

Medisinske vikarer

Sykepleiervikarenes inntog i norsk helsevesen. Konsekvenser på avdelingsnivå.

Hovedoppgave i statsvitenskap

Universitetet i Oslo

Marianne Midthus Østby

November 2004

Innhold

INNHold	I
FORORD	V
1. INNLEDNING	1
1.1 TEMA	1
1.1.1 Problemstilling.....	2
1.1.2 Teoretiske betraktninger - operasjonalisering.....	3
1.2 HVA MENES MED EFFEKTER?.....	11
1.3 AVGRENSNING	12
1.4 OPPGAVENS STRUKTUR.....	14
2. TEORI	16
2.1 INSTRUMENTELL TEORI	16
2.1.1 Organisasjoner som instrumenter.....	16
2.1.2 Beslutningsatferd og formelle roller.....	17
2.1.3 Endring	19
2.1.4 Demografi og struktur	20
2.1.5 Forventninger om effekter ut fra instrumentell teori	20
2.2 INSTITUSJONELL TEORI: KULTULTURPERSPEKTIVET	23
2.2.1 Uformelle normer og verdier	23
2.2.2 Relasjonen mellom organisasjon og institusjon.....	24
2.2.3 Beslutningsatferd	25
2.2.4 Endring	26
2.2.5 Institusjonalisering: kultur.....	28

2.2.6	<i>Subkulturer</i>	29
2.2.7	<i>Forventninger om effekter ut fra kulturperspektivet</i>	30
3.	METODE	34
3.1	KVALITATIV TILNÆRMING.....	34
3.2	CASE-STUDIER.....	34
3.3	INTERVJU	35
3.3.1	<i>Intervju som informasjonskilde</i>	35
3.3.2	<i>Semi-strukturerte intervju</i>	37
3.4	UTVALG	37
3.4.1	<i>Case- enhet</i>	37
3.4.2	<i>Nivå</i>	38
3.4.3	<i>Avdelinger</i>	40
3.5	KILDEKRITIKK.....	40
3.5.1	<i>Kilder</i>	40
3.5.2	<i>Aviser og tidskrifter som kilde</i>	41
3.6	VALIDITET,RELIABILITET OG GENERALISERINGSPOTENSIALE	41
4.	TREKK VED NYERE NORSK HELSEPOLITIKK	43
4.1	NEW PUBLIC MANAGEMENT I HELSESEKTOREN	43
4.1.1	<i>Finansiering</i>	45
4.1.2	<i>Eierskifte og foretaksorganisering av sykehus</i>	47
4.2	REFORMPOLITIKKENS KONSEKVENSER FOR UTØVERLEDDET	49
4.3	MØTET MELLOM IDEALER OG REALITETER	50
4.3.1	<i>Økonomisk tankegang møter humanistiske uformelle normer og verdier</i>	50
4.3.2	<i>Misforhold mellom personalantall og pleietyngde</i>	51

5.	LOVENDRINGSPROSESSEN - DEBATT	53
5.1	SYKEPLEIERMANGEL.....	53
5.2	FLEKSIBILISERING AV ARBEIDSMARKEDET.....	54
5.2.1	<i>Tilpassning til et moderne arbeidsmarked.....</i>	<i>55</i>
5.3	DEBATT.....	57
5.4	LOV OM UTLEIE AV HELSEPERSONELL	58
6.	VIKARENES INNTOG PÅ AVDELINGENE	61
6.1	MEDISINSKE VIKARBYRÅER	61
6.1.1	<i>Bruken av sykepleiervikarer.....</i>	<i>63</i>
6.2	SYKEPLEIERVIKARENE	65
6.2.1	<i>Hvem er vikarene?</i>	<i>65</i>
6.2.2	<i>Vikarenes arbeidssituasjon</i>	<i>69</i>
6.3	VIKARENE I ET ARBEIDSMILJØ OG FAGFELLESSKAP	72
6.3.1	<i>Avdelingens organisering</i>	<i>72</i>
6.3.2	<i>Sosialisering.....</i>	<i>74</i>
6.3.3	<i>Kvalitet og kontroll</i>	<i>75</i>
6.4	OPPSUMMERING.....	76
7.	KONSEKVENSER PÅ AVDELINGSNIVÅ.	78
7.1	INNLEDNING.....	78
7.2	ØKONOMI.....	79
7.2.1	<i>Kostnadseffektivitet.....</i>	<i>79</i>
7.3	ARBEIDSFORHOLD.....	85
7.3.1	<i>Konsekvenser for fagfellesskap.....</i>	<i>86</i>
7.3.2	<i>Konsekvenser for arbeidsmiljø</i>	<i>90</i>

IV

7.4	TJENESTEKVALITET	94
7.5	UTILSIKTEDE KONSEKVENSER. HEMMER DETTE IVERKSETTINGEN AV DE FORMELLE MÅLENE?96	
7.6	EFFEKTIV MÅLOPPNÅELSE?	98
7.7	IMPLIKASJONER	102
7.7.1	<i>Betydningen av formell normativ struktur (FNS)</i>	103
7.7.2	<i>Betydningen av demografi</i>	106
7.7.3	<i>Betydningen av kultur</i>	108
8.	AVSLUTNING OG SAMMENFATNING	112
8.1	BEGRENSNINGER	112
8.2	KONSEKVENSER PÅ AVDELINGSNIVÅ	113
8.2.1	<i>En god løsning?</i>	114
8.3	VIKARBYRÅER I FREMTIDEN?	116
	ETTERORD	119
	KILDELISTE	120

Forord

Dette er en *redigert utgave* av hovedoppgaven ”Medisinske vikarer”. Det er derfor enkelte endringer leseren bør være oppmerksom på. Denne studien er en del av et større prosjekt på NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring). I denne utgaven som er lagt ut for innsyn er derfor caset, av hensyn til NOVA- prosjektet, anonymisert. Dette medfører en del mangler, spesielt med hensyn til kildelisten og enkelte kildehenvisninger. Årsrapporter og artikler som kan identifisere dette sykehuset er ikke blitt referert til. Det har også blitt utelatt opplysninger om sykehusets drift dersom det kan identifisere caset. Disse opplysningene var imidlertid tilgjengelige i utgaven som ble levert til sensur, samt for andre forskere tilknyttet prosjektet.

Oslo, november 2004

Marianne Midthus Østby

1. Innledning

1.1 Tema

Forskning generelt har vært mest opptatt av å besvare spørsmålet om hvorfor reformer og omorganiseringer skjer i offentlige organisasjoner, heller enn å forsøke å si noe om hva effektene av tiltakene er (Christensen m.fl. 2004:168). I praksis kan denne type reformarbeid, og lovendringer som er en del av dette, ofte avvike fra retorikken. Vi står overfor et evalueringsparadoks, som går ut på at de som foreskriver reformer knyttet til NPM - tenkningen, og bygger sin legitimitet på at de skal oppnå resultater, sjelden undersøker effekter av egne reformer (Ibid:151). I dette prosjektet vil det fokuseres på nettopp effekter. Det er en analytisk beskrivende studie, hvor jeg på avdelingsledernivå skal studere noen av *effektene* av ”*Lov om helsepersonell* ”, som ble vedtatt 1.juli 2000¹. Den nye loven var et resultat av en oppmyking av Sysselsettingslovens §§ 26 og 27. Gjeldende regelverk ble endret blant annet for at virksomhetene skulle få større fleksibilitet i forhold til å kunne dekke et varierende arbeidskraftsbehov (NOU 1998).

Lovendringen innebar en *liberalisering* av eksisterende utleieregler, fordi den åpnet for at også private aktører kunne formidle vikartjenester. Den nye loven omfatter alle typer helsepersonell. Sykepleiere utgjør den største gruppen av slike utleide medisinske vikarer (Nergaard og Nicolaisen 2003:58). Innføringen av mer liberale regler for utleie kan således sies å ha muliggjort en bestemt form for atypisk tilknytningsform for arbeid blant sykepleiere ved norske sykehus.

Denne studien er begrenset til *innleie* av *sykepleievikarer* i sykehus. Jeg presiserer at det rettes fokus mot *innleie* og ikke *utleie* av arbeidskraft. Fokuset vil være avdelingene som benytter seg av denne tjenesten, de som leier inn, og ikke på vikarbyråene, de som leier ut. Vi skal se nærmere på hvordan sykepleievikarene fungerer i den gjeldende organiseringen. Hovedmålet er å utvikle kunnskap om noen

¹ Med virkning fra 1.januar 2001

sider av det nye som vikarbyråene representerer. Hovedvekten er blitt lagt på hvordan avdelingene bruker, eller ikke bruker disse medisinske vikarbyråene, og hvordan det formelt og praktisk legges til rette for slik bruk. Det vil bli en viktig del av oppgaven å studere fenomenet over tid.

1.1.1 Problemstilling

I denne oppgaven skal jeg studere virkningen av privat formidling av sykepleiervikarer. Problemstillingen tar utgangspunkt i effekter og implikasjoner knyttet til reformbølgen New Public Management. *En antatt hovedhypotese i NPM – reformer er at de skal ha positive effekter på hovedmålet kostnadseffektivitet, og ikke negative sideeffekter på andre mål* (Christensen m.fl. 2004:155). Slike sideeffekter defineres her som arbeidsforhold og tjenestekvalitet.

Både økonomi, arbeidsforhold og tjenestekvalitet er i denne sammenheng viktig. For det første har sykehusene de siste årene gjennomgått store endringer både på eierskapssiden og på finansieringssiden, noe som har ført til at det stilles større krav nå enn før om at sykehusene skal drive økonomisk effektivt. *Økonomiske betraktninger* blir derfor viktig når sykehusene skal løse sine bemanningsproblemer. For det andre blir det viktig å se om lovendringen bidrar til endringer med hensyn til avdelingens *arbeidsforhold*, både faglig og sosialt. Vil den nye loven gi endringer i profesjonell samhandling og sosiale forhold på avdelingsnivå? Dette kan igjen få betydning for *kvalitet*. Kvaliteten på den tjenesten vikarbyråene leverer er også et viktig aspekt ved denne studien. Ut fra hensynet til den enkelte pasient og konkurransesituasjonen mellom sykehusene, vil kvaliteten på sykepleiervikarene være en viktig betraktning med hensyn til om avdelingslederne anser de medisinske vikarbyråene som et godt bemanningsalternativ.

En vanlig definisjon av *mål* i formelle organisasjoner er å si at de er begreper om eller definisjoner av noe vi ønsker å oppnå eller realisere i fremtiden (Christensen m.fl. 2004:88). Sykehuset i denne studien definerer sitt hovedmål som: å gi pasientene innen sitt ansvarsområde god og rask behandling. Sykehuset skal innenfor gitte ressursrammer holde høy kvalitet og god faglig standard på sin service og sine tjenester. Hovedproblemstillingen i denne oppgaven er:

Hvilke konsekvenser har lovendringen hatt på avdelingens økonomi, arbeidsforhold og tjenestekvalitet? Har lovendringen ført til at sykehusavdelingene når sine mål på en mer effektiv måte enn før?

Med *endring* menes her det som faktisk skjer når det fra politiske og administrative aktører gjøres bevisste forsøk på å endre kulturelle eller strukturelle trekk ved organisasjoner (Christensen m.fl. 2004:130). Studien vil ta utgangspunkt i lovendringen som en *reorganisering* bestående av to elementer. Den første endringen innebar en endring i den allerede eksisterende *formelle normative strukturen*. Loven endret aksessstrukturen, i form av at det ble lagt til rette for å bruke vikarbyråer som rekrutteringsprinsipp for å skaffe nok sykepleiere. Det andre aspektet ved en slik endring bestod av en endring i den *demografiske sammensetningen* på avdelingene. Sykepleiere fra vikarbyråer har, som vi skal se, en annen erfaring og kompetanse enn de som arbeider fast på avdelingene. Hvordan reagerer avdelingene når de blir eksponert for denne nye ordningen? Skyldes reaksjonene a) formelle og strukturelle trekk eller b) uformelle normer og verdier? Jeg skal empirisk belyse *hvorfor* enkelte avdelinger benytter seg av denne tjenesten, *når* det er behov for tjenesten, og *hvordan* arbeidet organiseres ved en slik type bemanningsløsning. Er vikarbyråene en effektiv måte å løse bemanningsproblematikken på? Skiller vikarene seg ut, eventuelt på hvilken måte? Integres vikarene på avdelingen, eller er de en kilde til fragmentering og dannelse av subkulturer?².

1.1.2 Teoretiske betraktninger - operasjonalisering

For å belyse noen sider ved bruken av vikarbyråer, tar jeg utgangspunkt i to organisasjonsteorier. Ved å benytte meg av disse to teoriene, får jeg belyst ulike aspekter ved avdelingens indre liv, struktur/demografi og kultur. I disse to teoriene skilles det mellom formelle og uformelle aspekter ved en organisasjon. Formelle aspekter kan defineres som: mål, teknologi, struktur og kompetanse, og er sentrale i instrumentell teori. Uformelle aspekter defineres som: holdninger, verdier,

² Integreringsaspekt

samhandling og uformelle normer, og er sentrale i institusjonell teori (Christensen m.fl. 2004).

I følge den ene tradisjonen, representert ved det *rasjonell- instrumentelle perspektivet*, er organisasjoners fremste kjennetegn at de er kollektive enheter, bevisst formet og strukturert som instrumenter for rasjonell oppnåelse av et eller flere mål (Scott 1987, Egeberg 1984). Tidligere empirisk forskning har kommet frem til at den individuelle organisasjonsatferd blir påvirket av tre uavhengige variable; den formelle normative strukturen (FNS), fysisk struktur (FYS), og organisasjonsdemografi (DEM). Disse variablene blir i en *instrumentell virkemiddelmodell* ansett som mulige styringsvariabler for organisasjonsatferd (Egeberg 1989). I denne oppgaven vil to av variablene bli vurdert som forklaringsvariabler. De to aktuelle forklaringsvariablene er *formell normativ struktur og demografi*. Avdelingene ses her på som avgrensede, selvstendige beslutningssystemer, hvor disse to variablene antas å ha størst virkning.

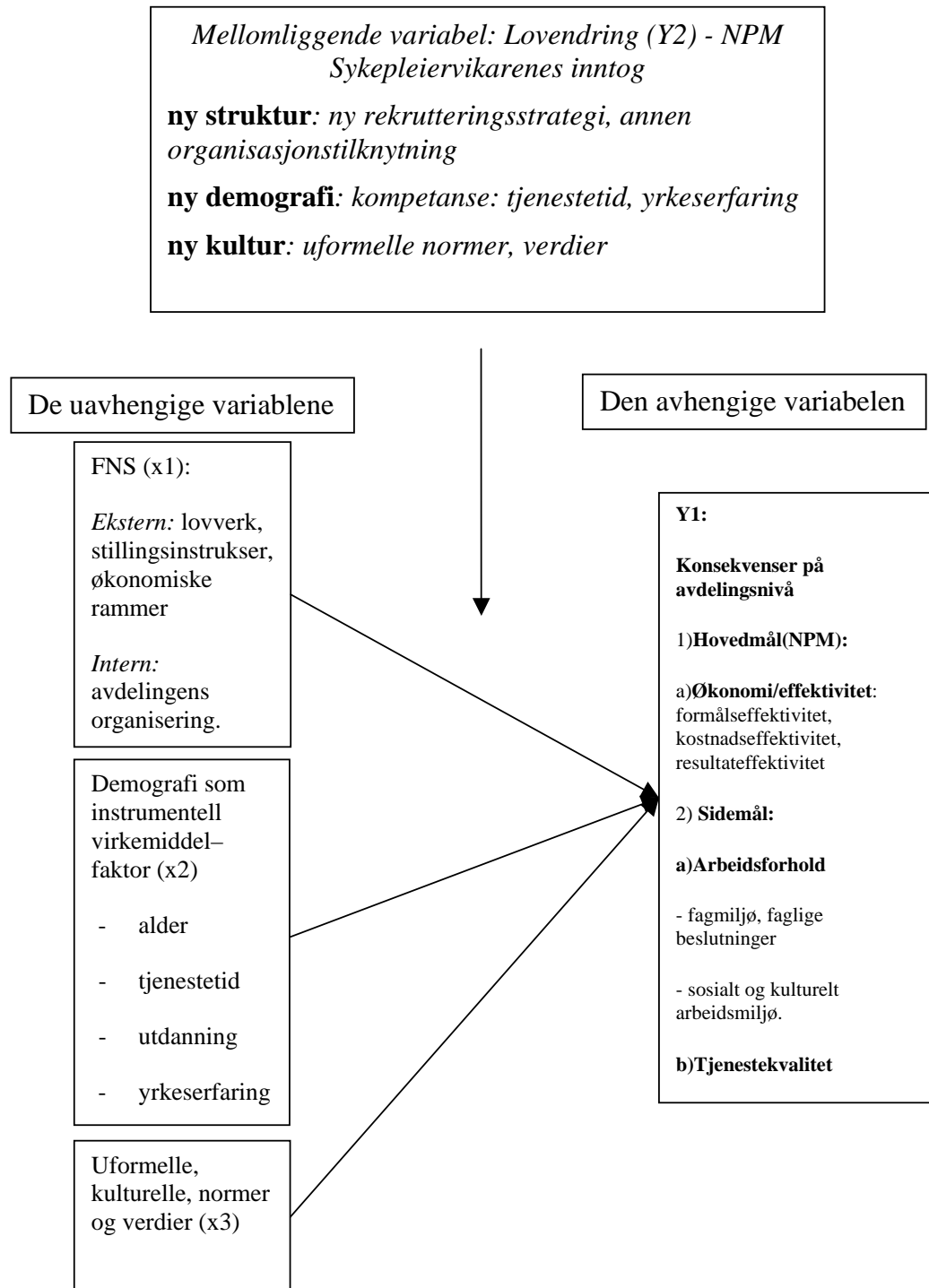
I tillegg til de instrumentelle forklaringsvariablene vil uformelle normer og verdier vurderes som alternative eller supplerende forklaringsvariabler. Den andre tradisjonen innenfor organisasjonsteorien som jeg skal benytte meg av, det *kulturelt – institusjonelle perspektivet*, belyser dette. Innenfor et slikt perspektiv er organisasjoner i større grad et mål i seg selv, hvor visse behov må tilfredsstilles. Formell normativ struktur har betydning også her, men det er ikke det som er primært viktig for å kunne si noe om atferd. Her er det *uformelle normer og verdier* som er avgjørende for å kunne si noe om faktisk organisasjonsatferd.

Modellen på neste side (figur 1.) illustrerer systematisk de variablene som antas å ha innvirkning på sykepleiernes faktiske atferd på avdelingsnivå. Modellen illustrerer også sykepleiervikarenes møte med denne nye strukturen, vikarbyråene (mellomliggende variabel). Sammenhengen mellom de uavhengige variablene, den avhengige variabelen og den mellomliggende variabelen kan illustreres slik:

Figur 1.

Avdelingen som beslutningssystem.

Ad hoc struktur



Modellen illustrerer vikarbyråenes møte med en avdelingsstruktur. Vikarbyråenes konsekvenser for sykepleien som profesjon ligger ikke innenfor rammene av denne oppgaven. Utgangspunktet for modellen er avdelingen som beslutningssystem. Sykepleierne er en viktig gruppe i dette beslutningssystemet. Deres arbeidsområder er mange og varierte, og sykepleierrollen kan derfor være vanskelig å avgrense. Sykepleierne samarbeider med mange yrkesgrupper, men har først og fremst daglig kontakt med leger og hjelpepleiere (Askjem 1996:72). De har i kraft av sin offentlige godkjenning erfaring, kunnskap og ekspertise som danner grunnlaget for at de kan jobbe på egne premisser og fatte egne faglige beslutninger. Denne yrkesrollen innebærer både omsorg og pleie, koordinering og samordning av mange ulike tjenester (Ibid:52). Sykepleierne er avhengige av legenes faglige kompetanse, men de har full kontroll på pleieområdet (Ibid:72)

Sykepleiere står i kraft av sin offentlige godkjenning, og som utøvere av sykepleieryrket, i *rettslige posisjoner*. Deres faglige plikter er med dette konkretisert i rettsregler, som eksempelvis: Lov om legemiddelforsyning, Straffeloven, Profesjonsloven, Helsepersonelloven og Helsetjenesteloven. Dette betyr at sykepleiere er i en situasjon påvirket av, og til dels styrt av, disse rettsreglene. Den enkleste av disse rettsreglene beskrives vanligvis ut fra pliktposisjoner og kompetanseposisjoner, og de bestemmes henholdsvis ut fra pliktregler og kompetanseregler. Med *plikt* menes i rettslig sammenheng: forbud, påbud, tillatelser og fritakelser. Med *kompetanse* menes i rettslig sammenheng: myndighet til å bestemme noe, for eksempel ved å gi regler eller instruksjoner. Generelt kan vi si at det i lovgivningen i dag finnes mange flere regler om sykepleiernes plikt til å handle, enn det finnes regler som regulerer deres kompetanse. Det er opp til arbeidsgiver å gi interne regler, men disse kompetansebestemmelsene må imidlertid ikke bryte med bestemmelser som følge av lov, forskrifter eller inngåtte avtaler. Brudd på slike pliktregler og kompetanseregler kan medføre reaksjoner som: erstatning, arbeidsrettslige reaksjoner, profesjonsrettslige/administrative reaksjoner og yrkesetiske reaksjoner (Sykepleierkongressen 1998:54-61).

Sykepleiernes yrkesutøvelse har ikke bare instrumentelle trekk, men også kulturelle trekk. Sykepleieryrket er et yrke hvor det utøves en god del *skjønn*. Lipsky (1980) hevder eksempelvis at bakkebyråkratenes arbeidssituasjon, det vil si arbeidssituasjonen til ansatte i skole, politi, rettsvesen, trygdevesen, helsevesen og andre offentlige instanser, gir dem et grunnlag for å ta avgjørelser basert på *skjønn*. Begrepet *skjønn* er i denne sammenheng et relativt begrep. Bruk av *skjønn* er mulig i situasjoner der lover og regler er så generelle at de gir mulighet for tolkning. Bruk av *skjønn* gir dermed mulighet for individuell behandling av den enkelte. Bruk av *skjønn* blir ifølge Lipsky (1980) brukt i mange situasjoner. Blant annet blir *skjønn* utøvd for å få gjennomført en stor mengde arbeid med begrensede ressurser, for å kunne gi respons til hver enkelts situasjon og fordi samfunnet ikke ønsker et maskinelt offentlig velferdssystem. Dette betyr ikke at disse yrkesgruppene ikke er underlagt regler, reguleringer og direktiver fra statlig hold, eller uformelle normer og etikk pålagt dem av deres yrkesgruppe. Lipskys poeng er imidlertid at disse reglene kan være en hindring. For å kunne ta raske avgjørelser på stedet, må slike yrkesgrupper bruke *skjønn* (Lipsky 1980:14-18). En sykepleiers yrkesutøvelse finner med andre ord sted i skjæringspunktet mellom en systemverden og en livsverden, hvor det faglige *skjønn* må være et navigeringsredskap (Sykepleiekongressen 1998:50).

Den avhengige variabelen som søkes belyst er ”Konsekvenser på avdelingsnivå” (Y). Konsekvensen ved bruk av sykepleievikarer knyttes til tre aspekter ved avdelingens indre liv: økonomi/effektivitet, arbeidsforhold og tjenestekvalitet. Disse antas å være faktorer som har betydning for om avdelingene når sine mål. En del av problemstillingen fokuserer på om avdelingslederne synes det er en positiv sammenheng mellom sykehusets ressursinnsats³ med hensyn til vikarbruk og tilfredshet på tjenestekvalitet.

Begrepet *effektivitet* defineres her som:

³ Det vil ikke utføres en økonomisk analyse. Avdelingsledernes synspunkt vil bygge på deres inntrykk, og de tilbakemeldingene de har fått fra sine økonomiansvarlige.

”Effektivitet er forholdet mellom ressursinnsats og produksjon, målt i forhold til en norm om hva som skal produseres (Kjekshus 2004).

Effektivitet er et sammensatt og komplekst begrep. Effektivitet måles her ut fra i hvilken grad sykepleiervikarene bidrar til at avdelingen effektivt når sine *mål*. Jeg vil avgrense effektivitetsbegrepet til å omfatte formålseffektivitet, kostnadseffektivitet og resultateffektivitet. Jeg antar at dette er viktige effektivitetsbegrep med hensyn til å vurdere om vikarbyråene er en god måte å løse bemanningsproblematikken på. *Formålseffektivitet* er her definert som det å *”oppnå virksomhetens hovedmål ”*. *Kostnadseffektivitet* innebærer at innsatsfaktorene anvendes i forhold til prisene på disse. Det vil si høyest mulig produksjon (”output”) og best mulige resultat (”outcome”) for hver offentlige krone. Det er i prinsippet litt uenighet om hvorvidt det er ønskelig med høy kostnadseffektivitet i offentlig tjensteproduksjon. Dette er *resultateffektivitet*, eller forholdet mellom ressursinnsats og resultatoppnåelse (Sørensen m.fl. 1999:25-26).

Bruken av sykepleiervikarer antas også å få konsekvenser for avdelingens arbeidsforhold, både faglig og sosialt. For at det skal gjøres en jobb i tråd med sykehusets målsettinger, er det viktig at sykepleiervikarene er faglig dyktige og at de sosialt sett fungerer godt sammen med sine kollegaer på avdelingene. Konsekvenser her kan få innvirkning både på effektivitet og på kvalitet. Begrepet kvalitet er et vidt begrep. Begrepet *”kvalitet”* er i seg selv et begrep som de fleste forbinder med noe som er veldig bra. Tankene føres inn på gode egenskaper som slitestyrke, soliditet, troverdighet og stil - en perfekt utførelse som signaliserer at her er det ikke spart på noe. Ideen total kvalitetsledelse (TKL) har vært en inspirasjonskilde også i omsorgssektoren. Denne styringsideen handler i korthet om å få hele organisasjonen til å slutte opp om en kvalitetskultur. Dette innebærer en kultur der kostnadseffektivitet og kundetilpassning aldri tapes av syne, og der brannsluking og krisehåndtering erstattes av planlegging og en søken etter perfektjon i egne arbeidsprosesser (Vabø 2002:13-14).

De *uavhengige variablene* som her antas å ha betydning for sykepleiernes atferd er formell normativ struktur (FNS), demografi og uformelle normer og verdier.

FNS (x1): Formell normativ struktur sier noe om hva som formelt sett er viktig i forhold til den rollen medlemmene i en organisasjon har. I denne sammenheng sier den formelle normative strukturen noe om en avdelings struktur og kompetanse. Ut fra et instrumentelt perspektiv antas FNS å gi retningslinjer for beslutningsatferd som er uavhengige av personlige trekk. Det er gjennom denne strukturen at atferd formes og kanaliseres, og beslutninger tas. FNS kan dermed defineres som et sett av upersonlige og objektive forventninger, som er knyttet til stillingsinnehaverne i organisasjonen, slik de kommer til uttrykk i blant annet skriftlige instruksjoner og regelverk, og organisasjonskart.

Den formelle normative strukturen defineres her som lover, regler og rammebetingelser. Formell normativ struktur gir sykepleierne både muligheter og begrensninger i forhold til sykepleierkompetansen og avdelingens arbeidsforhold. Jeg har delt inn den formelle normative strukturen i en intern og en ekstern struktur. Med *ekstern formell normativ* struktur menes i denne sammenheng: Helsepersonelloven, Helsetjenesteloven, Straffeloven, Profesjonsloven, Lov om legemiddelforsyning, stillingsinstruksjoner og andre rutiner som sykepleierne er forpliktet å holde seg til. Den innebærer også begrensninger satt av Sysselsettingsloven, Arbeidsmiljøloven og Tjenestemannsloven for hvordan arbeid og arbeidstid skal organiseres. Økonomiske rammer antas også å styre atferden på avdelingsnivå. Avdelingslederne står ansvarlig overfor avdelingens budsjett. De rammene som gis fra ledernivå bestemmer i stor grad hvilke løsninger som velges. Denne variabelen kunne vært plassert som en omgivelsesfaktor. For å gjøre modellen enklere, har jeg imidlertid valgt å la den være en del av den instrumentelle virkemiddelmodellen.

Med *intern formell normativ struktur* menes i denne sammenheng avdelingens interne organisering, som turnusordninger, gruppeordninger og arbeidsavtaler (produktivitetsavtaler, alternativ arbeidsordning). Dette er med andre ord ordninger for hvordan avdelingene skal organiseres for at det til enhver tid skal kunne drives både faglig forsvarlig og økonomisk effektivt.

Organisasjonsdemografi(x2): Organisasjonsdemografi er i denne sammenheng en instrumentell virkemiddelfaktor. Disse kan være tilskrevne eller oppnådde.

Organisasjonsdemografi kan her forstås som ytre stabile kjennetegn ved individer. I dette tilfellet antas de demografiske variablene: alder, tjenestetid i organisasjonen, utdanning og yrkeserfaring å være viktige variabler med hensyn til variasjon i den avhengige variabelen. Variabelen kjønn vil ikke diskuteres her. Det er et dominerende antall kvinner i sykepleieryrket, både for vikarer og faste ansatte. Variabelen kjønn anses i dette tilfellet ikke å ha stor betydning for eventuelle variasjoner i avhengig variabel.

Uformelle normer og verdier (x3): Uformelle aspekter er her definert som holdninger, uformelle normer, verdier, og samhandling. Ifølge Lipsky (1980) er slike uformelle aspekter ved sykepleiernes yrkesutøvelse av betydning for deres arbeid. Uformelle aspekter kan være allmenne eller politisk situasjonsbestemte. Slike uformelle aspekter tilknyttet faktisk atferd kan være sykepleierfaglige uformelle normer tilegnet gjennom utdanning, den enkeltes personlige holdninger, eller den enkelte avdelings uformelle normer og verdier.

Mellomliggende variabel: Sykepleiervikarene representerer her en strukturell endring i måten de rekrutteres på. Sykepleiere som rekrutteres til faste stillinger blir rekruttert via annonser i tidsskrifter og aviser, via sykehusets hjemmesider eller via ”jungeltelegrafene”. Slike rekrutteringsstrategier innebærer at sykepleierne tar direkte kontakt med avdelingene. Deretter velger avdelingslederne selv de vikarene de mener passer best for avdelingen. Ved bruk av vikarbyråer er det imidlertid byråene, etter ulike kriterier fra avdelingene, som gjør denne jobben. Vikarbyråene bruker de samme rekrutteringsstrategiene, det vil si aviser, tidsskrifter, byråets hjemmesider m.m. Forskjellen blir at sykepleierne nå rekrutteres indirekte, via et mellomledd. Disse sykepleievikarene skiller seg fra de faste ansatte sykepleierne ved at de får en dobbel organisasjonstilknytning, til den enkelte avdeling og til vikarbyrået. De har også andre lønns- og arbeidsbetingelser enn sine kollegaer som har fast ansettelse.

Vikarbyråenes inntog i helse-Norge representerer også en *endring i demografi*. Disse vikarene tilfører blant annet en ny type *kompetanse på avdelingene*. Både vikarene og de faste ansatte har samme type utdanning, da begge grupper må være offentlig godkjente sykepleiere. Deres utgangspunkt er derfor svært likt. Men

vikarene antas å ha andre forutsetninger enn de faste ansatte, noe som gjør at de vil skille seg ut. I denne oppgaven vil det fokuseres på tjenestetid og yrkeserfaring, da dette kan vise seg å være demografiske trekk som skiller vikarene fra de faste ansatte. Med *tjenestetid* menes her hvor lenge den enkelte sykepleiervikar har arbeidet på avdelingen. Sykepleierne er fast ansatt i vikarbyrået, og jobber på en timebasert kontrakt for den enkelte avdeling. På grunn av kontraktsformen vil en vikar ofte ikke være lang tid på den enkelte avdelingen. I variabelen ”yrkeserfaring” ligger både vikarenes tidligere yrkesbakgrunn og erfaring med det å jobbe i vikarbyråer. Dette er en variabel som antas å ha betydning for hvor godt en person fungerer som vikar.

Uformelle normer og verdier: på grunn av en vikars løse tilknytningsform er det interessant å se om vikarene kan ha andre holdninger til den jobben de skal utføre. Skulle dette være en uavhengig variabel som fører til variasjoner i avhengig variabel, er det videre interessant å se om dette skyldes organisatoriske trekk eller den enkelte vikars personlige egenskaper. Hvilke verdier og uformelle normer, i forhold til yrkesutøvelse, har vikarene sammenlignet med de faste ansatte? Fører bruk av vikarer til endringer i holdninger og verdier i forhold til yrkesutøvelsen? Skjer det noe med holdninger og verdier på avdelingene generelt når avdelingene benytter seg av sykepleiere fra vikarbyråer?

1.2 Hva menes med effekter?

Denne studien tar opp effekter av en lovendring. Begrepet ”effekt” er et komplekst begrep. Det kan blant annet skilles mellom *interne administrative effekter* og *eksterne politiske og samfunnsmessige effekter* av moderne reformtiltak (Christensen m.fl. 2004:155). I denne oppgaven vil fokuset ligge på de interne administrative effekter av endringen i lov om helsepersonell som ble vedtatt 1. juli 2000. Videre skilles det mellom et *smalt effektbegrep* og et *utvidet effektbegrep* (ibid:153). Begge disse vil stå sentralt her. Et smalt effektbegrep retter oppmerksomheten mot intenderte eller ønskede effekter. Dette kan være ønskede effekter knyttet til for eksempel formåls- og kostnadseffektivitet. Et slikt effektbegrep vil stå sentralt i et *instrumentelt perspektiv*. Instrumentelle tilnærminger opererer vanligvis med en enveisprosess fra

vedtak via iverksetting til effekter og implikasjoner. Organisasjonsformene vurderes da ut fra om de på en effektiv måte omsetter gitte mål og oppfatninger til beslutninger, goder og tjenester (Christensen m.fl. 2004:153-154). Et *utvidet effektbegrep* vil også være opptatt av bivirkninger og sosiale og politiske effekter. Det stilles spørsmålsteget om den underliggende modellen er til å stole på. Ut fra et utvidet effektbegrep påvirker organiseringen også utforming av mål, uformelle normer og oppfatninger, noe som står sentralt ut fra en *institusjonell tilnærming*. I dette tilfellet blir det viktig å se på om lovendringen i seg selv har positive eller negative sosiale og relasjonsmessige effekter på avdelingene (ibid:154).

Det er viktig, ut fra NPM - hypotesen, å skille mellom *effekter på hovedmål* og *sideeffekter på andre mål* enn det lovendringen var ment å treffe (ibid). I slike situasjoner øker imidlertid usikkerheten og tvetydigheten omkring effekter. Det blir viktig å vurdere om effektene oppfattes å være i samsvar med intensjonene, det motsatte av intensjonene, eller om resultatene oppfattes som nøytrale i den forstand at de verken var positive eller negative. Dette er imidlertid ikke helt uproblematisk. Et hovedproblem med hensyn til å måle effektene av denne lovendringen, er problemet med å identifisere og avgrense effektene av ett enkelt reformtiltak eller lovendring. Helsevesenet har de siste ti årene gjennomgått store forandringer, både med hensyn til finansiering og eierskapsforhold. Mye av de endringene vi ser på avdelingene, kan også skyldes andre forhold, som samspill, strukturelle endringer og markedsendringer.

1.3 Avgrensning

Inntil denne loven ble vedtatt var slik utleie av helsepersonell, som hovedregel, forbudt i Norge. Innleie av medisinske vikarer omfatter i dag *hele* sykehusvesenet, både leger, sykepleiere, hjelpepleiere, pleiemedhjelpere og legesekretærer. Sykepleiere er den største gruppen av slike utleide helsevikarer (Nergaard og Nicolaisen 2002). For å avgrense oppgavens omfang, vil dette prosjektet konsentrere seg om hvilke konsekvenser lovendringen har for sykepleiere og deres yrkesutøvelse. Dette bidraget er et single case studium utført på et større sykehus på

Østlandsområdet, og tar for seg avdelingsledernes erfaringer med vikarbruk⁴. Årsaken til at nettopp dette sykehuset var en ønsket case, er at dette er et relativt stort sykehus som både har avdelinger der de benytter seg av denne tjenesten, og avdelinger hvor de ikke lenger trenger den. Caset gir dermed en spennvidde med hensyn til om ulike typer avdelinger har ulike erfaringer med vikarbyråer. Dette gir et sammenligningsgrunnlag og muligheter for å si noe om fenomenet over tid.

Det er pr. i dag ikke forskningsbasert kunnskap i Norge om effektene av denne lovendringen. Derfor har jeg måttet samle inn mye av materialet selv. Arbeidet med denne oppgaven startet september 2003. Denne oppgaven er en del av et større prosjekt ved NOVA⁵, og prosjektet som helhet vil ha større spennvidde enn det som kommer frem i denne oppgaven. Denne oppgaven kan likevel stå som et selvstendig bidrag i debatten. Store deler av det empiriske materialet i denne oppgaven er hentet fra intervju med ledere på avdelingsnivå, det vil si oversykepleiere og avdelingssykepleiere. Jeg har valgt ledere på avdelingsnivå, fordi det er de som har ansettelsesmyndighet av sykepleiere og annet pleiepersonale. De har også ansvaret for avdelingens budsjett. Dessuten har oversykepleiere og avdelingssykepleiere sin arbeidsplass på avdelingene, i motsetning til ledere på høyere nivå⁶. De vil etter min mening representere både nærhet til fenomenet, samtidig som de har et noe distansert forhold til det. Dette mener jeg gir en god balanse i forhold til den informasjonen de har gitt meg. I tillegg til intervju vil jeg gjøre bruk av sekundærlitteratur. En del av denne sekundærlitteraturen kommer fra Sverige, hvor det har vært noe forskning omkring *utleie* av medisinske vikarer.

Relasjonen pleier - pasient vil ikke bli belyst eksplisitt, men vil inngå som en del av hvordan avdelingene helhetlig oppfatter konsekvensen av vikarbyråer. En viktig del av studien vil være å bli kjent med de rutiner som er gjeldende på disse

⁴ Cand.polit. Eli Kvamme, som også er tilknyttet NOVA- prosjektet, tar for seg erfaringene hos de sykepleierne som jobber sammen med vikarene nede på avdelingene. Dette nivået vil derfor ikke bli belyst i min oppgave. Prosjektet er dessuten et komparativt prosjekt hvor vi trekker paralleller til Belgia, hvor de har lengre erfaring med bruken av slike vikarbyrå. Også dette blir utført av Eli Kvamme, og vil ikke belyses her.

⁵ Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

⁶ Jeg tenker da sammenlignet med klinikkjefer og sykehusledelsen

avdelingene. Hvordan passer vikarer inn her? Jeg vil gå nærmere inn på hva bruken av slike korttidskontrakter har å si for stabilitet og kontinuitet på den enkelte avdeling, både faglig og sosialt. Er dette kun en kortsiktig løsning av problemet, eller fungerer det også på lengre sikt?

Det er viktig å merke seg at denne oppgaven har et begrenset tidsrom. Den omfatter avdelingsledernes erfaringer i perioden 1999 til begynnelsen av 2004. Jeg vil gjøre oppmerksom på at når jeg bruker begrepet vikar, så mener jeg vikarer fra vikarbyråene. Dersom jeg snakker om de vikarene avdelingene tar direkte inn blant annet fra Sverige, og som ikke er tilknyttet et vikarbyrå, så vil dette presiseres i teksten. Lederskap defineres dessuten her som avdelingsledere, det vil si oversykepleiere og avdelingssykepleiere på den enkelte avdeling. Jeg ser på disse som lederskap, slik som lederskap er definert av Selznick (1997), fordi de i kraft av sin stilling er ansvarlig for alle sider ved den daglige driften. Dette ansvaret innebærer blant annet å holde budsjettene, få til et velfungerende faglig arbeidsmiljø og å velge strategier for hvordan avdelingen skal dekke arbeidskraftsbehovet.

1.4 Oppgavens struktur

Etter denne innledningen, vil det teoretiske utgangspunktet presenteres. I *kapittel 2* gjøres det rede for et instrumentelt - og et kulturelle - institusjonelt perspektiv. Ved bruk av disse perspektivene kan jeg belyse effekter ut fra henholdsvis et smalt effektbegrep (instrumentelt perspektiv) og et utvidet effektbegrep (kulturperspektivet). Disse perspektivene belyser dessuten også viktige sider ved avdelingens indre liv, og dermed også hvordan sykepleiervikarene fungerer i disse omgivelsene.

Kapittel 3 tar for seg metodiske utfordringer knyttet til problemstillingen og innsamlingen av materialet. Denne oppgaven har mange begrensninger. Det er derfor viktig å klargjøre en del av de mulighetene og begrensningene jeg har stått overfor, og de valgene som er gjort. Dette er svært viktig med hensyn til validiteten og reliabiliteten i dette materialet.

Kapittel 4 setter lovendringen i en større sammenheng. Lov om innleie av helsepersonell er bare et ledd i en stadig liberalisering av helsevesenet. Endringene i eierskapsforhold og finansieringssystem anses som viktige, fordi de setter rammebetingelser for den økonomiske driften av den enkelte avdeling. Dette begrenser igjen muligheten for hvilke løsninger som det er mulig å benytte seg av for å dekke et tilsynelatende kontinuerlig bemanningsbehov. Dette er også viktig i den forstand at det på grunn av disse endringene kan være vanskelig å isolere effektene av lov om helsepersonell. Det antas at avdelingsledernes reaksjoner på vikarbyråene også kan føres tilbake til andre økonomiske og strukturelle endringer.

Kapittel 5 tar for seg sykepleiemangelen. Mangel på helsepersonell har til tider vært et stort problem. Denne yrkesgruppen er sensitiv til markedsendringer. Problemer knyttet til rekruttering av sykepleiere, var mye av grunnlaget for at debatten om også sykepleiere skulle formidles via vikarbyråer. En endring i lovverket skulle på denne måten gjøre det lettere å få tilgang til kvalifiserte sykepleiere.

Kapittel 6 tar for seg vikarenes inntog på avdelingene. Hvor mye brukes vikarbyråer, hvem er vikarer og hvordan fungerer de i den gjeldende organiseringen.

Kapittel 7 analyserer disse funnene. Her vil konsekvenser for økonomi, arbeidsforhold og kvalitet drøftes. Analysen er strukturert etter NPM - hypotesen som tar utgangspunkt i at endringer som det vikarbyråene representerer skal ha positive effekter på kostnadseffektivitet, uten negative konsekvenser på andre sidemål, her arbeidsforhold og tjenestekvalitet. Avdelingsledernes reaksjoner forklares i lys av et instrumentelt - perspektiv og et kulturperspektiv.

Kapittel 8: Oppgaven avsluttes med en generell oppsummering av analysedelen. Her vil jeg kommentere hovedfunnene. Vil vikarbyråene også være et bemanningsalternativ for fremtiden?

2. Teori

2.1 Instrumentell teori

2.1.1 Organisasjoner som instrumenter

Ut fra en instrumentell tilnærming betraktes organisasjoner som instrumenter med tanke på å nå bestemte målsettinger. Et klassisk poeng innen organisasjonsteori er at formell normativ struktur kan ha innflytelse og effekt på faktisk atferd i organisasjonen. Med faktisk atferd menes den beslutningsatferd som virkelig finner sted i organisasjonen. Faktisk beslutningsatferd kan ut fra dette perspektivet føres tilbake til trekk ved den formelle normative strukturen. Formell normativ struktur kan sies å bestå av en beslutningsstruktur, som regulerer deltakelse og aktivisering, og en aksessstruktur som regulerer definering og problemløsning (Egeberg 1984:21, Cohen, March og Olsen 1984:27-28). Ut fra en instrumentell tilnærming, antas det å være høy grad av samsvar mellom formell normativ struktur og faktisk atferdsstruktur (Egeberg 1984). Med faktisk atferdsstruktur menes at atferden er preget av stabilitet og regularitet. Jo mer faktisk atferdsstruktur kan føres tilbake til trekk ved den formelle normative strukturen, desto mer formell er atferden. (Egeberg 1984:22). Dette skal sikre at alle deltakerne ”trekker i samme retning” (Brunsson 1989:15), slik at organisasjoner fremstår som homogene, i betydningen at de fungerer som enhetlige aktører med konsistens i mål, beslutninger og aktiviteter (Olsen 1998:16, Pfeffer 1981:90, Scott 1998:53).

Det er her trekk ved den formelle normative strukturen i en organisasjon som forklarer beslutningsatferd. Formell normativ struktur (FNS) kan defineres som eksplisitt gitte, og relativt stabile, upersonlige og offisielle formelle normer i en organisasjon. At den normative strukturen er *formell* vil si at de forventningene som knytter seg til medlemmene i en organisasjon er upersonlige, eller uavhengige av personlige egenskaper (Scott 1995). Formalisering av strukturen virker stabiliserende på atferd, og skaper dermed forutsigbarhet for aktørene som er tilknyttet organisasjonen. Dette gjør design og redesign mulig (Olsen 1998).

At strukturen er *normativ* vil si at det finnes et stabilt system av forventninger som knytter seg til rolleinnhaverne i organisasjonen. Normene definerer hva organisasjonsaktiviteten skal dreie seg om og hvordan denne aktiviteten skal eller bør foregå (Egeberg 1989:18). Dette er formelle normer for hvem som har rett og/eller plikt til å delta i organisasjonsprosesser, normer for hva slags problemer organisasjonen bør eller må ta stilling til, hvilke løsninger som kan sies å være akseptable, og til slutt hvordan organisasjonen bør, eller må løse disse problemene (Egeberg 1984:20-21).

Formell organisering er ifølge dette perspektivet det som skal til for å skape systematisk oppmerksomhet om et bestemt saksfelt, om koordinering og en kollektiv rasjonalitet (Gullick 1937, Simon 1965 i Egeberg 1989). Instrumentell teori omtaler organisasjoner som *rasjonelle systemer*. Med rasjonalitet menes i dette perspektivet en teknisk eller funksjonell rasjonalitet, en ”instrumentell atferd”, ved at et sett av handlinger er organisert slik at de effektivt fører til måloppnåelse av forutbestemte mål (Scott 1998:33-34, 1995:138). Som rasjonelle systemer antas organisasjoner å være instrumenter designet for effektiv realisering av ett eller flere mål. Rasjonaliteten ligger her først og fremst i organisasjonen og selve organisasjonsstrukturen, og ikke hos det enkelte organisasjonsmedlemmet (Brunsson og Olsen 1990:12, Egeberg 1984:25-27, Scott 1998:33,34). Formell struktur skaper rasjonalitet gjennom å kanalisere ressurser og atferd mot de fastsatte målene (Roness 1997).

2.1.2 Beslutningsatferd og formelle roller

Strukturelle trekk har en sentral plass i et instrumentelt perspektiv. *Formelle normer* er gjerne nedfelt i organisasjonskart, reglementer og stillingsinstruksjoner som spesifiserer prosedyrer og fremgangsmåter og hvilket ansvar, hvilke rettigheter og plikter som tillegges ulike enheter og stillinger (Christensen m.fl. 2004:27). Atferd ses altså på som strukturelt forankret i de formelle rollene. Det arbeides her ut fra en såkalt ”*logic of consequence*”, eller konsekvenslogikk, som er basert på en mål-middel- rasjonalitet. En slik tankegang forsøker å si noe om framtidige konsekvenser av den handlingen som utføres. Den formelle normative strukturen utgjør dermed et

filter for problemopptatthet og løsningsmuligheter, og på bakgrunn av dette vil den formelle normative strukturen hjelpe individene i en organisasjon til å velge ut hvilke problemer og løsningsforslag som skal vies systematisk oppmerksomhet og hvilke som skal overses. Den formelle normative strukturen spesifiserer dermed hva som skal oppfattes som gode løsninger, stabilitet og forutsigbarhet. Det gjør den ved å uttrykke deltakelsesrettigheter - og plikter (Egeberg 1984:25.27).

Klart definerte mål antas her å ligge til grunn for valget mellom alternative handlingsveier. Eksplisitt og omfattende planlegging av administrative strukturer er både mulig og nødvendig for å kanalisere organisasjonsatferd i ønsket retning. Det at den formelle normative strukturen er med på å avgjøre eller påvirke atferd, gjør at det gjennom å kjenne til de formelle rammene, med relativt høy grad av sikkerhet, kan forutsi organisasjonsmedlemmenes atferd. Ved endring i formell normativ struktur forventes det altså ut fra dette perspektivet endringer i faktisk organisasjonsatferd (March and Olsen 1983).

Perspektivets grunnleggende forutsetning er at mennesket har begrenset kognitiv eller kunnskapsmessig kapasitet (Simon 1957). I en organisasjon innebærer dette at organisasjonsmedlemmene ikke har tilstrekkelig kapasitet til å vurdere alle tenkelige handlingsalternativer. Rasjonaliteten i modellen ligger dermed i at det er den formelle strukturen som vil modifisere de enkelte aktørers kognitive begrensninger (Egeberg 1984). Formell struktur skaper på denne måten organisasjonsrasjonalitet ved å begrense antall alternativer individet må forholde seg til (Simon 1957).

Tre mekanismer antas å sørge for at aktørene opptrer i samsvar med sin formelle rolle. Disse er *sosialisering*⁷, *disiplinering*⁸ og *kontroll* (Lægreid og Olsen 1978). Disse mekanismene antas å modifisere effektene av de oppfatninger, holdninger og tilhørigheter den enkelte aktør bringer med seg inn i organisasjonen. En organisasjon, avdeling eller etat kan virke sosialiserende og danne grunnlag for

⁷ Sosialisering til rolle og miljø – internalisering av uformelle normer og verdier.

⁸ At den klarer å skille ulike roller, for eksempel offentlig og privat.

blant annet identitet, tilhørighet og lojalitet. Disiplinering bidrar til å skille aktørens atferd fra deres personlige verdier, oppfatninger og identifikasjoner (Lægreid og Olsen 1978). En organisasjon kan virke kontrollerende når det gjelder den enkeltes gjennomslagskraft overfor endelige avgjørelser. Kontrollaspektet er både knyttet til kontroll av handlingsprosesser og av ledernes evner til å sette ut i livet det den formelle strukturen foreskriver (Olsen 1983:78).

2.1.3 Endring

Ut fra denne teorien vil reformer nokså raskt og uproblematisk blir tatt opp i organisasjonene. Reformene blir i dette perspektivet betraktet som et verdinøytralt verktøy som er utformet til å tjene et bestemt formål. Etersom det ofte er utformet med mange standardiserte komponenter, kan det lett tilpasses alle typer organisasjoner. Så snart verktøyet er utformet kan det tas i bruk, og så snart det er gjort, virker det styrende på virksomheten i organisasjonen (Røvik 1988).

Ut fra et instrumentelt perspektiv kan formell normativ struktur formes og omformes for at de i størst mulig grad skal frembringe ønskede effekter (Egeberg 1984, March and Olsen 1983). Det innebærer at dersom formell normativ struktur endres, vil faktisk organisasjonsatferd endre seg tilsvarende. Endringer i den formelle normative strukturen kan imidlertid omforme rolleinnhavernes atferd. Slike endringer kan influere organisasjonsmedlemmenes tankemodeller, deres handlingsmønstre og dermed innholdet i deres beslutninger (March and Olsen 1983). For at formell normativ struktur skal kanalisere atferd i en bestemt retning, er det en forutsetning at den formelle normative strukturen har en utforming eller presiseringsgrad som gjør dette mulig (Egeberg 1984: 38-39). Dersom en slik presiseringsgrad ikke skulle være tilstede, vil det kunne føre til at den formelle normative strukturen ikke kanaliserer atferden i ønsket retning.

2.1.4 Demografi og struktur

I studien om representativitet og rekrutteringsveier i den norske sentralforvaltningen konkluderer Lægreid og Olsen (1978) at sosial biografi⁹ og geografisk bakgrunn, i liten grad påvirker de ansattes tanke-, kontakt- og kontrollmønstre. Dette betyr imidlertid ikke at slike faktorer ikke bør studeres. Argumentet må heller være at det har liten hensikt å studere slike bakgrunnsfaktorer uten å ta hensyn til den organisasjonsmessige kontekst og uten å studere ulike organisasjonsformers potensial for å modifisere oppfatninger og holdninger nyansatte bringer med seg inn i organisasjonen (Lægreid og Olsen 1978:286-287).

Egebergs virkemiddelmodell diskuterer demografiske virkemiddelfaktorer som kan tenkes å ha betydning for sammenhengen mellom formell normativ struktur og faktisk atferd (Egeberg 1984). Demografi kan her forstås som ytre stabile kjennetegn ved individer, som bringes inn i, gjennom, og ut av posisjoner og verv i organisasjonen. Denne variabelen oppfattes imidlertid som en svakere forklaringsvariabel for individuell atferd i en organisasjon. Slike demografiske egenskaper som antas å ha betydning for individuell atferd, er utdanning, tidligere yrkeserfaring, andre organisasjonstilknytninger, kjønn, alder, sosial og geografisk bakgrunn, samt tjenestetid i organisasjonen (ibid).

2.1.5 Forventninger om effekter ut fra instrumentell teori.

Et instrumentelt perspektiv retter oppmerksomheten mot *intenderte eller ønskede effekter* av en lovendring, smalt effektbegrep. Begreper som effektivitet, måloppnåelse og målstyring vektlegger ofte de formelle aspektene. Mål og underliggende verdier skal i teorien ha stor betydning for styring av atferd, og det forventes at effekter og resultater tett avspeiler disse (Christensen m.fl. 2004:104).

Ut fra et instrumentelt perspektiv, fremstilles reformer og reorganiseringer som rasjonelle løsninger og strategiske handlinger for å håndtere konkrete problemer og utfordringer i organisasjonen (Brunsson og Olsen 1990, Røvik 1998). Et sykehus blir

⁹ Blant annet yrkeserfaring

ofte betegnet som en formell organisasjon. Konvensjonelt defineres en formell organisasjon som:

”Et kollektiv som er orientert mot oppnåelse av relative, spesifikke mål, og som kjennetegnes av formalisert og spesialisert arbeidsdeling ”(Hamran 1992:140).

Organisasjonen er ifølge dette perspektivet et instrument for måloppnåelse. Fortolket instrumentelt - rasjonelt fremstår populære oppskrifter som mer eller mindre godt utprøvde redskaper som ledelsen kan ta i bruk i det kontinuerlige arbeidet med å gjøre organisasjonen mer effektiv. Når oppskrifter forsøkes adoptert i konkrete organisasjoner, skjer det ofte som resultat av problembetinget søking. Dette innebærer at dersom organisasjonen har erfart problem, motiveres den til å lete etter løsninger som er gode (Christensen m.fl. 2004:86).

Det er en grunnleggende antagelse at organisasjonsstrukturer og prosesser utformes og endres for å få organisasjonen til å fungere mer målrettet og effektivt (Wik 2001:25). Ut fra et instrumentelt perspektiv er det rimelig å anta at endringen i lovverket vil få faktiske handlingsimplikasjoner på avdelingsnivå. En hovedhypotese til NPM- relaterte reformer er at mer markedsorienterte løsninger fører til mer kostnadseffektiv drift, uten at det får negative sideeffekter på andre mål og hensyn. Økt kostnadseffektivitet innebærer i denne sammenheng, for det første at avdelingslederne skulle bruke mindre tid på å skaffe vikarer enn tidligere. For det andre innebærer dette at avdelingene skulle kunne opprettholde effektivitetsnivået, også i pressede perioder som ferier, helger og helligdager, uten at dette går ut over kvaliteten. Til dette trenger avdelingene nok kvalifisert personell på vakt til enhver tid.

Dersom lovendringen bidrar til at organisasjonen oppnår sine mål, kan organisasjonen betraktes som et instrument. Vikarbyråene blir her betraktet som et verdinøytralt verktøy som er utformet for å tjene et bestemt formål, nemlig å dekke et varierende og til tider uforutsigbart bemanningsbehov på en enklere måte.

- 1) *Ut fra et instrumentelt perspektiv antas vikarbyråene å være et effektivt verktøy for effektiv måloppnåelse. Bruk av sykepleievikarer på sykehusavdelingene skal gi positive effekter med hensyn til mer effektiv drift, uten at det gir negative effekter med hensyn til arbeidsforhold og tjenestekvalitet.*

Vikarene betraktes dermed som et mulig verktøy for effektiv måloppnåelse. Vikarbyråene kan i så fall forstås som et strategisk virkemiddel som avdelingene tar i bruk for å sikre rasjonell og ressursbesparende tjenesteproduksjon. Klart definerte mål antas å ligge til grunn for valget mellom alternative handlingsveier. Vi kan derfor forvente at avdelingslederne kontinuerlig arbeider med å få avdelingen til å fungere mest mulig effektivt:

- 2) *Det forventes en relativt klar mål-middel tankegang i avdelingsledernes arbeid med å løse bemanningsproblemene.*

Videre:

- 3) *Det kan forventes at avdelingene har utredet og vurdert problemer knyttet til den eksisterende organisasjonsstrukturen.*

Vikarene har en annen organisasjonstilknytning enn sine kollegaer som jobber fast på avdelingen. Vikarbyråene er en privat bedrift, i motsetning til sykehusavdelingene som er en del av det offentlige helsetjenestetilbudet:

- 4) *På bakgrunn av det instrumentelle synet på sammenhengen mellom formell normativ struktur og faktisk atferd, vil det forventes å være en sammenheng mellom tilknytningsform og vektlegging av ulike verdier og hensyn.*

Selv om den formelle organisasjonsstrukturen ikke uten videre sier noe om den faktiske handlemåten til organisasjonsmedlemmene, vil den legge føringer på hvordan oppgavene blir utført. Dette kommer blant annet til uttrykk i ulike spesialiseringsprinsipper (Christensen m.fl. 2004:37). Formell struktur er ut fra et

instrumentelt perspektiv formalisert, det vil si presist og eksplisitt formulert slik at roller og relasjonen mellom disse fremstår som uavhengig av personlige egenskaper:

5) Vi kan forvente at sykepleievikarene nokså raskt og uproblematisk blir integrert på avdelingene.

Grader av og former for arbeidsdeling, rutiner og hierarki legger klare begrensninger på den individuelle beslutningsatferden i offentlige organisasjoner (Christensen m.fl. 2004:33-34). Ut fra en instrumentell tilnærming forventes det at de aktører som kommer inn i organisasjonen opptrer i samsvar med sin formelle rolle. I denne sammenheng forventes det da, at de formelle aspektene ved sykepleiernes daglige avgjørelser er avgjørende for deres faktiske beslutningsatferd, og at disse er frakoplet deres personlige egenskaper:

6) Ut fra et instrumentelt perspektiv forventes det ikke at sykepleievikarenes inntog på avdelingene skal endre den faktiske beslutningsatferden i særlig grad.

Noe som kan modifisere betydningen av FNS ut fra et instrumentelt perspektiv er *tjenestetid* i organisasjonen (Egeberg 2003). Vikarene skiller seg fra de faste ansatte i måten å arbeide på, fordi lengden på vikariatet er kort. Tjenestetiden til en vikar blir dermed vesentlig kortere enn en fast ansatt:

7) Ut fra dette perspektivet forventer vi at tjenestetid på den enkelte avdelingen vil ha betydning for vikarenes grader av tilpasning.

2.2 Institusjonell teori: kultulturperspektivet

2.2.1 Uformelle normer og verdier

Utgangspunktet for et kulturelt - institusjonelt perspektiv er at formell struktur bare har begrenset verdi med hensyn til å forstå og forutsi atferd. En institusjonell tilnærming legger større vekt på uformelle normer og verdier, samt sosial interaksjon for å forstå en organisasjons virkemåte. Gjennom en institusjonaliseringsprosess blir organisasjonen fylt med verdier og uformelle normer av sosial karakter (Selznick

1957). Organisasjonsmedlemmer internaliserer institusjonens verdier gjennom en sosialiseringssprosess. Verdier og uformelle normer antas for eksempel å kunne ha betydning for den individuelle organisasjonsatferden, på den måten at endringsforslag som truer disse verdiene og normene vil møte motstand og treghet. Institusjonaliserte uformelle normer og verdier representerer det vi kan kalle ”fortidens stemmer”(Egeberg 1990, Wærness 1990).

Uformelle normer og verdier er nedfelt i etablerte tradisjoner og organisasjonskulturer, som organisasjonsmedlemmene internaliserer eller tilegner seg gjennom erfaring og daglig arbeid sammen med kollegaer (Christensen m.fl. 2004:27). Grensen mellom de to begrepene, kan imidlertid virke noe diffus, men begge har noe å gjøre med idealer (Lian 2003:67). *Verdier* er generelle overordnede prinsipper som ligger til grunn for menneskelig samhandling, og de uttrykker ettertraktede idealer. Uformelle normer, derimot, er handlingsveiledende regler og uttrykkes med modale hjelpeverb som *bør*, *må* eller *skal*. Normene sier noe om hvordan en bør handle for å realisere bestemte verdier. Kort sagt er verdiene altså mer generelle enn normene, og normene er mer handlingsrettet enn verdiene (Lian 2003).

2.2.2 Relasjonen mellom organisasjon og institusjon

Selznick (1997) skiller mellom begrepene organisasjon og institusjon, og han uttrykker det eksempelvis slik:

”Organisasjoner er tekniske instrument beregnet på å være midler til å nå bestemte mål. De vurderes på tekniske premisser; de lar seg skifte ut. Institusjoner kan til dels være teknisk rettet, enten de oppfattes som grupper eller sedvane, men de har også en ”naturlig” dimensjon. De er et produkt mellom samspill og tilpassning; de blir bærere for gruppeidealisme; de lar seg i mindre grad skifte ut” (Selznick1997:29).

Selznick (1997) ser altså på en organisasjon som et instrument for måloppnåelse. En institusjon, derimot, ses på som et naturlig produkt av sosiale behov. Ut fra et kulturperspektiv ses altså institusjon på som et “naturlig” system. Dette innebærer en oppfatning om at institusjoner ikke er et resultat av bevisst design/redesign, men

heller er et resultat av en gradvis tilpassning til indre ¹⁰ og ytre forhold ¹¹ (Selznick 1949). Gjennom denne historiske institusjonen får organisasjonen et distinkt preg med hensyn til sentrale uformelle normer og verdier. Enhver institusjon betraktes derfor som noe unikt (ibid). Organisasjonens eksistensbetingelse avhenger her av at den er av betydning i et større nettverk.; *it must please in order to stay alive* (Selznick:1984:104). Organisasjonens overlevelse blir dermed et mål i seg selv (Selznick 1997, Brunsson & Olsen 1990).

2.2.3 Beslutningsatferd

Organisasjoner betraktes, ut fra et institusjonelt perspektiv, som institusjoner bestående av *kognitive, normative og regulative strukturer* (Scott 1995:33). Disse strukturene fremmer stabilitet og gir mening for beslutningsatferden. Institusjoner utvikles og vokser frem i lys av bærebjelkene: rutiner, kultur og struktur. Disse bærebjelkene danner grunnlaget for hva som er riktig og akseptabel beslutningsatferd på ulike nivåer i en organisasjon (Scott 1995:33). *Regulative strukturer* betegner uformelle og formelle strukturer som inneholder regler og overvåkning av disse, samt belønnings- og sanksjonsaktiviteter. Men i motsetning til et instrumentelt organisasjonsperspektiv er det ikke kun formelle strukturer som gir retning til faktisk atferd. Institusjoner består også av uformelle regler og prosedyrer som strukturerer faktisk atferd (Scott 1995:26). *Normative strukturer* utgjør uformelle normer og verdier for akseptabel beslutningsatferd som har utviklet seg over tid i kombinasjon mellom formelle og uformelle regler. *Kognitive strukturer* utgjør en ramme som konstruerer mening for aktørene i organisasjonen. Mening dannes således gjennom interaksjon mellom disse. Handling får dermed sin bakgrunn i institusjonell identitet, hvor beslutningstaking vil være basert på regelfølgning og en oppfatning om hva som er passende atferd. Disse reglene, rollene og identitetene er kontekstualisert av institusjonen.

¹⁰her: bemanningen på avdelingen

¹¹ her: sykehusets øverste ledelse, helseforetakene, overordnet departement

2.2.4 Endring

Institusjonell teori er generelt opptatt av hvordan organisasjonen over tid får en egenverdi som sosialt produkt, og hvordan ønsket om å opprettholde dette etter hvert utgjør en sentral drivkraft i organisasjonens virke (Scott 1992). Beslutningsaktivitet følger her en ”*logic of appropriateness*”, i motsetning til en ”*logic of consequence*” som er sentralt i instrumentell terminologi. En ”*logic of appropriateness*” innebærer at et felles normsett definerer hva som er passende for det enkelte individ (March and Olsen 1989). Institusjonen har over tid utviklet en felles virkelighetsforståelse. Dette innebærer at organisasjonsmedlemmene handler ut fra erfaringer om hva som har fungert i fortiden, eller hva som oppfattes som rimelig akseptabelt i det handlingsmiljøet organisasjonen fungerer innenfor.

Ut fra et institusjonelt perspektiv er etablering av organisasjonskultur det at uformelle, institusjonelle normene og verdiene gradvis vokser frem gjennom evolusjonære, naturlige utviklingsprosesser, hvor organisasjonen gradvis tilpasser seg indre og ytre press. Når det snakkes om *indre press* som opphav til institusjonelle trekk, representerer det for det første uformelle normer og verdier som organisasjonsmedlemmene bringer med seg inn i organisasjonen og gjør relevante der. Dette kan være ulike trekk fra aktørenes sosiale bakgrunn, men også uformelle normer og verdier fra en bestemt utdanning eller profesjon. Sosiale prosesser tilknyttet den virksomheten som den offentlige organisasjonen bedriver, kan også ha betydning. Ulike grupper kan med ulike oppgaver og bakgrunn gjennom samhandling, bidra til at det utvikles dominerende og brede institusjonelle normer. Eller de bidrar til at det eksisterer ulike subkulturer. *Ytre press* koples gjerne til press fra det nære handlingsmiljøet. Det betyr at aktører i omgivelsene som organisasjonen er særlig mye i interaksjon med, eller er særlig avhengig av - enten i form av tilførsel av ressurser eller for den output organisasjonen har - får betydning for de institusjonelle trekk som utvikles. Dette skjer fordi det er særlig kritisk for en organisasjon hva slike aktører gjør (Christensen m.fl. 2004:54).

Institusjonen kan ignorere de signalene den mottar, ved at det eksisterer et etterslep fra tidligere (Selznick1984:145). I verste fall risikerer organisasjonen da å

svekke og forvirre organisasjonens karakter, slik at organisasjonen ikke kan ekspedere sine oppgaver så effektivt som før. Tidligere praksis vil altså, ut fra et kulturelt - institusjonelt perspektiv, legge premisser for håndtering av nye situasjoner. Dette kalles med en samlebetegnelse for *sti-avhengighet*. Sti-avhengigheten går ut på at de kulturelle normene og verdiene som preger en organisasjon i dens begynnende og formative år, vil ha stor betydning for de utviklingsveiene organisasjonen vil følge siden. Denne sti - avhengigheten gir stabilitet til institusjoner, og gjør dem i prinsippet motstandsdyktige mot endring (Krasner1988:72).

Potensialet for lederskapet til å fremtvinge endring kan imidlertid fremstå som noe tvetydig innenfor det kulturelle perspektivet. Lederne kan for eksempel være fanget av organisatorisk treghet i historien. På den andre siden kan forholdet til omgivelsene spille inn, for eksempel et stadig krav om å utnytte begrensede ressurser best mulig. Det kan da være nødvendig for lederskapet å foreta såkalte kritiske avgjørelser¹², nettopp for å tilpasse seg krav fra disse omgivelsene (Selznick 1997). En beslutning om å gripe inn i den formelle strukturen fortolkes som et forsøk på å tilpasse det formelle ytre bildet av institusjonen til reell atferd.

Etablerte prosedyrer anses å innvirke på hvordan institusjonene responderer når den blir stilt overfor krav om endring. Behovet for institusjonell opplevelse kan i visse tilfeller fremtvinge endring, og det er lederskapets ansvar å tilpasse de generelle mål for virksomheten gjennom kritiske avgjørelser (Selznick 1984:66). Dersom det gjøres forsøk på å endre institusjonens kjerne, må det tas hensyn til institusjonens innebygde kompetanse og potensialet. Endring vil dermed skje gradvis, og tidligere valg legger føringer på hvilke valgmuligheter en situasjon gir.

I en reorganiseringssituasjon vil vi ut fra et kulturelt-institusjonelt perspektiv dermed kunne forvente at bedrifter prøver løsninger som ligger tett opp til dem de allerede har, eller kjenner. En grunnleggende antagelse innenfor institusjonell teori er at en omfattende endringsprosess med et innhold som strider mot institusjonens sjel, ikke vil bli realisert i den form endringsagenten hadde forestilt seg. Endring skjer her

¹² De som ikke er kritiske er rutinemessige

i et samspill mellom intern sosial dynamikk og tilpasning til krav fra omgivelsene (Selznick 1984:12). Organisasjoner vil derfor, ut fra et institusjonelt perspektiv, være mer robuste og trege, og endringer vil skje som gradvise tilpassninger (March and Olsen 1989). Beslutningsprosessen vil dermed avvike fra den instrumentelle ved at den på samme måte ikke diskuterer alternative organisasjonsløsninger i forhold til gitte mål (Egeberg 1984).

2.2.5 Institusjonalisering: kultur

Kultur kan sies å være et relativt stabilt mønster av holdninger og verdier som deles av organisasjonsmedlemmene. Kultur kan beskrives som et mønster av grunnleggende antagelser skapt, utviklet eller oppdaget av en gitt gruppe. På en stilltiende måte deler gruppen verdier, vurderinger og kunnskap som har fungert tilstrekkelig bra til at de blir tatt får å være sanne, og til at de læres bort til nye medlemmer. Kultur kan altså ha noe å gjøre med forståelsen av organisasjonens instrumentelle oppgaver, og oppfatninger om forholdet mellom mennesker (Hamran 1992).

En organisasjons kultur er utviklet gjennom en bearbeiding av felles oppgaver og erfaringer over tid. Kultur kan ha noe å gjøre med forståelsen av organisasjonens instrumentelle oppgaver, og oppfatninger om forholdet mellom mennesker. Institusjonalisering skjer derfor internt i hver organisasjon. Graden av institusjonalisering varierer dermed med organisasjoners karakteristiske trekk. Dette innebærer at jo mer spesifikke mål en organisasjon har, og til mer spesifikke og tekniske oppgavene er, jo mindre rom for at kulturen gir føringer på individuell atferd. Atferden her vil derfor avspeile individers uformelle mål i organisasjonen, som for eksempel trygghet og selvrealisering (Egeberg 1984:36).

En kultur er et sosialt produkt som må forstås innenfra. Uformelle normer og verdier skapes, opprettholdes og videreutvikles der hvor mennesker møtes og samhandler. En organisasjons kultur er *funksjonell* i den forstand at den hjelper organisasjoner i tilpassningen til indre¹³ og ytre forhold¹⁴. Den er *dynamisk*, i det at

¹³ I denne sammenheng avdelingen

den aktiviserer krefter for treghet og stabilitet. En institusjons institusjonelle særpreget blir dermed en motvekt mot raske endringer (Selznick 1957, Christensen 1991).

Uformelle normer og verdier som ansatte i en offentlig organisasjon har, må konkurrere med ulike roller og statuser disse har utenfor organisasjonen. Dersom en som offentlig ansatt primært tar utgangspunkt i den offentlige organisasjonens kultur når de handler, og ikke tar andre formelle og uformelle, og private hensyn i særlig grad, vil de ha høy verdi på det Krasner (1988) kaller for *vertikal, institusjonell dybde*. Dersom organisasjonsmedlemmene utfører oppgaver eller aktiviteter de føler er institusjonelt integrert med andre aktiviteter i organisasjonen, vil organisasjonsmedlemmene ha høy verdi på *horisontal bredde*. Dette betyr at de føler seg som del av et større kulturelt hele, noe som gjør egne aktiviteter mer meningsfulle. Dersom individer ser seg selv som en integrert del av organisasjonen, forventes det en høy grad av institusjonalisering. Institusjonelle trekk kan medvirke til at store og komplekse offentlige organisasjoner fungerer smidig (Christensen m.fl. 2004:64). Sterkest institusjonalisering finner vi der hvor organisasjonsmedlemmene har høye verdier på både institusjonell dybde og bredde (Christensen m.fl. 2004:53).

2.2.6 Subkulturer

Individer påvirkes gjennom rekruttering og sosialisering. (Selznick 1949). Medlemmer i en offentlig organisasjon står i et dynamisk og gjensidig forhold til dens organisasjonskultur. På den ene siden kan individuelle aktører påvirke de institusjonelle normene og verdiene gjennom å gjøre bestemte uformelle normer og verdier relevante. Individuelle demografiske trekk, som alder, tjenestetid, utdanning, kjønn, yrkeserfaring, etnisk og geografisk bakgrunn, kan dermed få betydning for organisasjonskulturen. Selznick (1997) sier at betydningen av utskiftning av personale, kan føre til at de holdninger og verdier nye bringer inn, tillegges stor betydning ved å tydeliggjøre de endringstendenser som gjør seg gjeldene. Mest systematisk kan dette skje dersom *kohorter* eller grupper av ansatte som står for

¹⁴ I denne sammenheng sykehusets ledelse, Helse Øst, overordnet departement (Helsedepartementet)

sterke profesjonelle, uformelle normer og verdier rekrutteres inn samtidig. På den andre siden påvirker også institusjonen individuelle identiteter og gruppeidentiteter gjennom sosialisering til felles, uformelle normer og verdier. Dette skjer gjennom de mekanismene som er skissert under kritiske avgjørelser. Det eksisterer en form for sosial kontrakt om internalisering av felles kulturelle uformelle normer og verdier. Organisasjonsmedlemmene læres da opp til å ha holdninger til og handle ut fra det som innenfor den enkelte organisasjonen anses som passende (Christensen m.fl. 2004:60).

I tillegg til den formelle rollen, har også individet uoppfylte behov som kilde til ikke - rasjonell atferd. Dette antas å føre til at det kommer forskjellige, og til dels motstridende personlige behov og interesser inn i organisasjonen. Grunnlaget for at det dannes subkulturer kan være at individer deler felles faktorer som fysisk nærhet, felles utdanning, felles arbeidserfaring. Ulike subkulturer kan fortolke og strukturere problemer på forskjellige måter. Dersom det finnes mange sub -kulturer inne en organisasjon, kan dette nærmest være en garanti for at ulike problemer vil få ulike løsninger og atferd (Selznick 1997).

2.2.7 Forventninger om effekter ut fra kulturperspektivet.

Institusjonell teori er generelt opptatt av bivirkningene av en reform, i dette tilfellet de sosiale og relasjonsmessige effektene av lovendringen. Ut fra dette perspektivet vil man være fokusert på *indre sosiale effekter av de uformelle målene*, og skeptisk til de instrumentelle virkningene av de formelle målene (Christensen m.fl. 2004:105). Omorganisering og endring vil her være avhengig av de rutinene som allerede er etablert, og av rådende normer for hva som er passende løsninger og prosedyrer.

Ut fra en institusjonell tilnærming fremstår organisasjonsoppskrifter som meningsbærende symboler. Men institusjonaliserte oppskrifter er ikke bare symboler på hva som helst. De kan være rasjonaliserte symboler, som betyr at det legges vekt på å definere og fremstille dem som redskaper for effektivisering og modernisering. Adoptering av oppskrifter skjer her ikke ved problembetinget søking, men heller det motsatte. Først blir noen i organisasjonen oppmerksom på, og begeistret for en rasjonalisert oppskrift, og deretter oppdager de at det finnes et lokalt problem som

hensiktsmessig kan løses ved hjelp av denne oppskriften (Christensen m.fl. 2004:86-87).

Videre vil det fra et kulturperspektiv forventes at avdelingsledernes reaksjoner på vikarene kan skyldes andre, ikke- instrumentelle, trekk. Andre variabler enn tilknytningsform, som indre kjennetegn ved organisasjonen, er da mer egnet til å belyse funnene vedrørende vikarenes effekter på avdelingsnivå. Organisasjoner eller institusjoner oppfattes ut fra et institusjonelt perspektiv som komplekse, verdibærende og robuste institusjoner som vanligvis motsetter seg endringer som er initiert utenfra. NPM er som kjent tuftet på aggerative, individualistiske verdier hvor det legges vekt på effektiv ressursanvendelse. Dette står i skarp kontrast til helsevesenets humanistiske normer og verdier som kan sies å være mer fellesskapsorientert, likhetsorientert og rettferdighetsorientert (Lian 2003:204).

I en organisasjon er det naturlig med økonomisk effektivitet som et kriterium for suksess, til forskjell fra en institusjon som har en type "evolusjonær" effektivitet som ideal. Ut fra et kulturperspektiv er det en antagelse om at den nåværende institusjonen har en organisering som er et resultat av tidligere veivalg, og at tidligere beslutninger, historisk utvikling og sterke uformelle normer og verdier i stor grad vil legge føringer og ha effekter på faktisk atferd. Om reformene virker etter sin hensikt, avhenger her av i hvilken grad det er overensstemmelse mellom de verdier organisasjonen og dens aktører baserer sin virksomhet på, og de verdier som ligger innbakt i reformen (Olsen 1991).

1) Ut fra et kulturelt-institusjonelt perspektiv forventes det ikke at reformer raskt og uproblematisk nedfeller seg i nye rutiner og handlingsmønstre.

Vikarbyråene representerer en form for privatisering av sykepleieryrket. Sykepleiervikarene får, i motsetning til sine kolleger som arbeider i fast stilling på en avdeling, en annen type organisasjonstilknytning. Denne reformen gir sykepleiervikarene en løsere tilknytning til den enkelte avdeling, fordi deres arbeidsform innebærer å være på mange forskjellige arbeidsplasser:

2) Det forventes at de normer og verdier som ikke samsvarer med organisasjonens blir avvist, mens organisasjonen innfører de som er mest compatible med de

eksisterende normer og tilpasser de som kan være kontroversielle (Christensen m.fl.2004:141).

I tillegg:

3) En forventning vil være at dersom sykepleiervikarenes normer og verdier strider mot avdelingens allerede etablerte normer og verdier, vil vikartjenesten møte motstand blant mottakere på avdelingsnivå.

En offentlig organisasjon, som for eksempel et sykehus, vil ut fra den bestemte perioden den ble etablert, ha fått et "fødselsmerke" karakterisert av bestemte kulturelle uformelle normer og verdier som preger institusjonen selv i dag (Christensen m.fl. 2004:56). Forskning tyder på at utformingen av sykepleierrollen kan variere mellom ulike avdelinger (Vareide m.fl. 2001:82). Siden sykehus er komplekse og sammensatte organisasjoner, vil sykehusorganisasjonen bestå av ulike sub-systemer og subkulturer (Vareide m.fl. 2001:9). Kulturdannelse kan her antas å være knyttet til sykehusets klinikker, avdelinger, og profesjoner. De ulike avdelingene vil variere både med hensyn til struktur og kultur. Utformingen av sykepleierrollen kan tenkes å være forskjellig innenfor de ulike delene av sykehuset (Vareide m.fl. 2001:82). Hver avdeling antas å ha sine særegne rutiner, som preger hvordan arbeidet utføres og organiseres. Slike uformelle normer og verdier kan, ut fra et kulturelt - institusjonelt perspektiv, hemme og/eller fremme iverksettingen av formelle mål (Lian 2003: 203):

4) Ut fra et kulturelt-institusjonelt perspektiv kan det tenkes at vikarer, som ikke er fast tilknyttet den enkelte avdeling eller sykehus, ikke er en del av eller har kunnskap om de uformelle sidene ved den enkelte institusjon, og at dette kan hemme effekten av de formelle målene.

Det forventes ikke her noen kausalsammenheng mellom formell normativ struktur og faktisk atferd. Det forventes snarere at atferden bestemmes av den enkeltes tilknytning til uformelle grupper. Denne tilknytningen endres ikke som følge av en endring i formell struktur. Faktisk atferd i organisasjoner vil således avspeile

ekspressive og symbolske behov vel så mye som instrumentelle (Egeberg 1984). Ut fra dette perspektivet er det svake sammenhenger mellom organisasjonens formelle normative struktur, og den faktiske beslutningsatferden som utspiller seg i organisasjonen:

5) *Det forventes dermed at bruk av sykepleiervikarer kan få betydning for den faktiske beslutningsatferden på avdelingsnivå.*

Ut fra et kulturelt - institusjonelt perspektiv er det ikke aktørenes formelle organisasjonstilknytning som vil bli utslagsgivende, men snarere deres tilknytning til uformelle grupper, for eksempel at sykepleiere generelt har et felles kunnskapsnorm-, og verdigrunnlag, både i og utenfor organisasjonen. Vi kan også anta at nye organisasjonsformer, slik som de medisinske vikarbyråene, kan være bærere av andre kulturelle, uformelle normer og verdier enn det som gjelder på avdelingene. For det første:

6) *Det vil her være en forventning om at dersom sykepleievikarene verdimeslig skiller seg vesentlig ut fra sine kollegaer på avdelingene, så vil vikarene danne egne sub – kulturer. Det antas at de ulike gruppene da vil prøve å bevare det de har sett på som positivt i eget miljø.*

For det andre:

7) *En sammenslåing av to slike organisasjonskulturer vil ut fra et kulturperspektiv forventes å medføre konfrontasjon mellom to ulike, uformelle strukturer (Egeberg1989).*

Graden av integrering vil imidlertid være viktig med hensyn om det skjer en dannelse av slike sub – kulturer.

3. Metode

3.1 Kvalitativ tilnærming

Et vanlig skille innen samfunnsvitenskapelig metode er skillet mellom henholdsvis *kvalitativ metode* og *kvantitativ metode*. Enkelt sagt kan det hevdes at kvantitative forklaringer vanligvis er rettet mot det å forklare årsakssammenhenger (kausalsammenhenger), mens kvalitativ metode i større grad er rettet mot forståelse. Et viktig mål for kvalitative studier er å oppnå en forståelse av sosiale fenomener på bakgrunn av fyldige data om personer og situasjoner. Kvalitative studier kan være rettet mot en målsetting om å forstå virkeligheten slik den oppfattes av de personene vi studerer. Kvalitative studier kan også være rettet mot interaksjonen mellom personer. Da er det betydningen handlingen har for andre som er i fokus (Andersen 1990).

Jeg har her valgt en kvalitativ tilnærming, fordi målet med analysen er å få en bedre forståelse av og større kunnskap om noen av konsekvensene som bruken av kommersielle vikarbyråer fører med seg. Målet mitt er ikke å generalisere, men heller å beskrive og forklare noen konsekvenser av bruken/ikke bruk av vikarbyråer. Hovedfokuset blir å problematisere spenningen mellom individ og arbeidsmiljø, samt å studere virkninger av denne vikarbruken på klinikk- og avdelingsnivå.

3.2 Case-studier.

Et felles kjennetegn ved case - studier, er at de fokuserer på *deterministiske årsaker*, snarere enn sannsynligheter (Andersen 1997:92). Det er en forholdsvis utbredt oppfatning om at case - studier egner seg best til å svare på spørsmål som angår hvordan noe skjer og oppleves, snarere enn hvorfor (Andersen 1997:34). Denne hovedoppgaven tar utgangspunkt i et såkalt ” *single case - studie*”. Dette er en vanlig undersøkelsesmetode ved forskning på organisasjoner (Andersen 1990: 123). Svakheten ved denne type studier er imidlertid at de isolert sett ikke gir grunnlag for vitenskapelige holdbare generaliseringer, at materialet lett kan bli uoversiktlig og at det finnes få standardiserte analyseteknikker som kan avhjelpe dette problemet.

Enkelte teoretikere (blant annet Yin 1994) mener likevel at det er mulig å generalisere ut fra "single case - studier". Utfordringen ved denne type metode er ikke statistisk representativitet, men analytisk kontroll (Yin 1994). Det dreier seg om å finne frem til de forhold ved funnene som er spesifikke for caset og hva som kan være generelt (Andersen 1990:126). Case studier må ifølge Yin (1994) løse kontrollproblemet ved hjelp av det han kaller for analytisk manipulering, det vil si bevisst utvelgning og fokusering.

En begrensning med case - studier blir dermed at funnene må generaliseres mot teori og ikke mot populasjon. Resultatene får dermed ikke gyldighet for noen populasjon. Denne metoden er imidlertid foretrukket her, fordi den fanger opp særtrekk ved en enkel case (Yin 1994). Denne type metode er også god fordi den fremhever innsikt og kan egne seg godt for utvikling av hypoteser og teorier. Fordelen med case- studiet ligger i muligheten for intensiv granskning av en analyseenhet. Flere aspekter ved enheten kan granskes, og muligheten for å danne seg et mer eller mindre komplett helhetsbilde og forståelse for dette spesifikke fenomenet er til stede. Case - studier gir i tillegg mulighet for å korrigere for ny kunnskap underveis, noe som er viktig når det forskes på tema eller områder som ikke har vært gjenstand for forskning tidligere. Jeg får dermed mulighet for å nyansere begreper og hovedsammenhenger (Andersen 1997).

3.3 Intervju

3.3.1 Intervju som informasjonskilde

Vikarbyråer i helsetjenesten er et tema som ikke tidligere er forskningsmessig belyst i Norge. Mye av det empiriske materialet i denne undersøkelsen er derfor hentet fra intervju. Intervju er en viktig kilde til informasjon når kunnskapen ikke er mulig å få tak i uten å gå til kildene selv. Formålet med et intervju er å få fyldig og omfattende informasjon om hvordan andre mennesker opplever sin situasjon. Representativitet ved denne typen kilder er imidlertid avhengig av hvilke spørsmål som skal besvares og om det skal arbeides med kritiske case og kritiske kilder. Det er også avhengig av muligheten for *triangulering*, det vil si å benytte seg av to eller flere kilder.

Observasjon i felten ville vært en annen måte å få innblikk i hvordan personer forholder seg til hverandre på, og er et viktig supplement til intervju da det gir mer nyansert informasjon enn hvis det brukes intervju alene. I dette tilfellet vil nok observasjon være vanskelig å få utført i praksis. Det ville bli altfor tidkrevende. Men samtalen er i seg selv et godt utgangspunkt for å få kunnskap om hvordan enkeltpersoner opplever sin situasjon.

I tilknytning til intervju er det mange hensyn å ta, og problemstillinger å tenke over. Det er spesielt to punkt som er viktig i denne prosessen. Den første er: hvilke aktører ønsker jeg å snakke med? Og det andre er: hvordan etablere kontakten og vekke informantens interesse for det tema som jeg studerer? Det er imidlertid en tidkrevende prosess, både når det gjelder å finne informanter, utarbeide spørsmål og selve gjennomføringen av intervjuene. Spesielt det å etablere et så relativt stort antall kontakter som her, tok svært lang tid. Intervjumaterialet utgjør til sammen 12 dybdeintervju, hvor hvert intervju tok fra 1 – 1 ½ time. Intervjuene ble utført over en tidsperiode fra oktober 2003 til februar 2004. Jeg har brukt båndopptager i alle intervjuene, bortsett fra ett¹⁵. De teoretiske perspektivene har lagt føringer på hvilke spørsmål som ble stilt i intervjuene¹⁶.

Utformingen av *intervjuguiden* er viktig, for det kreves gode forberedelser når det skal gjennomføres intervju. Jeg måtte sette meg godt inn i sykepleiernes arbeidssituasjon. Dette var sentralt for at jeg skulle kunne stille spørsmål som både skulle oppfattes som relevante for informanten, og som var relevante for problemstillingen. Det var særlig viktig å knytte spørsmål om tidligere erfaringer til konkrete episoder. Fortiden vurderes i lys av nåtidens erfaringer, og dette er det viktig at jeg tar hensyn til i mine egne tolkninger. En annen stor utfordring var å oppmuntre informantene til å være åpne i intervjusamtalen, selv om de kanskje opplevde det som vanskelig. Relasjonen mellom forsker og informant var noe som til enhver tid stod i fokus.

¹⁵ Informanten ønsket ikke dette.

¹⁶ Se spørsmålene i vedlegg 1.

3.3.2 Semi-strukturerte intervju

Jeg har i denne oppgaven valgt å bruke semi - strukturerte intervju. Semi-strukturerte intervju brukes ofte i *eksplorerende* studier, slik som her (Mikkelsen 1995: 102). Et semi-strukturert intervju er et samtaleintervju, samtidig som det er kontrollert og strukturert. I et slikt intervju er bare noen av spørsmålene og temaene klargjort på forhånd. Mange av spørsmålene formuleres dermed under selve intervjuet. Irrelevante spørsmål kan dermed droppes. I min tilnærming har jeg benyttet meg av en intervjuguide¹⁷, hvor tema og saker er spesifisert på forhånd, men rekkefølgen mellom dem vil variere fra intervju til intervju.

Å jobbe med semi-strukturerte intervju har også sine begrensninger (Mikkelsen 1995: 105). Antallet informanter er relativt lite, mellom 10 og 20. Det er derfor ikke snakk om et representativt utvalg av sykepleiere i Norge. Hvem disse informantene er, kan også i mange tilfeller være ganske tilfeldig. Det er dessuten bare de som svarer ja til å la seg intervju som får talt sin sak. Hvilken informasjon de informantene som ikke ønsker å snakke med meg har, vet jeg lite om. Det kan ikke utelukkes at dette kan være viktig informasjon. Dette har imidlertid ikke vært noe stort problem i mitt prosjekt. I denne studien var det flere informanter enn de jeg intervjuet som sa seg villig til å bli stille opp.

3.4 Utvalg

3.4.1 Case- enhet

Det er mange sykehus i Norge som bruker vikarbyråer, og som kunne være aktuelle case - enheter. Det er mange ulike kriterier som kan brukes for å velge ut sykehus i en slik undersøkelse. Ett alternativ ville vært å sammenligne vikarbruken på flere ulike sykehus. Men på grunn av oppgavens begrensning har jeg ikke valgt denne tilnærmingen. Etter en helhetsvurdering anser jeg dette som altfor omfattende og tidkrevende. Det aller viktigste i dette tilfellet er å få en overordnet oversikt over

¹⁷ I vedlegget er spørsmålene formulert, slik at det blir lettere for leseren å sette seg inn i hva informantene ble spurt om.

noen av erfaringene ved vikarbruk. Jeg har derfor valgt å konsentrere mine undersøkelser omkring ett sykehus.

Dette sykehuset er stort sykehus med behandlingstilbud innen en rekke fagområder som: kirurgi, indremedisin, radiologi, fødselshjelp, smertebehandling og psykiatri. I tillegg drives det medisinsk forsknings- og laboratorievirksomhet ved sykehuset. Sykehuset er også en institusjon med lang erfaring. Sykehuset er i dag et sykehus med enkelte regionsfunksjoner og lokalsykehus for befolkningen i egen sektor.

Sykehuset har vært ett av flere ønskede case, ut fra kjennskap til sykehusets rekrutteringsproblemer. I tillegg til en teoretisk vurdering, har det selvsagt også vært avgjørende for valget at sykehuset ønsket et samarbeid. Men dette caset er først og fremst av interesse fordi de bruker vikarbyråer for å dekke ulike akutte bemanningsbehov. Dette sykehuset har lang erfaring med denne type vikartjenester, samtidig som enkelte avdelinger også ser ut til å ha funnet andre alternativer for å løse et stadig akutt behov for ekstra personell. Sykehuset er derfor et godt eksempel på hvordan avdelinger på ulike måter kan løse et bemanningsproblem.

3.4.2 Nivå

For å avgrense oppgavens omfang er det viktig å velge seg et begrenset antall nivåer i en organisasjon. Samtidig vil det være en fordel at informanten kan se fenomenet på en mest mulig objektiv måte. Denne studien er en del av et større prosjekt ved NOVA. Prosjektet som helhet dekker de fleste nivåer, og flere sykehus både nasjonalt og internasjonalt. Hovedfokus i denne studien er blitt rettet mot ledere på "bakkenivå", men jeg har også intervjuet sykehusledelsen for å få et inntrykk om hva de mener om dette fenomenet. Intervjuobjektene går fra klinikkjefene (dersom de mener de hadde noe å bidra med), via oversykepleier og avdelingssykepleier. Jeg startet med klinikkjefene. Dette er fordi at klinikkjefene i kraft av sin stilling har et stort oversiktsbilde av situasjonen. Fordelen med å begynne her, er at jeg i større grad vil få faktabasert kunnskap og kunnskap av mer teknisk karakter, heller enn

personlige erfaringer med fenomenet¹⁸. Ulempen er at klinikksjefene på mellomledernivå ikke er i daglig kontakt med vikarene og at de ofte ikke kjenner til de utfordringene avdelingene til daglig står overfor. Klinikksjefene har dermed ikke en fullstendig oversikt over konsekvensen av vikarbruken i samme grad som ledere på avdelingsnivå. Derfor har jeg gått vertikalt for å intervju avdelingsledere der. Oversykepleiere og avdelingssykepleiere har arbeidsplassen sin nede på avdelingene, i motsetning til ledere på høyere nivå¹⁹. Det er dessuten disse som har ansettelsesmyndighet av sykepleiere og annet pleiepersonale. Jeg antar dermed at avdelingsledere sitter inne med mye kunnskap om den nye måten å rekruttere sykepleiere på, og konsekvensene av slik bruk.

Det var problematisk å få intervju med klinikksjefene. En forklaring på dette kan være at klinikksjefene ikke er så mye nede på avdelingene, og derfor ikke har kunnskapen jeg søker etter, heller enn at de ikke ønsker å la seg intervju. Det var kun en klinikksjef som mente å ha en oppfatning om vikarbyråenes effekter på avdelingsnivå. Klinikksjefen på klinikk 1 og klinikk 3 henviste meg til sine underordnede, da de mente at disse hadde mer konkret erfaring og dermed mer å si om fenomenet. Klinikksjefen på klinikk 4 hadde på sin side ikke vært i stillingen så lenge, og hadde dermed heller ikke erfaringer med bruken av disse vikarbyråene, verken på dette sykehuset eller andre sykehus.

Utvalget mitt er noe forskjellig ettersom hvilke avdelinger jeg har vært på. På klinikker hvor de ikke har benyttet seg særlig av denne tjenesten har jeg kun intervjuet en person. Dette er oversykepleiere og stedfortredere for klinikksjefen. Men på klinikker der de har en del mer erfaring med fenomenet, har jeg intervjuet oversykepleiere og avdelingssykepleiere på flere av avdelingene. Jeg har også så langt det har vært mulig valgt avdelinger med mannlige avdelingssykepleiere og oversykepleiere, der jeg har hatt mulighet til det. Dette fordi at menn og kvinner ofte

¹⁸ Noe som kan til hinder for et objektivt syn på studieobjektet

¹⁹ Jeg tenker da sammenlignet med klinikksjefene og sykehusledelsen

har ulike erfaringer, og derfor også ulike meninger om et fenomen (Mikkelsen: 1995: 104).

3.4.3 Avdelinger

Tidligere forskning (Vareide m.fl. 2001:82) har vist at utformingen av sykepleierrollen varierer mellom ulike avdelinger. Det har vært viktig for meg i denne oppgaven å se på så mange ulike avdelinger som mulig, for å få et bredt sammenligningsgrunnlag med hensyn til hvordan sykepleiervikarene fungerer på avdelingsnivå. Jeg går ut fra at ulike avdelinger, med ulike typer oppgaver, kanskje har ulike erfaringer med bruken av vikarbyråer. Jeg har derfor valgt å ta for meg alle somatiske klinikker, og utvalgte avdelinger på disse. Intervjumaterialet inneholder derfor informasjon både fra avdelinger som har benyttet seg mye av denne tjenesten, de som fortsatt benytter seg noe av denne tjenesten og avdelinger som ikke trenger denne tjenesten lenger.

3.5 Kildekritikk

3.5.1 Kilder

Yin (1994) snakker om seks kilder til informasjon: dokumenter, arkiverte data, intervju, direkte observasjon, deltagende observasjon, og physical artifacts²⁰. Det er både fordeler og ulemper med alle disse, og det er derfor viktig å merke seg at de ulike kildetyperne er komplementære, eller at de utfyller hverandre. En god case studie bør bestå av to eller flere typer kilder. Triangulering, som dette kalles, har den fordelen at det gir mange mål av samme fenomen, og det styrker dermed konstruksjonsvaliditeten. I min oppgave står altså intervju meget sentralt. Ifølge Yin (1994: 84) er dette en av de viktigste typer kilder i case - studier. Men uten bruk av flere typer kilder, faller mange av fordelene med case - studier vekk (Yin 1994:94).). Det vil derfor også være viktig å aktivt bruke arkiverte data, som offentlige data og

²⁰ Et teknologisk instrument eller verktøy, eller andre fysiske bevis, som kan samles eller observeres som en del av et feltarbeid.

organisasjonsdata. I tillegg til intervju har jeg benyttet meg nettopp av slike arkiverte data og dokumenter.

3.5.2 Aviser og tidsskrifter som kilde

Jeg har som sagt lite norsk forskningsbasert kunnskap å støtte meg til når det gjelder temaet vikarbyråer. Informasjonen har jeg, foruten fra egne intervjuer svenske rapporter omkring samme tema, hentet fra aviser og tidsskrifter. Debatten omkring lovendringen har vært het i denne typen medier. I perioden 2000 - 2002 var det nærmest ukentlige debatter om sykepleiere og vikarbyråer. Mye bakgrunnsstoff er derfor hentet fra avisene. Aviser er ikke alltid like nyanserte i sine beskrivelser. Jeg har imidlertid brukt bakgrunnsstoff fra så mange aviser som mulig, for å få nyansert det noe. I tillegg har jeg forsøkt å ta hensyn til hvem som har uttalt seg.

En del informasjon er også hentet fra NSF²¹ sitt eget tidsskrift, "Sykepleien". NSF var en viktig aktør i debatten om helsesektoren i utgangspunktet ønsket en slik tjeneste. Aviser og tidsskrifter gir mye informasjon med hensyn til sykepleiernes yrkesutøvelse og NSFs bekymringer knyttet til vikarbyråenes inntog i norske sykehus. Dette er viktig informasjon for å se om mitt materiale stemmer overens med disse synspunktene, eller om vikarbyråene har hatt andre effekter enn det NSF og mange andre aktører i helsevesenet først fryktet.

3.6 Validitet, reliabilitet og generaliseringspotensiale

Ved analyse og tolkning av datamaterialet kan det oppstå problemer med dataens reliabilitet og validitet. Med *validitet* menes datas relevans for problemstillingen. Validiteten avhenger av hva som er målt, om dette er de egenskapene problemstillingen gjelder (Hellevik 1991). Det vil alltid være en fare for en subjektiv utvelgelse av data som for eksempel støtter best opp om en teoretisk modell, eller i mitt tilfelle omhandler et tema som forskerne/studenten har et spesielt engasjement for. *Reliabiliteten* går på datainnsamlingen og hvordan dette er gjort (Hellevik 1991).

²¹ Norsk Sykepleierforbund

Innsamlingen av dette materialet har vært i samråd med de andre forskerne tilknyttet prosjektet. Det er hovedsakelig brukt intervjumateriale for å fremstille effektene av lovendringsprosessen, da det finnes lite forskningsbasert kunnskap om temaet. For å sikre høy grad av validitet har jeg derfor, så godt det lar seg gjøre, brukt andre uavhengige informasjonskilder, blant annet svenske undersøkelser omkring samme tema, samt materialet hentet fra aviser og tidsskrifter over hele perioden 1999-2004.

Det er viktig, ved bruk av dokumenter, at vi forstår hvem dokumentet er skrevet for (Yin 1994:81). Det må altså tas i betraktning at de fleste slike typer av data er laget med et bestemt mål for øyet, og for et spesifikt publikum. I dette tilfellet vil mye av de dokumenter og data jeg bruker være produsert for den yrkesgruppen jeg studerer, nemlig sykepleiere. Dette må tas i betraktning ved tolkning og i begrunnelsen av dataens relevans.

Funnene i denne undersøkelsen kan ikke generaliseres. For det første er utvalget lite, og det kan ikke regnes som et representativt utvalg av landets sykehus. Men en kan anta at andre sykehus som har benyttet seg av denne tjenesten har mange av de samme erfaringene med denne type tjenester, og at funn her vil ha overføringsverdi også til andre sykehus. For det andre er det kun avdelingsledernes oppfatninger som fremkommer her. Vikarenes egne erfaringer og de som jobber med vikarene sin oppfatning, ligger ikke innenfor denne oppgavens rammer.²² For det tredje dekker denne studien hovedsakelig effekter slik det oppfattes på vanlige ukedager. Avdelingslederne som er intervjuet jobber stort sett ikke i helgene. Det må tas forbehold om at erfaringer med sykepleiervikarer på helg kan være noe annerledes.

²² Dette belyses i den andre delen av prosjektet av Rannveig Dahle og Eli Kvamme

4. Trekk ved nyere norsk helsepolitikk

4.1 New Public Management i helsesektoren

Det offentlige pleie- og omsorgsarbeidet har lange tradisjoner, og er en sektor knyttet til politikk, eller forvaltningssystemet. Gjennom utredninger og politiske føringer har det de siste årene kommet en rekke nye tanker rundt desentralisering, privatisering, markedsorientering/kommersialisering, finans-/økonomisk styring og strategisk ledelse. Termer som ”modernisering av offentlig sektor” er blitt mye brukt i denne sammenheng. New Public Management (NPM) er et vanlig samlebegrep for disse nye strømningene. NPM, med vekt på *mål- og resultatstyring*²³, *fristilling*, *markedsretting*, *effektivitetsorientering* og *innføring av ledelsesmodeller* fra privat virksomhet, har vært retningsgivende for organisasjonsendringer i offentlig sektor i mange land de siste 10 - 20 årene (Christensen m.fl. 2004:151).

Offentlige beslutninger påvirker effektivitet direkte gjennom prioriteringer av offentlige ressurser til forskjellige offentlige oppgaver. Indirekte påvirkes effektivitet gjennom organiseringen av offentlig tjensteproduksjon (Sørensen m.fl. 1999:25). Med NPM - tankegang skapes helt nye rammebetingelser for organiseringen av offentlige tjenester (Lian 2003:115). Også helsesektoren er blitt påvirket av organisasjonsformer fra privat virksomhet. Hood (1991) gir en mer inngående oversikt med hensyn til hva NPM innebærer. Ut fra en NPM - tilnærming er resultater viktigere enn regler og prosedyrer, fordi det primære formålet for offentlige organisasjoner er å produsere goder som samfunnet har brukt for. Mål bør etter en slik tankegang defineres klart og tydelig, og det bør settes klare resultatkrav til virksomheten. Store offentlige organisasjoner bør også deles opp i mindre, og mer styrbare, enheter med ansvaret for spesifikke oppgaver. I dette ligger også at virksomheter som bedriver offentlig tjensteproduksjon bør skilles politisk ledelse.

²³ Mål - og resultatstyring kan ses på som et strukturelt - instrumentelt virkemiddel for politisk og administrativt lederskap. Mål - og resultatstyring innebærer en betydelig delegering gjennom liberalisering av gjennomgående regelverk innenfor budsjett-, lønns og personalforvaltning i offentlig sektor. Denne økte fleksibiliteten blir imidlertid motvirket av økt resultatrapportering og resultatkontroll (Christensen m.fl.2004:138).

Ut fra en slik tenkning bør det videre stimuleres til økt konkurranse for virksomheter som holder på med offentlig tjenesteproduksjon. Dette gjelder både mellom de offentlige tilbudene og med de private aktørene. Det oppfordres til bedre ressursutnyttelse for å kunne øke effektiviteten mest mulig. Lederne i de offentlige organisasjonene skal ha reell makt over hvordan organisasjonen innretter seg, siden lederne selv står personlig ansvarlig overfor resultatene (Lian 2003).

Sammenlignet med andre europeiske land sier de norske reformprogrammene relativt lite om nedbygging av den offentlige sektor gjennom privatiseringstiltak. I Norge har det som oftest vært indre reformer i offentlig sektor som er blitt vektlagt. Christensen og Læg Reid (1997) hevder at særlig mål- og resultatstyring er blitt vektlagt i Norge, men at det også finnes spor av de andre NPM-elementene. NPM-debatten her hjemme kan likevel sies å ha vært generell og konsensusorientert, og det har ikke skjedd noen revolusjon i den norske forvaltningspolitikken. ”Utviklingen har vært mer evolusjonær enn revolusjonær” (Christensen og Læg Reid 1998:178). Det er effektivitetsproblemer som har fått størst oppmerksomhet i norsk forvaltningspolitikk (Christensen og Læg Reid 1998). Begrepet New Public Management kan i denne sammenheng i stor grad forstås som en kritikk mot tidligere organisasjonsformer i offentlig sektor, hvor offentlig sektor ble sett på som altfor stor, for lite effektiv, for regelbundet og for lite fleksibel, med for svak ledelse og brukerorientering.

Mange av de NPM - relaterte forandringene som ble gjennomført i norsk helsevesen på slutten av 1980-tallet og utover 1990-tallet, bør ses på bakgrunn av den krisen helsetjenesten da gjennomgikk. Helsevesenet har hatt en stadig økning i ugifter siden 1950-tallet. På begynnelsen av 1980-tallet kom en rapport fra den da nyoppstartede ESO²⁴, som satte spørsmålsteget ved helsevesenets effektivitet og produktivitet. Sluttproduktet av den debatten som kom i kjølvannet av rapporten, ble at helsetjenesten burde rasjonaliseres eller til og med privatiseres. Helsetjenesten på 1990-tallet ble derfor utsatt for ulike endringer som, ved å simulere ulike

²⁴ Ekspertgruppen for Studier av Offentlig økonomi

markedsmekanismer, skulle øke den økonomiske bevisstheten i helseorganisasjonen (Allvin m.fl.2003:14).

En del av moderniseringen av det norske helsevesenet innebar at vi i 1996 fikk innført ett nytt finansieringssystem (innsatsstyrt finansiering), som i større grad skulle belønne sykehusene etter hvor effektive de er. I tillegg ble det i 2002 gjennomført et eierskifte i form av statlig overtakelse og foretaksorganisering av sykehusene. Sykehusene fikk med dette helt andre rammer for sin virksomhet. Slik fristilling av sykehusene førte til at det enkelte sykehus måtte konkurrere med andre sykehus om tjenester. Sykehusene kunne heretter utvikle sin egen politikk og struktur slik de så det mest hensiktsmessig.

4.1.1 Finansiering

Det har skjedd en markant endring i finansieringen av sykehusene gjennom årenes løp. Fra 1969 til 1980 fikk sykehusene tildelt midler gjennom et *kurpengesystem*. Dette systemet innebar at sykehusene fikk betalt pr. pasient, altså en slags stykkprisfinansiering. I 1980 gikk de imidlertid over til rammebevilgninger for at det på en bedre måte skulle sikres geografisk lik fordeling. Overføringene ble fra da av knyttet til ulike demografiske behovsindikatorer²⁵ i hvert av fylkene, med andre ord en slags behovsbasert ressurstildeling. Denne formen for tildeling av midler ble kritisert etter bare kort tid²⁶. For det første mente mange at den ikke stimulerte til effektiv ressursutnyttelse. Systemet ga angivelig lite belønning til effektive sykehus og få negative konsekvenser til dem som var minst effektive (Lian 2003:75-76). For det andre ble dette systemet kritisert, fordi det ikke var egnet til å oppfylle modellens målsettinger med hensyn til økt vektlegging av mål - og resultatstyring. For det tredje gikk kritikken ut på at det bar preg av en overordnet detaljstyring, noe som ga sykehusene liten omstillingsevne, og som dermed gjorde dem lite egnet til å imøtekomme uforutsette behov. Sist, men ikke minst, ble systemet kritisert for ikke å oppnå ønskede mål om geografisk utjevning av tjenestetilbudet (ibid).

²⁵ Eksempel: folketall og alderssammensetning

²⁶ NOU 1987:25 (Eilertsenutvalget)

Denne kritikken av rammefinansieringen førte til et forslag om stykkprisfinansiering, eller et såkalt DRG – system²⁷. Hensikten med en slik type finansiering var å øke sykehusenes behandlingsaktivitet og kostnadseffektivitet, og dermed motivere helsearbeiderne til å eliminere unødvendig ressursbruk gjennom å tilby økonomiske belønninger (Lian 2003:78). Pasientenes hoved- eller bidiagnoser er det viktigste grunnlaget for dette systemet. Hver enkelt pasientgruppe har en pris utarbeidet på grunnlag av en bestemt kostnadsberegning, og kostnadsveksten er ment å utrykke et gjennomsnittelig ressursforbruk for et sykehusopphold i denne gruppen. Systemet er med dette ikke tilpasset kostnadsstrukturen og kostnadsnivået i det enkelte sykehus. I 1995 vedtok derfor Stortinget at kombinasjonen av stykkprisfinansiering (40 prosent) og rammebevilgninger (60 prosent) *ikke* skulle innføres. Senere samme år ble det likevel foreslått å innføre en stykkprisfinansiering med fordelingen 30 prosent stykkprisfinansiering og 70 prosent rammebevilgning. Kombinasjonen fikk navnet *innsatsstyrt finansiering* (ISF). Ordningen ble vedtatt sommeren 1996, og innført i alle somatiske sykehus fra 1.juli 1997. Fordelingen mellom stykkprisfinansiering og rammefinansiering har de siste årene forandret seg noe. I 2002 var denne fordelingen 55 prosent stykkprisfinansiering og 45 prosent rammefinansiering (Lian 2003:76-80). I 2004 dekker ISF 40 % av gjennomsnittskostnadene for pasientgrupper som er inkludert i ordningen. De resterende 60 % dekkes av grunnbevilgningen til de regionale helseforetakene(www.odin.dep.no).

Dagens finansiering er preget av elementer fra NPM, og modellen bygger dermed på mål - og resultatstyring (Lian 2003). Dette innebærer blant annet at resultater vektlegges mer enn de administrative prosedyrene. Den innsatsstyrte finansieringsordningen i sykehussektoren skal motivere sykehusene til større kostnadseffektivitet og høyere grad av tjenesteproduksjon (Sørensen og Grytten 1999). Ordningen har gitt nye utfordringer til sykehusene. Aktiviteter må synliggjøres klarere enn før for å sikre stykkprisrefusjoner til sykehuset sentralt, men også for

²⁷ Diagnoserelaterte grupper

eventuelt å kunne fordele disse stykkprisene på en hensiktsmessig måte mellom de kliniske avdelingene og serviceavdelingene. Når inntektene på denne måten gjøres avhengig av aktiviteter, må også kostnadene etter hvert tydeliggjøres i form av internprising i avdelingens budsjetter. Videre fordrer inntekter og utgifter fra gjestepasientordningene nye budsjettrutiner i sykehusene, og eventuelt videre ned på avdelingsnivå. Pengene følger i dag pasienten i større grad enn før, noe som kan ha ført til at det blir vanskeligere enn før å forutsi størrelsen på budsjettet (Kjekshus m.fl. 2002).

En av de mest åpenbare endringene i sykehusenes interne organisering er økt ansvarliggjøring og delegering av myndighet fra ledelsesnivå til avdelingsnivået. Den innsatsstyrte finansieringsordningen er antakelig en viktig premissleverandør i ansvarliggjøringen av avdelingen (Kjekshus m.fl. 2002). Det er pr. i dag sterk fokus på innsparinger og det å øke effektiviteten. Avdelingenes inntekter og utgifter synliggjøres nå i avdelingsvise budsjetter. Stykkprisrefusjonene videreføres til avdelingene i en fordelingsnøkkel mellom kliniske moderavdelinger og serviceavdelinger. Sykehuset i denne undersøkelsen har de siste årene dermed blitt stilt overfor en rekke endringer og utfordringer i forhold til rammebetingelsene (Årsrapport 2002). Pasienter og primærhelsetjenesten har i økende grad blitt bevisstgjort på fritt sykehusvalg og de mulighetene dette medfører. Disse utfordringene har skapt en økende bevissthet og fokus omkring service, kapasitet og kvalitet, og bidrar dermed i økende grad til konkurranse mellom sykehusene (ibid).

4.1.2 Eierskifte og foretaksorganisering av sykehus

1. januar 2002 ble det gjennomført omfattende organisatoriske endringer i spesialisthelsetjenesten. Reformen bestod av to hovedelementer. Det første elementet innebar en statlig overtagelse av eierskapet fra de fylkeskommunale sykehusene. Det andre elementet innebar en overgang fra forvaltningsorganisering til foretaksorganisering av sykehusene (Lian 2003:81), noe som ga økt uavhengighet for de underliggende organer. Reformen innebar med dette både en form for *desentralisering*, samtidig som den innebar et element av *sentralisering* (Lian 2003:84).

Styringsmessig sett er det da også et skille mellom den gamle og den nye modellen. Forvaltningsmodellen innebar en sterk og direkte styring fra overordnede politiske myndigheter. Med foretaksmodellen ser vi imidlertid et klarere organisatorisk skille mellom de politiske organene og den enkelte virksomhet. Foretaksmodellen var det vi kaller for en *vertikal strukturell fristilling*. Reformen medførte, teoretisk sett, en mer presis ansvars - og rollefordeling med hensyn til overordnet ledelse og drift av institusjonene, og et klarere skille mellom drift og politikk, ved at staten skulle konsentrere seg om overordnede forhold og rammebetingelser, mens de regionale helseforetakene fikk ansvaret for å sette politikken ut i livet (Lian 2003:83).

Sykehusene ble altså forvandlet fra å være forvaltningsorganer til å være fristilte enheter, eller foretak, samtidig som staten overtok eierskapet. Etter denne endringen var det staten som stilte de formelle kravene og fastsatte lønnen for de ansatte. Ansvaret av driften ble overført fra fylkeskommunene til fem regionale helseforetak. Hvert av disse helseforetakene fikk et selvstendig ansvar for å sørge for at befolkningen i deres helseregion skulle tilbys nødvendige helsetjenester. Det er dermed lagt opp til en organisering på to nivåer, hvor hvert av de fem regionale helseforetakene har flere underliggende helseforetak, også kalt datterselskaper. Denne inndelingen går på tvers av fylkesgrensene (ibid). Helse Øst har eksempelvis sju slike datterselskaper²⁸. De underliggende foretakene, eller datterselskapene, har ansvaret for den daglige driften av sykehusene (Eilertsen 2003: 79).

Overgangen til helseforetak har ført til omfattende strukturelle endringer i mye av driften på sykehuset i denne studien. Blant annet har det blitt en funksjonsdeling mellom sykehusene i regionen. I tråd med en NPM - tenkning har begrunnelsen for denne funksjonsdelingen vært å samle kompetanse/spisskompetanse på enkelte fagområder til ett sykehus, slik at det kan sikres et høyt faglig nivå og effektiv ressursutnyttelse (Årsberetning 2001). Noe kompetanse samles dermed på dette

²⁸ Tallene i parentes viser antall datterselskaper i de resterende regionale helseforetakene: Helse Vest (5), Helse Sør (17), Helse Midt-Norge (7), Helse Nord (5 sjukehusforetak og 1 apotekforetak).

sykehuset, mens annen kompetanse flyttes fra sykehuset for å samles på andre sykehus i regionen. Endringene som følge av dette beskrives av avdelingslederne i denne undersøkelsen. Som følge av en slik funksjonsdeling har enkelte avdelinger blitt utvidet, mens andre har redusert aktiviteten eller flyttet til et annet sykehus. Dessuten har en del avdelinger internt måttet slå seg sammen til større enheter. Andre enheter har fått redusert antall sengeplasser.

4.2 Reformpolitikkenes konsekvenser for utøverleddet

Det målrasjonelle perspektivet er fremtredende også i sykepleieryrket (Sykepleierkongressen 1998:49). Vi har sett en stadig økende vektleggingen innen helsesektoren på kostnadsstyring, målstyring og effektivitet. Noe som er lite forskningsmessig belyst, er de mange utilsiktede konsekvensene av denne omfattende reformpolitikken, og da særlig for utøverleddet (Vike m.fl. 2002). Målet med en slik reformpolitikk, er å effektivisere omsorgen uten å svekke det offentlige ansvaret eller kvaliteten på tjenestene (Dahle og Thorsen 2004). Intensivering og sentralisering favoriserer på denne måten utviklingen av en endimensjonal kultur, med vekt på økonomisk og teknisk rasjonalitet (Ellingsæter og Solheim 2002:325).

Sykepleien som profesjon må i tillegg til de profesjonsmessige sidene ved yrkesutøvelsen også takle stadig flere og vanskelige lojalitets- og rollekonflikter, og etiske dilemmaer som dukker opp i kjølvannet av markedsreformene. En av de store konfliktene er knyttet til deres dobbeltrolle som agenter, både for pasientene og for en tredje part, myndighetene. Markedsstyringen og dens virkemidler, spesielt konkurranse og økonomiske insentiver, tvinger helsepersonell til å ivareta flere hensyn og interesser samtidig, både samfunnsmessige, økonomiske og politiske (Lian 2003:210).

Det økonomiske ansvaret har nå blitt flyttet høyere opp i organisasjonshierarkiet, mens driftsansvar stadig blir flyttet nedover. Helsepersonell kan strengt tatt ikke "løpe fra" de politiske bestemte velferdsmålene. Det er først og fremst yrkesgrupper som sykepleiere og hjelpepleiere, som daglig konfronteres med dilemmaer og knappe ressurser i sitt møte med pasientene (Ellingsæter og Solheim

2002:325). Helsetjenesten må, som andre sektorer i samfunnet, utøve økonomisk styring og vise til resultater. Sentrale mål for helsevesenet i dag er at den skal være mest mulig effektiv og ha tilfredsstillende standard. Det vil med andre ord si best mulige helsetjenester til lavest mulig pris (Hamran 1992:12). Avdelingslederne i denne undersøkelsen sier de opplever et stadig press med hensyn til nedskjæringer på budsjettene. Det har vært et økende økonomisk fokus, spesielt de siste fem årene, sier en av avdelingslederne i denne undersøkelsen. Spesielt i 2000 hadde sykehusets drift på overordnet nivå vært preget av reduserte økonomiske rammer (Årsberetning 2000). Det understrekes at det er stor forskjell mellom effektivitetskrav og krav til økonomisk styring før og nå. Etter statlig overtakelse og overgang til helseforetak synes dette å være spesielt merkbart.

4.3 Møtet mellom idealer og realiteter

4.3.1 Økonomisk tankegang møter humanistiske uformelle normer og verdier.

NPM er dominert av *økonomiske normer og verdier*, noe som har skapt spenninger og konflikter med andre verdier og hensyn som tradisjonelt sett har vært viktige innen det offentlige tjenestetilbudet (Lian 2003:204). Effektivitetstenkningen kan komme i et motsetningsforhold til rettferdig fordeling, i den forstand at en vektlegging av ett hensyn fører til en nedprioritering av andre hensyn. Helsetjenesten er i motsetning til NPM- tankegang grunnlagt på *humanistiske normer og verdier* som er orientert mot fellesskapet, slik som likhet og rettferdighet. Dette er dermed verdier og holdninger som står langt fra markedets etos og logikk. Markedets kjerneverdier som effektivitet og økonomisk lønnsomhet, fører til at helsevesenet prioriterer det som kommersielt sett er mest hensiktsmessig (Lian 2003:204). De markedsorienterte reformene oppfordrer til en instrumentell tenkemåte. Markedets orientering mot individualistiske verdier, har liten plass for de fellesskapsverdier som helsetjenesten er grunnlagt på. Det er derfor lite ved slike markedsreformer som tilsier at de støtter opp under prosesser som vedlikeholder og videreutvikler helsetjenestens normer og verdigrunnlag (Lian 2003:121).

Pleiekulturen plasseres her i spenningsfeltet mellom det ”nye” og det ”gamle”, og det er her at viktige verdier og kulturelle trekk brytes (Hamran 1992:28). Mye tyder på at økonomiske mål får størst gjennomslag i praktisk politikk, mens likhets- og rettferdighetsidealer holdes høyt når helsetjenestens verdigrunnlag tas opp til debatt (Lian 2003: 92). Det er mye fokus på økonomisk styring, men lite på kvalitet, hevder avdelingslederne i denne studien. De fleste som begynner i en jobb i helsevesenet har en ideologi eller et ønske om å jobbe med mennesker og å gjøre det beste for disse menneskene. Daglig opplever sykepleiere å bli klemt mellom et økende effektiviseringspress og hensynet til kvalitet (Forbundsleder 2003). Vike m.fl. (2002) hevder at til tross for økonomiske nedskjæringer, går velferdsstatens reproduktive arbeid rundt takket være samvittighetsfulle arbeidstakere. Helsepersonell må ofte strekke seg langt ut over den formelle arbeidskontrakten, for at pasientene ikke skal rammes av slike nedskjæringer.

4.3.2 Misforhold mellom personalantall og pleietyngde

Et viktig moment når det gjelder arbeidssituasjonen, er den belastningen hver enkelt ansatt opplever når ressurs- og personalmangel gjør at tjenesten som ytes ikke er faglig forsvarlig (Næss 2003:107). Stadig flere ansatte erfarer at de har liten tid til hver pasient (Næss 2003). Tidspresset fører til at mange ansatte prøver å kompensere mangel på tid til mottaker blant annet ved å droppe matpausen, eller å gjøre tjenester på fritiden sin. Mange blir sykmeldte på grunn av tidspresset. Sykefraværet i helse- og sosialtjenester er det høyeste i landet sammenlignet med andre næringer (Næss 2003:10).

Forskning har gjennom mange år dokumentert at ansattes hverdag i stadig økende grad dreier seg om å gjøre mest mulig, for flest mulig, på kortest mulig tid (Næss 2003:14). Yrkesutbrenthet kan spesielt ramme yrker hvor de ansatte daglig er i nær samhandling med andre personer. Dette kan være yrkesgrupper som sykepleiere, hjelpepleiere, lærere, sosialarbeidere, dobbeltarbeidende kvinner og lavtlønte med to jobber eller mer, som arbeider overtid langt utenfor lovens grenser. Alle disse bidrar til den relativt nye og voksende statistikken over utbrenthet i arbeidslivet (Wahl 2002).

Utbrenthet er blitt et velkjent fenomen blant helsepersonell, og rammer mange. På sykehusene er utbrenthet særlig merkbart hos sykepleiere på avdelinger med høyt arbeidspress, og det gjelder særlig de store medisinske og kirurgiske avdelingene (Vareide m.fl. 2001:82). Mange sykepleiere opplever ofte en stor kløft mellom idealer og realiteter. Sykepleieryrket, spesielt dersom sykepleieren arbeider med alvorlige sykdommer hvor død ofte inntreffer, kan være en kilde til overbelastning. En omfattende undersøkelse omkring sykepleiernes arbeidsforhold i Europa, viser at utbrenthet i sykepleieryrket rammer omtrent 25 prosent av sykepleierne (Hasselhorn m.fl. 2003: 53). Tallet for sykepleiere i Norge er noe mindre. En undersøkelse gjort av Roness (1995:131), viser at ca 5 prosent av de ansatte måtte sies å være utbrente, og at ca. 14 prosent var i grenselandet for å bli det.

5. Lovendringsprosessen - debatt

5.1 Sykepleiermangel

Den offentlige debatten har vist at helsesektoren til tider har hatt store problemer med å beholde sykepleiere. Forskningen er imidlertid tvetydig med hensyn til *omfanget* av sykepleiemangelen. En rapport utgitt i 2003 konkluderer med at andelen sykepleiere som har vurdert å slutte i yrket sitt, er fordoblet i forhold til på 1990-tallet (Næss 2003:11). Næss (2003) viser at på midten av 1990-tallet vurderte omtrent hver fjerde nyutdannede sykepleier å slutte, mens i 2002 var tallet steget til omtrent halvparten av de nyutdannede. Omtrent 2/3 av hjelpepleiere og sykepleierne i aldersgruppen 26 - 35 år vurderte å slutte (Næss 2003:108). Næss (2003) mener dårlige muligheter for avansement, lav lønn generelt, lite uttelling for videreutdanning og spesialutdanning, stor arbeidsmengde, stress og lite verdsetting faglig sett som viktige årsaker til at mange sykepleiere ikke er yrkesaktive.

En annen rapport (Abrahamsen 2003), viser litt andre tall. Resultatene i denne undersøkelsen viser at yrkesavgangen blant sykepleiere ikke er så omfattende. I Abrahamsens undersøkelse arbeider fremdeles ni av ti sykepleiere i yrket 10 år etter endt utdanning²⁹. Med hensyn til frykten *for ekspansiv yrkesavgang* blant sykepleiere, konkluderer denne rapporten med at den er overdrevet (Abrahamsen 2003:32). Mye tyder imidlertid på at avgangsmønsteret påvirkes av arbeidsmarkedssituasjonen på pleierens bosted. Avgangen blant sykepleiere er større i de største byene enn ellers i landet (Abrahamsen 2003:54).

Tall fra Sykepleierforbundet viser at det pr. februar 2002, manglet 7200 sykepleiere på landsbasis (Dagsavisen 2002, Aftenposten 2002). Samtidig var det 18.500 sykepleiere som ikke arbeidet i sykepleieryrket (Dagsavisen 2002). Det var dermed nok utdannede sykepleiere her til lands. Likevel har det i perioder vært vanskelig å rekruttere denne type kompetanse. Dette kan skyldes at mange

²⁹ Disse tallene gjelder kvinnelige sykepleiere. For mannlige sykepleiere er avgangen noe større. Blant menn arbeider åtte av ti i yrket 10 år etter endt utdanning.

sykepleiere ofte har et kortvarig perspektiv på ansettelsesforholdet i sykehus (Vareide m.fl. 2001:66).

Helsemessige problemer er også ofte en viktig årsak til at sykepleiere ikke utøver yrket sitt³⁰ (Abrahamsen 2003:54). Store belastninger og relativt lav lønn kombinert med gode jobbmuligheter andre steder i arbeidslivet, har bidratt til at mange sykepleiere ikke praktiserer utdannelsen et helt yrkesliv. Det skilles mellom to typer av yrkesavgang; overgang til et annet yrke og det å gå ut av arbeidslivet. Begrunnelsen bak disse to formene for yrkesavgang er noe forskjellig (Abrahamsen 2003:43). Begrunnelser for *overgang til andre yrker* er ofte på grunn av karriere - og egenutvikling, ønske om en jobb uten turnus, helseproblemer og arbeidsbelastning, og familieforpliktelser (ibid:44-47). Årsakene til at mange sykepleiere *går ut av arbeidslivet* begrunnes av Abrahamsen (2003: 48) i tre punkter. En stor andel oppgir at de går på skole eller er under utdanning. Dette gjelder ca halvparten av sykepleierne i undersøkelsen. Videre er det mange som oppgir omsorgsforpliktelser overfor egne barn. En tredje type begrunnelse er knyttet til pleiernes helse.

Situasjonen i dag er at sykepleiemangelen nærmest er fraværende. Det er blitt betraktelig vanskeligere bare det siste året å finne ledige sykepleierstillinger. I dag har mange nyutdannede sykepleiere problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet (Dagsavisen 2004). Et intervju med analysedirektør Stein Langeland i Aetat (Dagbladet 2004), indikerer det er på grunn av en strammere kommuneøkonomi og omorganisering av sykehusene, at behovet for sykepleiere er blitt redusert fra 1500 i fjor til 600 i år. Denne reduksjonen forventes imidlertid ikke å vedvare særlig lenge (ibid).

5.2 Fleksibilisering av arbeidsmarkedet

New Public Management - tenkningen har et grunnleggende mål om at organisasjoner skal få en mer fleksibel form enn før. Fleksibilisering av

³⁰ Helsemessige problemer synes i denne undersøkelsen å være størst blant hjelpepleiere, men det er også et problem blant sykepleierne.

arbeidskraften er altså et av de nyeste utviklingstrekkene i arbeidslivet, og medisinske vikarbyråer kan forstås som et uttrykk for denne tendensen i helsevesenet. Men fleksibilitet er ikke et nytt begrep innen helsesektoren. Helsesektoren er pr. definisjon en fleksibel sektor, men innholdet i begrepet fleksibilitet har med NPM - tenkning fått en *utvidet* betydning. Lovendringen var ment å føre til en større *fleksibilitet* for både arbeidsgivere og arbeidstakere i helsesektoren (NOU 2004:5). Lovendringen var et uttrykk for på den ene side et ønske fra arbeidstagere om at de i større grad skulle få bestemme når de ønsket å jobbe, og på den andre siden at arbeidsgiver lettere skulle kunne dekke et varierende arbeidskraftsbehov. Vikarbyråene skulle dermed være en ny måte å løse den konstante bemanningskrisen i helsevesenet på.

5.2.1 Tilpassning til et moderne arbeidsmarked

”Økende mangel på sykepleiere har de senere år blitt den største begrensede faktoren for en effektiv drift av sykehusene” (Dagsavisen 2002).

Med et stadig økende fokus på effektivitet, kommer også spørsmålet om tilgang på arbeidskraft. Tilgang på nok arbeidskraft anses som en viktig faktor med hensyn til effektiv drift. I 1999 var hovedutfordringen i norsk sysselsettingspolitikk at den i mange bransjer, og i store deler av landet, bar preg av at arbeidsgiver hadde vanskeligheter med å fylle ledige stillinger med kvalifisert arbeidskraft (St.meld. nr 1 1989-1999). Det var på denne tiden størst mangel på arbeidskraft i industri, bygge- og anleggsbransjen, i tillegg til en omfattende mangel på helsepersonell. En vellykket sysselsettingspolitikk måtte dermed innebære at det ble gjennomført tiltak som økte arbeidskrafttilbudet og som bidro til at den arbeidskraft som allerede var sysselsatt ble utnyttet best mulig (ibid).

I denne stortingsmeldingen ble det stilt spørsmålstegn ved, om det eksisterende regelverket var tilpasset arbeidsmarkedet, blant annet arbeidsgivers mulighet til å tilpasse arbeidsstokken etter endringer i etterspørselen. En påstand i den forbindelse var at arbeidsmiljøloven³¹ ikke var tilpasset det moderne menneskets ønsker og

³¹ Arbeidsmiljøloven gjelder for virksomheter som har ansatt arbeidstakere. § 58A regulerer adgangen til midlertidig ansettelse, herunder vikarbyråenes adgang til å ansette arbeidstakere midlertidig.

behov, og at den dermed skapte spesielt store problemer for ansatte i for eksempel helsesektoren. For å nærmere vurdere datidens regelverk for *arbeidsformidling og utleie/innleie av arbeidskraft*, ble det ved kongelig resolusjon 6. mars 1998 nedsatt et offentlig utvalg. Utvalget skulle blant annet drøfte alternative former for ut- og innleie av arbeidskraft og alternative former for å regulere arbeidsformidling. Utvalget hadde sine representanter fra de største arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene og departementene, og de avgav sin innstilling 8. september 1998 (ibid).

Utvalget mente at fravær blant de faste ansatte og behov for spesialkompetanse er de viktigste grunnene til at bedrifter benytter innleid arbeidskraft og tjenesteleverandører. Tidsbegrensede prosjekter og arbeidstopper er andre viktige årsaker for å benytte ekstern arbeidskraft. For å løse bemanningsproblemet, så utvalget derfor for seg at arbeidsstyrken kunne økes ved blant annet å øke rekrutteringen av arbeidskraft fra utlandet og opprettholde yrkesdeltakelsen for eldre arbeidstakere³². De som allerede var sysselsatt kunne brukes på en mer effektiv måte, ved blant annet å stimulere til at deltidsansatte jobber heltid, at det ble åpnet for større fleksibilitet med hensyn til overtid, tiltak for å få ned sykefraværet og effektivisere bruken av ansatte i offentlig sektor. Dessuten kunne utleie være en måte å organisere korttidsarbeidet på, som et alternativ til blant annet midlertidige ansettelser (NOU 1998:15).

Utvalget (NOU 1998:15) vurderte imidlertid om det skulle være noen områder som generelt burde unntas fra utleievirksomheten. De tenkte da på enkelte yrkesgrupper eller bransjer som det da var stor knapphet på, for eksempel innen helsesektoren. Det var etter utvalgets mening derfor nødvendig med en ny gjennomgang med hensyn til hvilke områder vikarbyråene kunne leie ut.

³² I tillegg til å begrense antall uføretrygdede, gjøre det lettere for ungdom og ufaglærte å komme inn i arbeidsmarkedet, lette inngangen til arbeidsmarkedet ved hjelp av attføring av yrkeshemmede, ved bedre å integrere innvandrere i arbeidsstyrken.

5.3 Debatt

En lovendring ville representere en form for privatisering av sykepleieryrket, og ikke alle var tilhengere av den foreslåtte lovendringen. For mange, og ikke nødvendigvis bare blant sykepleiere, ble sykepleie fortsatt betraktet som en kallsgjerning. Reaksjonene var spesielt sterke med hensyn til at sykepleiere nå kunne selges og kjøpes som en hvilken som helst vare på et marked (Fonn 2001). Motstanden hadde imidlertid også mer rasjonelle innvendinger. Mange betraktet vikarbyråene som et fordyrende mellomledd som oppmuntret til en egoistisk arbeidsinnstilling (Leder 2001).

Norsk Sykepleierforbund (NSF) mente at ett av argumentene for å tillate privat formidling av sykepleiervikarer, var at det kunne trekke en del sykepleiere som av ulike grunner hadde forlatt yrket tilbake til sykepleien igjen (Leder 1999). NSF var likevel en av de sterkeste motstanderne av lovendringen. NSF mente at en slik lov ikke ville være en god langsiktig løsning. NSF argumenterte med at denne nye utleieloven ikke ville bidra til et bedret arbeidsmarked, og at den ikke ville få en positiv innvirkning på verken sysselsettingsmulighetene, eller føre til en bedring av ressursbruken i helsevesenet. Argument var at en slik ordning ikke nødvendigvis ville føre til flere sykepleiere. NSF mente dessuten at en slik løsning ikke tok hensyn til de negative konsekvensene ved innleie, nemlig at en slik løsning både var dyrere og dårligere. Det ble henvist til svensk helsevesen som lenge hadde benyttet seg av en slik ordning. I Sverige var de allerede i 1999 i ferd med å redusere bruken av vikarer fra vikarbyråer, fordi ordningen hadde vist seg både å gi en dårlig kvalitet på pasientbehandlingen og økt belastning på fast ansatt personell, noe som videre hadde bidratt til ytterligere flukt fra sykepleieryrket (www.sykepleieforbundet.no).

I sitt svar på høringsuttalelsen (NOU 1998:15) gjør NSF det derfor klart at de ikke støtter den foreslåtte lovendringen (NSF 1998). Dette gjaldt spesielt endringen av sysselsettingsloven § 27, som opprinnelig satte et forbud mot å drive virksomheter som leier ut arbeidskraft. NSF mente at begrunnelsen for denne endringen hvilte mer på hensynet til ressursutnyttelse, fremfor hensynet til den enkelte arbeidstaker. For selv om den utleide arbeidstaker hadde et fast ansettelsesforhold hos utleier, ville

likevel muligheten for endring eller direkte påvirkning av arbeidsvilkårene bli svært vanskelige med den nye ordningen. NSF påpekte at utleiebyråene hele tiden måtte imøtekomme innleiers ønsker og behov for å sikre virksomhetens økonomiske grunnlag. NSF fryktet derfor at det i ytterste konsekvens ville bli praktisert ulovligheter. Lovendringen ville, ifølge NSF, på grunn av dette kunne føre til ytterligere belastning når det gjaldt å ivareta kontinuiteten i pleie - og omsorgen, samt ramme det kollegiale samarbeidet. Dette ville igjen kunne få negative konsekvenser for forholdet til pasientene (NSF 1998).

Tilhengerne av en slik privatisering av sykepleien argumenterte på sin side med at vikarbyråene ville dekke et behov som ikke lot seg løse på noen annen måte. Tanken med vikarbyråer var å få sykepleiere, som av ulike grunner hadde forlatt sykepleieryrket, tilbake til yrket (Aase 1999). Blant annet hadde sykepleieryrket blitt oppfattet som slitsomt og dårlig betalt. Lovendringen var ment å være en pådriver til å heve den generelle sykepleierlønnen. Vikarbyråene var i tillegg ment å kunne bidra til å rekruttere sykepleiere tilbake til yrket igjen, samt å bidra til å avlaste hardt pressede avdelinger (Leder 2001).

5.4 Lov om utleie av helsepersonell

Når det gjaldt utleie av arbeidskraft, foreslo utvalget at datidens regelverk burde endres. Utvalget foreslo endelig at de skulle oppheve det rettslige, offentlige arbeidsformidlingsmonopolet, og innføre et system hvor også private aktører fikk tillatelse til å drive arbeidsformidling på forretningsmessig grunnlag. I 1998 kom utvalget med forslag om en oppmykning av arbeidsmiljølovens §§ 26³³ og 27³⁴ (NOU 1998:15), slik at arbeidsstokken lettere skulle kunne tilpasses et varierende arbeidskraftsbehov. Fra 1. juli 2000 ble det offentlig monopolet på formidling av arbeidskraft opphevet. Den nye loven åpnet for utleie av helsepersonell i perioder hvor ordinære ansatte var i permisjon grunnet for eksempel sykdom,

³³ Forskrifter for privat arbeidsformidling

³⁴ Om utleie av arbeidskraft

omsorgspermisjon eller utdanning. Det ble imidlertid ikke anledning til å ta betalt for formidlingstjenester av de arbeidssøkende. Arbeidsgiverne skal betale hva det koster å produsere betalingstjenestene (NOU 1998).

Denne lovendringen innebar dermed en oppmykning av Sysselsettingslovens forbud mot arbeidsutleie, og adgangen til innleie ble etter dette regulert av arbeidsmiljøloven §§ 55K og 55L. (www.arbeidstilsynet.no). Innleie ville nå kunne benyttes ved midlertidig fravær, og regelverket skulle ikke sette grenser for hvor mange som kunne leies inn. Utgangspunktet videre ble at det nå var tillatt for virksomheter å leie ut arbeidskraft, mens adgangen til å leie inn er begrenset og underlagt nærmere vilkår. Vikarene skulle ha stillingsvern som følger av arbeidsmiljøloven. Bedrifter kunne etter denne lovendringen leie inn arbeidstakere fra vikarbyråer i de tilfeller hvor det kan ansettes midlertidig i henhold til arbeidsmiljøloven § 58A, som inneholder regler for når det kan inngås slike midlertidige arbeidsavtaler (ibid).

Utvalgets forslag innebar også at reguleringen av arbeidsleie skulle flyttes fra sysselsettingsloven til arbeidsmiljøloven. Innleie for offentlig sektor ble tilsvarende regler tatt inn i tjenestemannsloven³⁵ §§ 3a og 3B (www.arbeidstilsynet.no). Dette innebærer at det kan ansettes midlertidig når tjenestemannen kun trengs for et bestemt tidsrom eller for å utføre et bestemt oppdrag, når arbeidet ennå ikke er fast organisert, når det er usikkert med hensyn til hvilke tjenestemenn som trengs, i vikariater og i utdanningsstilling eller åremålsstilling. Det gjelder imidlertid en større adgang til midlertidig ansettelse i statstjenesten, enn i privat og kommunal sektor.

Innleie fra virksomheter som har til formål å drive utleie, det vil si vikarbyråer, er tillatt i samme utstrekning som adgangen til midlertidig ansettelse etter § 55K nr 2. De lokale parter kan inngå avtale om innleie utover de ordinære kriteriene for midlertidig ansettelse. Bestemmelsen gjelder kun innleievirksomheter som er bundet av en tariffavtale. I slike virksomheter kan det inngås avtale med tillitsvalgte som til sammen representerer et flertall av den arbeidskategorien innleien gjelder. Avtalen

³⁵ Tjenestemannsloven regulerer stillingsvernet for ansatte i staten. Etter denne loven gjelder noe strengere krav for oppsigelse enn etter arbeidsmiljøloven. I likhet med arbeidsmiljøloven er også tjenestemannslovens hovedregel fast stilling.

skal være tidsbegrenset. På samme måte som arbeidsmiljøloven, bygger reglen om innleie i tjenestemannsloven §§ 3A og 3B, til en viss grad på prinsippet om parallellitet til regler for midlertidig ansettelse, jfr. tjenestemannslovens § 3 (NOU 2004).

Hovedregelen er at den som leies ut skal være fast ansatt i utleievirksomheten, enten det er et vikarbyrå eller produksjonsbedrift. Det er dermed utleievirksomheten som har det arbeidsgiveransvaret som følger av arbeidsmiljøloven. Dette innebærer at vikarene ansatt i vikarbyråer skal ha skriftlige avtaler med utleievirksomheten. Det er dessuten utleievirksomheten, her vikarbyråer, som har ansvaret for utbetaling av lønn og andre ytelser. Men også innleievirksomheten har et arbeidsgiveransvar overfor den utleide. Innleier har blant annet ansvaret for å gi den innleide nødvendig oppfølging og innføring i interne rutiner, samt forsikre seg om at den innleide har de nødvendige kvalifikasjoner som kreves for yrket, i dette tilfellet sykepleieryrket. Det er også innleier som betraktes som den nærmeste til å påse at arbeidsmiljø - og sikkerhetskrav i arbeidsmiljøloven er ivaretatt (www.arbeidstilsynet.no).

6. Vikarenes inntog på avdelingene

6.1 Medisinske vikarbyråer

Helsevesenets driftsgrunnlag er nå, mer enn før, knyttet til en interaksjon mellom markedskrefter og strukturelle endringer. Helsevesenet har med andre ord fått klarere likhetstrekk med organisasjoner innen privat sektor. Dette gjelder også med hensyn til rekrutteringssystemer³⁶ og insentivsystemer³⁷. Medisinske vikarbyråer er en nyskaping i norsk helsepolitisk sammenheng, og har de siste årene fått betydelig medieoppmerksomhet. I media har det blitt skapt et bilde av at vikarbyråene er blitt en nødvendighet for helseinstitusjoner som mangler helsepersonell. I løpet av en ganske begrenset periode ble det etablert en rekke nye selskaper, blant annet ved at utenlandske selskaper etablerte datterselskaper her i Norge. Samtidig med dette, satset også allerede etablerte selskaper som Manpower, Adecco og Proffice på utleie av helsepersonell (Neergaard og Nicolaisen 2002:15).

Til tross for at antallet byråer med utleie av helsepersonell har sunket noe siden oppstarten, er det fremdeles mange aktører i markedet. Byråene varierer både i størrelse, i grad av spesialisering, i hvorvidt de har svenske eller danske morselskaper m.m. (Nergaard og Nicolaisen 2002:58). Det finnes store byråer, og det finnes såkalte ”nisjebyråer”. Byråene formidler stort sett mange typer helsepersonell. Sykepleierne er imidlertid den største gruppen av utleide helsevikarer. Vikarbyråene rekrutterer ved annonsering på internett, TV, radio, aviser og fagtidsskrifter. ”Jungel - telegrafene” er også en kilde til rekruttering. De største markedene for vikarbyråene er sykehusene og primærhelsetjenesten. Sykehusene utlyser anbudskonkurranser som vikarbyråene inviteres til å delta i. Anbudene er i dag mer detaljert utformet enn i startfasen (Nergaard og Nicolaisen 2002:58).

³⁶ Disse rekrutteringssystemene skal sikre en riktig sammensetning av staben

³⁷ Insentivsystemer skal belønne gode resultater

Liberaliseringstendensen knyttet til Lov om helsepersonell, har dermed gjort at også sykepleieryrket er blitt gjenstand for en form for konkurranseutsetting. Det er blitt skapt et nytt marked for sykepleiere, som har ført til konkurranse mellom private bedrifter og offentlige institusjoner om sykepleiernes kompetanse. Vikarbyråene konkurrerer med helsevesenet med hensyn til å få sykepleiere til å jobbe for dem heller enn å ha fast ansettelse på en institusjon. I en tid med sykepleiemangel var det gunstig for vikarbyråene å friste ettertraktede sykepleiere med høyere lønn og mer fleksibel arbeidstid.

Vikarbyråene dekker mange ulike behov, blant annet ferieavvikling, sykefravær (korttidsfravær og langtidsfravær), ”den konstante bemanningskrisen i helsesektoren”, drift av hele sykehusavdelinger og sykehjem og bemanne spesielt ubekvemme vakter (Nergaard og Nicolaisen 2002:59):

”Vikarbyråene vil helst fremstå som idealister” (Fonn 2001)

Men medisinske vikarbyråer har siden lovendringen 1. juli 2000 tjent millioner på sykehusenes rekrutteringsproblemer (Neergaard og Nicolaisen 2002:15). Det bruktes årlig, på landsbasis, 750 millioner på overtid, innleie og rekruttering fra utlandet for å dekke opp mangelen på helsepersonell (Dagsavisen 2001). Sykehuset i denne studien har i perioder hatt stor mangel på sykepleiere, og mange av stillingene og vaktene har da blitt besatt med innleid personell. Dette sykehuset alene brukte eksempelvis 20 millioner kroner på vikarer fra vikarbyråer³⁸ i 2001.

Å benytte seg av vikarbyråer blir med dette en måte for disse helseinstitusjonene å overleve på (Sykepleien 2002). Det svenske arbeidslivsintitutet i Stockholm har utført en studie om sykepleiernes vilkår og valgmuligheter i vikarbransjen. Når de i denne undersøkelsen har spurt bedriftene om den viktigste årsaken til at arbeidsgivere ansetter personer på midlertidig kontrakt, enten direkte eller via et vikarbyrå, så svarer de vanligvis at de må dekke et kortsiktig

³⁸ Dette gjelder alle typer vikarer. Hvor mye som er brukt på sykepleiervikarer alene er ikke spesifisert i disse tallene.

kapasitetsbehov (Allvin m.fl. 2003:5). Det er lettere for bedriften å bruke vikarbyråer, siden arbeidsgiver da slipper å gå igjennom hele ansettelsesprosessen selv. Dette er også tidsbesparende, dersom bedriften har en bemanningskrise over lengre tid (ibid).

NSF var som nevnt tidlig motstandere av lovendringen, men forsøkte å gjøre det beste ut av det ettersom lovendringen faktisk ble vedtatt. For å sikre at deres medlemmers rettigheter blir ivaretatt, har NSF inngått tariffavtale med en del av aktørene. Avtalene NSF inngår med vikarbyråene inneholder foruten garantilønn, pensjonsrettigheter, forsikringer, samt lønn under sykdom, fødsel og ved omsorg for barn³⁹(Nergaard og Nicolaisen 2002:62).

6.1.1 Bruken av sykepleiervikarer

I 2002 var det mange ledige sykepleierstillinger (Sosial - og Helsedepartementet 2001:41). Mangel på sykepleiere har til tider også vært et utstrakt problem på sykehuset i denne undersøkelsen. Ved tusenårsskiftet var mangelen på sykepleiere, og da spesielt spesialsykepleiere, stor. Samtidig med dette var det også en del omstruktureringer i forbindelse med funksjonsdelingen mellom sykehusene. Dette skapte store utfordringer med hensyn til å opprettholde driften på enkelte avdelinger.

I 2000, 2001, og til dels 2002, var mangelen på sykepleiere på sykehuset i denne undersøkelsen spesielt stor. Mange avdelinger hadde i disse periodene flere ubesatte stillinger. Sykehuset klarte likevel å opprettholde ansvarlig drift, fordi sykehusets ansatte gjorde en stor innsats⁴⁰, i tillegg til at det ble leid inn vikarer fra vikarbyråer (Årsberetning 2000, Årsberetning 2001, Årsberetning 2002). Avdelingsledere måtte bruke mye tid på å få fast personell til å jobbe overtid og ta ekstravakter. En forundersøkelse gjort på dette sykehuset i 2000 viser at avdelingsledere brukte hele 20 prosent av arbeidstiden sin på å skaffe slike ekstravakter (Årsrapport 2000).

³⁹ Også vikarbyråer uten tariffavtale med NSF oppgir at de har "vanlige" rettigheter (Nergaard og Nicolaisen 2002:62).

⁴⁰ I form av overtid og ekstravakter på de faste ansatte.

Sykepleiervikarene skal fungere både faglig og sosialt. Deres arbeid handler i stor grad om å raskt finne seg til rette. Da sykehuset i denne undersøkelsen begynte å bruke vikarbyråer måtte de benytte seg av danske og svenske selskaper, fordi det på daværende tidspunkt ikke hadde blitt etablert slike byråer i Norge. Avdelingslederne var stort sett veldig fornøyde med disse vikarene. Så snart byråene etablerte datterselskaper her i landet, gikk avdelingslederne likevel over til disse. I startfasen var de noe mer misfornøyde med disse vikarene, men det ble bedre etter hvert. Sykehuset i denne undersøkelsen har i dag avtaler med tre byråer, og avdelingene kan velge mellom disse. De avdelingene jeg har vært på benytter seg i hovedsak av to av aktørene, ActiveCare og Medisinsk Vikarbyrå.

I startfasen benyttet en del avdelinger seg av månedskontrakter. Det skyldtes at noen avdelinger i denne perioden hadde satt i gang prosjekter for å få ned ventelisten på operasjoner. Andre avdelinger var i overgangsperioder etter sammenslåing av avdelinger. Dette økte behovet for flere ansatte i en begrenset periode. Vikarene ble da leid inn for et lengre tidsrom, i ett tilfelle i hele 6-8 måneder. I slike perioder gikk sykepleiervikarene vanlig turnus, og det kunne det være mellom fire og seks sykepleiervikarer, av totalt 12-13, på en og samme vakt.

Trenden nå er at avdelingene bruker vikarbyråer i mindre grad enn før. Spesielt fra 2003 er tendensen tydelig med hensyn til at avdelingslederne helst ikke ønsker å benytte denne tjenesten. Enkelte avdelinger klarer seg faktisk uten denne tjenesten i dag. For de avdelingene som fremdeles benytter seg av vikarbyråer, er terskelen svært høy for at avdelingslederne skal benytte seg av denne tjenesten. I de tilfellene hvor de ennå benytter seg av sykepleiere fra vikarbyråer, leies vikarene bare inn for en kortere periode. I motsetning til tidligere, er vikarene nå kun ansatt for enkeltvakter og de kommer stort sett enkeltvis. Dessuten benytter avdelingene seg nå, i motsetning til før, stort sett av ett vikarbyrå.

Avdelingslederne sier at avdelingene ikke lenger er så avhengig av vikarbyråene. Innføringen av ønsketurnus⁴¹, alternativ arbeidsordning⁴²,

⁴¹ En turnusplan hvor personalet har stor innflytelse på egen arbeidstid, kalles ønsketurnus (Krokmyrdal 2004: 40). Ønsketurnus består av en tradisjonell grunnturnus i bunn, i tillegg til at de ansatte i fellesskap setter opp ønsket arbeidsliste,

produktivitetsavtale⁴³ og det at sykehuset er blitt en IA - bedrift⁴⁴ har gjort at mange av de vaktene som tidligere stod åpne, i dag dekkes av egne ansatte. Avdelingene forsøker også nå mer aktivt enn før, å følge opp med hensyn til sykmeldinger. Men vikarbyråene oppfattes fremdeles som gode å ha ved akutt frafall blant eget personell. Avdelingslederne er spesielt godt fornøyde med at de, ved bruk av vikarbyråer, i mindre grad enn før må beordre folk til å komme på jobb. De fleste av de avdelingslederne jeg har snakket med, understreker også at det hadde vært vanskeligere å avvikle feriene uten vikarbyråene.

6.2 Sykepleiervikarene

6.2.1 Hvem er vikarene?

”Å være vikar passer best for de rotløse” (Fonn 2001:19).

Vikarbyråene kan oppfattes som et attraktivt alternativ til fast stilling for mange sykepleiere. Tilbud om bedre lønns- og arbeidsbetingelser har fått mange til å skifte arbeidsgiver. Mange sykepleiere så også vikarbyråene som en mer utfordrende arbeidsplass. Vikarer med en tilknytning til et vikarbyrå kan i *større grad* bestemme omfanget av vaktordningen sin selv (Aftenposten 2001b). Som vikar signerer du en kontrakt med vikarbyrået. Du er da forpliktet til å jobbe alle disse vaktene. Det en sykepleier imidlertid lettere kan gjøre som vikar enn som fast ansatt, er å forbeholde

inkludert fridager, for en gitt periode (det varierer mellom avdelingene hvor mange uker en slik periode varer, alt fra 4-12 uker). I ønsketurnus skal de ansattes behov være første prioritet. Tankegangen er at ved å ta hensyn til at de ansatte har det bra, får brukerne kvalitativt gode tjenester (www.idebanken.org/ressurs/binaryfile.asp?filID=335).

⁴² Alternativ arbeidsordning: sykepleieren jobber i 80 prosent stilling men får 100 prosent betalt, mot at man bare jobber natt eller tar på seg å jobbe annenhver helg (mot normalt tredje hver helg).

⁴³ Produktivitetsavtale: En avtale NAVO (arbeidsgiverforening for offentlig eide selskaper og foretak) har inngått med Norsk Sykepleierforbund i 2002. Avtalen åpner for at sykepleierne kan søke om dispensasjon fra arbeidsmiljøloven slik at arbeidstid og turnusplaner blir mer slik arbeidsgiver ønsker. Produktivitetsavtalen går blant annet ut på at partene lokalt kan inngå avtale om utvidet arbeidstid og ekstraordinært arbeid etter visse kriterier. Avtalen skal ha en varighet på minimum tre måneder, og maks et år. Disse avtalene baseres på samarbeid med de tillitsvalgte og frivillighet hos de ansatte. For mer informasjon om denne avtalen se Fonn: 2002).

⁴⁴ Inkluderende arbeidsliv (IA); Redskap for et arbeidsliv med plass for alle (Forbundsleder 2002). Arbeidsgiver forsøker å tilpasse oppgavene til arbeidstakere som ikke kan jobbe ordinært. Dersom man for eksempel er gravid og ikke klarer all de tunge oppgavene man gjorde tidligere, er det fremdeles mye annet man kan bli satt til, for eksempel mer administrative oppgaver eller lettere medisinske prosedyrer.

seg retten til å si nei til ekstravakter utover det som er kontraktsfestet. Faste ansatte kan ikke i samme grad nekte slikt overtidsarbeid. Men hvem er disse vikarene, hva preger deres arbeidssituasjon og hva gjør de med det faglige og sosiale miljøet i avdelingene på et sykehus?

Alder

Allvin (m.fl. 2003:18-19) har en undersøkelse som viser at vikarene i Sverige har en gjennomsnittsalder på 40 år. Materialet i mine undersøkelser tyder på det samme. Hovedbildet er at sykepleievikarene befinner seg på hver sin side av småbarnsfasen. I ActiveCare Norge er snittalderen på vikarene 35 år, med tyngdepunktet på det som kalles ”godt voksne” (Nergaard og Nicolaisen 2002). I Medisinsk Vikarbyrå er vikarene i to hovedgrupper. I den ene gruppen er vikarene mellom 25 og 30 år, og i den andre gruppen er de rundt 50 år. Helsevikarer i denne sistnevnte gruppen utgjør en stor del av helsevikarene. Dette gjenspeiler seg også på avdelingene i denne undersøkelsen. På sykehuset i denne undersøkelsen ser det ut til at de fleste aldersgrupper er representert blant vikarene, men hovedtyngden ser ut til å være i aldersgruppene 25-35 år og 45-55 år. På spesialiserte avdelinger er det et fremtredende trekk at vikarene i gjennomsnitt er noe eldre enn gjennomsnittet på det fast ansatte personellet.

Ansiennitet

I startfasen leide enkelte av vikarbyråene ut nyutdannede sykepleiere (Nergaard og Nicolaisen 2002). Disse vikarene ble imidlertid oppfattet som for urutinerte til å gjennomføre arbeidet på en tilfredsstillende måte. Problemene var knyttet til opplæringstid. Nyutdannede sykepleievikarer trenger ifølge avdelingslederne som regel uforholdsmessig mye tid på å bli lært opp. Det var også en misnøye blant de faste ansatte med hensyn til at de unge vikarene i stor grad fremhevet den store lønnsforskjellen. Dette har nå endret seg. I dag krever de aller fleste byråene at sykepleierne har minst 2 års erfaring, for på den måten å unngå mye av problematikken med nyutdannede vikarer (Nergaard og Nicolaisen 2002:70).

Et kjennetegn ved vikarene i dag, kan sies å være at mange av dem er å betrakte som erfarne sykepleiere. En sykepleier regnes som erfaren etter 2-3 års jobb på sykehuset (Vareide m.fl. 2001:82). De to vikarbyråene som benyttes på avdelingene jeg har vært på, ActiveCare og Medisinsk Vikarbyrå krever begge minst 2 års erfaring for sine vikarer (Nergaard og Nicolaisen 2002:70). Avdelingene ser ut til å bestille bestemte profiler på de vikarene de ønsker seg. I disse profilene kan avdelingslederne nærmest kreve at vikarene har erfaring med en spesiell type avdeling eller lignende avdeling, og/ eller at de er spesialutdannet. På de avdelingene jeg har vært på, er det et krav at vikarene skal ha relevant erfaring fra lignende avdelinger. Sykepleiere som formidles via vikarbyråer, er altså offentlig godkjente sykepleiere, ofte med spesialutdannelse, og lang erfaring fra yrket. Dette er spesielt fremtredende på de mest spesialiserte avdelingene. Mange vikarer i dag har i tillegg også fått erfaring i forhold til det å jobbe som vikar.

Egenskaper

”Vikarene er ikke de mest tafatte” (Fonn 2001).

Allvin (2003) har gjort en undersøkelse i et stort utleiebyrå i Sverige. En stor del av vikarens arbeid handler om på kort tid å bli et fungerende medlem av en arbeidsgruppe (Allvin m.fl. 2003:27-28). Mer enn noe annet handler vikartilværelsen om å stadig stå overfor nye situasjoner der ingenting blir lagt til rette når de kommer ut til en ny avdeling. Vikarer må like forandringer og være åpne for nye ideer, være lette å arbeide med, og må raskt lære seg å ”ta for seg”(ibid). Sykepleiere som jobber i et vikarbyrå må derfor ha en viss kompetanse, erfaring og profesjonell holdning (ibid:27).

Det forutsetter altså en viss kompetanse, erfaring og en profesjonell holdning for å være en god vikar (Allvin m.fl. 2003:27). Sykehuset i denne studien stiller store krav til vikarer fra et vikarbyrå. Avdelingslederne sier de krever så og si like mye av en vikar som av en fast ansatt. Det er ifølge avdelingslederne derfor ikke ”hvem som helst” som egner seg til å være vikar. Det er flere egenskaper avdelingsledere i denne undersøkelsen fremhever at en vikar må, eller bør ha. Dette er egenskaper som at de er faglig flinke, sosialt tilpassningsdyktige, fleksible og ikke minst selvsikre.

Avdelingslederne mener dette er nødvendige egenskaper for at vikarene skal kunne gå inn og gjøre en god jobb, uten at det gis mye opplæring.

Kompetanse

Kompetanse brukes ofte som en generell betegnelse på produktive og skapende evner hos individer og organisasjoner. Sykepleierkompetansen kan beskrives som en svært sammensatt kompetanse. I rammeplan og forskrift for sykepleierutdanningen blir dette utdypet nærmere (Vareide m.fl. 2001:10). Ifølge planen omhandler sykepleiernes oppgaver mange områder som vil kreve en viss kompetanse av sykepleieren. Dette er oppgaver som: helsefremmende og forebyggende oppgaver, behandling, lindrende oppgaver ved smerte, sorg, sykdom, lidelse og død, rehabiliterende og habiliterende oppgaver, administrative oppgaver, fagutviklende oppgaver bare for å nevne noe. Rammeplanen fremhever at dette krever en variert og sammensatt sykepleierkompetanse, både teoretisk, analytisk, praktisk. Det kreves både læringskompetanse, yrkesetisk kompetanse og sosial kompetanse (ibid).

Sykepleierne selv, fremhever også at en god sykepleier skal være kunnskapsrik og ”faglig dyktige” (Vareide m.fl. 2001:66). Dette blir ofte presisert med at ”de bør kunne sin sykdomslære”, men også at de er allsidige og kan mye forskjellig. En sykepleier bør være lærevillig, erfaren og ha evnen til å lære fra seg. Andre sentrale og viktige egenskaper ved en sykepleier er evne til omsorg og kommunikasjon, og evne til å sette pasienten i fokus. Sykepleieren må også kunne beherske de administrative oppgavene, og ha oversikten over sine pasienter og avdelingens rutiner og prosedyrer. En god sykepleier må dessuten være trygg på seg selv og bør ikke lett bli stresset (Vareide m.fl. 2001:66-67).

Avdelingslederne stiller som sagt store krav til vikarenes faglige kompetanse. Avdelingslederne tar det blant annet som en selvfølge at vikarene kan gjøre en selvstendig jobb. Vikarene oppfattes da også stort sett som en god faglig støtte blant de ansatte på avdelingene. De faste ansatte mener de kan lære mye av vikarene. Denne påstanden får støtte av studien til Allvin m.fl. (2003:32) som studerer svenske sykepleiervikarer. Vikarene oppfattes her som en kilde til nytenkning og utvikling (Allvin m.fl. 2003:32). Det er kun unntaksvis at avdelingslederne opplever vikarer

som lite faglig dyktige. I ett tilfelle sier en informant at det er lettere å sette vikarene til å rydde, contra de faste ansatte. Dette ser imidlertid ikke ut til å være en generell trend.

Vikarene anses som godt oppdaterte på sitt fagfelt. Avdelingslederne opplever likevel store forskjeller på kompetansen til en vikar, og kompetansen til en fast ansatt. Det er en generell oppfatning på avdelingene om at vikarene ikke har det samme overblikket med hensyn til hva som skal eller bør gjøres, sammenlignet med en fast ansatt. Vikarene oppfattes i mange tilfeller heller ikke som like selvstendige i måten å arbeide på. Vikarene oppleves heller ikke å ha samme ansvarsfølelse ⁴⁵, engasjement og ikke samme forhold til ledelsen som det de faste ansatte har.

Ifølge Allvin (m.fl. 2003:38) tar du som sykepleiervikar ikke del i alle sidene ved en avdelings administrative oppgaver, som for eksempel planleggingsmøter, forandrings- og utviklingsarbeid eller andre tilsvarende oppgaver som ellers inngår i det faste personalet sine oppgaver. Også denne studien viser at vikarer ikke får de samme oppgaver som en fast ansatt. Vikarer blir for eksempel ikke satt til oppfølging av pasienter over tid, og i mange tilfeller går de primært ut i stell. Vikarer får heller ikke delta i fora der avdelingens faglige utvikling diskuteres, være gruppeledere eller ta administrative oppgaver på lik linje med de faste.

6.2.2 Vikarenes arbeidssituasjon

Lønn

“Jentene fra vikarbyrået er utrolig blide. Det må ha noe med lønnen å gjøre”(Skarstad 2002).

Vikarbyråene påpeker at de må betale sykepleiere sine noe mer enn fast ansatte sykepleiere, fordi det skal være attraktivt å være vikar, og fordi vikartilværelsen innebærer en lavere grad av forutsigbarhet og stabilitet i arbeidssituasjonen sammenlignet med en fast ansettelse (Allvin m.fl.2003). Minimumslønn for vikarer i

⁴⁵ Avdelingsledere er som oftest ikke på jobb i helgene. Jeg gjør derfor oppmerksom på at avdelingsledernes synspunkter i stor grad omfatter det som skjer på ordinære arbeidsdager (mandag til fredag). Jeg kan ikke utelukke at erfaringene fra helg er annerledes. Hvordan vikarene da løser oppgavene, kan derfor være noe annerledes.

eksempelvis ActiveCare Norge AS, som for øvrig har avtale med NSF, er 325 000 kroner pr år. Til sammenligning er minstelønn for en sykepleier uten ansiennitet i tariffavtalen mellom NAVO og NSF 250 000 kroner pr år. For spesialsykepleiere er forskjellen enda større, henholdsvis 360 000 kroner i ActiveCare, og 270 000 i NAVO - avtalen. Mange byråer opererer også med et vesentlig høyere tillegg enn det som er vanlig i det offentlige, når det gjelder arbeid i helger og på kveldstid. Prosenttillegget blir spesielt gunstig fordi det beregnes ut fra en høyere grunnlønn (Nergaard og Nicolaisen 2002:61).

Dette er imidlertid ikke et helt riktig sammenligningsgrunnlag. En fast ansatt sykepleier koster avdelingene mer enn bare lønnsutgiftene. En fast ansatt får ca. 150 kroner i timelønn. I tillegg kommer 14,1 prosent i arbeidsgiveravgift, 12 prosent i feriepenger og 14 prosent i pensjonsordning. Timeprisen kommer da opp i 210 kroner. I tillegg kommer en administrasjonskostnad for den enkelte ansatte. Det nærmer seg dermed en timeskostnad nær 300 kroner pr faste ansatte sykepleier. En rekke sykepleiere skal også ha enda et tillegg for kvelds-, natt- og helgejobbing. Dersom de i tillegg må innkalle faste ansatte til ekstrajobb på overtidsbetaling, kommer timeprisen fort opp i 450 kroner pr ekstrainnkalt sykepleier (Bladet Xtra nr 4: 2003).

Vaktbelastning

”Sykehusene bryter Arbeidsmiljøloven så å si hver eneste dag. Ulovlig overtid og doble vakter har nærmest blitt en rutine. Det er pr. i dag ingen sikre rutiner for å avsløre hvor mye ansatte og spesielt vikarer jobber” (Aftenposten 2001a).

De vaktene som pr i dag peker seg ut som typiske for vikarer er vakter i ferier (sommer og jul), helligdager, og vakter hvor det er såkalt ”hull” i turnusen. Dette innebærer blant annet helgevakter og nattevakter. Det vil med andre ord si vakter som anses som ”spesielt belastende vakter”. I tillegg til disse vaktene, benyttes vikarer også ved akutt sykdom når avdelingen ikke får egne ansatte til å ta en ekstravakt på kort varsel.

Avdelingslederne synes det kan være vanskelig å holde oversikt over hvor mye en vikar faktisk jobber. Avdelingslederne har for det første ikke oversikt over hvor mye vikarene jobber på andre avdelinger. En vikar kan for det andre være registret i flere byråer samtidig. Det kan gjøre det spesielt vanskelig å kontrollere hvor mye de eventuelt måtte jobbe andre steder.

Nergaard og Nicolaisens (2002) studie av vikarbyråene viser at omtrent halvparten av vikarene er ansatte i deltidsstillinger i offentlige helseinstitusjoner, og som derfor tar ekstravakter gjennom byråene. I ActiveCare Norge har for eksempel 70 prosent av vikarene fast jobb i tillegg til å være vikar. Andre vikarer bruker imidlertid hele sin arbeidskraft gjennom vikarbyråer (Nergaard og Nicolaisen 2002). Om disse vikarene jobber mer enn det arbeidsmiljølovens bestemmelser tillater, vet ikke avdelingslederne jeg har intervjuet særlig mye om. Avdelingsledere *tror* likevel ikke de jobber mer, men har ikke muligheter for å sjekke dette. Vikaren har selv ansvar for å holde seg innenfor rammene av arbeidsmiljøloven.

Det å jobbe mye er ikke et typisk vikarfenomen. Også mange av de faste ansatte har mye overtid og ekstravakter. Intervjumaterialet mitt tyder på at vikarene jobber noe mer enn de faste ansatte, dersom vi ser det over kort tid. Vikarene har en større vaktbelastning, i den forstand at de tar mange av de spesielt ”belastende” vaktene, men dette ser ikke ut til å bryte med arbeidsmiljølovens bestemmelser om lovlig arbeidstid. Sykehuset er ifølge avdelingslederne spesielt nøye med at Arbeidsmiljøloven holdes når denne tjenesten benyttes. Vikarene jobber trolig mer over kortere perioder, fordi de må stille opp når behovet melder seg. Dette kompenseres likevel med at de har fri i en lengre periode etterpå. Alt i alt ser det ikke ut til at vikarer generelt arbeider mye mer enn en fast ansatt.

Opplæringstid

“Det føles veldig surt å måtte lære opp en vikar som tjener 100 000 kroner mer enn deg”(Aftenposten 2001a).

Opplæringstiden betales av vikarbyråene. Avdelingslederne sier at dersom de mener en vikar trenger mer opplæring enn det de har regnet med på forhånd, så er det ikke

noe problem å få det innvilget. Byråene betaler for det som avdelingslederne mener er nødvendig for at vikaren skal fungere⁴⁶. Det ser likevel ut til å være en generell oppfatning blant avdelingslederne om, at det ikke skal brukes mye tid på opplæring med hensyn til de rent faglige, eller tekniske, sidene ved vikarenes arbeide. Opplæringen av innleid personell er begrenset til et minimum, sammenlignet med hva faste ansatte tilbys gjennom introduksjonsprogram og internundervisning⁴⁷ (Dagsavisen 2002). Avdelingslederne begrunner begrenset opplæringstid med at det ikke gis rom for å bruke tid på dette i en ellers så travel, og til tider underbemannet, hverdag. Noe tid blir likevel satt av til opplæring slik at vikarene kan komme inn i noen av de rutineene som gjelder på den enkelte avdeling. Det varierer imidlertid noe mellom avdelingene med hensyn til hvor mye tid som settes av til dette. På enkelte avdelinger får vikarene ikke annet enn rapporten når de kommer på vakt. På andre avdelinger kan det være opplæring i alt fra 30 minutter til 2-4 timer. I ekstremt sjeldne tilfeller kan opplæringen vare opptil 1-2 vakter. Men dette er unntaket, snarere enn regelen.

6.3 Vikarene i et arbeidsmiljø og fagfelleskap

6.3.1 Avdelingens organisering

”De færreste i helsevesenet har en klar strategi for hvordan de skal forholde seg til vikarbyråene” (Fonn:2001).

På sykehuset i denne undersøkelsen arbeider de fleste sykepleierne i team eller grupper. Å arbeide i team gir ifølge avdelingslederne stabilitet, kontinuitet, målrettethet og god behandlingsstrategi. Kaufmann og Kaufmann (2003:249) definerer team som en høyytelsesorientert oppgavegruppe. Et team kan også defineres som en gruppe mennesker der deres arbeid er gjensidig avhengig av hverandre, og hvor alle er kollektivt ansvarlig for utfallet av arbeidet.

⁴⁶ Vikarbyråene er i dagens konkurransesituasjon interessert i at ”kunden” skal være fornøyd med produktet, slik at de kommer tilbake neste gang de trenger vikar

⁴⁷ Sammenlignet med opplæringstiden til ansatte som går under introduksjonsprogram eller internundervisning

Arbeidsprosesser foregår på tvers av organisasjonen, noe hele organisasjonen er designet for å bygge opp under (Mohrman m.fl. 1995). En overordnet hensikt med team er å få til en prosess som gir bedre problemløsning og ytelse enn det som kan oppnås ved at individer arbeider hver for seg (Kaufmann og Kaufmann 2003). Medlemmene er aktivt avhengig av hverandre, og deler felles ytelsesmål. Dette er et direkte og ofte meget nøye koordinert samspill for å få oppgavene utført. Av praktiske grunner begrenses antall medlemmer. Det er sjelden over ti personer i et team (Kaufmann og Kaufmann 2003:255).

På sykehus er det på mange avdelinger forskjellige typer mennesker på vakt til enhver tid. Hvem sykepleierne jobber sammen med en dag, kan være noen helt andre enn de jobber sammen med den neste dagen. Om avdelingslederne kaller inndelingen av personalet for team eller gruppe varierer derfor mellom avdelingene. Avdelingene jeg har vært på har en bevisst inndeling av sitt personale på hver vakt, til tross for at de ikke kaller det team. En av avdelingene på klinikk 1, består eksempelvis av to enheter med felles ledelse, og sykepleierne er her delt inn i tre *grupper* hvor hver sykepleier har ansvaret for et bestemt antall pasienter. En annen avdeling på klinikk 1 kaller det heller ikke team, men de jobber ut fra en spesiell sammensetning av personale på hver enkelt vakt. Bemanningen er som følger: 12 på dagvakt (8)⁴⁸, kveldsvakt 9 (8), natt 6 (6). I en tredje avdeling på klinikk 1 er det 4 team, eller grupper som de gjerne kaller det. Det er 2-3 sykepleiere i gruppen på dagtid og 2-3 på kveld, helg⁴⁹ og natt. klinikk 4 er en teamorganisert avdeling, noe som vil si at det er faste team som jobber i sammen. Her er det i hovedsak spesialsykepleiere. På hver pasient er det 1 ½ sykepleier. En avdeling på klinikk 2 har eksempelvis 3 team bestående av 8 personer, fordelt på 23 pasienter, mens en annen avdeling her har 2 team bestående av 10 personer, fordelt på 20 pasienter. Avdelingslederne har ikke gjort endringer på disse gruppene eller teamene av sykepleiere i tilknytning til

⁴⁸ Tallene i parentes gjelder antall sykepleiere på helg.

⁴⁹ På helg: to team slås sammen. Det er da 4 sykepleiere i hvert team.

vikarbruk. Vikarene må finne sin plass innenfor disse rammene. Hvordan finner vikarene sin plass i denne organiseringen?

6.3.2 Sosialisering

Høyt lønnede vikarers inntog har skapt misunnelse og dårlig arbeidsmiljø (Aftenposten 2001a).

Blant de faste ansatte sykepleiere har det vært blandede følelser med hensyn til vikarbruk. På den ene siden anses vikarene som en god avlastning. På den andre siden mener mange at det er urettferdig at de faste ansatte må dra det tyngste lasset, samtidig som de tjener mindre (Aase 1999). Det at vikarene tjener bedre enn de faste ansatte er, ifølge avdelingslederne, ikke lenger et veldig stort problem. På mange avdelinger var det en god del misunnelse med hensyn til lønn i den første tiden, men det ser ut til at dette har forsvunnet ettersom de faste sykepleierne nå vet mer om vikarenes arbeidssituasjon. Avdelingslederne jeg har snakket med mener at dette kan skyldes at de faste ansatte har lært at "friheten" med å jobbe i vikarbyråer også har sin pris. De tror også at det siste lønnsoppgjøret har bidratt til mindre misunnelse overfor vikarene. I tillegg tyder mye på at stabilitet og tilhørighet på arbeidsplassen pr. i dag er vel så viktige faktorer som lønn.

Det har tidligere vært få studier omkring sykepleiere i sykehus. En tilgjengelig studie viser at et forhold som fremkaller usikkerhet i jobben var *graden av kjennskap til organisasjonen og rutineene, og kodene for samspillet* der (Vareide m.fl. 2001). Det er da også ifølge avdelingslederne i min undersøkelse svært viktig for arbeidet og samarbeidet på avdelingen at vikarene fungerer godt sammen med avdelingens faste personale. For selv om vikarene generelt oppfattes som tilpasningsdyktige, påvirker de likevel arbeidet ved avdelingene. Mange av avdelingslederne er av den oppfatning at en vikar ikke kan tilpasse seg og fungere like bra som avdelingens eget personale. Avdelingslederne går imidlertid ikke så langt som å si at vikarene skiller seg ut som en egen gruppe. Det er kun i unntakstilfeller at avdelingslederne har erfaring med vikarer som har holdninger til arbeidet og pasientene, som ikke samsvarer med avdelingens. Avdelingslederne har et overordnet inntrykk av at sykepleiervikarene stort sett fungerer godt sammen med avdelingens faste personell. Erfaringen på de

fleste avdelingene tilsier at vikarene tilpasser som best de kan til de rutinene som allerede eksisterer. De har få tilbakemeldinger som tyder på at vikarene holder seg for seg selv.

6.3.3 Kvalitet og kontroll

”I dag må vi leie inn dyrere sykepleiere som tidligere var ansatt i offentlige sykehus. Forskjellen er at vi nå står uten kontroll over kvaliteten på tjenesten” (Dagsavisen 2002).

Kvaliteten på sykehusets tjenester synes å være god. Mye tyder i hvert fall på at pasientene er fornøyd med deres tjenester. Siste pasientundersøkelsene, presentert i september 2003, viser at 80 prosent av foretakets pasienter vil komme tilbake hvis de blir syke igjen. Det er litt tvetydighet i materialet med hensyn til om avdelingslederne anser kvaliteten på vikartjenesten som god. Men de fleste avdelingene har stort sett ganske gode erfaringer. Det betyr ikke at avdelingene aldri har fått vikarer de har vært misfornøyd med. Avdelingslederne har gitt eksempler på nettopp det. Disse vikarene kunne de imidlertid umiddelbart sende tilbake.

Det stilles fra avdelingsledernes side stadig større krav til tilbyder av vikartjenestene. Vikarbyråene arbeider da også ut fra et mål om å gi sine kunder høy kvalitet ved å sikre rett kompetanse til rett oppdrag, og ved tett oppfølging av både kunder og ansatte⁵⁰. Det er ifølge avdelingslederne kun unntaksvis at avdelingen får vikarer som ikke anses som kompetente nok. Det er en generell enighet om at de aller fleste av de sykepleierne som jobber i vikarbyråer, kan være både dyktige og lærevillige. Det er likevel en del usikkerhetsmomenter knyttet til bruken av denne tjenesten. Noen avdelingsledere oppfatter dette mellomleddet, altså vikarbyrået, som et usikkerhetsmoment. For det første, som tidligere nevnt, oppleves kontrollen med hensyn til hvor mye den enkelte vikar jobber, som noe svekket. For det andre oppleves leveringsdyktighet, eller mangel på sådan, til tider som et stort problem. Det har skjedd flere ganger at avdelingslederne ikke har fått de sykepleierne som de har

⁵⁰ Se blant annet www.medisinskvikarbyra.no

bestilt. *Kontrollen med bemanningssituasjonen* kan i mange tilfeller derfor oppleves som svekket.

For det tredje mener mange avdelingsledere at de mister en del av *kvalitetskontrollen* ved vikarbruk. Denne usikkerheten er knyttet til om de får vikarer som tilfredsstillende de kravene avdelingen har til kvalitet og kompetanse på de ansatte. Det mange avdelingsledere peker på, er at de ikke vet hva vikaren er god for før de har vært på vakt en stund. Avdelingslederne får ikke intervjuet vikaren selv, og kan ikke være sikker på hva de faktisk kan.

Materialet er imidlertid ikke helt entydig med hensyn til om avdelingslederne føler at kontrollen med hvem man har på jobb svekkes når man bruker vikarbyråer. Sykehusledelsen peker blant annet på at kontraktene de har med byråene er så detaljerte, at dette er en god kontrollmekanisme i seg selv. På mer tekniske avdelinger sier de også at byråene er så strenge, og at de som følge av dette ikke føler at de mister kontrollen over kvaliteten. En annen avdeling sier at dialogen med byråene er god, og at de har full tillitt til dem. Sistnevnte er en avdeling som kontinuerlig benytter seg av denne tjenesten, og som regel får de samme vikarene fast over tid.

6.4 Oppsummering

Typiske ”vikarbyrå - år” synes å være 2000, 2001 og 2002. I 2003 var behovet for vikarer stadig synkende. Avdelingene forsøker nå, så godt de kan, å begrense bruken av vikarbyråer. Vikarbyråer brukes nå kun i kortere perioder som ferier, helger og helligdager, og ved akutt sykdom. Også i perioder med omstruktureringer, ser vikarbyråene ut til å være et godt tilbud til de faste ansettelsene går i orden.

Den typiske vikar i dag befinner seg i aldersgruppen 25-35 og 45-55. De har ofte mye erfaring både fra yrket og det å jobbe som vikar, og anses som svært dyktige og kompetente medarbeidere. Vikarene antas ikke å jobbe mer enn faste ansatte, men dette er noe som er vanskelig å kontrollere. Lønnsmessig tjener en vikar nesten dobbelt så mye som en fast ansatt.

På den ene siden er dette en tjeneste avdelingslederne helst vil klare seg uten fordi den anses som kostbar og fordi tjenesten fører til mindre kontinuitet på

avdelingen. Det anses også som problematisk at vikarbyråene ikke alltid makter å levere de vikarene de har lovet. På den andre siden er avdelingslederne glade for at de ikke må pålegge ekstravakter og overtid på egne ansatte. Det er også positivt at avdelingslederne vet at muligheten finnes. Vikarbyråene blir en form for sikkerhetsventil. For det tredje synes de sosiale aspektene ved å bruke denne formen for tjenester å være problematiske. Sykepleiervikarer fungerer ikke like godt som en fast ansatt. Men vikarbyråene må likevel betraktes som et godt supplement til å løse bemanningsproblemer i mange situasjoner. Ved bruk av vikarbyråer får avdelingene kvalifiserte og kompetente vikarer på kort varsel.

7. Konsekvenser på avdelingsnivå.

7.1 Innledning

Sykehusene har i dag strenge økonomiske rammer for driften. Både overgangen til helseforetak og endring i finansieringssystemet, har i tråd med en NPM -tankegang økt fokuset på hvordan de skal drive mest mulig effektivt, samtidig som kvaliteten på tjenestene må opprettholdes. I tilpasningen til eksterne krav, blir det viktig for en institusjonell leder å ta hensyn til den institusjonelle kjernen i organisasjonen. Et aspekt ved organisasjonsendringer er her at disse som oftest presenteres i relativt generelle og visjonære termer. Da skapes det et tolkningsrom for lederskapet, noe som igjen gir ”upredikerbare effekter” (Christensen 1994). Hvilket innhold som tillegges disse signalene vil i noen grad være avhengig av hvem som fortolker, og hvilken bakgrunn disse bringer med seg inn i organisasjonen.

I forrige kapittel forsøkte jeg å beskrive koblingen mellom avdelingene og vikarbyråene. I dette analysekapittelet ønsker jeg å tolke disse funnene. Det vil si belyse ulike sider ved avdelingsledernes erfaringer med vikarbyråer. Jeg vurderer avdelingsledernes reaksjoner ut fra et *rasjonelt-instrumentelt perspektiv* og et *kulturelt - institusjonelt perspektiv*. Utgangspunktet for det instrumentelle perspektivet er at det retter oppmerksomheten mot intenderte eller ønskede effekter av en lovendring. Et klassisk poeng innen organisasjonsteori er at formell normativ struktur kan ha innflytelse og effekt på faktisk atferd i organisasjonen. Utgangspunktet for et institusjonelt perspektiv er at formell normativ struktur bare har begrenset verdi både med hensyn til å forstå og forutsi atferd. En slik institusjonell tilnærming legger større vekt på uformelle normer og verdier, samt sosial interaksjon for å forstå en organisasjons virkemåte. Bivirkningene og sosiale og politiske effekter av en endring er i fokus i et kulturelt - institusjonelt perspektiv. Kulturperspektivet kan i denne sammenheng bidra til å belyse om det er trekk ved bruk av vikarbyråer som kan hemme eller fremme de instrumentelle effektene av lovendringen.

Ut fra disse perspektivene, vil jeg tilnærme meg oppgavens hovedspørsmål:

Hvilke konsekvenser har lovendringen hatt på avdelingens økonomi, arbeidsforhold og tjenestekvalitet? Har lovendringen ført til at sykehusavdelingene når sine mål på en mer effektiv måte enn før?

På grunn av at de økonomiske og organisatoriske endringer i denne sektoren har vært så omfattende de siste årene, kan det være vanskelig å isolere effekten av denne lovendringen. Det må derfor tas høyde for at også slike endringstendenser kan ha innvirkning på hvordan avdelingslederne opplever vikarbyråene og bemanningsproblematikken.

7.2 Økonomi

7.2.1 Kostnadseffektivitet

Ytre press fra avdelingens omgivelser ser ut til å bidra til at økonomiske betraktninger må veie tungt i avdelingsledernes beslutninger om å bruke/ikke bruke vikarbyråer. Det økte fokuset på økonomi ser ut til å være spesielt fremtredende etter foretaksorganiseringen og innføringen av DRG - systemet. Det er i dag avdelingsvise budsjetter, og avdelingslederne er nå i større grad enn før ansvarlige for de økonomiske resultatene. Økonomiske betraktninger blir derfor svært viktig i vurderingen av om avdelingene skal benytte seg av vikarbyråer. I avdelingsledernes vurderinger av ulike bemanningsalternativer tas det i stor grad, i tråd med et instrumentelt perspektiv, hensyn til at den tjenesten som velges skal gi høyest mulig produksjon og best mulig resultater for hver offentlig krone (kostnadseffektivitet).

Blant avdelingslederne er det ulike oppfatninger om hvorvidt sykepleiervikarene er et kostnadseffektivt alternativ. Vikarbyråer er en tjeneste avdelingslederne gjør mye for å klare seg uten. Jeg kan ikke ut fra dette materialet entydig si hvor denne motstanden kommer fra, men mye tyder på at den er økonomisk betinget. Forestillingen om at denne tjenesten er et dyrt alternativ, synes i mange tilfeller å være en viktig årsak til at avdelingslederne helst vil benytte seg av andre bemanningsalternativer. Det er vikarbyråene som betaler for opplæringen, så det er ikke her utgiftene primært ligger. Men å benytte seg av vikarbyråer kan bli et kostbart mellomledd dersom avdelingene bruker vikarer som alternativ til fast

ansettelse⁵¹. Dette kan forstås strukturelt. I tillegg til at lønnsutgiftene er reelt høyere, skal også vikarbyråene ha betalt for å dekke sine administrative utgifter. Slike økonomiske motargumenter for ikke å bruke tjenesten i slike tilfeller, kan anses som velbegrunnet. Sammenligner vi med grunnlønn vil kostnadene her nesten dobles med ekstern vikarbruk. Vikarbyråene kan i dette tilfellet ikke sies å være i tråd med NPM - målsettingen om økt kostnadseffektivitet.

Avdelingslederne skulle med en slik ordning også bruke mindre av arbeidstiden på å skaffe vikarer. For avdelingene i denne undersøkelsen har ikke ordningen på dette punktet vist seg å gi en effektivitetsgevinst. Jeg har ikke statistikk som viser om avdelingslederne bruker mindre tid på å skaffe vikarer i dag enn før, men materialet tyder på at det fremdeles brukes mye tid på dette. Til tross for at avdelingslederne har mulighet til å ringe direkte til vikarbyråene, forsøker de likevel å benytte seg av sine egne ansatte først. Dette betyr at avdelingslederne fremdeles ringer rundt til de faste ansatte, *før* de ringer vikarbyråene. Dette kan forstås institusjonelt, noe som jeg skal gå nærmere inn på under punkt 7.3 og 7.4. Der diskuteres konsekvenser for arbeidsforhold og tjenestekvalitet. Uansett, betyr dette at avdelingslederne fremdeles bruker mye *tid* på å skaffe vikarer, tid som kunne vært benyttet på andre oppgaver. Dette kan heller ikke sies å være i tråd med NPM - tankegang om at tjenesten skal ha positive effekter med hensyn til økt kostnadseffektivitet.

Også strukturelle trekk ved avdelingens interne organisering ser ut til å ha stor betydning for i hvilken grad denne tjenesten kan anses som kostnadseffektiv. Det viser seg at selv om det er ”permanente hull” i turnusen, benytter avdelingene seg fremdeles ikke av faste avtaler med vikarer over lengre tid. Slik manglende planlegging i bruken av vikarbyråene, kan føre til unødig stress og tidsbruk omkring vikarbruk. I ferier bestilles vikarene i god tid, og avviklingen i slike perioder synes å

⁵¹ I startperioden var dette et naturlig sammenligningsgrunnlag, siden sykepleievikarer da ble brukt for å dekke ledige stillinger som egne ansatte ikke klarte.

være tilfredsstillende. Det er ikke en urimelig antagelse, at bedre planlegging kunne forhindre noen av problemene tilknyttet vikarbruk.

Det er altså flere aspekter tilknyttet vikarbruk som tilsier at ordningen ikke har kanalisert atferd i ønsket retning, noe som er å forvente ut fra et instrumentelt perspektiv. På den andre siden, i tråd med et instrumentelt perspektiv, kan derimot vikarbyråer i mange andre situasjoner anses som et kostnadseffektivt verktøy som omsetter gitte mål. Det er tidligere vist at sykepleiervikarene tjener vesentlig mer enn en fast ansatt sykepleier. Det er likevel ikke slik at dette sammenligningsgrunnlaget viser de faktiske utgiftene. Merkostnadene varierer ut fra hvilket utgangspunkt avdelingslederne har. Det er flere situasjoner hvor vikarbyråer ikke kan betraktes som et spesielt dyrt alternativ. Blant annet som en løsning på bemanningssituasjonen ved akutt fravær blant egne ansatte, er ikke denne tjenesten spesielt kostbar. Verken denne studien eller annen dokumentasjon, tyder på at det er spesielt dyrt å leie inn eksterne vikarer fremfor å benytte seg av egne ansatte i slike situasjoner. På avdelingene i denne undersøkelsen, er det nesten bare heltidsstillinger. Ved akutt fravær blant avdelingens egne ansatte, blir alternativet som oftest å betale egne ansatte dobbelt lønn⁵². Med dette som utgangspunkt kan ikke de direkte utgiftene tilknyttet denne tjenesten sies å være urimelig høy. Kostnadene ved slik bruk blir omtrent de samme som for en sykepleiervikar. For avdelingen vil det dermed ikke, rent økonomisk sett, bli veldig store forskjeller mellom å ha vikar fra vikarbyråer, mot å ha en fast ansatt med 100 prosent overtidsbetalt. I tråd med målsettingene for bruk av denne tjenesten, kan sykepleiervikarene med dette som utgangspunkt sies å være et instrumentelt verktøy, som avdelingslederne kan ta i bruk for effektivt å nå sine målsettinger.

Bruk av sykepleiervikarer kan anses som kostnadseffektivt i flere situasjoner. Det er ikke bare økonomiske aspekter, som er avgjørende for hvorvidt avdelingslederne anser bruk av vikarbyråer som kostnadseffektivt. Store endringer i sykehusets struktur de siste årene, ser ut til å skape uforutsigbarhet i forhold til

⁵² På avdelingene i denne undersøkelsen er få deltidsstillinger. Pålagt overtid/merarbeid medfører da 100 prosent tillegg på egne ansatte.

behovet for pleiepersonell. Denne undersøkelsen tyder på at det ved strukturelle endringer, som ved midlertidig sammenslåing av enheter, i en overgangsperiode er mer kostnadseffektivt å ansette vikarer fra vikarbyråer heller enn å opprette midlertidige stillinger.

I tillegg kan bruk av vikarbyråer bidra til å redusere noe av belastningen på avdelingens eget personell. Over tid kan beordring øke sykefraværet, fordi stor vaktbelastning øker slitasjen på avdelingens eget personell. Etter at vikarbyråene ble etablert, har ikke avdelingslederne beordret noen av sine ansatte på jobb⁵³. Beordring kan være et hinder for en kostnadseffektiv drift, spesielt dersom det har gått så langt at avdelingene "sliter ut" sine egne ansatte. Dette betyr ikke at sykepleierne i dag ikke jobber overtid eller ekstravakter, men det kan tyde på at overtidarbeid og ekstravakter skjer på mer frivillig basis enn før. I tråd med et instrumentelt perspektiv, vil det å bruke vikarbyråer for å redusere belastningen på eget personell, i seg selv være kostnadseffektivt. Dette sparer avdelingene for ressurser på korttids- og langtidsfravær, samtidig som de får personell som i all hovedsak er faglig svært dyktige.

Ifølge Arbeidsmiljøloven kan det ikke benyttes merarbeid/overtid for å dekke normalt fravær, som for eksempel ferieavvikling (NSF:2000). Å bruke vikarbyråer i ferieavviklingen kan anses som et godt og kostnadseffektivt alternativ. Kostnadene knyttet til ferie synes å være avhengig av tilgang på egne vikarer, sykdom og pasientbelegg. Avdelingene reduserer bemanningen i feriene med så mange som anses som faglig forsvarlig. Likevel må de gå til anskaffelse av ekstra arbeidskraft. En intern "ressurspool"⁵⁴ vil trolig ikke kunne dekke opp behovet for ferievikarer alene, fordi den pr. i dag består av for få sykepleiere i forhold til de som tar ut lovpålagt ferie. Ferieavviklingen blir kostbar, uansett om det brukes vikarbyråer eller ikke, sammenlignet med andre perioder. Kostnadmessig sett er det noe mer kostbart

⁵³ Avdelingslederne er imidlertid ikke på jobb i helgene. Jeg kan derfor ikke utelukke at ansvarlig sykepleier på helg har måttet beordre noen til å komme på jobb.

⁵⁴ På sykehuset i denne undersøkelsen er de nå i gang med å etablere en ordning som kalles ressurspool, som består av 10-15 sykepleiere. Dette er en intern vikarordning, hvor sykepleiere er fast ansatte som vikar og blir sendt rundt internt på de avdelingene hvor det er behov for dem.

å bruke et vikarbyrå. Men vikarbyråene har bidratt til at det for mange avdelinger er blitt lettere å gjennomføre lovpålagt ferie, uten å pålegge faste ansatte å utsette ferien eller jobbe ekstra. For mange avdelinger er det ikke praktisk mulig å gjennomføre ferien uten vikarbyråene. Vikarbyråene gir dermed den enkelte avdeling mulighet til å leie inn kvalifisert personell, både vanlige sykepleiere og spesialsykepleiere, i perioder hvor fast personell ønsker og har krav på fritid.

Til tross for at tjenesten bidrar til å få avviklet ferier og få besatt de fleste ledige vaktene på en avdeling, er det fortsatt mye som tyder på at det er flere kulturelle aspekter ved denne tjenesten som hemmer den kostnadseffektive gevinsten. Det tar tid å tilpasse vikarenes kompetanse til forholdene ved avdelingen. På hver avdeling er det forskjellige rutiner på hvordan arbeidet skal organiseres og prosedyrer skal utføres. Slik manglende kjennskap til avdelingens uformelle sider, kan redusere den kostnadseffektive gevinsten. Det er vanskelig for en vikar, som kun er på en avdeling i kortere perioder, å vite hvordan arbeidet organiseres nettopp her. Utstrakt bruk av vikarer kan derfor til en viss grad redusere kontinuiteten og dermed effektiviteten i arbeidet, fordi avdelingene må bruke store ressurser i *tid på opplæring*. Det tar dessuten lang tid før vikarer kan jobbe like effektivt som faste ansatte. I en hektisk hverdag vil dette medføre ekstra arbeid for de faste sykepleierne, som i tillegg til å utføre sine egne oppgaver, må lære opp vikarene. Vikarene kan i slike tilfeller være et hinder som gjør det vanskeligere for de faste ansatte sykepleierne å gjøre arbeidet sitt på en mest mulig effektiv måte.

Sett ut fra en instrumentell logikk vil institusjonene ikke være i stand til å være effektive, siden de ikke raskt tilpasser seg endrete handlingsbetingelser og utfordringer. Ut fra en institusjonell logikk er det likevel mulig å leve med denne ineffektiviteten over tid. Endringer bør, ut fra et institusjonelt perspektiv, skje gradvis for at institusjonen skal kunne tilpasse seg. Empirien tyder på at avdelingene har hatt en del problemer med å tilpasse seg bruken av vikarbyråer. Slik manglende omstillingsevne kan her forstås kulturelt - institusjonelt. Mangel på tid kan være en årsak til at avdelingene ikke tilpasset rutine til bruken av denne typen tjeneste. Både intervjuene med avdelingslederne og lovendringsprosessen som sådan, gir

ganske klart uttrykk for at denne lovendringen kom raskt. For det første valgte mange sykepleiere nå å jobbe via vikarbyråer fremfor fast ansettelse på en avdeling. For det andre, selv om avdelingslederne tidligere leide inn vikarer fra utlandet, var behovet større nå og avdelingene brukte vikartjenesten mer aktivt. Dette kan ha gjort det vanskelig for avdelingslederne å tilpasse rutiner til bruken av vikarbyråene. Videre kan dette igjen ha ført til at vikarene ikke fikk utnyttet sin kompetanse. Vikarene får dermed ikke fungert i tråd med hva avdelingslederne ønsker. Slik manglende omstillingsevne redusere den kostnadseffektive gevinsten.

Mye tyder også på at det eksisterer en viss grad av kulturell motstand mot vikarbyråene. Vikarbyråene ser aldri ut til ha blitt vurdert som en permanent løsning på bemanningsproblemene. Det er påfallende at avdelingene over tid, ikke endret rutine for å tilpasse seg bruken av vikarbyråer. Det kan tenkes at det "føles bedre" for avdelingslederne å gi mest mulig av oppdragene til avdelingens egne ansatte, før de benytter vikarbyråer. Dette kan være en forklaring på hvorfor avdelingene unnlot å endre rutine internt for å tilpasse arbeidssituasjonen for vikarene. Men det er også rimelig å anta at dette kan skyldes en form for institusjonell treghet på avdelingsnivå. Bare kort tid etter at vikarbyråene ble et tilgjengelig tjenestetilbud, kom et ønske fra avdelingslederne om å finne andre alternativer. Kulturell motstand kan i denne sammenhengen ha vært til hinder for strukturell tilpassning. Strukturelle endringer internt kunne trolig bidratt til at vikarene i større grad hadde fungert mer effektivt. Strukturelle endringer kunne dermed ha kanalisert atferd i mer ønsket retning.

Datamaterialet gir ikke anledning til å trekke entydige konklusjoner med hensyn til om vikarbyråene har bidratt til mer kostnadseffektiv drift av avdelingene. Det er flere argumenter som taler for at det å bruke vikarbyråer er kostnadseffektivt, men det er også aspekter ved slik bruk som ser ut til å koste avdelingen mye ressurser. Både kulturelle og strukturelle argumenter ser ut til å stå sentralt i vurderingen av om vikarbyråene er en kostnadseffektiv måte å løse bemanningsproblemene på. Vikarbyråene har til en viss grad gjort det lettere å dekke ubesatte vakter i begrensede perioder. Avdelingsledere ser likevel ut til å strekke seg langt for ikke å bli avhengige av vikarbyråene. Vi har sett at manglende strukturell

omstilling kan ha ført til at sykepleiervikarene ikke er et så kostnadseffektivt alternativ som forventet ut fra NPM. Men dette kan også skyldes *ytre press* i form av signaler fra foretaksledelsen med krav om innsparinger. Dette betyr at aktører i avdelingens omgivelser til en viss grad får betydning for de institusjonelle trekkene som utvikles. Mye tyder på at dersom avdelingslederne hadde større tilgang til økonomiske ressurser, ville flere av dem raskere benyttet seg av tjenesten⁵⁵.

Også kulturelle argumenter ser ut til å ha betydning når avdelingslederne mener at bemanningsproblemene kan løses på en bedre, og mer kostnadseffektiv måte enn vikarbyråer. Det er mye i det empiriske materialet som tyder på at avdelingslederne ikke synes prisen de må betale for sykepleiervikarene står i samsvar med kvaliteten på den tjenesten de gir (resultateffektivitet⁵⁶). Dette skal vi gå nærmere inn på under punkt 7.3 og 7.4, arbeidsforhold og tjenestekvalitet. Konsekvenser knyttet til arbeidsmiljø og fagfellesskap ser ut til å veie like tungt som økonomiske argumenter når avdelingslederne vurderer bruk/ikke bruk av vikarer.

7.3 Arbeidsforhold

Ut fra en NPM - tenkning er også en reforms sidemål viktig for å vurdere om lovendringen kan betraktes som vellykket. Vi skal nå se på bivirkningene av lovendringen, med andre ord vurdere effektene ut fra et *utvidet effektbegrep*. I tråd med et slikt effektbegrep, ser det da også ut til å være andre aspekter enn de rent økonomiske som er viktige med hensyn til om avdelingslederne oppfatter sykepleiervikarene som et godt tjenestetilbud. Effekter knyttet til kvalitetsmessige aspekter ved bruk av denne tjenesten er, vel så ofte som økonomiske hensyn, et argument for hvorvidt avdelingslederne anser vikarbyråene som en god løsning eller ikke.

Tatt i betraktning det fagmiljøet som studeres her, vil det være fruktbart å vurdere nærmere hvordan vikarene påvirker miljøet på den enkelte avdeling, både

⁵⁵ Forutsatt at det å ansette flere i faste stillinger ikke var et alternativ.

⁵⁶ Resultateffektivitet: forholdet mellom ressursinnsats og resultatoppnåelse.

faglig og sosialt. Effekter på det faglige - og sosiale arbeidsmiljøet anses ikke bare som viktig av effektivitetshensyn. Effektene er også viktig for hvorvidt vikarene bidrar til å opprettholde kvalitetsnivået på tjenesten, eller om kvaliteten anses som redusert som følge av slik bruk.

7.3.1 Konsekvenser for fagfellesskap

I løpet av en arbeidsdag, fatter sykepleierne mange beslutninger. Ut fra et instrumentelt perspektiv vil formell normativ struktur legge føringer på organisasjonsmedlemmenes atferd. Jo sterkere føringer den formelle normative strukturen legger på faktisk atferd, desto mindre rom er det for at uformelle trekk får innvirkning. Sykepleiernes yrkesutøvelse utspilles i et grenseland mellom det formelle og uformelle. Til grunn for mange av sykepleiernes faglige avgjørelser kan det dermed også ligge andre hensyn enn bare de rent formelle aspektene. Det kan med andre ord ikke utelukkes at enkelte faglige beslutninger baseres på den enkelte sykepleiers personlige egenskaper og erfaringer. Dette indikerer i så fall en svak sammenheng mellom formell normativ struktur og faktisk beslutningsatferd. Da kan sykepleiervikarenes tilstedeværelse få stor betydning for avdelingens fagmiljø.

Ytre press fra omgivelsene er i mindre grad et fremtredende trekk ved den faktiske atferden i denne studien. Faktisk atferd kan i større grad sies å være forankret i formell normativ struktur, noe som kan styrke en instrumentell fortolkning. Foreløpige resultater i denne studien tyder på at sykepleiervikarene opptrer i samsvar med sin formelle rolle. Sykepleiers yrkesutøvelse er formelt sett svært avgrenset. Ifølge avdelingslederne får personlige trekk som oftest ikke innvirkning på sykepleiervikarenes atferd. Vi ser, i tråd med en instrumentell forventning, høy grad av samsvar mellom formell normativ struktur og faktisk atferdsstruktur. Uansett organisasjonstilknytning, ser sykepleierne ut til å styres av disse formelle lovene og reglene. Det ser altså ut til, i tråd med en instrumentell forventning, å være en sterk sammenheng mellom formell normativ struktur og atferd.

Sykepleiervikarene anses i all hovedsak som dyktige fagpersoner. Disiplineringsmekanismen (Lægreid og Olsen 1978) er en faktor som kan forklare dette funnet. En organisasjonsstruktur med inndeling i ulike stillingsnivåer kan virke

disiplinerende, det vil si bidra til å skille medlemmenes individuelle beslutningsatferd fra deres personlige oppfatninger. Disiplineringsmekanismen⁵⁷ bidrar trolig i stor grad til at vikarene opptrer i forhold til det som formelt sett forventes av dem. For det andre er det viktig for sykepleiervikarene at avdelingene er fornøyde med den jobben de gjør. Avdelingslederne kan når som helst sende sykepleiervikarene tilbake til byrået og forlange en erstatter. Vikarene kan derfor aldri føle seg for sikre, til tross for at deres kompetanse og arbeidskraft er ettertraktet. Det blir dermed i vikarenes egeninteresse å opptre etter det som formelt sett forventes av dem. Når vikarenes egeninteresse samsvarer med det som er fellesinteressen, kan individuell rasjonalitet bidra til kollektiv rasjonalitet. En slik ”instrumentell atferd” fører til at et sett av handlinger er organisert slik at de effektivt fører til måloppnåelse av forutbestemte mål (Scott 1998:33-34, 1995:138). Dette styrker en instrumentell fortolkning, som omtaler organisasjoner som *rasjonelle systemer*. Som rasjonelle systemer antas organisasjoner å være instrumenter designet for effektiv realisering av ett eller flere mål.

Strukturelle trekk ser dermed ut til å trekke sykepleiervikarenes atferd i ønsket retning. Foruten det at lovverket begrenser sykepleiernes handlingsrom i stor grad, kan det også skyldes at avdelingene på dette sykehuset er svært spesialiserte enheter. Selv om den formelle organisasjonsstrukturen ikke uten videre sier noe om den faktiske handlemåten til medlemmene i en organisasjon, legger den ofte sterke føringer på hvordan oppgavene blir utført (Christensen m.fl. 2004:37). Høy grad av funksjonsdeling på den enkelte avdeling, synes å gi klare retningslinjer for hvordan sykepleiervikarene skal løse sine faglige oppgaver.

Med hensyn til å ta faglige beslutninger, er det formelt sett lite som skiller en vikar og en fast ansatt. Sykepleiervikarene har den samme offentlige godkjenningen som sine kollegaer på avdelingene. Når vikarene i tillegg arbeider over lengre tid på en avdeling, inngår de så og si på lik linje med faste ansatte. Men det er annerledes med de vikarene som arbeider mer sporadisk. Disse vikarene har de samme faglige

⁵⁷ *Disiplinering* antas å bidra til at aktørene skiller mellom sin offentlige rolle og sin private rolle (Lægneid og Olsen 1978).

forpliktelsene som de faste ansatte på avdelingen, og deres yrkesutøvelse skal i utgangspunktet være underlagt de samme formelle muligheter og begrensninger. Empiriske trekk tyder imidlertid på at vikarenes kompetanse i slike tilfeller er sterkere regulert, enn for en fast ansatt sykepleier. Sykepleievikarene som kun er på avdelingene sporadisk synes å ha, i tillegg til formelle begrensninger, andre uformelle begrensninger pålagt dem av den enkelte avdeling. Selv om også disse sykepleiervikarene opptrer i samsvar med det som formelt sett forventes av dem, arbeider de ikke helt på lik linje med sine kollegaer. Dermed får disse sykepleiervikarene et svært begrenset spillerom. Dette kommer blant annet til uttrykk i form av at det er mange oppgaver de ikke gis anledning til å utføre, til tross for at deres formelle kompetanse skulle tilsi at de kunne det. Dette kan for eksempel være oppgaver vedrørende oppfølging av pasienter over tid. Beslutninger knyttet til slike oppgaver skal tas av det faste personellet.

Kontrollmekanismen antas her å modifisere effektene av de oppfatninger, holdninger og tilhørigheter den enkelte aktør bringer med seg inn i organisasjonen. Kontrollmekanismen er i denne sammenheng viktig med hensyn til vikarenes grad av innflytelsesmuligheter. En organisasjon kan virke kontrollerende når det gjelder den enkeltes gjennomslagskraft overfor endelige avgjørelser. Kontrollaspektet er både knyttet til kontroll av handlingsprosesser og av ledernes evner til å sette ut i livet det den formelle strukturen foreskriver (Olsen 1983:78). Flere avdelingsledere i denne studien mener at kontrollen av vikarenes kompetanse er tilstrekkelig ivaretatt. I sykehusets toppledelse og på de avdelingene som bruker denne tjenesten relativt ofte, oppfattes ikke kontrollen med vikarbruk som særlig svekket. Disse avdelingene ser da også ut til å integrere vikarene i fagmiljøet i større grad, enn på de avdelingene hvor de føler mer usikkerhet. Denne opplevelsen av trygghet kan forklares strukturelt. Avdelinger som føler størst trygghet i forhold til vikarbruk, knytter dette til kontraktformen. De sier utformingene av den formelle kontrakten, mellom sykehus og det enkelte vikarbyrå, er så detaljert at de kan stole på at vikarene har den kvaliteten og den kompetansen som kreves for å gjøre en faglig forsvarlig jobb. De frykter av den grunn ikke i samme grad at vikarene skal opptre uprofesjonelt.

Sykepleiervikarene i denne studien synes stort sett ikke å få særlig store innflytelsesmuligheter. Mye av årsaken til at avdelingslederne gir sykepleiervikarene et begrenset spillerom, skyldes blant annet at mange av dem stiller spørsmålsteget ved om vikarene er til å stole på. På den ene siden er vikarene offentlig godkjente sykepleiere med de oppgaver, roller og forpliktelser det fører med seg. De anses som faglig svært kompetente medarbeidere. Vikarene bringer dessuten med seg andre perspektiver inn på avdelingen, som de kan gjøre gjeldende der. Dette kan påvirke avdelingens tanke - og handlingsmønstre. Mange avdelingsledere ser det som svært positivt at avdelingen får slike nye impulser utenfra. På den andre siden oppfattes vikarene som "outsidere", noe som mange avdelingslederne betrakter som et stort usikkerhetsmoment. Kontrollen oppleves i mange tilfeller som svekket, i den forstand at mange avdelingslederne ikke føler seg sikre på vikarenes kompetanse. Dersom vikarene ikke har arbeidet mye på avdelingen tidligere, kan det være spesielt vanskelig. Slik usikkerhet plasserer vikarene utenfor det "felles vi". Dette kan hemme integreringen av sykepleiervikarene.

Dette uformelle skillet mellom vikarer og faste ansatte, og begrensninger i lovverket og i stillingsinstruksjoner, ser i stor grad ut til å legge sterke føringer på sykepleiervikarenes handlingsmuligheter. De strukturelle begrensningene gir dermed lite spillerom for kulturelle trekk. Blant de fleste avdelingslederne synes det å være en bred oppfatning om at de ikke kan være sikre på en vikars kompetanse, rent bortsett fra det formelle, før de har observert vikaren i arbeid over tid. Det er på de fleste avdelingene på lavere nivå i organisasjonen, at denne usikkerheten med hensyn til kontrollaspektet er størst. Formelle aspekter synes dermed å gi avdelingslederne en form for trygghet, mens uformelle aspekter skaper usikkerhet. Slik usikkerhet knyttet til vikarenes kompetanse, synes å være en årsak til at vikarene ikke gis innflytelsesmuligheter⁵⁸.

Formelle endringer kan styrke eller svekke bestemte rollers potensielle innflytelse i beslutningsprosesser (Christensen og Lægroid 2002:20). I tråd med et

⁵⁸ Alle vikarer er offentlig godkjente sykepleiere", men det sier ikke noe om hvor godt man fungerer i praksis.

instrumentelt perspektiv har ikke den faktiske beslutningsstrukturen endret seg som følge av vikarbruk. Deltakelse og aktivisering ser her ut til å være avhengig av ansettelsesform. Beslutningsstrukturen, som regulerer deltakelse og aktivisering, bestemmer hvem som har rett og/eller plikt til å delta. Dette påvirker hvilket personell som fatter beslutninger. Det har ikke blitt gjort endringer for å integrere vikarene i avdelingens beslutningsstruktur. Dette gjelder spesielt strukturer som angår langsiktig tenkning og utvikling. Til tross for at vikarene oppfattes som en faglig god ressurs, har de ikke tilgang til avdelingens beslutningsarenaer. Vikarene framstår i denne sammenheng åpenbart som en marginalisert gruppe, uten særlig påvirkningskraft på avdelingens fagmiljø. Den eksisterende beslutningsstrukturen, som regulerer aktivisering og deltakelse, ser heller ut til å forsterkes og opprettholdes som følge av usikkerhet. Det åpnes dermed ikke opp for å gi vikarer særlig store beslutningsmuligheter omkring avdelingens faglige utvikling.

7.3.2 Konsekvenser for arbeidsmiljø

Som innleid arbeidskraft er en vikar helt avhengig av de lokale forutsetningene for å kunne utføre det arbeidet de er leid inn for (Allvin m.fl. 2003:28). En stor del av vikararbeidet handler derfor om, på kort tid, å bli en fungerende del av en avdeling og medlem i en arbeidsgruppe. Ut fra et instrumentelt perspektiv vil sykepleiervikarene relativt raskt og uproblematisk integreres i organisasjonen. Formell normativ struktur vil her sette klare rammer for organisasjonsmedlemmenes atferd. Ut fra et institusjonelt perspektiv vil dette være mer problematisk, fordi det antas å være vanskelig for nye organisasjonsmedlemmer å sette seg inn i uformelle rutiner og handlingsmønstre.

Slik sykepleiervikarer brukes i dag, ser de ikke ut til å integreres raskt og uproblematisk i arbeidsgruppene. Dette kan skyldes strukturelle trekk, som forhold knyttet til kontraktformen mellom avdelingene og vikarbyråene. Vikarene har pr. i dag kun timebaserte kontrakter med den enkelte avdeling. Dette skaper integreringsproblemer. Mye tyder videre på at rolleinnehaverne på avdelingene

opptrer ut ifra hva som anses som ”passende” atferd⁵⁹. Dette innebærer at organisasjonsmedlemmene handler ut fra erfaringer om hva som har fungert i fortiden, eller hva som oppfattes som rimelig akseptabelt i det handlingsmiljøet organisasjonen fungerer innenfor. Slik atferd indikerer en svak kobling mellom formell normativ struktur og faktisk atferd, noe som er overraskende sett ut fra et instrumentelt perspektiv. Å handle ut fra en slik ”passenhetslogikk” kan være vanskelig for sykepleiervikarer, nettopp fordi de er på en avdeling kun i korte perioder. Kulturelle trekk kan i denne sammenheng bli en kilde til fragmentering. Vikarene har ikke i like stor grad kjennskap til interne, uformelle normer og verdier. Dette blir en kulturell verdikomponent som skiller vikarer og fast ansatte. I tråd med et kulturelt - institusjonelt perspektiv får vikarene trolig ikke internalisert alle uformelle normer og verdier på den enkelte avdeling eller sykehus. Dette kan være en forklaring på at vikarer ikke ser ut til å identifisere seg med den enkelte avdeling, i samme grad som det faste personellet. Dette kan i ytterste konsekvens føre til problemer med samarbeid og kommunikasjon i arbeidsgruppene.

På bakgrunn av det instrumentelle synet på sammenhengen mellom formell normativ struktur og faktisk atferd, forventet jeg å finne en sammenheng mellom tilknytningsform og vektlegging av ulike verdier og hensyn. Jeg kan ikke ut fra dette materialet trekke entydig konklusjoner om sykepleiervikarenes holdninger og verdier skiller seg fra de som eksisterer på den enkelte avdeling. Men det er lite i dette materialet som tyder på en sammenheng mellom tilknytningsform og vektlegging av ulike verdier og hensyn. Dette støtter en kulturell – institusjonell tilnærming. Sykepleiervikarene ser ikke ut til å ha vesentlig andre organisasjonskulturelle særtrekk enn sine kollegaer som arbeider fast på en avdeling. En og annen gang kommer det vikarer som ifølge avdelingslederne har holdninger som ikke er i tråd med avdelingens syn på hvordan sykepleiere skal opptre profesjonelt. Men slike dårlige holdninger hos enkeltpersoner kan skyldes personlige egenskaper hos den enkelte, og ikke selve organisasjonstilknytningen.

⁵⁹ ”Logic of appropriateness”.

Manglende samsvar mellom organisasjonstilknytning og vektlegging av ulike verdier og hensyn, kan også skyldes at vikarbyråene ikke gir grobunn for andre holdninger til yrkesutøvelsen. Byråene fungerer kun som et administrativt mellomledd. Dermed vil vikarbyråene i liten grad påvirke vikarenes faktiske atferd. Fordi vikarene har sin arbeidsplass på avdelingene og ikke i vikarbyrået, vil uformelle normer og verdier som eventuelt måtte befinne seg her ikke får særlig påvirkningskraft på den enkelte vikar. Dette blir imidlertid bare en antagelse. Kulturelle faktorer kan også ha betydning. I tråd med et institusjonelt perspektiv, ser vikarene på mange måter ut til å opptre i tråd med det de faste ansatte oppfatter som ”passende” atferd. Dette trenger ikke å bety at sykepleierne integreres i arbeidsmiljøet. Mye tyder som sagt på at vikarene ikke identifiserer seg med avdelingskulturen. Denne evnen til tilpassning kan, foruten det at vikarene synes å ha en spesielt god evne til å tilpasse seg, knyttes til hvordan denne tjenesten brukes. For det første fremstår sykepleiervikarene i denne sammenheng som en marginalisert gruppe. Det at vikarene kommer enkeltvis og ikke i grupper, kan gjør at vikarene lett blir ”usynlige”. Vikarene jobber som oftest heller ikke sammen med andre vikarer. Vikarene utgjør dermed et lite mindretall, og må underordne seg flertallet av fast ansatte sykepleiere⁶⁰. For det andre kan det være at de normene og verdiene vikarene tar med seg, og som ikke samsvarer med normer og verdier på avdelingen, blir avvist. For det tredje kan dette skyldes at sykepleiervikarenes tilknytning til denne type organisasjonsform er så løs, at det ikke påvirker holdninger og verdier de har tatt med seg fra utdanning og tidligere arbeidserfaring. Vikarene er tilsatt hos byrået, men jobber til daglig på avdelingene. Vikarene utfører dermed fremdeles jobben sin i et tilsvarende miljø, med mange av de samme kjennetegnene. Selv om de er tilknyttet en annen arbeidsgiver, vil påvirkningen og miljøet rundt dem være det samme.

Rekruttering av sykepleiervikarer ser ikke ut til å ha ført til at nye holdninger og verdier tillegges stor betydning. En utstrakt bruk av sykepleiervikarer vil trolig påvirke arbeidsmiljøet i uønsket retning, i form av manglende kontinuitet og stabilitet

⁶⁰ Jeg tar forbehold om at situasjonen kan være en annen i helgene. Dette kan ha betydning for arbeidsmiljøet.

i arbeidsgruppene. Bruk av vikarer slik den er i dag, ser imidlertid ikke ut til å ha særlige negative konsekvenser for arbeidsmiljøet. For det første kan det skyldes strukturelle trekk, i det at sykepleiervikarenes atferd styres i stor grad av det formelle, og dermed er frakoplet deres personlige egenskaper og bakgrunn. Det kan i tråd med et instrumentelt perspektiv, forklares med forekomst av *antiesiperte reaksjoner* og *autonom tilpassning* (Christensen m.fl. 2004:45), som betyr at aktørene legger avdelingsledelsens vurderinger til grunn når de handler (ibid). Vikarene kan la være å legge frem løsningsalternativer, ut fra en oppfatning om at det ikke vil få tilslutning fra de andre sykepleierne på avdelingen. For det andre kan det være at felles kulturelle trekk er en kilde til slik tilpassning. Sykepleierutdannelsen kan ha gitt en sterk føring på sykepleiernes faktiske atferd. Personlige trekk vil dermed ikke få særlig stort spillerom. For det tredje kan det tyde på stor grad av sosialisering, og høy grad av samsvar mellom holdninger hos vikarene og de faste ansattes. Det er mye som tyder på at de vikarene som sosialiseres inn på avdelingene, i større grad, fungerer i tråd med hva avdelingslederne ønsker.

Sykepleiervikarene ser ikke ut til å utøve noen form for *indre press* på de avdelingene de kommer til, noe som kan forstås kulturelt. Mye tyder som nevnt på at uformelle normer og verdier som sykepleierne har tilegnet seg under utdannelsen er sterke. Hvis utdanningen samsvarer med det sykepleierne skal gjøre i arbeidet på avdelingen, kan denne variabelen være med på å fremme de instrumentelle effektene. Det er mye som tyder på at atferd i stor grad styres av formell normativ struktur, heller enn av den enkeltes tilknytning til uformelle grupper. Sykepleiervikarene bringer dermed ikke med vesentlig andre uformelle normer og verdier inn på avdelingene, enn de som allerede er der. Trekk fra sykepleierutdannelsen blir en plattform som vikarene og de faste ansatte har til felles, og som gjør det mulig for sykepleiervikarene å fungere relativt godt i samhandling med de andre sykepleierne på avdelingene. Vikarene ser ikke ut til å ha bidratt til dannelse av subkulturer. Dette kan, foruten at vikarene stort sett har de samme holdninger til arbeidet som de faste ansatte, skyldes at de i dag ikke rekrutteres i kohorter eller grupper, men enkeltvis.

Det er heller ingen strukturelle betingelser som ser ut til å bidra til separat kulturdannelse.

Den institusjonelle forventningen om en konfrontasjon mellom de to gruppene, vikarer og faste ansatte, har uteblitt. Dette kan også skyldes kulturelle trekk. For det første, i tråd med et institusjonelt perspektiv, synes sykepleiere under utdanning å læres opp til å ha profesjonelle holdninger og til å handle ut fra det som anses som kulturelt passende. For det andre kan det også tyde på stor grad av institusjonalisering på den enkelte avdeling. Gjennom institusjonaliseringsprosesser utvikles en distinkt kultur. Dette skaper mangfold mellom avdelingene, fordi de får hver sin verdimeslige profil. Uformelle normer og verdier som utvikles i en slik prosess, gir organisasjonsmedlemmene normative rettesnorer for hvilke holdninger og handlinger som er passende (Christensen m.fl. 2004:65). Faste ansatte sykepleiere, ser ut til å skåre høyt både på *vertikal institusjonell dybde* og *horisontal bredde*. Mye tyder også på at sykepleiervikarene skårer høyt, spesielt på *vertikal institusjonell dybde*. Vikarene synes å ta utgangspunkt i avdelingens kultur når de handler. For det tredje kan det skyldes at vikarene er få og at de kun har oppdrag på enkeltvakter. I dette ligger det også at en vikar ikke arbeider sammen med andre vikarer. Vikarene blir således ikke en egen gruppe, men et innslag av enkeltindivider uten særlig gjennomslagskraft på avdelingens arbeidsmiljø.

7.4 Tjenestekvalitet

Ut fra et kulturelt-institusjonelt perspektiv forventes det ikke at reformer raskt og uproblematisk nedfeller seg i nye rutiner og handlingsmønstre. Materialet har da også vist, i tråd med denne forventningen, at en av vikarenes største utfordring er å tilpasse seg interne rutiner og handlingsmønstre. Den enkelte avdeling synes å ha en egenverdi utover de instrumentelle trekkene. For en vikar er det vanskelig å tilegne seg uformelle normer og verdier på kort tid. Til tross for at vikarene betegnes som faglig flinke, oppleves det som et stort problem når de ikke kjenner til det særegne ved den enkelte avdeling. Noen av rutinene på avdelingene er ikke formalisert. Dette gir spillerom for kulturelle trekk.

Det er flere aspekter ved vikarbruk som kan ha negativ innvirkning på tjenestekvalitet. For det første oppfattes kompetansesammensetningen på avdelingene i denne sammenheng som mer uforutsigbar enn ellers. En for hyppig utskiftning av avdelingens personell, slik som ved vikarbruk, vil kunne ramme kontinuiteten og helheten i forhold til pleie og oppfølging av den enkelte pasient. Dette kan på sikt redusere kvaliteten på den tjenesten sykehuset leverer. For det andre er uformelle trekk, knyttet til menneskelige faktorer, et usikkerhetsmoment som gir bekymring med hensyn til kvalitet og kompetanse. Som jeg har påpekt, er ikke avdelingslederne alltid sikre på vikarenes kompetanse. For det tredje er leveringsdyktighet ofte et usikkerhetsmoment tilknyttet vikarbruk⁶¹. Strukturelle aspekter, som for eksempel rutiner hos vikarbyråene for levering av vikarer, kan slå negativt ut med hensyn til tjenestekvalitet. Funn tyder på at dette i perioder har vært et problem for sykehuset i denne undersøkelsen. Vikarbyråene synes ikke alltid å ha gode nok rutiner for å levere vikarene til rett tid. Med dette svekkes mye av tilliten til vikarbyråene og tjenesten de leverer. Dersom avdelingene ikke får de vikarene de har bestilt, kan dette redusere kvaliteten på tjenesten. Avdelingene må da gå med redusert bemanning, eller i ytterste konsekvens beordre egne ansatte til overtid.

Men slik bruken av sykepleiervikarer er i dag, synes den likevel ikke å ha nevneverdig innvirkning på tjenestekvaliteten, verken i positiv eller negativ retning. Vikarene er i dag i fåtall. Ofte er det ikke mer enn en sykepleiervikar pr. vakt. Dessuten er de svært godt utdannet. Problemene som er skissert ovenfor, vil derfor ikke gi store utslag. Det er likevel grunn til å anta at dersom bruken skulle endre seg mot å bli ett mer permanent og omfattende innslag på avdelingene, så vil dette kunne redusere kontinuiteten og dermed kvaliteten på sykepleiertjenesten.

⁶¹ Dette beskrives også av Allvin m.fl. (2003:25): vikarbyrået har ikke alltid har orden på bookingen.

7.5 Utilsiktede konsekvenser. Hemmer dette iverksettingen av de formelle målene?

Det institusjonelle perspektivet belyser utilsiktede konsekvenser av en NPM- relatert reform. Ut fra et kulturelt - institusjonelt perspektiv kan uformelle normer og verdier både fremme og hemme iverksettingen av formelle mål (Christensen m.fl. 2004:105). Ut fra et kulturelt-institusjonelt perspektiv kan det derfor tenkes at vikarer, som ikke er fast tilknyttet den enkelte avdeling eller sykehus, ikke er en del av eller har kunnskap om de uformelle sidene ved den enkelte institusjon. Dette kan hemme effekten av de formelle målene. Kulturelle aspekter ser til en viss grad ut til å gjøre nettopp det.

Det er i denne sammenheng to aspekter ved avdelingens indre liv som antas å være viktige med hensyn til vikarenes funksjon i gjeldende organisering. For det første er det viktig at de fungerer faglig like godt som sine kollegaer på avdelingene. Bruken av sykepleiervikarer skal ikke redusere kvaliteten på de tjenestene sykehuset leverer. For det andre, dersom oppgavene skal bli løst både på en faglig forsvarlig måte og innenfor gitte tidsmessige rammer, er det viktig at vikarene fungerer i samspill med sine kollegaer.

På de avdelingene hvor vikarene arbeider over tid, integreres vikarene tilsynelatende lettere inn i arbeidsmiljøet enn på avdelinger som bruker denne tjenesten i mindre omfang. I dag brukes denne tjenesten kun sporadisk. Tidsaspektet blir i denne sammenhengen relativt kort. Manglende *integrering* kan, i tråd med forventningen ut fra et institusjonelt perspektiv, hemme iverksettingen av de formelle målene. Integreringsaspektet er her viktig for om vikarbyråer kan oppfattes som et godt hjelpemiddel. Dersom vikarene kommer igjen flere ganger, trenger ikke de faste ansatte å bruke like mye tid på opplæring. Det kan ha en effektivitetsgevinst. Slike vikarer er mer selvstendige, og fungerer faglig veldig godt. Dette er i tråd med en instrumentell forventning om at tjenestetid er viktig med hensyn til grad av tilpassning. Utstrakt og sporadisk bruk vil ifølge avdelingslederne trolig både hemme stabiliteten og kompetanseutviklingen på avdelingen. Kulturelle aspekter kan dermed hemme iverksetting av de formelle sidemålene.

Konsekvenstenkning ut fra et utvidet effektbegrep, er svært viktig med hensyn til avdelingsledernes motstand mot bruken av vikarbyråer. Ifølge avdelingslederne jobbes det derfor kontinuerlig på avdelingene med å integrere vikarene. Ved bruk av vikarer blir utskiftningen av personalet mer hyppig enn det avdelingslederne ideelt sett skulle ønske. Dette byr på utfordringer. I perioder har enkelte avdelinger benyttet seg av mer enn ett vikarbyrå. I følge Allvin m.fl. (2003:26) vil bruk av flere slike vikarbyråer kunne splitte avdelingens virksomhet ytterligere. Det kan se ut til at slik bruk har vært en forsterkende faktor med hensyn til *fragmentering* også i denne undersøkelsen. Dette gjelder spesielt i startfasen. Problemet er kanskje mindre nå, fordi avdelingene i hovedsak benytter seg av ett byrå, og at vikarene stort sett kommer enkeltvis. Integreringsaspektet er likevel ikke helt uproblematisk selv i dag. Dette kan skyldes kontraktformen som avdelingene benytter seg av, som nå er timebasert. Til en viss grad vil tidsaspektet ha innvirkning på koblingene mellom integrering og fragmentering. Ved slik sporadisk bruk, blir kjennskap til interne rutiner en av de største utfordringene ved det å komme inn som vikar. Mangel på kjennskap til interne strukturer og prosedyrer ser ut til å svekke koblingene mellom formell normativ struktur og faktisk atferd.

Mangel på kjennskap til interne rutiner ser i dette tilfellet ut til å være en kilde til ineffektivitet. Skal vikarene utføre oppgavene selvstendig, må de kjenne til hvor materiell befinner seg, hvilke prosedyrer avdelingen har i forhold til rapportskrivning, journalføring og så videre. Det hjelper sjelden å ha erfaring fra lignende avdelinger andre steder, siden de interne rutinene varierer mellom avdelingene og mellom ulike sykehus. Dette gjør det svært vanskelig for vikarene å finne sin plass i gruppen eller teamet av sykepleiere. Dette kan hemme samspillet mellom medlemmene i gruppen eller teamet. Det tar dermed lengre tid å utføre oppgavene. Dette indikerer at uformelle kulturelle aspekter ved avdelingenes daglige drift har stor betydning, og blir dermed en faktor som påvirker vikarene med hensyn til både effektivitet og selvstendighet i arbeidet de utfører.

Slike utilsiktede konsekvenser kan altså hemme deler av iverksettingen av de formelle målene. Vi har sett at mange slike kulturelle aspekter ved vikarbruk kan

hemme de formelle målene, i form av redusert kvalitet, kontinuitet og til en viss grad effektivitet. Vikarer jobber ikke like effektivt og bidrar ikke i like stor grad til kvalitetsutvikling, som sine kollegaer som jobber fast på avdelingen.

7.6 Effektiv måloppnåelse?

Fortolket instrumentelt - rasjonelt, fremstår vikarbyråer som mer eller mindre godt utprøvde redskaper som ledelsen kan ta i bruk i det kontinuerlige arbeidet med å gjøre organisasjonen mer effektiv. Et av spørsmålene som her søkes belyst, er om denne lovendringen har ført til at sykehusavdelingene når sine mål på en mer effektiv måte enn før? Effektivitet i denne sammenheng måles ut fra i hvilken grad sykepleiervikarene bidrar til at avdelingen effektivt når sine *mål*. I tråd med et instrumentelt perspektiv tyder mye på at sykehuset i denne undersøkelsen arbeider kontinuerlig med å få organisasjonen til å fungere mer målrettet og effektivt. Avdelingslederne er som følge av dette daglig opptatt av å begrense utgiftene og å forbedre bemanningssituasjonen. Sykehuset i denne undersøkelsen definerer sitt hovedmål slik:

”Sykehus skal gi pasientene innen sitt ansvarsområde god og rask behandling. Sykehuset skal innenfor de gitte ressursrammene holde høy kvalitet og god faglig standard på sin service og sine tjenester”.

Et smalt effektbegrep, som står sentralt i et instrumentelt perspektiv, vurderer en endring som vellykket dersom den bidrar til å omsette organisasjonens gitte mål. Vikarbyråene skal ikke bare bidra til at avdelingen skal kunne gi sine pasienter rask behandling. De skal også være et instrument som sikrer høy kvalitet og god faglig standard. Dersom vikarbyråene ikke skulle bidra til dette, vil det ikke ut fra et instrumentelt perspektiv anses som effektivt.

Vurderingen om bruk/ikke bruk av vikarbyråer ser i denne sammenheng ut til å ta utgangspunkt i et *smalt effektbegrep*. I tråd med forventningene ut fra et instrumentelt perspektiv, vurderer avdelingslederne bruken av vikarbyråer, ut fra om

de på en effektiv måte omsetter organisasjonens mål slik som de er definert i årsberetningen (2001). I tråd med et instrumentelt perspektiv synes sykehusets mål å ligge til grunn for valget mellom alternative handlingsveier. Avdelingene jobber daglig mot å produsere en tjeneste som gir god og rask behandling, høy kvalitet og faglig god standard. For nå disse målene, er det en viktig forutsetning at det til enhver tid er tilstrekkelig med sykepleiere. Løsningene på slike utfordringer har imidlertid strukturelle begrensninger. I tråd med et instrumentelt perspektiv, definerer den formelle normative strukturen i stor grad normer for *hvordan* organisasjonen bør eller må løse problemer. Løsninger på bemanningsproblematikken må gjøres innenfor rammene av lovverket. De må også ligge innenfor de økonomiske rammene som er gitt på forhånd.

Dagens finansieringsordning er preget av elementer fra NPM, og modellen bygger dermed på mål - og resultatstyring (Lian 2003). Den innsatsstyrte finansieringsordningen i sykehussektoren skal motivere sykehusene til større kostnadseffektivitet og høyere grad av tjenesteproduksjon (Sørensen og Grytten 1999). Det at dette sykehuset har en generell målformulering knyttet til organisasjonens mål og tjenestetilbud, gir avdelingsledere betydelig fleksibilitet i forhold til hvordan målene skal fremstilles og ikke minst med hensyn til hvordan de skal iverksettes (Christensen m.fl. 2004:96). I startfasen var det kun to alternative løsninger på bemanningsproblemet: overtid og ekstravakter på eget personell eller bruk av vikarbyråer. I en tid hvor ordinære rekrutteringsstrategier sviktet, ble vikarbyråene for mange avdelinger et godt alternativ for å dekke ubesatte vakter. Det empiriske materialet tyder dermed på at denne bruken av vikarbyråer, i tråd med et instrumentelt - rasjonelt perspektiv, ble tatt i bruk som problembetinget søking. Bruk av overtid på egne ansatte ble ansett som en dårlig løsning på bemanningsbehovet i en tid hvor mangelen på sykepleiere var stor. Vikarbyråene ble et alternativ avdelingslederne anså som en bedre løsning på dette problemet.

Mye tyder på at kostnadene tilknyttet vikarbruk, slik tjenesten benyttes i dag, er i tråd med en instrumentell tankegang om at denne endringen bidrar til en effektiv drift av avdelingene. På mange måter har det, i tråd med et instrumentelt perspektiv,

vært en tett kobling mellom reformen og strukturelle endringer (Christensen m.fl. 2004:131). Opprettelsen av medisinske vikarbyråer har blitt en realitet. Målet var å gjøre det lettere for avdelingslederne å skaffe midlertidig arbeidskraft. Det har vist seg at sykepleiervikarene i perioder med stor mangel på sykepleierkompetanse, har bidratt til at avdelingen kan opprettholde behandlingen på et faglig forsvarlig nivå. Med forsvarlig menes her at sykepleierantallet gjenspeiler behovet blant pasientene. Vikarbyråene har med andre ord gjort det mulig for avdelingene å opprettholde effektivitetsnivået med mindre slitasje på eget personell. Som en kortsiktig og akutt løsning kan denne tjenesten betraktes som et kostnadseffektivt verktøy som omsetter gitte mål til faktisk atferd. Vi ser her en kobling mellom reform, endring og faktisk atferd.

Materialet er likevel ikke entydig i forhold til om, og eventuelt i hvor stor grad, vikarbyråene er et hjelpemiddel for avdelingene til mer effektivt å nå sine mål. Som en løsning på en generell mangel på sykepleiere, ser ikke denne tjenesten ut til å være det mest effektive verktøyet. Dette kan forstås strukturelt. Noe av forklaringen synes å ligge i den interne organiseringen av den enkelte avdeling. Å lokalt utvikle og tilpasse ordninger på arbeidssstedet, kan ha betydning for hvorvidt en ordning kan vise seg å være en suksess (Krokmyrdal:2004). Ut fra en mål-middel tankegang kan det forventes at avdelingene utreder slike problemer tilknyttet den eksisterende strukturen. Avdelingene ser i denne sammenheng ikke ut til å ha utredet og vurdert problemer knyttet til avdelingens struktur i tilstrekkelig grad. Det empiriske materialet viser blant annet at opplæringen av vikarer er et svakt punkt. Dette kommer i tillegg at avdelingslederne ikke har tilpasset rutiner på avdelingen til bruken av denne tjenesten. Dette har gjort det vanskelig for vikarene å gjøre en god jobb.

Både økonomiske argumenter, så vel som relasjonsmessige, har altså gitt avdelingslederne litt blandede oppfatninger om hvorvidt sykepleiervikarene kan sies å være et instrument for *effektivt* å kunne nå organisasjonens hovedmål. Slike vurderinger ser ut til å være situasjonsbestemt. Vikarbyråer anses i mange situasjoner å være et middel for effektivt å nå gitte mål. Dette er situasjoner som ferieavvikling,

ved uforutsett fravær som ved sykdom, og i situasjoner der alternativet blir å bruke eget personell på overtid og ekstravakter. I andre situasjoner, derimot, anses ikke denne tjenesten som den beste løsningen. Avdelingslederne i denne undersøkelsen mener at andre alternativer ofte vil være bedre, både med hensyn til økonomi og kvalitet.

Vikarbyråene har imidlertid bidratt til mer fokus på effektiv utnyttelse av avdelingenes eget personell. I tråd med en instrumentell mål - middel tankegang, tenker avdelingslederne kanskje enda mer og tydeligere på dette nå enn tidligere. Sykepleiervikarene er blitt et insentiv for avdelingsledere til å utvikle andre alternative løsninger på bemanningsproblemet. I dag finnes det flere alternativer avdelingene kan benytte seg av for å nå sine mål. Avdelingene satser nå på interne omstruktureringer som skal forbedre turnusproblematikken og redusere sykefraværet. Strukturelle endringer innad på sykehuset, som ønsketurnus, produktivitetsavtale, alternativ arbeidsordning, IA- bedrift, samt etableringen av en egen intern ”ressurspool”, er eksempler på tiltak som skal føre til en enda mer individtilpasset turnusplan. Studier har da også vist at det er en signifikant sammenheng mellom det å være tilfreds med turnus og tilfreds med arbeidet (Krokmyrdal:2004). Ordninger hvor de ansatte i større grad kan bestemme egen arbeidstid, øker trivselen og styrker rekrutteringen⁶² (www.idebanken.org, Krokmyrdal:2004). Dermed reduseres behovet for eksterne vikarer. Å iverksette slike tiltak kan på sikt vise seg å være mer effektivt, enn både alternativet med vikarbyråer og alternativet med å bruke egne ansatte på overtid. Bruk av overtid blir uansett en stor utgiftspost, enten det er vikarer eller faste ansatte. Men disse nye løsningene gir trolig, på lengre, mindre slitasje på eget personell. Slike endringer kan kanskje også i enda større grad, vise seg å være i samsvar med ”institusjonens egenart”. Dette er i så fall i tråd med en institusjonell forventning om at institusjoner i en reorganiseringssituasjon, vil prøve løsninger som ligger tett opp til dem de allerede har, eller har kjennskap til.

⁶² Forutsatt at disse nye ordningene planlegges og gjennomføres riktig

Tilsvarende erfaringer fra Sverige viste at bruk av vikarbyråer ikke var et alternativ for å dekke sykepleiemangelen. Vikarbyråene tilbyr pr. i dag en tjeneste avdelingslederne er kvalitetsmessig godt fornøyde med, så lenge det ikke er snakk om en utstrakt bruk. I tråd med et instrumentelt perspektiv har vikarbyråene på mange måter ført avdelingen nærmere sine mål. Vikarbyråene kan på kort sikt forstås som ett strategisk virkemiddel, som avdelingene her tar i bruk for å sikre rasjonell og ressursbesparende tjenesteproduksjon. Uten tilgang på denne type arbeidskraft, ville alternativet i mange tilfeller vært å stenge hele eller deler av avdelingen i en begrenset periode. Vikarbyråer kan i denne sammenheng anses som kostnadseffektivt, og dermed formåleffektivt. Uten tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personell kan avdelingene verken drive faglig forsvarlig eller økonomisk effektivt.

På mange måter har dermed en endring i formell normativ struktur kanalisert atferd i ønsket retning mot organisasjonens mål. Vikarbyråene kan i mange situasjoner sies å være et alternativ i tråd med NPM - tankegangen om at endringer skal ha positive effekter på hovedmålet kostnadseffektivitet, uten negative effekter på sidemålet som her defineres som tjenestekvalitet. Men i hvor stor grad sykepleiervikarene kan anses som en slik god løsning, er avhengig av hva vi sammenligner med, og i hvor stor grad denne tjenesten benyttes.

7.7 Implikasjoner

Vikarbruken har blitt redusert de siste to årene. Dette kan skyldes instrumentelle og kulturelle faktorer, men det kan også være at vikarbruken har gått ned som følge av at avdelingene må spare penger. I forrige kapittel argumenterte jeg hovedsakelig for *likhet*. Det viser seg å være få faktorer som skiller en vikar fra en fast ansatt. Til tross for dette oppfattes ikke vikarene som like funksjonelle i sin yrkesutøvelse. Mye tyder på at vikarbruken ikke har vært så kostnadseffektiv som forventet ut fra NPM, spesielt ikke som en langsiktig løsning. Jeg skal nå tydeliggjøre noen kriterier for å belyse avdelingsledernes reaksjoner. Men dette representerer store utfordringer. Avdelingene i stadig endring, både med hensyn til struktur og

personellsammensetning. Det blir derfor vanskelig å isolere effektene kun av Lov om helsepersonell.

7.7.1 Betydningen av formell normativ struktur (FNS).

FNS betydning for effektivitet

Mye av behovet for vikarbyråer kan forstås strukturelt. Strukturelle trekk som avdelingens interne organisering ser ut til å skape store deler av behovet for denne type tjenester. Strukturelle begrensninger vil dermed trolig opprettholde et visst behov for sykepleiervikarer i begrensede perioder. Mye av bemanningsproblemene synes å være knyttet til *turnusordningen*, som pr. i dag rommer mange faste ”hull”. Slik turnusordningen har vært organisert, har den ført til at det kontinuerlig er ubesatte vakter som må dekkes, blant annet med hjelp fra vikarbyråer. Turnusordningen er altså i seg selv et hinder for effektiv drift. I tråd med et instrumentelt perspektiv, ser den formelle normative strukturen dermed ut til å bety mye for hvorvidt en organisasjon kan oppnå fastsatte mål.

For at formell normativ struktur skal kanalisere atferd i en bestemt retning, er det en forutsetning at den formelle normative strukturen har en utforming eller presiseringsgrad som gjør dette mulig (Egeberg 1984: 38-39). Dersom en slik presiseringsgrad ikke skulle være tilstede, vil det kunne føre til at den formelle normative strukturen ikke kanaliserer atferden i ønsket retning. Ut fra et instrumentelt perspektiv vil de allerede etablerte prosedyrene innvirke på hvordan organisasjonen responderer, når den blir stilt overfor krav om endring. Vikarenes tilpassningsmuligheter kan i stor grad sies å være strukturelt forankret. Mye av problemene knyttet til vikarbruk, kan føres tilbake til strukturelle trekk internt på den enkelte avdeling. Den allerede eksisterende strukturen på avdelingsnivå kan i dette tilfellet ikke sies å være godt nok tilpasset slik endring. Materialet tyder på at det finnes få eller ingen konkrete tiltak fra avdelingenes side med hensyn til å ta imot sykepleiervikarer. Dette kan svekke den organisasjonskulturelle integreringen. Manglende tilrettelegging av arbeidsforholdene bidrar her til at vikarene ikke

fungerer optimalt. Slik *mangel på interne prosedyrer* for å ta imot vikarene ser ut til å hemme effektiviseringsgevinsten ved bruk av vikarbyråer.

Også fravær av overordnet planlegging, vil svekke målsettingen om økt kostnadseffektivitet. Slik *mangel på planlegging* kan være et hinder for å utnytte vikarene effektivt. Selv om det på forhånd er faste "hull" i turnusen, som må dekkes ved ekstravakter, er det ikke slik at avdelingslederne på forhånd bestiller sykepleiere fra et vikarbyrå til å dekke disse. Dersom avdelingen på et tidligere tidspunkt ble planlagt å bruke vikarbyråer, kunne avdelingene unngått mange "ukjente" vikarer. Slik planlegging ville både spare tid, og redusere store deler av problemomfanget tilknyttet vikarbruk.

FNS betydning for kvalitet

I denne sammenheng blir det formelle rammeverket en viktig faktor for å forklare *strukturell likhet* i forhold til sykepleiervikarenes møte med avdelingene. Tjenestekvaliteten reduseres ikke nevneverdig ved *begrenset* vikarbruk. Formelle aspekter knyttet til sykepleiernes yrkesutøvelse sikrer en viss grad av kompetanse. Empiriske trekk tyder på at den formelle normative strukturen legger sterke føringer på en sykepleiers yrkesutøvelse, både med hensyn til å definere sykepleiernes rolle og kompetanse. For det første legger beslutningsstrukturen, som regulerer deltakelse og aktivisering, sterke føringer på faktisk atferd. Interne strukturelle rammer, gir ikke sykepleiervikarene tilgang til mange typer oppgaver og beslutningsfora. Vikarene blir ikke regnet som fullverdige organisasjonsmedlemmer, og de får liten eller ingen mulighet til innflytelse på avdelingens faglige - og sosiale utvikling. De fleste beslutninger omkring avdelingens utvikling tas i forum som vikarene tilsynelatende utelukkes fra. Aksesstrukturen som regulerer definering og problemløsning, endres da i liten grad.

For det andre er ekstern FNS⁶³ en god kvalitetssikring i seg selv. De formelle begrensingene som er pålagt sykepleiervikarene, gir en viss forutsigbarhet i forhold

⁶³ Ekstern FNS er i denne sammenheng definert som lovverk og stillingsinstrukser.

til deres arbeidsoppgaver når de kommer til en ny avdeling. Vi har sett at dette har vært viktig i forhold til det at vikarene oppfattes som en god faglig ressurs og dermed som en rimelig god erstatning ved fravær av egne ansatte. Det at lovverket er utformet relativt klart, gir ikke særlig rom for vikarene til å utføre arbeidet særlig annerledes enn de faste ansatte. Derfor vil ikke vikarenes atferd og oppfatning av rollen som sykepleier, avvike særlig mye fra hvordan en fast ansatt opptrer. Faktisk atferd er dermed i stor grad strukturelt forankret. Kontinuiteten og kvaliteten bevares i stor grad som følge av dette.

Strukturell endring

Det har ikke vært strukturelle endringer som følge av vikarbruk. Men når avstanden mellom faktisk tilstand og ønsket tilstand er for stor, kan det bidra til organisatoriske endringer (Egeberg 1984:20-22). Her kan faktisk atferd ha påvirket formell normativ struktur. Vi ser i denne studien at strukturelle endringer har kommet eller vil komme i nærmeste fremtid for å kunne *unngå* bruken av disse byråene. Faktisk atferd kan dermed ha innvirkning på de strukturelle endringene som har skjedd. Dette er overraskende sett ut fra en instrumentell tilnærming. Ut fra et instrumentelt perspektiv må sammenhengen være at formell normativ struktur påvirker faktisk atferd, og ikke omvendt (Egeberg 1984:20-22). Dersom faktisk atferd påvirker strukturelle trekk, kan dette forstås kulturelt.

Materialet viser en dynamisk virkning med hensyn til at avdelingslederne har begynt å tenke nytt i forhold til det å disponere egne ressurser mer effektivt. Det arbeides nå med å lage en mer individtilpasset arbeidsplan. Mye tyder på at slike strukturelle endringer er nødvendig for at organisasjonen på en mer kostnadseffektiv måte skal nå sine fastsatte mål. Den formelle strukturen blir dermed en viktig faktor, ut fra hensyn til effektiv utnyttelse av de ressurser organisasjonen har til rådighet.

Endringer i formell normativ struktur, kan i større grad kanalisere atferd i ønsket retning. Målet for avdelingene nå, er å bygge opp nye alternativer som de mener vil være kostnadseffektive, samtidig som de unngår mange av de problemene som knyttes til ekstern vikarbruk. Disse endringene er ment å bedre situasjonen fra slik den er i dag. For det første mener avdelingslederne det vil føre til mindre faste

”hull” i turnusopplegget, og dermed redusere behovet for ekstern arbeidskraft. I tillegg antas slike interne ordninger å redusere mye av de negative effektene. Redusert bruk av vikarer forventes også å gi høyere kompetanse og tryggere arbeidsforhold på avdelingene⁶⁴.

7.7.2 Betydningen av demografi

Effektivitet og kvalitet

Det er ikke alltid gitt at vikarene, slik bruken er i dag, fører til *positive effekter* på effektivitet. I tråd med forventningen ut fra et instrumentelt perspektiv, ser kort *tjenestetid* ut til å være et hinder for effektiv måloppnåelse. Vi ser et tydelig skille mellom de vikarene som kontinuerlig er på en avdeling og de vikarene som kun kommer sporadisk. For de sykepleierne som har minst grad av erfaring, ser det ut til at den største utfordringen er å bli kjent med organisasjonen, dens rutiner, prosedyrer og koder. De arbeider ikke så selvstendig som en fast ansatt sykepleier. Dette hemmer ikke bare vikarene i deres eget arbeid, men det blir også en hindring for de faste ansatte.

I dette materialet ser demografiske trekk ved vikarene ut til å ha betydning for variasjoner i reformens sideeffekter. Vi har sett at den ”ideelle” vikar er en vikar med mye yrkeserfaring, som har vært på avdelingen før og som ikke er for ung. Blant de demografiske variablene som er belyst her, synes høy skåre på *alder og yrkeserfaring* å fremme de instrumentelle effektene. Mange av dagens sykepleiervikarer kjennetegnes ved at de har relativt lang yrkeserfaring⁶⁵. Gjennomsnittsalderen blant vikarer er i tillegg høy. Vikarene representerer her hovedsakelig to aldersgrupper, de mellom 25-35 år og de mellom 45-55 år. Høyeste gjennomsnittsalder blant vikarer, synes å være mest fremtredende på spesialiserte avdelinger. Dette støttes også av en omfattende svensk undersøkelse (Allvin m.fl. 2003:18-19) og en norsk undersøkelse (Neergaard og Nicolaisen 2002). Det at vikarene er godt voksne, gir avdelingen økt

⁶⁴ At redusert bruk av vikarer kan gi høyere kompetanse og tryggere arbeidsforhold støttes også av undersøkelse publisert av Kurt Arild Krokmyrdal i Tidsskriftet Sykepleien (2004:8)

⁶⁵ Alle sykepleiervikarene i denne undersøkelsen har minst to års erfaring fra sykepleieryrket.

kompetanse i form av yrkeserfaring. Dette vil igjen øke tilfredsheten blant avdelingslederne for det arbeidet de utfører. Dette ser ut til å gi positive effekter både på hovedmålet kostnadseffektivitet, og sidemålene, arbeidsforhold og tjenestekvalitet.

Også den *erfaringen* sykepleiervikarer har med det å jobbe i vikarbyråer er viktig i denne sammenheng. Materialet viser at mange var fornøyde i begynnelsen da de benyttet seg av de allerede godt etablerte vikarbyråenes, spesielt i Danmark. Disse vikarbyråene hadde ganske lang erfaring med å formidle denne type vikartjenester. Tilfredsheten med disse vikarene kan skyldes at de var godt vant til å jobbe i et vikarbyrå, og at de derfor fant seg raskt til rette. Da datterselskaper ble etablert her i Norge viser materialet at det en kort periode var noe økt misnøye. Dette kan skyldes at de norske vikarene ikke var spesielt erfarne med denne måten å arbeide på. *Erfaring* ser dermed ut til å være en viktig faktor i forhold til avdelingsledernes tilfredshet med vikartjenesten, både med hensyn til effektivitet og kvalitet.

Det er videre mye som tyder på at den instrumentelle virkemiddelfaktoren *tjenestetid* får betydning for om vikarene anses som en god løsning eller ikke. Dersom vikarene skal være gode på de interne rutinene, forutsetter det en mer langsiktig tilknytning. Ettersom avdelingene de siste årene også har benyttet seg av de norske selskapene og fått de samme vikarene over tid, ser det ut til at avdelingslederne er mer fornøyde med hvordan vikarene fungerer, både faglig og sosialt. Med kort tjenestetid integreres ikke vikarene i avdelingens faglige og sosiale miljø. Dette hemmer både fagutviklingen på avdelingene og effektivitetsgevinsten ved det å benytte seg av eksterne vikarer⁶⁶.

Måloppnåelse

Ut fra et instrumentelt perspektiv er det interessant å se om bruk av vikarbyråer som rekrutteringsprinsipp, kan bidra til å designe en organisasjon som på en best mulig måte kan nå de målene organisasjonen har satt seg. Spørsmålet er om det er mulig å

⁶⁶ Dette viser også Vareide (2001) i sin studie. Usikkerheten i forhold til hvordan vikarene fungerer på avdelingen gjelder mest for de som har kortest fartstid på avdelingen.

bevisst designe seg til bedre faglig kvalitet og effektivitet, for eksempel ved å inkludere spesiell typer av demografiske variable.

Rekruttering kan her være et virkemiddel som til en viss grad fører organisasjonen mot de fastsatte målene⁶⁷. Ut fra et instrumentelt perspektiv er det nødvendig at det finnes interne formelle rutiner i organisasjonen som påvirker hvordan organisasjonen styrer rekrutteringsarbeidet. Ved bruk vikarbyråer styrer avdelingen fremdeles i stor grad dette rekrutteringsarbeidet, til tross for at det er byråene som bestemmer hvilken vikar som skal få oppdraget. Det tas stort sett hensyn til avdelingsledernes ønsker med hensyn til kvalifikasjoner. Vikarbyråene gir dermed til en viss grad avdelingsledere muligheter til å få vikarer med ”ønskede” egenskaper. Slik tjenesten brukes i dag, ser rekrutteringen av sykepleiere fra vikarbyråer, bevisst eller ubevisst, å være et resultat av rekruttering av ”gode” egenskaper. Dersom avdelingen får inn vikarer med høy kompetanse, kan det bidra til at organisasjonen i større grad når sine mål på en effektiv måte. De fleste avdelinger har konkrete profiler på de vikarene som ønskes. Dette gir ofte høy kompetanse på de vikarene som arbeider på en avdeling. Å leie inn fra vikarbyråer blir dermed en slags ”handlekurv” hvor avdelingsledere velger de sykepleierne som gir avdelingen den type kompetanse de trenger.

7.7.3 Betydningen av kultur

Der de strukturelle trekkene gir spillerom, vil kulturelle trekk få innvirkning. Denne atferden vil modifisere de instrumentelle trekkene. (Christensen m.fl. 2004:178). Vikarenes organisasjonstilknytning synes ikke ut fra dette materialet å ha innvirkning på deres grunnleggende holdninger, i forhold til hvordan de oppfatter sykepleierrollen. Sykepleierkulturen står sterkt, uavhengig av tidligere og nåværende organisasjonstilknytning. Vikarene skiller seg dermed ikke ut som egen gruppe.

⁶⁷ Selden (1998) viser klar effekt av demografi i enheter som leverer tjenester.

Effektivitet

Det at motstanden mot denne tjenesten er så tydelig, kan skyldes at det for avdelingslederne er viktig å tenke langsiktig og helhetlig. Materialet har vist at vikarene ikke inngår i slike planleggingsprosesser. Avdelingslederne ser på vikarbyråene kun som en midlertidig løsning. Spørsmålet som kommer i kjølvannet av denne diskusjonen, er om avdelingene mangler omstillingsevne i forhold til det å kunne utnytte vikarenes på en best mulig måte. Det er tydelig at det er stor grad av institusjonalisering på den enkelte avdeling. I tråd med et kulturperspektiv er det sentralt for avdelingslederne å unngå for raske endringer. Mye tyder på innslag av kulturell treghet på avdelingsnivå. Kulturell treghet er en ulempe med en sterk utviklet organisasjonskultur (Christensen m.fl. 2004:63). Kulturelle aspekter ser til en viss grad ut til å hemme de instrumentelle målene. Organisasjonsmedlemmene ser ut til å skåre høyt både på *horisontal bredde* og *vertikal dybde* (ibid). Sykepleiernes handlinger ser i stor grad ut til å ta utgangspunkt i avdelingens kultur, og mye tyder på at disse aktørene fungerer som en større kulturell enhet. Dette er en del av organisasjonen som vikarene ikke så lett integreres i. Manglende omstillingsevne, samt vikarenes manglende kjennskap til avdelingens uformelle rutiner, kan i seg selv være et hinder for effektiv drift. Ut fra effektivitetshensyn kan det være mer gunstig å benytte seg av interne alternativer.

Mye tyder på at kulturelle elementer ligger til grunn for et ønske om å etablere interne bemanningsløsninger. Kulturelle aspekter ser ut til å ha stor betydning for hvilke ordninger avdelingsledere anser som den beste løsning på organisatoriske problemer og utfordringer. Et slikt ønske kan skyldes en forestilling om at interne løsninger vil være mer i tråd med institusjonens egenart, fordi vikarene da i utgangspunktet allerede er integrert i eksisterende kultur. Nye interne ordninger⁶⁸ oppfattes dermed som mer passende, noe kjent, noe som ikke er så fremmed som eksterne ordninger. Ut fra et institusjonelt perspektiv kan slike løsninger lettere

⁶⁸ "Ressurspoloen", produktivitetsavtalen, alternativ arbeidsordning: alle disse består av sykehusets egne ansatte

integreses i avdelingens allerede eksisterende kultur. Slike interne løsninger kan derfor være mer effektivt.

Kvalitet

Det ser ut til å være en generell skepsis til eksterne ordninger, fordi avdelingslederne frykter at det på lang sikt kan redusere kvaliteten og kontinuiteten på det arbeidet som utføres. Usikkerheten kan skyldes at avdelingslederne brukte denne tjenesten mye i startfasen, og at de dermed fikk erfare en del negative konsekvenser ved slik vikarbruk. Det kan også være at avdelingslederne ikke anser det som passende at private bedrifter skal tjene penger på helsevesenets rekrutteringsproblemer. Men det er flere kulturelle faktorer som bidrar til misnøye med kvaliteten på vikartjenesten. De fleste sykepleierne ser ut til å ha et sterkt kollektivt engasjement. Sykepleiervikarene oppfattes som oftest ikke å ta så stor del i dette engasjementet. Avdelingslederne frykter også at sykepleiervikarenes mangel på kjennskap til interne rutiner, kan hemme kvaliteten på den tjenesten avdelingen leverer.

Men det er også kulturelle faktorer som fører til sykepleiervikarene oppfattes som flinke. Vikarene ser ut til å ta utgangspunkt i avdelingskulturen når de handler. Dette kan skyldes at normer og verdier tilegnet gjennom utdanning fortsatt er sterke både hos vikarene og på avdelingene. Det kan også skyldes stor grad av sosialisering. Som helhet anses ikke kvaliteten som særlig redusert, så lenge det ikke er snakk om utstrakt bruk.

Kulturell endring

Helsevesenets praksis har tatt en vending mot mer markedsliberalistisk tenkning sammenlignet med tidligere. Med innføringen av trekk fra New Public Management, har det skjedd en rekke små og kontinuerlige endringer med hensyn til hvordan helsetjenesten skal og bør drives. Selve ideologien bak NPM påpeker ikke bare at offentlige organisasjoner må reorganiseres for å bli mer effektive, men at kulturen i offentlige organisasjoner må endres for å støtte opp om de strukturelle endringene (Christensen m.fl. 2004:176). Nye styringssystemer skaper dermed endrede normer og verdier for hvordan en vellykket bedrift skal se ut. *Ytre press* har ført til at

helsesektoren er blitt tvunget til å tenke nytt, effektivt og kreativt for å få til nye og bedre løsninger som tilfredsstillende de nye markedsliberalistiske kravene som kommer. Det er en økende forståelse fra helsesektorens side om at de må tenke mer ut fra økonomiske kriterier. Materialet tyder på at det er en grunnleggende enighet også på avdelingsnivå om at de kan og bør drive effektivt, så lenge det ikke går utover arbeidstakere eller pasienter. Det er likevel ikke ukritisk implementering av alle disse nye styringsideene.

Organisasjoner eller institusjoner vil ut fra et institusjonelt perspektiv ofte motsette seg endringer initiert utenfra. NPM - ideene har vært "halvfabrikata" som må ferdigstilles i møte med systemer og kulturer på avdelingsnivå. Til tross for en politisk og kulturell endring på politisk nivå, kan det ikke sies å være snakk om en kulturell endring på avdelingsnivå. For det første får vikarene sjelden eller aldri tilgang til beslutningsfora, som angår faglig og sosial utvikling på den enkelte avdeling. Vikarenes mulighet til å sette sitt preg på avdelingen blir dermed avbegrenset karakter. For det andre kan ikke vikarene sies å representere en ny kulturell kraft på avdelingene. Dersom vikarene skal danne en motkultur, må de utgjøre en større gruppe enn det de har gjort i den perioden som studeres her. Det indre presset som vikarene kan utøve, er da i liten grad til stede. Vikarene representerer i denne sammenheng derfor ikke noen radikal kulturell endring.

Vikarene forsøker ikke å endre allerede etablert praksis på avdelingene. De prøver derimot å tilpasse seg den allerede eksisterende kulturen. Det kan for det første skyldes det at sykepleiervikarene kommer fra et lignende miljø, og dermed har internalisert lignende normer og verdier ved tidligere arbeid. Sykepleiervikarene oppleves dermed ikke som en umiddelbar trussel mot den allerede eksisterende praksisen på avdelingene. For det andre ser det ut til å eksistere en sterk avdelingskultur som er vanskelig å endre utenfra. For det tredje kan uformelle normer og verdier fra sykepleierutdannelsen være en sterk kraft som vedlikeholder og viderefører avdelingenes institusjonelle trekk. Dette ser ikke ut til å endres som følge av vikarbruk.

8. Avslutning og sammenfatning

8.1 Begrensninger

I denne studien har jeg studert virkningene av en helsepolitisk reform. Jeg har forsøkt å beskrive og forklare hvordan nye styringssignaler påvirker en sosial praksis. Ut fra et instrumentelt perspektiv og et kulturperspektiv har jeg sett på noen sider ved avdelingsledernes reaksjoner på, og erfaringer med, medisinske vikarbyråer. Det er viktig å presisere at dette materialet kun gir uttrykk for hvordan de *administrative leddene* opplever vikarbyråene. Det må tas høyde for at oppfatningen kan være annerledes på andre nivåer i organisasjonen⁶⁹.

Innenfor det teoretiske rammeverket ble empiriske funn utledet. Før analysen ble bakgrunnen for ideen om at sykepleiere kunne formidles via vikarbyråer gjennomgått. Dette forsøkte jeg å forklare i lys av NPM-trenden, som har satt et stort preg på helsesektoren gjennom 1990-tallet og inn i det nye årtusenet. Teoriene har her vært et analytisk redskap for å belyse noen sider ved det å bruke vikarbyråer. Det kan ikke sies entydig hva som er effektene av alternative organisasjonsformer. Kunnskapsgrunnlaget om sammenhengen mellom organisasjonsformer og effekter er tvetydig og mangelfullt (Christensen m.fl. 2004:171). Denne studien viser at dette er et komplekst felt. Temaet er også relativt nytt, og det er altfor tidlig å trekke konklusjoner. Empiriske trekk gir støtte til at instrumentell teori er utilstrekkelig for å forstå alle sidene ved avdelingenes erfaringer med medisinske vikarbyråer. Kulturperspektiv modifierer her noen av utsagnene i det instrumentelle perspektivet.

Denne studien setter kun fokus på noen sider ved slik vikarbruk. Dette er et tema som imidlertid burde belyses fra flere vinkler. Videre studier vil kunne gi et enda mer omfattende bilde av denne typen tjenesters fordeler og ulemper, og dermed også effekter. Et slikt prosjekt er allerede i gang. Denne oppgaven er en del av dette

⁶⁹ Spesielt for de sykepleierne som jobber i helgene. Da kan situasjonen være annerledes..

prosjektet. Forskere ved NOVA skal se nærmere på konsekvensene for arbeidsmiljøet og fagfellesskapet.

Denne oppgaven gir et sterkt uttrykk for at økonomiske argumenter er svært viktige med hensyn til avdelingsledernes vurderinger av ulike bemanningsløsninger. Det kunne derfor være svært interessant med en økonomisk analyse omkring dette temaet. Men også en kvantitativ tilnærming til denne type problemstilling kunne vært nyttig. En slik type undersøkelse vil kunne gi et enda større materiale, og en bedre innsikt i sammenhenger. Andre prosjekter som kan være interessante, er å se vikartjenesten fra den andre siden, med andre ord se nærmere på vikarbyråene og de sykepleierne som jobber der. Hva er deres erfaringer? Dette ville gi et større og bedre kunnskapsgrunnlag omkring effekter.

8.2 Konsekvenser på avdelingsnivå

I tråd med et instrumentelt perspektiv, ser det ut til å være en klar mål - middel tankegang i avdelingsledernes måte å løse bemanningsproblemer på. Det tas store kostnadseffektive hensyn når ulike bemanningsløsninger skal vurderes. Dette styrker en instrumentell fortolkning. Det er likevel påfallende at til tross for at avdelingslederne stadig pålegges å drive mer økonomisk, anser de ikke en generell reduksjon av staben, eller det å benytte seg av mer fleksible arbeidstakere som en måte å nå denne målsettingen på. Sammenlignet med andre bransjer er dette atypisk. Dette viser noen av helsesektorens utfordringer. Bemanningsløsninger i denne sektoren krever spesielt mye, ikke bare økonomisk, men også kvalitetsmessig.

Denne studien viser tydelig at holdningen til vikarbyråer har endret seg over tid. Avdelingslederne var ikke imot lovendringen da den kom. Dette er overraskende, siden NSF tydelig mislikte en slik ordning. Lovendringen ble en tjeneste avdelingslederne raskt tok i bruk, fordi den dekket et stort og akutt bemanningsbehov i pressede perioder. Men holdningen til vikarbyråene er blitt mer negativ over tid. Vikarbyråene representerer i dag en endring som det administrative nivået viser stor motvilje mot. Samtalene med avdelingslederne viser at vikarbyråene er en "bølge" de håper, og tror, vil forsvinne etter hvert.

8.2.1 En god løsning?

Hvilke konsekvenser har lovendringen hatt på avdelingens økonomi, arbeidsforhold og tjenestekvalitet? Har lovendringen ført til at sykehusavdelingene når sine mål på en mer effektiv måte enn før? Om vikarbyråene kan sies å være et kostnadseffektivt alternativ i tråd med en NPM - tenkning, er situasjonsbestemt. Graden av kostnadseffektivitet er som vi har sett avhengig av i hvilke situasjoner det brukes, om omfanget er stort eller lite og hva som er alternativet til slik bruk.

Ut fra et *smalt effektbegrep* kan vikarbyråene sies å ha en positiv kostnadseffektiv effekt. Vikarene har til tider løst store deler av bemanningsbehovet i helsesektoren. Vikarene har blant annet bidratt til å opprettholde full drift i vanskelige perioder som ferie, helligdager, helg og natt. Dette er med andre ord vakter som er såkalte ”hull i turnusen”, og som ikke så mange faste sykepleiere ønsker å ta som ekstravakter. Vikarbyråene bidrar dermed til å løse akutte situasjoner. Dette er situasjoner der avdelingslederne tidligere måtte beordre faste ansatte på jobb, eller i verste fall måtte stenge hele, eller deler av, avdelingen.

Også i perioder med store strukturelle endringer, kan vikarbyråene være et godt verktøy. Slike overganger medfører et spesielt uforutsigbart bemanningsbehov. Vikarbyråene kan i slike perioder bidra med personell til bemanningssituasjonen er avklart. Da kan sykepleiervikarer brukes istedenfor å opprette midlertidige stillinger. Tjenesten kan i så måte sies å være både formåls effektiv og kostnadseffektiv.

Ut fra dette empiriske materialet er økonomiske argumenter for enkelt til å forklare vegringen mot å bruke vikarbyråer. Empirien viser at det også er kulturelle trekk som forklarer noe av motstanden mot å bruke denne tjenesten. I tråd med et *utvidet effektbegrep* tyder mye i dette materialet på at det er mer enn bare instrumentelle hensyn som har betydning for i hvilken grad tjenesten skal anses som kostnadseffektiv. På sykehuset i denne undersøkelsen arbeider sykepleierne stort sett i grupper eller team. Velfungerende team eller arbeidsgrupper vil ikke bare oppnå spesifikke mål. De vil også gjøre forbedringer i organisasjonens arbeide og bygge forpliktelser mellom organisasjonsmedlemmene. En vikar vil imidlertid, på grunn av tidsperspektivet, ikke få deltatt i alle disse sidene ved en organisasjon. Utstrakt bruk

av vikarer kan føre til fragmentering av det faglige, så vel som det sosiale miljøet på avdelingen. Selv om vikarene ikke danner egne grupper, kan de heller ikke sies å bli en integrert del av verken arbeidsmiljøet eller fagfellesskapet. Dette kan skape visse komplikasjoner i forhold til hvordan vikarene utfører arbeidsoppgavene sine.

Manglende integreringsevne ser ut til å skyldes to vesentlige faktorer, som begge hindrer effektiv utnyttelse av vikarbyråene. Den ene faktoren skyldes *tidsaspektet*, ved at vikarer kun benyttes sporadisk. En vikars kvalifikasjoner, ser ikke ut til å strekke seg lengre enn til det konkrete oppdraget. For å utvikle de faglige og sosiale sidene ved en organisasjon, er avdelingene avhengig av å ha en relativt stabil gruppe med ansatte over lengre tid. Vikarene representerer dermed ikke den stabiliteten mange avdelingsledere ønsker. De avdelingene som bruker denne tjenesten kontinuerlig ser ut til å være mer fornøyde med vikarene, i motsetning til de avdelingene som ikke bruker denne tjenesten i særlig stor grad. Den andre faktoren skyldes mangel på strukturell *tilpasning* fra avdelingens side. Avdelingene kan designe seg til en mer effektiv organisasjon, men dette forutsetter at de strukturelle forutsetningene er til stede. Selv om en vikar har alle de rette kvalifikasjonene, er vikaren likevel avhengig av å tre inn i en struktur som gjør det mulig å utnytte dem. Et rammeverk som ikke er tilpassningsdyktig for endring, vil være et hinder for effektiv utnyttelse av en ressurs som vikarbyråene.

Demografi kan her både fremme og hemme effektivitet. Når vikarene skårer høyt på variablene yrkeserfaring, tjenestetid og alder, fremmer dette de instrumentelle målene. Tjenestetid på avdelingen og erfaring med å jobbe i vikarbyråer, tyder på å være spesielt viktige variable med hensyn til avdelingsledernes *tilfredshet* med sykepleiervikarene. Sykepleiervikarer som skårer høyt på disse variablene arbeider tilsynelatende bedre og mer effektivt, enn sykepleiervikarer som ikke skårer så høyt her.

I tillegg til begrensninger i lovverk og stillingsinstruksjoner, er mekanismer som disiplinering, sosialisering og kontroll, noe som bidrar til en viss trygghet og tillit til kvaliteten på de vikarene som kommer. Det er likevel en del usikkerhetsmomenter knyttet til de kulturelle aspektene ved vikarbruk, i form av at avdelingslederne i større

grad enn ved ordinær ansettelse, ikke har kjennskap til de personlige egenskapene til den enkelte vikar. Avdelingslederne oppfatter likevel kontraktformen stort sett som så presist formulert, at det kan betraktes som en rimelig god garanti for at kvaliteten på de vikarene som kommer er faglig forsvarlig. Kvaliteten på tjenesten anses blant avdelingslederne som tilfredsstillende, så lenge det ikke er snakk om en utstrakt bruk.

Tjenesten synes å være en kostnadseffektiv, *kortsiktig* løsning. Det å benytte seg av vikarbyråer på lang sikt, kan imidlertid ikke sies å være så kostnadseffektivt som forventet ut fra NPM⁷⁰. Å bruke vikarbyråer er ikke spesielt dyrt sammenlignet med å betale egne ansatte 100 prosent overtid. En turnusplan som åpenbart lager et kontinuerlig behov for ekstravakter, vil imidlertid uansett gi negative utslag på budsjettene. Dersom det brukes vikarbyråer eller overtid på egne ansatte, vil det alltid påføre ekstra utgifter. Det ser likevel ut til å være en bred oppfatning om at ressurser som legges i vikarbruk ofte ikke tilsvarer resultatoppgåelsen⁷¹. Det er derfor etablert interne alternativer for å løse bemanningssituasjonen. Det er da også å anta at en eventuell intern vikarordning vil koste mindre enn en ekstern, fordi de da unngår noen av de administrasjonsutgiftene vikarbyråene tar seg betalt for i dag. Dessuten vil avdelingene trolig unngå mange av de negative erfaringene vi ser med ekstern vikarbruk. De nye interne arbeidsordninger kan derfor vise seg å være mer gunstige kostnadmessig sett, enn både alternativet med vikarbyråer og alternativet med bruk av egne ansatte på overtid. I tillegg vil disse alternative ordningene trolig bidra til å redusere sykefraværet. Dette er i seg selv kostnadseffektivt.

8.3 Vikarbyråer i fremtiden?

Vikarene representerer pr. i dag ingen offensiv motkultur. Sosiale og relasjonsmessige aspekter ved lovendringen har likevel ofte vært argumenter som taler mot bruk av denne type tjenester. Det ser ut til at vikarbyråene oppfattes som et nødvendig onde, heller enn som et nødvendig og effektivt verktøy for å løse

⁷⁰ Denne påstanden støttes også av en undersøkelse gjort for Tidsskriftet Sykepleien (2004:8).

⁷¹ Resultateffektivitet

bemanningsproblemene avdelingene står overfor. På tross av at kvaliteten anses som tilfredsstillende, vil avdelingslederne heller løse bemanningsproblemet internt.

Sykepleiernes arbeidssituasjon er ikke bare et resultat av samspillet mellom det instrumentelle og det kulturelle, men den er også et resultat av svingninger i arbeidsmarkedet. Behovet for sykepleiervikarer ser også, i stor grad, ut til å variere med konjunktorene i arbeidsmarkedet. Rekrutteringssituasjonen har dermed stor innflytelse på virkninger av den helsepolitiske reformen. Det har de siste to årene skjedd flere endringer i sykepleiernes arbeidssituasjon. Da loven kom stod vi overfor en mangelsituasjon. Nå er denne markedssituasjonen snudd. Dette gir en "feedback" effekt i form av at sykepleiere i større grad beholder jobbene sine lengre nå enn før, fordi jobbutsiktene er mer usikre. I dag er behovet for vikartjenesten mindre enn på lenge.

Det er flere årsaker til et redusert behov for vikarbyråer. Det er gjort mange endringer som har bidratt til å gjøre bemanningssituasjonen bedre. For det første er sykepleiermangelen pr. i dag nærmest fraværende på sykehuset i denne undersøkelsen. For det andre synes en pågående endringsprosess i de interne strukturelle forholdene å ha innvirkning på det *reduserte behovet* for vikarer. Lovendringen har stimulert til nytenkning for hvordan avdelingslederne kan løse bemanningsproblemene internt. Det er pr. i dag flere løsninger på bemanningsproblematikken enn tidligere. En mer individtilpasset turnus, i form av ønsketurnus og alternativ arbeidsordning, gir færre "hull" i turnusplanen. Dette gjør at det blir færre ledige vakter som må fylles av vikarer. Til sist kan det reduserte behovet for sykepleiere fra vikarbyråer, skyldes at det er færre sykepleierstillinger nå enn før⁷².

Som et alternativ i uforutsette tilfeller, anses vikarbyråene som et godt tjenestetilbud, men som en langsiktig løsning på bemanningsproblemer, foretrekkes altså andre alternativer. Bruken av vikarbyråer har i dag blitt mer restriktiv, og det er lite som tyder på at trenden vil snu i retning av at avdelingslederne ønsker å benytte

⁷² ansettelsesstopper, ledige stillinger som fjernes

seg av denne tjenesten på permanent basis. Det kan likevel ikke utelukkes at vikarbransjen vil få et oppsving igjen dersom arbeidsmarkedssituasjonen endrer seg. Denne loven representerer trolig en helsepolitisk endring som har kommet for å bli, for å løse akutte problem knyttet til sykdom, ferieavvikling og eventuell fremtidig sykepleiermangel. Fordi motstanden er så stor internt i systemet, er det imidlertid liten grunn til å tro at tjenesten vil bli mye brukt i fremtiden.

Etterord

Først og fremst vil jeg takke bi - veileder Rannveig Dahle (NOVA) for muligheten til å være med på dette prosjektet. Dahle, i samarbeid med Cand. polit Eli Kvamme, takkes for god oppfølging underveis, konstruktive tilbakemeldinger, interessante diskusjoner og ikke minst inspirasjon og veiledning gjennom hele prosessen.

Jeg vil også takke hovedveileder Tom Christensen for nyttige teoretiske diskusjoner, raske tilbakemeldinger og statsvitenskapelige innspill.

En spesiell takk til avdelingsledere som har stilt sin tid til disposisjon for å dele sine erfaringer med meg.

Jeg vil også rette en takk til Norsk Sykepleierforbund for nyttige bidrag. Takk til advokat Marit Gjerdalen for god veiledning med hensyn til juridiske betraktninger.

En stor takk også til medstudent Amund Lie, for nyttige innspill og konstruktiv kritikk.

En spesielt stor takk til familien min som har oppmuntret meg gjennom seks års utdanning. En ekstra stor takk går til min kjære ektemann Knut Anders, som har støttet og oppmuntret meg gjennom hele prosessen. Dette hadde jeg ikke klart uten deg!

Kildeliste

- Abrahamsen, Bente (2003): *Yrkesavgang blant pleiepersonell*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning. Rapport nr 11: 2003.
- Aftenposten (2001a): "Sykepleierne flykter fra vikarbyråene". 05.11.2001
- Aftenposten (2001b): "Sykehus bryter arbeidsmiljøloven hver dag". 11.8.2001.
- Aftenposten (2002): "Sykepleierforbundet: - Svært alvorlig".
www.aftenposten.no/utdannelse/article.jhtml?articlwID=423873
- Allvin Michael, Jacobson Annika og Isaksson, Kerstin (2003): *Att avgränsa det gränslösa sjuksköterskearbetet*. Stockholm. Arbetslivsinstitutet. Rapport 2003:12
- Andersen, Svein S (1997): *Case studier og generalisering*. Forskningsstrategi og design. Bergen: Fagbokforlaget.
- Askjem, Solveig (1996): *Helse – og sosialarbeideres yrkesroller*. Otta: Tano og Aschehoug
- Brunsson, Nils (1989): *The Organizations of Hypocrisy*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Brunsson, Nils og Olsen, Johan. P(1990): *Makten att refomera..* Stockholm: Carlssons
- Christensen, Tom (1991): *Virksomhetsplanlegging – myteskapning eller instrumentell problemløsning?* Oslo: Tano
- Christensen, Tom (1994): *Politisk styring og faglig uavhengighet – reorganisering av den sentrale helseforvaltningen*. Oslo: Tano.
- Christensen, Tom. og Lægreid, Per. (1997): "Forvaltningspolitikk – mot New Public Management?", I Christensen Tom, og Egeberg, Morten. (red), *Forvaltningskunnskap*. Oslo: Tano Aschehoug, ss.367-404.
- Christensen, Tom og Lægreid, Per (1998): *Den moderne forvaltning*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Christensen, Tom og Lægreid, Per (2002): *Reformer og lederskap*. Oslo: Universitetsforlaget

-
- Christensen, Tom, Læg Reid, Per, Roness, Paul G. og Røvik, Kjell Arne (2004): *Organisasjonsteori for offentlig sektor. Instrument, kultur, myte*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cohen, Michael D., James G. March og Johan P. Olsen (1994): "People, Problems, Solutions and the Ambiguity of Relevance", kap. 2 I James G. March og Johan P. Olsen (red): *Ambiguity and Choice in Organizations*. 2. utgave, 4.opplag. Bergen: Universitetsforlaget.
- Dagbladet (2004): "Her er de sikreste jobbene". 23.09.04.
<http://www.dagbladet.no/dinside/2004/09/23/409157.html>
- Dagsavisen(2001): Sykepleiere i sykt system.
www.dagsavisen.no/kommentar/leder/2001/07/588490.shtml
- Dagsavisen (2002): Sykepleiernes kamp for kvalitet.
www.dagsavisen.no/kommentar/debatt/2002/02/635060.shtml
- Dagsavisen (2004): Trodde jeg var sikret. 29.10.04.
- Dahle, Rannveig og Thorsen, Kirsten (2004): *Velferdstjenester i endring. Når politikk blir praksis*. Bergen: Fagbokforlaget
- Egeberg, Morten (1984): *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*. Oslo: Aschehoug/Tanum - Norli.
- Egeberg, Morten (1989): "Om å organisere konkurrerende beslutningsprinsipper inn i myndighetsstrukturer", I Morten Egeberg (red): *Institusjonspolitikk og forvaltningsutvikling – bidrag til anvendt statsvitenskap*. Oslo: Tano.
- Egeberg, Morten (1990): "Dilemmaer i statsstyre og den organiserte konstitusjon". I Norsk Statsvitenskapelig tidsskrift(6), Kapittel 3:163-175
- Egeberg, M (2003): "How bureaucratic structure matters: an organizational perspective", i B. G. Peters og J. Pierre (red.): *Handbook of Public Administration*. London: Sage
- Eilertsen, Roar (2003): "Når sykehus blir butikk – Om etableringen av et sykehusmarked i Norge?" Oslo: De Facto.
<http://www.rokkansenteret.uib.no/vr/rokkan/ATM/Paper/sykehusrapporten.pdf>
- Ellingsæter, Anne Lise og Solheim, Jorunn (2002): *Den usynlige hånd? Kjønnsmakt og moderne arbeidsliv. Makt – og demokratiutredningen 1998-2003*. 1 utgave, 1opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Fonn, Marit (2001): Bare en nødløsning, i *Tidsskriftet Sykepleien* nr 15: 11-19.
- Fonn, Marit (2002): Avventende holdning til produktivitetsavtalen, i *Tidsskriftet Sykepleien* nr 21b: s14.
- Forbundsleder (2002): Inkluderende arbeidsliv, i *Tidsskriftet Sykepleien* nr. 20, s26
- Forbundsleder (2003): Sykehus i ubalanse, i *Tidsskriftet Sykepleien* nr 17, s 36
- Hamran, Torunn(1992): Pleiekulturen - en utfordring til den teknologiske tenkemåten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Hasselhorn, Hans Martin, Tackenberg, Peter og Müller, Bernd Hans (2003): *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*. Report 7:2003. National Institute for Working life and authors. University of Wuppertal.
- Hellevik, Ottar (1991): *Forskningsmetode I sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hood, Christopher (1991): *A public management for all seasons*. Public Administration
- Kaufmann, Geir og Kaufmann Astrid(2003): *Psykologi i organisasjon og ledelse*. 3.utgave. Bergen. Fagbokforlaget
- Kjekshus, Lars Erik (2004): *Fusjonering som strategi - erfaringer fra norske sykehus i 1990 – årene*. Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo og SINTEF Unimed, avdeling for økonomi, kvalitet og tilgjengelighet. Rapport 2003 - 12 - 04.
- Kjekshus, Lars Erik, Nerland, Sølve Mikal, Hagen, Terje P., Botten, Grete (2002): *De somatiske sykehusenes interne organisering*. En kartlegging av 58 somatiske sykehus i Norge 1999 -2001. Oslo. Senter for helseadministrasjon, HERO, Universitetet i Oslo.
- Krasner, Stephen D. (1988):”*Sovereignty. An Institutional Perspective*”, *Comparative Political Studies* 21:66-94
- Krokmyrdal, Kurt Arild (2004): Fleksibel turnus øker trivselen, i *Tidsskriftet Sykepleien* nr 8: s 36-41
- Leder (1999): Kostbar løsning for dårlige sykepleiere, i *Tidsskriftet Sykepleien* nr 19, s2.
- Leder (2001): Vikarene setter følelsene i sving, i *Tidsskriftet Sykepleien* nr 15, s 2

-
- Lian, Olaug. S (2003): *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering I helsetjenesten*". Kristiansand. Høyskoleforlaget.
- Lipsky, Michael (1980): *Street - Level Bureaucracy. Dilemmas of the individual In Public services*. New York. Russel Sage Foundation
- Læg Reid, Per og Olsen, Johan P. (1978): *Byråkrati og beslutninger. En studie av norske departement*. Bergen. Universitetsforlaget.
- March, James G. Olsen, Johan P. (1983): "*Organizing political life: What administrative reorganization tells us about government*". American Political Science Review 1983. Nr 77: 281 - 296.
- Mikkelsen, Britha (1995): *Semi - Structured Interviews and Questions*. Methods of Development Work and Research: A Guide for Practitioners. Sage Publications Ltd.
- Mohrman, S.A., Cohen, S .G. Mohrman, A.M. Jr. (1995): *Designing Team – Based Organizations - New Forms for Knowledge Work*. San Francisco: Jossey – Bass Publishers.
- Nergaard Kristine og Nicolaisen Heidi (2002): *Utleie av arbeidskraft. Omfang og utvikling*. Oslo: Fafo-notat:17.<http://www.fafo.no/pub/rapp/691/691.pdf>
- Norges Offentlige Utredninger (1998): *Arbeidsformidling og arbeidsutleie*. NOU 1998:15
- Norges Offentlige Utredninger (2004): *Arbeidslovsutvalget*. NOU2004:5
- NSF (1998): Svar på høringsuttalelse vedrørende NOU 1998: Arbeidsformidling og arbeidsutleie. Til Akademikernes Fellesforbund
- NSF (2000): *Feriereform løser ikke sykepleiemangelen!* , i Tidsskriftet Sykepleien nr.8, s 46-47
- Næss, Sturle (2003): *I tøffeste laget? Dokumentasjonsrapport om arbeidssituasjonen til ansatte i pleie - og omsorgstjenesten*. Rokkansenteret. Rapport 9: 2003.
- Olsen, Johan P. (1983): *Organized democracy*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Olsen, Johan P.(1989): *Statsstyre og institusjonsutforming*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Olsen, Johan P. (1991): *Modernization programs in perspective: Institutional analysis of organizational change*. LOS - senter. Særtrykk 91/13. Bergen: LOS – senteret.
- Pfeffer, Jeffrey (1981): *Power in Organizations*. Cambridge, Massachusetts: Ballinger Publishing Company.
- Roness, Atle (1995): *Utbrent? Arbeidsstress og psykiske lidelser hos mennesker i utsatte yrker*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Roness, Paul G (1997): *Organisasjonsendringar. Teoriar og strategiar for studiar av endringsprosessar*. Bergen: Fagbokforlaget
- Røvik, Kjell Arne (1988): *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Bokforlaget.
- Scott, W. Richard (1987): *Organizations: rational, natural and open systems*. London: Prentice- Hall International, Inc.
- Scott, W. Richard (1992): *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*. (Third edition). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Scott, W. Richard (1995): *Institutions and Organizations*. Thousands Oaks: Sage.
- Scott, W. Richard (1998): *Organizations. Rational, Natural and Open Systems*. 4.utgave. New Jersey: Prentice – Hall.
- Selden, Sally Coleman (1998): *The Promise of Representative Bureaucracy*. Armonk, N.Y.: M.E. Sharpe.
- Selznick, Philip (1949): *TVA and the grass roots: a study in the sociology of formal organizations*. Berkley: University of California publications in culture and society.
- Selznick, Philip (1957): *A Sociological Interpretation*. Berkeley: University of California Press.
- Selznick, Philip (1984): *Leadership in Administration- A sociological Interpretation* (paperback edition) Berkley: University of California Press.
- Selznick, Philip (1997): *Lederskap*. Oslo. Tano Aschehoug.
- Skarstad, Anne (2002): *Håper vikarene presser lønnen i været*, i *Tidsskriftet Basis* nr 3.
- Sosial - og helsedepartementet (2001): *Rett person på rett plass*. Handlingsplan for helse og sosialpersonell. Rapport nr. 2.

-
- Stortingsmelding nr 1 1998-1999: Nasjonalbudsjettet 1999. Finansdepartementet. <http://www.odin.dep.no/fin/norsk/publ/stmeld/006005-991584/index-hov003-b-f-a.html>
- Sykepleierkongressen (1998): *Handlinger og holdninger*. Oslo. Norsk Sykepleierforbund.
- Sørensen, Rune J og Grytten, Jostein (1999): *Er det plass for markedet i helsetjenesten?* Discussion Paper No3. Sandvika: Handelshøyskolen BI
- Sørensen, Rune J., Borge, Lars - Erik og Hagen, Terje P. (1999): *Effektivitet i offentlig tjenesteyting*. Bergen: Fagbokforlaget
- Tidsskriftet Xtra (2003:4): Innleie er regningsvarende. s 1-4. www.xtra.no/download.asp?uid=21&ext=pdf
- Vabø, Mia (2002): *Kvalitetsstyring og kvalitetsstrev. Nye styringsambisjoner i hjemmetjenesten*. Oslo: Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport/2002.
- Vareide, Per Kristian, Hofseth, Christina, Norvoll, Reidun (2001): *Stykkevis og helt – sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus*. Oslo. SINTEF Unimed helsetjenesteforskning
- Vike Halvard, Kroken Randi, Haukelien Heidi, Brinchmann Arne, Bakken Runar (2002): *Maktens samvittighet: Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Makt – og demokratiutredningen 1998-2003. Trondheim. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Wahl, Asbjørn (2002): *Arbeidslivets brutalisering under markedsliberalismen*, I Roness, Atle og Matthiesen, Stig B.(red): *Utbrenthet. Krevende jobber - gode liv?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Wik, Marjoleine H. (2001): *Verdier og tilknytningsformer. En studie av vektlegging av verdier og hensyn i virksomheter med ulik tilknytningsform til staten*. Bergen. Los - senteret. Rapport RO106.
- Wærness, Marit (1990): "Treårsbudgetering som rationalisering". I Brunsson og Olsen (red): *Makten att reformera*. Stockholm: Carlssons
- Yin, Robert K. (1994): *Case study research. Design and methods*. Sage Publications, Inc. California. Second Edition.

Årsberetning 2001

Årsberetning 2002

Aase, Kari Anne (1999): "Sykepleiere til leie", i *Tidsskriftet Sykepleien nr 19:s 10-17*

Internett

www.arbeidstilsynet.no/info/tema/innleie.html

www.arbeidstilsynet.no/publikasjoner/brosjyrer/bros569.html

[www.idebanken.org/ressurs/binaryfile.asp?filID=335:](http://www.idebanken.org/ressurs/binaryfile.asp?filID=335)

www.medisinsvikarbyra.no

[www.odin.no:](http://www.odin.no) <http://odin.dep.no/hd/norsk/sykehus/organisering/042031-990097/dok-bn.html>

www.sykepleieforbundet.no: Utleieloven gir et dårligere helsevesen. November 1999⁷³.

⁷³ Denne artikkelen ble tilsendt fra NSF. Den er nå slettet fra NSF's hjemmeside.

