeidsledigheten vi har i Norge er til sammen en bærebjelke for det norske velferdssystemet. Man vet fra forskning at høy sysselsetting er en av de viktigste suksessfaktorene for vår velferdsstat. Vi vet også at veien tilbake til jobb kan bli svært lang dersom man faller ut av arbeidslivet (Krokstad, 2021). Dermed blir det å unngå at folk blir sykmeldt, en viktig faktor for opprettholdelse av nettopp velferdsstaten og folkehelsa. Velferdsstaten vår sørger for at man kan opprettholde økonomien og bli ivaretatt økonomisk dersom man skulle bli syk.

Man kan tenke seg at folkehelse i Norge vil trues dersom vi som samfunn fortsetter en negativ utvikling med sykemeldinger og dertil utstøting fra arbeidslivet. Man vet fra forskning at en stor del av vår identitet er knyttet til det å være i arbeid (STAMI, 2021a). Blant annet er det å ha et arbeid tett knyttet opp mot sosial inkludering, verdighet og selvrespekt (Rolfheim-Bye, 2019). Frafall fra arbeidslivet vil derfor kunne ha innvirkning på vår psykiske helse. Ifølge STAMI er det omtrent halvparten av 380 000 yrkesaktive som oppgir at de har psykiske helseplager og som knytter dette opp mot sin egen arbeidssituasjon. Likevel viser forskning at omfanget av psykiske helseplager er lavere hos de som er i jobb enn hos de som ikke er det. Studier viser også at tap av arbeid gir økt risiko for å utvikle psykiske helseplager, samtidig som den psykiske helsen bedres ved tilbakekomst til yrkeslivet (Johannessen et al., 2013).

Helsepersonellkommisjonen la 2. februar 2023, frem sin rapport som tydelig viste Norges utfordring med en markant økende eldre befolkning frem mot 2040 (Bovim et al.).

Kommisjonen pekte på at det ikke vil bli flere hender i helsevesenet og at det dermed vil bli flere pasienter per helse- og omsorgspersonell. Med denne erkjennelsen er vi nødt for å se på hvordan vi kan lage en god helsetjeneste også for framtiden. Kommisjonen sier at det ikke kan handle om flere leger eller sykepleiere, men hvordan man organiserer og bruker helsepersonellressursene. På bakgrunn av dette blir det enda viktigere å arbeide med tiltak som er sykefraværsforebyggende, når det blir flere eldre som trenger helsehjelp, samtidig med at andelen av befolkningen i arbeidsfør alder blir mindre (Bovim et al.).

Det er altså flere grunner til å redusere sykefraværet, herunder både samfunnsmessige og individuelle grunner. Velferdsordningene vi har for sykmeldte i Norge sikrer individet økonomisk trygget i fraværsperioden. Dette er imidlertid en finansiell byrde for staten, en kostnad for næringslivet og et tap for individer som kan bli holdt utenfor de sosiale relasjoner som arbeidslivet representerer. Langvarig sykefravær kan også innebære redusert livsinntekt (Askildsen, 2016). Man kan på bakgrunn av dette si at økt sykefravær er en folkehelseutfordring, da det på sikt kan forringe den økonomiske og sosiale livskvaliteten til mennesker som på grunn av sykefravær ikke står i jobb (Nes et al., 2019). For å minimere arbeidsrelatert fravær er det en forutsetning å jobbe systematisk med forebygging av sykefravær, da man vet at forhold på arbeidsplassen kan påvirke sykefraværet positivt eller negativt.

### 2.1.2 Sykefravær blant leger i Norge

Sykefravær blant leger i Norge har vært blant det laveste for alle yrkesgrupper gjennom flere år. Statistisk sentralbyrå (SSB) publiserte i 2016 årsverkstall for spesialisthelsetjenesten som

viste at mannlige leger hadde klart lavest andel lange fravær med 3 %, mens kvinnelige legers andel samme tid var på 10 %. Selv om denne oppgaven ikke tar for seg kjønnsforskjeller, er det viktig å ta med seg aspektet med at det utdannes flere kvinnelige leger enn mannlige leger nå. 70% av legestudenter var i 2021 kvinner. Totalt er det kjønnslikhet (50/50) blant leger nå (Aasland, 2022). Videre rapporteres det stor økning i antall leger som tar kontakt for kurs og rådgivning om utbrenthet ved Modum bad. Dette illustrerer at det å jobbe som lege er krevende. Tidligere har det vært leger innen psykiatri og allmennlegepraksis som har hatt hovedtyngden av forespørsel til dette tilbudet, mens nå er det økt etterspørsel etter tilbudet fra spesialisthelsetjenestens leger (Eriksen, 2023). Det er altså mye som tyder på at den tradisjonelle legerollen er i endring, både når det gjelder kjønn og sykefravær.

## 2.2 Hva er et arbeidsmiljø?

Arbeidsmiljø handler om det vi gjør på jobben; hvordan vi planlegger, organiserer og til slutt gjennomfører arbeidet. Disse faktorene er like uavhengig av hvor man jobber og kan deles inn i tre ulike områder: psykososialt arbeidsmiljø, fysisk arbeidsmiljø og det kjemiske og biologiske arbeidsmiljøet (STAMI, 2021a). Man vet at disse faktorene er viktig for ivaretagelse av den enkeltes ansattes helse, fravær og frafall fra arbeidslivet. Derfor er det også viktig å arbeide systematisk for at dette skal være så optimalt som mulig på hver enkelt arbeidsplass.

Sykefravær kan fremmes eller hemmes av arbeidsmiljøet. De faktorene som hemmer fravær, er de samme som fremmer. Derfor er det viktig å sette inn tiltak på de faktorene man vet kan fremme et godt arbeidsmiljø og forebygge sykefravær. Et arbeidsmiljø kan være med på å forebygge sykdom og helseplager, fremme motivasjon og trivsel, eller motsatt, være utløsende for sykdom og mistrivsel. Halvparten av alle legebesøk har sammenheng med utfordringer i arbeidsmiljøet (STAMI, 2021a). Videre har et godt arbeidsmiljø også betydning for virksomhetenes resultater. På et sykehus kan man måle dette i forhold til resultater knyttet til pasientbehandling og økonomisk drift.

### 2.2.1 Faktorer som påvirker arbeidsmiljøet

Et velorganisert arbeid med avklarte roller med klare planer og mål er en av faktorene som fremmer et godt arbeidsmiljø. Likeså er det viktig med god balanse mellom krav du har i jobben og kontroll over egen arbeidssituasjon. Dette vet man bidrar til engasjement, opplevelse av tilhørighet og effektive arbeidsprosesser (Karasek, 1979). En tredje faktor er balanse mellom den innsatsen du legger i jobben og belønningen du får. Dette er ikke bare i

form av lønn, men også det som omhandler anerkjennelse og det å bli sett. Enda en faktor er det som omhandler lederskap. Det er viktig for ansatte at ledelsen oppleves som rettferdig og støttende og gir den enkelte tillit og ansvar. Under dette er det også viktig at de ressursene man trenger for å løse oppgavene er til stede. Dersom store endringer, som for eksempel omorganisering, er det viktig med forutsigbarhet (STAMI, 2021b).

En oversiktsartikkel fra 2011, publisert i Tidsskriftet Den Norske Legeforening, viser en signifikant sammenheng mellom sykefravær og forhold på arbeidsplassen (Mehlum). Studien viser at de faktorene som skiller seg spesielt ut som utslagsgivende for fravær er tungt fysisk arbeid, belastende arbeidsstillinger og lav kontroll over arbeidssituasjonen. Videre viser studien at tiltak på arbeidsplassen rettet mot arbeidsforhold som kan bidra til sykefravær, har vist seg å ha en forebyggende effekt. Sykefravær som skyldes ubalanse mellom individuelle ressurser og jobbkrav kan ofte forebygges eller forkortes ved tiltak på arbeidsplassen, uansett hva som er årsaken til denne ubalansen.

### 2.2.2 Krav om kartlegging av arbeidsmiljø

I arbeidsmiljøloven kapittel 3, §3-1 står det om krav til systematisk helse, miljø og sikkerhetsarbeid:

For å sikre at hensynet til arbeidstakers helse, miljø og sikkerhetsarbeid blir ivaretatt, skal arbeidsgiver sørge for at det utføres systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på alle plan i virksomheten. Dette skal gjøres i samarbeid med arbeidstakerne og deres tillitsvalgte (Lovdata, 1977).

Kunnskap om arbeidsmiljøfaktorer med risiko for uhelse og arbeidsrelatert sykefravær, samtidig med kunnskap om de faktorer som fremhever god helse og jobb-engasjement, er fremhevet som viktig for å nå målsetningene i IA-avtalen (Regjeringen, 2019) og ikke minst, målene om et bærekraftig, fremtidig arbeidsliv. Denne kunnskapen kan man tilegne seg ved ulike kartlegginger av arbeidsmiljøet, som for eksempel intervjuer, spørreundersøkelser, vernerunder eller aller helst en kombinasjon av dette. Intervensjonen «Friskt Sykehus» vektlegger partssamarbeidet, der tillitsvalgte, verneombud og ledere jobber tett sammen for å innfri arbeidsmiljølovens krav. De nasjonale målene for IA-avtalen er reduksjon av sykefravær og frafall fra arbeidslivet. Det norske arbeidslivet er preget av høye krav i arbeidet på flere plan. For høye krav kan i neste omgang være en risiko for uhelse og arbeidsrelatert sykefravær (STAMI, 2021a). Dermed er dette enda en grunn til å jobbe målrettet med å forebygge sykefravær.

## 2.3 Arbeidsmiljøintervensjonen «Friskt sykehus» i legeseksjonen

Intervensjonen i legeseksjonen ble igangsatt med kartlegging våren/sommeren 2021. Den startet med å kartlegge seksjonen gjennom et kartleggingsverktøy der legene satt i grupper og diskuterte ulike arbeidsforhold i seksjonen. Legeseksjonen bestod på kartleggingstidspunktet av totalt 12 leger. Det ble utarbeidet en rapport med utgangspunkt i gruppediskusjonene. Denne rapporten ble gjennomgått og en tiltaksplan med utgangspunkt i rapporten ble utarbeidet av ansatte, tillitsvalgte, verneombud og ledere i samarbeid tidlig høst 2021.

Sykefraværet i seksjonen er under 3% og slik har det vært over år. Kartleggingen viste i hovedsak en yrkesgruppe som føler seg sett og hørt av ledelsen og som opplever at de har mulighet for å påvirke sin egen arbeidshverdag. Det psykososiale arbeidsmiljøet er svært godt, både internt i seksjonen og mellom seksjonene i klinikken. De få utfordringsområdene som utpekte seg for denne gruppen var i hovedsak innenfor området fysisk arbeidsmiljø. Legene opplever at lokalitetene er gamle og uhensiktsmessige for dagens aktivitet, og de beskriver fysiske utfordringer i gjennomføring av operasjoner (tungt arbeid). Videre var det noen kommunikasjonsutfordringer knyttet til samarbeid med andre fagområder og til sist noe manglende, systematisk opplæring av nyansatte LiS leger (Leger i spesialisering).

### 2.3.1 En vakthavende sykehusleges arbeidsdag

Som et ledd i å gi en forståelse av sykehuslegenes arbeidsdag, har jeg her tatt utgangspunkt i intervjuene og gir en beskrivelse av hvordan en dag på jobb for dem kan se ut.

Den rollen legene beskriver som mest utfordrende er «å ha vakt». Det vil si å være på jobb i 24 timer av gangen. De er da på sykehuset fra morgenen og frem til klokken 21 på kvelden, for så å dra hjem med vakttelefon, slik at de raskt kan dra tilbake til sykehuset om det skulle være noe akutt. Dersom legen har lang reisevei mellom arbeidet og hjemmet må hele vaktperioden tilbringes på sykehuset.

Den som har vakt er vakthavende for avdelingen og er kontaktpersonen for fastleger/legevakter ute i distriktet. Legen må derfor være tilgjengelig for å kunne konferere med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, utføre tilsyn av pasienter i akuttmottaket, ta imot innleggelse eller besvare generelle spørsmål om behandlingen de kan igangsette utenfor sykehuset. I tillegg bistår vakthavende lege turnuslegene på sykehuset med mottak av pasienter. Vakthavende lege går også visitt på sengeposten. Her tilkommer også oppgaver som å skrive notater på hva som er gjort og observert fra dag til dag, inkludert utskrivelse av pasienter. I tillegg til dette er også en av hovedoppgavene til vakthavende lege å operere pasienter.

## 2.4 Tidligere forskning

I dette kapitlet tar jeg for meg det jeg har funnet fram til av tidligere forskning som er gjort på området om sykefravær, arbeidsmiljø og intervensjoner blant leger. Noen av studiene som ble funnet i søket, omhandlet også andre ansatte ved sykehus. Disse nærliggende studiene inkluderes her, fordi det finnes lite forskning på spesifikt sykehusleger. Jeg gjorde datasøk i PubMed og Medline med søkeordene sick leave\* or sickleave\* or sick absence\* or sickness presen\* or sick day\* or illness day\* or disabilityleave\* kombinert med physician\* or doctor\* or hospital staff\*, kombinert med intervention. For å oppnå best mulig søk, fikk jeg hjelp av bibliotekar i søket. Resultatet ga 126 artikler, som jeg så gikk systematisk igjennom for å finne det som jeg anså relevant for min problemstilling.

Det finnes en del forskning som omhandler temaet om arbeidsmiljøintervensjoner, men svært lite på intervensjoner tilknyttet sykefravær og leger. En dansk studie viste at det å starte en intervensjon på sykehus uten å følge den opp gjorde mer skade enn om man ikke hadde startet intervensjonen. I 6 av 13 enheter der det ble startet en intervensjon, ble det målt en statistisk signifikant forverring etter intervensjonen. Nedgangen var knyttet opp mot måleparametere som omhandlet mellommenneskelige relasjoner og ledelse (Aust et al., 2010). En systematisk gjennomgang av 17 artikler som omhandlet intervensjoner for å få ned sykefravær, viste at kun fire artikler med femten intervensjoner, ga en betydelig effekt på reduksjon av sykefraværet. Gjennomgangen viste at det var få eller ingen effekter knyttet til tverrfaglige intervensjoner, adferdsterapi og videreutdanning. Det var heller ingen effekt knyttet til fysisk aktivitet tilknyttet arbeid. Andre inngrep var for utilstrekkelige for å trekke konklusjoner (Odeen et al., 2013). Som man ser av denne forskningen, kan intervensjoner ha en positiv, negativ, eller ingen effekt.

En studie kalt «Intervensjoner for å minimere legers psykiske dårlige helse og dens innvirkning på arbeidsstyrken og pasientbehandlingen: «Care under pressure realist review» (Carrieri & Briscoe, 2020), beskriver en økende global bekymring for forekomst av psykisk uhelse hos helsepersonell, også leger, og en global bekymring for at dette vil ha negativ innvirkning på pasientbehandlingen. Målet med studien var å forbedre forståelsen av hvordan, hvorfor og i hvilke sammenhenger psykisk helsetjenester og støtteintervensjoner kan utformes for å minimere forekomsten av psykisk uhelse hos leger. Studien viste at leger var mer utsatt for å oppleve psykisk uhelse når de følte seg isolert eller ute av stand til å gjøre jobben sin og når de fryktet konsekvenser av å søke hjelp. Den viste videre at et friskt personale var nødvendig for å kunne utøve trygg og sikker pasientbehandling. Intervensjoner der man vektla

gode relasjoner og tilhørighet på arbeidsplassen var sannsynligvis med på å fremme velvære hos legene. Intervensjoner som bidro til å skape en menneskefokuset arbeidskultur, balansere positiv/negativ ytelse og anerkjennelse positive/negative aspekter ved en medisinsk karriere, hjalp leger til å bli i jobben. At slike intervensjoner var implementert var viktig, men legene måtte ha tillit til intervensjonen for at den skulle være effektiv.

En norsk studie fra 2016, med tittelen «Why hospital physicians attend work while ill? The spiraling effect or positive and negative factors» (Gjaever et al.), undersøkte hvorfor sykehusleger går på jobb selv om de egentlig er for syke til det. Studien fant fire faktorer av betydning for om de valgte å gå på jobb eller ikke. Disse faktorene var egen oppfattelse av sykdom eller evaluering av sykdom, organisatoriske faktorer, kultur og deretter individuelle forhold.

En annen studie av norske leger har sett på effekten av intervensjon ved tilbakekomst etter sykefravær (Isaksson Ro et al., 2012). Studien omhandlet utbrenthet og psykiske plager hos yrkesaktive leger og hvordan dette øker risikoen for suboptimal behandling av pasienter og negative helsekonsekvenser hos de aktuelle legene. Studien peker på at leger generelt er negative til å søke hjelp, spesielt mot psykiske plager. Det ble også undersøkt om forebyggende intervensjoner hadde effekt på sykefravær hos leger. Her ble det konkludert med at intervensjon hadde en prediktiv effekt på følelsesmessig utmattelse blant legene i utvalget etter tre år. Studien viste at sykefravær med intervensjon kunne se ut til å hindre senere utbrenthet og som sådan ha betydning for legene selv og deres pasienter.

En studie om arbeidsplassintervensjoner rettet mot ansatte som kvalifiserte for dette, identifiserte ulike hindre relatert til arbeidet, knyttet opp mot jobbdesign, kommunikasjon, mental arbeidsbelastning og individuelle stressfaktorer. Løsningene til intervensjonen ble knyttet opp mot jobbdesign, kommunikasjon og opplæring. Denne intervensjonen var individrettet, men resultatene i studien konkluderte med bred gjennomførbarhet og positiv effekt for de ansatte og deres ledere (van Oostrom et al., 2009).

Samuel B Harvey m fl gjorde i 2017 en systematisk metaanalyse om arbeidsrelaterte risikofaktorer forbundet med mentale helseproblemer (Harvey et al.). Studien inkluderte tre kategorier av arbeidsrelaterte faktorer som ble identifisert for å forklare hvordan arbeid kan bidra til utvikling av depresjon og/eller angst. Disse kategoriene var ubalansert jobbdesign, usikkerhet og mangel på verdi og respekt på arbeidsplassen. Innenfor disse kategoriene var det moderat bevis fra flere tidligere prospektive studier på at høye jobbkrav, lav jobbkontroll,

høy innsats-belønningsubalanse, lav relasjonell rettferdighet, rollestress, mobbing og lav sosial støtte på arbeidsplassen, er assosiert med større risiko for å utvikle vanlige psykiske lidelser. De fant også at individuelle og organisasjonsmessige intervensjoner rettet mot å minimere psykiske helseproblemer på arbeidsplassen hadde en positiv effekt på å minimere psykiske helseplager og dertil fravær grunnet dette.

Så har jeg valgt å ta med to studier om tidspress. Den ene omfatter sykepleiere og den andre leger. Da det er store likhetstrekk i arbeidshverdagen til disse to yrkesgruppene har jeg valgt å ta med begge to, da de omhandler tidspress og de konsekvenser dette har for pasientsikkerheten, noe legene i studien min i belyser. En systematisk gjennomgang av data om tidspress blant sykepleiere, viste at tidspress kan påvirke kvaliteten og pasientsikkerheten (Lied et al., 2021). Det er nærliggende å tro at dette også er gjeldende for leger. I en studie fra 1997 om «Tidspress blant norske leger» (Falkum et al.) viste opplevelsen av autonomi seg å være den faktoren som sterkest påvirket opplevelsen av tidspress i arbeidet. Legene som opplevde at de hadde stor innflytelse på hvordan planen og organiseringen av arbeidet var, opplevde minst press i jobben sin. Dette leder inn på forskningen til Aasland og Førde som beskrev viktigheten av legers faglige ytringsfrihet; at det er viktig for arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten at den faglige ytringsfriheten ikke begrenses (Aasland & Førde, 2008).

De refererte studiene viser at det er mulig å forebygge sykefravær i noen grad ved effektive intervensjoner på arbeidsplassen. Flere av de presenterte studiene er ofte individrettet mot personer som allerede er i et sykemeldingsforløp og handler om det å komme tilbake i jobb, til tross for forhold på arbeidsplassen som har gitt seg utslag i nettopp sykefravær. Studiene viser en klar sammenheng mellom hvordan arbeidet er organisert og planlagt, i tillegg til psykososiale forhold som for eksempel sosial støtte og anerkjennelse. Dette være seg likeså fysisk som emosjonelt. Man ser blant annet at leger som opplever sosial støtte og har gode relasjoner og der det føles trygt å uttrykke seg og det å be om hjelp, har større sannsynlighet og en buffer for å stå i jobben, til tross for emosjonell belastning. Det at man har buffere som hjelper å balansere en ellers krevende jobb ved sosial støtte fra kolleger og ledere, og det å bli sett og anerkjent for jobben man gjør, kan ansees som predative faktorer. Studiene viser også at intervensjoner rettet mot psykososiale forhold har effekt både på individet og pasientsikkerheten. Samlet sett peker studiene på dette med å føle at man gir verdi til arbeidet, at man føler seg sett og ivaretatt som et moment for om man blir sykemeldt eller ikke. Forskningen viser også noe om viktigheten av det å ha de rette «verktøyene» man har behov for, for å kunne utføre det arbeidet man er satt til, som for eksempel god og riktig opplæring.



Kort oppsummert viser studiene at å ha arbeidsmiljørettede tiltak som kan vise seg å ha effekt for sykefravær versus ikke-fravær er viktig å gjennomføre, så lenge dette følges opp.

Mine datasøk på sykefravær blant leger i PubMed og Medline, gir en god indikasjon på at dette temaet blant leger generelt og sykehusleger spesielt, trenger mer forskning. Det er svært begrenset hva man finner. Det jeg kan se som mangel og som min studie har som formål å avdekke, er kunnskapshull knyttet til sykehusleger og deres erfaringer med sykefraværsforebyggende intervensjoner. Det kan også se ut som om det er et kunnskapshull å tette når det gjelder legers egen formening om hvilke buffere de selv tror gir effekt på sykefravær og forebygging av dette.

### 3. TEORI

Malterud skriver at en studies teoretiske rammeverk hjelper oss å forstå empirien og funnene i en større sammenheng (2017, p. 47). For å kunne forstå sammenhengen mellom sykefravær, arbeid og helse, kreves det kunnskap om arbeidsplassen, arbeidsmiljøet, psykososiale faktorer, individuelle forutsetninger og biologiske helsekonsekvenser (Siegrist, 1996). Under vil jeg belyse følgende:

- Teoretiske forklaringsmodeller for årsaker til sykefravær
- Karaseks og Theorells krav/kontroll/sosial støtte modell
- Siegrist innsats og belønning

#### 3.1 Teoretiske forklaringsmodeller for årsaker til sykefravær

I Norge har vi en offentlig forsikring som skal sikre økonomisk trygghet ved sykdom eller for eksempel behandlingsutgifter ved sykdom. Disse ytelsene kalles trygdeytelser og utløses ved for eksempel sykefravær. Det finnes tre ulike teoretiske forklaringsmodeller for årsak til sykefravær. Alle de tre modellene er basert på hvordan trygdeytelser utløses. Under følger en kort beskrivelse av de ulike modellene (Mykletun, 2010):

**Den trygdemedisinske modellen** fokuserer på de ulike diagnosene som ligger til grunn for trygdeytelsen. Altså retter man inn tiltak (gir en trygdeytelse) for å behandle en diagnose for å få den sykmeldte tilbake i jobb.

**Attraksjonsmodellen** trekker fram at det ofte er et frivillig og rasjonelt valg å motta en trygdeytelse. “Jeg går til legen og sykmelder meg” er en god forklaring på denne modellen. At pasienten “ber” om en sykmelding fra sin lege, basert på egen vurdering av syk/ikke syk. Det er kun i sjeldne tilfeller at legen avslår pasientens ønske om sykmelding (Carlsen & Norheim, 2005).

**Utstøtingsmodellen** forklarer utbetalinger av trygdeytelser på bakgrunn av ufrivillige prosesser, herunder ulike belastninger som skyldes arbeidsmiljøet. Særlig er opplevd misforhold mellom krav og kontroll på arbeidsplassen betegnende for denne modellen. Modellen bygger på sammenhengen mellom høye jobbkrav og lav jobbkontroll. Altså at man har svært liten mulighet for å påvirke tempo eller innhold i sin egen arbeidshverdag. Systematiske litteraturgjennomganger og analyser viser at høye krav og lav kontroll har sammenheng med sykefravær som er relatert til psykiske helseplager (Duchaine et al., 2020) og hjerte- karsykdom (Kivimäki et al., 2012).

De to modellene som belyses under, omhandler nettopp det som beskrives i utstøtingsmodellen. Altså ufrivillige prosesser som skyldes arbeidsmiljøet.

### 3.1.1a Modell om krav, kontroll og sosial støtte

En kjent modell for hva som har påvirkning på hvordan vi opplever vårt arbeidsmiljø, er Robert Karaseks krav-kontroll modell fra 1979 (1979). Modellen retter oppmerksomheten mot rammene for arbeidet og hvordan man har, eller ikke har, mulighet for å påvirke disse. Dette gjelder for eksempel hva som er innhold i jobben og hvilket tempo man skal jobbe i. Etter hvert ble den opprinnelige modellen fra 1979 utvidet med en sosial dimensjon, herav kom krav-kontroll-støtte modellen beskrevet av Karasek og Töres Theorell i 1990 (1990).

Flere studier viser at det å ha høye jobbkrav, med liten mulighet for å kunne bestemme tempo og innhold, kan være årsak til sykefravær (STAMI). Dersom vi ser på tall fra STAMI om opplevd krav/kontroll, sier ca. 23 % av legene/psykologene at de opplever høye jobbkrav og lav kontroll i arbeidet. Totalt sett for alle yrkesgrupper er tallet 16 % (STAMI, 2021a).

Har du høye krav på jobb, og samtidig liten råderett over hvordan jobben skal utføres eller i hvilket tempo, kan dette føre til sykefravær av både psykisk og fysisk karakter. Har du derimot mulighet for å påvirke i hvilket tempo og hvordan du skal utføre arbeidsoppgavene dine, vil du oppleve mestring og utvikling/læring. Så er det en balansegang her også, at det ikke må bli for slapt og passivt. Da stagnerer man og kan miste opplevelse av mestring og utvikling. Fokuset i denne modellen er på arbeidsrelatert stress og sammenhengen mellom helse, arbeid og faktorer i arbeidsmiljøet.

Karasek og Theorell har en tegnet modell som viser det teorien deres forklarer oss. Av hensyn til at det ikke er lovlig å angi slike modeller grunnet opphavsrett, velger jeg her å forklare teorien bak modellen:

**Lave krav, høy kontroll:** Dersom arbeidstakeren har lave krav til arbeidet, og samtidig høy kontroll, kan arbeidsforholdet fort oppleves som kjedelig, lite utviklende og utilfredsstillende. Selv om denne arbeidssituasjonen omfattes av lav belastning og dermed mindre utløsende for eventuelt sykefravær, er det ikke så positivt for individet å ikke kjenne på det å mestre, utvikle seg og lære.

**Passivitet:** Å oppleve arbeidet som passivt, er heller ikke gunstig for arbeidstaker. Det vil si at man ikke får brukt sine evner eller får utviklet sin kompetanse. Dette fører gjerne til passivitet og er dermed lite motiverende for arbeidstakeren.

**Aktivt:** Legeyrket er et eksempel på et yrke som tradisjonelt sett omfattes av høye krav til at man presterer på jobben. Dette gjerne i kombinasjon med at de føler kontroll, læring, mestring og utvikling. At man aktivt gjør noe i jobben for å oppnå dette, har gjort sitt til at denne yrkesgruppen gjerne ligger i den delen av modellen som er positivt og utviklende og dertil sykdomsforebyggende.

**Stress:** Det minst fordelaktige for arbeidstaker er når arbeidet er forbundet med negativt stress som for eksempel høye jobbkraav og lav kontroll over arbeidet. Over tid kan dette være utløsende for fysisk og psykisk sykdom. Denne kombinasjonen definerer Karasek og Theorell som «high strain», eller «høy belastning» og ansees som minst gunstig.

Videre viser denne teorien og annen forskning som er gjort basert på denne teorien, at blant annet sosial støtte kan fungere som en buffer for lav kontroll og høye krav (STAMI). Dette gjorde sitt til at Karasek og Theorell etter hvert inkluderte sosial støtte som en buffer til teorien (Karasek & Theorell, 1990).

### 3.1.1b Sosial støtte

Når man snakker om sosial støtte menes det i hvilken grad man opplever å ha nære relasjoner, noen som bryr seg og noen å spørre om hjelp. Dette være seg i alle deler av livet, både privat og på jobb (Helsedirektoratet, 2021).

Når man snakker om sosial støtte kan man dele dette kategorisk inn i fire hovedkategorier:

- Emosjonell støtte i form av psykisk støtte, nærhet, tillit
- Instrumentell støtte via praktisk eller økonomisk hjelp
- Informasjonsstøtte som råd, forslag og anbefalinger
- Evalueringstøtte gjennom tilbakemeldinger, bekreftelse og evaluering

Det finnes flere studier som har sett på sammenhengene mellom sosial støtte og helse på jobb. Blant annet en hovedfagsoppgave av Vaaler og Duesund med flere, som så på opplevd rettferdig ledelse og opplevd sosial støtte fra nærmeste leder - og deres påvirkning på organisasjonstilhørighet og intensjon om å slutte (Vaaler et al., 2008). I studien fant de både en direkte helseeffekt av sosial støtte, det vil si at sosial støtte i seg selv virker helsefremmende, og mer indirekte effekter (buffereffekter). Studien fant at opplevd rettferdig ledelse og sosial støtte fra nærmeste leder virker å ha betydning for ansattes tilhørighet til organisasjonen og deres intensjoner om å forlate den. Sektorrapport for folkehelse 2021, viser at sosial støtte virker beskyttende på helsen når mennesker er utsatt for stressende

livshendelser (Helsedirektoratet, 2021). Disse effektene skyldes at sosial støtte i form av følelsesmessig støtte, bekreftende støtte, informerende støtte og instrumentell/praktisk støtte er viktig for menneskers livskvalitet ved at slik støtte øker mestring av de utfordringene livet gir. Manglende sosial støtte øker faren for både fysiske og psykiske lidelser og kan ha effekt på både sykkelighet og dødelighet.

Cobb, som blant annet forsket på sosial støtte, beskrev at så lenge du oppfatter at du har sosial støtte, med mulighet for hjelp og støtte når du har behov for det, vil det være en buffer for utenforskap (Cobb, 1976, p. 311). På arbeidsplassen kan dette skje gjennom støtte og anerkjennelse fra kollegaer og leder på den man er og jobben man gjør, eller det at det er trygt å be om hjelp eller diskutere saker. Cobb sier dette fungerer som en buffer mot arbeidsrelatert fravær, selv om kravene og kontrollen på arbeidsplassen ikke er i balanse.

### 3.2 Sammenhengen mellom innsats og belønning

Johan Siegrist mente at det måtte være sammenheng mellom den jobben man utførte og belønningen man mottok for å gjøre jobben. Dersom det er ubalanse i dette forholdet vil det kunne føre til mistriivsel, og i verste fall frafall fra arbeidslivet (1996). En STAMI-kunnskapsoppsummering fra 2019, med tall fra SSBs levekårsundersøkelse, viser at 9,5 % av forespurte leger/psykologer, opplever ubalanse mellom innsatsen de gjør i jobben og belønningen de får (STAMI, 2019).

Modellen til Siegrist baserer seg på at den innsatsen man legger i jobben man gjør, blir utført som en del av en sosial kontrakt basert på en norm om sosial gjensidighet. En slik sosial kontrakt betyr i praksis at man som motytelse til den innsatsen man legger inn i arbeidet forventes å motta belønning i form av penger, verdsettelse og karrieremuligheter, samt jobbtrygghet. Siegrist fremmer tre hypoteser: Den første hypotesen er at ansatte som legger stor innsats i arbeidet og som krever høy innsats, men som opplever å motta lite belønning for det, løper en risiko for stressrelaterte lidelser. Den andre hypotesen er at de ansatte som skårer høyt på «overengasjement», har høyere risiko for å utvikle stressrelaterte lidelser. Den tredje og siste hypotesen er at ansatte som tilfredsstillter begge kriteriene innenfor de to første hypotesene løper størst risiko for å utvikle stressrelaterte lidelser (Siegrist, 1996).

### 3.3 Teorirefleksjon

Både krav-kontroll-støtte (Karasek & Theorell, 1990) og Siegrists modell (1996) er fortsatt mye brukt i forskning på arbeidsmiljø. Likevel skal man være oppmerksom på at disse modellene er utviklet i en tid der ting var annerledes i arbeidslivet enn det er nå. Karasek og Theorell tok selv inn det sosiale aspektet og utviklet modellen med tiden. Det at man har det

bra på jobb, psykososialt og får støtte fra sine kollegaer og leder og at man arbeider i et miljø som føles trygt og anerkjennende, har nok større betydning enn kun belønningen det utløser ved å gjøre den jobben en er satt til å gjøre, slik modellen til Siegrist (1996) definerer. Siegrist sin modell viser heller i større grad det med at det er mulig å bli syk av jobben ved å være i for høy aktivitet og overprestere, selv om man finner jobben interessant.

Enn så lenge er legeyrket ansett som høystatus yrke. Det er også en yrkesgruppe som tradisjonelt sett opplever stor grad av autonomi (Emelianov, 2014), noe som kan støtte opp under Siegrist sin teori om innsats/belønning. Likevel er det momenter i den videre oppgaven som kan utfordre denne teorien, som at det finnes andre sosiale aspekter utenom jobb som også er viktige for om man blir sykemeldt eller ikke. Modellene tar lite høyde for «hele» mennesket, selv om sykefravær også kan skyldes forhold utenom jobben. Disse teoriene tar heller ikke høyde for autonomibegrepet i jobbsammenheng - altså mulighetsrommet for eksempel sykehuslegene har til selvstendighet i jobben uten andres innblanding eller inngripen (Emelianov, 2014). Dette kan ansees som en svakhet ved dem.

## 4. METODE

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for metoden og framgangsmåten som er valgt for å belyse mitt forskningsspørsmål. Jeg vil også beskrive hvordan jeg har gått fram for innsamling av data og hvordan utvalget av informanter har foregått. Til slutt i dette kapittelet vil jeg drøfte ulike forhold ved min datainnsamling og analyse.

### 4.1 Kvalitativ tilnærming

Formålet med oppgaven var å få kunnskap om de intervjuedes oppfatninger av intervensjonen «Friskt sykehus» og videre informantenes tanker om sykehuslegers sykefravær og arbeidsmiljø. For å utforske problemstillingen min, benyttet jeg meg av kvalitativ tilnærming med semistrukturerte intervjuer, der målet med samtalen med den intervjuede var å få hans egen opplevelse av intervensjonen, tanker rundt egen yrkesgruppes sykefravær, arbeidsmiljø og å få ny kunnskap på området (Malterud, 2017, pp. 133-135).

En annen årsak var også at det finnes svært lite forskning på området om legers forhold til legers sykefravær, arbeidsmiljø og erfaringer med arbeidsmiljøintervensjoner. Dette gjelder både nasjonalt og internasjonalt. Sidsel Sverdrup skriver i sin bok at kvalitativ tilnærming er godt egnet på områder med lite tidligere kunnskap (2021, p. 59). Det å tilnærme seg kunnskap på et område gjennom en kvalitativ tilnærming gir en bredere kontekst og ramme for utvikling av kunnskap (Malterud, 2017, pp. 36-38). Det å være i et rom med deltakeren og skape tid for samtale og refleksjon vil hjelpe meg som forsker til å forstå og tolke det den intervjuede har forsøkt å formidle.

### 4.2 Forforståelse

Forforståelse er, ifølge Malterud (2017, pp. 44-46), den ryggsekken man har med seg med blant annet historikk, fag og erfaring. I mitt tilfelle handler det om kjennskap til fagområdet og hvordan legeseksjonen er organisert, i og med at jeg tilhører samme organisasjon. Denne erfaringen kan ifølge Malterud både være en fordel og en ulempe for måten jeg vil tolke mine data på. Samtidig er forforståelsen gjerne en viktig side av motivasjonen for å sette i gang forskning på området man har valgt. For min del var dette at jeg i min rolle i jobb har hørt mange hypoteser om hvorfor leger ikke er sykmeldte, som for eksempel deres autonomi som beskyttende faktor mot sykefravær. Dette er beskrevet i forskningsartikkelen «Tidspress blant norske leger» (Falkum et al., 1997). For meg var det viktig å undersøke dette mer, da jeg ønsker å bruke det i min videre rolle som rådgiver innen forebygging av sykefravær og forbedring av arbeidsmiljø. Samtidig var det også viktig for meg å vite om

intervensjonsmetoden vi har valgt å bruke «har noe for seg», særlig siden vi setter av mye ressurser for å praktisere denne metoden.

Jeg valgte å gjennomføre masterprosjektet mitt på akkurat denne legeseksjonen fordi jeg ikke hadde kjennskap til denne seksjonen før jeg startet intervensjonen. Likevel må det nevnes at jeg fikk en viss kjennskap til legene mens kartleggingsdelen av intervensjonen foregikk. Samtidig har jeg vært bevisst at min kunnskap om seksjonen og menneskene der ikke skal farge det som faktisk blir formidlet av respondentene i intervjuene mine. Legene hadde litt kjennskap til meg fra tidligere på bakgrunn av at jeg var den som var med å igangsette intervensjonen i klinikken. Dette kan ha gjort at de for eksempel ønsket å svare det de trodde jeg ville høre i kraft av min opprinnelige rolle som rådgiver. Mitt inntrykk er likevel at de ikke lot seg affisere av det og at de svarte ærlig og oppriktig på spørsmålene mine. I intervjusituasjonen var det viktig for meg å være min rolle bevisst og klar over min egen forforståelse. Det var også spesielt viktig at jeg ikke styrte samtalen i den retning jeg selv ønsket eller trodde den skulle gå (Kvale & Brinkmann, 2015, p. 268).

#### 4.3 Intervjuguide

En semistrukturert intervjuguide (Malterud, 2017, p. 133) ble laget med utgangspunkt i forskning, erfaring og resultatene fra prosjektet «Friskt sykehus». Intervjuguiden (vedlegg 1) ble laget ganske åpen, slik at legene skulle få mulighet til å snakke mest mulig fritt rundt tema. Samtidig var det viktig at guiden var så god at jeg kunne få svar på det jeg lurte på (Sverdrup, 2021, pp. 66-68). Guiden ble laget med gitte temaer (Kvale & Brinkmann, 2015, pp. 139-143), delt inn i tematiske områder som sykefravær blant leger, jobbtilfredshet, arbeidsmiljøintervensjonen med tiltaksarbeidet, involvering, medvirkning og informasjon.

For å kvalitetssikre guiden, testet jeg den ut på en medstudent med helsefaglig bakgrunn før de reelle intervjuene fant sted. Medstudenten ble satt inn i problemstillingen og intervensjonen som hadde blitt gjort før intervjuet. Et pilotintervju kan brukes for å sjekke at spørsmålene og temaene vil fungere i en ekte intervjusituasjon (Malterud, 2017, p. 55). Dette grepet var med på å sikre at spørsmålene fungerte godt, og at de var forståelige for mottakeren. Ved å teste intervjuguiden på forhånd, fikk jeg også avdekket hvordan spørsmålene hørtes ut ved å si dem høyt. Dette tvang meg også til å endre de spørsmålene som ikke syntes forståelige og gjøre dem tydelige. Pilottestingen gjorde at jeg også endret noe på plasseringen av spørsmålene, slik at de ble mer logisk plassert utfra svarene som ble gitt.



Jeg fikk også luket bort noen spørsmål som ikke ga så mye svar, samt at jeg fikk sett hva jeg burde tilføye. Jeg testet i samme omgang at opptak via Nettskjemas diktafon applikasjon fungerte som den skulle.

#### 4.4 Rekruttering og intervjudeltakere

Mitt utvalg var seks leger ved den aktuelle legeseksjonen. Leder av seksjonen sendte ut en mail til hver enkelt lege og ba dem som ønsket å snakke med meg ta kontakt via mail eller telefon. Mine kontaktopplysninger lå vedlagt mailen fra leder, sammen med informasjon om studien. Jeg vet også at leder informerte om studien og intervjuene muntlig på morgenmøte for legene.

Seksjonen består i hovedsak av mannlige leger. Jeg intervjuet både kvinner og menn. Disse var i alderen 27 til 45 år. Det var også spredning i hvor lenge de hadde jobbet ved seksjonen med mellom ett og 10 år. To av informantene kom fra andre land. De hadde bodd i Norge fra voksen alder og etter endt legeutdannelse. Fire av informantene har barn i småbarnsalder, mens to ikke har barn.

Jeg fikk ikke snakket med alle de 12 legene som var inkludert i intervensjonen, men de seks legene som ønsket å delta var fra ulike sjikt, altså overleger og lis-leger (leger i spesialisering).

#### 4.5 Intervjusituasjonen

For å få et velegnet sted for intervjuet ble dette planlagt i samråd med leder av seksjonen. Jeg fikk tildelt et lokale der vi kunne sitte mest mulig uforstyrret. Det skal likevel sies at da intervjuet foregikk i arbeidstid, og selv om det ble satt av tid for dem i kalenderen deres, hadde de ikke mulighet for å legge fra seg vakttelefonen mens intervjuet foregikk. Denne ble altså med inn i intervjuet. Det opplevdes likevel ikke som en utfordring for gjennomføring av intervjuene, da det ble avklart på forhånd at denne kunne komme til å ringe underveis. Derimot ga det meg som intervjuer et kort innblikk i deres sammensatte og travle arbeidshverdag der det kreves stadig tilstedeværelse av legene.

Fem av de seks jeg intervjuet ønsket å delta fysisk på intervju, selv om jeg la til rette for at dette også kunne skje digitalt. De fleste foretrakk likevel fysisk intervju da de sa det følte mest «naturlig» og praktisk gjennomførbart i deres hektiske arbeidshverdag. Den ene som likevel valgte elektronisk intervju, valgte det på bakgrunn av at hen var i permisjon og på den måten fysisk avstand til arbeidsplassen på daværende tidspunkt. En studie gjort av Archibald

et al. (2019), viste at intervjusituasjon med digitalt intervju opplevdes som svært tilfredsstillende for deltakerne og at slike intervju hadde fordeler knyttet til bredere geografisk spredning og økt fleksibilitet.

For meg var det også viktig å skape et intervju der den jeg intervjuet gikk ut fra intervjuet med en følelse av å ha bidratt med viktig kunnskap ved å dele sine tanker og meninger med meg. Dette i tråd med Malterud (Malterud, 2017, pp. 135-136). Jeg var bevisst på å gå inn med en sensitivitet ovenfor de jeg intervjuet, preget av trygghet og fortrolighet, nettopp for å få kunnskap om noe jeg ikke visste fra før (Malterud, 2017, pp. 133-135).

Til tross for testingen av intervjuet, åpnet det seg noen forbedringsområder etter første reelle intervju. Jeg fant fort ut at det ville være lurt å sende ut tiltaksplanen som hadde blitt utarbeidet etter intervjuingen. Det er ikke å forvente at de skal huske hva som stod i den ett år etter at den ble utarbeidet.

Jeg gjorde lydopptak under samtalene ved bruk av diktafon-applikasjonen til Nettskjema som NMBU har avtale om å bruke. Jeg ønsket å konsentrere meg om intervjuets emne og dynamikk og ikke distrahere intervjuet med omfattende notater (Malterud, 2017, p. 74). NMBUs retningslinjer for sikker oppbevaring av data ble fulgt. Hvert intervju hadde en varighet på 45-60 minutter og ble gjennomført høsten 2022.

#### 4.6 Transkribering og analyse

I denne oppgaven brukes en analysestrategi på fire trinn som kalles systematisk tekstkondensering (STC). Metoden er ansett som lettere å følge for nybegynnere innen forskning, slik som jeg er. De fire trinnene er delt inn slik at man først skaffer seg et helhetsinntrykk av materialet for deretter å identifisere meningsdannende enheter i teksten, så abstraherer man innholdet for til slutt å sammenfatte betydningen av dette i en helhet (Malterud, 2017, p. 98). Jeg vil nå beskrive hvordan jeg gjorde dette i praksis.

For å sikre at gjengivelsen fra informantene ble korrekt og for at jeg skulle være tro mot informantenes svar, ble det gitt en ordrett gjengivelse fra muntlig til skriftlig materiale, altså verbatim. For å opprettholde anonymitet ga jeg informantene nye navn og utelukket alder, kjønn og sted. Jeg har også valgt å bruke det personlige pronomenet hen gjennomgående i hele oppgaven, istedenfor han eller hun, for å kunne forsterke anonymiteten.

For å bli godt kjent med datamaterialet, hørte jeg igjennom intervjuene nøye en gang før jeg begynte på selve transkriberingen. Etter at jeg var ferdig med å transkribere hvert enkelt intervju, begynte jeg på trinn 1. Mens jeg her leste igjennom det transkriberte materialet,

notere jeg ned det jeg merket meg som spesielt viktig for å kunne svare ut mitt forskningsspørsmål. Disse notatene gjorde jeg meg i et xl-ark som ble med i den videre analyseprosessen. Etter dette la jeg bort materialet noen dager før det så ble hentet frem igjen. Dette var bevisst fra min side for å kunne ha på «nye, rene briller» når jeg skulle begynne neste trinn i analysen.

Deretter gikk jeg inn i trinn 2 for analysen. Dette gjorde jeg mens jeg leste gjennom det transkriberte materialet mitt. Temaene ble fargekodet med ulike farger. De utsagnene som handlet om samme tema fikk samme fargekode. Jeg lagde temaer ut fra det som skilte seg ut i teksten som meningsbærende for spørsmålene jeg ønsket svar på i min oppgave. For å gjøre det enklest mulig for meg selv, valgte jeg temaer ut fra ord som gikk igjen i teksten. I starten kategoriserte jeg i et xl-ark, men etter hvert valgte jeg i den videre prosessen å bruke tankekart med penn og papir. Her dannet jeg temaer til mestring, mening og motivasjonsskapende faktorer med arbeidet, trygghet og tillit, kollegastøtte, usikkerhet knyttet til arbeidet, sosialt samhold og trivsel, kommunikasjon og endringer. Disse temaene satte jeg opp i egne tankekart og med ytringer og uttalelser som informantene sa om dette. Her oppdaget jeg fort at temaene gled over i hverandre. Etter endt koding og frem og tilbake mellom temaene og tekst og tilbake igjen, dannet det seg til slutt et mønster for de kategoriene som jeg endte opp med. Jeg var med dette over i tredje trinn av metoden. Deretter plasserte jeg meningsbærere fra teksten i tankekart rundt de ulike temaene. Disse ble også farget med ulik farge. Til slutt satt jeg igjen med det som var meningsbærende i teksten og som kunne besvare mitt forskningsspørsmål. Dette ble samlet i fire hovedtema og ble dermed fjerde trinn i metoden:

1. Den nye legerollen og sykefravær
2. Arbeidsmiljøfaktorer som årsak til sykefravær
3. Arbeidsmiljøfaktorer som buffer mot sykefravær
4. Arbeidsmiljøintervensjonen som dialogskaper

#### 4.7 Forskningsetiske overveielser

Oppgaven ble godkjent av SIKT, 11. august 2022 med referansenummer 879207 (Vedlegg 2). Prosjektet er også godkjent av personvernombud ved sykehuset. Her ble det også avklart at spørsmålene ikke skal omhandle legenes eget sykefravær, men deres tanker om sykefravær generelt hos sykehusleger. Forskningsetiske prinsipper er fulgt hele veien i prosessen (Kvale & Brinkmann, 2015, pp. 103-113). Jeg har vært bevisst på å få fram de intervjuedes mening og ikke min egen. Det har vært og er spesielt viktig ovenfor de jeg har intervjuet at jeg har

vært ærlig om min kunnskap på området, erfaringer og rettferdighet ovenfor behandling av materialet som de intervjuende har gitt meg (Kvale & Brinkmann, 2015, pp. 108-113).

Datainnsamlingen avhenger ifølge Malterud av gjensidig tillit mellom intervjuer og den som blir intervjuet (Malterud, 2017, pp. 69-70). Derfor var det viktig at jeg i intervjusituasjonen brukte tid innledningsvis på å etablere en trygg atmosfære uten at den intervjuede følte seg presset eller invadert på noen som helst måte (Øye & Bjelland, 2012). Det er en forutsetning at den intervjuede deltar frivillig og ikke føler press for deltakelse. Derfor ble også den første kontakten med deltakerne gjort via en annen kollega. Jeg utarbeidet et skriftlig samtykkeskjema med tilhørende informasjon, som ble sendt til og signert av de informantene som ønsket å delta, før oppstart av selve intervjuet (vedlegg 3).

Det kan oppleves som utfordrende å skulle forske på egen arbeidsplass og dertil egne kollegaer. Derfor var det viktig at jeg tok en åpen henvendelse til de ansatte om deltakelse via leder, noe som kan bidra til at de får en opplevelse av frivillighet rundt deltakelse (SIKT, 2021). Jeg måtte være ekstra bevisst på at jeg har tilhørighet i samme organisasjon som informantene, og ikke lot meg farge av den informasjonen og rollen jeg har til vanlig.

Siden ingen andre klinikker hadde valgt å implementere metoden i legeseksjoner med lavt sykefravær på daværende tidspunkt, var det ikke et alternativ å velge informanter fra en seksjon utenfor egen klinikk. Det at jeg valgte denne legeseksjonen var bevisst fordi jeg ikke kjente den fra før, blant annet på grunn av stor fysisk avstand mellom oss. Jeg kunne valgt legeseksjonen der jeg til daglig har mitt arbeidssted, men det ville blitt mer utfordrende med tanke på at det er en gruppe jeg oftere ser og har kontakt med. Til slutt må det nevnes at jeg ikke har noen lederrolle ovenfor disse legene.

## 5. RESULTATER

I dette kapittelet presenterer jeg funnene fra min analyse av data fra intervjuene. Kapittelet er delt inn i fire tema.

### 5.1 Den nye legerollen og sykefravær

Legene vet at sykefraværet blant dem som yrkesgruppe generelt er økende og de trekker frem flere mulige årsaker til dette. En årsak de snakker om er at legene de siste årene har gjennomgått et tydelig generasjonsskifte både på jobb og i privatlivet. De forklarer at tidligere var legeyrket nærmest som et kall. Var du lege, så var du lege enten du var på jobb eller hjemme. Slik er det ikke lenger. Når det gjelder privatlivet, så mener de at omsorgsbyrden i hjem og familie nå er likere fordelt mellom mann og kvinne enn det var før. Legen, som tradisjonelt sett har vært mann, tar et større ansvar hjemme og har dermed ikke anledning til å «bare» være lege hele døgnet. Dette blir ikke bare beskrevet av de legene som har barn, men også av de som ikke har barn. Ifølge informantene ønsker ikke dagens generasjon med leger å være lege hele døgnet. De hegner om sin fritid og ønsker et tydelig skille mellom fritid og jobb. Det er viktig for dem at de enten er privatperson eller tjenesteutøver. Videre forteller de også om stadig økende krav på jobb med effektivisering og flere arbeidsoppgaver som pålegges dem. De tror selv at alle disse endringene kan gi utslag i at sykemeldinger vil øke blant leger.

*«Det er et tydelig skille mellom nye og eldre leger. Tidligere var det å være lege nærmest som et kall. Du var lege 24/7. I dag er det andre forventninger til legen både på jobb og som privatperson. Når jeg går fra jobben, er jeg ikke lenger lege, da er jeg privatperson. Denne endringen sammen med effektivisering av helsevesenet, om man kan kalle det det, gjør at det mulig i fremtiden vil bli et økende sykefravær også blant leger.»*

Legene ser altså at totalbelastningen øker – det kommer stadige krav om effektivisering og de pålegges stadig flere administrative arbeidsoppgaver, noe som kommer i tillegg til tradisjonell pasientdokumentasjon med nye GDPR-krav (General Data Protection Regulation, som er EUs personvernforordning) og andre ikke-direkte pasientrelaterte oppgaver. Likevel tilføres de ikke ekstra ressurser eller opplever at andre arbeidsoppgaver blir fjernet. Heller tvert om – de har mistet tjenester. *«Tidligere hadde vi for eksempel sekretærer som gjorde oppgaver for oss. Det har vi ikke lenger nå. Sekretærtjenesten er redusert til et minimum».* Dette betyr at ikke bare har kravene blitt større og ressursene mindre, men dette skjer samtidig som kompleksiteten rundt pasienten på sykehuset er større. Som et eksempel på kompleksiteten

forteller legene om utfordringen med det å jobbe på et akutt sykehus som har både elektiv aktivitet og øyeblikkelig-hjelp (ø-hjelp) aktivitet. En lege sier at «*det er som å løpe fortere i alt for store sko*». Noen ganger når det kommer inn akutt syke pasienter, så må legen kanskje stryke en annen pasient som har ventet lenge på en operasjon. De fleste pasienter skjønner dette, men legene forteller at det er utfordrende å fortelle det til en pasient som er klar for en operasjon at operasjonen må utsettes på grunn av en øyeblikkelig hjelp-pasient. Dessuten utsetter jo dette bare problemet til den pasienten som fortsatt trenger operasjonen sin og må settes opp til ny time.

De forteller også om en opplevelse av at leger ikke omfattes av arbeidsmiljøloven på samme måte som andre arbeidstakere. En lege beskriver det slik:

*«Vi har en arbeidsmiljølov som har blitt neglisjert i alt for mange år. En arbeidsmiljølov som ikke gjelder for leger. Det gir ikke mening og det er ikke menneskelig forenelig at vi har ansvar for menneskeliv, samtidig som vi har så lange vakter som det vi har. Vi kan være våkne på jobb ett døgn av gangen. Tidligere var det både rom og mulighet for å hvile mellom slaga, men det er det ikke rom for nå. Det er heller unntaket enn regelen, at du får hvilt deg noe som helst i løpet av en hel døgnvakt. Det er klart det kan bli utfordrende for pasientsikkerheten».*

De deler alle en bekymring for at menneskeliv kan gå tapt, eller at det kan få alvorlige konsekvenser for pasienten, dersom legen ikke får den hvile og avkobling hen har behov for, for å kunne være skjerpet på jobb. Legene beskriver en befolkning som stadig får flere eldre, sammen med at de behandler flere lidelser enn før. De forteller om at sykehusene er i stadig effektiviseringsendring, og på toppen av dette kommer en økende frykt for å havne i media på grunn av feilbehandling eller feildiagnostisering, eller i verste fall være medvirkende til at pasienter faktisk dør. Dette presset beskriver en informant som «*et enormt psykologisk press*» på legene, og understreker at «*du overlever ikke i yrket dersom du ikke har sterk psyke*». Hen beskriver at presset vil gjøre noe med legene over tid og at det kan føre til at legen blir så syk at hen ikke klarer å gå på jobb.

I tillegg til denne effektiviseringsproblematikken nevnes det også at legeyrket har blitt mer kvinnedominert de siste årene. Dette vil av naturlige årsaker i perioder øke arbeidsbyrden for andre kollegaer. Dette kan være når den kvinnelige legen går gravid og ikke kan utføre enkelte prosedyrer, som for eksempel gjennomlysning og røntgen som brukes hyppig i kirurgiske prosedyrer under operasjon, eller ikke kan gå i vakter på samme måte som

tidligere. Alle disse aspektene illustrerer en ny æra som legeyrket står ovenfor og informantene opplever ikke at noen gjør noe for å bøte på utfordringene de medfører.

Videre forteller legene at de opplever lavere terskel for sykefravær blant egen yrkesgruppe—spesielt etter pandemien. Nå har det blitt «lov» å være syk og borte fra jobb, også for leger. *«Før pandemien gikk du på jobb, uansett hvor forkjøla du var, mens det nå ansees som mer «riktig» at er du forkjøla, så holder du deg hjemme - både for dine kollegaer og pasientens skyld.»* Denne holdningsendringen mener legene er med på å kunne dra opp sykefraværstallene også blant leger.

#### 4.2 Arbeidsmiljøfaktorer som årsak til sykefravær

Legene beskriver sin egen arbeidsplass som utfordrende når det gjelder det fysiske arbeidsmiljøet og understreker at det gjør det krevende å behandle pasienter optimalt.

Forholdene på poliklinikken beskrives som gamle, utdaterte og lite egnet for pasientbehandling. Dette gjelder både plass, utstyr og mangel på ventilasjon.

Poliklinikkrommene mangler vinduer:

*«Det er ikke like kult å ta inn en ny pasient som skal til konsultasjon hos meg, når det nettopp har vært en sårpasient inne rett før med et illeluktende sår, og jeg ikke har mulighet for å lufte. Det er rett og slett flaut».*

Videre forteller de at det *«å være på poliklinikken er den delen av jobben jeg liker minst»* og dette er ikke bare på grunn av de fysiske forholdene. De beskriver poliklinikkarbeidet som den *«kjedeligste»* oppgaven som lege. Samtidig er alle fortrolige med at det å være på poliklinikk er en del av det å være sykehuslege, og arbeidet må gjøres for å rekruttere pasienter inn til operasjon eller annen konservativ behandling. En lege sier at *«vi må jo ha pasienten innom poliklinikken først, for å kunne gjøre det vi synes er aller morsomt og tilfredsstillende - nemlig det å få være på operasjonsstua»*. For de yngre legene som er under spesialisering (LiS) kommer det frem en ytterligere utfordring med det å være på poliklinikk. Der er de ofte alene om å ta avgjørelser, og det er ikke alltid det finnes noen andre til stede for å spørre om hjelp og råd. De synes det føles utilfredsstillende å ikke kunne svare på pasientens spørsmål og påpeker at det også kan føre til utsettelse av for eksempel operasjon for pasienten, da pasienten muligens må tilbake på ny poliklinisk time hos en annen lege med mer erfaring. Det å føle på utilstrekkelighet og følelsen av å ikke mestre ser de på som en utløsende faktor for mulig sykefravær.

Legene trekker frem at i perioden under og etter pandemien har det vært mer sykdom og derav fravær blant legene. Dette har ført til mindre opplæringstid for de legene som er under spesialisering, da de har måttet prioritere dem bort fra operasjonsstuen og over på andre oppgaver som for eksempel poliklinikk for å dekke opp for andre fraværende leger.

En annen utfordring legene beskriver er dette med å kombinere ulike roller som det å ha vakt utløser. De forteller om arbeidsdager der de må innta flere roller på samme tid. Disse rollene oppleves ofte som uforenelige med hverandre. «*Å ha flere roller på samme vakt, samtidig som vi skal rekke å være til stede for pasienten, virker uforenelig med det å faktisk være lege og til stede for pasienten*». Slike rollekombinasjoner mener de svekker autonomien og kan utløse samtidighetskonflikter for den aktuelle legen som stadig må ta valg om hvor hen skal være til enhver tid og prioritere oppgaver og pasienter opp mot hverandre. Det kan være vanskelig å stå i dette spennet over tid. Dette oppfattes som krevende for det å faktisk få gjort det man skal, en opplevd overhengende fare for at man gjør feil, prioriterer feil eller glemmer oppgaver som skal gjøres - noe som igjen kan utfordrende pasientsikkerheten.

Legene forteller om arbeidsdager preget av høyt arbeidspress og at de ikke har vikarer å sette inn dersom noen skulle bli syke, slik det for eksempel er for pleietjenesten som kan ringe etter vikar fra et vikarbyrå. Denne muligheten mangler legene. Det finnes rett og slett ikke vikarer å sette inn når noen er borte. Da må de som er på jobb dekke opp for de oppgavene som den som er syk egentlig skulle gjort. Dette gjør at de pusher seg selv ekstra hardt for å gå på jobb for å unngå ekstra belastning på sine kollegaer. De beskriver at det å bli hjemme med sykdom nærmest blir umulig å gjennomføre på grunn av de ekstra arbeidsoppgaver man belaster sine kollegaer med, og at pasienter ikke får den timen de kanskje har ventet lenge på.

Legene trekker også frem et økonomisk aspekt som de mener kan ha betydning for økende sykefravær. De forteller om at sykehusene står i en presset økonomisk situasjon, noe som igjen gjør at velferdstiltak som krever penger ikke blir prioritert. Ergo blir det mindre sosial aktivitet i personalgruppen, noe som i ytterste konsekvens kan utfordre det gode psykososiale arbeidsmiljøet de har, og som de opplever som en stor buffer mot nettopp fravær.

#### 4.3 Arbeidsmiljøfaktorer som buffer mot sykefravær

Legene beskriver at de arbeider i en seksjon der det gode arbeidsmiljøet er en viktig buffer for krevende arbeidsdager. De forteller om en arbeidsplass der det er trygt å være og der de til tross for krevende arbeidsdager tar seg tid til å snakke sammen og har en god tone seg imellom og med ledelsen. Til tross for det de forteller om et stadig høyere press og en



historisk endring av legerollen, beskriver de flere årsaker for at de likevel står i jobb og ikke blir sykmeldt. En hovedårsak er knyttet til det faktum at de liker arbeidet sitt. De er stolte av jobben de gjør og de synes de får gode muligheter for å kunne utvikle seg faglig. De elementene som er positive, oppleves som særlig positive. De forteller om at de har gode muligheter til å få utføre faget sitt, at de føler mestring og ansvar. De forteller at muligheten til stadig å lære noe nytt gjør at de velger å gå på jobb til tross for belastende fysiske og kapasitetsmessige arbeidsforhold.

Selv om legene tilhører ulike sjikt og har varierende grad av erfaring, beskrives det som trygt å spørre om råd og å be om hjelp. De yngre beskriver en grunnleggende trygghet ved det å ha «de eldre» overlegene som en back-up for egen manglende erfaring. De beskriver at det oppfattes og føles lov å gjøre feil og det å stille spørsmål. Det at de også har kontorer i nærheten til ledelsen beskrives som trygt og forutsigbart. *«Det er lett å stikke innom den åpne døra til leder(ne) og å diskutere eller avklare noe i hverdagen.»* Legene beskriver med dette også en følelse av å bli sett og tatt på alvor i en ellers hektisk arbeidshverdag. Oppfattelsen av den gode kollegastøtten og nærheten til ledelsen gjør også sitt til at legene føler seg viktige for avdelingen og at de føler seg ivaretatt. De forteller også om en ledelse som de opplever jobber aktivt for at de ansatte skal ha en så bra arbeidshverdag som mulig innenfor rammene de har å forholde seg til.

Det psykososiale arbeidsmiljøet i seksjonen og avdelingen som helhet beskriver de som svært godt. De er glade i hverandre og har omsorg for hverandre, noe som gjør at en sykemelding eller det å være borte fra jobben sitter langt inne:

*«Det at mine kollegaer er mennesker jeg bryr meg om, og at vi alle er viktige for at pasientene skal få den behandlingen de har krav på, gjør at jeg ikke sykemelder meg sånn helt uten videre. Alle er viktige, vi blir sett og hørt og det føles trygt å spørre når man er usikker.»*

Legene forteller om arbeidsdager som stort sett er fylt med mye humor og latter, til tross for krevende arbeidsoppgaver som de må løse i fellesskap eller alene. Ansvarsfølelsen for kollegaer og pasienten står sterkt og gjør at det å melde seg syk kjennes uaktuelt for mange. En av informantene beskriver det slik:

*«Legen er den som sykemelder andre, og som vet hvilke mekanismer som ligger bak for utløsning av en sykemelding. Vi har et samfunnsansvar for å holde*

*sykemeldingsprosenten så lav som mulig og vil ikke være med å bidra til at denne går opp.»*

Samtidig pekes det på at de har en felles forståelse for at alle kan være syke eller måtte være hjemme med syke barn til tider. Til syvende og sist er det et godt psykososial arbeidsmiljø som gjør at de går på jobb, selv om de egentlig burde vært hjemme med sykefravær. De uttrykker en bekymring for at «alt» sannsynligvis vil falle fra hverandre dersom det psykososiale ikke opprettholdes. En av dem sier «*Vi står i det, men hvor lenge?*». Det psykososiale arbeidsmiljøet beskrives som selve limet i seksjonen, men legene indikerer at det alene kan ikke veie opp for den økende og belastende arbeidsbyrden.

#### 4.4 Arbeidsmiljøintervensjonen som dialogskaper

Det å sette ord på opplevelsen av prosessen med intervensjonen «Friskt Sykehus» med påfølgende tiltak var utfordrende for flere. De husket godt selve kartleggingen og presentasjon av rapporten fra denne, men ikke like godt tiltakene de hadde vært med på å utarbeide. En av dem jeg snakket med hadde ikke vært deltakende hverken under kartleggingen eller utarbeidelse av tiltaksplan. For hen var det også spesielt vanskelig å vite hva som hadde skjedd i perioden etterpå.

Legene beskriver en viss skepsis til intervensjonen fra starten av, to av dem fremsto mer skeptiske enn de andre. Den jevne begrunnelsen for skepsisen var at de tidligere har vært deltakende i ulike intervensjoner og prosesser, men at utfallet eller opplevelsen av noe positivt rundt det har vært fraværende. De beskriver at dette har vært på grunn av manglende oppfølging.

En av legene beskrev sin opplevelse av intervensjonen slik: «*Jeg var negativ til det hele, men så ble det jo veldig positivt underveis. Vi er vant med slikt fra tidligere, men da har det ikke skjedd noe i etterkant*». Noen var også svært skeptiske til at det skulle brukes såpass mye tid og ressurser for gjennomføring, spesielt når sykefraværet ved enheten var så lavt. Samtlige av legene forteller likevel at de, til tross for innledende skepsis ble positivt overrasket når intervensjonen først var et faktum.

Alle som var med på kartleggingen er enige om at prosessen åpnet for dialog og diskusjon rundt aspekter ved arbeidsmiljøet som de ikke hadde diskutert eller reflektert over tidligere. En av dem sa:

*«Jeg var faktisk veldig negativt innstilt til hele prosessen, men så ble jeg positivt overrasket. Selv om vi har en åpen dialog til vanlig, fikk vi på en systematisk måte snakket om ting som har betydning for vår arbeidshverdag. Det opplevdes som terapi!»*

En annen mente at de ikke har for vane å snakke om arbeidsmiljø og hvordan man har det på jobb. Hen begrunnet dette med at det er en *«mannsdominert arbeidsplass»*. Dessuten påpeker flere av legene at de ikke har følt noe stort behov for å snakke om det, da de ikke har hatt utfordringer i det psykososiale arbeidsmiljøet. Likevel sier flere av dem at det å gjøre en grundig kartlegging for å få tatt tak i ting som ikke er et problem akkurat nå, men som over tid kan utvikle seg til å bli det, oppfattes som positivt og meningsfullt.

Et eksempel på en utfordring som har bedret seg etter utarbeidelsen av tiltaksplanen var samarbeidsutfordringene de opplevde med akuttmottaket. De vet at det har vært jobbet aktivt med å faktisk forbedre dette fra ledelsens side, og denne innsatsen oppfattes svært positivt. En av dem sier at *«Jeg vet ikke om det er tiltaksarbeidet som har gjort at ting har blitt bedre, eller om det bare har blitt sånn tilfeldig og av seg selv, men ja, flere ting har absolutt blitt bedre det siste året»*.

Kommunikasjon og informasjon rundt intervensjonen og tiltakene gikk igjen som et tema de intervjuede klart mener har forbedringspotensiale. De følte på ulik grad av informasjon og medvirkning. Der noen mente at det hadde skjedd noe på enkelte av forbedringsområdene i løpet av året, var det andre som oppfattet lite dialog og informasjon rundt dette. *«Jeg skulle gjerne fått mer informasjon om hva som skjedde med tiltakene i etterkant, selv om vi jo ser at noe har skjedd, som for eksempel at vi faktisk har fått flere ressurser til å fordele arbeidsoppgavene på»*.

De forteller om opplevelse av lite informasjon spesielt i en periode der ordinær leder var i permisjon og dermed fraværende. Her kom det frem at legene mener at *«det er nødvendig at noen holder tak i det»*. Det kom også fram i intervjuene at det at de har en ledelse som holder tak i prosessen og aktivt jobber for å forbedre arbeidsmiljøet, har betydning for deres opplevelse av intervensjonen. Flere av legene la til grunn at de selv hadde vært borte i lengre perioder det siste året og så dermed ikke bort ifra at viktig dialog og informasjon rundt tiltakene og intervensjonen hadde blitt borte for dem i den perioden de selv var fraværende. Den gjengse oppfatningen blant de intervjuede legene er uansett at informasjon hadde de fått, men i varierende grad. De sier at arenaene for informasjonsutveksling er og har vært til stede,

men muligens ikke brukes optimalt. Det er for eksempel ukentlige fellesmøter, dette kunne vært brukt i større grad for meningsutveksling og kommunikasjon om hvor de står i arbeidet. Samtlige oppfattet dette som et forbedringspotensiale i intervensjonen.

Selv om de har hatt en opplevelse av at de har snakket godt sammen før, fått informasjon og vært med i å bidra i ulike prosesser, sier de at denne prosessen har gitt dem en enda større åpenhet. De har blitt mer bevisste på nettopp det å snakke sammen og de mener at ledelsen også kommuniserer mer og bedre med de ansatte enn før intervensjonen. «*Det var bra med en «bottom-up» kartlegging. En ting er sikkert, og det er at det iallfall ikke har hatt noen negative konsekvenser med seg*». De forteller at det har vært fint å få bekreftelse på den opplevelsen de satt med i utgangspunktet om at de hadde et svært godt, psykososialt arbeidsmiljø. En uttrykker det slik: «*Da vet jeg at jeg ikke er alene om å synes det - det er godt å vite et folk føler seg ivaretatt her og har det bra sammen*». Oppsummert var alle, bortsett fra en av de intervjuede, enige om at intervensjonen i seg selv har hatt en positiv effekt på dem som gruppe. «*Vi snakket veldig godt sammen fra før av, men dette har gjort at vi, om mulig, snakker enda bedre sammen*». Den siste personen forholdt seg nøytral og trodde at det ikke hadde noen betydning i det hele tatt. Hen hevdet at de positive endringene som har kommet i etterkant ville kommet uansett.

## 5. DRØFTING

Formålet med dette masterprosjektet var å belyse «Hvordan sykehusleger erfarer sykefravær, arbeidsmiljø og deltakelse i arbeidsmiljøintervensjonen «Friskt sykehus»?»

Hovedfunnene i min analyse viser at legene mener det er flere årsaker til sykefravær i egen gruppe. Det å være lege i dag, oppleves som lite forenelig med krav til privatlivet og at legerollen over tid har endret seg. Et annet funn er konkrete arbeidsrelaterte forhold som for eksempel kombinasjon av ulike roller som over tid blir belastende for den enkelte lege. Buffere som et godt psykososialt arbeidsmiljø er viktig som balanserende for en krevende arbeidshverdag, og gjør at de går på jobb. Det siste hovedfunnet er arbeidsmiljøintervensjonen som dialogskaper.

Disse hovedfunnene vil bli diskutert i lys av teori og tidligere forskning, med det formål å besvare mitt forskningsspørsmål.

### 5.1 Å utfordre gamle normer - sykefravær som egenpleie

Tradisjonelt sett har leger vært en gruppe med lavt sykefravær, men det forventes økende sykefravær også for denne yrkesgruppen i takt med at kvinneandelen i yrket øker (Aasland, 2022). Det er kjent at kvinner har et høyere sykefravær enn menn (Nossen, 2019). De siste årene har sykefraværet økt blant begge kjønn og selv om jeg ikke belyser koronapandemien i denne studien, nevnes det at en stor andel av sykefraværet i befolkningen fortsatt er tilknyttet pandemien (Gading & Rothe, 2023).

Det kan være flere årsaker til at sykefraværet øker, men mine informanter opplever at en av faktorene til mulig økende sykefraværet hos sykehusleger kan forklares i det de beskriver som svekket autonomi eller kontroll over arbeidet sitt. En dansk studie fra 1997 peker på at den viktigste opplevelsen for legers trivsel på jobb, er nettopp opplevelsen av autonomi (E Falkum).

Sykehuslegene skal behandle øyeblikkelig hjelp-pasienter, poliklinikkens pasienter og elektive operasjonspasienter. Denne kombinasjonen gjør at det å planlegge hverdagen ikke blir like «enkel» som for eksempel på sykehus der all aktivitet er planlagt. Kombinasjon av ulike roller, gjør at de i praksis opplever samtidighetskonflikter der de må velge mellom flere oppgaver som haster. Her opplever legene det den kanadiske sosiologen Goffman beskrev i sin teori; at de er i en rollekonflikt og klarer dermed ikke å være den legen de ønsker å være, og som de mener det er forventet at de skal være (Ulriksen, 2019). Under disse samtidighetskonfliktene som oppstår i kombinasjonen av ulike roller, ligger også redselen for

å gjøre feil, noe de vet kan få store konsekvenser for pasientene og følgelig potensielt for dem selv. Svekket autonomi i legeyrket er i tråd med funn i «Legekårsundersøkelsen» (Nylenna & Aasland, 2010). Legene i min masterstudie begrunner videre den svekkede opplevelsen av autonomi med flere nye og gjerne komplekse arbeidsoppgaver sammen med økte forventninger i det private livet. Her trekker legene frem arbeidsprosesser som de tidligere fikk hjelp til av sekretærer, eller som før ikke eksisterte. Et eksempel på dette er innføringen av GDPR og økte dokumentasjonskrav som gjør at arbeidsprosesser rundt pasienten har blitt mer tidkrevende. De har ikke fått tilført flere ressurser som følge av disse endringene. Dette har tvert imot resultert i mer arbeid for hver enkelt lege, og mindre tid til direkte pasientrettet arbeid. Samtidig skal man være oppmerksom på at sykehusene stadig får nye og bedre hjelpemidler som skal gjøre arbeidet lettere og frigjøre ressurser. Ny teknologi i sykehusene gir store muligheter for å frigi ressurser som så kan brukes til direkte pasientarbeid (Østbye, 2020). Den nye teknologien vil kunne gi langt mer effektive arbeidsprosesser for legen, selv om det forståelig nok er både ressurs- og tidkrevende i en overgangsperiode med opplæring.

Vi blir stadig flere eldre, og dette sammen med medisinske fremskritt og større behandlingsmuligheter gir økt behov for helsepersonell, også for leger i spesialisthelsetjenesten (Bovim et al., 2023). I dag forventes det av legene at, som de selv sier, gjør alt selv, samtidig forventes det mer effektiv behandling av flere pasienter med mindre ressurser. Her uttrykker legene i min masterstudie at det de gjør og den belønninga de får ikke står i forhold til hverandre lenger, for eksempel i form av assistanse til administrative oppgaver. Dette viser Siegrist (1996) sin modell at er viktig, altså en oppfattelse av at innsatsen man legger i arbeidet oppfattes å stå i stil med belønningen man får. Det kan jo se ut som de grepene som er tatt og som man tenkte skulle effektivisere og gjøre helsevesenet mer effektivt, ikke har hatt den effekten man hadde tenkt og heller ikke har klart å møte tiden vi er i nå med eldre befolkning og økt behov for mer spesialisert helsehjelp. Alt dette, i sammenheng med at noen av legene i min masterstudie hevder at de ikke omfattes av arbeidsmiljøloven, kan mulig bidra til at sykefravær kan være en form for egenpleie. Hvor legen må trekke seg tilbake for å kunne klare å hente seg inn og igjen håndtere jobben sin over tid. Dette kan stemme godt overens med den teoretiske modellen for sykefravær; utstøtingsmodellen, der ulike belastninger som skyldes arbeidsmiljøet, gjør at sykmelding ansees som kanskje eneste alternativ. Dette funnet kan gi en forståelse av at legenes unntak fra arbeidsmiljøloven som er en avtale forhandlet frem mellom partene (2022), gir en merbelastning som leger nå opplever annerledes enn før. Kan det være at denne avtalen ikke

har klart å møte dagens endringer med flere og krevende arbeidsoppgaver som legene i mine funn forteller om?

Samtidig med at arbeidsbelastningen har økt over tid, stilles det andre krav til legene også på det private plan. Legeyrket er ikke lenger ansett som en livsstil slik det var før, noe legene selv angir å være en villet endring. De ønsker å ha legeyrket som en jobb og å ha et privatliv med fritid som alle andre. Ut fra resultatene mine kan det se ut som at den økende arbeidsbelastningen over tid, samtidig med økt omsorgsbyrde for legene på fritiden, utfordrer løsrivelsen fra gamle normer for legene. Dette stemmer med hva nyere forskning på området viser. For eksempel beskriver Aasland (2020) i sin artikkel, at tidligere var det slik at du som lege måtte være klar til å rykke ut, dersom noen skulle ha behov for deg. Fritidsaktiviteter ble lagt opp slik at legen var klar til å avbryte for å rykke ut til den som trengte hjelp. Aasland beskriver endringen i sin artikkel slik:

Ikke mange av dagens yrkesaktive leger er innstilt på å rykke ut når som helst på døgnet. Nasjonal og internasjonal legeforskning viser at en god balanse mellom jobb og privatliv er avgjørende for å forebygge stress og utbrenthet. Her er det viktig å huske at tiden da legene var «gift med jobben» og hadde sitt eget bakkemannskap for lengst er forbi (...).

Mine funn samsvarer også godt med funn fra en longitudinell studie blant leger (Rosta et al., 2019). I denne norske studien har man siden begynnelsen av 1990 tallet fulgt 2000 leger fra studietid og over til allmennlegepraksis og spesialisthelsetjenesten frem til i dag. Studien viste at de fleste var fornøyd og opplevde stor grad av autonomi, men at dette endret seg rundt 2010. Studien beskriver at denne endringen sammenfaller med at det var i denne perioden sykefraværet blant leger for alvor begynte å øke. De siste publiserte målingene fra studien (Hem, 2022), viste en signifikant nedgang i jobbtildfredshet blant både allmennleger og sykehusleger. Allmennlegene opplever at de stadig blir pålagt nye oppgaver, mens sykehuslegene på sin side føler at de må forholde seg til nye registreringsrutiner og arbeidstidsbestemmelser. Min studie skiller seg noe fra dette, da også sykehuslegene sier at det å bli pålagt nye oppgaver er en stor del av mulig årsak til nedgang i jobbtildfredshet og økende sykefravær. Den longitudinelle studien «Legekårsundersøkelsen» og min masterstudie peker begge på viktigheten av det Karasek og Theorell beskriver; at det må være balanse mellom de kravene du har i arbeidet ditt og det mulighetsrommet du har for å oppfylle disse kravene. Blir det ubalanse, havner du i den sonen som Karasek og Theorell beskriver som det stedet det over tid blir vanskelig å stå i og som kan være utløser for stress og derav

sykefravær. Ut fra min masterstudie kan det se ut til at det er dette som har skjedd i de senere år for leger i spesialisthelsetjenesten. Legene har begynt å bevege seg fra det området som er utviklende og motiverende å være i, til å nærme seg et sted eller allerede er et sted der bufferne som er til stede og som skal veie opp for arbeidspress, ikke vil være nok for å holde dem i balanse og i jobb uten sykefravær.

## 5.2 Arbeidsmiljøets janusansikt

Det er kjent at sykefravær hemmes og fremmes av arbeidsmiljø (Mehlum, 2011). Dette stemmer overens med mine funn, der det kommer tydelig frem at det gode psykososiale arbeidsmiljøet er en viktig faktor for at legene går på jobb til tross for de endrede arbeidsforholdene. Dette kalles ofte for «friskfaktorer». Friskfaktorer kommer fra Antonovskys salutogene perspektiv, og er beskriver det som støtter opp under menneskers helse og velvære, fremfor faktorer som forårsaker sykdom (Tveita, 2013). Legene i min masterstudie opplever det psykososiale arbeidsmiljøet, det faglige utfordringsrommet, tryggheten og respekten fra ledere og kollegaer som en medvirkende årsak for at de går på jobben. Dette til tross for andre faktorer som kanskje fremmer sykefravær, som i denne masterstudiens tilfelle for eksempel er kombinasjonen av ulike roller, samtidighetskonflikt og fysisk, utilfredsstillende arbeidsforhold. Dette kan sammenlignes med et janusansikt. På den ene siden kan et dårlig arbeidsmiljø gi sykefravær, mens på den annen side kan et godt arbeidsmiljø være en buffer mot sykefravær. Det legene beskriver med at de opplever stor åpenhet - det er lett å spørre hvem som helst, de får utvikle seg faglig og opplever også dermed mestring - er eksempler på gode buffere eller det salutogene (det som gjør deg eller holder deg frisk). Motsatsen til salutogene forhold er patogene forhold (det som gjør deg syk), som i denne studiens tilfelle handler om for eksempel dårlige fysiske arbeidsforhold og stress knyttet til lite hvile på vakt. Den salutogenetiske tilnærmingen med friskfaktorer fokuserer på et positivt forhold mellom helse, stress og mestring. Dette gjør at man ikke kan dele arbeidsliv og fritid som uavhengige av hverandre. Like mye som friskfaktorer i arbeidet påvirker fritiden vår, påvirker friskfaktorer i privatlivet hvordan vi har det på jobben. Friskfaktorene varierer også i løpet av livets ulike faser (Tveita, 2013). Min studie viser at det salutogene har en plass også blant leger og er viktige faktorer for dem for å kunne holde seg friske og stå i jobb lenge.

En siste ting jeg ønsker å belyse i denne delen av oppgaven er at legene oppfatter at de som yrkesgruppe er unntatt arbeidsmiljøloven uten regulering i hvor mange timer man kan jobbe uten tilstrekkelig hviletid mellom vakter. Denne oppfattelsen er imidlertid en misforståelse.



Leger er på lik linje med andre omfattet av arbeidsmiljøloven, men de har en avtale som er fremforhandlet frem mellom partene som avviker fra den ordinære arbeidsmiljøloven. Denne avtalen gir tydelige føringer som arbeidsgiver må forholde seg til, herunder blant annet lovpålagte krav om hviletid mellom vakter (Frøyland, 2022). Det er klart at om dette ikke overholdes, eller legene selv ikke kjenner til avtalen, vil det kunne oppfattes uforenelig med den forventningen de selv har til hvordan regulativene skal være.

### 5.3 Arena for dialog – å bli sett og hørt i en arbeidsmiljøintervensjon

Studier viser at intervensjoner kan være forebyggende med tanke på sykefravær, men det forutsettes at intervensjonen følges opp og arbeides med over tid (Aust et al., 2010).

Legene i min masterstudie var alle av den oppfattelsen av at de hadde et godt psykososialt arbeidsmiljø også før intervensjonen. De sier derfor at det før igangsettelsen av intervensjonen kunne virke meningsløst å bruke de ressursene og tiden som intervensjonen krevde. Legene begrunnet det med at de har vært «utsatt» for dette i andre sammenhenger før, men at de ikke føler at noe som helst har skjedd i etterkant. Dette stemmer godt overens med tidligere forskning at det å igangsette intervensjon uten at det følges opp kan få ingen eller negative konsekvenser (Aust et al., 2010). For legene i min masterstudie var de negative konsekvensene nettopp det at de hadde dårlig erfaring med at det ikke var blitt fulgt opp tidligere. Det jeg ikke har lyktes i å finne i tidligere forskning på intervensjoner blant leger, er at legene her unisont var enige om at intervensjonen ble en dialogåpner for dem. De sier at de ikke trodde det var mulig å få en bedre dialog enn det de hadde før intervensjonen, men det opplever de altså å ha fått, både underveis og i etterkant av denne. Og de setter pris på det. Akkurat dette er i tråd med det man vet har innvirkning på sykefravær og som dialog kan bidra til, nemlig det å føle at man er med på å bidra i viktige beslutninger - følelsen av å bli sett og hørt (Scheel, 2023). Selv om de skulle ønske at de arenaene de har for dialog og kommunikasjon skulle vært og kan benyttes i enda større grad, beskriver de at de føler at de har fått bidra i prosessen. De har fått vært deltakende hele veien og det har skapt en ny forståelse for dem av viktigheten av å snakke sammen og å være med å bidra til forbedringer i egen arbeidshverdag.

### 5.4 Styrker og svakheter med studien

Dette er en studie med et forholdsvis lite antall respondenter. En styrke er likevel at jeg har fått intervjuet sykehusleger på jobb, til tross for deres opptatthet. I tillegg fikk jeg snakket med det brede spekter av representanter fra legeseksjonen. Dette var viktig for å sikre rike og

tilstrekkelige data som kan belyse problemstillingen fra flere sider (Malterud, 2017, p. 58). Alle grupper med tanke på alder, kjønn, overlege og lis-leger ble representert i utvalget.

Gruppeintervju ble overveid innledningsvis i studien, men valget falt på individuelle intervjuer av praktiske årsaker. Det er lettere å frigjøre en lege i arbeidstiden enn flere på en gang, i tillegg til muligheten for at hver enkelt stemme kommer tydelig frem. En svakhet ved intervjuene var at jeg hadde håpet på å få mer informasjon fra legene om selve intervensjonen og hvilke tanker og opplevelser de satt igjen med etter den, men dette ble utfordrende da de ikke husket så mye av den som jeg hadde håpet på. De husket godt selve kartleggingen, presentasjon av funnene i rapporten og arbeidet med å utarbeide tiltaksplan, men ikke like godt hvilke tiltak de hadde vært med på å utarbeide. Dermed ble studien omhandlende mye om sykefravær og arbeidsmiljø, og mindre om intervensjonen. Dette kunne kanskje vært unngått ved å gi dem en grundig gjennomgang av intervensjonen, tiltaksplanen mv på forhånd og før intervjuet.

Et annet aspekt som må nevnes, er min kjennskap til legegruppen fra før av og kunnskapen jeg har om deres arbeidsfelt. Det kan ha vært med på å farge min tolkning av det de har forsøkt å formidle til meg (Malterud, 2017, p. 155). Malterud sier, at nærhet til stoffet kan vanskeliggjøre refleksiviteten, fordi det kritiske blikket kan svekkes, samtidig kan det også gi mer målrettet søken (Malterud, 2017, p. 20). Ved å følge metoden for innhenting av data, stille kritiske spørsmål til meg selv og materialet underveis, diskutere med veileder og utfordre mine egne forestillinger har jeg søkt å ivareta kredibiliteten og validiteten i arbeidet mitt. Ved å følge metodens prinsipper og faser, er transparensten i arbeidet mitt samvittighetsfullt ivaretatt, og muliggjør etterprøvnbarhet av mine resultater. Mitt formål var at legenes stemme skulle bli hørt, og ikke min.

«Vitenskapelig kunnskap er valuta som kan fungere som innskudd i den faglige fellesbanken (...). Overførbarhet er derfor en viktig ambisjon for forskeren (...)» (Malterud, 2017, p. 18). Det Malterud sier her, har vært viktig ambisjon som også jeg har hatt med meg underveis. Jeg har blant annet inkludert noe sykepleiefaglig forskning i denne oppgaven. Leger og sykepleiere står i mange av de samme utfordringene i sin arbeidshverdag, så det er all grunn til å tro at flere av mine funn kan være overførbare og være relevant også for sykepleiere som arbeider i en sykehuskontest. Videre vil resultatene sannsynligvis også ha overførbarhet til leger som arbeider i andre kontekster – slik som fastleger.

## 6. OPPSUMMERING

I denne oppgaven har jeg tatt for meg sykehuslegers erfaringer med sykefravær for egen gruppe, arbeidsmiljø og oppfattelse av arbeidsmiljøintervensjonen «Friskt sykehus». Som hovedfunn kom det frem at legene mener det er flere årsaker til sykefravær i egen gruppe. Det å være lege i dag, oppleves som lite forenelig med krav til privatlivet og at legerollen har over tid endret seg. Et annet funn er konkrete arbeidsrelaterte forhold som for eksempel kombinasjon av ulike roller som over tid blir belastende for den enkelte lege. Buffer som et godt psykososialt arbeidsmiljø er viktig som balanserende for en krevende arbeidshverdag, og gjør at de går på jobb. Det siste hovedfunnet er arbeidsmiljøintervensjonen som dialogskaper.

Funnene viser at legene gjør forsøk på å løsrive seg fra gamle normer, men denne prosessen er svært vanskelig fordi de stadig møter høyere krav som gjør det vanskelig å løsrive seg. I tillegg opplever de at arbeidsmiljøloven tillater at de ikke får tilstrekkelig hvile, selv om det finnes en egen avtale for leger. Forskning viser at legene ikke er fornøyde slik de har det i dag – dette kommer tydelig frem i legekårsundersøkelsen og ellers i media også. Det er mange tegn i samfunnet i dag, at dette er en arbeidsgruppe som er ganske misfornøyde. Man kan se en antydning med at sykefraværet er økende. Det kan selvsagt tilskrives kjønn, at det stadig blir flere kvinnelige leger, men det kan faktisk også tilskrives misnøyen de opplever.

Det er grunn til å se nærmere på hvordan sykehusene er organisert og hvordan legeressursene brukes opp mot pasientsikkerheten i sykehusene. Dette kan vi også se i den nylig fremlagte rapporten fra Helse og omsorgskommisjonen (Bovim et al., 2023). Man er nødt for å ta høyde for at vi i fremtiden ikke vil få flere leger, men man må tenke på hvordan man kan møte en økende eldre befolkning som har behov for spesialisthelsetjeneste. Det å arbeide aktivt med å bevare og forbedre et arbeidsmiljø kan synes ekstra viktig nå. Det å ha et godt arbeidsmiljø beskrives som buffer av legene for misnøye i andre deler av jobbhverdagen og vil kanskje dermed bli ekstra viktig å vektlegge i årene fremover. Man vet jo av tidligere forskning at arbeidsmiljøfaktorer spiller en vesentlig rolle for om man blir sykmeldt eller ikke og at å gjennomføre intervensjoner med konkrete sykefraværsforebyggende tiltak har en effekt mot sykefravær, dersom disse blir fulgt opp (Askildsen, 2016; Aust et al., 2010).

Det å holde sykefraværet på et minimumsnivå er viktig for å kunne opprettholde velferdssamfunnet, og å kunne møte de utfordringer vi som samfunn har med flere eldre i befolkningen, samtidig med at vi får færre i arbeidsfør alder til å ta seg av den eldre generasjonen. Det er arbeidsgivers plikt og ansvar å ta vare på den enkeltes arbeidstakers helse, slik at de ikke blir sykefraværende med sykdom relatert til arbeidsmiljøet. Denne

plikten innebærer å innføre de tiltak som er nødvendige for å unngå sykefravær i den grad dette er mulig. Det at leger tradisjonelt sett har et lavt sykefravær, betyr ikke at det kommer til å fortsette slik. Derfor trengs det mer forskning på legers helse og forebygging av fravær for denne gruppen. Legene er selv en bærebjelke for å holde den norske befolkningen friske og i jobb. Til tross for sykefraværbufferne informantene sier at er til stede i arbeidsmiljøet, kan det se ut som at det alene ikke kan veie opp for nåværende eller mulig fremtidig sykefravær.

Denne oppgaven har vist at det er all grunn til å iverksette intervensjoner med tanke på å forebygge arbeidsrelatert sykefravær, men det forutsettes selvsagt at intervensjonen følges opp. Den har også vist at det trengs mer og grundigere forskning på spesialisthelsetjenestens leger og hva som kan gjøres for å fortsatt holde sykefraværet i denne gruppen på et stabilt, lavt nivå. Man trenger også mer forskning på hvilke overordnede grep som må tas for at legeyrket skal fortsette å være attraktivt og beholde legene i jobb.

## Litteraturliste

- Archibald, M. M., Ambagtsheer, R. C., Casey, M. G., & Lawless, M. (2019). Using Zoom Videoconferencing for Qualitative Data Collection: Perceptions and Experiences of Researchers and Participants. *International Journal of Qualitative Methods*, 18. <https://doi.org/10.1177/1609406919874596>
- Askildsen, G. J. E. (2016). Hva vet vi om sykefraværet? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(2), 97-101. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-02-01>
- Aust, B., Rugulies, R., Finken, A., & Jensen, C. (2010). When workplace interventions lead to negative effects: learning from failures. *Scand J Public Health*, 38(3 Suppl), 106-119. <https://doi.org/10.1177/1403494809354362>
- Bovim, G., Dæhlen, M., Solberg, T., Fredriksen, M. W., Luther, I. M., Sommervoll, L., Førde, O. H., Naustdal, A.-G., Thorkildsen, L. R., Hoxmark, E. M., Nicolaisen, M., Utne, K. K., Iversen, V., Saleh, R., & Wikdal, A. T. (2023). *Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/?ch=1>
- Bruusgaard, D., & Claussen, B. (2010). Ulike typer sykefravær. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130(18), 1834-1836. <https://tidsskriftet.no/2010/09/kronikk/ulike-typer-sykefravaer> (Ulike typer sykefravaer.)
- Carlsen, B., & Norheim, O. F. (2005). "Saying no is no easy matter" a qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC Health Services Research*, 5, 70. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-5-70>
- Carrieri, P., Mattick, Papoutsis, , & Briscoe, W. a. J. (2020). Interventions to minimise doctors' mental ill-health and its impacts on the workforce and patient care: the Care Under Pressure realist review. <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hsdr/hsdr08190#/abstract>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Duchaine, C. S., Aube, K., Gilbert-Ouimet, M., Vezina, M., Ndjaboue, R., Massamba, V., Talbot, D., Lavigne-Robichaud, M., Trudel, X., Pena-Gralle, A. B., Lesage, A., Moore, L., Milot, A., Laurin, D., & Brisson, C. (2020). Psychosocial Stressors at Work and the Risk of Sickness Absence Due to a Diagnosed Mental Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(8), 842-851. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0322>
- Emelianov, D. (2014). Legers autonomi. *UiT*. <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/6684/thesis.pdf?sequence=2>
- Eriksen, K. F. (2023). Voldsom økning i pågang til Modum bad fra utbrente leger. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2023/01/25/voldsom-okning-i-pagang-til-modum-bad-fra-utbrente-leger/>
- Falkum, E., Gjerberg, E., Hofoss, D., & Aasland, O. G. (1997). Tidspress blant norske leger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/1997/03/artikkel/tidspress-blant-norske-leger>
- Hovedavtale mellom Arbeidsgiverforeningen Spekter og akademikerne, (2022). <https://akademikerne.s3.amazonaws.com/Hovedavtale-Spekter-2022-2025.pdf>
- Gading, R., & Rothe, J. S. (2023). Høyeste sykefravær siden 2009 <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/statistikk/sykefravaer/artikler/hoyeste-sykefravaer-siden-2009>
- Giaever, F., Lohmann-Lafrenz, S., & Lovseth, L. T. (2016). Why hospital physicians attend work while ill? The spiralling effect of positive and negative factors. *BMC Health Services Research*, 16(1), 548. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1802-y>
- Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant, R. A., Christensen, H., & Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-

- review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(4), 301-310. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104015>
- Helsedirektoratet. (2020). *Sykmelderveileder*, <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder/alternativer-til-sykmelding-tilrettelegging-egenmelding-pleiepenger-mfl/egenmelding-ved-sykdom>
- Helsedirektoratet. (2021). *Sosial støtte, deltakelse og medvirkning* <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sosial-stotte-deltakelse-og-medvirkning>
- Hem, E. (2022). 30 års forskning om leger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0631>
- Isaksson Ro, K. E., Tyssen, R., Gude, T., & Aasland, O. G. (2012). Will sick leave after a counselling intervention prevent later burnout? A 3-year follow-up study of Norwegian doctors. *Scand J Public Health*, 40(3), 278-285. <https://doi.org/10.1177/1403494812443607>
- Johannessen, H. A., Tynes, T., & Sterud, T. (2013). Effects of occupational role conflict and emotional demands on subsequent psychological distress: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55(6), 605-613. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3182917899>
- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2). <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *The psychosocial work environment. I: Karasek, R. & Theorell, T. red. Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Harper Collins: Basic books.
- Kivimäki, M., Nyberg, S. T., Batty, G. D., Fransson, E. I., Heikkilä, K., Alfredsson, L., Bjorner, J. B., Borritz, M., Burr, H., Casini, A., Clays, E., De Bacquer, D., Dragano, N., Ferrie, J. E., Geuskens, G. A., Goldberg, M., Hamer, M., Hooftman, W. E., Houtman, I. L., . . . Theorell, T. (2012). Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *The Lancet*, 380(9852), 1491-1497. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60994-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60994-5)
- Knardahl, S., Sterud, T., Nielsen, M. B., & Nordby, K.-C. (2016). Arbeidsplassen og sykefravær - Arbeidsforhold av betydning for sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(2), 179-199. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-02-05>
- Krokstad, S. (2021). How can we help more people to re-join the labour force? *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 141(3). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0760> (Hva skal til for a fa flere i arbeid?)
- Kvale, & Brinkmann. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (Vol. 3). Gyldendal Akademiske.
- Lied, I. B., Lindgren, M. L., & Helberget, L. K. (2021). Tidspress blant sykepleiere kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet: en systematisk review. *Klinisk Sygepleje*, 35(3), 242-254. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2021-03-05>
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven), (1977). [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL\\_4#%C2%A73-1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_4#%C2%A73-1)
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Mehlum, I. S. (2011). How much sick leave is work-related? *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 131(2), 122-125. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0665>
- Mykletun. (2010). Hvordan redusere sykefraværet i Norge? *Psykologtidsskriftet*. <https://psykologtidsskriftet.no/oppsummert/2010/09/hvordan-redusere-sykefravaeret-i-norge>
- Nes, R. B., Sevenius Nilsen, T., Hauge, L. J., Eilertsen, M., Gustavson, K., Aarø, L. e., & Røysamb, E. (2019). *Livskvalitet og trivsel* (978-82-8406-113-9). <https://www.fhi.no/contentassets/21c14cb7d5924b779a0d6e26c4064af4/livskvalitet-i-norge-2019-rapport.pdf>

- Nossen, J. P. (2019). Kjønnforskjellen i sykefravær: Hvor mye er det mulig å forklare med registerdata? [https://arbeidogvelferd.nav.no/asset/2019/4/arbeid\\_og\\_velferd-2019-04\\_art-4.pdf](https://arbeidogvelferd.nav.no/asset/2019/4/arbeid_og_velferd-2019-04_art-4.pdf)
- Nylenna, M., & Aasland, O. G. (2010). [Job satisfaction among Norwegian doctors]. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 130(10), 1028-1031. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0955> (Jobbtilfredshet blant norske leger.)
- Odeen, M., Magnussen, L. H., Maeland, S., Larun, L., Eriksen, H. R., & Tveito, T. H. (2013). Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 63(1), 7-16. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqs198>
- Ostby, K. A., Mykletun, A., & Nilsen, W. (2018). Explaining the gender gap in sickness absence. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 68(5), 320-326. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy062>
- IA-avtalen 2019-2024, (2019). [https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende\\_arbeidsliv/ia-avtalen-20192022/ia-avtalen-20192024/id2623741/](https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-20192022/ia-avtalen-20192024/id2623741/)
- Rolfheim-Bye, S. (2019, 27.02.2019). *Arbeidsmiljøets betydning for arbeidet* STAMI. <https://stami.no/arbeidsmiljoets-betydning-for-arbeidet/>
- Rosta, J., Aasland, O. G., & Nylenna, M. (2019). Changes in job satisfaction among doctors in Norway from 2010 to 2017: a study based on repeated surveys. *BMJ Open*, 9(9), e027891. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027891>
- Scheel, K. (2023). Fem faktorer som påvirker arbeidsmiljøet *Gjensidige*. <https://www.gjensidige.no/godtforberedt/content/fem-faktorer-som-pavirker-arbeidsmiljoet>
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>
- SSB. (2019). *Arbeid og lønn*. SSB. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/norges-sykefravaer-passerte-sveriges-og-nederlands-etter-lovendringer>
- SSB. (2023a). *Norge blant landene med flest i jobb*. SSB. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/arbeidskraftundersokelsen/artikler/norge-blant-landene-med-flest-i-jobb>
- SSB. (2023b). *Sesongjustert sykefravær (egen- og legemeldt) 4. kvartal 2022*. SSB. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/statistikk/sykefravaer>
- STAMI. (2019). Innsats-belønning ubalanse. <https://noa.stami.no/arbeidsmiljofaktorer/krav-kontroll-og-belonning/innsats-belonning-ubalanse/>
- STAMI. (2021a). Faktabok om arbeidsmiljø og helse (2021). STAMI-rapport, årgang 22, nr. 4, . STAMI. <https://stami.no/content/uploads/2021/06/Faktabok-om-arbeidsmiljo%C3%B8-og-helse-2021.pdf>
- STAMI. (2021b). *Hva er arbeidsmiljø?* STAMI. <https://stami.no/hva-er-arbeidsmiljo/>
- STAMI. (2023). *Høye krav, lav kontroll index*. STAMI. <https://noa.stami.no/tema/psykososialtorganisasjon/krav-kontroll/hoyekrav-lavkontroll/>
- Sverdrup, S. (2021). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag. Råd og vink. Skritt for skritt*. Cappelen Damm Akademisk.
- Tveita, J. (2013, 06.02.2013). *Dette er friskfaktorene*. Hmsmagasinet.no. <https://www.hmsmagasinet.no/2013-arbeidsmiljo-arkiv/dette-er-friskfaktorene/223172>
- Ulriksen, K. A. (2019). Erving Goffmanns skuespill. *Nasjonal Digital Læringsarena*. <https://ndla.no/nb/subject:1:fb6ad516-0108-4059-acc3-3c5f13f49368/topic:1:e47486fd-1c96-4e58-a0a2-d520d3950013/topic:1:de2d7261-34d9-4b8c-b3dc-10ee6552432b/resource:1:197407>
- van Oostrom, S. H., van Mechelen, W., Terluin, B., de Vet, H. C., & Anema, J. R. (2009). A participatory workplace intervention for employees with distress and lost time: a feasibility evaluation



- within a randomized controlled trial. *J Occup Rehabil*, 19(2), 212-222.  
<https://doi.org/10.1007/s10926-009-9170-7>
- Vaaler, Skaug, Duesund, & Nilsen. (2008). Ledelsesfaktorer som påvirker ansattes grad av organisasjonstilhørighet og intensjoner om å forlate arbeidsplassen. *UiO*.  
<https://www.duo.uio.no/handle/10852/18367>
- Østbye, T. S. (2020). Digitalisering som varmer. *Praktisk økonomi & finans*, 36(1), 39-46.  
<https://doi.org/10.18261/issn.1504-2871-2020-01-06>
- Øye, C., & Bjelland, A. K. (2012). Deltagende observasjon i fare? – En vurdering av noen forskningsetiske retningslinjer og godkjenningsprosedyrer. *Norsk antropologisk tidsskrift*, 23(2), 143-157. <https://doi.org/10.18261/issn1504-2898-2012-02-03>
- Aagestad, C., Johannessen, H. A., Tynes, T., Gravseth, H. M., & Sterud, T. (2014). Work-related psychosocial risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56(8), 787-793.  
<https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000212>
- Aasland, O. (2020). Lege tjuefire sju? *Tidsskrift for Den norske legeforening*.  
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0721>
- Aasland, O. G. (2022). Leger og kjønn. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.  
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0437>
- Aasland, O. G., & Førde, R. (2008). Legers faglige yringsfrihet. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*  
<https://tidsskriftet.no/2008/08/originalartikkel/legers-faglige-ytringsfrihet#literature>



## Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Godkjenning fra SIKT

Vedlegg 3: Informasjon og samtykkeskjema

## Vedlegg 1

Intervjuguide «Sykefravær og arbeidsmiljøintervensjon i en legeseksjon på et norsk sykehus»

Masteroppgave: Gunhild F. V. Søndergaard, student NMBU

Innledning:

- kort om prosjektet, taushetsplikt og egenerklæringsskjema
- det vil bli benyttet båndopptaker under intervju
- personvern og lagring av data

### Bakgrunnsspørsmål

Navn:

Alder:

Sjikt:

### Historikk

1. Fortell litt innledningsvis om din rolle i avdelingen. Hvilket sjikt du tilhører og hvor lenge du har jobbet her?
2. Hvorfor valgte du nettopp denne jobben? Og hvorfor her?

### Sykefravær

1. Sykefravær blant leger i Norge er trolig økende. Kan du si litt om dine tanker rundt dette?
2. Kan du si noe om hva du tenker om sammenheng mellom sykefravær og arbeidsmiljø? – På hvilken måte da? Betydning av dette for legetjenesten generelt?

### Jobbtilfredshet

1. Hvordan trives du ved denne avdelingen? Seksjonen?
2. Er du tilfreds med arbeidsoppgavene dine?
3. Er det noe du er spesielt tilfreds med? Noe du er spesielt lite tilfreds med?
4. Hva med arbeidsmiljøet? (stikkord: psykososialt arbeidsmiljø og kultur, ledelse og organisering, fag, kvalitet og pasientsikkerhet, fysisk arbeidsmiljø)

### Kartleggingen

1. Var du deltaker på fjorårets kartlegging av arbeidsmiljøet ved din seksjon og avdeling?

Om deltakeren svarer ja:

2. Hvordan opplevde du det å være med på kartleggingen?
3. Hvilke momenter der du syntes var overraskende?
4. Hva opplevde du positivt? Negativt?

Om deltakeren svarer nei: (da vil det bety at deltakeren er nyansatt og kommet inn etter kartleggingen)

1. Har du fått informasjon om «Friskt sykehus»?
2. Hvordan opplever du arbeid med arbeidsmiljøet i din seksjon?
3. Har du vært med i utarbeidelse og implementering av tiltak etter kartleggingen?
4. Opplever du at det jobbes med arbeidsmiljøet på en annen måte her enn det du har vært vant med fra andre arbeidsplasser?

## Vedlegg 1

### Tiltaksarbeidet

Var du deltakende på gjennomgang av rapporten som ble presentert etter kartleggingen med påfølgende tiltaksutvikling?

Om svaret ditt er ja:

1. Hvilket tema/område var du med å utarbeide tiltak på?
2. Hvordan opplevde du dette?
3. Ble det diskutert i arbeidsmiljøet i etterkant? I så tilfalle hva ble diskutert?
4. Hva tenker du om at dere ble kartlagt, når dere i utgangspunktet ikke hadde et høyt sykefravær som tilsa at dere burde kartlegges?

1. Føler du at innspill og ønsker til tiltak har blitt fulgt opp? Og i så tilfelle av hvem? Og på hvilken måte?
2. Har du inntrykk av at alt av foreslåtte tiltak har blitt fulgt opp? Er det noen av tiltakene som du opplever ikke ble fulgt opp, men som du hadde syntes var viktig å følge opp?
3. Var det noen av tiltakene som ikke lot seg gjennomføre? Har du eksempler?
4. Er det noen av tiltakene du kan trekke fram som spesielt positive for deg?
  - Og for dere som ansattgruppe?
5. Hva tenker du om den samlede effekten av tiltakene? (Tenker du at dette har vært positivt eller negativt? og i så tilfelle på hvilken måte?)
6. Tenker du at det har hatt noen konsekvenser i det hele tatt?
7. Hvordan tenker du at dette har vært nyttig for deg? Og for dine kollegaer?

### Involvering/medvirkning og informasjon

1. Hvordan har dere vært involvert/ medvirket underveis?
2. Informasjon?
3. På hvilken måte har dere fått informasjon og vært medvirkende gjennom prosessen? Opplever du at noe har endret seg i perioden etter kartleggingen?
4. Kan du i så tilfelle utdype hva? Og på hvilken måte?
5. Har kartleggingen og tiltakene gjort noe for dynamikken i ansattgruppa? Og på hvilken måte i så tilfelle?

### Til slutt:

1. Hva synes du har vært bra med kartleggingen? Og tiltakene?
2. Hva kunne vært gjort annerledes? Og hvorfor?
3. Tenker du at denne måten å arbeide med arbeidsmiljø på er noe som bør kontinueres/implementeres?
4. Anbefales til andre enheter med lavt sykefravær?
5. Hvis du skulle trekke fram en ting som bør forskes videre på i forhold til legers sykefravær - hva ville det vært?
6. Er det noe vi ikke har snakket om, som du tenker er viktig å få frem?

# Vurdering

**Dato**

11.08.2022

**Type**

Standard

**Referansenummer**

879207

**Prosjekttittel**

Intervensjoner i enheter på sykehus med lavt sykefravær

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges miljø- og biovitenskapelige universitet – NMBU / Fakultet for landskap og samfunn / Institutt for folkehelsevitenskap

**Prosjektansvarlig**

Kariann Krohne

**Student**

Gunhild Frida Vorren Søndergaard

**Prosjektperiode**

10.08.2022 - 31.12.2023

[Meldeskjema](#) 

**Kommentar****OM VURDERINGEN**

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

**VIKTIG INFORMASJON TIL DEG**

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, og særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger frem til 31.12.2023.

**LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a.

**PERSONVERNPRINSIPPER**

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos oss: Sturla Herfindal

Lykke til med prosjektet!

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### *«Sykefravær og arbeidsmiljøintervensjon i en legeseksjon på et norsk sykehus»?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan du har opplevd deltakelse i intervensjonen «Friskt sykehus». I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Som masterstudent i folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, ønsker jeg å undersøke hvordan du som lege erfarte å delta i intervensjonen «Friskt sykehus» med kartlegging og utarbeidelse av arbeidsmiljøtiltak, og oppfølgingen av disse. Jeg ønsker også å belyse dine refleksjoner rundt sykefravær blant leger.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Norges miljø og biovitenskapelige universitet (NMBU) er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta, da du er lege tilhørende en sykehusenhet med lavt sykefravær hvor det ble gjennomført en kartlegging og en intervensjon basert på en metode for forbedring av arbeidsmiljø i enheter med høyt sykefravær

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Om du velger å delta i prosjektet, vil jeg intervju deg om dine erfaringer med sykefravær og intervensjonen «Friskt sykehus». Intervjuet vil finne sted høsten 2022 og vare i 30-60 minutter. Spørsmålene i intervjuet vil omhandle generelt sykefravær blant leger, arbeidsmiljø, intervensjonen «Friskt sykehus» og de påfølgende arbeidsmiljøtiltakene. Fokus i intervjuet vil ikke være eget sykefravær.

Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Navn og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil oppbevares på en passord beskyttet forskningsserver hvor kun student og veileder har tilgang. Nettskjema er databehandler i prosjektet, NMBU har databehandleravtale med dem. Du som deltaker vil ikke kunne gjenkjennes i eventuell publikasjon eller i masteroppgaven som skrives.

## Vedlegg 3

### Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes etter at oppgaven er godkjent av NMBU og senest innen utgangen av desember 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres og lydopptaket slettes.

### Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NMBU, har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Masterstudent Gunhild F.V Søndergaard på epost [gunhild.frida.vorren.sondergaard@nmbu.no](mailto:gunhild.frida.vorren.sondergaard@nmbu.no) eller på telefon 920 11 398
- Prosjektleder Kariann Krohne på epost [kariann.krohne@nmbu.no](mailto:kariann.krohne@nmbu.no) eller på telefon 67 23 13 38
- Personvernombudet ved NMBU Hanne Pernille Gulbrandsen på epost [personvernombud@nmbu.no](mailto:personvernombud@nmbu.no) eller på telefon 402 81 558

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

*Kariann Krohne*

(prosjektleder/veileder)

*Gunhild F. V. Søndergaard*

(student)

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Sykefravær og arbeidsmiljøintervensjon i en legeseksjon på et norsk sykehus» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)





**Norges miljø- og biovitenskapelige universitet**  
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet  
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003  
NO-1432 Ås  
Norway