Et forsøk med reduksjon av arbeidstid: 6 timers dag for kvinner i omsorgsyrker

Foto: Eva Denis

"og arbeidet æ leve med e'mykje mykje meir enn det å slite"

Oslo kommune

Ellinors vise

Tekst: Klaus Hagerup ***Mel.: Sverre Kjellsberg***

Ka e' det som æ dromme om
at æ en dag ska' våkne opp å vite
at arbeidet æ leve me
e' mykje, mykje meir enn det å slite.

Æ dromme om å være fri
i lag med aille folkan som æ like.
Æ dromme om ei anna tid
der ingen folk e' fattige og rike.

Æ dromme om at aille dem
som trekke garnan langt der utpå sjyen,
ska' få ei bedre tid i lag med dem
som jobbe skift på en fabrikk i byen.

Og dem som har en liten gård,
nån kyr og ei gjeld dem ikkje klare.
Æ dromme at dem får en vår
dem bruke tel nå meir enn det å spare.

Æ dromme at vi får en vår
da undertrokkinga på jorda stainse.
Ei ny tid kommer sjol om fjellan står,
og det blir like fint å jobbe som å dainse.

Forord

Oslo kommune har iverksatt ulike tiltak for å redusere sykefravær i kommunal sektor. Proveprosjekt med 6 timers arbeidsdag for kvinner i omsorgsyrker er bare ett av dem, men kanskje det mest utradisjonelle og mest omstridte.
Oslo kommune som er arbeidsgiver for 45.000 arbeidstakere markerer seg som en uredd og modig arbeidsgiver når tiltak med 6 timers arbeidsdag realiseres.

Det er mange som har bidratt til prøveprosjektet med 6 timers dag, og det er rett og rimelig å rette en takk til bidragsyterne.
Økonomiske bidragsytere:
Arbeidsgiver - Oslo kommune
Opplæring- og utviklingsfondet i Oslo kommune
KS-Program for storbyrettet forskning
Andre bidragsytere:
Bydel 2
Forsoksenheten: Majorstua alders- og sykehjem og Hjemmetjenesten,
Øvre distrikt, Bydel 2.
Tjenesteledere på alle nivå i organisasjonen
Samarbeidspartnere/medarbeidere
Forsokspersonene

Som prosjektleder, med ansvar for planlegging, gjennomføring og avvikling av prosjektet har det vært helt nodvendig at Bydelsadministrasjonen og forsoksenheten har stilt seg åpen og vært tilgjengelig.
En takk til alle der som har bidratt til dette!
En takk til arbeidstakerorganisasjonene og politikerne som arbeidet frem proveprosjektet, og endelig en takk til Byrådsavdeling for finans og plan ved Arbeidsgiverseksjonen som har lagt tilrette for gjennomføringen og vært prosjektledelsens stotte gjennom hele prosessen.

Oslo 30. juni 1997
Gry Opsahl
Prosjektleder

Rapporten er digitalisert av Aksjonskomiteen for sekstimersdagen.
Vedlegga til rapporten finner du på nettstedet vårt:
http://www.sekstimersdagen.no.

Glimt fra hjemmehjelperens hverdag:
Først rapport og arbeidsfordeling

Avsted til første tjenestemottaker....

Vasking og støvsuging

Vanne blomster og gjøre det trivelig

Foto:Eva Denis

Lage mat, spise og kose seg sammen, før man går til neste tjenestemottaker.

Før prosjektet startet hadde hjemmehjelperen tre hjemmebesøk på en dagvakt, med rengjørings-og omsorgsoppgaver.
I prosjektperioden, med 6 timers dag ble det to hjemmebesøk pr dagvakt.
Opplevelsen av mindre arbeidspress og mer restitueringstid har kommet sterkt til uttrykk hos nettopp denne yrkesgruppen.

Hjemmetjenesten har ofte tjenestemottakere som mottar både hjemmehjelp og hjemmesykepleie

Hjemmesykepleieren kommer og gjør sine observasjoner, vurderinger og handlinger...

Foto:Eva Denis

Bandasje settes på slik at pasienten kan kle på seg og være aktiv i sitt eget hjem. Bandasjen styrker muske-venepumpen og beskytter såret mot skade/traume.

Hjemmesykepleieren har mange pasientoppdrag på sine vakter. Vanligvis mellom 6 til 8.

Hjemmesykepleieren steller leggsår

Situasjoner fra avdeling med senil demente, hvor fokus er på veiledning

Pleiepersonalet legger tilrette for et måltid i felleskap

"Se her, skal jeg ta på litt syltetøy for deg"

"Der er melkeglasset ditt ja.."

Pasienten dekker bordet

Foto:Eva Denis

I samarbeide med personalet går det greit å rydde og vaske opp sammen.

Strategien på avdelingen er å veilede og å validere; å møte pasienten der han/hun er. Strukturen på dagen gjøres tydelig. Skjerming for overstimulering er vesentlige sider ved omsorgen til senil demente pasienter.

Når fraværet er lavt får personalet tid bli til en liten prat...

Det blir ro over stellesituasjonen....

og det blir ro over måltidet.

Når fraværet er stort kan innholdet på dagen bli tomt ....

Ventetiden kan bli lang, og jeg føler meg uvirksom og alene.....

Foto:Eva Denis

Man må forsøke å klare seg selv.....

Innholdsfortegnelse: *Side*

Omsorgsyrkene uttrykt i bilder 1

Innledning 8

Kapittel 1
Arbeidstidsreformer som følge av politiske prosesser 9
1.1. Arbeidstidsreformer i et historisk perspektiv 9

1.2. Arbeidstidsreform som middel:
6-timers dag, et prøveprosjekt i Oslo kommune 10
1.2.1. Hvordan er det mulig? 13
1.2.2. Hvem påvirker? 14
1.2.3. Hva er legitimeringsgrunnlaget? 14
1.2.3.1. Yrkesfaseperspektivet 14
1.2.3.2. Kvinne-/likestillingsperspektivet 15
1.2.3.3. Livsfaseperspektivet 16
1.2.3.4. Det politiske perspektiv 17

1.3. Det politiske vedtak 18

1.4. Formål og problemstilling 19

Kapittel 2
Prosjektorganisering 19
2.1. Styringssturktur 19
2.1.1. Rådgivende utvalg 19
2.1.2. Prosjektgruppe 20
2.1.3. Ulike arbeidsgrupper 20

Kapittel 3
Prosjektpremisser 22
3.1. Rammer for prosjektdrift 22
3.2. Metodisk tilnærming 23
3.3. Evaluering 23

Kapittel 4
Det var en gang..... 25
4.1. Fra politisk vedtak til praktisk gjennomføring -
en beskrivelse av den fagpolitiske prosess 25
4.1.1. Valg av forsøksenhet 26
4.1.2 Omsorgsyrker - hva er det - og hvorfor ble de
valgt ut i et arbeidstidsreduksjonsprosjekt? 38
4.1.3. Beskrivelse av forsøksenheten 38

4.1.3.1. Sykehjemmet - institusjonen som arbeidsplass 38
4.1.3.2. Rammer/premisser 38
4.1.3.3. Organisering 39
4.1.3.5. Hjemmetjenesten - hjemmet som arbeidsplass 40
4.1.3.6. Rammer/premisser 42
4.1.3.7. Organisering 42

4.2. Standarden - er den god nok? 43
4.2.1. Hvem sammenligner vi oss med? 44
4.2.2. Besøkstall, og pasientturnover - mål for arbeidspress/stress 48

4.3. Situasjonen før prosjektstart - hva mister vi - hva får vi- hva står vi igjen med? 52

4.4. Ansettelse av nye medarbeidere/kompetansepersonell for å kompensere arbeidstidsreduksjonen 54
4.4.1. Inngåelse av arbeidsavtale med forsøkspersonene 54
4.4.2. Tilsettingsprosess - rekrutteringsarena 55
4.4.3. Gamle og nye medarbeidere - en utfordring 55

Kapittel 5
"Når det bli' like fint å jobbe som å dainse" 57
5.1. Gjennomføring av 6 timers dagen i forsøksenheten 57
5.1.1. Mål: å styrke individorienteringen i tjenesten 57
5.1.2. Teknisk-adm. forberedelser i forsøksenheten 57
5.1.3. Tydeliggjøring av ansvar 59
5.1.4. Analyse og vurdering av dagens arbeidstidsbruk 59
5.1.5. Utarbeidelse av ny turnus; fra sykehusmodellen til flerdelt turnus 61

5.2. Prosessoppfølging 63
5.2.1 Arbeidsmiljølovens kap.10, § 48 som utgangspunkt for ny turnus. Hva er erfaringene? 63
5.2.1.1. Konsekvenser for arbeidsmiljø og tjenestekvalitet 64
5.2.1.2. Andre konsekvenser 70

Kapittel 6
Snipp, snapp, snute 71
6.1. Prosjektavvikling og overgang til normalarbeidstid 71
6.1.1. Analyse og vurderingsfase 72
6.1.2. Planlegging og initieringsfase 79
6.1.3. Oppfølging og evalueringsfase 80

6.2. Prosjektets tilsiktede og utilsiktede hensikter 80
6.3. Prosjektets lønnsutgifter til erstatningspersonale 82

Kapittel 7
Økt forståelse - et stort ansvar 83
7.1. Kartlegging av sykefravær - og annet fravær - hvordan virker det inn når hjelp - pleie og omsorg er tjenestens art? 83
7.1.1. Hva slags årsaksfravær har vi 83
7.1.2. Hvor stort er fraværet, og hvem betaler for det? 84
7.1.2.1. Konsekvenser for arbeidsgiver 86
7.1.2.2. Konsekvenser for arbeidsmiljø 87
7.1.2.3. Konsekvenser for tjenestekvalitet 90

7.2. Et forsøk på å problematisere dagens premisser for drift med kjennskap til fraværsmønster og bruk av overtid, vikar og ekstravakt i forsøksenheten 92
7.2.1. Kostnadseffektivitet som sterkeste legitimeringsfaktor for drift i offentlig sektor - er det alltid så klokt? 94
7.2.2. Konvertering av midler fra vikar - og ekstravaktbruk til faste stillinger, hvilke konsekvenser får det ? 94

Kapittel 8
Fakta om prosjektet: 95
8.1. Møter 95

8.2. Mediadekning 96

8.3. Informasjon og formidlingsarbeide 97

Kapittel 9
Konklusjon 97
9.1. Veien videre..... 98

Litteraturreferanser 99

Vedlegg 102

Innledning

Prosjekt 6 timers dag i omsorgsyrker - et tiltak for å styrke arbeidsmiljø, sikre tjenestekvalitet og redusere sykefravær.

Rapporten er en prosessbeskrivelse av hele planleggingsprosessen, gjennomføringen og avviklingen av prøveprosjektet.
Den kunnskapsutvikling en slik endringsprosess gir, håper man kan være til direkte nytte for andre som skal gjennomføre arbeidstidsreformer, eller inspirere til det, uavhengig av bransje.

Fakta om prosjektet:
Prosjektet er finansiert med midler fra Oslo kommune hvorav 25% av driftsmidlene kommer fra Opplærings- og utviklingsfondet i kommunen.
Prosjektenheten har bestått av Majorstua- alders og sykehjem og Hjemmetjenestens øvre distrikt, Bydel 2.
Det har vært ca.100 omsorgsarbeidere; sykepleiere, hjelpepleiere og hjemmehjelpere som har deltatt i prosjektet.
Prosjektdeltakerne har fått full lønnskompensasjon av regulativ lønn og full erstatningsbemanning som kompensasjon for arbeidstidsreduksjonen. Varigheten har vært 22 mndr.;
01.06.95 til 31.03.97.
Evalueringen blir gjennomført av Forskningsstiftelsen for studier av arbeidsliv, fagbevegelse og offentlig politikk/FAFO.
Evalueringen er finansiert av KS-Program for storbyrettet forskning og Oslo kommune.

Prosessbeskrivelsen som følger viser oss hvordan arbeidsmiljø og tjenestekvalitet påvirkes av arbeidets organisering. I all hovedsak har prosjektet høstet positive erfaringer ved overgang til flerdelt turnus, som en konsekvens av arbeidstidsreduksjonen. Man har utnyttet arbeidskraftinnsatsen maksimalt i de perioden pleiebehovene er størst.
Standarden i forsøksenheten, uttrykt som forholdet mellom antall ansatte og antall pasienter, dokumenterer et behov for styrket bemanning. Kartlegging av sykefravær og annet fravær viser et fraværsmønster som gjør det legitimt å se kritisk på dagens praksis for behandling av dette problemet.
For alle yrkesgrupper viser kartleggingsarbeidet at kortidsfraværet har gått noe ned, mens langtidsfravær, sykefravære over to uker, har steget hos hjelpe- og sykepleierne, mens det har gått ned hos hjemmehjelperne. Endringer i merlønnsutgifter viser den samme tendens.
Prosjektet har gitt arbeid til 17 nye medarbeidere, og tidligere deltidsansatte har gått opp i full stilling i prosjektet, med full lønn og alle arbeidssosiale rettigheter. 100 kvinner har fått en time mer fritid, og i prosjektperioden har vi hatt 17 svangerskap.
Av prosjektets utilsiktede hensikter bør nevnes økt bevissthet om arbeidstidsbruk, styrket fleksibilitet, økt bevissthet om dokumentasjon, styrket fagidentitet, økt innsikt i sykefraværsmønster og økt kunnskap om arbeidsmiljøfaktorer.

Kapittel 1
Arbeidstidsreformer som følge av politiske prosesser

Regulering av arbeidstid er historisk sett av relativt ny dato.
Grunnlaget for vår arbeidervernlovgivning ble lagt ved lov av 1892; om tilsyn i arbeid med fabrikkene m.v. Industrien, som ga mange lønnet arbeid, førte med seg mange ulemper som tvang frem vernebestemmelser, tydeliggjorde arbeidstakers rettigheter og plikter overfor arbeidsherren.
Før arbeidervernlovgivningen har husmannsloven av 1851 hatt vernemessig betydning og Sunnhetsloven av 1860 ga helserådene adgang til å gripe inn mot helsefarlige forhold i arbeidslivet. Håndverkslaugene og bergverksdrift hadde også sine vernebestemmelser.
Grunnet misnøye og uro blant arbeidsfolk i slutten av forrige århundre ble det drivkraften for politisk utvikling av et lovverk for arbeidslivet.
Arbeidsgivers ansvar ved arbeidsulykker, syke- ulykkes- og alderstrygd er eksempler på dette. Forebyggelse av arbeidsulykker og begrensning av arbeidstidens lengde, samt særvern for kvinner, barn og unge arbeidere er andre eksempler. Denne oppbygging har loven den dag i dag, selv om den har fått langt videre virkeområder og supplert med flere viktige prinsippbestemmelser.
Den første resolusjon om arbeidstidens lengde ble tatt i 1885; 10 timers dag ble vedtatt. Prinsippet om en normalarbeidsdag ble først slått fast i lovs form i 1915.

1.1. Arbeidstidsreformer i et historisk perspektiv

I forrige århundre var hovedintensjonen med å regulere arbeidsdagen til 10 timer av vernemessig karakter.
I dagens samfunn er det i hovedsak ; arbeidsledighet, velferd og likestillingspolitikk som danner legitimeringsgrunnlag for å gjennomføre arbeidstidsreformer.
Målene har skiftet fra arbeidervern til likestilling og høyere livsstandard. 8 timer normalarbeidsdag og 48 timers uke ble lovfestet allerede i 1919.
Arbeidstidsforkortelser ble sterkt trukket frem igjen i 1920 og 30-årene, med begrunnelse i den store arbeidsledigheten.
Deling av arbeid sto sentralt. Kravet om 6 timers dag ble reist for første gang av gruvearbeiderne i Sulitjelma 1920.
Arbeidstidsreduksjoner ble ikke tatt i bruk som virkemiddel for å løse krise på arbeidsmarkedet i mellomkrigstiden.
Et regjeringsoppnevnt arbeidstidsutvalg tilrådet en ekspansiv økonomisk politikk, hvor økt offentlig etterspørsel var ett av virkemidlene, for å komme over krisen.
I 50 og 60 årene skjedde det arbeidstidsreduksjoner på flere områder.
Begrunnelsen var først og fremst ønske om mer fritid som en konsekvens av inntektsvekst. 1958 fikk vi 45 timers uke, ti år senere, i 1968, 42,5 timers uke.
I 1970 årene ble fem dagers uke innført både i arbeidsliv og skole.
Det ble en omorganisering av arbeidsuken for hele samfunnet.
I 1976 fikk vi 40 timers arbeidsuke og fra 1987, 37,5 times uke.

Diskusjonen har tidligere gått på arbeidstidens lengde, mens det har i det siste tiårets arbeidstidsdebatt også omhandlet arbeidstidens organisering. Ønsker om

mer fleksible arbeidstidsordninger fremmes fra flere hold. Særlig er er det næringslivet som problematiserer at driftstiden blir kort og at at man kan oppnå en bedre utnyttelse av kapitalutstyret ved mer fleksible arbeidstider. Det innebærer at normalarbeidsdagen trues og at arbeidstakere med kompetanse som er etterspurt må gå ulike vaktordninger.
Spørsmålet om 6 timers dag som normalarbeidsdsag er blitt reist på nytt, men nå ut i fra klare kvinnepolitiske interesser.
Arbeidstidsreformer fremheves som nødvendige for å forme et samfunn med likestilling mellom menn og kvinner. Redusert arbeidstid anføres som et virkemiddel for å få til en mer lik arbeidsdeling mellom kvinner og menn i både betalt og ubetalt arbeid.
Endringer i den sosiale struktur i samfunnet har ført til at både arbeidstidens lengde og organisering vurderes samlet. Det fremheves at arbeidstidsredukjoner ikke er mulig uten en større variasjon i virksomhetens tidsorganisering. Slike omlegginger lar seg på den ene side ikke gjennomføre uten at arbeidstiden reduseres. I denne sammenheng blir arbeidstidsreduksjoner en nødvendig motytelse for større fleksibilitet, og omvendt.
Flere interesser har meldt seg i den arbeidstidspolitiske debatt.
Spørsmålene om endret arbeidstid er store og sammensatte, da arbeidstiden legger rammer for hele hverdagslivet.

Dette korte historiske tilbakeblikk om arbeidstidsreformer i vårt samfunn viser at ulike motiv har styrt utviklingen.
I prosjektsammenheng er 6 timers dag et middel og ikke et tariffpolitisk mål.
Motivene for forsøket har vi gjennom kjennskap til historien sett før;
arbeidets art, vern av særgrupper, ubekvemme arbeidstider, jobbdeling etc.
Fokus i 6 timers prosjektet er å sikre tjenestekvaliteten, styrke arbeidsmiljøet og å redusere sykefraværet. Kan man dokumentere det, blir kanskje 6 timers dagen et mål og ikke bare et middel?

1.2. Arbeidstidsreform som middel:6-timers dag, et prøveprosjekt i Oslo kommune.

Den politiske prosess som har gått forut for dette vedtaket og som gjør prosjektet mulig å realisere, har tydeliggjort ulike motiv i forsøk på å finne legitimitet for prosjektet.
Sykefraværet har stått sentralt, ut i fra en personaløkonomisk og samfunnsøkonomisk interesse. Oslo kommune, som arbeidsgiver, er villig til å forsøke ulike tiltak i kampen mot sykefravær, hvor prosjekt 6 timers dag er ett av dem.
Arbeidsmiljø, tjenestekvalitet, sysselsetting og likestilling er andre områder som danner motiv for forsøket, og som styrker legitimiteten.

Prosjektet bygger på erfaringer som er gjort i tidligere forsknings- og utviklingsarbeid:
Oslo Kommunes avtale med forhandlingssammenslutningene om reduksjon av sykefravær har bl.a. resultert i håndboken "Veiledning i internkontroll for helse, miljø og sikkerhet". Denne håndbok gir nyttig informasjon og råd om hvordan

arbeidet med internkontroll for helse, miljø og sikkerhet bør organiseres og utføres.
Avdeling for helsetjenesteforskning ved Statens institutt for folkehelse har gjennomført en analyse av sykefravær, planer om å slutte og arbeidsmiljø ved de kommunale sykehjem i Oslo(6). Rapporten som ble utgitt i 1989 presenterer viktige data som dette prosjektet bør gå videre med. De ansattes opplevelser av de situasjonene (faktorer i arbeidsmiljøet eller individrelaterte faktorer) som har sammenheng med fravær er i liten grad trukket med i tidligere prosjekt.
Birgitta Olssons to prosjekt med arbeidstidsreduksjon i omsorgsyrker, henholdsvis Kiruna og Södertelje(22), har vært naturlige intervensjonsstudier hvor sykefravær, personaløkonomi og dagliglivets organisering har vært hovedområder for forskning. Olsson presenterer et helhetssyn i sin forståelse av hva redusert arbeidstid kan føre til

> *"Ett mer ekologiskt arbetsliv där cirkelen av produktion och reproduktion i en människas liv härigenom kan fås att fungera bettre."(22 - 3)*

Disse forskningsarbeidene har inspirert ulike miljøer og fagforeninger i Norge, og styrket den faglige og den politiske prosess. Tjenestekvalitet er ikke vektlagt i Olssons studier, derfor er det et område dette prosjektet ønsker å fokusere.
Forskningsarbeide vedrørende deltidsproblematikk, ved Leif E. Moland: "De små grå"(19) og Tom Christian Papes "Arbeidsmiljøforskning" (24) har bidratt med vesentlige erfaringer til prosjektet med hensyn til å underbygge/validere videre funn.
Bjørg Aase Sørensens studier (33) om arbeidstid og arbeidsorganisasjon gir vesentlige kunnskaper å trekke videre på, spesielt i tilretteleggelsesprosessen for 6 timers dagen.

I en hardt belastet sektor som omsorgsyrkene er, hvor sykefraværet er høyere enn i kommunen forøvrig, og hvor kravene til standard og tjenestekvalitet er høye og ufravikelige, fordi det er yrker som har med hjelptrengende og syke mennesker å gjøre, er det legitimt å legge tilrette for naturlige interveneringer i et forsøk på å se om det; redusert arbeidstid, kan være noe som gir positive resultater for arbeidstaker, for arbeidsgiver og endelig for pasient/tjenestemottaker.

Den politiske prosess forut for Bystyrevedtaket av 01.12.93 henger spesielt nøye sammen med avtalen fra 1991 mellom Næringslivets hovedorganisasjoner/NHO og Landsorganisasjonen/LO i Norge hvis overordnede mål var å samarbeide for å redusere sykefraværet i LO-NHO området.
Evaluering av LO/NHO's samarbeidsprosjekt er utført av ulike forskningsstiftelser og med ulike oppdragsgivere og evalueringen har foregått på ulike nivå:

Rogalandsforskning har evaluert arbeidet til prosjektgruppen som ledet samarbeidsprosjektet, hvor oppdragsgiver var NHO og LO sammen.
Rogalandsforsknings evalueringsrapport oppsummerer og påpeker at viktigheten av aktiv oppfølging av sykefraværsprosjektet er: gode helse - miljø -

sikkerhetstradisjoner i bedriftene, positiv ledelse, gode tradisjoner på partssamarbeid og aktiv forebyggende bedriftshelsetjeneste.

SINTEF/IFIM har evaluert Sykefraværsprosjektet 1991 -1993 med erfaringer fra bransjer i LO/NHO området. Oppdragsgiver her har vært NHOs Arbeidsmiljøfond. Denne rapportens sammendrag dokumenterer at tiltak rette mot sykefravær forstått som et resultat av utglidninger i normgrunnlaget, ikke har hatt innvirkning på sykefraværet, mens tiltak rettet mot ansattes arbeidsvilkår har gitt redusert sykefravær. Det er tiltak rettet mot sosiale forhold og spesielt mot arbeidets organisering som har gitt reduksjon i sykefraværet.

Det kan skilles mellom to hovedorienteringer når det gjelder årsaker til sykefravær og hva som er riktige tiltak for å redusere sykefravær.

Den ene hovedorienteringen kan vi kalle en orientering mot normutglidning: at de uskrevne reglene for prestasjon, ytelse og individuelt ansvar er svekket, og at svekkelsen bidrar til høyt sykefravær. Ved å ansvarliggjøre den enkelte kan normgrunnlaget styrkes eller gjenopprettes. Dette kan gjøres ved at ansatte informeres og bevisstgjøres om fraværets konsekvenser, og ved at bedriften øker kontroll rettet mot det den oppfatter som urettmessig fravær.
Kampanjer, informasjon om konsekvenser, kontroll og disiplin samt strengere ansettelseskriterier er reaksjoner/tiltak som altså hører sammen med orienteringen mot normutglidning.

Den andre hovedorienteringen forklarer sykefravær ut i fra belastninger og eksponeringer i arbeidet, altså mot arbeidsvilkårene. Generelle forebyggende tiltak, tidlig oppdagelse av sykdom, forebyggende oppfølging for å integrere langtidssykemeldte og informasjon om sykefraværets årsaker hører ofte sammen med orienteringen mot arbeidsvilkår.

Disse to ulike måtene å forstå og forklare sykefravær på krever altså sine ulike tiltak.
Prosjekt 6 timers dag må sies å ha sin hovedorientering mot arbeidsvilkår, og hvor det viktigste tiltaket er å redusere arbeidstida, ved å gi full lønnskompensasjon av regulativ lønn og full erstatningsbemanning i produksjonstapet. Nedsettelse av arbeidstid er tiltak som direkte medfører lavere eksponering av arbeidsbelastende faktorer, og som har tvunget frem en analyse og vurdering av dagens arbeidstidsbruk, som har ført til ny organisering av arbeid og ny turnus for de ansatte.
De ulike orienteringene: normutglidning og arbeidsvilkår kan knyttes an til interesser hos arbeidsgiver og arbeidstaker.

Samarbeidsprosjektet mellom NHO og LO har bidratt til å legitimere ulike tiltak i forsøk på å redusere sykefravær.(Vedlegg 1)

Ett av de mest omstridt tiltak for å sikre tjenestekvalitet, styrke arbeidsmiljø og redusere sykefravær er reduksjon av arbeidstid. Begrunnelsen for hvorfor dette tiltak er så omstridt henger sammen med uenighet om kostnadsfordelingen

(35 - s.247 - 272), og uenighet om arbeidslivets avtaleverk.
Samarbeidet mellom NHO og LO, om sykefravær, ble satt på harde prøver da 6-timers dagen ble foreslått som tiltak i kampen mot sykefravær.
NHO gikk ut med trusler om å revurdere videreføring av samarbeidet. (vedlegg 2.)NHO forsøkte også å stoppe forsøkets igangsettelse ved å henvende seg til Sosialdepartementet, ved Statsråden(vedlegg 3.)
Den siste politiske reaksjon på forsøk med 6 timers dag kommer fra Kommunenes Sentralforbund, som hevder at 6 timers forsøk med full lønnskompensasjon er tariffstridig.(vedlegg 4.) Norsk Kommuneforbund/NKF og Norsk helse- og sosialforbund/NHS har reagert på KS påstand om tariffstridighet. NHS har brakt saken inn for Arbeidsretten.
Som man ser er det mange og sterke oppfatninger av 6 timers dagen som tariffpolitisk mål. Også som middel er forsøk med redusert arbeidstid omstridt. Interessemotsetningene kommer spesielt tydelig til uttrykk, og når motsetningene blir store, blir kampviljen ofte styrket.

1.2.1. Hvordan er det mulig?

Til tross for at 6 timers dag er det mest kontroversielle tiltak for reduksjon av sykefravær, ble det nettopp dette tiltaket/redusert arbeidstid man politisk arbeidet for i Oslo Kommune. Hvordan var det mulig?

I september 1992 ble Oslo Kommune og forhandlingssammen- slutningene Kommuneansattes Hovedsammenslutning/KAH, Akademikernes Fellesorganisasjon, seksjon kommune/AF-K, Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund, seksjon kommune/YS-K enige om å gjennomføre tiltak for reduksjon av sykefravær.
Det ble nedsatt en referansegruppe som skulle vurdere utviklingen og ivareta oppfølgingen i sykefraværsarbeidet. Referansegruppen besto av tre representanter fra kommunen og 3 fra forhandlingssammenslutningen.
Representantene fra Norsk Kommuneforbund og YS-K ved Norsk Helse- og Sosialforbund foreslo 6 timers dag i arbeidet med å redusere sykefravær.
Referansegruppen sa ja til forslaget. Begge forslagsorganisasjonene; Norsk Kommune Forbund og Norsk Helse og Sosialforbund hadde 6 timers dag som normalarbeidsdag på sitt prinsipprogram, men i referansegruppen gikk forslaget ut på å bruke 6 timers dag som et middel til å nå andre mål; effekter på sykefravær.
Det ble nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe med representanter fra Oslo kommune og fra Forhandlingssammenslutningene KAH, AF-K og YS-K. Arbeidsgruppen avga rapport om hvordan forsøk med 6 timers arbeidsdag kunne gjennomføres. Videre var det den politiske venstreside representert ved SVs bystyregruppe og store deler av APs bystyregruppe, RV og Senterpartiets representanter i bystyret som sluttførte forhandlingene og førte saken frem til vedtak i Bystyret 01.12.93.
6 timers dag, både som mål og middel, har vært og er fortsatt en av SV's fanesaker. I den politiske prosess for 6 timers dag i Oslo, hvor SV var i byrådssamarbeid med Arbeiderpartiet, medførte det uro i det politiske miljø som satte samarbeide på harde prøver.
Å få til et 6 timers forsøk i Oslo har både ført til et vanskelig "svangerskap" og en særdeles "trang fødsel".

1.2.2. Hvem påvirker?

Som historien forteller var det fagorganisasjonenes interesser som kom til uttrykk i et partssammensatt utvalgsarbeide.
De fagorganisasjonene som har vært sterkest inne, og som også har 6 timers dag som normalarbeidsdag på sitt prinsipprogram, er Norsk Kommune Forbund og Norsk Helse og Sosialforbund. Den tredje fagorganisasjon som har deltatt og vært pådriver for prosjektet er Norsk Sykepleierforbund. De hadde 6 timers dag som normalarbeidsdag på sitt prinsipprogram 1987 - 89. Oslo krets av Norsk Sykepleierforbund ønsket å delta, men de måtte ha et landsstyremøtevedtak i ryggen. Resultatet på landsmøtet ble at NSF kunne støtte forsøk med redusert arbeidstid som et relevant og viktig tiltak i forhold til stigende sykefravær.
Alle organisasjonene krevet full lønnskompensasjon for sine medlemmer.
Arbeidstakers påvirkningsmulighet har i denne prosessen vært god, og arbeidsgiver har tatt et stort ansvar ved å legge tilrette for et prosjekt hvor fokus er på arbeidsvilkår.
Oslo kommunes forsøksprosjekt bør ha en betydelig interesse både for arbeidstaker- og arbeidsgiversiden og for beslutningstakere på faglig og politisk nivå. Spørsmålet om en reduksjon i arbeidstid vil styrke arbeidsmiljø, sikre tjenestekvalitet og redusere sykefravær, er prosjektets hovedintensjoner å få dokumentert.

1.2.3. Hva er legitimeringsgrunnlaget

Hvilke perspektiv er valgt i den politiske prosess forut for vedtak, for å styrke forsøkets legitimitet?
De mest sentrale har vært: Yrkesrolleperspektivet, kvinne/like-stillingsperspektivet, livsfaseperspektivet og endelig det rent politiske perspektiv. Vi skal se litt nærmere på de ulike perspektivene.

1.2.3.1 Yrkesfaseperspektivet

Denne studiens forsøkspersoner er omsorgsarbeidere: sykepleiere, hjelpepleiere og hjemmehjelpere. Begrunnelsen for dette valget ligger i det høye sykefraværet (2- 3 % høyere enn kommunens gjennomsnitts-sykefavær) i denne sektoren og alle belastningslidelsene (fysiske og psykososiale) som i de senere år er dokumentert i helsevesenet.(24 og 7)
Kortere arbeidstid vil bety mindre belastning i yrket, forutsatt full lønnskompensasjon og 100% erstatningsbemanning i tjenesteproduksjonstapet.
Omsorgsyrkene er tunge både fysisk og psyko-sosialt. Ofte finner vi svak bemanning og også bemanning uten fagkompetanse. Omsorgsyrkene går turnus, hvilket betyr omskiftelig døgnrytme, med innvirkning på helse- og sosiale forhold.
Av registrerte arbeidsulykker, er det på vaktenes siste time(er) det vanligvis skjer.(vedlegg 5.)
Fare for utbrenthet er stor, og man mener at redusert tid vil kunne forebygge senskader i tunge yrke, og utbrenthet.

Sykefraværet og belastningslidelsene påvirker bruk av ekstravakt og overtid, og det igjen påvirker arbeidsmiljøet og tjenestekvaliteten ved at det blir stor gjennomtrekk av personalet, ustabilt arbeidsmiljø, lite forutsigbart, liten kontinuitet i arbeidsprosessene etc.

Dokumentasjonen på høyt sykefravær og belastningslidelser i omsorgsyrkene, arbeidsulykker og omskiftende vaktordninger legitimerer for å legge forsøket til disse yrkesroller.

1.2.3.2. Kvinne/likestillingsperspektivet

Begrunnelsen for å velge dette perspektiv ligger i den erkjennelse at de fleste kvinner er dobbeltarbeidende.(13 og 4) Arbeidets art: å yte omsorg, fortoner seg ganske likt, uavhengig av hvilken sfære, den lønnede eller ulønnede delen av omsorgsarbeidet vi befinner oss i.
Svært mye av omsorgsarbeidet vil få preg av reproduktive oppgaver. Mange kvinner velger derfor deltid. Flere kvinner begrunner dette med at det lønnede omsorgsarbeidet er så hardt at de velger deltid. (35) Andre kvinner begrunner deltid for bedre å forene familieliv og arbeidsliv.(10)
Rapportene viser at kvinners "valg" av deltid er en måte å tilpasse seg en situasjon med store belastninger i jobben på. "Valget" viser også at det er kvinner som tar ansvar for den ulønnede omsorgen, tilsyn og oppfølging med barn etc.
På denne måten privatiserer kvinnene problemet, og konsekvensene kjenner vi: reduserte arbeidssosiale rettigheter i arbeidslivet, redusert pensjon ved oppnådd aldersgrense, redusert mulighet for deltakelse og påvirkning i arbeidsmiljøet, og redusert rett til kurs- og etterutdanningstiltak, for å nevne noen.
Kvinner er yrkesaktive i nesten like stor utstrekning som menn ;
i 1991 var 71% av mennene i arbeidsstyrken og 62% av kvinnene, men ofte med kortere dag og forholdsvis systematisk i jobber med lavere lønn og mindre prestisje. Kvinnenes økende likestilling i utdanning og på arbeidsmarkedet er ikke blitt fulgt opp i tilstrekkelig grad, med endringer av menns og kvinners ansvar og arbeidsdeling i familien, i samfunnets tilbud om barneomsorg eller i arbeidslivets organisering.
Vil redusert arbeidstid kunne føre til at en fyller motstridende rollekrav mere tilfredsstillende? Hvordan vil redusert arbeidstid virke inn på dagliglivets organisering? Hva vil den frigjorte tid bli brukt til?
Er det mulig at en reduksjon av normalarbeidsdagen til 6 timer pr.dag/30 timer pr. uke med full lønnskompensasjon, vil føre til at flere deltidsansatte ville velge heltid og derigjennom oppnå fulle rettigheter m.h.t. arbeidssosiale vilkår?
Tendensen i Olssons arbeidstidsstudier viser at hverdagslivet blir bedre med redusert arbeidstid, som igjen gir overskudd til jobb og fritid, og som fører til at sykefraværet går ned. (22 A). Olssons forsøk i Kiruna og Södertelje, hadde ingen kompensasjon av produksjonstapet som fulgte av arbeidstidsreduksjonen.
Kirunaprosjektet dokumenterer at deltidsansatte gikk opp til heltid, ved innføring av 6-timers forsøk (22 B).
For arbeidsgiver vil kostnadseffektive tiltak alltid være av interesse.
I Oslo forsøket får arbeidsgiver en merutgift p.g.a. erstatningsbemanningen, men det gjenstår å se hvilke faglige og arbeidsmiljøkonsekvenser dette kan få.

For den politiske beslutning vil kostnadseffekten Olsson dokumenterer være en viktig legitimeringsfaktor for forsøk med redusert arbeidstid.
Full lønnskompensasjon i forsøk med redusert arbeidstid styrker likestillingsperspektivet; man kommer nærmere målet som er "ei lønn å leve av".
Som vi ser er det likestillingspolitiske motiv, eller de kvinnespesifikke interesser som også danner legitimeringsgrunnlag for prosjektet.

1.2.3.3.Livsfaseperspektivet

Interesser omkring alternative arbeidstidsreformer vil være livsfasbetinget.
Småbarnsforeldrenes behov for mer tid til den ulønnede omsorgen vurderes som en investering i kommende generasjoner dersom det blir imøtekommet med redusert arbeidstid. Det er ikke lenger bare kvaliteten på samværet med barna som teller det er også kvantiteten av tid.
Videre er det få omsorgsarbeidere som står "løpet ut" til pensjonsalder.
Arbeidsbelastningene avtar ikke med stigende alder. Det legges ikke spesielt tilrette for et arbeidsmiljø med en seniorprofil. Retrettmulighetene er få eller ingen i omsorgsyrkene.
Interessen for arbeidstidsreformer er stor i befolkningen. Dersom de økonomiske forholdene i samfunnet legger tilrette for det (full lønnskompensasjon), ønsker så mange som 72% at det gjennomføres arbeidstidsreformer.(21) Som førstevalg er det nedsatt pensjonsalder, som annet valg kortere daglig eller ukentlig arbeidstid.
Drøyt halvparten av befolkningen ønsker 6 timers arbeidsdag dersom lønnen ikke reduseres.
Alder, kjønn og omsorgsforpliktelser er langt viktigere for hva folk ønsker enn hva slags utdanning, yrke eller arbeidsforhold de har.
Tre av fire heltidsansatte kvinner med barn under 7 år, ønsker kortere daglig arbeidstid og lengre svangerskapspermisjoner.
Livsfasene de enkelt arbeidstakere befinner seg i, vil virke inn på valg av mulig arbeidstid. Fleksiordninger er ofte svaret på arbeidstakeres behov for å endre på arbeidstiden.

Arbeidstiden legger premisser for dagliglivets organisering.
For å forene familieliv og arbeidsliv best mulig synes idealet på tvers av arbeidsplasser og yrkesgrupper å være større frihet og større rom for individuell variasjon.
En slik individuell frihet og tilpasning kan også skape mer stress for den enkelte, ved at han/hun hele tiden må ta ansvar for når skal jeg jobbe, når skal jeg være hjemme.
En kollektiv organisering av arbeidstida, slik vi er kjent med det fra omsorgsyrker, foretatt av bedriften på vegne av alle, kan også være en slags beskyttelse for den enkelte. Ideelle løsninger finnes ikke. Dette er det viktig å problematisere før en yrkesgruppe får mulighet til å velge strategi for å tilpasse arbeidsliv og familieliv. De ulike strategier vil ha sine dilemmaer innebygd.(27 -s.9)

I hvilken grad vil en arbeidstidsreduksjon ha ulik innvirkning på fraværs- og nærværsfaktorer når det gjelder arbeidstakernes ulike livsfaseproblematikk?

Vil de funn vi gjør, ved å kartlegge hva den frigjorte tid blir brukt til, danne grunnlag for å legitimere for livsfasebetingede arbeidstidsreduksjoner , og som i et videre perspektiv til og med ville være kostnadseffektivt? Evalueringen vil gi oss svar på dette.

1.2.3.4. Det politisk perspektiv

Kostnadsfordelingen er sentral i alle arbeidstidsreformsaker, forståelig nok, da arbeidstidsreformer er så omgripende både på samfunnsnivå, på bedriftsøkonomisk nivå og endelig helt nede på det subjektive nivå, hos tjenesteyter og tjenestemottaker.
Oslo kommune stiller en suveren arena til disposisjon for å kartlegge arbeidstidsreduksjonseffekter i forhold til ulike områder, ved å sørge for lønnskompensasjon av regulativ lønn og ved å gi erstatningsbemanning i tjenesteproduksjonstapet.
Dette betyr at arbeidsmiljø og tjenestekvalitet ikke vil bli ytterligere presset, slik vi kjenner det fra tidligere arbeidstidsreformer (1968:42.4t/uke, 1976:40t/uke, 1987: 37,5t/uke) , hvor det ikke ble gitt kompensasjon i noen form. Tidligere arbeidstidsreformer har medført at samme jobb skulle gjøres på mindre tid, med fare for en forringelse av tjenestekvaliteten og også arbeidsmiljøet.
Har ønsket om og behovet for mer fritid/restitueringstid, imøtekommet via arbeidstidsreduksjoner gjennom tidene, uten kompensasjon, satt arbeidstakers egeninteresse foran kravet til kvalitet på tjenesten?

Når det gjelder omsorgsyrkene er det slik at behovet for økt hjelp, pleie og omsorg har vært og er stigende. Dette har en sammenheng med den medisinske utvikling og en generell høyere levestandard som fører til at folk lever lengre, men utvikler alderdomssvekkelser som fører til store behov for hjelp, pleie og omsorg.
Grunnbemanningen på de fleste tjenestesteder har ikke blitt oppjustert i forhold til de økende behov. Den økte pleietyngde legitimerer ikke for arbeidstidsreduksjon uten kompensasjon. Derfor blir rammene rundt dette prosjektet helt spesielle.
Arbeidsgiveransvaret er tydeliggjort gjennom denne satsning på kvinner i omsorgsyrker; full lønnskompensasjon av regulativ lønn og 100% erstatningsbemanning i tjenesteproduksjonstapet. Tjenestekvaliteten forventes opprettholdt ved at årsverksinnsatsen holdes konstant. Arbeidsmiljøet sikres ved 100% kompensering av redusert arbeidstid.

Den politiske legitimitet ligger i dette paradoks: redusert arbeidstid med full lønns- og bemanningskompensasjon kan gi kostnadseffektivitetet ved synkende sykefravær.
Faller korttidsfraværet/sykefraværet i arbeidsgiverperioden (de første 14 dager) er dette en ren redusert merutgift for arbeidsgiver/kommunen, da det er i denne perioden arbeidsgiver får dobbel lønns- utbetaling, p.g.a. behovet for tilnærmet 100% vikardekning i omsorgsyrkene ved sykdom. Stiger korttidsfraværet, øker merutgiftene ved økt vikarbruk og tjenestekvaliteten og arbeidsmiljøet trues.
Faller sykefraværet på de langtidssyke, som en konsekvens av redusert arbeidstid, vil det være staten som sparer merutgifter, da den ellers ville ha refundert utgiftene et fravær over arbeidsgiverperioden ville medføre. Stiger tallet på langtidssyke,

styrkes påstanden om at fysiske og psykiske belastninger i yrket kan føre til belastningslidelser i omsorgsyrkene, og således legitimere for redusert arbeidstid som gir arbeidstaker lavere eksponering av arbeidsbelastende faktorer.
Merutgifter til et prøveprosjekt med redusert arbeidstid, full lønnskompensasjon og 100% erstatningsbemanning bør fordeles mellom kommune og stat, avhengig av hvor sykefraværsnedgangen synliggjøres: i arbeidsgiverperioden, eller over arbeidsgiverperioden.
I dette prosjektet er , til tross for premissene, den kostnadseffetive konsekvens ved et eventuelt redusert sykefravær legitimeringsgrunnen.

1.3. Det politiske vedtak

Oslo bystyre fattet i møte 01.12.93, sak 1043/93, følgende vedtak:

1 *Det settes i gang et prosjekt med ekstern prosjektleder som i løpet av 1993 skal fremlegge forslag til et begrenset forsøk med innføring av 6 timers dag i Oslo kommune innenfor et alders- og sykehjem samt innenfor hjembaserte tjenester innenfor en bydel. Ved utforming av prosjektet tas det hensyn til de erfaringer som er innhentet i kommunens prosjekt "Kvinner og deltid".(36)*

2 *Prosjektet igangsettes 01.03.94 og varer ut 1995. Det forutsettes at prosjektet også i prøveperioden ledes av ekstern prosjektleder. Det sendes søknad om økonomisk støtte til kommunens opplæring- og utviklingsfond og til Barne- og familiedepartementet om statlige prosjektmidler som nevnt i stortingsmeldingen.*

3 *Byrådet oppnevner en prosjektgruppe som er ansvarlig for gjennomføring av prosjektet og et rådgivende utvalg med representanter fra kommunen, de ansattes organisasjoner og eventuelt statlige myndigheter, dersom de gir økonomisk støtte.*

4 *Det inngås egen avtale mellom Oslo kommune og de tre forhandlingssammenslutningene i Oslo kommune om lønns- og arbeidsvilkår i forbindelse med en prøveordning med 6 timers dag i Oslo kommune.*
Avtalen skal gjelde for perioden 01.03.94 - 31.12.95.

5 *Det forutsettes fremlagt en evalueringsrapport innen 01.03.96.*

1.4. Formål og problemstilling

Den overordnede hensikt med prosjektet er å vinne frem ny kunnskap om følger av arbeidstidsreduksjon i omsorgsyrker. Effektmålinger av arbeidstidsreduksjonen på arbeidstaker-, tjenestemottaker- og arbeidsgivernivå vil bli vurdert i forhold til arbeidstidsreduksjonens omkostninger totalt. Arbeidstidsreduksjonen krever analyse og vurdering av dagens arbeidstidsbruk. Gjennom dette arbeidet ønsker man å styrke arbeidsmiljøet og tjenestekvaliteten gjennom omorganiserings-arbeidet, ved å tydeliggjøre individorienteringen i hjelpe- pleie og omsorgsarbeidet. Prosjektet vil få preg av å være et eksplorerende studium som kan medvirke til å innsirkle relevante og mer spesifikke problemstillinger, og til å gi faglig og politisk beslutningsgrunnlag videre.

Problemstilling

Hvilke følger av en arbeidstidsforkortelse fra 37.5/35.5 til 30t/uke ved innføring av 6-timersdag i omsorgsyrker, med full lønnskompensasjon av regulativ lønn og dekket tjenesteproduksjonstap få for

* ***personaløkonomi/samfunnsøkonomi***
* ***sykefravær***
* ***overtidsbruk og ekstravaktbruk***
* ***produktivitet og tjenestekvalitet***
* ***Arbeidsmiljø: fysisk og psykososialt***
* ***sysselsetting***
* ***likestilling***

Kapittel 2
Prosjektorganisering

2.1. Styringssturktur

I h.h.t. pkt. 3 i Bystyrevedtak av 1.12.93 ble føringer lagt for styringsstrukturen: Byrådet oppnevner en prosjektgruppe som er ansvarlig for gjennomføring av prosjektet og et rådgivende utvalg med representanter fra kommunen, de ansattes organisasjoner og eventuelt statlige myndigheter, dersom de gir økonomisk støtte. Oppnevning av prosjektgruppe og Rådgivende utvalg ble fremlagt for Byrådet 10. oktober 1994. Sammensetningen fikk denne godkjenning:

2.1.1. Rådgivende utvalg

Sammensetning:

Byrådssekretær, Byrådsavdeling for finans og plan
Byrådssekretær, Byrådsavdeling for helse og eldre.
Forhandlingssjef, Arbeidsgiverseksjonen,
Byrådsavdeling for finans og plan
Administrasjonssjef, Bydel 2

2 representanter fra Kommuneansattes Hovedsammenslutning ved Norsk Lærerlag Oslo og Norsk kommuneforbund Oslo
1 representant fra Akademikernes Fellesorganisasjon ved Norsk Sykepleierforbund, Oslo
1 representant fra Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund ved Norsk helse- og sosialforbund, Oslo
Prosjektleder

Rådgivende utvalg tar stilling til saker av mer prinsipielle karakter, og har møter ca. en gang pr. mnd. Byrådssekretær i Byråd for Finans- og plan er leder av utvalget og sikrer en kontinuerlig kommunikasjon og rapportering til Finansbyråden.
Prosjektleder er sekretær i utvalget.
Administrasjonssjefen og Pleie-rehabilitering- og omsorgssjefen i Bydel 2 sitter i henholdsvis Rådgivende utvalg og Prosjektgruppe, og sikrer en kontinuerlig kommunikasjon og rapportering til Bydelsutvalget i Bydel 2, som er forsøksbydelen.
Mandat for Rådgivende utvalg finnes i vedlegg 6.

2.1.2. Prosjektgruppe

Sammensetning:
Prosjektleder
Personalsjef i Bydel 2
Pleie-rehabilitering-og omsorgssjef i Bydel 2
Leder for hjembaserte tjenester, øvre distrikt, Bydel 2
Ass. institusjonssjef ved Majorstua alders- og sykehjem
1 valgt fellesrepresentant for de tillitsvalgte i Bydel 2

Prosjektgruppen ledes av prosjektleder. Prosjektgruppen har fungert som en arbeidsgruppe m.h.t. tilrettelegging, gjennomføring og avvikling av prosjektet, og har hatt relativt hyppige møter.(kap.8)
Instruks for prosjektleder vedlegg 7. Mandat for prosjektgruppe vedlegg 8.

2.1.3. Ulike arbeidsgrupper

I arbeidet med sykefravær og i arbeidet med media har det blitt nødvendig å opprette arbeidsgrupper.

For sykefravær har hensikten vært tosidig:

**Å øke kunnskapsnivået om sykefraværsstatistikk generelt, hvordan den er bygget opp og hva som kan leses ut av den.*
Kompetanse er innhentet fra saksbehandler i Kommunens sentrale regnskapskontor/KSR, og gjennom samarbeid med evaluator for å avgrense og avklare arbeids- og ansvarsområder i forhold til prosjektet.
**Den andre hensikt er for prosjektleder å få et miljø hvor man kan diskutere alternative muligheter til å analysere sykefraværet på ut i fra de premisser som er*

lagt i forkant av prosjektstart (opprettelse av egne kostnadssteder, pålitelig fraværsregistrering, sammenlignbar over tid og med kontrollenheter), og ut i fra de mange muligheter som finnes i statistikken fra KSR.

I samarbeide med evaluator har man forsøkt å tydeliggjøre ulike informasjonsbehov i sykefraværsstatistikken, til bruk i analysearbeidet senere.

I et forsøk på å forstå sykefraværsstatistikken slik at formidlingen ut til tjenestestedene også skulle bli bedre, nedsatte vi en arbeidsgruppe bestående av personalkonsulent, leder for de hjembaserte tjenester, kontorfullmektig fra sykehjemmet og prosjektleder.
I samarbeide med kommunens sentrale statistikkontor utarbeidet vi enklere sykefraværsstatistikker til bruk i forsøksenheten. Spesielt la vi vekt på å skille sykefravær i arbeidsgiverperioden(korttidsfravær) fra langtidsfravær. Dette fordi de ulike fraværskategoriene krever ulike tiltak. På denne måten har prosjektet bidratt til en større innsikt i sykefraværsproblematikken.

I forhold til media, som i perioder har vært ganske pågående, utviklet det seg etterhvert et behov for å danne en mediagruppe.
Prosjektleder har hele tiden forsøkt å rette medias fokus på prosjektpersonene, som selv gjør erfaringer med redusert arbeidstid, og derfor henvist media mye til dem.
I prosessen viste det seg at det var nødvendig å opprette en gruppe som var bedre forberedt og kjent med prosjektets premisser og hensikt, for å unngå desinformasjon. Hensikten var også å spre mediasamarbeidet på flere.
Vi ønsket en gruppe sammensatt av representanter fra de ulike yrkesgrupper og fra de ulike tjenestesteder i prosjektenheten, som kunne bidra med å gi et nyansert mediabilde.

Mediagruppen består av:

Hjelpepleier	*Post 1*	*MAS*
Avd.sykepleier	*Post 2*	*MAS*
Hjelpepleier	*Post 3*	*MAS*
Hjemmehjelper	*Sone 3*	*Hjemmetjenesten*
Hjemmehjelper	*Sone 1*	*Hjemmetjenesten*
Hjelpepleier	*Sone 2*	*Hjemmetjenesten*
Avd.sykepleier	*Sone 2*	*Hjemmetjenesten*
Sykepleier	*Sone 1*	*Hjemmetjenesten*

Kapittel 3
Prosjektpremisser

3.1. Rammer for prosjektdrift

Styrken i Oslo prosjektet ligger i dets premisser: full lønnskompensasjon for de ansatte og 100% kompensasjon av arbeidstidsreduksjonen.
Premissene styrker det politiske legitimeringsgrunnlaget:
prosjektet er ikke et rent effektivitetstiltak som gir kostnadsbesparelser innenfor en helsetjeneste med stramme rammer. Prosjektet tilstreber å ivareta kvalitetskravene i helsetjenesten: sikre tjenestekvalitet og arbeidsmiljø ved å gi kompensasjon både for lønn og arbeidstid.
Kostnadseffektivitet må aldri bli den eneste og viktigste målestokk for økonomistyring i helsevesenet. De normative spørsmålene og den menneskelige verdi må vi aldri overse.
Fagpersoner må ta sitt ansvar og bruke sine posisjoner slik at de deltar i den politiske prosess forut for vedtak. I den politiske prosess er det svært viktig å tydeliggjøre legitimeringsgrunnlaget.

Etter en inntrykksorientert tilnærming, med analyse og vurdering av flere potensielle prøvebydeler, ble innstilling av prøvebydel godkjent i Byrådsmøte 14.10.94:
Majorstua alders- og sykehjem, samt øvre distrikt av hjemmetjenesten i Bydel 2 ble forsøksenheten.
Forsøksenheten totalt består av 103 forsøkspersoner: 86 ansatt i forsøksenheten og 17 re-tilsatt for å dekke produksjonstapet og opprettholde tjenestekvaliteten.
Det er 33 hjemmehjelpere, 50 hjelpepleiere og 20 sykepleiere som er representert.
Av de 17 re-tilsatte er det 6 sykepleiere, 6 hjelpepleiere og 5 hjemmehjelpere.
Forsøket har en operativ periode på 22 mndr. med oppstart 01.06.95 og avslutning 31.03.97.

Økonomiske rammer:

Kostnadsoverslaget er regnet ut i fra de lønnstrinn de ulike yrkeskategoriene har på de ulike tjenestesteder i forsøksenheten.
T-tilleggene, for ubekvem arbeidstid, er utregnet etter dagens turnus.
Helligdagstillegg er regnet ut i forhold til 50% dekning av mulige helligdager for hver stillingshjemmel.
Feriepenger 10.2% og arbeidsgiveravgift 14.3% er medregnet.

3 sykepl.stillinger, Hj.tjenesten - l.tr.19	*700.602.-*
3 sykepl.stillinger, MAS - l.tr.23	*799.659.-*
2 hjelpepl.stillinger, Hj.tjenesten - l.tr.15	*449.440.-*
4 hjelpepl.stillinger, MAS - l.tr.15	*901.904.-*
5 hjemmehjelpstillinger,Hj.tjenesten - l.tr.15	*1093.195.-*
Totalt	*3.944.800.-*

Prosjektramme for 1995 : 3mill.kroner, hvorav 2 mill. fra Bykassa og 1 mill. fra Kommunens Opplærings- og utviklingsfond.
Midlene dekker lønn til 17 prosjektstillinger; årlig budsjettert til 3.9 mill. kroner, samt drift av prosjektet.
På grunn av oppstart først 01.06.95 ble kr. 700.000.- stående som uanvendte midler, og budsjettjustert fra 1995 til 1996.
For 1996 ble det videre innvilget 1.mill. fra Kommunens Opplærigs-og utviklingsfond. Bystyret bevilget 2.4 mill. over bykassa for 1996.
Prosjektramme for 1996 : 4.1 mill.kroner. Prosjektramme for 1997 : 1,4 mill.

3.2. Metodisk tilnærming

Den hovedkategori for empiriske tilnærminger som blir sammenfattet med eksperimentelle opplegg, omfatter forskningsstrategier der man introduserer en eller flere påvirkninger for så å studere mulige virkninger av dette. I dette forsøket er daglig arbeidstidsreduksjon påvirkningsfaktoren, og effektene tilstreber man å måle på arbeidstaker, tjenestemottaker og arbeidsgiver. Eksperimentelle opplegg krever tilfeldig eller randomisert utvelging av eksperiment- og kontrollgruppe. I dette forsøket, hvor man har gått frem etter en inntrykksorientert tilnærming, og gjennomført et valg av forsøksenhet etter kriterier, blir det riktig å beskrive den metodiske tilnærming som et kvasieksperimentelt opplegg, hvor den eksperimentelle systematikken og tankegangen er lagt til grunn.
Evaluator vil beskrive sitt forskningdesign i sin evalueringsrapport.
Som prosjektleder og ansvarlig for å legge tilrette for en faglig forsvarlig evaluering har samarbeidet med evaluator vært viktig.
Prosjektet griper inn i omsorgsyrkene med en påvirkningsfaktor; reduksjon av daglig arbeidstid. Det er denne påvirkningseffekt evaluator tilstreber å måle effekten av. Andre påvirkninger har man vektlagt å unngå ved å la forsøksenheten gjennomføre sin drift slik de tradisjonelt har drevet.
Evaluator gjennomfører tidsseriestudier i forhold til arbeidstaker og tjenestemottaker både før prosjektstart og tre ganger i prosjektperioden.
Som prosjektleder vektlegger jeg å beskrive prosessen med planlegging, gjennomføring og avvikling av prosjektet.
På denne måten får oppdragsgiver Oslo kommune både en produktmåling/evaluators rapport og en prosessbeskrivelse av prosjektet.

3.3.Evaluering

Den faglige hensikt med prosjektet er å vinne frem ny kunnskap om arbeidstidsreduksjon og arbeidsorganisering i omsorgsyrker og se dette i forhold til innvirkninger på arbeidsmiljø og tjenestekvalitet. Evalueringen vil dreie seg om effektmålinger av arbeidstidsreduksjonen på arbeidstaker- tjenestemottaker- og arbeidsgivernivå, som vil bli vurdert i forhold til arbeidstidsreduksjonens omkostninger totalt.

Et av motivene for å si ja til prosjektet i Bydel 2 var bl.a. knyttet til muligheten for å gjennomføre en faglig forsvarlig evaluering/ vinne frem ny kunnskap.

Forprosjektevalueringen er gjennomført av Arbeidsforskningsinstituttet/ AFI og Institutt for forebyggende medisin/IFFM, med midler fra KS-program for storbyrettet forskning. I en kritisk fase i prosjektets planlegging(25. jan.1995), trakk AFI/IFFM seg ut, med begrunnelse i endrede forutsetninger i prosjektets omfang og varighet. Prosjektets tidsplan ble da:

Invitasjon til prosjektforslag om evaluering	*09.02.95*
Innleveringsfrist for prosjektforslag	*24.02.95*
Vurdering av forslag , kontraktinngåelse med forskningsinstitusjon innen	*15.03.95*
Utlysning av vikariater for å dekke tjenesteproduksjonstapet	*20.03.95*
Søknadsfrist	*03.04.95*
Ansettelsesprosedyrer, avsluttes	*Mai 1995*
Prosjektstart	*Juni 1995*

Den 09.02.95 annonserte Oslo kommune i dagspressen:
"Invitasjon til prosjektforslag om evaluering av et begrenset forsøk med 6 timers dag i Oslo."Vedlegg 9.
Av tre interessenter, valgte Oslo Kommune Forskningsstiftelsen for studier av arbeidsliv, fagbevegelse og offentlig politikk/FAFO til oppdragstaker for sitt prosjekt med begrunnelse i deres omfattende og relevante erfaring på området.
Avtale mellom Oslo kommune som oppdragsgiver og FAFO som oppdragstaker ble undertegnet 29.03.95.
K-S program for storbyrettet forskning dekker 50 % av evalueringsutgiftene og Oslo kommune dekker de resterende 50%. Rammen er satt til kr. 500.000.-
FAFO har gjennomført datainnsamlingsrunder rettet mot brukere av Hjemmetjenesten og av arbeidstakere i henhold til avtale.
Det administrative personalet i prosjektet er alle blitt intervjuet om virkninger av 6 timers dagen på deres organisasjon generelt og med fokusering på administrasjonstid spesielt.
Kontrollenheter er Casinetto alders- og sykehjem, Hjemmetjenestens nedre distrikt i Bydel 2, samt tjenestesteder i Bydel 1 og 3.

I enhver planleggingsprosess er det viktig å finne frem til den eksisterende kunnskap som finnes på feltet.
Hvilken kunnskap om arbeidstidsreduksjonseffekter har vi, som det er rimelig å feste lit til og bygge videre på?
Birgitta Olssons to prosjekt med arbeidstidsreduksjon i omsorgsyrker, henholdsvis Kiruna og Sødertelje,(22) har vært naturlige intervensjonsstudier, hvor sykefravær, personaløkonomi og dagliglivets organisering har vært hovedområder for hennes forskning. Olsson presenterer et helhetssyn i sin forståelse av hva redusert arbeidstid kan føre til

> *" et mer ekologiskt arbetsliv där cirkelen av produktion och reproduktion i et människas liv härigjennom kan fås att fungera bettre." (22 - 3)*

Resultatene i Olssons forskning, fra Kiruna og Södertelje, konkluderer med at det er mulig å redusere arbeidstiden med full lønnskompensasjon uten å øke kostnadene eller forringe kvaliteten i pleien. Olsson anbefaler videre forskning på tjenestekvalitet.

Prosjekt 6 timers dag i omsorgsyrker i Oslo kommune legger opp et prosjekt med en vesentlig forutsetning i premissene som de to svenske forsøkene ikke hadde: erstatningsbemanning i tjenesteproduksjonstapet. Denne implikasjonens størrelse medfører at dette forsøket ikke er et rent effektiviseringsforsøk, som kan forringe tjenestekvalitet. Erstatningsbemanningen i tjenesteproduksjonstapet vil kunne gi effekter på arbeidsmiljø, produktivitet og tjenestekvalitet spesielt.
Om sykefraværet påvirkes av at nærværsfaktorer i arbeidsmiljøet styrkes blir vesentlige sider å kartlegge i Oslo-forsøket.

I denne studien hvor prosjektet er planlagt gjennomført med kvinner i omsorgsyrker, og hvor tjenesteproduksjonstapet erstattes, vil reformen berøre arbeidstakers rolle spesielt. Arbeidstid og arbeidsorganisering er viktige arbeidsmiljøfaktorer. (2) Omsorgssektoren har noen av de arbeidsmiljømessige mest utsatte yrkene i dag. (7 og 24)
Ved å redusere arbeidstid vil arbeidstaker bli utsatt for en svakerer eksponering av arbeidsbelastende arbeidsmiljøfaktorer og samtidig få mer tid til restituering.
Arbeidstaker i denne studien har et relasjonelt yrke, som umiddelbart fører til at mottaker av omsorgen trekkes inn som en viktig informasjonskilde, når vi skal se på konsekvenser av redusert tid i praksis/i relasjonen.
Den tredje part som berøres i dette prosjektet er arbeidsgiver.
Hvilket arbeidsmiljø er det arbeidsgiver legger tilrette for i studien, hvordan virker dette på arbeidstaker og tjenestemottaker, og hva koster det?
I dette perspektivet vil det være mulig, avhengig av prosjektets konkrete effekter på arbeidstaker-, tjenestemottaker- og arbeidsgivernivå, å sammenholde effektmålingene og forklare de som årsakseffekter av endringer i arbeidstid.
Kunnskapene man kan vinne frem gjennom en faglig forsvarlig evaluering av forsøket med redusert arbeidstid vil gi beslutningsgrunnlag i den videre politiske prosess.

Kapittel 4
Det var en gang.....

4.1. Fra politisk vedtak til praktisk gjennomføring - en beskrivelse av den fagpolitiske prosess

Overgangen fra politisk prosess og vedtak til fagpolitisk prosess og praktisk gjennomføring er i teorien klar, men i virkeligheten kan veien frem ofte være både lang og tung. Dette prosjektet har vært og er omstridt. Mange mener mye om det og ulike innspill i planleggingsprosessen har det vært mange av.
Som vi har sett i kapittel 1 er det viktig å kjenne til legitimerings- grunnlaget, og trekke det frem når det stormer som værst.
Prisen man må betale for å vinne frem ny kunnskap er å våge.

Side 26 mangler dessverre.

Resultatene i Olssons forskning, fra Kiruna og Sødertelje, konkluderer med at det er mulig å redusere arbeidstiden med full lønnskompensasjon uten å øke kostnadene eller forringe kvaliteten i pleien. Olsson anbefaler videre forskning på tjenestekvalitet.

Prosjekt 6 timers dag i omsorgsyrker i Oslo kommune legger opp et prosjekt med en vesentlig forutsetning i premissene som de to svenske forsøkene ikke hadde: erstatningsbemanning i tjenesteproduksjonstapet. Denne implikasjonens størrelse medfører at dette forsøket ikke er et rent effektiviseringsforsøk, som kan forringe tjenestekvalitet. Erstatningsbemanningen i tjenesteproduksjonstapet vil kunne gi effekter på arbeidsmiljø, produktivitet og tjenestekvalitet spesielt.
Om sykefraværet påvirkes av at nærværsfaktorer i arbeidsmiljøet styrkes blir vesentlige sider å kartlegge i Oslo-forsøket.

I denne studien hvor prosjektet er planlagt gjennomført med kvinner i omsorgsyrker, og hvor tjenesteproduksjonstapet erstattes, vil reformen berøre arbeidstakers rolle spesielt. Arbeidstid og arbeidsorganisering er viktige arbeidsmiljøfaktorer. (2) Omsorgssektoren har noen av de arbeidsmiljømessige mest utsatte yrkene i dag. (7 og 24)
Ved å redusere arbeidstid vil arbeidstaker bli utsatt for en svakerer eksponering av arbeidsbelastende arbeidsmiljøfaktorer og samtidig få mer tid til restituering.
Arbeidstaker i denne studien har et relasjonelt yrke, som umiddelbart fører til at mottaker av omsorgen trekkes inn som en viktig informasjonskilde, når vi skal se på konsekvenser av redusert tid i praksis/i relasjonen.
Den tredje part som berøres i dette prosjektet er arbeidsgiver.
Hvilket arbeidsmiljø er det arbeidsgiver legger tilrette for i studien, hvordan virker dette på arbeidstaker og tjenestemottaker, og hva koster det?
I dette perspektivet vil det være mulig, avhengig av prosjektets konkrete effekter på arbeidstaker-, tjenestemottaker- og arbeidsgivernivå, å sammenholde effektmålingene og forklare de som årsakseffekter av endringer i arbeidstid.
Kunnskapene man kan vinne frem gjennom en faglig forsvarlig evaluering av forsøket med redusert arbeidstid vil gi beslutningsgrunnlag i den videre politiske prosess.

Kapittel 4
Det var en gang.....

4.1. Fra politisk vedtak til praktisk gjennomføring - en beskrivelse av den fagpolitiske prosess

Overgangen fra politisk prosess og vedtak til fagpolitisk prosess og praktisk gjennomføring er i teorien klar, men i virkeligheten kan veien frem ofte være både lang og tung. Dette prosjektet har vært og er omstridt. Mange mener mye om det og ulike innspill i planleggingsprosessen har det vært mange av.
Som vi har sett i kapittel 1 er det viktig å kjenne til legitimerings- grunnlaget, og trekke det frem når det stormer som værst.
Prisen man må betale for å vinne frem ny kunnskap er å våge.

Likestillingsprosjekt i Oslo kommune "Deltid eller heltidsarbeid i Oslo kommune?" Prosjektforum for organisasjon og ledelse, Universitetet i Oslo, 1992. (36)
Avtale om lønns- og arbeidsvilkår for arbeidstakere som deltar i forsøksordning med 6-timersdag i Oslo kommune, som et ledd i tiltakene for reduksjon av sykefraværet i Oslo kommune, inngått 28.02.94 mellom Oslo kommune og KAH, AF-K og YS-K.(Vedlegg 11)

Oppdrag fra Oslo kommune til forskningsinstitusjonene Arbeidsforskningsinstituttet/AFI og Institutt for forebyggende medisin/IFFM, i forbindelse med evaluering av forsøket.

I den videre planleggingsfase til prosjektet, som startet opp med tilsetting av prosjektleder først 15.08. 1994, ble arbeidet med å søke etter en aktuell prøvebydel intensivert. Prosjektets operative periode var i Bystyrevedtaket (1.des. Sak 1043/93)satt til 22 mndr. med oppstart 01.03.94 og med avslutning 31.12.95. Som en følge av forsinkelsene med oppstart/operativ periode 01.03.94 ble det usikkerhet om varigheten. I informasjons-innhentingsrunden var det problematisk å fastslå dette eksakt. Det ble orientert om at man arbeidet med å få sikret prosjektets operative periode til 22 måneder, slik det sto i vedtaket. Varigheten og utvalgskriteriene ble drøftet internt i avdelingen og med forskningsinstitusjonene AFI og IFFM. Gjennom flere arbeidsmøter kom vi frem til følgende kriterier i tillegg til de foran nevnte:

* *godt fungerende bydelsadministrasjon*
* *godt forhold mellom de ansattes organisasjoner og bydelens ledelse*
* *alminnelig god økonomisk situasjon i bydelen*
* *ikke andre problemer av betydning*
* *normal stabilitet av arbeidstakere*
* *aldersfordelingen representativ for denne type institusjon*
* *pålitelig fraværsregistrering, sammenlignbar over tid og med tilsvarende tjenestesteder*
* *ikke atypisk organisasjonsstruktur*
* *pleietyngde som ikke er atypisk*

Når det gjelder informasjonsinnhenting fra aktuelle prøvebydeler i Oslo kommune, har denne vært preget av en inntrykksorientert tilnærming. Oslo Kommune består av 25 bydeler.
Kravet om at prosjektet skulle gjennomføres i et kommunalt alders- og sykehjem samt i hjembaserte tjenester utelukker 4 bydeler: 6, 9, 12 og 23, da institusjonene i disse er private.

Med utgangspunkt i ovenfornevnte kriterier har henvendelser gått til seks bydeler.

To av bydelene er klare forstadsbydeler, to er urbane bydeler og to er blandet urban/gammel villabebyggelse/landlig bydel.

Det har blitt avholdt innledende møter med fem bydeler, hvor bydelsadministrasjonen har vært representert ved henholdsvis Administrasjonssjef, Pleie- rehabiliterings-og omsorgssjef (PRO-sjef) og Personalsjef. I en bydel har det kun vært gjort en telefonhenvendelse til Administrasjons- og Pro-sjef.
Hensikten med disse innledende møtene har vært av informativ karakter for å få bydelsadministrasjonens syn på saken og for å få klarsignal til å gå videre med arbeidet, nedover i bydelens organisasjon.

Det ble derfor gitt en kort orientering om prosjektets størrelse, mulige varighet og dets hensikter:
å se om reduksjon i arbeidstid vil få konsekvenser for sykefravær, arbeidsmiljø og tjenestekvalitet i forsøksenheten.
Videre har det vært en klar strategi fra prosjektledelsens side å henvende seg først til bydelsadministrasjonene for å gi informasjon om prosjektet, for i neste runde å innhente villighet til å ta imot prosjektet eventuelt.
Begrunnelsen for denne fremgangsmåte ligger i det faktum at det ville bli bydelsadministrasjonen med leder- og mellomledernivået på de respektive tjenestesteder som ville få merarbeide med prosjektgjennomføringen, mens forsøkspersonene ville i hovedsak bare få fordelene av prosjektet.

I informasjonsinnhentingsrunden kom det frem klare ønsker fra to bydeler om ikke å delta i prosjektet. Begrunnelsene var at disse bydelene har vært eller er i store omorganiseringsprosesser med følgende mye uro i organisasjonen, både i bydelens administrasjon, på mellomledernivå og i førstelinjetjenesten.

Innformasjonsinnhentingsarbeidet har i hovedsak dreid seg om fire bydeler, hvorav to forstadsbydeler/østlige, en urban bydel/sentrum/vestlig og en blandet bydel urban/sentrum/gammel villabebyggelse/vestlig.

Etter kartlegging av fire bydeler i h.h.t. kriteriene, er data analysert og vurdert i samarbeid med de institusjoner som skulle evaluere prosjektet: AFI/IFFM.

Etter analyse og vurdering av samtlige kriterier kom en frem til følgende innstilling:

Prøveprosjekt med 6 timers dag for kvinner i omsorgsyrker, som ett av tiltakene for å redusere sykefraværet i Oslo kommune, bør legges til Bydel 2.

Bydelen egner seg som prosjektenhet ut fra følgende begrunnelse:

1) Prosjektet skal foregå innenfor et kommunalt alders- og sykehjem samt innenfor hjembaserte tjenester i en bydel.

Bydelen har et kommunalt alders- og sykehjem med fire sykeposter,og utgjør en størrelse som egner seg for forsøket. Enheten blir oversiktlig og enklere å gjøre operativ.
Man antar også at forskjellsbehandling av ansatte innenfor enheten kan unngås ved å velge alle sykepostene inn i prosjektet.

De hjembaserte tjenester i Bydel 2 er organisert i to distrikt, som ved nærmere analyse viser en størrelsesmessig likhet av pleie og omsorgsbehov og tilgjengelige ressurser/stillinger og budsjett.

2) Forsøksenheten bør være markant kvinnedominert.

Forsøksenhetens kjønnsfordeling er : 87% kvinner og 13% menn.

3) Prosjektet skal omfatte ca. 100 forsøkspersoner i omsorgsyrker, og arbeidstiden skal reduseres til 6 timer pr. dag/30 timer/uke.

For å fylle dette kriterium har det vært nødvendig å definere
a) omsorgsyrker og
b) krav til arbeidtidsavtalen for hver enkelt ansatt for å oppnå reduksjon til 30 timer/uke.

Forslag til bruksmåtedefinisjoner:

a) *Omsorg er relasjonelt, hvilket betyr at det er en tjenesteyter og en tjenestemottaker.*
Omsorg er knyttet til pleie - og omsorg i sykehjem og i hjembaserte tjenester, hvilket betyr at det er pleie og omsorg av faglig kvalitet i offentlig sektor.
Pleie- og omsorg av faglig kvalitet i offentlig sektor inkluderer arbeidstakere i syke- og hjelpepleierstillinger på institusjonsnivå, samt arbeidstakere i syke- og hjelpepleierstillinger og hjemmehjelpstillinger i de hjembaserte tjenester.
Det er disse yrkesgruppene prosjektet tilsikter å rette seg mot. Presiseringen av arbeidstaker i henholdsvis sykepleier- hjelpepleier- eller hjemmehjelpsstilling åpner for at personer uten formalkompetanse kan inkluderes i forsøket dersom dette skulle være aktuelt.
Begrunnelsen for å velge de tre yrkesgruppene ligger i de krevende arbeidsforhold disse har.

b) *Arbeidstakere fra de tre yrkesgruppene må ha en arbeidstidsavtale som viser at vedkommende er tilsatt på mer enn 30 timer/uke. Dette for å oppnå reduksjon.*

I Bydel 2 kommer en opp i et antall forsøkspersoner på ca. 100 i et sykehjem og et distrikt da de fleste ansatte har over 30 timer pr. uke; over 80- eller 100% stilling. Dette betyr at enheten blir oversiktlig og muligheten for kontroll bedre.
Enhetene har en størrelse som er svært egnet for prosjektets operative størrelse: ca.100 forsøkspersoner.

4) I forsøksenheten må det være et sykefravær som ligger over gjennomsnittet i Oslo kommune, slik at effekter av forsøket kan vurderes som en integrert del av arbeidet med reduksjon av sykefravær. Statistikken som følger viser gjennomsnittlig sykefravær for fast ansatte og vikarer.

	1992	1993
Gjennomsnittsykefravær i Oslo kommune	*8,6%*	*8,2%*
Gjennomsnittssykefravær i Bydel 2	*10,4%*	*8,9%*

Sykefraværet er noe lavere både for Oslo kommune og Bydel 2 i 1993 sammenlignet med året før. Dette må sees i forhold til andre tiltak kommunen har iverksatt for å få sykefraværet ned.
Statistikk fra Pleie- rehabilitering og omsorgsenheten i Bydel 2, viser følgende sykefraværsprosent:

	1992	1993	1994 2.kvartal
Totalt for alle tjenestestedene	*8.68%*	*8.0%*	*9.78%*

Det har ikke vært mulig å få utregnet sykefraværsprosenten i de spesifikke forsøksenheter prosjektet tilsikter å rette seg mot: i de hjembaserte tjeneseter og et kommunalt alders- og sykehjem.
Begrunnelsen ligger i at det ikke er sammenlignbar statistikk.
Variasjonene er store når det gjelder sykefraværsprosenten.
Av de kvartalsvise registreringer fra 1992 frem til 2. kvartal 1994 er laveste målte sykefravær 4.1% og høyeste målte sykefravær 31.85% på enkelte tjenestesteder.
Generelt kan en si at forsøksenhetene ligger høyere i sykefravær enn pleie-rehabilitering og omsorgsenheten totalt sett gjør i
Bydel 2. Forsøksenhetene ligger også over gjennomsnittet for Oslo kommune, hvilket var kriteriet som var satt.

5) Arbeidsstokkens sammensetning i forsøksenheten bør være i samsvar med normen.

Den undersøkelsesenhet som velges ut bør være sammensatt slik at det er fagfolk i de hjemlede stillingene; sykepleiere, hjelpepleiere og hjemmehjelpere.
Stillingskategoriene er hjemlet ut i fra et pleie- og omsorgsbehov som skal tilfredsstilles i forhold til en faglig standard. Grunnbemanningen som presenteres i Bydel 2s stillingshjemler er i hovedsak dekket med kvalifisert personell.
Helsetilsynet har kun veiledende normer, og bydelen avviker ikke fra disse.
Generelt har rehabiliteringsenheter og skjermede enheter i institusjon en høyere

bemanning enn vanlige sykehjemsavdelinger. Dette finner vi også tilfredsstillende i Bydel 2s institusjon, da den ene sykeposten som er en skjermet enhet med senil demente pasienter har en høyere bemanning.

I tillegg kan en måle bemanningen i forhold til pleiefaktor: forholdet mellom antall tjenesteytere og antall tjenestmottakere.
Oslo kommunes standard for bemanning på syke-og aldershjem(1985) gir en pleiefaktor på 0.62 i vanlig sykehjemsavdeling og noe høyere i skjermet enhet for senil demente,nemlig 0.71.
Institusjonen som er valgt, tilfredsstiller dette krav.

6) Villighet.

Dette kriterium har av prosjektansvarlig blitt vurdert til å være et avgjørende kriterium å tilfredsstille, da det er store endringsprosesser som skal gjennomføres og som krever et engasjert og konsolidert lederskap.

Etter gjennomgang av de fire bydelene som var kartlagt, har det videre arbeidet i Bydel 2, som anbefales, i hovedsak dreid seg om informasjonsinnhenting på alle nivå i organisasjonen nettopp m.h.t. villighet. Informasjonsinnhentingens rekkefølge i organisasjonsstrukturen har ikke vært tilfeldig. En har bevisst henvendt seg til bydelsadministrasjonen først, deretter mellomledernivået og endelig førstelinjetjenesten. Dette arbeidet har vært tidkrevende, men nødvendig ut i fra følgende argumentasjon:
En arbeidstidsreduksjon av dette omfang krever en total omorganiseringsprosess av forsøksenhetene spesielt og bydelen generelt.
Reduksjon av arbeidstid krever analyse og vurdering av dagens arbeidstidsbruk, for å sikre opprettholdelse av samme tjenestekvalitet.
Bydelsadministrasjonen og spesielt mellomledernivået i organisasjonen vil bli pålagt oppgaver i planleggingsfasen, til tross for at de har en krevende og tungt belastet arbeidssituasjon fra før.
Villighet er innhentet fra alle nivå i Bydel 2, hvilket skulle gjøre den videre planlegging lettere, da de som skal gjennomføre endringen selv er kjent med og villige til å gå inn i endringsprosesser.

7) Varighet.

Prosjektet må gjennomføres over en viss tidsperiode for å vinne nødvendige erfaringer.
Byrådssak 597/93 "Forsøk med 6-timersdag i Oslo kommune"
pkt.1, 7.avsnitt "Byrådet vil foreslå at det blir igangsatt en begrenset forsøksordning med 6-timersdag på et alders- og sykehjem samt innen hjembaserte tjenester innen en bydel i Oslo kommune. En slik forsøksordning forutsettes å pågå for en periode på 2 år."
Bystyresak 1043/93 Forsøk med 6-timersdag i Oslo kommune, pkt.2
"Proveprosjektet igangsettes 01.03.94 og varer ut 1995" innebærer en operativ prosjektperiode på 22 mndr.

Prosjektansvarlig og forskerne fra AFI/IFFM har problematisert dette med varighet ved gjentatte anledninger.
Varigheten har bydd på store problemer i samtlige bydeler, i forbindelse med informasjonsinnhenting av villighet spesielt.
Flere bydeler vegret seg for prosjektet m.h.t. at varigheten både var kort og uklar ved presentasjonsrunden. Alle bydeler har påpekt det uheldige i dette.
Arbeidstidsreduksjonen og de omorganiseringsprosesser som følger vil være svært arbeidskrevende og føre til stor uro i organisasjonen. Det vil ta tid før prosjektet "setter seg".

Tidligere forskning som det er naturlig å sammenligne dette prosjektet med er Birgitta Olssons doktorgradsarbeid "Kortare arbetsdag -en väg till ett mer ekologiskt arbetsliv?"
Olssons prosjekt varte i 2 år: med en reduksjon av arbeidstid på en time pr. dag innen flere sykehjemsavdelinger. Resultatet viser at det går an å redusere arbeidstiden med full lønnskompensasjon uten å øke kostnadene eller senke kvaliteten i pleien.
Olssons avsluttende bemerkninger er at selv to år er kort tid, hun anbefaler en femårsperiode.
Informasjonen til Bydel 2 om varighet var at man planla arbeidet etter intensjonene i bystyrevedtaket med operativ periode på 22 måneder.

8) Godt fungerende bydelsadministrasjon.

Samarbeidet mellom bydelen og kommunen sentralt er positivt omtalt.
Begge parter vurderer samarbeidet godt/uproblematisk.

9) Godt forhold mellom de ansattes organisasjoner og bydelens administrasjon.

Begge parter vurderer samarbeidet uproblematisk. Det er imidlertid to plasstillitsvalgte i hjembaserte tjenester som ikke er i funksjon.
Organisasjonene representert ved Kommuneforbundet, Hjelpepleierforbundet og Sykepleierforbundet har stilt seg positive til prosjektet og positive til bydelsadministrasjonens innstilling.

10) Alminnelig god økonomisk situasjon.

Vi har ikke fått inn data på at Bydel 2 har økonomiske /ressursmessige problemer av forstyrrende karakter for prosjektet.
Det er vanskelig å vurdere dette kriterium, da de ulike bydeler ikke tildeles midler etter samme fordelingsnøkkel. Bydelsadministrasjonene har vært kontaktet og økonomisjefens vurdering av Bydel 2 er at den har en stabil økonomisk situasjon. Denne vurdering gis også av regnskapsavdelingen i Oslo kommune sentralt.

11) Ikke andre problemer av betydning.

Her menes med problemer forhold som kan vanskeliggjøre/forstryrre vitenskapelige målinger av tilsiktede virkninger i forbindelse med arbeidstidsreduksjonen.
I Bydel 2 redegjøres det for at bydelen allerede er "belastet" med registreringsarbeid og prosjekter som medfører ekstraarbeid, spesielt høsten 1994. Konkret dreier dette seg om 1)Gerix-prosjekt, 2)Kvalitetssikringsprosjekt og 3) Rehabiliteringsprosjekt.
PRO-sjefen som har det faglige ansvar for pleie- rehabilitering og omsorgstjenesten i bydelen koordinerer alt utviklingsarbeid.
I samarbeid med henne og mellomledere i organisasjonen har en vurdert de ulike prosjekt.

1) Gerixprosjektet er en type registreringsarbeid av tjenestemottaker både i institusjon og i hjembaserte tjenester som vil føre til en del merarbeid, men som må vurderes til å være en rutineforbedring, og som trolig vil vær ajour før prosjekt 6-timersdag starter.

2) Kvalitetssikringsprosjektet er derimot mer problematisk. Her har bydelen gjort en avtale med et konsulentfirma som driver med organisasjonsutvikling og kvalitetssikring. Ved nærmere informasjon viser det seg at dette kvalitetssikringsprosjektet vil gjøre det vanskelig å måle reelle effekter av 6 timers dag, da mye av det endringsarbeidet kvalitetssikringsprosjektet vil initiere er sammenfallende med tiltak innen 6-timersprosjektet. Man har gjort en henvendelse til PRO-sjefen og påpekt det uheldige ved at kvalitetssikring og prosjekt 6-timers dag faller i de samme forsøksenheter. Henvendelsen har resultert i at Bydel 2 velger å legge kvalitetssikringsprosjektet til andre forsøksenheter i bydelen.

3)Rehabiliteringsprosjektet.

Planleggingsfasen til dette prosjektet starter høsten 1994, og varer til 15.04.95. Enkelte yrkesutøvere i Bydel 2 vil bli valgt ut for å delta i dette planleggingsarbeidet. Rehabiliteringsprosjektets mandat er å utarbeide en plan for den medisinske rehabilitering i bydelen generelt. Det er ikke tatt standpunkt til tidspunkt for gjennomføring av planen. Rehabiliteringsprosjektets planleggingsfase vil føre til en del merarbeid, men vil trolig ikke influere på effekter av 6-timers dag.

Seksjon for kommunehelsetjeneste i Byrådavdeling for helse og eldre, kan imidlertid bekrefte at de aller fleste bydeler arbeider med ett eller flere prosjekter/tiltak som medfører merarbeide og endringer.

Til tross for at bydelen er belastet, er den samlede vurdering at Bydel 2 velges til prøveprosjekt.

12) Normal stabilitet av arbeidstakere.

De opplysningene bydelen gir her er at hjelpepleiere og hjemmehjelpere er svært stabile yrkesgrupper. En viss mobilitet finnes i sykepleiergruppen, og det er vanskelig med rekruttering. Totalt sett vurderes bydelens gjennomtrekk av arbeidstakere som liten, ubetydelig m.h.t. å gjennomføre et prøveprosjekt.

13) Aldersfordeling representativ for denne type institusjoner.

Den totale aldersfordeling i et kommunalt alders-og sykehjem og to distrikt for hjembaserte tjenester i Bydel 2:

Fra	*0 - 25 år*	*26 - 35 år*	*36 - 45år*	*46 - 55år*	*56-videre*
	26	*100*	*62*	*63*	*27*

Sammenlignet med de fire andre bydelene som er kartlagt avviker ikke alderssammensetningen i Bydel 2 vesentlig.

14) Pålitelig fraværsregistrering og sammenlignbar over tid og med tilsvarende tjenestesteder.

Forsøket må sikre seg pålitelige målinger når det gjelder alt fravær. Bydelens standarder for måling, som er en del av lønnsutbetalingssystemet, er sammenlignbar med bydelene forøvrig, hvilket gir sammenlignbare kontrollenheter.

15) Ikke atypisk organisasjonsstruktur.

Tjenesten og personalet i Bydel 2 er organisert i en oversiktlig organisasjonsmodell, som forøvrig er sammenlignbar med de fleste kommuner. For pleie- rehabilitering og omsorgssektoren er det felles leder. Tjenesten er delt i institusjon- og hjembasert tjeneste. De hjembaserte tjenester er organisert i to adskilte geografiske distrikt. Endringer i ett vil således ikke få konsekvenser i det andre. På denne måten blir prosjektet i Bydel 2 samlet i en institusjon, hvor hele institusjonen berøres, og i ett distrikt, bestående av tre soner, hvor hele distriktet berøres. Dette er en stor fordel for prosjektet m.h.t. mulighet for oppfølging, oversikt og kontroll.

16) Pleietyngde som ikke er atypisk.

De enhetene som er kartlagt m.h.t. posjektenheter har en pleietyngde som ikke avviker fra normen. På institusjonsnivå har de en skjermet enhet, som er bemannet i.h.h.t. normer for dette. De øvrige sykehjemsavdelingene har få senger for korttidsopphold. Det betyr at de har et relativt stabilt og forutsigbart pasientbelegg.

Konklusjon:

Analyse og vurdering av i alt 16 kriterier for å finne frem til en prøvebydel til Prosjekt 6-timers dag i omsorgsyrker i Oslo kommune gir grunnlag for å anbefale at forsøket gjennomføres i :
4 sykehjemsposter i det kommunale alders og sykehjem og i øvre distrikt av hjembaserte tjenester, bestående av tre soner, Bydel 2.

Denne innstilling ble sendt Byrådet til behandling 14.10.94. hvor innstillingen fikk tilslutning.

Under Bystyrets behandling av 1995-budsjett ble det bevilget 1.3 millioner kroner til prosjektet. Med overførte midler fra 1994, hadde prosjektet en økonomisk ramme for 1995 på 3 millioner kroner.
Kostnadene for forsøksprosjektet; full lønnskompensasjon for forsøkspersonene og 100 % erstatningsbemanning i produksjonstapet ville ikke kunne dekkes innenfor den bevilgede ramme.
Denne situasjonen førte til at man måtte gjøre justeringer når det gjaldt valg av forsøksenheter/forsøkspersoner i bydelen.
Ulike alternativer ble diskutert.
Valgte man å beholde enheten med 100 forsøkspersoner kunne man ut i fra de økonomiske rammer tilrettelegge på to alternative måter:
1) tilsette erstatningsbemanningen på ordinær tid.
2) tilsette erstatningsbemanningen på 6 timers dag, men ikke få 100% erstatning av arbeidstidsreduksjonen.
Ingen av løsningene kunne aksepteres. Alternativ en, ville sannsynligvis ikke gi prosjektet en eneste søker, og dessuten fikk man ikke en fullgod organisering rundt 6 timers arbeidsdag. Alternativ 2 ble ikke akseptert på grunn av at bemanningen er lav fra før, og en arbeidstidsreduksjon uten 100% kompensasjon kunne ikke faglig forsvares.
Som et 3. alternativ, foreslo man å redusere forsøksenheten med ca. 15 personer. Erstatningsbemanning tilsatt på 6 timers dag kunne da dekke arbeidstidsreduksjonen 100% innenfor de økonomiske rammer.
Saken ble drøftet i Bydelsledelsen, med forskerne og med de tillitsvalgte, i prosjektets rådgivende utvalg og endelig i prosjektgruppen.
De fora som drøftet saken, vurderte viktigheten av å gjennomføre prosjektet som helt vesentlig, til tross for nevnte justering. Begrunnelsen ligger i den kunnskapsgevinst som evalueringen av prosjektet vil gi, og som vil danne grunnlag for politiske beslutninger videre.
Justeringen utgjorde i størrelsesorden 15 forsøkspersoner.
Alle sykeposter og soner i hjemmetjenesten ble grundig vurdert, og prosjektgruppen tilrådde at Casinetto alders og sykehjem, som utgjør den fjerde sykeposten ved Majorstua alders- og sykehjem, skulle utgå av forsøket.
Begrunnelsen ligger i at sykehjemmet geografisk og organisatorisk er avgrenset fra de øvrige forsøksenheter.
Informasjon til Bydel 2 og de berørte tjenestesteder ble gitt både skriftlig og muntlig.(vedlegg 12)
Budsjettbehandlingen av prosjektet, er en konsekvens av politisk uenighet.

Dette førte til en rekke uheldige konsekvenser for prosjektet.
Forskerne som skulle evaluere prosjektet trakk seg fra oppdraget med Oslo Kommune, med den begrunnelse at muligheten for å gjøre vitenskapelige målinger og trekke konklusjoner var betydelig moderert. Bydelen som var valgt ville heller ikke gå videre i planleggingsprosessen før avtale med nye forskere var inngått.
Bydelens motivasjon for å følge med videre var heftet til kunnskapsutvikling; hva kan 6 timers dagen bringe oss av ny kunnskap, som videre ville danne grunnlag for faglige og politiske beslutninger.
Man fikk en anbudsrunde vedrørende evaluering av prosjektet som førte til at Forskningsstiftelsen for studier av arbeidsliv, fagbevegelse og offentlig politikk/FAFO fikk evalueringen. Jmfr. kap 3.3.
I mars 1995 ble kontrakt tegnet, og planleggingsarbeidet i Bydel 2 intensivert.

I ettertid kan en tydelig se det uheldige i å detaljplanlegge et så stort og omfattende prosjekt uten at de økonomiske rammene er helt klargjort.
De økonomiske rammene danner premissene for forsøket.
Analyse og vurdering av valgte kriterier skulle sikre at man hadde valgt en forsøksenhet som var representativ for kvinner i omsorgsyrker, hvilket skulle være målgruppen for prosjektet.
Man har vurdert forsøksenheten, bestående av tre sykehjemsposter og et distrikt av hjemmetjenesten i Bydel 2 som typiske enheter.

4.1.2 Omsorgsyrker - hva er det - og hvorfor ble de valgt ut i et arbeidstidsreduksjonsprosjekt?

Fordi prosjektet retter seg mot og finner sin legitimitet i omsorgsyrkene, blir det nødvendig å fremheve hva det er ved disse yrkene som skiller dem fra andre yrker.
Omsorgsyrkene er relasjonelle. Tjenesteytingen som er arbeidets art, skjer mellom mennesker som er gjensidig avhengig av hverandre. Omsorgsyrkene skal gi hjelp, pleie og omsorg til syke, eldre og hjelptrengende mennesker som er helt avhengige av oss. Målet er å gi hjelp, pleie og omsorg på en forsvarlig måte innenfor rammen av tilgjengelige ressurser og eksisterende forskrifter/lover.
Omsorgsyrkene og avhengighet er nært knyttet til hverandre.
Den vestlige verdens verdier er: å være uavhengig og å klare seg selv. Når avhengighet forbindes med ikke å være selvhjulpen, da mangler man det som i vår kultur er sett på som verdifullt; arbeid, helse og rikdom. Det å være avhengig blir ikke verdsatt/sett på som verdifullt. Synet på eldre, og deres identitetsbekreftelse (som eldre sees man ofte på som syk, svekket, preget av forfall, å ha tapt funksjoner etc.) sier noe om samfunnets syn på avhengighet.
Da avhengighet og omsorg forstås og sees i en sammenheng, vil det kunne føre til at den negative forståelsen av avhengighet forklarer vår tids nedvurdering av omsorg og omsorgsyrkene.

Men omsorg og avhengighet kan forstås annerledes:
Skal omsorg forstås positivt forutsetter det et kollektivistisk menneskesyn. Det innebærer at frihet, selvstendighet og ansvar bare får mening gjennom avhengighetsrelasjoner.
Mennesket er ikke selvstendig uten samtidig å være bundet av kollektive sammenhenger, av livsmønstre og tradisjoner som vi er blitt utviklet gjennom og som vi tar del i.
Forstått slik blir avhengighet ikke i motsetning til selvstendighet. Avhengighet er en grunnstruktur i menneskets væremåte:

-som mennesker er vi avhengige av hverandre.
-hvordan avhengigheten skal komme til uttrykk kan vi velge.

Samhandlings-situasjonene i omsorgsyrkene kan preges av makt på den ene siden og tillit på den andre.
Omsorgsyrkene; sykepleie, hjelpepleie og hjemmehjelp vektlegger og forsøker å bevisstgjøre yrkesutøverne til å bli bevisst sitt syn på avhengighet slik at de vil gå inn i samhandling med sine medmennesker på en bevisst måte.
Det særegne ved omsorgsyrkene, det relasonelle, må det tas særskilt hensyn til i endringsprosessen til ny arbeidstidsorganisering. Begrunnelsen ligger i at konsekvensene av endringene som gjøres er umiddelbare for mottakerne av tjenesten.
Det må være tjenestens art; å yte hjelp, pleie og omsorg, som legger premissene for endringsprosessene.

Hvorfor det ble omsorgsyrkene som ble valgt ligger i yrkesgruppenes dokumenterte høy sykefravær (2-3% høyere enn kommunens gjennomsnittsfravær) og belastningslidelser (Pape 1993, Daatland 1994). Tunge løft, lange avstander med mye gåing i sykehjem og mye gåing ute i all slags vær og til alle tider i hjemmetjenesten, og det å jobbe alene gjør yrkene belastende m.h.t. arbeidsmiljø. Som siste faktor nevnes arbeidstidsordningen; å gå turnus med stadig omskiftende døgnrytme. Nedsettelse av arbeidstiden for omsorgsarbeidere vil bety en lavere eksponering av arbeidsbelastende faktorer. Hva det vil kunne føre til for arbeidstaker, for tjenetsemottaker og for arbeidsgiver tilstreber prosjektet å dokumentere. Prosjektet er et arbeidsvilkårprosjekt, med naturlige interveneringer innen omsorgsyrkene.

4.1.3. Beskrivelse av forsøksenheten.

Forsøksenheten består altså av to organisatorisk adskilte enheter; sykehjem og hjemmetjeneste. Hjemmetjenesten er igjen delt inn i hjemmesykepleie og hjemmehjelp, med tre soner, hvorav den ene inkluderer en trygdebolig. Personalet er organisert i sykehjem eller hjemmetjeneste
Videre følger en beskrivelse av forsøksenheten, slik den var før operativ periode startet.

4.1.3.1. Sykehjemmet - institusjonen som arbeidsplass

Majorstua alders- og sykehjem er ca.13 år gammelt.
Sykehjemmet har 4 sykeposter, hvorav den ene: Casinetto alders- og sykehjem ligger fysisk adskilt og utgjør en selvstendig sykepost, men som administrativt er underlagt sykehjemmet.
Casinetto alders- og sykehjem inngår ikke i forsøket.
De tre sykepostene som fysisk er samlet i Majorstua- alders og sykehjem inngår i forsøket, og blir beskrevet her.

4.1.3.2. Rammer/premisser

Stillingshjemler i forhold til pasientantall = Pleiefaktor
Standarden for Oslo Kommune(utarbeidet i 1985) er hentet fra Byråd for Helse og eldre som viser en pleiefaktor i sykehjem på 0.62 og på avdeling for senil demente, en pleiefaktor på 0,71.
Ved Majorstua alders-og sykehjem er forholdet:

Post 1	*17 stillingshjemler*	*29 pasienter*	*Pleiefaktor 0.59*
Post 2	*17 stillingshjemler*	*28 pasienter*	*Pleiefaktor 0.61*
Post 3	*17 stillingshjemler*	*23 pasienter*	*Pleiefaktor 0.75*

Det er 17 stillingshjemler på hver post, som dekker hele døgnet, hvorav 4 er sykepleierstillinger (inkl. avd. sykepleier) og 13 er hjelpepleierstillinger.

Turnus:
3 delt vaktturnus: Dag 07.30 -15.00. Aften 14.30 -22.00.
Natt 21.45 -07.45

Fysisk utforming:
Post 1 har ett dobbeltrom, ellers har alle pasienter enerom.
Post 1 og 2 er vanlige sykehjemsavdelinger.
Post 3 er en skjermet enhet for senil demente pasienter og har derfor noe høyere bemanning.
Gangavstandene er relativt lange som følge av eneromsstrukturen.

Bemanning ordinært:

Dagvakt hverdag :	*9 dagv.*	*Dagvakt helge-/helligd.:*	*6 dagv.*
Aftenvakt hverdag:	*4 dagv.*	*Aftenvakt helge/helligd.:*	*4 dagv.*

Helgevaktene er i all hovedsak basert på innleide vikarer/ekstravakter.

Avdelingsmiljø:
Beboernes rom er møblerte med institusjonens møbler, men det er mulighet for beboerne å delvis møblere med egne møbler.
Utemiljøet er lett tilgjengelig for alle, uansett behov for bruk av hjelpemidler.
Avdelingens totalmiljø og beboernes rom blir av personalet karakterisert å være middels hjemlig, middels institusjonspreget.
Sykehjemmet har besøksrom for pårørende, men ikke eget rom for pårørende til pasienter som er alvorlig syke og døende.

Beboernes valgmuligheter:

Beboerne kan selv velge når de vil stå opp og når de vil legge seg.
Måltidene er delvis forskyvbare, og beboerne velger selv hvor de vil spise og hvilke aktiviteter de vil delta på i løpet av dagen. Når det gjelder personlig hygiene er det personalets vurdering som legges til grunn, det er ikke sjelden at personalet mener det er behov for å dusje, mens pasientene ofte ikke vil.
Toalettbesøk velger pasientene i den grad de er i stand til det. Her praktiseres ulike rutiner. Med hensyn til røyking, er beboerne henvist til eget røykerom og eller eget rom. Inntak av alkohol bestemmer beboerne selv.

4.1.3.3. Organisering

Personalet har utarbeidet individuelle pleieplaner til hver beboer, som benyttes daglig til planlegging, gjennomføring, rapportering og koordinering.
Pleieplanene er problemorientert på Post 1 og 2, mens den er ressursorientert på den skjermede enhet med senil demente pasienter, post 3.
Alle postene er organisert i gruppesykepleie. Post 1 og 2 i to grupper. Post 3 er organisert i 4 grupper. Her tilstreber man å organisere i små enheter for å skjerme

pasientene og man vektlegger strukturen på dagen for å gi pasientene faste rammer.
Beboerne har store hjelpe- pleie og omsorgsbehov: til personlig hygiene, påkledning, spising, toalettbesøk, forflytning, orientering etc.

Medisinsk behandling:
Alle postene har ca. 3-4 timer legetjeneste i uka, og er svært tilfreds med legeordningen.

Aktiviteter på postene:
Det arrangeres ulike sosiale aktiviteter jevnlig på postene.
Ingen poster holder fast avis, det er ikke noe organisert tilbud for å holde beboerne orientert om "verden utenfor" sykehjemmet.
Det er aktivitør, ergo- og fysioterapeut ved sykehjemmet.
De pårørende har mulighet for deltakelse i formelle møter og ved behov.
Beboerne trekkes i liten grad med i beslutninger av formell karakter.

Respekt for beboerne:
Beboerne forespørres hvilken tiltaleform de ønsker. Når beboerne ber om hjelp, blir de oftest raskt tatt hånd om. Hensynet til den enkeltes bluferdighet blir som oftest tatt vare på. Alle beboere har navnskilt på sin dør, samt på oppslagstavler i etasjene og ved inngangen til sykehjemmet.
Beboere og pårørende tar selv kontakt med de ansatte dersom det skulle være behov for endring, kritikk av tjenester og personell etc.
Når det gjelder service i helgene er det personalet som problematiserer dette og uttrykker bekymring over det tilbudet de er i stand til å gi da. Det pekes på at pleiekvaliteten er svekket i helgene, beboerne har lite sosialt samvær og konsekvensene for personaet er en sterk opplevelse av å ikke gi tilfredsstillende hjelp- pleie og omsorg, slik de mener beboerne burde ha.

Møter:
Rapportmøter ved vaktskiftene hvor alle samles. Ukentlig gruppemøte på postplan.
Ukentlig avdelingssykepleiermøte. Sykepleiefaglig fellesmøte tilstrebes ukentlig.
Personalet har systematisk veiledningstilbud, men ikke fast undervisningstilbud.

4.1.3.5. Hjemmetjenesten - hjemmet som arbeidsplass

Hjemmehjelpstjenesten i øvre distrikt - Bydel 2. Kort historikk og beskrivelse av organisasjonen.
Hjemmehjelp og hjemmesykepleie var på 1980-tallet organisert i adskilte enheter.

Organisering av hjemmehjelpstjenesten:
Hjemmetjenesten var underlagt Kontoret for eldreomsorg og var delt inn i distrikter.

For hjemmehjelperne var organiseringen av arbeidet sentralt lagt i distriktet. Den enkelte hjemmehjelper fikk arbeidsoppgavene presentert på arbeidslister med klientenes navn og hjelpebehov. Hjemmehjelperne hadde sine faste klienter å gå til.
Arbeidsdagen for en hjemmehjelper startet hjemme, derfra direkte til klientene, for så å avslutte hjemme igjen etter siste klient. Hver 14. dag var hjemmehjelperne samlet til personalmøter. Det arbeids-sosiale miljøet ble ubetydelig i denne organisasjonsform, da hjemmehjelperne nesten uten unntak arbeidet alene i forhold til klientene og var sjelden samlet i faglige eller administrative fora.
I denne organisasjonsformen hadde man en distriktsleder som øverste faglige og administrative leder med 2 hjemmehjelpsledere for alle hjemmehjelperne.

Organisering av hjemmesykepleien:
Hjemmesykepleien var også underlagt Kontoret for eldreomsorg, og var delt i distrikter. Hvert distrikt hadde en oversykepleier og en avdelingssykepleier. Arbeidet var organisert i gruppesykepleie.
Utviklingen av hjemmesykepleien skjedde raskt og det tvang seg frem nye krav til organisering som en følge av de erfaringer man gjorde i feltet. Ulike hjelpe, pleie og omsorgsbehov ble kartlagt.
Modellen for organisering ble lik den de hadde på sykehjemmene, hvor man hadde fellesrapport for pleiepersonalet morgen og ettermiddag (ved vaktskiftene) for å sikre kontinuitet og tilpasse tjenesten pasientenes behov.
De fleste arbeidet alene i forhold til pasientene, men dette var selvfølgelig avhengig av pleiebehovet. Hjemmesykepleierne hadde faglige og administrative møter, og det arbeids-sosiale miljøet må vurderes å ha en viss betydning i denne organisasjonsform.
I 1984 ble hjemmesykepleien innlemmet i primærhelsetjenesten og hjemmesykepleien fikk 30 % av hjemmehjelperne underlagt sin administrasjon hvor tanken var at de skulle brukes der hvor det var påkrevet med felles brukere/tjenestemottakere. Konsekvensene av dette var at hjemmehjelperne også begynte å gå i turnus.

I 1988 ble Oslo kommune organisert i 25 selvstendige bydelsenheter hvor helse- og sosialomsorgen fikk egne administrative og faglige enheter.
Det ble opprettet Pleie- rehabilitering- og omsorgssjef i hver bydel, som skulle være den øverste faglige sjef for bl.a. hjemmehjelpstjenesten, hjemmesykepleien, sykehjem og trygdeboliger
Samarbeidet mellom de to organisasjoner ble tettere og tettere, og i 1989 flyttet de også fysisk sammen og ble organisert i øvre distrikt av Bydel 2, med tre soner.

4.1.3.6. Rammer/premisser

Ved inngangen til prosjektet hadde Hjemmetjenesten følgende stillingshjemler:
Sykepleiere 9.25
Hjelpepleiere 12.25
Hjemmehjelpere 36.50, hvorav 12 går i turnus og arbeider tverrfaglig.

Turnus:
Dagvakt 08.00 - 15.30
Aftenvakt 15.00 - 22.30
Nattvakt 22.00 - 08.00
Overlapping med 30 min. fra dag til aftenvakt og fra aften til nattvakt. Ingen overlappingstid fra aften- til nattvakt.

Bemanning ordinært inklusive alle yrkeskategorier og alle soner:
Dagvakt hverdag: 44 Dagvakt helge-/helligd.: 5
Aftenvakt hverdag: 5 Aftenvakt helge-/helligdag: 5

Helgevaktene er i all hovedsak basert på innleide vikarer/ekstravakter.

4.1.3.7.Organisering

Lederteamet i øvre distrikt Bydel 2:
1 seksjonsleder
1 oversykepleier
3 avdelingssykepleiere/en i hver sone
3 hjemmehjelpsledere/en i hver sone
1/2 ledende ergoterapeut
1/2 ledende fysioterapeut

Møter:
Lederteamet samles hver tirsdag fra kl.12.30 til kl.13.15 for å koordinere, planlegge og drive sine distrikt på en tverrfaglig god og effektiv måte.
Hver mandag fra kl.08.30 - 09.30 planleggingsmøte med seksjonsleder og oversykepleier.
Tirsdag og torsdag fra kl. 08.45 - 09.45 møte med oversykepleier og avdelingssykepleierne.
Onsdag fra kl. 09.30.- 10.30 møte med oversykepleier og hjemmehjelpslederne.
Bydel 2 holder Inntaksteam for hjemmesykepleietjenesten i begge distrikt, hver tirsdag fra kl.13.30 - 15.30, hvor oversykepleiere og avdelingssykepleiere møter.
Bydel 2 holder Inntaksteam for hjemmehjelpstjenesten og trygdeboligene i begge distrikt, en gang pr. mnd. Her møter hjemmehjelpsledere og institusjonslederne.
Sonemøte(tverrfaglig) en gang pr. mnd. Sykepleiemøte en gang pr. mnd.
Hjelpepleiemøte en gang pr. mnd. Personalmøte (for alle) en gang pr. mnd.

Hver dag fra kl.08.00 - 08.30 eller til kl.09.00 holdes morgenmøter, hvor sonefolket samles: Hver sone har sitt rom til disposisjon for hjemmehjelp og hjemmesykepleie.
Nattevakten har gått kl.08.00, det er ingen overlappingstid ved vaktskifte.
Dagvaktene har den skriftlige rapporten å holde seg til m.h.t. kontinuitet i tjenesten ved at avdelings-sykepleiere og hjemmehjelpslederne gjennomgår rapportene fra aften- og nattevakten først. Hjemmesykepleierne og hjemmehjelperne sitter ved hvert sitt bord og rapporterer og utveksler erfaringer, faglig adskilt. Dagens arbeidsoppgaver fordeles og det er tilnærmet primærsykepleie. Kommunikasjonen mellom de to tjenestene foregår mellom lederne v/behov, og kommunikasjonsflyten er god mellom yrkesgruppene forøvrig. Morgenmøtet er ikke et fellesmøte. Kommunikasjonen er allikevel åpen da de sitter i samme rom og er inne samtidig.
Etter endt arbeidsfordeling går alle ut i distriktet, hver og en til sin pasient/klient.

Felles-samlig igjen kl. 15.00 - 15.30.
Det avgis rapport både skriftlig og muntlig. Hjemmesykepleierne til avdelings-sykepleierne og hjemmehjelperne til hjemmehjelpslederne. Lederne koordinerer rapportene og forbereder morgenmøte og arbeidsfordelingen til neste morgen.
Nøkler leveres.

Dette var beskrivelsen av de to tjenestestedene som inngår i forsøket, hvilke rammer/premisser for drift de har og hvordan de var organisert.
Videre skal vi se litt nærmere på de personellmessige rammer og premisser for drift.

4.2. Standarden - er den god nok?

Vi kan si at standarden er sikret gjennom de rammer for drift vi har, og som er hjemlet i Lov om Kommunehelsetjeneste av 1982, når det gjelder forsøksenheten.
Arbeidsmiljølov og Hovedtariffavtale legger premisser for standard.
De ulike yrkesgruppers etiske retningslinjer for utførelse av yrket legger premisser for standard.
Dette er normer for hvordan tjenesten bør komme til uttrykk.
I virkeligheten opplever vi ofte at det er langt fra bør til er.
I dette spenningsfeltet mellom bør og er befinner vi oss alltid.
Forstått slik kan vi si at arbeidet vi utfører (det vi faktisk gjør i vårt nærvær) vurderes i forhold til en standard (hvordan det bør være).
Denne standarden kan f. eks. være uttrykt i mål for en avdeling, mål for en pasient o.l. Standarden er i normen beskrevet som en målbar størrelse, mens det vi faktisk gjør vil variere alt avhengig av situasjonen vi står i. Det vi utfører av omsorgsarbeid (både hva og hvordan) i forhold til pasienter eller tjenestemottakere, hver enkelt eller samlet sett i løpet av en arbeidsdag, er den

reelle standarden/kvaliteten på tjenesten. Denne daglige virkelighetsutøvelse er det vanskelig å måle og hvis den skal det, krever det en metodisk tilnærming av kvalitativ karakter.
Ett forsøk på å sikre en mulig målbar standard kan være å sette normer for bemanning (i forhold til antall pasienter) og rammer for arbeidstid. Normer for bemanning og for arbeidstid på de ulike tjenestesteder: arbeidskraftinnsasten, er uttrykk for en standard i dette prosjektet. Denne standarden på arbeidskraftinnsats forsøker man å holde stabil ved at man erstatter produksjonstapet som følger av arbeidstidsreduksjonen. På denne måten får pasientene planlagt like mange hjelpe- pleie og omsorgstimer pr. dag, uke, måned og år i forsøksperioden som før forsøksperioden. Standarden blir ikke svekket i forsøket da ressurstilgangen søkes sikret gjennom erstatningsbemanningen.

Standarden vi her snakker om er et mål på vårt mulige nærvær; hva man maksimalt kan forvente hvis en arbeidstaker er på arbeid alle dagene i et årsverk. Standarden er regnet ut på hjemlede stillinger.
En stillingshjemmel gir ett mulig årsverk. Mulig nærvær i et årsverk er 230 dager. (ferie-, helge- og helligdager er da trukket fra).
230 mulig nærværsdager med 7,5t/dag gir 1725 mulige timeverk pr år, og med 7 t/dag gir det 1610 timeverk pr år.

4.2.1. Hvem sammenligner vi oss med?
I et forsøk på å si noe om standarden har man:

a) regnet ut pleiefaktoren pr post (forholdet mellom antall ansatt og antall pasienter)
b) regnet ut det maksimalt mulige nærvær pr. døgn for de ansatte i hjemlede stillinger ved sykehjemmet og funnet gjennomsnittlig pleietimetilbud pr. pasient.
c) se pleietimetilbudet pr pasient i forhold til dokumenterte behov for hjelp, pleie og omsorg pasienten har, registrert via Gerixmålinger.
d) sammenligne vår standard med det svenske 6 timers prosjektet i Södertelje.

Pleiefaktor er en standard for sykehjemmet, forholdet mellom antall ansatte i direkte pasientarbeide i forhold til antall pasienter.
I hjemmetjenesten er standardbemanningen beregnet på et kriteriebasert system, hvor antall eldre i hjemmetjenestens ansvarsdistrikt danner grunnlaget for budsjettberegningene.(Vedlegg 13) I rapporten her vil en vise antall pasienter og besøkstall fra hjemmetjenesten og se det i forhold til mulig nærværstid.
Pleietimetilbudet som regnes ut er et uttrykk for den maksimale tid personalet i forhold til hjemlede stillinger kan være tilstede. Inn i denne tiden inngår alt arbeide som skal utføres: både direkte pleietid og indirekte pleietid(gangtid, forberedelser, møter etc.)
Det er ikke et uttrykk for hva pasient/klient faktisk får. .

a) Pleiefaktoren pr post (forholdet mellom antall ansatt og antall pasienter) ved Majorstua alders- og sykehjem:

Post	*Stillinghj.*	*Ant.beboere/pas.*	*Pleiefaktor: st.hj/pas*
1	*17*	*29*	*0,60*
2	*17*	*28*	*0,61*
3	*17*	*23(skjermet enhet)*	*0,74*

b) gjennomsnittlig pleietimetilbud pr. pasient pr.døgn:

Utregning av pleietimetilbud pr. pasient pr.døgn:
1 mulig årsverk gir 230 mulige nærværsdager (ferie og helge- og helligdager er trukket fra).
Majorstua alders- og sykehjem:

1 avd. s.pl	*230*7,5*	*1725t/år*
16 syke-og hjelpepl.	*230*7*	*25760t/år*
Totalt		*27485t/år*

27485t : 365 = 75,30t/døgn : 29 pasienter = 2,6t/døgn

Gjennomsnittlig pleietimetilbud pr. pasient pr. døgn i forhold til mulig nærvær:

Post 1	*2,6t/døgn; 2 timer og 36 minutter*
Post 2	*2,7t/døgn; 2 timer og 42 minutter*
Post 3	*3,3t/døgn: 3 timer og 18 minutter*

Dette gjennomsnittlige pleietimetilbud, beregnet ut i fra mulig nærvær, vil være konstant (grunnet erstaningsårsverkene i prosjektperioden), da årsverksinnsatsen er den samme før, under og etter forsøket.

Hjemmetjenesten:	*Stillingshj.*
Sykepleiere	*9,25*
Hjelpepleiere	*12,25*
Hjemmesykepleie tot.	*21,5*
Hjemmehjelpere	*30,5(med direkte klientarbeide)*

I hjemmesykepleien går alle turnus og har 35t/uke
Hjemmehjelperne har 12 som går turnus med 35t/uke. 18,5 går 37,5t/uke.

Maksimal nærværstid for hjemmesykepleien pr. år:
*21,5 * 230 = 4945 dager * 7 = 34615t/år*

Maksimal nærværstid for hjemmehjelp pr år:
*18,5 * 230 = 4255dager * 7,5 = 31912,5t/år*
*12 * 230 = 2760 dager * 7 = 19320t/år*
Sum nærværstid 51232,5

Gjennomsnittlig pleietimetilbud i hjemmesykepleien pr. pasientbesøk:
Nærværstid : antall besøk (se side 49 0g 50)

1994	*1995*	*1996*
0,65t	*0,77t*	*0,69t*

Gjennomsnittlig timetilbud hos hjemmehjelpen pr klientbesøk:

1994	*1995*	*1996*
2,49t	*2,4t*	*1,98t*

Pleietimetilbudet ligger stabilt i hjemmesykepleien, mens det har gått noe ned hos hjemmehjelpen. Pleietimetilbudet er et uttrykk for maksimal nærværstid i forhold til hjemlede stillinger, og skal dekke både direkte og indirekte hjelpe- pleie- og omsogsoppgaver. Med utgangspunkt i denne standarden vil det få mening å se på faktisk nærværstid(når alt fravær er trukket ifra) i kapittel 7. Videre vil det fraværet som der dokumenteres legitimere for innleie av vikarer, ekstravakter og overtid som vil synliggjøres og problematiseres i kapittel 8.

c) Pleietimetilbudet i forhold til dokumenterte pleiebehov

Nå har vi blitt kjent med standarden i forsøket regnet ut i forhold til mulig nærvær av hjemlede stillinger. De ansatte i omsorgsyrkene redegjør for en vesentlig endring både i alder og sykelighet hos sine tjenestemottakere. De hevder at det er mye tyngre pleiepasienter (eldre og sykere) og mer omfattende hjelpebehov, både i sykehjemmet og i hjemmetjenesten, enn hva vi hadde bare noen år tilbake.
Med opplevelsen av at tjenestemottakerne i sykehjem og hjemmetjeneste har utviklet tyngre og mer komplekse hjelpe- pleie og eller omsorgsbehov, blir det viktig å få dette dokumentert.
Gjennom registreringer av hjelpe- pleie- og omsorgsbehov via Gerix-målinger (vedlegg 18 og31),har forsøksenheten en dokumentasjon på gjennomsnittlig veiet funksjonsnivå(et uttrykk for grad av avhengighet og behov for hjelp) og gjennomsnittlig tildelte timeverk pr uke fra 1995 til 1. kvartal 1997.
Når det gjelder oversikten som viser gjennomsnittlig funksjonsnivå er det en tendens som viser en svak bedring. På sykehjemmet dokumenteres et funksjonsnivå i 1995 på 3,2. Skalaen går fra 1 til 4, hvor 1 er uttrykk for å være selvhjulpen mens 4 er uttrykk for å være helt avhengig. I 1997, 1.kvartal er det

gjennomsnittlige veiede funksjonsnivå registrert på 2,97, en svak bedring. Tallene her viser ikke det pleiepersonalet selv uttrykker; at pleietyngden har blitt tyngere de siste årene.
Ser vi på oversikten for gjennomsnittlig tildelte timeverk(vedlegg 31 har) pr uke på sykehjemmet har de steget fra 23.22 i 1995 til 28,3 i 1997 og bekrefter det motsatte at pasientene nå får mer tid tildelt, og at det er det som gir opplevelsen av at det er tyngre. Forklaringen ligger sannsynligvis i at de nye pasientene som har kommet inn i denne perioden er dårligere og trenger mer hjelp, det vises bare ikke på den gjennomsnittlige oversikten.
For hjemmetjenesten er situasjonen slik at gjennomsnittlig veiet funksjonsnivå var 1,48 i 1995 og 1,37 i 1997. Gjennomsnittlig timeinnsats pr. uke har også gått ned: 3,43 i 1995 mot 2,58 i 1997. Tallene inkluderer både hjemmesykepleie og hjemmehjelp. I kap 4.2.2. presenteres en oversikt over antall besøk for de to yrkesgruppene. Der vises en savk nedgang i antall besøk hos hjemmesykepleien, mens det er en stigning i antall besøk hos hjemmehjelpen. Forklaringen ligger i at hjemmehjelperen har flere besøk men av de er av kortetre varighet.

d) Sammenligning av pleiefaktor og pleietimetall på Majorstua alders og sykehjem mot institusjonene i det svenske 6 timers-forsøket i Södertelje

Majorstua alders- og sykehjem:

Post	*Stillinghj.*	*Ant.beboere/pas.*	*Pleiefaktor: st.hj/pas*
1	*17*	*29*	*0,60*
2	*17*	*28*	*0,61*
3	*17*	*23(skjermet enhet)*	*0,74*

Institusjoner i det svenske forsøket(22):

Avd.	*Stillinghj.*	*Ant.beboere/pas.*	*Pleiefaktor: st.hj/pas*
24	*18,47*	*16*	*1,15*
25	*15,09*	*10*	*1,5*
Engården	*21,71*	*20*	*1,08*
27A	*24,46*	*21*	*1,16*
29A	*19,26*	*23*	*0,83*
29B	*18,69*	*23*	*0,81*

Avd. 24, 25 og Engården er forsøksenhetene. Avd. 27A, 29A og 29B er kontrollenheter.

Gjennomsnittlig pleietimetilbud pr. pasient pr. døgn
i forhold til mulig nærvær:
1 årsverk er 230 dager

Majorstua alders- og sykehjem:

Post 1	*2,6t/døgn; 2 timer og 36 minutter*
Post 2	*2,7t/døgn; 2 timer og 42 minutter*
Post 3	*3,3t/døgn: 3 timer og 18 minutter*

Institusjoner i det svenske forsøket:

Avd.	*Arb.tid 40 t uke*	*Arb.tid 30 t uke*
24	*5,81 t/døgn; 5t og 48 min.*	*4,36 t/døgn; 4t og 21 min.*
25	*7,60 t/døgn; 7t og 36 min.*	*5,70 t/døgn; 5t og 42 min.*
Engården	*5,47 t/døgn; 5t og 28 min.*	*4,10 t/døgn; 4t og 6 min.*
27A	*5,87 t/døgn; 5t og 52 min.*	*Kontrollenhet*
29A	*4,22 t/døgn; 4t og 13 min.*	*Kontrollenhet*
29B	*4,10 t/døgn; 4t og 6 min.*	*Kontrollenhet*

Pleiefaktoren på Majorstua alders- og sykehjem ligger svært nær det som blir oppgitt for standard i Oslo Kommune, nemlig 0.62 på vanlig sykehjemsavdeling og 0.71 på skjermet enhet for senil demente. Opplysninger gitt ved Byråd for helse- og eldre, Seksjon kommune.
Sammenligner vi vår standard med det svenske forsøkets standard, ser vi at pleiefaktoren i det svenske forsøket er gjennomgående høyere på alle avdelinger. Regner man ut gjennomsnittspleiefaktor har Majorstua alders- og sykehjem 0,65 i pleiefaktor, mens de svenske institusjoner har 1,08, altså mer enn en ansatt pr. pasient.
Ser vi på gjennomsnittlig pleietimetilbud pr pasient må vi sammenligne tallene fra Majorstua med tallene fra det svenske forsøkets 30 timers uke. Her kommer forskjellene enda tydeligere frem. Regner men gjennomsnitt for avdelingene har vi i vårt forsøk 2,96 i pleietimetilbud, mens svenskene har 4,72.
Da kan vi forstå at det svenske forsøket også har kunnet ta en arbeidstidsreduksjon ned til 30 timers uke(ren effektivisering) uten å kreve erstatningsbemanning.
I videre planlegging av arbeidstidsreduksjoner blir det viktig å vurdere standarden, for å vurdere behovet for erstatningsstillinger.

4.2.2. Besøkstall, og pasientturnover - mål for arbeidspress/stress

Ved å lese Gerix registreringene, har vi fått en oversikt over gjennomsnittlig tildelte timeverk både på sykehjemmet og i hjemmetjenesten. For å få en enda bedre dokumentasjon på omsorgsarbeiderens arbeidspress og stress, presenteres her en oversikt over antall personer som har vært brukere av hjemmetjenester i forsøksenheten.
Deretter følger en oversikt over pasientturnover på sykehjemmet.

Antall personer som har mottatt hjemmetjenester:

Tertial/år	*Kun hj.sykepleie*	*Kun hjemmehjelp*	*Begge deler*
1.tert.1994	*71*	*385*	*137*
2.tert.1994	*61*	*339*	*149*
3.tert.1994	*44*	*364*	*145*
Totalt	*176*	*1088*	*311*
1.tert.1995	*44*	*370*	*168*
2.tert.1995	*59*	*356*	*129*
3.tert.1995	*49*	*341*	*169*
Totalt	*152*	*1067*	*466*

Tertial/år	*Kun hj.sykepleie*	*Kun hjemmehjelp*	*Begge deler*
1.tert.1996	*59*	*358*	*152*
2.tert.1996	*56*	*418*	*149*
3.tert.1996	*57*	*341*	*159*
Totalt	*172*	*1117*	*460*
1.kv. 1997	*47*	*357*	*147*

Antall brukere kan vi av tabellene se ligger relativt stabilt. Antall brukere som mottar begge tjenester har økt, og det støtter opp under de ansattes opplevelse av at klientellet har blitt tyngre med tiden.
Antall brukere av hjemmetjenesten er noe annet enn antall besøk som hjemmetjenesten utfører. Det er i antall besøk vi kan forstille oss hjemmetjenestens travelhet; oppdragets art og gangavstand til hver pasient.

Antall besøk for Hjemmesykepleien:	*Antall besøk for Hjemmehjelpen:*
1.tert.1994 16715	*1.tert.1994 ikke reg.*
2.tert.1994 19211	*2.tert.1994 ikke reg.*
3.tert.1994 17699	*3.tert.1994 ikke reg*
Hele året: 53625	*Hele året: 20542*
1.tert.1995 16772	*1.tert.1995 7525*
2.tert.1995 14654	*2.tert.1995 7641*
3.tert.1995 13318	*3.tert.1995 6108*
Hele året: 44744	*Hele året: 21274*

Antall besøk for Hjemmesykepleien:	*Antall besøk for Hjemmehjelpen:*
1.tert.1996 15584	*1.tert.1996 9222*
2.tert.1996 19073	*2.tert.1996 9274*
3.tert.1996 15169	*3.tert.1996 7320*
Hele året: 49826	*Hele året: 25816*
1.tert.1997 15162	*1 tert.1997 9395*

For hjemmesykepleien kan vi registrere en svak nedgang i antall besøk, mens vi hos hjemmehjelpen kan registrere en økning.
Målgruppene har også blitt fler de siste år som en konsekvens av reformer i helsevesenet. Psykiatriske pasienter og psykisk utviklingshemmede er målgrupper hjemmetjenesten møter mer av i dag uten at kompetanseheving er gjennomført. Komplekse helse- og sosialfaglige problemer er hjemmetjenestens hverdag. Arbeidsplassen er pasientens hjem. De arbeider alene, og må ta avgjørelser der og da som kan oppleves tunge og belastende. Tid tildelt den enkelte pasient står sjelden i forhold til den tid pasientene ønsker. De møter ofte kritikk for at de ikke kommer til avtalt tid, hvilket virker stressende på dem.
For liten tid til hver pasient, spesielt for hjemmesykepleien, beskrives ofte som det tyngste i arbeidssituasjonen. Opplevelsen av å gå fra pasienter som man ser trenger så mye mer enn hva man kan gi, virker belastende på personalet.

Når det gjelder sykehjemmet er det standarden på personellsiden mot Gerixdokumentasjon på tildelt pleietid som sier oss noe om arbeidspress og stress. Dette forhold; personalets maksimale nærvær i forhold til pleietid gir bare et bilde av den direkte pleietiden; når personalet konkret forholder seg til pasient. I en sykehjemsavdeling er det mye tid som går til indirekte pleietid; planlegging, møter, rapporter, veiledning, undervisning, samtaler med pårørende etc.
Noe som virker inn både på den direkte og indirekte pleietid er når pasientene blir sykere og til slutt dør. Dette er pleieprosesser som er svært krevende for personalet både fysisk og psykisk.
Personalet har ofte vært primærkontakt for en pasient over svært lang tid. Det oppstår nære relasjoner og sterke bånd mellom pasient og pleier. Pasienten blir dårligere og dør til slutt. Sykehjemspersonalet skal forholde seg til de pårørende og til medpasienter. Det er tidkrevende og tunge arbeidsprosesser å gjennomføre og å gjennomleve. Dette er en del av hverdagen til personalet på sykehjem.
Man presenterer her en oversikt over pasienter som er døde fra 1994, året før prosjektstart, og ut prosjektperioden, i et forsøk på å synliggjøre med tall det store merarbeid og de arbeidsbelastninger, både fysiske og psykososiale dette medfører for personalet.

Majorstua alders og sykehjem - Oversikt over pasient-turnover

1994	*Post 1*	*Post 2*	*Post 3*	*Tot.*
1.kv	*3*	*5*	*2*	*10*
2.kv	*1*	*2*	*4*	*7*
3.kv.	*3*	*2*	*3*	*8*
4.kv.	*4*	*3*	*2*	*9*
Totalt	*11*	*13*	*11*	*34*

1995	*Post1*	*Post 2*	*Post 3*	*Tot.*
1.kv.	*2*	*12*	*1*	*15*
2.kv.	*6*	*5*	*2*	*13*
3.kv.	*2*	*1*	*2*	*5*
4.kv.	*3*	*3*	*3*	*9*
Totalt	*13*	*21*	*8*	*42*

1996	*Post1*	*Post 2*	*Post 3*	*Tot.*
1.kv.	*2*	*5*	*1*	*8*
2.kv.	*2*	*7*	*2*	*11*
3.kv	*3*	*3*	*2*	*8*
4.kv.	*4*	*2*	*2*	*8*
Totalt	*11*	*17*	*7*	*35*

1997	*Post1*	*Post 2*	*Post 3*	*Tot.*
1.kv.	*5*	*3*	*4*	*12*

Gjennomsnittlig 37 dødsfall i året forteller oss om mange og tunge arbeidsprosesser; pleiemessig tunge dødsprosesser, pårørende samtaler og oppfølging, begravelser og avvikling av sykehjemsplassen.
Allerede neste dag, etter et dødsfall, er det å ta imot en ny pasient, som kommer til sitt nye "hjem". De aller fleste med begrunnelse i store pleiebehov, lang ventetid bak seg, og med utslitte pårørende.
Pasientturnover på sykehjem er som vi ser noe svært krevende og arbeidsbelastende.
Dette blir sjelden dokumentert og problematisert.
I denne sammenhengen, å se på arbeidspress og stress i forsøksenheten, har det vært helt avgjørende å trekke pasientturnover frem i tillegg til alle de øvrige oppgaver som utføres i en sykehjemsavdeling, både i direkte pleietid og i indirekte pleietid.
Med trange økonomiske rammer, lav pleiefaktor/standard stort arbeidspress både fysisk og psyko-sosialt, skjer det en langvarig belastning på pleiesektorens personale over tid.
I kapittel 7 hvor en vil komme inn på personalets fraværsmønster, blir det viktig å se det i lyset av pleietyngde og turnover.

4.3. Situasjonen før prosjektstart - hva mister vi - hva får vi - hva står vi igjen med?

Premissene for dette forsøket skulle sikre oss 100% erstatningsbemanning. Vider følger nå en oversikt over det antall personer som fyller kriteriene for å være med i forsøket; de som arbeider mer enn 30 timer/uke og som er i direkte pasient/klientarbeide daglig. Arbeidstidsreduksjonen er regnet ut på hver enkelt, summert opp og viser hvor stort timetapet blir, og hvor mange erstaningspersoner som må engasjeres for å dekke timetapet 100%.
Ertsatningspersonene skal arbeide 30 timers uke med full lønnskompensasjon av regulativ lønn, altså de samme vilkår som forsøkspersonene.
På denne måten får man ca. 100 personer som får erfaringer med å gå 6 timers dag, hvilket var intensjonene i vedtaket.

Ved inngangen til prosjektet hadde Hjemmetjenesten følgende stillingshjemler:

Sykepleiere	*9.25*
Hjelpepleiere	*12.25*
Hjemmehjelpere	*36.50*

12 av hjemmehjelperne går i turnus og arbeider tverrfaglig.
3 av hjemmehjelpsstillingene er soneledere og flyttes budsjettmessig ut av forsøket.
Tilbake står vi da med 33,5 stillingshjemler for hjemmehjelperne. 3 av disse inngår ikke i direkte pasient/klientarbeide.
30,5 stillingshjemler inngår i hjemmehjelpens daglige drift.
27 av 30,5 mulige inngår i prosjektet, 3,5 stillingshjemler er delt i flere deltidsansettelser og kvalifiserer ikke til å være forsøksperson.

Ved Majorstua alders-og sykehjem er forholdet:
Det er 17 stillingshjemler på hver post, som dekker hele døgnet, hvorav 4 er sykepleierstillinger og 13 er hjelpepleierstillinger.

Sykepleiere:	*12(inkl. avd.sykepleier)*
Hjelpepleiere	*39*
Totalt	*51*

Alle ansatte med arbeidsavtale på mer enn 30 t/uke fikk tilbud om deltakelse. De som var ansatt på deltid, fikk tilbud om å gå opp i stillingsandel, grunnet vakante stillinger. 2 tok imot dette tilbudet.

Videre følger en oversikt over de som ble definert inn i forsøket 1. juni 1995, og som danner grunnlag for timetall til erstatningspersonell:
Hjemmetjenesten Øvre distrikt

Stilling	*Ans.forhold*	*Timetall/uke*	*Timediff./uke*
16 Hj.hj.	*fast*	*37.5*	*120.0*
11 Hj.hj.	*fast*	*35.5*	*60.5*
11 Hj.pl	*fast*	*35.5*	*60.5*
9 S.pl.	*fast*	*35.5*	*49.5*

47 stillingshjemler utgjør 290.5 timers produksjonstap pr.uke

Dette produksjonstap er dekket opp med:

5 hjemmehjelpere m 30t/uke	*150t/uke*
2 hjelpepleiere m 30t/uke	*60t/uke*
3 sykepleiere m 30t/uke	*90t/uke*
Totalt	*300t/uke*

Forsøksenheten(inkl. de retilsatte) i Øvre distrikt av hjemmetjenesten:

32 Hjemmehjelpere
13 Hjelpepleiere
12 Sykepleiere

Majorstua alders- og sykehjem

Stilling	*Ans.forhold*	*Timetall/uke*	*Timediff./uke*
6 S.pl	*fast*	*35.5*	*33*
33 Hj.pl	*fast*	*35.5*	*181.5*

39 stillingshjemler utgjør 214.5 timer produksjonstap pr. uke

Dette produksjonstap er dekket opp med:

3 Sykepleiere med 30t/uke	*90t/uke*
4 Hjelpepleiere med 30t/uke	*120t/uke*
Totalt	*210t/uke*

Forsøksenheten(inkl. de retilsatte)ved Majorstua alders- og sykehjem:
9 Sykepleiere
37 Hjelpepleiere

Det totale produksjonstap i hele forsøksenheten er 505t/uke.
De 17 re-tilsatte med 30t/uke dekker opp 510t/uke.

Forsøksenheten: Hjemmetjenesten og MAS (inkl. erstatningspers.)

Sykepleiere	*21*
Hjelpepleiere	*50*
Hjemmehjelpere	*32*
Forsøkspersoner totalt	*103*

For praktisk å kunne legge tilrette for ny turnus, ble det nødvendig å gjøre en viss forskyvning mellom de tre yrkeskategoriene i prosjektperioden. Dette kommer til uttrykk i hjemmettjenesten ved at 30 hjemmehjelpstimer erstattes med 30 sykepleietimer, og på sykehjemmet erstattes 60 hjelpepleietimer med 60 sykepleietimer.
Faglig sett kan vi si at vi har hatt 100% erstatningsbemanning og en sykepleiefaglig styrking, for å få dekket ansvarsvakter for sykepleier.
Stillingsforskyvningene er drøftet med de tillitsvalgte og ordningen opphører når prosjektet avvikles. Evaluator er kjent med premissene. I vedlegg 14 dokumenteres timetapet og erstatningspersonalet. Pr. 01.04.97 har forsøksenheten de samme stillingsmessige rammer som ved inngangen til prosjektet.

4.4. Ansettelse av nye medarbeidere/kompetansepersonell for å kompensere arbeidstidsreduksjonen

Prosjektstillingene, 17 i alt, er rekruttert fra heltidsansatte i Oslo kommune. Begrunnelsen for denne rekruttering ligger i den ny Arbeidsmiljølovens § 58 A, med virkning fra 01.02.95, som vanskeliggjør ansettelse i midlertidige engasjement.
Det er rimelig å anta at prosjektets rekrutteringsarena, som er i manko på personale med sykepleiekompetanse spesielt (700 ubesatte sykepleiestillinger våren 1995 i Oslo kommune), førte til forsinkelser i tilsettingsprosessen.
17.03.95 og 06.04.95 ble prosjektstillingene lyst ut i dagspressen og gjennom SEFO.(Vedlegg 15)
Annen gangs utlysning 06.04. ble nødvendig da prosjektet ikke hadde fått søkere til sykepleierstillingene på sykehjemmet. Det ble gitt anledning til å gå direkte ut i et forsøk på å hente inn faglig kvalifiserte søkere til de tre sykepleierstillingene på sykehjemmet.
Denne strategi lykkes vi med og prosjektet hadde tilsatt 17 prosjektstillinger: 6 sykepleiere, 6 hjelpepleiere og 5 hjemmehjelpere, som muliggjorde oppstart 01.06.95.

4.4.1. Inngåelse av arbeidsavtale med forsøkspersonene

Som en del av forarbeidet til prosjektet hadde Oslo kommune inngått en avtale om lønns- og arbeidsvilkår for arbeidstakere som deltar i forsøksordningen med 6 timers dag med Kommuneansattes Hovedsammenslutning, Akademikernes

Fellesorganisasjon, seksjon kommune og Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund, seksjon kommune.(Vedlegg11)
Denne arbeidsavtale ble lagt til grunn ved inngåelse av individuelle arbeidsavtaler med alle forsøkspersonene.
De individuelle arbeidsavtalene ble inngått både med de som var ansatt fra før, men som gikk inn i forsøket og således fikk endret sitt ansettelsesforhold og med de som ble rekruttert fra annen kommunal virksomhet, og som søkte permisjon for å kunne gå inn i engasjement i forsøksenheten.
De individuelle arbeidsavtalene var det Bydelens personalavdeling som utviklet, hvor hovedmotivet for endret arbeidsavtale ble tydeliggjort og hvor rettigheter og plikter tydeliggjøres.(Vedlegg 16)
Informasjon om at dette var et arbeidstidsreduksjonsprosjekt ble spesielt understreket, og det moralske ansvar hos alle forsøkspersoner om ikke å påta seg merarbeid eller overtid ble fremhevet.

4.4.2. Tilsettingsprosess - rekrutteringsarena

Etter annen gangs utlysning(for sykepleiere kun)06.04.95, hvor prosjektet sto med for få søkere til prosjektengasjementene, måtte vi gå direkte ut i håp om å rekruttere slik at timetapet ble dekket opp.(Vedlegg 17)
Prosjektledelsen henvendte seg til de to store sykehusene i Oslo; Ullevål og Aker sykehus. Prosjektet ble presentert for medisinsk avdeling og for rehabiliteringsavdelingene på begge sykehus. Man vurderte sykepleiedekningen for god her, og tillot at prosjektet fikk "annonsere".
Disse henvendelser førte til at prosjektet fikk nok søkere, og at vi kunne starte operativ periode 01.06.95 som planlagt.
Den totale søkermasse:
25 hjemmehjelpere
34 hjelpepleiere
14 sykepleierstillinger
Totalt 73 søkere til 17 engasjement av 22 måneders varighet.
Tilsettingsprosessen fulgte den praksis bydelen gjennomfører.
Ca. 40 personer ble innkalt til intervju, og innen 1. juni var ansettelsene gjort.

Rekrutteringsarenaen, som altså er Oslo Kommune, har innvilget permisjon uten lønn til sine ansatte, slik at de kunne frigjøres for å delta i prosjektet. Dette arbeidet må man berømme de tjenestesteder som stilte seg positive til permisjonsinnvilgelse av sine ansatte og som gjorde prosjektets operative periode mulig.

4.4.3. Gamle og nye medarbeidere - en utfordring

Arbeidsstokken på 86 forsøkspersoner fordelt på sykehjemmet og hjemmetjenesten, skulle selv redusere sin arbeidstid, endre rutiner, arbeidsoppgaver og starte i ny

turnus, samtidig som de skulle ta imot 17 nye: 7 på sykehjemmet og 10 i hjemmesykepleien. Men oppstart 01.06.95, hvor ferieavviklingen allerede var startet, ble nok "bli kjent fasen" vanskelig både for de gamle og for de ny-engasjerte.

Prosjektpersonenes tilfredsheten ved endelig å få starte prosjektet, etter å ha ventet så lenge, og etter å ha møtt på så mange problemer, var allikevel så stor at sommermånedene ble vurdert til å ha blitt tilfredsstillende løst. Det problematiske var for organisasjonen både å ta imot mange sommervikarer, og samtidig 17 nye inn i en organisasjon som skulle endres, hva arbeidstid og arbeidets organisering angår.

Man planla en fadderordning, slik man vanligvis har når det tilsettes nye. Dette ble tilstrebet også i prosjektet.

Kapittel 5
"Når det bli' like fint å jobbe som å dainse"

Kan det være slik at Hagerups tekst fra Ellinors vise ikke bare blir en sang om en vakker drøm men blir til virkelighet når arbeidesdagen blir kortet ned ved at flere deler på arbeidet?

5.1. Gjennomføring av 6 timers dagen i forsøksenheten

Ved innføring av arbeidstidsreduksjonen 01.06.95, gjennomgikk vi en analyse og vurdering av dagens arbeidstidsbruk.
Vi dokumenterte da at turnus slik den forelå minnet mye om tradisjonelle sykehusturnuser; alt tilgjengelig personell på dagvakt og minimal bemanning på aftenvakt.
Denne måte å organisere tjenesten på kan være fornuftig for et sykehus, som samarbeider i forhold til mange serviceavdelinger som kun er i funksjon på dagtid. Et medisinsk behandlingssykehus har en helt annen målsetting for sin virksomhet enn hva vi har på sykehjem og i hjemmetjenesten.

5.1.1. Mål: å styrke individorienteringen i tjenesten

Den overordnede målsetting; å være tilgjengelige når pasient/tjenestemottaker har behov for hjelp- pleie og eller omsorg, bør få konsekvenser for hvordan vi organiserer arbeidet vårt.
Hovedforskjellen på turnus før prosjektstart og turnus innført med 6 timers vakter, er å gå fra to delt turnus: dagvakt og aftenvakt, til tredelt/flerdelt turnus: dagvakt(er), midtvakt(er), aftenvakt.
Arbeidskraftinnsatsen kommer i flerdelt turnus til uttrykk på en måte som gir en bedre tilførsel av arbeidskraftressurser i de perioder på døgnet når behovene er størst. Denne måte å organisere på har vi tatt opp til vurdering på jevnlige oppfølgingsmøter gjennom hele prosjektperioden.

5.1.2. Teknisk- adm. forberedelser i forsøksenheten

Det ble lagt tilrette for forsøket i bydelsadministrasjonens lønns- og personalavdeling.
Tjenestestedene er forberedt til nøyaktighet rundt fraværsføringer, bruk av ekstravakter og overtid etc. Spesielt viktig for dette forsøket er tydeliggjøring av fravær i arbeidsgiverperioden, og dokumentasjon på ekstrahjelp/vikarbruk.
Prosjektet har opprettet egne kostnadssteder, slik at data kan hentes ut spesifikt for forsøket og generelt for tjenestestedene.
All personalbevegelse registreres og rapporteres for å sikre en faglig forsvarlig evaluering.

Oversikt over prosjektenhetens kostnadssteder

Hjemmetjenesten

5021 Pleiepers. ikke i prosjekt
5603 Pleiepers. i prosjekt
5604 Re-eng. pleiepers i prosjekt

5031 Hjemmehjelp ikke med i prosjekt
5606 Hjemmehjelp med i prosjekt
5607 Re-eng. hjemmehjelp med i prosjekt

Majorstua alders og sykehjem

5111 Post 1, pleiepers. ikke i prosjekt
5610 Post 1, pleiepers i prosjekt
5611 Post 1, re-eng. pleiepers i prosjekt

5112 Post 2, pleiepers. ikke i prosjekt
5612 Post 2, pleiepers. i prosjekt
5613 Post 2, re-eng. pleiepers. i prosjekt

5113 Post 3, pleiepers. ikke i prosjekt
5614 Post 3, pleiepers i prosjekt
5615 Post 3, re-eng- pleiepers. i prosjekt

Arbeidsoppgaver for oppfølging av prosjektet:

1) Gjennomgang av forsøksenheten hver måned: registrering og oppretting av all personalbevegelse f.o.m. 01.06.95 - 31.03.97.
2) Sjekke arbeidsavtale og samtykke-erklæring på alle forsøkspersoner.
3) Gjennomgang av timelistene for alle forsøkspersoner hver måned, ved stikkprøver av fast ansattes timelister og gjennomgang av alle re-engasjertes timelister.
4) Rapportere til lønns- og personalavdeling ved endringer/rettelser.

Spesielt er all personalbevegelse og kontroll av timelister blitt høyt prioritert fra prosjektledelsens side, med begrunnelse i forsøkets karakter; å se om det er sammenheng mellom arbeidstidsreduksjoner og sykefravær. Prosjektledelsen skal legge tilrette for en faglig forsvarlig evaluering.

5.1.3. Tydeliggjøring av ansvar

Det har vært helt avgjørende for et godt samarbeide å bevisstgjøre ansvarsforholdene.
Bydelen og forsøksenheten spesielt er en organisasjon med egen ledelse og klart eget ansvarsområde og beslutningsområde.
Prosjektet som ledes av prosjektleder, og som skal legge tilrette for, initiere og gjennomføre forsøket med redusert arbeidstid, er helt avhengig av å benytte den organisasjon som forsøksenheten er en del av. Prosjektleder blir å betrakte som en konsulent som kommer inn i organisasjonen utenfra. Prosjektleder har ingen organisatorisk plassering i bydelen eller forsøksenheten. Prosjektleders rolle blir derfor mer av oppsøkende, granskende og rådgivende karakter.

Forsøket har ført til en meget detaljert gjennomgang av dagens ulike rutiner for drift. Organisasjonen har blitt belastet i denne prosessen. Av forhold som er avdekket, kan dette beskrives som forskningens utilsiktede hensikter. Rutiner, prosedyrer, informasjonsflyt, møtestruktur og møtekultur, formelle og uformelle lederstategier er det i alle organisasjoner, for å nevne noen forhold.
Det er viktig å være forberedt på at dette alltid skjer, og det er viktig å klargjøre ansvarsforholdene.
Det aller viktigste å sikre seg i den innledende fase er ledernes villighet til å gjennomføre endringsprosessen. Dette gjelder alle typer prosjekt. Dersom lederne ikke er konsolidert og fortrolig med prosjektets hensikter, og engasjert i gjennomføringen av det, kan det føre til mange og unødvendige frustrasjoner senere i prosessen. Når et vedtak er fattet og man står foran en endringsprosess krever det , særlig av ledelsen, et engasjement, selv om man som leder rent personlig kan være relativt lite overbevist om prosjektets hensikter..
Bearbeidelse i denne fasen er viktig for alle endringsprosesser. Tydeliggjøring av ansvarsoppgavene er derfor viktige. Det kan ellers resulterer i uklare forventninger som igjen kan skape konflikter.

Evalueringsanvarlig er igjen avhengig av at det legges tilrette for å gjennomføre vitenskaplige målinger, og er avhengig av et samarbeid med de ansatte i organisasjonen, spesielt lederteamet og med prosjektledelsen.
Ved å sette ansvarsfordeling på dagsorden, har oppgavefordeling blitt tydeliggjort og samarbeide blitt styrket.

5.1.4. Analyse og vurdering av dagens arbeidstidsbruk

All arbeidstidsreduksjon krever analyse og vurdering av dagens arbeidstidsbruk. Gjennom dette forberedende omorganiseringsarbeidet ønsket man å styrke arbeidsmiljøet og tjenestekvaliteten, ved å tydeliggjøre individorienteringen i hjelpe- pleie- og omsorgstjenesten. På hver sykepost og hver sone i

hjemmetjenesten ble det gjennomført et analyse og vurderingsarbeide som resulterte i at pasient/tjenestemottakers behov for hjelp, pleie og eller omsorg ble tydeliggjort i "jobbkart"/ dagens stresspunkter.
Følgende anbefalinger ble drøftet i prosjektgruppen og gitt lederne i forsøksenheten, som et hjelpemiddel i arbeidet.

Beskrive, analysere og vurdere dagens arbeidstidsbruk og omorganisering ved å:
**Kartlegge tjenestemottakers/pasients behov for hjelp- pleie og eller omsorg som danner grunnlaget for vår arbeidstidsbruk ved hjelp av: Gerix registrerings-skjema (vedlegg 18), pleieplaner, rapporter, journaler, erfaringskunnskaper om pasient/tjenestemottaker, biografi.*
**Utarbeide "jobbkart" tilpasset den enkelte avdeling/sone.*
**Kartlegge tilgjengelige personell-ressurser, formal- og realkompetanse. Vurdere mulighet for stillings- og funksjonsforskyvninger.*
**Kartlegge de ansattes behov for tilpasset arbeidstid.*
**Kartlegge hva i organisasjonen de ansatte vurderer som positivt ved sitt arbeidssted/verd å ta vare på.*
**Kartlegge behov for endringer etter analyse og vurdering av dagens arbeidstidsbruk.*
**Utarbeide ny turnus som tar utgangspunkt i pasientens / tjenestemottakers behov for hjelp, pleie og omsorg.*
**Organisere arbeidet i forhold til den analyse og de vurderinger som er gjort.*
**Kontinuerlig og systematisk følge opp avdelingsvis/sonevis med veiledning og undervisning.*

Arbeidet har bestått i en kritisk gjennomgang av alle rutiner hvor et enkelt analyseredskap muligens har vært til hjelp. Analysen har blitt gjennomført på det utøvende plan i organisasjon ved å fastslå at opprettholdelse av rutiner krever en fornuftig begrunnelse henholdsvis fra:

1) teori? "Det står i boka at slik skal/kan ting gjøres."
2) praksis? "Det er slik vi gjør det her?"
3) selvopplevde erfaringer hos de ansatte? "Slik ville jeg ha tingene gjort, hvis jeg var pasient".

Gjennom en slik kritisk gjennomgang av rutinene, har det resultert i et engasjement til å endre, hele tiden med det overordnede mål:
å styrke individorienteringen i tjenesten.
Prosessen ble fulgt opp på møter med mellomlederne, og behovet for en turnuskonsulent meldte seg når kartleggingsarbeidet var gjort og dagens stresspunkter var tydeliggjort. Pasientenes behov for hjelp-pleie og omsorg dannet grunnlaget for ny turnus.

Ut i fra prosjektets stillingsrammer og en synliggjøring av pleietid ble ulike forslag drøftet med de tillitsvalgte, godkjent i bydelens arbeidsmiljøutvalg og endelig protokollført for innføring 01.06.95.

Bemanningen har blitt forsøkt lagt opp i forhold til disse "jobbkartene". Arbeidskraftinnsatsen er fordelt på en hensiktsmessig måte i forhold til dagens stressperioder i tiden fra 07.30 - 23.00. Vi har fått en flerdelt turnus, mot før to-delt.
Det later til at vi har beveget oss noe bort fra den tradisjonelle sykehusmodellen med 10 på dagvakt, 4 på aftenvakt.

5.1.5 Utarbeide ny turnus/arbeidstid - fra sykehusmodell til flerdelt turnus

Avtaleverkets regler for oppsigelse av gammel- og innføring av ny turnus er respektert.
Med utgangspunkt i lovverket ble turnus utarbeidet og forelagt de tillitsvalgte for godkjenning.(Vedlegg 24) Denne prosessen innebærer en teoretisk evaluering av turnus, hvor arbeidsgiver og arbeidstaker representert ved organisasjonene har ansvar for å legge arbeidet tilrette slik at tjenestestedet oppfyller sine krav til bemanning og organisasjonene sine krav til arbeidstakers lovfestede rettigheter. Nattevaktene er på begge tjenestesteder bemannet med faste nattevaktsstillinger. Arbeidstiden mellom kl. 07.30 og 23.00 er det forsøket dekker opp med 6 timers vakter.
Etter tre- fire måneders drift evalueres turnus formelt. De ansatte har vurdert vaktenes inndeling, arbeidsmengde og oppgaver i forhold til tid, samt fordeling av vakter, slik arbeidsmiljøloven legger tilrette for, etter at de har gjort erfaringer med den nye turnus av 12 ukers varighet.

På sykehjemmet har det gjennomsnittlig vært 9 på dagvakt fra 07.30 til 14.00.(tidl. 07.30 til 15.00) Da er hjelpebehovene størst, og det er nødvendig med så mange for å dekke behovene.
Avdelingene har behov for forskjellig pleietimeinnsats. De fleste har holdt på midtvakt fra kl 10.00 til 16.30. Denne vakten har det blitt knyttet spesifikke arbeidsoppgaver til, hvor fokus har vært på pasientenes psyko-sosiale behov. Det betyr at man gjør noe annet denne dagen, at det blir variasjon i arbeidsoppgaver. Vaktfordelingsmessig følger midtvakten etter aftenvakt, slik at ulempen ved å ha aftenvakt en dag og dagvakt påfølgende dag ble fjernet.
Fra kl.14.00 til kl.16.00 er det kun to igjen på avdelingen, sammen med avdelingsleder. Dette er en rolig periode, og pleietimetilbudet dekker behovene. Aftenvakten som starter kl. 16.00 og går til 22.00(tidl.14.30 til 22.00) gir en god opplevelse av å ha fri en hel formiddag. De er fire på aftenvakt, og det er vurdert til å være nok bortsett fra under kveldsmaten, da er hjelpebehovet stort. Pleierne må her hjelpe flere pasienter samtidig. Dette har stort sett gått greit fordi mange pasienter sitter samlet til måltidene. På denne måten er det mulig å hjelpe fler

uten at situasjonen blir krenkende for noen.Pause er innregnet i aftenvaktene på sykehjemmet(jmfr. Arbeidsmiljølovens §51, nr.3) Midtvaktens start og sluttidspunkt har blitt løst på noe ulike måter i prosjektperioden, ved at midtvaktene er justert etter kveldens pleietyngde. Her har det vært en tett og fin dialog mellom pasient, pleier og ledelse. På avdeling for senil demente har man operert med tre ulike midtvakter; 09.30 til 16.00, 10.00 -til 16.30 og 12.00 til 18.00. Rapportsystemet ble endret ved innføring av tredelt vaktordning med 6 timers vakter. Generelt kan en si at alle vaktskifter er overlappende med rapport, skriftlig og muntlig. Hovedrapporten, som tidligere var plassert ved overgang dagvakt til aftenvakt ble skjøvet frem i tid til ca. kl. 12.00 og middagene skjøvet frem 30 min. til kl. 13.00, med begrunnelse i dagvaktenes avslutning kl 14.00.

I hjemmetjenesten har man også hatt tredelt turnus(ekskl. natt).
Hjemmetjenesten har i henhold til Arbeidsmiljølovens § 51, nr.3 innregnet pause i arbeidstiden.
Ved prosjektstart effektiviserte man 30 min. om morgenen, og startet dagvakten kl. 08.30 til 14.30, mot før 08.00 til 15.30. De aller fleste pasienter/klienter ønsker ikke hjemmetjenester før kl. 09.00. Unntaket var pasienter som skulle på dagsenter og var avhengig av transport. Dette var litt problematisk til å begynne med. Dagsenterets åpningstider og trafikktjenestens avtaler ble tatt opp til vurdering. Her var det vanskelig å få til endringsvilje.
Organiseringen på dagvakt er at hjemmesykepleie og hjemmehjelp arbeider selvstendig innen sine soner. På midtvakten fra 13.30 til 19.30 samorganiseres de og arbeider tverrfaglig på tvers av alle sonene. På midtvakten er det også bare to på jobb, foruten avdelingslederne. Midtvakten er i hovedsak en koordinerende midtvakt som binder dag og aften sammen, men som det er knyttet spesifikke arbeidsoppgaver til.
Av midtvaktene er en sykepleier og en hjemmehjelper. Sykepleieren planlegger og koordinerer arbeidsoppgavene for aftenvakten som kommer på kl.17.00 til 23.00, og tar evnt. pasientbesøk hvis nødvendig.
Hjemmehjelperen har på denne vakten ikke rengjøringsoppdrag. Vakten er disponert til klienters psykososial behov; handleturer, apotekbesøk etc. Kl 17.00 er det rapport med de fire kveldsvaktene som kommer på, en sykepleier og 3 hjelpepleiere. I denne perioden er pleietimetallet styrket i forhold til tidligere organisering ved at de er 6 på jobb frem til kl. 19.30.
Etter rapport kl.17.00 går alle ut og gjør hjemmesykepleieoppgaver. Når midtvakten slutter kl. 19.30, en hjemmehjelper og en hjemmesykepleier, er det en sykepleier og tre hjelpepleiere tilbake til nattvakten avløser kl.23.00.
Turnusen tilstrebet å planlegge pleietimetibudet så hensiktsmessig som mulig rundt pasienters/klienters behov og med 6 timers vakter for personalet.

5.2. Prosessoppfølging

Prosjektet har blitt fulgt tett opp gjennom hele prosjektperioden via daglig kontakt i hjemmetjenesten (grunnet kontorplassering for prosjektleder) og mer enn ukentlig kontakt med sykehjemmets tre poster og sykehjemmets ledelse.(Jfr. kap. 8.1. Møter)
Prosjektleder har tilstrebet å knytte sine møtebehov, for informasjon og innhenting av erfaringer, til den praktiserende møteplan på de to tjenestestedene. Dette for ikke å forstyrre organisasjonen mer enn nødvendig. Prosjektleders tilstedeværelse i avdelingen/sonene har i hovedsak vært av uformell karakter. Prosjektets varighet har ført til at man har blitt rimelig godt kjent med personalet på de to tjenestestedene, og derigjennom ikke blitt oppfattet som en utenforstående/ikke deltakende observatør. Gjennom samtaler med personalet, ved å være tilstede, på post, sone, i kantine, på vaktrom etc, har man hatt mulighet til "å ta pulsen" på prosjektet.
Gjennomsnittlig en gang pr. måned har oppfølgingsmøtene vært forberedt og formalisert, men alltid knyttet til avdelingens/sonens rapportmøtetidspunkt.
Vider følger nå en presentasjon av tariffestet turnusevaluering(des.1995), og en oppsummering av arbeidstidsorganiseringens innvirkning på arbeidsmiljøet og tjenestekvaliteten.(mars 1997)

5.2.1 Arbeidsmiljølovens kap.10, § 48 som utgangspunkt for ny turnus. Hva er erfaringene?

Slik ble evalueringen kort presentert for arbeidstaker:

Nå har vi hatt turnus med 6 timers dag i litt over 5 måneder og ønsker å evaluere den. Vårt mål ved innføring av ny turnus var å styrke individorienteringen i tjenesten; være på jobb når pasientene og eller brukerne trenger oss.
I denne evalueringen er det inndelingen av arbeidstiden og fordelingen av vaktene som vi ønsker tilbakemelding på, da det har stor betydning for de ansattes arbeidssituasjon, familieliv og sosiale behov.
Innføring av 6 timers vaktlengde krevet overgang fra todelt til tre- eventuelt flerdelt turnus. Nattens tjenestetid er uforandret.

Vi ber alle ansatte som går turnus forberede seg på følgende spørsmål:
Hvordan virker inndelingen av de ulike vaktene (når de starter/avsluttes) på deg som arbeidstaker?
Hva er dine erfaringer med flerdelt turnus(dag - midt - aftenvakt)?
Hvordan er arbeidsmengde og type arbeidsoppgaver tilpasset inndelingen av arbeidstiden på de ulike vaktene for deg?
Hvordan faller vaktenes fordeling for deg og din fritid?
Er det forhold ved arbeidstidens inndeling som bør endres - begrunn.
Er det forhold ved fordeling av vaktene som bør endres - begrunn.

Evalueringsform:
Spørsmålene var sendt de enkelte enheter på forhånd slik at de skulle være kjent for arbeidstaker og ledelse før gruppemøte/oppfølgingsmøte.
Oppfølgingsmøtene ble ledet av prosjektleder og referat skrevet fra hvert møte. Representanter fra Bydelsadministrasjonen; Pleie- rehabilitering-og omsorgssjef, personalsjef og sykepleiekonsulent har prioritert oppfølgingsmøtene i prosjektperioden, samt institusjonsledelsen.

Resultatet fra evalueringsrunden etter ca. 5 måneders drift:

Erfaringene med inndeling av vakter i tre/flerdelt turnus har av flertallet blitt vurdert positivt. Arbeidsmengde og oppgaver i de ulike vakttyper har man jobbet med underveis. Dette gjelder spesielt middagsservering og avvikling av den, pauseavvikling for dagvaktene, samt endring av en del rutiner vedrørende tverrfaglig samarbeid; legevisitt, tverrfaglige møter etc. Pasientenes behov for hjelp, pleie eller omsorg i løpet av en dag, er stort sett sammenfallende med personalets tilstedeværelse.
Erfaringene med spesifikke arbeidsopgaver på de ulike vaktene har blitt vurdert positivt. Spesielt er midtvakten på sykehjemmet beskrevet positivt da vaktens arbeidsoppgaver fokuserer på pasientenes psyko-sosiale behov. De ansatte beskriver at de får bedre tid til disse oppgavene i en slik organisering. I hjemmetjenesten har hjemmehjelperne ingen rengjøringsoppgaver på midtvakt. Det er en klar oppfatning at midtvaktens arbeidsoppgaver gjør denne vakttype "populær" blant hjemmehjelperne.
En del rutiner har det tatt tid å endre. Kravene til koordinering av tjenesten har blitt forsterket i flerdelt turnus. Det har blitt mindre tid til fellesmøter for personalet i 6 timers prosjektet. Overlappingstidene er redusert og vaktene flerdelt som en konsekvens av 6 timers dag/30t uke. Behovet for en styrking av skriftlig rapport/dokumentasjon er en konsekvens av flerdelt turnus da informasjonen skal flyte gjennom flere ledd. Styrking av skriftlig dokumentering (spesielt i hjemmetjenesten) er å vurdere som en bieffekt som kan styrke fagidentiteten og sikrer tjenestekvaliteten, altså en positiv bieffekt.

5.2.1.1. Konsekvenser for arbeidsmiljø og tjenestekvalitet

Fra alle oppfølgingsmøter er det skrevet referater.
Ved gjennomgang av disse ved prosjektslutt har man forsøkt å trekke ut essensen og gjengir her prosjektpersonenes erfaringer i
en oppsummering av arbeidstidsorganiseringens innvirkning på arbeidsmiljøet og tjenestekvaliteten. Sitater er plukket ut for å gjengi erfaringene så levende som mulig.
Det aller siste oppfølgingsmøtet var annonsert med en ukes varsel, hvor prosjektets intensjoner og møtets fokus ble tydeliggjort:

6 timers arbeidsdag i omsorgsyrker er et tiltak for å redusere sykefravær, styrke arbeidsmiljø og tjenestekvalitet.

Det nærmer seg prosjektavslutning, og jeg vil gjerne samle dere til det siste oppfølgingsmøte før prosjektslutt 31.03.97
Tema der vil være arbeidsmiljø og tjenestekvalitet.
Jeg vil at dere skal tenke gjennom, og forberede dere til å gjøre rede for, hvordan arbeidsmiljøet og tjenestekvaliteten har vært i prosjektperioden, for deg.

De viktigste arbeidsmiljøfaktorene er:

1) Arbeidets innhold/arbeidets mening
2) Stress/press
3) Ledelse og sosialt klima
Det er spesielt i forhold til disse faktorene jeg vil at du skal vurdere erfaringene dine fra 6 timersdagen.

Om tjenestekvalitet:

Kvaliteten på tjenesten er sterkt avhengig av tid, arbeidets organisering og tjenesteutøvers kvalifikasjoner; evne til innlevelse, praktiske ferdigheter og kunnskaper.
For at du skal kunne vurdere tjenestekvaliteten i prosjektperioden vil jeg at du skal ta utgangspunkt i tid og organisering av arbeidet og se det i forhold til de behov for hjelp, pleie og eller omsorg som du møter i din arbeidshverdag. Med behov mener jeg fysiske, psykiske, sosiale og åndelige.

Denne informasjonen ble innledningsvis gjentatt på alle avdelinger/soner.
Erfaringer fra sykehjemmets Post 1
Av positive erfaringer var det i all hovedsak dette med "å gå hjem tidlig", og at aftenvaktene som begynte kl. 16.00 ga en god opplevelse av "tid til egen disposisjon" før vakten startet.
Den økte fritid blir av flere beskrevet som å ha "gått med til å ta seg inn etter en ellers stressende dagvakt."
Arbeidspresset og stresset ble av de ansatte vurdert til å være større nå med 6 timers dagen enn hva det hadde vært før. Det er tre av hjelpepleierne som har erfaring fra perioden før prosjektet startet. Det kom frem at stress og arbeidspress har variert i perioden, men at det er uheldig å avslutte dagvakten midt i den mest hektiske tiden på dagen.
Arbeidsoppgavene er så mange og tunge på dagvakt at det har blitt liten oppmerksomhet rettet mot psykososiale behov mot slutten av prosjketperioden. Det har vært stor turnover av personale i 1996, og det har vært stor turnover av pasienter i perioden før og etter jul.

Pasientgrunnlaget er endret, det blir beskrevet som mye tyngre nå. Noe av arbeidspresset og stresset kan muligens forklares med dette. Spesielt i perioden des. 1996 - febr. 1997, hvor det har vært 11 dødsfall.
Avslutningstimen på dagvakt fra 13.00 til 14.00 blir av flere beskrevet som bedre den siste tiden. Hovedinntrykket er allikevel at arbeidets organisering i forhold til tid tilgjengelig ikke har vært vellykket på dagvaktene. På midt- og kveldsvakt beskrives arbeidspresset positivt, man får tid til å gi omsorg, ikke bare tilfredsstille fysiske behov.
Opplevelsen av å være mer sliten etter en dagvakt med 6 timer enn tidligere ved 7,5 er fremtredende hos personalet. Tre gir uttrykk for at det skal bli godt å gå over til normalarbeidsdag på 7,5 timer "Da vil vi få mer tid til de psykososiale behovene, og vi slipper å gå hjem med dårlig samvittighet."
Når det gjelder tilbakemelding på tjenestekvaliteten, ble det liten tid til å hente frem spesifikke erfaringer her. Allikevel kom det frem i runden om arbeidsmiljø at beboerne fikk god fysisk pleie, men at de psykososiale behovene, tross midtvakter, sjelden ble imøtekommet før på aftenvakt.
Tilbakemeldingene på Post 1 har variert i prosjektperioden, hvor arbeidets organisering, arbeidsmengde i forhold til tid tilgjengelig, vaktenes inndeling og fordeling har blitt fokusert tidligere. Dette bekrefter at det er mange ting som virker inn på arbeidsmiljø og tjenestekvalitet.
Allikevel må det være riktig å oppsummere med at erfaringene med 6 timers arbeidsdag ikke har ført til hensikten: styrket arbeidsmiljø og tjenestekvalitet. Ønske om mer ferie i stedet for daglig arbeidstidsreduksjon har vært sentralt for de ansatte på post 1.

Erfaringer fra Post 2
De ansatte vurderer bemanningen tilfredsstillende i forhold til de krav arbeidsdagen og de ulike vaktene byr på.
Gjennomgående er erfaringene svært positive med daglig arbeidstidsreduksjon. Dagvaktens arbeidsoppgaver og bemanning fører til en arbeidsbelastning som er god. Å avslutte arbeidsdagen kl.14.00 er ikke problematisk,"da er det rimelig å overlate avdelingen til midtvaktene. Jeg går hjem med god samvittighet og opplever at jeg har gjort en god jobb" sier en av hjelpepleierne.
Midtvaktene som kommer på klokken 10.00 har prioritert de psykososiale behov. De ansatte mener at denne organisering har medført en styrket tjenestekvalitet for pasientene og et styrket arbeidsmiljø for dem, ved opplevelse av jobbtilfredshet. "Mer å tilby av oss sjøl, og mere tid tilgjengelig for pasientene" uttrykker en av hjelpepleierne. Spesielt i sommerhalvåret synes de ansatte at det har blitt mer turer, aktiviteter, mer "fritid" for pasientene. Dette bekreftes av andre utenfor avdelingen også; kjøkkenpersonalet, kontorpersonalet, kantinepersonalet, personalet på dagsenteret og aldersavdelingen, samt pårørende.
Tiden mellom 14.00 - 16.00 er rolig i avdelingen nå. I begynnelsen av prosjektet var det ikke slik, da var det stressende.

Mer overskudd som følge av mer fritid virker hos de ansatte positivt både på arbeidsmiljø og tjenestekvalitet og på deres eget hverdagsliv som blir lettere å organisere; mer tid til barn, familie og andre fritidsinteresser. "Aldri hadde jeg trodd at en time fra eller til skulle bety så mye for humør og arbeidsglede"sier en av hjelpepleierne på posten,"etter at vi fikk innført 6 timers dagen har jeg fått mer overskudd til beboerne, familien og meg selv, jeg har begynt å trene aerobics". Andre forteller at de har sett seg tid til både kurs- og etterutdanning i prosjektperioden.
Aftenvaktens start og avslutningstidspunkt kl.16.00 - 22.00, blir også vurdert positivt av de ansatte. Det er rimelig tid til de arbeidsoppgaver som kreves utført, det blir tid til helhetlig pleie, og spesielt godt er det "å ha en hel dag fri før vakten starter."
En av hjelpepleierne har gått svanger i prosjektperioden, og beskriver dette som svært positivt for seg i den situasjonen.
Sykepleiedekningen har ikke vært optimal gjennom forsøksperioden. For de sykepleiere som har vært i arbeid, har det vært for mange midtvakter.
Avdelingssykepleier har også i mange perioden gått lange dager "for å få endene til å møtes." Ved 100% personaldekning er ikke dette noe problem.
Fra todelt til tredelt vaktordning blir av de ansatte vurdert som positivt for arbeidsmiljø med ett unntak;" det sosiale klima på avdelingen blir svekket ved at vi ikke ser hverandre så mye som tidligere". Tjenestekvaliteten blir av alle vurdert å ha blitt styrket i prosjektorganiseringen.
Stabiliteten på avdelingens personale er svært god. Det har vært en sykepleier som har sluttet og en som har hatt permisjon som utgjør personalbevegelsene på Post 2, mens pasientturnover har været stor.
Det må være rimelig å konkludere med at arbeidsmiljøet og tjenestekvaliteten er styrket i prosjektperioden.

Erfaringer fra Post 3:
Personalet på post 3, som er en senil dement og skjermet avdeling, beskriver daglig redusert arbeidstid til 6 timer som positivt, spesielt m.h.t. å føle seg mindre psykisk slitne. Posten har femdelt vaktturnus, og de ansatte vurderer denne organiseringen som god for den pasientgruppen de ivaretar og god for de ansatte selv.
Individorienteringen i tjenesten er sterk på post 3.
Daglig redusert arbeidstid fører til at man opplever seg mer uthvilt, gjennom å ha mer fritid. Dette får positive følger både i arbeidet og på fritida.
Tjenestekvaliteten blir beskrevet som styrket; pasientene har gitt positive tilbakemeldinger, ettermiddagsuroen har opphørt.
I tidspunktet 07.30 - 09.30 og 14.00 -16-00 er man alene på sin gruppe med 6 pasienter. Det er spesielt en gruppe som i en periode nå har vært slitsom grunnet mye uro i dette tidsrommet. Det har på denne gruppe vært litt tøft å være alene, samtidig beskriver de at flerdelt vaktturnus har styrket samarbeidet, og at det i systemet ligger at man skal hjelpe hverandre.
"Pasientene har det bedre ved at de får jevnere bemanning."

Kveldsvaktene blir beskrevet som gode, mindre stress og press.
"Ettermiddag og kveld er jevnt over roligere i denne organiseringa."
Faglige møter har man forsøkt å prioritere i prosjektperioden, tross femdelt turnus. Veiledning har posten hatt hver 14. dag.
"Vi har fått en økt bevissthet med hensyn til arbeidstid og organisering"sier en av sykepleierne, "posten har blitt tyngre å organisere. Folk går og kommer jevnt hele dagen, men pasientene får det bedre på denne måten."
Kvaliteten på tjenesten blir av de ansatte vurdert å ha blitt styrket i prosjektets organisering.
"Avdelingen har hatt en god periode i 22 mndr. Mindre stress, mindre forsentkomming, redusert korttidsfravær" sier avdelingsleder.

Konklusjon: Både arbeidsmiljø og tjenestekvalitet blir beskrevet av de ansatte å ha blitt styrket i prosjektperioden.

Erfaringer fra hjemmetjenestens hjemmehjelpere:
De 12 fremmøtte hjemmehjelperne som går turnus gir et klart og entydig positivt bilde med sine erfaringer i 6 timers prosjektet, knyttet opp mot arbeidsmiljø og tjenestekvalitet.
De fleste beskriver dette med mere tid hos bruker, mindre press/stress; to rengjøringer pr. dag som hovedregel, mot før tre."Mindre sliten nå enn tidligere når jeg går hjem" sier en hjemmehjelper som har vært i tjenesten i 8 år."Dette med å avslutte dagen så tidlig som 14.30 og allikevel gå hjem med en følelse av å ha gjort en god jobb, ved at jeg har bedre tid hos klientene, gjør at jobben min er et godt sted å være,og som det er mening i."
Opplevelsen av å slutte arbeidsdagen så tidlig og få mer tid til restituering beskrives av alle som positiv både for hverdagslivet og for opplagthet når jeg er på jobb.
Arbeidstidsreduksjonen har positive virkninger på begge arenaer; jobben og fritida.
A-1 vakten blir beskrevet som positiv m.h.t. tverrfaglig samarbeide, og dette med å gjøre andre oppgaver enn vanlig rengjøring. Men det har vært en del misnøye med organiseringen. Det har blitt en del unødvendig venting for hjemmehjelperne, som hele tiden får sine abeidsoppgaver tildelt av ansvarlig sykepleier. Misnøyen knytter seg til når ansvarlig sykepleier på midtvakt ikke er godt kjent i hjemmetjenesten, hvilket forekommer i helger spesielt.

Det fremkommer også erfaringer med at økt tid hos bruker fører til flere behov. Det er vanskelig å sette grenser mange ganger. Dette med å sette grenser er det flere som ønsker å få tatt opp i veiledning. Rengjøringsarbeidet er for hjemmehjelperne mye byttet ut med nettverksarbeid/miljølskapende arbeid. Dett er hjemmehjelperne fornøyd med, da det gir variasjon i arbeidet, men de føler behov for mer opplæring.

Erfaringer fra Hjemmetjenestens hjemmesykepleie:

Sykepleier som kommer fra annen bydel og inn i prosjektet beskriver sine erfaringer:"Arbeidet har vært godt organisert, det er tid nok å bruke hos pasientene, og pasientene er fornøyd med tilbudet de får. Det er positivt med mer fritid, lettere å organisere dagen, mindre stress både på jobb og i fritida."

De øvrige støtter opp om utsagnet ovenfor.
Fra sykepleier som kommer fra sykehus og inn i hjemmetjenesten i prosjektperioden, beskriver hun: "Hjemmetjenesten er en drøm, man får overskudd, blir engasjert i jobben, god tid hos pasientene, og de er fornøyd.
" Mitt engasjement i arbeidsmiljøet og også privat/sosialt har økt."sier en annen.
Overskudd i jobb og hjemme går igjen hos de fleste. To sykepleiere har tatt Videreutdanning i Kommunehelsetjenete for helse- og sosialarbeidere i prosjektperioden, og begrunner det med økt fritid.
Av negative sider nevnes at det kan være liten tid til rapportering/kontorarbeide, særlig om ettermiddagen. De faglige møtene er få/sjeldne.
"Det er nesten bare lederne som går på møter."
Hovedinntrykket er at hjemmesykepleien bekrefter styrket arbeidsmiljø og sikret tjenestekvalitet.

Overgangen fra todelt vaktordning i tidsrommet 07.30 til 23.00, med henholdsvis dag- og aftenvakt, til flerdelt vaktordning, som en følge av organisering med 6 timers vakter har vært vellykket for de aller fleste tjenestesteder i prosjektet. Pleietimetilbudet, eller arbeidstakeres nærvær, er bedre tilpasset pasientenes behov i denne organiseringen, hvilket var vårt overordnede mål: å styrke individorienteringen i tjenesten. Den positive opplevelsen av mer restitueringstid kommer til uttrykk ved at forsøkspersonene beskriver både den lønnede og den ulønnede omsorgen de tar ansvar for er bedret. Enkelte har fremhevet at dette ikke må oppfattes som sementering av kjønnsroller, men en dokumentasjon på at fritiden også har blitt rikere på den måten at man har fått overskudd til å gjøre andre ting; kurs, etterutdanning, fritidsinteresser og bedre tid til familie og unger. Langtidseffekter på arbeidsmiljø og tjenestekvalitet gjenstår det å dokumentere. At 6 timers dagen har kostet blir problematisert. De verdier styrket arbeidsmiljø og tjenestekvalitet har vist oss i dette prosjektet, kommer ikke til uttrykk i positive kvartalsvise regnskapstall. Det er omsorgsarbeidernes hverdagsbeskrivelser som er dokumentasjonen på prosessen.
Daglig redusert arbeidstid , muliggjort ved at flere dekker arbeidet, har gitt de ansatte opplevelsen av "at det er like fint å jobbe som å dainse."

5.2.1.2. Andre konsekvenser

I planleggingsprosessen av 6 timers dag ble muligheten for å påta seg merarbeid problematisert. Vi vet at mange i omsorgsyrker er helt avhengig av å påta seg merarbeide, for å få "endene til å møtes". Vi vet også at etterspørselen på faglig arbeidskraft på markedet er stor i omsorgsyrkene. Merarbeid er helt nødvendig for å få helsevesenet til å fungere.
I planleggingen av prosjektet var vi klar over dette. Avtaleverket som ligger til grunn for alle prosjektpersonene, hvor Bydel 2 er hovedarbeidsgiver, tydeliggjør at arbeidstaker er pliktig å oppgi om vedkommende har bistilling eller bierverv.(vedlegg 16) Prosjektet ble presentert for prosjektpersonen som et arbeidstidsreduksjonsprosjekt, hvor hensikten var å måle effekter på arbeidstaker spesielt. Det ble eksplisitt uttrykt at prosjektdeltakerne i prosjektperioden ikke skulle endre på sin arbeidssituasjon utover å ha kortere normalarbeidsdag.

Høsten 1995 oppsto det rykter om at 6 timers dagen ga de ansatte mulighet til å arbeide ekstra på andre tjenestesteder. Tilnærmingen til dette ryktet ble diskutert i prosjektets styringsorganer. Det ble først gjort en kartleggingsrunde i forsøksenhetens tjenestesteder. Tilbakemeldingene her var negative. Ryktet fortsatte og prosjktledelsen fikk i oppdrag å skaffet en oversikt over ekstraarbeid utført på andre tjenestesteder. Dette var mulig gjennom kommunens lønnsutbetalingssystem. Kartleggingen viste at 8 personer i prosjektet hadde utført ekstaarbeide på andre tjenestesteder, hvorav 4 i et omfang som oversteg Arbeidsmiljølovens grense for merarbeide i året: 200 timer.(AML § 50)
Saken ble definert som et arbeidsgiverproblem og overlatt personalavdelingen i Bydel 2. Personalavdelingen har behandlet saken slik praksis er, ved å kalle personene inn til samtale. De ble forelagt intensjonsavtalen for 6 timers prosjektet, merarbeidets størrelse og Arbeidsmiljølovens § 50.
Begrunnelsen som ble gitt:
Ingen var kjent med arbeidsmiljølovens bestemmelser
Ingen var kjent med personalreglementet, men bekrefter å ha fått det tilsendt ved tiltredelse.
To sier de alltid har jobbet så mye, og således ikke endret arbeidssituasjon.
Alle begrunner merarbeidet med personlige økonomiske vanskeligheter.
En sier at reduksjon i arbeidstid har gitt mulighet for og overskudd til merarbeide.
Merarbeids-saken er gjort kjent for evaluator av prosjektet, og er oversendt Byrådsavdeling for finans, Arbeidsgiverseksjonen for prinsipiell behandling av merarbeide/adgang til å inneha bierverv. Generell redegjørelse for dette forhold vil komme på et senere tidspunkt.

Kapittel 6
Snipp, snapp, snute .....

6.1. Prosjektavvikling og overgang til normalarbeidstid på 7.5 timer

Forsøksenheten har gjennomført en arbeidstidsreform av begrenset varighet; 22 måneder. Ved inngangen til prosjektet ble dette tydeliggjort på alle nivå i organisasjonen. Arbeidsavtaler med den enkelte forsøksperson ble inngått, hvor operativ periode var satt til 22. mndr. Således har alle vært kjent med og klar over at en avviklingsprosess måtte inntre i god tid før prosjektslutt 01.04.97.

Når man har deltatt i et slikt prosjekt over tid, blir det den operative periode som danner grunnlag for hverdagserfaringene; man venner seg til å arbeide kortere dag og å ha mer fritid.
Dette har i prosjektperioden blitt beskrevet som goder (positive endringer i arbeidsvilkår) for arbeidstaker, og som det nesten uten unntak er høstet positive erfaringer fra.
Med dette utgangspunkt, vil avviklingsprosessen fortone seg som en tyngre endringsprosess enn tilretteleggelsesprosessen var det ved inngåelse av prosjektet. Endringsarbeidet krever tid og ressurser fra alle ledd i forsøksenheten. Planleggingsprosessen i forkant av prosjektstart ble mangelfull som en følge av all usikkerhet rundt prosjektets endelige premisser; hvor stort det skulle være, hvor lenge det skulle vare etc. Konsekvensene av dette ble at analyse- og vurderingsarbeidet i forkant av ny arbeidstidsordning, i hovedsak gikk på mellomledernivå i samarbeide med de tillitsvalgte.
I avviklingsprosessen ønsket man å planlegge slik at man sikret seg prosjektpersonenes erfaringer med prosjektets måte å organisere arbeidet på, og at man ville bygge videre på de positive erfaringene, når premissene for ny turnus/arbeidstidsordning skulle legges.

Formalitetene rundt innføring av ny turnus i forsøksenheten krever oppsigelse av gjeldende turnus og utarbeidelse av ny turnus. (jmfr. Arbeidsmiljøloven Kap. 10 - § 48)
Den nye turnus danner utgangspunkt for drøftinger mellom arbeidsgiver og de fagorganiserte. Den nye turnus skal godkjennes av begge parter og det skal foreligge protokoll to uker før ny turnus innføres.

Hovedmålsettingen ved innføring av ny arbeidstidsordning ved prosjektstart var å sikre tjenestekvaliteten og arbeidsmiljøet.
Vi formulerte da et forpliktende og overordnet mål ved utformingen av ny arbeidstidsutforming:
Arbeidstidsutformingen skal styrke individorienteringen i hjelpe- pleie og omsorgstjenesten.

Konsekvensene av dette var nettopp tre/flerdelt turnus, som sikret en pleietimefordeling når pasientenes behov var tydeligst: pleieoppgavene rundt morgen og aftenstell, samt måltidene.
Erfaringene vi har med denne arbeidstidsordning ville vi gjerne hente frem og tydeliggjøre.
Sagt på en annen måte: de positive erfaringene rundt organisering med 6 timers vakter/30 timers uke ville vi skulle danne premissene i arbeidet med innføring av ny turnus, når prosjektet skulle avsluttes.

Prosjektleder har ansvar for å avvikle prosjektet (jmfr. instruks for prosjektleder i vedlegg 7) Prosjektleders ansvarsområde går på å initiere denne prosess.
Det ble utarbeidet forslag til plan for arbeidet, som ble drøftet i prosjektgruppen, i rådgivende utvalg og endelig med tjenesteledere og tillitsvalgte. Videre i prosessen var det meningen å trekke de ansatte så mye med som mulig.
Man tilstrebet å igangsette og gjennomføre prosessen så likt som mulig på prosjektets to tjenestesteder.

Avviklingsprosessen ble delt i tre faser:

* *analyse og vurderingsfase*
* *planlegging og initieringsfase*
* *oppfølging og evalueringsfase*

6.1.1. Analyse og vurderingsfase

For å sikre oss tid nok planla vi analyse- og vurderingsfasen i september - desember 1996 og satte opp en tidsplan for arbeidet.
I analyse og vurderingsfasen fokuseres det på alle aktørene i felten:
1) tjenestemottaker, 2) arbeidstaker og på 3) ledelsen.
I planen tydeliggjøres hvem som har ansvar for de ulike arbeidsoppgaver, hva som skal gjøres, hvorledes det skal gjøres og til hvem arbeidet skal leveres, innen fastsatt dato.

Videre følger planen som prosjektenheten ble presentert:

Vedrørende tjenestemottaker:
Dokumentasjon: Nedtegne "jobbkart" som synliggjør når hjelpe- pleie- og omsorgsbehovene er der, og hvor mange direkte arbeidstimer det krever, tilpasset den enkelte avdeling/sone, over en uke.
Ansvar: Avdelingssykepleier/Soneleder.
Arena: Post/sonemøter få kartlagt via: Pasientenes utsagn, pleieplaner, Gerixregistrering, kunnskaper om pasientens livshistorie, skriftlige og muntlige rapporter.

Levere jobbkart til samarbeidsgruppen: Oversykepleier, Tillitsvalgt og Prosjektleder.
Frist: 15. desember 1996.

Kartleggingsarbeidet har blitt registrert ut i fra en forståelse om hvilken faktisk pleietid pasientene fikk, og ikke hvilken ideell pleietid pasienten har behov for, ut i fra en faglig vurdering. Personalets faktiske nærværstid ble også registrert. Dette kartleggingsarbeidet dokumenterer altså hva slags faktisk pleietid pasientene fikk og hvilken faktisk nærværstid personalet hadde.
Når man skal planlegge bruk av arbeidstid/utarbeidelse av ny turnus, er arbeidskraftressusene en gitt størrelse(mulig nærvær), og arbeidsoppgavene tydeliggjøres ved at man tar høyde for de hjelp- pleie og omsorgsbehov som identifiseres gjennom en faglig forsvarlig vurdering; hva pasienten bør få. Kartleggingsskjema finnes i vedlegg 19.
Den faktiske pleie- og nærværstid i en gitt uke er dokumentert i vedlegg 20. Registreringen har blitt gjennomført på dagvaktens ukedager i hjemmetjenesten, mens på sykehjemmet har registringen blitt gjennomført på alle ukedager og i teidsrommet mellom kl. 07.00 til kl.23.00..
Den faktiske pleietid som ble registrert som pasientenes pleiebehov, ble av de ansatte vurdert til å være nok tid for å tilfredsstille de grunnleggende fysiologiske behov pasientene måtte ha. De psykososiale- og eller åndelig behov pasienten måtte ha, trekkes ikke med i kartleggingen.
For hjemmehjelpens vedkommende, er den faktiske tid gitt til bruker vurdert som å nå opp til en standard de vurderer som tilfredsstillende; rengjøringen er utført, men den totale standard for tjenesten er ikke ideell. Den psykososiale siden av mennesket er ikke vektlagt i kartleggingen. En hjemmehjelper i dag arbeider i hovedsak med miljøet rundt pasienten, men fungerer også ofte som nettverkskonsulent.
Forstått på denne måten bør kartleggingsarbeidet av faktisk gitt tid alene ikke legges til grunn for ny arbeidstidsordning/ny turnus, da den ikke tar høyde for de psykososial og åndelige behovene.
Kartleggingsarbeidet er allikevel en tydeliggjøring av dagens stresspunkter. Når vi vet at det er den fysiske pleietid som er tydeliggjort, kan man beregne noe høyere nærværstid for å ta høyde for en i sterkere grad faglig forsvarlig tilgjengelighet i tjenesten.

Prosjektenhetens avviklingsplan retter seg videre mot:
Arbeidstaker:
I) Nevn tre ting du er fornøyd med på arbeidsplassen din, verd å ta vare på.
II) Spesielt i h.h.t. 6 timers turnus:

Erfaringer ved de ulike vakttypenes inndeling(start/avslutning)? Hvilke vil du gjerne beholde?

Arbeidsoppgaver og mengde i forhold til de ulike vakttyper, er det noe vi skal ta med oss?
Fordeling av de ulike vaktene i din turnus?
Flerdelt turnus, er det ønskelig også ved 7,5 times dag/35.5 times uke?
Behov for tilpasset arbeidstid?

III)Kartlegg de sentrale rutinene ved avdelingen/sonen.
Ved gjennomgang av rutinene forsøk å hente frem begrunnelse for opprettholdelse av rutinen:
Hvorfor gjør vi det akkurat slik? Hvor henter du begrunnelsen for å holde på rutinene:
1) Fra teori? Det står i boka?
2) Fra praksiserfaring/sedvane: det er slik vi gjør det her, og slik vil det nok bli?
3) Fra personlig erfaring: Hvis jeg var pasient ville jeg at det skulle gjøres på denne måten.
Hvilket begunnelsesnivå kommer til uttrykk på din post/sone?

Arena: Avdelingsvis/sonevis i grupper/oppfølgingsmøter med utvidet tid: ca.1 time pr. enhet. Hente frem og skriftlig gjøre rede for de ansattes erfaringer:
Ansvar: Prosjektleder pkt. I og II.
Avdelingssykepleier/Soneleder pkt. III.
Levere samlet de ansattes vurderinger som danner premisser for ny turnus til samarbeidsgruppen.
Frist: I) 15.10.96 II) 15.11.96 III) 15.12.96

Kartleggingsarbeidet viste:
I) Positive erfaringer i arbeidsmiljøet:

Når det gjelder innhenting av erfaringer hos arbeidstaker er det nettopp de positive erfaringene, det som har fungert godt i prosjektperioden man ønsket å få frem, og som videre skulle danne premisser for ny turnus. For avviklingen er det viktig å meisle ut faktorer som får betydning for ny turnus.
Av 40 svar på sykehjemmet er det 29 som fremhever samarbeide med kollegaer, 25 som har positive erfaringer med organiseringen av arbeidet(tid og mening i jobben)og 15 fremhever flerdelt turnus .
Av 35 svar fra hjemmehjelperne i hjemmetjenesten er det 29 som fremhever arbeidets organisering(to rengjøringer pr. dag nok tid hos klientene)19 beskriver godt kollegasamarbeide og 15 som fremhever arbeidsstart 08.30.
Hos hjemmesykepleie har vi 19 svar:
14 godt kollegasamarbeid 8 fremhever arbeidsstart 08.30 og flerdelt turnus 6 fornøyd med organiseringen;god tid hos pasientene, opplagt ved jobbslutt.
Samlet kan man si at premissene for ny turnus er:
<u>Organiseringen av arbeidet, flerdelt turnus og jobbstarttidspunkt.</u>

Når det gjelder de ansattes vurdering av kollegasamarbeide, har man bedt forsøksenheten om å innhente hva de ansatte mer konkret legger i dette, siden det blir så sterkt fremhevet. På denne måten kan enheten få tak i et innhold som de kan arbeide bevisst for å beholde og styrke.

Kartleggingsarbeidet viste:
II) Spesielt i h.h.t. 6 timers turnus

Evalueringen av turnus gjøres i h.h.t. de kriterier som er nedfelt i Arbeidsmiljøloven(11 - s.304, 4. opplag):
Vaktene i hjemmetjenesten har i prosjektperioden vært som følger:
For sykepleier(ansvarsvakt):
Dagvakt: 08.30 - 14.30. Dagv.1)07.30 - 13.30, Dagv.2) =7.45 - 13.45.
Midtvakt: 13.30 - 19.30. Aftenvakt 17.00 -23.00.
Hjelpepleiere: Dagvakt: 08.30 - 14.30. Aftenvakt 17.00 -23.00.
Hjemmehjelpere: Dagvakt fra 08.30 - 14.30. Midtvakt: 13.30 -19.30.

Erfaringer fra hjemmetjenesten viser at vaktenes starttidspunkt er fag-avhengig; Sykepleiere i hjemmetjenesten vil fortsette med arbeidsstart kl-08.30 mot før 08.00. Det innebærer at arbeidsdagen i ny turnus vil vare til kl.16.00. Hjelpepleierne som gruppe ønsker å starte kl. 08.00 og hjemmehjelpgruppen var delt i synet på arbeidstidsstart.
Organiseringen av arbeidet har av de aller fleste blitt fremhevet som positivt. Det betyr at de ulike vaktene har hatt rimelig fordelte arbeidsoppgaver/mengde i forhold til tid tilgjengelig.
Den koordinerende midtvakten blir av hjemmehjelperne beskrevet som positiv på den måten at de utfører andre arbeidsoppgaver denne vakten; samarbeider med hjemmesykepleien og har sjelden eller aldri rengjøringsoppgaver. Arbeidet i denne vakten blir planlagt av sykepleier som har ansvarsvakt. I perioder har denne ansvarsvakten blitt dekket med ekstravakter som ikke er så godt kjent. Da har det hendt at arbeidsfordelingen ikke har vært så god, og at det har ført til en del unødvendig venting for hjemmehjelperne spesielt.
Sykepleierne og hjelpepleierne er rimelig fornøyde med den koordinerende midtvakten, og vil gjerne beholde flerdelt vaktturnus.
Vaktenes fordeling er man og fornøyd med i hjemmetjenesten.
Til ny turnus foreslår man at fridager i hovedsak legges til helg og at onsdag planlegges fri for fridager. Denne dagen tenker men seg som møtedag, da så mange som mulig er tilstede.
En langhelg i løpet av turnus er ønskelig. Det har man savnet i prosjektperioden.
Startidspunktet på dagvakt er det ikke klar enighet på.
Premisser for ny turnus: Delt oppfatning av arbeidsdagens starttidspunkt. For flerdelt turnus, hvis mulig. Planlegging av fridager til helg. Onsdag møtedag - ingen planlagt fridag. En langfri i løpet av turnus.

Erfaringene fra sykehjemmet:

Vaktene på sykehjemmet har i prosjektperioden vært som følger:
Dagvakt 07.30 - 14.00. Midtvakt: 10.00 - 16.30. Aftenvakt 16.00 - 22.00.
Post 3, en skjermet enhet for senil demente pasienter, har hatt ytterligere flerdelte vakter: 09.30 - 16.00, 12.00 - 18.00 og 16.30 - 22.30, i tillegg til de ovenfornevnte.

Inndelingen av vaktene vurderes positivt, med unntak av en post hvor man beskriver arbeidspresset på dagvakt større(i perioder) i prosjektperioden, da arbeidsdagen avsluttes på et tidspunkt hvor det er svært mange arbeidsoppgaver. Alle poster gir uttrykk for å ville fortsette med flerdelt turnus, hvis mulig. Dagvakter fra 07.30 til 15.00. Ulike alternativer på midtvakt og aftenvakt. Den positive erfaring med kortere arbeidstid på kveld trekkes frem, men de ansatte ser selv at dette ikke lar seg forene med ønske om 7,5 times dagvakt, en langfri i løpet av turnus og korte aftenvakter. De foreslår selv at det kan være ulik lengde på aftenvaktene, for å komme ut med riktig uketimetall: 35.5t/uke.
Premisser for ny turnus: Dagvakt 07.30 -15.00. Fortsette med en midtvakt og ha ulik lengde på aftenvaktene for å komme opp i timetall:35.5 t/uke. 1 langfri pr. turnus på 12 uker.

III)Kartlegg de sentrale rutinene ved avdelingen/sonen.

Dette arbeidet har ikke blitt gjennomført slik planen skulle tilsi.
Sentrale rutiner som måltider, møtetidspunkt, internundervisning/veiledning registreringsarbeide til Gerix, rapporteringstid, transporttilbud etc. har blitt vurdert kontinuerlig gjennom prosessen. Små justeringer er gjort i et forsøk på å tilpasse rutinene driften. I enkelte tilfeller har det medført justeringer av turnus, etter drøftelser med tillitsvalgte og ledelsen.

Prosjektenhetens avviklingsplan retter seg videre mot:
Ledelse:
Kartegging av tid til møter, opplæring og administrasjon.
Personellressurser:
Vurdere personelltilgangen pr. 01.04.97. Kartlegge de ansattes tilsettingsforhold. Hvem fortsetter? Hvem ønsker å endre arbeidstid? Være tidlig ute med utlysning i event. vakante stillinger/permisjoner etc. for å sikre forsvarlig drift ved prosjektslutt. Kartlegge formal- og realkompetansen til alt personell.
Ansvar: Oversykepleier/avd.sykepl./soneleder.
Arena: Avdelingssykepleie/soneledermøtene
Levere personellstatus til samarbeidsgruppen:
Oversykepleier/Tillitsvalgt/Prosjektleder.
Frist: 1. desember 1996.

Tjenestestedenes mål og eller handlingsplaner, møtekart og oversikter for internundervisning se vedlegg 21.
Skjema for personellkartlegging se vedlegg 22.
Tiden som den indirekte hjelpe-pleie-og eller omsorgstiden tar får vi herved dokumentert. Det blir viktig at denne tiden planlegges slik at den ikke kolliderer med tidsperiodene hvor tjenestemottakers behov er synliggjort.

Erfaringer:

Når det gjelder personelltilgangen ved prosjektslutt, var det i hovedsak to forhold man var interessert i å få en tidlig oversikt over; hvem som planlegger å slutt, eller om noen ønsket endring i arbeidstid. Svar på dette gir mulighet for en tidlig oversikt over vakante stillinger og eller engasjement. Ved en slik oversikt allerede 1. desember, kunne vi bearbeide erstatningspersonalt til å fortsette arbeidsforholdet i forsøksenheten, og samtidig sikre at de respekterte oppsigelsesfristen i forhold til arbeidsgiver som hadde gitt dem permisjon for å delta i prosjektet. Personalkartleggingen har sikret oss en god aviklingsprosess både for arbeidstaker og for arbeidsgiver.
Den totale personaloversikt over forsøksenheten finnes i vedlegg 14.
Oversikten viser en detaljert dokumentasjon på status når erstatningspersonalet avslutter sine engasjement og når de ansatte går tilbake til ordinær arbeidstid 01.04.97.
Prosjektet har hatt 17 erstatningsstillinger i prosjektperioden, 11 av disse fortsetter i virksomheten etter prosjektslutt; 6 på Sykehjemmet og 5 i Hjemmetjenesten. Av 101 spurte forsøkspersoner(både fast ansatte og erstatningspersonale) er det 9 som ønsker å reduser arbeidstid ved prosjektslutt.
Begrunnelsen er at erfaringene i prosjektperioden med å gå redusert tid har vært positive for dem, både m.h.t. arbeidspress/tyngde og m.h.t. mer overskudd/omsorgstid for familieliv/barn, og mer tid til å restituere seg på. Spesielt eldre arbeidstakere gir denne begrunnelse.
Konsekvensene av redusert tid etter prosjektslutt er også reduksjon i lønn og arbeidssosiale rettigheter.
Vi ser igjen at kvinner privatiserer problemet; velger redusert tid for å klare dobbeltarbeiderrollen bedre.
Her ligger fortsatt en likestillingspolitisk utfordring.

Erfaringene fra kartleggingsrundene skulle samles i Samarbeidsgruppen: Fellesrepresentanten for de tillitsvalgte, Institusjonslederne og prosjektleder.
Den samlede dokumentasjonen fra analyse og vurderingsrundene førte til utarbeidelse av kriterier for planlegging av ny turnus:

**Rammer; Arbeidstid og stillingshjemler.*

Hjemmetjenesten: Arbeidstid for turnusarbeidere 35,5 t/uke
Arbeidstid for arbeidstakere med bare dagvakter 37.5 t/uke
Stillingshjemler i turnus: 12 hjemmehjelpere, 11.25 hjelpepleiere og 9,5 sykepleiere.
Stillingshjemler med bare dagvakter: 23 hjemmehjelpere.
Sykehjemmet:
Stillingshjemler i turnus: 39 hjelpepleiere og 8 sykepleiere
Stillingshjemler som bare går dagvakter: 3 avdelingssykepleiere, 1 ass. avdelingssykepleier

**Vaktenes starttidspunkt og sluttidspunkt:*
Hjemmetjenesten:
Premisser for ny turnus: Delt oppfatning av arbeidsdagens starttidspunkt. For flerdelt turnus, hvis mulig. Planlegging av fridager til helg. Onsdag møtedag - ingen planlagt fridag. En langfri i løpet av turnus.
Sykehjemmet:
Dagvakt 07.30 -15.00. Fortsette med en midtvakt og ha ulik lengde på aftenvaktene for å komme opp i timetall: 35.5 time/uke. 1 langfri pr. turnus på 12 uker.

** Vaktenes arbeidsoppgaver/innhold/arbeidsmengde/organisering:*
Organisering av arbeidsoppgaver i prosjektperioden har blitt trukket frem som positive erfaringer når arbeidsmiljøet skulle beskrives.
Denne organisering ønsker man å ta vare på.

** Vaktenes fordeling:*

Rimelig fordelt. Ikke ønskelig med oppsamling av aftenvakter. Aftenvakt etter fridag og midtvakt etter aftenvakt.
Samarbeidsgruppen samlet all dokumentasjon fra kartleggings-arbeidet, slik planen tilsier. Materialet ble deretter oversendt turnuskonsulent som grunnlag for å utarbeide ny turnus.
Kartlegging av pleiebehov og nærværstid(Vedlegg 20).
Positive sider ved arbeidsmiljøet som bør ivaretas ved ny arbeidstidsordning er innhentet fra alle poster/soner , samt evaluering av turnus beskrevet i kap. 6.1.1.
Oversikt over personelltilgangen ut i fra arbeidsavtaler og de ansattes arbeidstidsønsker når prosjektperioden er slutt 01.04.97.(Vedlegg 14)
Samarbeidsgruppen utarbeidet forslag til plan for hvordan høring av ny turnus kunne gjennomføres og hvordan personal- planleggingen kunne gjennomføres. Planen følger i vedlegg 23.

Prosjektenhetens avviklingsplan retter seg videre mot:

6.1.2. Planlegging og initieringsfase

Ansvar: Oversykepleier/Avdelingssykepleier/Soneleder
Med utgangspunkt i den dokumentasjon som kartleggingsfasen har gitt, velger tjenesteleder selv fremgangsmåte for utforming av turnus. Alternative muligheter:
**Utarbeide turnus selv*
**Opprette en gruppe for arbeidet*
** Leie inn konsulentbistand*
Frist: Ny turnus bør foreligge ferdig til høring 15.02.97 med protokoll. Turnus behandles og godkjennes i AMU/MBU senest 15.03.97.
Turnus iverksettes uke 14 med virkning fra mandag 31.03.97.

Den planlagte prosjektavviklingsprosess, som var drøftet og vedtatt i prosjektets styringsorganer september 1996, ble fulgt helt frem til drøftingene for ny turnus ble gjennomført.
Samarbeidsgruppen overleverte rammer for stillinger og arbeidstid samt evalueringsresultatene til innleid turnuskonsulent, men ønske om at dette skulle danne grunnlaget for ny turnus. Turnusforslagene fra konsulenten har i all hovedsak tatt utgangspunkt i rammene for stillingshjemler og arbeidstid. Kommunikasjonen har ikke vært god her. Turnusene(vedlegg 25) har blitt drøftet og bearbeidet på alle avdelinger/soner, nye forslag/endrede forslag har blitt utarbeidet lokalt og man har inngått kompromisser som kommer til uttrykk i protokollene.(vedlegg 25)
Prosjektleder problematiserte forholdet med å innhente de ansattes erfaringer i turnusplanleggingen uten at disse i særlig grad har blitt tatt hensyn til i den videre planleggingen, hvilket var forutsetningene.
Sykehjemmets løsning: Dagvaktene i ny turnus etter prosjektslutt, har 8 timers nærværstid(inkl. en halv times pause) mens aftenvaktene har 7 timers nærværstid.(inkl. en halv times pause) Før prosjektstart hadde man 7,5 times nærværstid på dagvakt(inkl. pause) og aftenvakt. Midtvakten har man ikke funnet mulighet for å opprettholde, da det er færre å fordele vaktene på. 2 langfrihelger er innført i ny turn, mens det før prosjektstart var en, og det var også det evalueringen dokumenterte. Løst på denne måten vil sannsynligvis overgangen til normalarbeidstid på 35t/uke bli mer problematisk enn om avviklingsplanen ble fulgt. Allikevel er det de ansatte selv som har godkjent turnus, dog med kompromisser.

Hjemmetjenestens løsning:
For hjemmesykepleien starter dagvakten 08.15 - 15.30, en nærværstid på 7 timer og 15 minutter.
Aftenvakten fra 15.00 til 22.30, nærværstid på 7,5 timer.
For hjelpepleier 15.30 - 22.30, nærværstid på 7 timer.

Hjemmehjelpen starter dagvakten 08.00 - 15.30, nærværstid på 7,5 timer.
Aftenvakten fra 15.30 - 21.30, nærværstid på 6 timer.
Alle arbeider hver 4. helg, og har en langfri; tre sammenhengende fridager i løpet av turnus.
Løsningen i hjemmetjenesten er i hovedsak fremkommet på evalueringens premisser, med ett unntak; midtvakt.
Begrunnelsen ligger også her i reduksjon av stillingshjemler ved prosjektslutt.

Ved å tilstrebe og styrke individorienteringen i tjenesten, hvor pleietimetallet er konstant, viser organisering med 6 timers vakter at dette er mulig å oppnå i sterkere grad enn hva vi får ved 7,5 times vaktordninger.
Sagt på en annen måte; det er lettere å "matche " pleiebehovene med pleietid i organisering rundt 6 timers dag.

6.1.3. Oppfølging og evalueringsfase

Turnus evalueres 01.06.97 i h.h.t. AML § 48 A Arbeidsplan.
Ansvar: Oversykepleier

6.2. Prosjektets tilsiktede og utilsiktede hensikter

De tilsiktede hensikter er det evalueringens oppgave å dokumentere.
Prosjektets prosessbeskrivelse redegjør også ganske detaljert om disse.
Her er det spesielt de positive utilsiktede hensikter man vil fokusere på.
Ideelt sett skulle forsøksenheten inneha de samme personene før, under og etter prosjektet. Grunnlaget for å trekke konklusjoner hadde blitt styrket. Men det er langt fra idealer til realiteter. Prosjektet er en naturlig intervenering i virkeligheten; sykehjemmet og hjemmetjenesten, hvor personalsituasjonen endrer seg mer enn man setter pris på mange ganger. Man har i forsøket tilstrebet å få vikariater forlenget, og lykkes med det. Personalendringene er kartlagt gjennom hele forsøket, for å gi et bilde av uforutsigbarhet og mangel på kontinuitet i tjenester hvor dette er svært viktig, grunnet pasient/klientgrunnlaget.
Endringer underveis i prosessen:

Prosjektstart	*103 forsøkspersoner(fast ans./vikar)*
Prosjektslutt	*98 forsøkspersoner(fast ans./vikar)*

4 har redusert arbeidstid under 30t/uke i prosjektperioden
1 vakant stilling ved prosjektslutt.

Av 101 spurte(høst 1996) er det 9 som søker redusert tid etter prosjektslutt. Av 17 vikartilsatte en det 11 som fortsetter i enheten etter prosjektslutt.

Hjemmetjenesten:
Pr.01.06.95: 57 informanter
Pr.01.11.95: 57 informanter
Pr.12.01.96: 53 informanter
Pr.01.03.96: 56 informanter
Pr.01.05.96: 59 informanter
Pr.01.08.96: 58 informanter
Pr.01.11.96: 55 informanter
Pr.31.01.97: 57 informanter
Pr.31.03.97: 56 informanter

Av personalbevegelsene er det 27 informanter i Hjemmetjenesetn som har gått ut av prosjektet med følgende begrunnelse:

1 pensjonert
1 redusert arbeidstid 30t/uke
2 avansert til lederstilling i enheten
7 svangerskapspermisjoner
8 vikariater av begrenset tid
7 sluttet
1 overfl. annen stilling i Bydel 2

Majorstua alders- og sykehjem:

Forsøksenheten 01.06.95 : 46 informanter
Forsøksenheten 01.11.95: 45 informanter
Forsøksenheten 12.01.96: 43 informanter
Forsøksenheten 01.03.96: 39 informanter
Forsøksenheten 01.05.96: 43 informanter
Forsøksenheten 01.08.96: 43 informanter
Forsøksenheten 01.11.96: 39 informanter
Forsøksenheten 31.01.97: 40 informanter
Forsøksenheten 31.03.97: 41 informanter

Av personalbevegelser er det 27 som har gått ut av prosjektet med følgende begrunnelse:
3 redusert arbeidstid (hvorav den ene også er overfl. annen prosjektavd.)
5 vikariater av begrenset tid
3 permisjon uten lønn
1 utdanningspermisjon
10 svangerskap
5 sluttet

Årsaker til personalendringer skyldes i hovedsak 17 svangerskap, 13 vikariater og 12 ansatte som har sluttet. Mot slutten av prosjektperioden er det faktisk fler svangerskap. Prosjektet avsluttes før disse(3) registreres. Det er rimelig å trekke frem antall svangerskap som utilsiktet hensikt i prosjektsammenheng. Livskvaliteten styrkes og svangerskapene øker.
Her ser vi et godt eksempel på hvordan forskningens tilsiktede og utisiktede hensikter kan bli motsetningsfylte.
Av andre positive men utilsiktede hensikter som følger av prosjektet bør nevnes:
Økt bevissthet om arbeidstidsbruk i alle ledd i organisasjonen.
Styrket arbeidstakers endringsvilje.
Økt bevissthet vedrørende rapportering/dokumentasjon.
Styrket fagidentitet.
Økt innsikt i sykefraværsmønster spesielt og fraværsmønster generelt i organisasjonens ulike nivå.
Økt kunnskap om viktige arbeidsmiljøfaktorer;
ledelse og sosialt klima, stress og press på jobben, arbeidets innhold/meningen i arbeidet.
Økt kunnskap om turnusarbeide.

Avslutningsvis må det være rimelig å konkludere med at de positive utilsiktede hensikter gjør forsøksenheten i stand til bedre å møte et samfunn i endring og derigjennom bidra til å videreutvikle en tjeneste som kan møte de nye behov.

6.3. Prosjektets lønnsutgifter til erstatningspersonale

De 17 engasjement som ble opprettet for å avvikle et prøveprosjekt med redusert arbeidstid til 6 timers dag og med 100% erstaningbemanning dokumenteres her. Vi har hatt et justeringsoppgjør og et hovedtariffoppgjør i prosjektperioden. Dette har ført til merlønnsutgifter for prosjektet. Prosjektet har også blitt belastet med merlønnsutgifter ved fravær hos erstaningspersonalet.

Totale lønnsomkostninger for 17 omsorgsarbeidere i 22 måneder:

Juni - desember 1995	*2.199.944.-*
Januar - desember 1996	*3.703.437.-*
Januar - Mars 1997	*1.122.823,-*
Sum	*7.026.204.-*

Kapittel 7
Økt forståelse - et stort ansvar

Økt innsikt medfører alltid økt ansvar. I denne sammenheng, hvor en har gått inn i et forsøk med 6 timers dag i omsorgsyrker, i den hensikt å se om det vil føre til endringer i sykefravær, har kartleggingsarbeidet av sykefraværet blitt viet stor oppmerksomhet. Evaluators oppgave er å dokumentere om det er noen sammenheng mellom redusert arbeidstid og sykefravær. Som prosjektleder mener jeg det er viktig å tydeliggjøre hvordan fraværet kommer til uttrykk, og se hvordan fraværet virker inn på forsøksenheten når det gjelder arbeidsmiljø og tjenestekvalitet spesielt. Hvordan tjenestestedene behandler, eventuelt løser sine fraværsproblemer i eksisterende praksis, innenfor de økonomiske rammer som er satt for virksomheten, vil også bli vurdert.

7.1. Kartlegging av sykefravær - og annet fravær - hvordan virker det inn når hjelp - pleie og omsorg er tjenestens art?

Tjenestens art gjør det legitimt å legge tilrette for en kritisk gjennomgang av fraværsmønster og behandling av det. Begrunnelsen ligger i at konsekvensene for alt fravær rammer først og fremst tjenestemottaker. Det er de som får en forringet kvalitet, og i verste fall får de ingen hjelp- pleie eller omsorg, når akutte og store fraværstilfeller oppstår. Den faglige ansvarlighet hviler derfor mye på den praksis tjenestestedene har når det gjelder personellerstatning ved ulike typer fravær. Dagen praksis, med budsjett ansvar ned på mellomledernivå, medfører at disse kommer i daglige dilemmaer grunnet spenningsforholdet mellom budsjettrammer og faglige vurderinger. I kapittel 4, hvor forsøksenheten er beskrevet og hvor standarden (forholdet mellom tilgjengelig pleietid og pasienters behov)er dokumentert, spesielt i 4.2.2, så vi hvor lave pleietimetallene var i forhold til det svenske forsøket spesielt. Når vi nå dokumenterer en forsøksenhet med stort fravær i tillegg til en dokumentert lav grunnbemanning, blir erstatningspraksisen for personell enda viktigere å sikre. Disse forhold ønsker man å problematisere.

7.1.1. Hva slags årsaksfravær har vi

I vedlegg 26 finner man en årsaksstatistikk over typer fravær presentert i antall tilfelle for hvert tjenestested fra 1994 til og med 1. kvartal 1997. Dokumentasjonen bygger på de statistikker Oslo kommune har. Det er kommunens lønnsutbetalingssystem/LPK som danner grunnlaget for fraværsstatistikken, og som i forsøksenheten presenteres kvartalsvis. Statistikken men har lagt til grunn her inkluderer både fast ansatte og vikarer.

Gjennomgående kan man på sykehjemmet se at det er en svak stigning i antall tilfelle i de tre hovedkategoriene av årsaksfravær: arbeidsgiverperiode,

sykelønnsordning mer enn to uker og andre fraværsdager, i vedlegg 26. For å moderere inntrykket litt er det viktig at den som leser statistikken også ser på antall mulige årsverk. Disse har i perioden fra 1994 til 1997 steget fra 50,86 til 63,17 i 1.kvartal 1997. Det betyr at det er flere personer som kan forårsake fravær. Stigende antall av de ulike årsakstilfellene behøver ikke å bety at fraværsdager totalt har økt, men det er en dokumentasjon på at det er en svak endring i de ulike årsakstilfellene.
Det betyr at det er fravær som er uforutsigbart og vanskelig å planlegge i forhold til. Det er egenmeldinger og sykemeldinger opp til to uker som forekommer hyppigst.
Årsaksstatistikken fra hjemmetjenesten viser et litt annerledes mønster: her har antall sykefraværstilfeller gått noe ned både i arbeidsgiverperioden og ved sykelønnsordninger mer enn to uker. Fraværstilfeller grunnet syke barn og permisjon med lønn derimot har steget. Det blir viktig her å vurdere tilfellene i forhold til mulige årsverk igjen. I 1994 var alt pleiepersonalet registert på ett og samme tjenestested. I 1995 ble dette endret ved at den sykepleiefaglige ledelse ble adskilt fra det fagpersonell som var i den direkte og utøvende tjenesten.
Hjemmehjelpens årsakstilfeller viser en svak stigning i antall tilfeller i arbeidsgiverperioden, mens antall lagtidssykemeldinger er redusert, spesielt de over 8 uker, er redusert fra 10 tilfeller i 1994 til 2 tilfeller i 1996.
De ulike typer fravær gjør det viktig for tjenestestedene å sikre seg tilgang til faglig kompetent arbeidskraft når sykdom eller annet årsaksfravær plutselig og relativt hyppig inntrer.

7.1.2. Hvor stort er fraværet, og hvem betaler for det?

Som vi tidligere har vært inne på er sykelønnsordningen, at arbeidstaker får full lønnskompensasjon ved legitimert fravær, et arbeidssosialt gode som koster både arbeidsgiver og trygdeetaten store pengebeløp. I prosessen "Sammen om sykefravær" hvor NHO og LO i 1991 inngikk et forpliktende samarbeide om et felles mål: å få sykefraværet ned, har ulike tiltak blitt foreslått i kampen mot det høye sykefraværet og de store omkostningene det medfører.
Når vi stiller spørsmålet, hvor stort er fraværet og hvem betaler for det, er hensikten ikke bare å fokusere på økonomiske konsekvenser, men også å se hvilke uheldige effekter fraværet har på arbeidsmiljø og tjenestekvalitet.
Vider følger en forklaring på hvordan fravær er registrert og hvordan man har regnet fraværet ut i timer, for å forstå konsekvensene både på faglig og økonomisk nivå.
Sykefraværsprosent er et uttrykk for hvor stor prosent av mulige nærværsdager arbeidstaker(e) er syk(e).

Eksempel: $\frac{\text{Sykefraværsdager} * 100\%}{\text{mulige nærværsdager}}$

For å gjøre fraværskartleggingen mer forståelig og for å gjøre det mulig å vurdere personaløkonomiske konsekvenser, er sykefraværsprosenten omregnet til fraværsdager og timer. Forsøksenhetens lave grunnbemanning og turnusarbeide i pleie- og omsorgsyrkene, fører til at man vurderer alt sykefravær og annet fravær som erstaningsdager og timer. All erstatning ved legitimert fravær fører til merlønnsutgifter for arbeidsgiver.
Sykefraværet blir registrert i to hovedkategorier:
1) Sykefravær i arbeidsgiverperioden som er fra 1 dag til 2 uker. Perioden blir ofte kalt kortidsfravær og rommer tre ulike fraværsalternativer: Egenmeldinger med fravær fra 1 til 3 dager, sykemelding fra 1 - 3 dager og endelig sykemelding fra 4 dager til 2 uker.
2) Sykefravær mer enn to uker, er sykefravær hvor sykelønnsordningen med refusjon til arbeidsgiver fra trygdeetaten trer inn. De to første ukene i alt sykefravær mer enn to uker/langtidsfravær er det allikevel arbeidsgiver som betaler for. Sykelønnsordningen trer først inn når sykefraværet har passert to uker. Således er alt sykefravær i de to første ukene arbeidsgivers ansvarsområde; utbetale full lønn og merutgiter ved bruk av erstatningsbemanning.
Den tredje kategori fravær som er dokumentert her er andre fraværsdager, som rommer andre fraværsgrunner: barns sykdom, permisjon med lønn og skoft. Fraværsformer i denne kategori, gir arbeidstaker full lønn med unntak av skoft/ulegitimert fravær. I fremstillingen videre blir alt fravær som registreres beregnet som erstatningsdager for arbeidsgiver. På denne måten blir endringer i fravær mulig å betrakte som sparte merutgifter eller økende merutgifter, avhengig av endringene.

I vedlegg 27 har man forenklet oversikten over sykefravær og annet fravær, fremstilt i timer, regnet ut på hvert tjenestested i forsøksenheten. Oversikten bygger på en detaljert kartlegging, fremstilt kvartalsvis og på hvert tjenestested, som hver har tre kostnadssteder.(Vedlegg 28)
I den forenklede oversikten(vedlegg 27) fra 1994 til 1. kvartal 1997 blir i kolonne 1 sykefravær til to uker/arbeidsgiverperioden presentert. Erstatningsdagene i forsøksperioden, som en konsekvens av sykefravær i arbeidsgiverperioden, avlønnes i forhold til 6 timers dag. Kostnadsbesparelser avhenger av at sykefraværet faktisk synker og eller at erstaningsdagene sykefraværet utgjør, dekkes opp med ekstravakter som betales for 6 timer, eller at fravær ikke dekkes opp ved at merarbeidet fraværet utgjør fordeles på de nærværende. Avlønningssystemet fører til at arbeidsgiver får en lavere merlønnsutgift ved fravær i arbeidsgiverperioden.
I kolonne 2 er sykefravær mer enn to uker presentert. Med unntak av de to første ukene i et langtidsfravær, fører generelt ikke et langtidsfravær til økte merlønnsutgifter for arbeidsgiver. Erstatningsmulighetene ved langtidsfravær over arbeidsgiverperioden avhenger av vikaralternativet som nyttes. Avlønningssystemet kan medføre lavere merlønnsutgifter for arbeidsgiver i forhold til refusjonsbeløpet fra trygdeetaten, eller det kan gå i balanse.

I 3. kolonne vises det totale sykefravær. I kolonne 4 er det kun arbeidsgivers erstatningstid som er beregnet. I kolonne 5 presenteres en oversikt over erstatningstimer hvor sykefravær og annet fravær er slått sammen, da det også er arbeidsgivers ansvar å erstatte.
Denne sammenfattede oversikt over arbeidsgivers ansvar for erstatningstimer ved ulike fraværsgrunner i omsorgsyrker, dokumenterer både hvor store økonomiske konsekvenser dette vil få og hvilke faglige kriser dette kan medføre. Økonomiske ressurser/rammer og faglig standard må sees i en sammenheng, da de virker gjensidig på hverandre.

7.1.2.1. Konsekvenser for arbeidsgiver

Ser vi på de tre sykefraværsoversiktene: sykehjem, hjemmesykepleie og hjemmehjelp, finer vi fort ut at det ikke er noe sammenfallende mønster i fraværsstatistikken.

For sykehjemmet kan vi lese et fall i sykefravær til to uker/kortidsfravær fra 3054 timer i 1994 til 2593 i 1996. Langtidsfraværet derimot har steget fra 5017 i 1994 til 8330 i 1995 med en liten tilbakegang til 8168 timer i 1996. Totalt sett har erstatningstid grunnet sykefravær sunket ørlite. Erstatningstid totalt grunnet både sykefravær og annet fravær var 10221 timer i 1994, 7709 i 1995 og 9784 i 1996, en svak nedgang. Her også må man lese statistikken og se tallene i forhold til at mulige årsverk har økt. Arbeidskraftressursen er den samme, men det er flere personer som kan forårsake fravær.

I hjemmesykepleien har man den største nedgang i erstatningstimer i sykefraværsperioden til 2 uker fra 2192 timer i 1994 til 1105 timer i 1996.
Her er det derimot en økning i sykefravær på mer enn to uker. Totalt sett blir ikke ertatningstimene for arbeidsgiver høyere: 3790 timer i 1994 og 2189 timer i 1996.
Igjen blir det viktig å se timeutviklingen i forhold til mulige årsverk, som på grunn av oppsplitting i budsjett har gått ned fra 36, 35 i 1994 til 24,5 i 1995.
Når det gjelder erstatningstid totalt grunnet sykefravær og annet fravær ser vi også her en nedgang: 5067 timer i 1994 til 3450 timer i 1996.

Hjemmehjelpens fraværsmønster er annerledes igjen. Korttidssykefraværet har gått svakt ned, mens langtidsfraværet har sunket drastisk: 6593 timer i 1994 mot 2319 i 1996, nærmere 4 årsverk spart. Erstatningstid grunnet sykefravær har sunket med ca.1000 timer for hjemmehjelperne.
Erstaningstid totalt har sunket med 1464 timer fra 1994 til 1996.

Sykefraværet og derigjennom erstatningstimene som bli merutgifter for arbeidsgiver har totalt sett for alle tjenestestedene gått noe ned, når man sammenligner tallene fra 1994 og 1996. Nedgang i kortiddsfravær har også blitt beskrevet underveis i prosessen fra mellomlederne spesielt. De har merket

nedgangen på mer ro i organisasjonen, og mindre tid til innhenting av ekstravakter.
Konsekvensene for arbeidsgiver kan derfor beskrives med positive fortegn.

Fraværsstatistikken som utregningen bygger på, inkluderer fast ansatte og vikarer, og består av tre personellkategorier: de som arbeider på tjenestestedet, men som ikke inngår som forsøkspersoner, forsøkspersonene og endelig erstatningspersonalet. Samlet sett utgjør disse det samme pleietimetall, eller den samme årsverksinnsats, som tjenestestedenes personale utgjorde før prosjektet startet.
Fraværsstatistikk over alle forsøkspersonene som har gått redusert tid er også fremstilt i vedlegg 29, individuell statistikk. Her er det igjen viktig å lese statistikken og å se fraværstallene i forhold til mulige årsverk. Jo lengere tilbake i tid, jo færre årsverk. Årsverksendringene forteller oss også noe om turnover i omsorgsyrkene.
Den individuelle fraværsstatistikken trekkes ikke med i analysen av fraværets konsekvenser. Evaluator vil dokumentere konsekvenser på arbeidstaker.

7.1.2.2. Konsekvenser for arbeidsmiljø

Går vi til teorien/litteraturen finner vi mye stoff om arbeidsmiljø.
Deler av stoffet er hentet fra SINTEF/IFIMs rapport "Sykefraværsprosjektet 1991 - 1993. Erfaringer fra bransjer i LO/NHO- området."(1)

I denne sammenheng vil en forsøke å skille mellom arbeidsmiljøets funksjoner og arbeidsmiljøets sentrale faktorer og se på fraværets konsekvenser med denne struktur.
Arbeidsmiljøets funksjoner:

Arbeidsytelsen/arbeidsinnsatsen til den enkelte ansatte er avhengig av den ansattes helsetilstand og hvordan arbeidsmiljøet fungerer. Denne vekselvirkning er en kontinuerlig prosess. I perioder kan vi identifisere svikt i helse hos den ansatte (eks. influensa), som kommer til uttrykk i sykefravær, og som virker på arbeidsmiljøet (når en er syk, blir arbeidspresset gjerne større på de som er igjen). Andre ganger kan vi identifisere svikt/mangler i arbeidsmiljøet, som kan føre til arbeidskonflikter. Disse igjen kan virke på den ansatte slik at sykdom utvikles og fører til fravær. Både den ansatte selv og miljøet rundt henne/han påvirker hverandre. Som ansatt i en organisasjon blir jeg påvirket av de andre jeg jobber sammen med(arbeidsmiljøet), samtidig som jeg påvirker de andre.

En tilfredsstillende utført jobb er for den enkelte arbeidstaker en kilde til opplevelse av mening og tilfredshet i arbeidet, og i neste omgang for opplevelse av arbeidsglede og arbeidslyst. En viktig funksjon ved arbeidsmiljøet er at det kan

støtte den enkelte i arbeidet; i muligheten til å utføre en tilfredsstillende eller god jobb.
På samme måte som et meningsfylt arbeid kan ha en egenverdi for den enkelte, kan arbeidsmiljøet ha en egenverdi. Det kollegiale miljøet kan f. eks. være en kilde til sosiale erfaringer og vennskap, med betydning langt ut over arbeidet og arbeidsplassen.

Arbeidsmiljøets faktorer

For å konkretisere hva vi legger i arbeidsmiljø, presenteres her ulike faktorer som miljøet består av, og som virker i samspill med hverandre. Endrer du på en faktor, får det konsekvenser for andre.
Arbeidsmiljøets fire hovedfaktorerer:

1) Psykososiale
2) Fysiske
3) Faglige
4) Kulturelle

I denne sammenheng er det spesielt de psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet som trekkes frem.
Faktor 1:"Innhold og mening i jobben" kan deles i en generell og en spesiell del: Den generelle delen går på om arbeidstaker ser sammenhengen i det en arbeider med, og at en ser nytten av det en gjør. Dette forutsetter at arbeidstaker trekkes med i arbeidsstedets aktiviteter og virksomheter.
Den spesielle delen går på arbeidets innhold, og om arbeidstaker liker jobben sin; om den er tilstrekkelig variert, interessant og passe utfordrende.
Individuell tilrettelegging av arbeidet er en kilde til opplevelse av mening i arbeidet.
Når korttidsfraværet synker, styrker det arbeidstakers mulighet til å se sammenhengen i arbeidet. Kontinuitet i tjenesten gjør at jeg som omsorgsperson har større mulighet til å følge opp virkningene av den tjenesten jeg utfører.
Ved nedgang i fravær vil det føre til at det er de fast ansatte som utfører tjenesten. På den måten sikrer en i større grad at arbeidet er passe utfordrende. Ved bruk av vikarer og ekstravakter er det ofte tjenestestedene må benytte ufaglært personale. Som kjent er sykepleiere mangelpersonell. Ufaglærte vikarer vil nok oppleve arbeidet for utfordrende, fordi kompleksiteten i omsorgsyrkene har blitt så mye større. Det er ikke nok å være snill og god.
Ved nedgang i kortidsfravær spesielt er det rimelig å konkludere med at innholdet og meningen i jobben sikres. Det styrker arbeidsmiljøets faktor 1.
Faktor 2: "Ledelse og arbeidets organisering"
Her kommer planlegging og fordeling av arbeidet inn/arbeidsmengde, grad av styring, delegering av ansvar, om arbeidstaker har innflytelse over egen arbeidssituasjon/medbestemmelse, variasjon i arbeidet og mulighet for

læring/utvikling i arbeidet. Individuell tilrettelegging av arbeid er en viktig del av oppgavene for arbeidsledelsen.
Spesielt planleggingen og fordeling av arbeidet har blitt vektlagt i prosjektperioden, som en naturlig følge av arbeidstidsreformen ved inngang til og i avslutningen av prosjektet. Tilbakemeldingene her har vært ganske klare, og i all hovedsak positiv. Svak nedgang i sykefravær gjør det lettere for ledelsen å planlegge og organisere arbeidet.
Faktor 3:"Stress og press"
Er prestasjonskravene tilpasset arbeidsevne og helse?
Krav til prestasjoner kan være mer eller mindre tilpasset ansattes kompetanse, arbeidsevne og helse. En hovedkilde til stress er vedvarende for høye prestasjonskrav og for høyt arbeidspress. Stress og press på jobben forplanter seg raskt til problemer på arenaer utenfor jobben.
Vi har i kapittel 4 spesielt problematisert forholdet mellom ressurser og krav i omsorgsyrkene. Spesielt tydelig kom dette frem i sammenligning med det svenske forsøket med redusert arbeidstid i Södertelje. Grunnbemanningen i seg selv medfører høyt arbeidspress, og ofte er det også slik at de ulike yrkesgrupper utfører arbeidsoppgaver som de faglig sett ikke er kompetente til. Det er spesielt hjelpepleiere og hjemmehjelpere som i tverrfaglighetens navn opplever dette. I ferieavvikling og helge- og høytidsavviklinger er mangelen på spesielt kompetansepesonell fremtredende. Dette er en kilde til irritasjon og ergrelse for alle i organisasjonen. Arbeidspress og stress er faktorer i arbeidsmiljøet man ignorerer generelt ved opprettholdelse og akseptasjon av den lave grunnbemanningen, og som ved fravær forsterkes ytterligere dersom ikke tilfredsstillende vikaralternativ finnes.
Nedgang i erstatningsdager fører direkte til lavere arbeidspress og mindre stress.

Faktor 4:"Kolleger og sosialt klima/samarbeid"
Fellesskap, støtte og samhold blant de ansatte er av stor betydning for trivselen på arbeidsplassen. I en arbeidsprosess er det ofte behov for at kollegaer støtter hverandre med informasjon, råd og hjelp.
Utforming av ensomme jobber (hjemmetjenesten) hindrer støtte fra kollegaer og leder ved vanskelige situasjoner eller spesielle belastninger. I miljøer hvor arbeidstaker ikke vet så mye om de andres arbeidsoppgaver, kan misunnelse og feiloppfatning bli resultatet. Arbeidstaker som arbeider alene i forhold til klienter i hjemmetjenesten kan oppleve trakassering, mistenkeliggjøring etc. i arbeidet. Denne arbeidsgruppen er det spesielt viktig å ta hensyn til og legge tilrette for slik at opplevelsene kan bearbeides og behandles.
Er arbeidsklimaet trygt og støttende vil det være lettere å sette problemet på dagsorden.
For å oppnå den kollegiale støtte og samhold som her skisseres som en viktig arbeidsmiljøfaktor krever det både tid sammen og vilje til åpenhet.
Tid sammen blir viktig i denne sammenheng. Her vil også fraværsendringer styrke eller svekke mulighet for å gi kollegial støtte eller utvikle samhold, alt

avhengig av om fraværet stiger eller ynker. I prosjektperioden har vi dokumentert at fraværet synker, vi har styrket muligheten til å gjøre det sosiale klimaet mer stabilt og til å fremme samarbeidet.

Faktor 5:"Ledelse og sosialt klima"

Lederatferd har både en direkte og indirekte virkning på det sosiale klimaet på arbeidsplassen. Måten lederen utformer sin rolle på vil påvirke det sosiale klimaet direkte: viser leder interesse for ansatte, er leder flink til å motivere /støtte, er leder konfliktløser eller konfliktskaper, skaper leder trygghet eller utrygghet? Lederens holdninger og stil har en viktig signaleffekt for hvordan en behandler hverandre og hva som skal være omgangstonen på arbeidsplassen. Leders bidrag til det sosiale klimaet vil påvirke ansattes opplevelse av mening i arbeidet. Både før prosjektstart og i prosjektperioden har ledere og mellomledere deltatt på ulike kurs i den hensikt å styrke denne viktige arbeidsmiljøfaktor: Ledelse og sosialt klima. Bydelen har hatt dette som et satsningsområde. Oppfølgingen av de ulike tiltak har variert, og effekten av ressurssatsingen på lederutvikling er det derfor vanskelig å si noe om. Men lederatferd påvirkes av det sosiale klimaet også. Er det en enhet med spenninger og uro, slår det seg ofte ut i fravær, ved at nærværsfaktorene svekkes. Dette har vi sett eksempler på i prosjektperioden selv om det endelige fraværsmønster har endret seg noe i positiv favør. Lavere fravær kan være et uttrykk for økt trivsel, og økt trivsel har av mange prosjketpersoner blitt beskrevet som forårsaket av"en god leder".

Arbeidsmiljøets funksjon og arbeidsmiljøets psykososiale faktorer er belyst i forhold til det endrede fraværsmønster vi har sett i forsøksenheten i prosjektperioden. Trekker vi med det de ansatte selv har gitt uttrykk for gjennom prosessen, for å validere de funn som er dokumentert i fraværskartleggingen, er det rimelig å oppsummere med å si at arbeidsmiljøet har blitt styrket i prosjektperioden, både som en følge av arbeidets organisering, tredelt turnus og synkende fravær.

7.1.2.3. Konsekvenser for tjenestekvalitet

Vi har nå sett på hvordan fraværet virker på arbeidsgiver og på hvordan endringer fører til påvirkninger i arbeidsmiljøet.
De som er mottakere av tjenesten er allikevel de som merker fraværets konsekvenser best.
Tjenestekvaliteten er ikke noe enkelt og entydig begrep å definere.
Tjenestekvalitet i prosjektsammenheng skal inkludere hjelp, pleie og omsorg gitt av ulike yrkesgrupper: hjemmehjelpere, hjelpepleiere og sykepleiere.
Felles for alle yrkesgruppene er at tjenesten de yter er relasjonell, med det menes at den kommer til uttrykk som samhandling mellom mennesker. Den ene har udekkede behov og er avhengig av hjelp (pasient/tjenestemottaker) og den andre

(hjemmehjelpen, hjelpepleieren, sykepleieren) innehar den ekspertise som er nødvendig for å gi hjelpe til den andre. Dette utgjør en gjensidig avhengighet. Det vil si at både pasienten/tjenestemottakeren og hjelperen er avhengige av hverandre.
Kvaliteten på arbeidet vi utfører i relasjonen er avhengig av tid. (jmfr. kap. 4.2)
Mangel på tid bruker vi ofte som en begrunnelse for at vi ikke gjør arbeidet vårt så bra som vi kunne ønske.
I prosjektsammenheng er i alle fall ikke tiden blitt redusert i forhold til arbeidet vi skal utføre, da tapt produksjonstid er kompensert ved opprettelse av 17 nye stillinger. Arbeidskraftinnsatsen er den samme i prosjektperioden som før prosjektstart.

Tjenestekvalitetens tre dimensjoner:

1) Kvaliteten på arbeidet er avhengig av på hvilken måte vi er tilstede i relasjonen. Måten man er tilstede i relasjonen på er avhengig av våre holdninger, som kommer til uttrykk i grad av innlevelse/empati.

2) Kvaliteten på arbeidet er avhengig av vår moralske praksis. Den moralske praksis viser seg i måten man følelsesmessig er tilstede i relasjonen på. Måten man er på i samhandlingen kan gjøre situasjonen truende eller trygg for tjenestemottaker. Dette kommer til uttrykk ved at man utøver makt eller tillit.

3) Kvaliteten på arbeidet er avhengig av personalets til enhver tid praktiske ferdigheter/håndlag, og hvor kunnskaper (teori og erfaringsbaserte) er integrert i hver eneste lille handling.

Kvaliteten på arbeidet kommer til uttrykk i grad av innlevelse, kommer til uttrykk i moralsk praksis; utøver jeg makt eller tillit (som ytterpunkter på en skala) og den kommer til uttrykk i praktiske ferdigheter hvor kunnskap(teori og erfaringsbasert) er integrert.
Vi har sagt at omsorg er relasjonelt. Da er det nærliggende at pasient/tjenestemottaker er en viktig kilde til å bedømme kvaliteten på arbeidet. Evaluator vil komme med dokumentasjon her.
Denne prosessbeskrivelsen vil gjøre en teoretisk evaluering av tjenestekvalitet, og se fraværsendringene i forhold til tjenestekvalitetens tre nevnte dimensjoner.

Kriterier for vurdering av tjenestekvalitet:

Vi kan si at kvaliteten er sikret gjennom de rammer for drift som vi har. Rammene for kvaliteten har vi nedfelt i mål for institusjonen(vedlegg 21), i Yrkesetiske retningslinjer, i Arbeidsmiljølov og i Hovedtariffavtale.
Men selv om vi sikrer oss med lover og regler for tjenestekvalitet er det svært mye som avhenger av omsorgsyternes innsats i arbeidet.

i Yrkesetiske retningslinjer, i Arbeidsmiljølov og i Hovedtariffavtale.
Men selv om vi sikrer oss med lover og regler for tjenestekvalitet er det svært mye som avhenger av omsorgsyternes innsats i arbeidet.

Hvilken grad av innlevelse kan en forvente at en arbeidstaker kan utvikle, når arbeidstaker stadig må skifte pasienter/tjenestemottaker som en følge av stort fravær og lav grunnbemanning?
Hvilken følelsesmessig nærhet har arbeidstaker mulighet til å utvikle i en slik organisering? For å oppnå tillit, krever det både tid og kontinuitet.
De praktiske ferdigheter, hvor kunnskap er integrert, både teori og erfaringsbaserte, kommer til uttrykk i situasjoner som er uforutsigbare, hvor man vanligvis står alene og hvor konsekvensene av handlingene man utfører er umiddelbare. Omsorgsyrkenes arena krever modenhet, klokskap og arbeidstakere med bred erfaring. I fraværsperioder vil dette være umulig å oppnå, med den tilgangen på kvalifisert ekstrahjelp som preger dagens praksis.
Ressurstilgangen og forvaltningen er ikke ideell for omsorgsyrkene.
Standarden er ofte satt med utgangspunkt i tjenestemottakers grunnlegende fysiologiske behov. Men hvem vil si at livskvaliteten er god når de grunnleggende fysiologiske behov er tilfredsstilt?
Til deg som leser, vil du si at din livskvalitet er god dersom du får spise deg mett, vasket og kledd på deg, gått på toalettet og fått sove tilstrekkelig?
Hva med alle de andre dimensjonene som kommer inn i et menneskets liv og som gjor det verd å leve, som vi beskriver som grader av livskvalitet.

I prosjektperioden, hvor forsokspersonene har blitt "hort" gjennom faglige rapporteringsmoter og skriftlige rapporter, er den samlete vurdering at arbeidets organisering i prosjektperioden har styrket tjenestekvaliteten ved at de har fått mer tid til de psykososiale behov og ved at okt fritid over tid har gitt overskudd og arbeidsglede. At endringer i sykefravær og annet fravær har ført til redusert bruk av innleid erstatningshjelp, styrker prosjektpersonenes beskrivelse av at tjenestekvaliteten har blitt styrket i prosjektperioden: personalomsetningen er redusert.

7.2. Et forsok på å problematisere dagens premisser for drift med kjennskap til fraværsmonster og bruk av overtid, vikar og ekstravakt i forsoksenheten.

Vi har nå sett på rammene/premissene for drift i forsoksenhetens omsorgsyrker: stillingshjemler og arbeidstid mot dokumenterte hjelpe-, pleie- og omsorgsbehov. Videre har vi kartlagt fraværet og sett hvordan det virker inn på forsoksenheten. Merutgiftene ved oppdekking av fraværer er et uttrykk for hvordan vi løser /behandler dagens fravær økonomisk. Hva har de reelle merlonnsutgiftene vært for prosjektenheten?

I vedlegg 30 presenteres en totaloversikt over merlønnsutgifter som følge av overtid, ekstravakt og vikarbruk i forsøksenhetens to tjenestesteder. Feriepenger på 10.2% og Arbeidsgiveravgift på 14.3% er ikke medregnet i denne oversikten.
I perioden fra 1994 til prosjektslutt i 1997 har det vært gjort endringer i budsjettenes kostnadssteder. Dette gjelder spesielt det ene tjenestestedet: Majorstua alders og sykehjem/MAS. I 1994 hadde MAS all drift på ett kostnadssted. I mai 1994 ble budsjettet splittet i postvise budsjett, og ansvar for budsjett lagt til avdelingssykepleier. Oversikt over regnskap for de fire første måneder i 1994 har det vært vanskelig å skille ut. Det er viktig å være klar over denne problematikk når man leser oversiktene. Regnskapsoversikten skulle ellers være sammenlignbar over tid.
I sykefraværsoversikten i vedlegg 27 fremkommer en nedgang i korttidsfravær for alle yrkesgrupper og på alle tjenestesteder. Den samme tendens kan vi se på nedgang i merlønnsutgifter i vedlegg 30. Fravær på mer enn to uker; det som kommer inn under sykelønnsordningen, har steget på sykehjemmet, i hjemmesykepleien men ikke hos hjemmehjelperne(spesielt i 1996 er nedgangen i sykefravær mer enn to uker tydelig). Denne tendensen finner vi også i oversikt over merlønnsutgifter på de spesifikke tjenestesteder. For hvert tjenestested er sykelønnsrefusjonene trukket ifra arbeidsgivers merlønnsutgifter. Trygdeetaten refundere alt sykefravær over to ukers varighet. Det er en stigende refusjonsandel på alle tjenestesteder bort sett fra hos hjemmehjelperne, hvor lanftidsfraværet har gått ned. Dette viser seg også i lavere refusjonsoverføringer fra trygdeetaten til yrkesgruppen hjemmehjelpere.
Sykefraværsregistreringene speiler merlønnsutgifter som forventet.
Av merlønnsutgiftene er det timebetalt ekstrahjelp som gjennomgående utgjør den største utgiften på sykehjemmet. Kontosted 700, timebetalt ekstrahjelp, belastes ved innleie av ekstravakter for å dekke opp bemanningen i helgene,"dekke hull i turnus". Vikarer ved korttidsfravær belastes lite i forhold til ekstravaktbruken. Det forteller oss at det er vanskelig å få tak i vikarar når sykdomsfravær plutselig oppstår.
For hjemmetjenesten ser vi noe av den samme tendensen som på sykehjemmet. Det er timebetalt ekstrahjelp som utgjør den største netto merlønnsutgift for arbeidsgiver. Her er det også "hull i turnus" som er årsaken.
Dagens praksis, å benytte så stor grad av innleide ekstravakter, som en konsekvens av for lav grunnbemanning gir liten stabilitet i arbeidsstokken, svekker arbeidsmiljøet, krever mye opplæring, utsetter tjenestemottaker for mange nye og ukjente personer, truer kontinuitet i tjenesteforholdet, gjør driften dyr og inneffektiv ved at ledere bruker svært mye tid på å skaffe ekstavakter etc.
Det er vanskelig å finne positive sider ved dagens praksis. Faglig sett er det bare ulemper, men hva med den økonomiske siden?

7.2.1. Kostnadseffektivitet som sterkeste legitimeringsfaktor for drift i offentlig sektor - er det alltid så klokt?

Det har lenge vært en oppfatning at det har vært mer økonomisk lønnsomt å drive omsorgsyrkene med lav grunnbemanning og innleie av ekstravakter ved behov. Vi har nå sett på hva denne praksis fører til faglig og økonomisk. Dagens praksis legitimerer for å komme med alternative forslag til løsninger.
Omsorgsyrkene utgjør en stor del av virksomheten i offentlig sektor.
I hjemmetjenesten er driften planlagt ut i fra et kriteriebasert system (vedlegg13) hvor alder danner grunnlag for kostnadsnøkler. For Bydel 2 har det betydd budsjettkutt i 1996, selv om de ikke direkte har berørt stillinger i prosjektenheten.
I sykehjem benytter man pleiefaktor som kostnadsnøkkel, for å angi en minimumsbemanning. Ingen av tjenestestedene har stillingshjemler for faste vikarer. Fravær legitimere for vikarbruk, men dagens praksis er slik at man vegrer seg for å dekke opp fravær, først og fremst med begrunnelse i omkostninger på et stramt budsjett og dernest fordi man ikke har noe ekstravakt- eller vikartjeneste å kontakte. Praksis blir preget av at mellomledere og ledere både har det budsjettmessige og det faglige ansvaret for driften. For ledelsen vil dette fortone seg som et dilemma, hvor alle løsninger blir gale. Bruker man tid på å skaffe vikarer, sprenger man de økonomiske rammer, og får sanksjoner for det..
Forsøker man i kostnadseffektivitetens navn å skyve merarbeidet ved fravær over på de nærværende, sparer man merlønnsutgifter som vil raskt vise seg i de kvertalsvise regnskap. Konsekvensene av denne "sparepraksis" vil på lengere sikt føre til utarming av personalet, utvikling av utbrenthet, ingen akseptasjon av fraværsgrunn, fordi det er de nærværende som tar støyten. På sikt vil nok en slik strategi bli enda dyrer for arbeidsgiver, fordi arbeidsmiljøproblemer av den typen nevt ovenfor går mye dypere og koster mer å behandle enn fravær forårsaket av helemessige grunner, da arbeidsmiljøet virker på oss alle, både tjenestemottaker og tjenesteyter. Hvilke andre alternativer kan vi finne da, for å behandle/løse fraværsproblematikken på en bedre måte?

7.2.2. Konvertering av midler fra vikar - og ekstravaktbruk til faste stillinger, hvilke konsekvenser får det ?

Går vi tilbake til vedlegg 30 som gir en totaloversikt over netto merlønnsutgifter for prosjektenheten fra 1994 til 1. kvartal 1997, ser vi at det er ganske store beløp dette dreier seg om.
Ser vi på sykefraværsoversikten i vedlegg 27 og regner erstatningstid grunnet sykefravær om til hele årsverk (et årsverk er 1610 timer) vil erstatningstiden, med utgangspunkt i 1996, ved Majorstua alders og sykehjem utgjøre 3.2 årsverk.
For hjemmesykepleien 1.3 årsverk og for hjemmehjelpen 2.4 årsverk. Totalt utgjør erstatningstiden for arbeidsgiver ved sykefravær i prosjektenheten 6.9 årsverk i 1996. Lønnsrammen for 1 årsverk i omsorgsyrker kan beregnes til 250.000.-
For 6.9 årsverk blir prisen 1.725.000.-

Dekker man opp erstatningstiden med f.eks. tre faste vikarer på hvert tjenestested, ut i fra en dokumentasjon på at fraværsmonsteret over tid har vist seg å ligge her, vil lønnskostnadene utgjøre 1.500.000.-
Konsekvensene blir: Seks personer ville få fast ansettelse i 100% stilling, arbeidsmiljøet og tjenestekvaliteten ville bli styrket. Kostnadene vil ikke overstigende dagens nivå. Totale merlønnsutgifter i 1996 i hele forsøksenheten var på
Som et forslag til løsning presenteres denne tilnærming på hvordan dekke opp med kvalifisert hjelp i en utsatt bransje, når fraværet er så stort og det krever erstatning. Den uheldige utvikling vi ser ellers på arbeidsmarkedet med økende bruk av engasjementer, og vikarordninger, som særlig rammer unge arbeidstakere og kvinner, må vi motarbeide. Tall fra Statistisk sentralbyrå(Arbeiderbladet 23. juni 1997) viser at det i andre kvartal i 1996 var hele 256.000 midlertidig ansatt: 13% av arbeidsstokken. I følge statistikken fra Statistisk sentralbyrå ønsker 6 av 10 midlertidig ansatte å bli fast ansatt.
Oppfordringen fra arbeidstakerorganisasjonene er: dersom du ikke er i et reelt vikariat,, krev fast ansettelse.
Dette forslaget vil styrke tjenestestedene faglig, sikre arbeidstakeres rettigheter og det vil være innenfor en forsvarlig økonomisk driftsramme.

Kapittel 8
Fakta om prosjektet:

8.1. Møter
Videre følger en dokumentasjon på de formaliserte møter som har funnet sted i planleggingsfasen, og i operativ periode.

Ulike møter:	*1994*	*1995*	*1996*	*1997*
Seksjonsinterne	*25*	*13*	*7*	*4*
Forsknings-institusjonene	*16*	*9*	*5*	*2*
Informasjons og planleggingsmøter til bydeler/tjenestesteder	*24*	*35 (før prosjektstart)*		
Oppfølgingsmøter		*92*	*156*	*71*
Planleggingsmøter for tekn.adm.drift	*5*	*11*	*33*	*4*
Prosjektgruppemøte	*6*	*18*	*13*	*4*
Rådgivende utvalg	*3*	*10*	*6*	*3*

Seksjonsinterne møter refererer til møter i Byrådsavdeling for finans og plans ulike seksjoner; arbeidsgiverseksjon, budsjettseksjon, regnskapsseksjon, oppfølgingsseksjon.
Forskningsinstitusjonsmøter refererer til spesifikke møter med de to institusjonene som har vært i prosjektet, AFI/IFFM og FAFO.
Informasjon- og planleggingsmøter referer til alle de innledende møter med ulike bydeler og spesielt bydel 2, etter at denne ble valgt ut i oktober 1994.

Når det gjelder oppfølgingsmøtene, er de tilrettelagt i forsøksenhetens møtestruktur. Man har forsøkt å "henge seg på" de eksisterende avdelings/sonemøter/rapporteringsmøter etc. for ikke å forstyrre forsøksenheten. Tiden har ved enkelte oppfølgingsmøter blitt utvidet noe på grunn av prosjektets interesser.
Planleggingsmøter for teknisk- administrativ drift referer til ulike spisskompetansemøter på bydelsnivå; regnskap, lønn, pesonal etc.
Prosjektgruppemøter og Rådgivende utvalgsmøter referer til prosjektets styringsstruktur og driftsmøter.

8.2. Mediadekning

Det har vært relativt stor mediaoppmerksomhet rundt prosjektet. Spesielt i planleggingsfasen, ved oppstart, ved halvgått løp og endelig ved avslutningen av prosjektet.
Landsdekkende aviser som Aftenposten, Arbeiderbladet, Dagbladet, Verdens gang, Klassekampen og Ny Tid har alle dekket 6 timers dagen, enkelte har fulgt svært tett opp. Samlet handler det om over 100 artikler. Interessen har vært stor i den politiske prosess, forut for vedtak, og spesielt stor interesse for omsorgsarbeidernes egne erfaringer med å gå redusert tid.
Av andre store aviser som har dekket prosjektet nevnes Stavanger Aftenblad, Bergens Tidene, Troms Dagblad, Nordlys og Finnmark Dagblad. Dette har sammenheng med at ovenfornevnte fylker alle arbeider for å legge tilrette for forsok med 6-timers dag. Lokalavisen Uranienborg - Majorstua Budstikke har naturlig nok dekket prosjektet.
Når det gjelder fagtidsskrifter og ukepresse har også interessen vært stor. Fagbladet/Norsk Kommuneforbund, Sykepleien/Norsk Sykepleierforbund, Basis/Norsk helse- og sosialforbund, Fontene/Fellesorganisasjonen har dekket prosjektet med 25 ulike reportasjer. Kommunal Rapport, Foreldre barn, Folket, Kvinner og klær er andre.
Når det gjelder radio og TV har prosjektet vært i 18 ulike reportasjer. Programpostene har vært Politisk kvarter, Østlandssendingen v/nyhetsavdeling, Timeglasset og Her og nå. Prosjektets ene TV reportasje var i NRK-Østlandssendingen. I all hovedsak har mediaerfaringen vært positiv for forsoksenheten.

8.3. Informasjon og formidlingsarbeide

Dette arbeidet har blitt vektlagt fra prosjektledelsens side.
Det har vært forespørsler fra landets fleste fylkeskommuner og fra mange kommuner. Interessen fra våre naboland; Sverige, Finland og Danmark har medført flere studieturer med erfaringsutveksling. Prosjektbeskrivelser og delrapporter har blitt sendt til alle som har henvendt seg.
Det største informasjons og formidlingsarbeidet har allikevel vært i forhold til fagforeninger, Hovedsammenslutninger og politiske grupperinger og partier, med 65 ulike foredrag. Spesielt er det kvinnepolitiske utvalg og kvinnedominerte fagforbund som har arrangert seminarer/konferanser, over hele landet.

Kapittel 9
Konklusjon

Forsøket med 6 timers dag i omsorgsyrker i bydel 2, Oslo kommune har aldri hatt 6 timers dag som tariffpolitisk mål.
Legitimiteten for forsøket har vært sykefravær, med begrunnelse i kostnadseffektivitet. Faller sykefraværet faller utgifter til erstaningsbemanning og forsøket vurderes som vellykket.
Forblir sykefraværet uendret, eller det stiger, forblir eller stiger merutgifter som følge av det, og forsøket vurderes som mislykket.
Om det er sammenheng mellom redusert arbeidstid og sykefravær er det evaluators oppgave å dokumentere. Forskningen dokumenterer hva daglig redusert arbeidstid fører til for arbeidstaker spesielt, for tjenestemottaker og endelig for arbeidsgiver/ledelsen.
Som prosjektleder har jeg vektlagt å beskrive planleggingen, gjennomføringen og avviklingen av prosjektet, i håp om at dette kan være av interesse for andre som skal gjennomføre arbeidstids- reformer eller omorganisere.
Videre har man forsøkt å problematisere årsaksfraværet, og sett hvordan fraværsmønsteret virker inn på forsøksenheten som er omsorgsyrker.
Forsøksenhetens behandling av fravær, og kostnadene det medfører er synliggjort.
Denne analysen har ført til at ulike forslag til alternative løsninger er forsøkt skissert, i den hensikt å styrke arbeidsmiljø og tjenestekvalitet.
I prosessen har man fulgt forsøkspersonene tett opp og avslutningsvis kan man konkludere deres beskrivelser med at tjenestekvalitet og arbeidsmiljø har blitt sikret og styrket, og at omsorgsarbeidernes livskvalitet har økt.
Det er den daglig arbeidstidsreduksjon, 6 timers dag/30 timers uke som har gitt oss disse erfaringene.

9.1. Veien videre

Arbeidstidsreformer både som mål og middel vil komme.
All samfunnsmessig utvikling tilsier det.
Legitimeringsgrunnlaget vil sannsynligvis være jobbdeling i fremtiden.
Avhengig av arbeidets art og yrkesaktives forutsetninger vil det sannsynligvis føre til dannelse av pressgrupper for reformer. Historiekunnskapen gjør dette utsagn gyldig.
Ideell arbeidstid finnes knapt. Forhold mellom arbeidstid og fritid endres, yrkesmessige funksjonsforskyvninger og teknologisk utvikling vil kunne føre til nye typer yrkesbelastninger, livsfaseproblematikken endres og arbeidsmarkedet endres.
Derfor er det viktig at flere forsøk, hvor ulike måter å legge arbeidsoppgavene tilrette på og derigjennom arbeidstida, kan forsøkes.

Litteraturreferanser

1 *Andersen, Lars: Sykefraværsprosjektet 1991 -1993. Erfaringer fra bransjer i LO/NHO området. SINTEF - 94. Oslo.*

2 *Arbetsmiljökommisjonen: Arbeten utsatta för särskilda hälsorisker, Stockholm, 1989. Kartläggingsgruppens rapport, Allmänna Förlaget.*

3 *Berg, Anne Marie: Arbeidstidsreduksjoner: Deltid og 6 timers dagen. Likestillingsrådet, Oslo, 1983.*

4 *Berg, Lavik: Arbeidstid og dagliglivets organisering. Rapport nr. 50/87, Fondet for markeds og distribusjonsforskning, Oslo 1987.*

5 *Bru, Lie og Stuland Larsen: Sammen om sykefravær. Rapport RF 120/94, Rogalandsforskning, Stavanger. 1994.*

6 *Buxrud og Forsèn: Sats på arbeidsmiljøet. Rapport nr. 3/89. Avdeling for helsetjenesteforskning.*

7 *Daatland, Svein Olav: Hjemmehjelper i eldreomsorgen. Norsk Gerontologisk Institutt. Rapport nr 2/94. Oslo*

8 *Dokument nr. 25. Oslo kommunes overenskomst med arbeidstakerorganisasjonene vedrorende lonns- og arbeidsvilkår for arbeidstakere i Oslo komune herunder A/S Oslo Sporveier. Tariffperioden 1.5.94 -30.4.96.*

9 *Ebeltoft, Arne: Fra muskelværk til miljoaktivitet. Universitetsforlaget, Oslo, 1986.*

10 *Ellingsæter. Anne Lise: Part-time work in European welfare states. Oslo, Institute for Social Research 1992.Rapport 92:10:24 - 8.*

11 *Friberg, Odd: Arbeidsmiljoloven, 4.utgave, 7. ajourførte opplag. Tano, Oslo 1992.*

12 *Karasek, Theorell: Healthy work stress, Productivity and the reconstruction of Working life. Basic Book, New York 1990.*

13 *Kjeldstad, Lyngstad: Arbeid, Lønn og likestilling. Universitetsforlaget, Oslo, 1993.*

14 *Lie og Tungeland: Familien i arbeid. Rapport RF 108/94 Rogalandsforskning, Satvanger 1994.*

15 *Lien, Olaug: Hvilke verdier styrer og legitimerer det "reformerte" norske helsevesen? Notat 9514 - LOS - senter: Norsk senter for forskning i ledelse, organisasjon og styring. Rosenbergsgt. 39, 5015 Bergen.*

16 *Løken, Lene: Fra barrikade til gerilja. Tiden Norsk forlag, Oslo 1987*

17 *Martinsen, Kari: Omsorg, sykepleie og medisin. TANO, Oslo 1989.*

18 *Martinsen, Kari(red.): Den omtenksomme sykepleier. TANO, Oslo 1993.*

19 *Moland, Leif E: De små grå.Deltidsarbeid og ansettelsesformer i kommunene. FAFO rapport 171.Postboks 2947. Tøyen. 0608 Oslo*

20 *NOS C 10: Tidsbruk og tidsordninger 1970 -1990 Statistisk sentralbyrå, Oslo - Kongsvinger, 1992.*

21 *NOU 1987: 9 B VEDLEGG til Arbeidstidsutvalgets utredning. NOU 1987: 9A Arbeidstidsreformer. Forvaltningstjenestene. Statens Trykningskontor. Oslo, 1987.*

22 *A)Olsson, Birgitta: Kortare arbetsdag - en väg till ett mer ekologiskt arbetsliv.Personalekonomisk institutet/PEI, Stockholm Universitet, 1994.*
B)Olsson, Birgitta:6 timmars arbetsdag med 8 timmars betaling. En personalokonomisk kalkyl på Hjemmtjensten i Kiruna. Personalökonomiska Institutet. Fallstudie nr. 91:1. Stockholms Universitet.

23 *Ono,Y. Lagerstom, Hagberg, Linden, Malker: Occupational musculosceletal injuries among home care service workers in Sweden. Abstract. 2na International Conference on Occupational Health for Health care workers. Stockholm 1994.*

24 *Pape: Arbeidsmiljø i Norge. FAFO-rapport, 149, 1993.*

25 *Rolstad, Kari: 6 timers dagen. Et dabattopplegg. Det Norske Arbeiderpartis Kvinnesekretariat, Oslo 1983.*

26 *Schultz(red.)Jamholt og Moksnes: På dagsorden:6 timers dagen. Tiden Norsk forlag, Oslo 1982.*

27 *Skjortnes, Marianne: Fra kvinneansvar til foreldreansvar. Rapport RF 121/94.Rogalandsforskning, Stavanger, 1994.*

28 *Solhaug, Henning: Deling av arbeid - en strategi for full sysselsetting. Norsk elektriker og kraftstasonsforbund. Falch Hurtigtrykk a/s. 1996*

29 *St. melding nr. 70 (1991-92) Likestillingspolitikk for 1990-åra. Barne- og familiedepartementet.*

30 *Svendsen, Eldring: Vask og følelser. En arbeidsmiljoundersokelse blant hjemmehjelpere i fire kommuner. Rapport 1/90. Arbeidsforskningsinstituttet. Oslo 1990.*

31 *Svendsen: Et valg er et valg er et valg....., Rapport 3/91, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo 1991.*

32 *Svendson og Skanse: Hemtjënsten - utveckling och 6 timmars dag. Kommentus Förlag AB 1994. 125 88 Älvsjö.*

33 *Sørensen, Bjorg Åse: Arbeidstidsutforming i praksis. Universitetsforlaget, Oslo 1987.*

34 *Sørensen, Eldring: Hjemliggjøring av pleie og omsorg, en prosjektbok om arbeidsmiljoutfordringer i hjembasertetjenester. Rapport 2/92. Arbeidsforskningsinstituttet. Oslo, 1992.*

35 *Tidsskrift for Samfunnsforskning 1990, årgang 31.*

36 *Universitetet i Oslo, Prosjektforum: Institutt for sosiologi "Ekte kvinnfolk jobber ikke heltid, - en undersøkelse om deltidsarbeidende kvinner i pleie- og omsorgssektoren i Oslo kommune." 1993.*

37 *Wergeland, E.: Kvinners yrkessykdommer. Den Norske legeforening. Oslo 1989.*

Rapporten er digitalisert av Aksjonskomiteen for sekstimersdagen.
Vedlegga til rapporten finner du på nettstedet vårt:
http://www.sekstimersdagen.no.