

Medisinske vikarbyråer

En sikkerhetsventil i et sårbart system?

Rannveig Dahle

Marianne Midthus Østbye

Medisinske vikarbyråer

En sikkerhetsventil i et sårbart system?

Rannveig Dahle
Marianne Midthus Østby

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
NOVA Rapport 4/2007

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) ble opprettet i 1996 og er et statlig forvaltningsorgan med særskilte fullmakter. Instituttet er administrativt underlagt Kunnskapsdepartementet (KD).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferds-samfunnets tiltak og tjenester.

Instituttet har et særlig ansvar for å

- utføre forskning om sosiale problemer, offentlige tjenester og overføringsordninger
- ivareta og videreutvikle forskning om familie, barn og unge og deres oppvekstvilkår
- ivareta og videreutvikle forskning, forsøks- og utviklingsarbeid med særlig vekt på utsatte grupper og barnevernets temaer, målgrupper og organisering
- ivareta og videreutvikle gerontologisk forskning og forsøksvirksomhet, herunder også gerontologien som tverrfaglig vitenskap

Instituttet skal sammenholde innsikt fra ulike fagområder for å belyse problemene i et helhetlig og tverrfaglig perspektiv.

© Norsk institutt for forskning om oppvekst,
velferd og aldring (NOVA) 2007
NOVA – Norwegian Social Research

ISBN 978-82-7894-254-3
ISSN 0808-5013

Illustrasjonsfoto: © Ingram Publishing
Desktop: Torhild Sager
Trykk: Allkopi/GCS

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:
Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
Munthesgt. 29 · Postboks 3223 Elisenberg · 0208 Oslo
Telefon: 22 54 12 00
Telefaks: 22 54 12 01
Nettadresse: <http://www.nova.no>

Forord

Dette er en delrapport fra et større NFR-prosjekt om medisinske vikarer. Innleie av arbeidskraft er en nyskapning i norsk helsepolitisk sammenheng. Det er kommet i stand etter en lovendring i 2001 og kan forstås som en del av det «det nye arbeidslivet». Spørsmålet vi stiller i prosjektet er hva eksterne vikarer ansatt i vikarbyråer betyr for organiseringen av pleietjenesten i sykehusorganisasjonen. I denne rapporten legges hovedvekten på hvordan sykehusledelsen tenker og handler i forhold til nye strukturelle betingelser. Det betyr at lederspesspektivet er sentralt. I andre delprosjekter legger vi større vekt på hva vikarbruk betyr for arbeidsmiljø og arbeidsrelasjoner, og i ett delprosjekt er vikarene selv i fokus. Vi retter også blikket mot Belgia, et land som har en mye lengre historie med vikarer enn den norske, og vi undersøker deres erfaringer med å bruke medisinske vikarer.

Vi takker Norges forskningsråd som har gjort prosjektet mulig og gode kolleger som har vært viktige samtalepartnere underveis. Takk til avdelingsledere og andre ansatte ved to sykehus som har stilt sin tid til disposisjon for å dele sine erfaringer med oss, også Norsk sykepleierforbund for nyttige innspill og bidrag, og til advokat Marit Gjerdalen for god veiledning med hensyn til juridiske betraktninger. Leseansvarlig Kirsten Thorsen, NOVA, takkes for gode innspill og verdifulle kommentarer.

Oslo, desember 2006

Rannveig Dahle
Marianne Midthus Østbye

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	13
Rapportens struktur	15
2 Teoretisk ramme	17
Organisasjoner som instrumenter	17
Organisasjoner som kulturbærere	19
Flexibilisering av arbeidskraften	21
3 Metode	23
Informanter og intervju som informasjonskilde	23
Andre kilder	25
4 Trekk ved nyere norsk helsepolitikk	27
Eierskifte og foretaksorganisering av sykehus	28
Finansiering	29
Reformpolitikkenes konsekvenser for utøverleddet	31
Økonomisk tankegang i møtet verdier og uformelle normer	32
Forhold mellom personalantall og pleietyngde	33
5 Lovendringsprosessen – en debatt	34
Flexibilisering av arbeidsmarkedet	35
Debatten	36
Lov om utleie av helsepersonell	37
6 Erfaringer med vikarer fra eksterne byråer	42
Vikarene	44
Vikarenes arbeidssituasjon	47
Vikarene i et arbeidsmiljø og fagfellesskap	49
Kvalitet og kontroll	51
Oppsummering	53
7 Effektivisering	55
Kostnadseffektivitet	55
Konsekvenser for fagfellesskap og arbeidsmiljø	58
8 Diskusjon	63
Nye tilpasninger og nye tendenser	67
9 Konklusjon	69
Summary	73
Litteratur	77

Sammendrag

Undersøkelsens tema er innleie av sykepleievikarer fra medisinske vikarbyråer på medisinske helseinstitusjoner. Mer presist stiller vi spørsmålet om hvilke erfaringer institusjonene har med *Lov om innleie av arbeidskraft*, med virkning fra 2001 og hvilke refleksjoner de gjør seg om nytten av slike byråer. Medisinske institusjoner har alltid brukt vikarer, og disse har gjerne en tilknytning til avdelingene de kommer til, en kontakt som kan ha vart over mange år. De vi i denne rapporten kaller vikarsykepleiere, konstituerer en ny type vikarer som er ansatt i privat drevne medisinske vikarbyråer, altså uten tilknytning til noe bestemt sykehus. Kan den nye formen for vikarbruk påvirke sykehusenes mål om mer effektiv drift? Vil den nye loven påvirke arbeidsforholdene for de fast ansatte generelt, og vil bruken av en ny type vikarer ha betydning for selve kvaliteten på pleietjenestene?

Studien er en delstudie i et mer omfattende NFR-finansiert prosjekt om medisinske vikarer på NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring), hvor vi søker å svare på tre hovedspørsmål:

- Hvordan bruker medisinske institusjoner sykepleievikarer?
- Hva betyr vikarbruk for arbeidsmiljø, oppgavefordeling og kollegarelasjoner?
- Hvem blir vikarer?

Disse tre spørsmålene søkes besvart i del-rapporter og artikler, mens vi i denne del-rapporten konsentrerer oss om det første spørsmålet, altså hvordan medisinske institusjoner bruker eksterne vikarer, det hele sett fra et ledersperspektiv. Teoretisk innfallsvinkel er to system- eller styringsperspektiver; et instrumentelt og et institusjonelt/kulturelt. Kildegrunnlaget i undersøkelsen bygger dels på intervjuer med avdelingsledere på to større sykehus, ett på Østlandet og ett i Nord-Norge. Måten vi innhentet materialet på er litt forskjellig ved de to sykehusene. I det sistnevnte gikk vi bredere ut og forsøkte å få en videre oversikt over hvordan problemfeltet så ut fra ledelsens synsvinkel. Avdelingsledere på sykehus sitter i en nøkkelposisjon når det gjelder hvordan vikarer fra eksterne medisinske byråer skal brukes. Derfor er avdelingslederne viktige informanter for å vise vei inn i feltet og for å studere

hvordan ordningen virker, kort sagt har de en oversikt over fordeler og ulemper. Samtidig ønsket vi etter hvert å få et litt bredere bilde, noe vi fikk gjennom å intervjuere medarbeidere i andre lederposisjoner, ansatte ved personaladministrasjonen, økonomiavdelingen osv. Dessuten var vi interesserte i å høre hva de tillitsvalgte hadde å si. Dette ga til sammen en videre forståelse hvordan ordningen nå virker, og hva den kan medføre i en større sammenheng. Datamaterialet er anonymisert slik at konkrete opplysninger som kan identifisere sykehusene er utelatt. Dette medfører noen mangler som kanskje spesielt gjelder enkelte kildehenvisninger.

Norske sykehus har gjennomgått store endringer de siste to-tre tiårene. I dag har ideer og markedsinspirerte prinsipper fra det som vanligvis går under navnet New Public Management (NPM) fått fotfeste i offentlige institusjoner, slik at mye av ledelsesprinsippene er basert på denne tenkningen. Deregulering og utkontraktering av tjenester inngår i den nye ledelsesfilosofien. Slik sett er det å sette bemanningsproblemer ut på anbud til konkurrerende medisinske vikarbyråer en logisk utvikling.

Hovedfunnene i denne del-rapporten kan oppsummeres slik:

- Lovendringen om inn- og utleie av vikarer gjennom medisinske vikarbyråer er trolig en varig helsepolitisk endring. Det går et viktig skille mellom vikarer som er ansatt i medisinske vikarbyråer, og vikarer ansatt på sykehus. Mens bruken av vikarer generelt går opp, har bruken av vikarer fra eksterne medisinske vikarbyråer gått ned. Motstanden vi registrerte mot å bruke vikarbyråer var i hovedsak økonomisk begrunnet, siden slik bruk ble oppfattet som en svært kostbar ordning.
- Allerede i løpet av de få årene loven har virket, har bruken av vikarbyråer endret karakter i betydelig grad. Mens vikarer ble leid inn for lengre perioden i den første perioden etter lovendringen, bidrar vikarbyråene i dag i hovedsak til å løse *akutte* og *kortsiktige* bemanningsproblemer knyttet til *sykdom*, *korttidsfravær* og *ferieavvikling*. Bruken av eksterne byråer er derfor langt mer restriktiv pr. i dag, og lite tyder på at denne siste trenden vil snu.
- Ved det ene sykehuset, Østlandet, var avdelingslederne som ble intervjuet, delte i sitt syn på hvorvidt vikarbyråer representerer en god bemanningsløsning. De argumenter både for og imot et slikt alternativ. Likevel mente de aller fleste at byråene fyller en viktig funksjon som kortsiktig kriseløsning, men ikke som en langsiktig eller permanent løsning på sykehusets bemanningsproblemer. Disse vikarene kan aldri

erstatte sykehusets egne ansatte. Fra og med 2004 har Sykehuset Østlandet hatt en *intern ressurspool* for å redusere behovet for vikarer fra eksterne vikarbyråer. Dette handler altså primært om økonomi, ikke ideologi.

- Sykehuset Nord har brukt mye vikarer i perioder, fordi det i følge våre informanter er en større mangel på kvalifiserte sykepleiere i denne enn i andre landsdeler. Også her er det langsiktige målet å redusere bruken av eksterne byråer, og internt er det pågående diskusjoner om alternative løsninger for å nå målet. Høsten 2006 opprettet dette sykehuset sitt eget *interne vikarbyrå* med noen få ansatte, de fleste i deltidsstillinger. Det interne kontoret samarbeider med eksterne vikarbyråer for å koordinere bruken av vikarer. Etableringen av et eget internt kontor ble sett på som et viktig ledd i bestrebelsene på å bli mer uavhengig av eksterne byråer.
- Fordelen med å bruke eksterne vikarbyråer er først og fremst at avdelingene på kort varsel kan leie inn dyktige sykepleiere når avdelingen selv mangler personale. Oppgaven med å skaffe vikarer kan dermed overlates til byråene, som er tidsbesparende. Isolert sett øker effektiviteten på den enkelte avdeling. Likevel mente mange av avdelingslederne på sykehuset Østlandet at utstrakt bruk av vikarer fra eksterne byråer kan få negative virkninger, både for kvaliteten på pleiearbeidet og for avdelingens faglige og sosiale miljø. Noen så slike forhold som en viktig innvending mot en utstrakt vikarbruk. Et mindretall mente at vikarbyråer representerer et godt bemanningsalternativ, og at kvaliteten på vikarene som kommer, gjennomgående og med få unntak er svært god.
- Geografisk lokalisering har stor betydning for hvordan de to sykehusene må planlegge å bruke eksterne byråer. Sykehus Nord-Norge må basere seg på en mer langvarig planlegging og kontrakter, siden vikarene som regel har lang reisevei og ofte kommer fra utlandet (Sverige).
- Økonomien ved å bruke medisinske vikarbyråer er selve omdreiningspunktet. Felles for begge sykehusene er at det å bruke eksterne vikarbyråer anses som en svært dyr løsning på bemanningsproblemet. De ønsker alternative løsninger for å kunne redusere bruken av byråene. Fortsatt satser mange avdelinger (og det er enklest for sykehuset Østlandet) på å få tak i «egne» ekstravakter som har en tilknytning til avdelingen, ofte over lang tid, selv om det kan være en meget tidkrevende prosess å skaffe disse.
- Behovet for eksterne vikarer har vist seg å være konjunkturavhengig. Da loven trådte i kraft i 2001, var det en betydelig sykepleiemangel, som for

øvrig har vært permanent i hele etterkrigstiden. *Lov om endring til statsforetak* (Ot.prp. nr. 101 (2002-2003), den såkalte «foretaksloven», førte til en restrukturering av medisinske institusjoner som gjorde at sykepleiemangelen tilsynelatende forsvant i løpet av kort tid. Samtidig var det kraftige nedskjæringer i kommuneøkonomien i disse årene. Dermed sank etterspørselen etter eksterne vikarer nesten dramatisk i en relativt kort periode, og mange av vikarbyråene måtte legges ned på grunn av manglende etterspørsel etter deres tjenester. Arbeidssituasjonen for sykepleiere har imidlertid endret seg igjen, men uten at den eksterne vikarbransjen har fått et tilsvarende oppsving. Alt peker nå i retning av en fortsatt restriktiv bruk av eksterne vikarbyråer. Dette henger sammen med den generelt store motstanden internt i sykehussystemet, som igjen skyldes at ordningen anses kostbar.

- Sykehusene har utviklet en betydelig *bestillerkompetanse* i løpet av den korte tiden loven har virket og stiller i dag meget store krav til vikarbyråene. Hvert tredje år lyses det ut nye anbud via helseforetakene, som alle de tilhørende sykehusene er forpliktet til å bruke. Vikarbyråer som ikke når opp i konkurransen om å bli ett av helseforetakets tre utvalgte byråer, vil ha betydelige vansker med å overleve i et stramt marked.

En hovedkonklusjon i denne studien er at deregulering og utkontraktering i tråd med NPM-prinsippene ikke har vært en entydig positiv erfaring. Det er bruk for ordningen, men i langt mindre omfang enn forventet, og mye av årsaken ligger i det høye kostnadsnivået. Helt til slutt vil vi peke på noen nye tendenser vi mener å se framover når det gjelder å løse sykehusenes bemanningsproblemer. Her antar vi at våre hypoteser kan generaliseres til å omfatte nesten samtlige norske sykehus:

I alle sykehus og medisinske institusjoner med ansvar for døgnkontinuerlig drift er *helgeturnusen* den store flaskehalsen. Dette skyldes at personalet, i tråd med Arbeidsmiljøloven, har krav på to av tre helger fri. For å løse problemet med å dekke opp helgevaktene, men også kveldsvakter og andre ubekvemme vakter, for eksempel høytider, ansettes et større antall sykepleiere i *reduerte* stillinger. En vanlig stillingsbrøk er 70–80 prosent og nedover for sykepleiere. Denne ordningen gir mye større fleksibilitet når det gjelder å planlegge helgevakter. De som har stillingsbrøker mindre enn 100 prosent, men som ønsker å arbeide for eksempel full stilling, kan bruke sin ledige kapasitet til å jobbe i sykehusets interne vikarpool. De har alle arbeidstaker-

rettigheter og får pensjonspoeng for den tiden de jobber ut over sin faste stillingsbrøk. Problemet er bare at arbeidsdagen og uken/måneden blir uoversiktlig og uforutsigbar med en slik arbeidsmåte.

Heltidsstillinger er generelt blitt svært attraktive. Sykehusene pr. i dag har sjelden problemer med å fylle disse, og det er lange ventelister flere steder. Så snart slike stillinger blir utlyst, har internt ansatte forrang til å få sin stillingsbrøk utvidet. Denne tendensen er interessant og står i strid med den vanlige oppfatningen at alle kvinner i pleie- og omsorgssektoren ønsker seg deltid. Mange gjør utvilsomt fortsatt det, helst i småbarnsfasen, men langt fra alle ønsker seg stillingsbrøker.

For å redusere behovet for eksterne medisinske vikarbyråer synes det nå å vokse fram en ny struktur ved en rekke sykehus her i landet. Ikke bare de sykehusene hvor vi gjorde vårt feltarbeid, men flere medisinske foretak etablerer sine egne, interne vikarbyråer for å dekke sitt varierende behov for personale. Det kan være noen få faste hele eller halve stillinger knyttet til det interne byrået. Ideen til disse kommer fra de eksterne byråene. Mens bruken av eksterne vikarbyråer har gått ned, tyder mye nå på at selve bruken av vikarer i sykehus øker, og at denne typen kombinasjonsstillinger blir mer og mer vanlig.

Med en slik systematisk omorganisering begynner en nå så vidt å se konturene av nye arbeidstidsregimer basert på en kombinasjon av *frivillig* og *ufrivillig* deltid. Ut fra vårt datamateriale kan vi ikke trekke omfattende eller sikre konklusjoner om hvor utbredt de nye tendensene er. Norsk sykepleieforbund bekrefter imidlertid at ufrivillige deltidsstillinger er et stort og økende problem, siden svært mange av deres medlemmer selv ønsker heltid, men får bare deltid. Dette spørsmålet må ses i lys av en økende debatt om kvinners *ufrivillige* deltidsarbeid i den norske velferdsstaten, som LO har valgt å gjøre til en fanesak ved kommunevalget høsten 2007. Her kommer interne medisinske vikarbyråer inn som en strategi arbeidsgiverne bruker for å gjøre arbeidsstokken enda mer fleksibel. NPM har fungert som en idéskaper for nye løsninger som arbeidsgiverne har brukt til å opprette egne, interne byråer som både kan konkurrere og samarbeide med eksterne, private medisinske vikarbyråer.

1 Innledning

Det moderne helsevesenet er et omfattende og komplekst system. Det siste tiåret har norske sykehus gjennomgått store endringer både på eierskaps- og finansieringssiden. Fra å være statlig eide og drevet er de nå blitt selvstendige statlige foretak, hvor det stilles betydelige krav til effektiv økonomisk drift og inntjening. Forholdet mellom økonomi, arbeidsforhold og tjenestekvalitet er her sentrale dimensjoner, som også har ført til en rekke reformer.

Reformen «*Lov om helsepersonell*» som ble vedtatt 1. juli 2000¹, var et resultat av en oppmyking av Sysselsettingslovens §§ 26 og 27. Inntil da var utleie av helsepersonell som hovedregel forbudt i Norge. Lovendringen skulle bidra til større fleksibilitet for å dekke et varierende behov for arbeidskraft (NOU 1998). Endringen var en *liberalisering* av eksisterende utleieregler ved at også private aktører kunne formidle vikartjenester, herunder alle typer helsepersonell. Innleie av medisinske vikarer omfatter i dag *hele* sykehusvesenet, både leger, sykepleiere, hjelpepleiere, pleiemedhjelpere og lege-sekretærer. Sykepleiere utgjør imidlertid den største gruppen (Nergaard og Nicolaisen 2003:58). Nye utleieregler har gjort en bestemt form for atypisk tilknytningsform for sykepleiere ved norske sykehus mulig. Det innebærer en overgang fra et topartsforhold mellom sykehus og ansatt, til et trepartsforhold mellom sykehus, vikarbyrå og vikar.

Nye former for fleksibilisering og utnytting av arbeidskraften må ses i sammenheng med den nyliberale målstyringsideologien New Public Management (NPM). Det offentlige skal ikke lengre være planrealiserende reformbyråkratier, men kontrollerende revisjonsbyråkratier, med et forskyvet tyngdepunkt fra ledelse til kontroll og tilsyn, skriver Rune Slagstad (2006).

Det er en vanlig oppfatning at det finnes et stort potensial for å effektivisere helsetjenester generelt og sykehusdriften spesielt og at en modernisering er sårt tiltrengt. En lang rekke sosialpolitiske reformer er ment å bidra til kostnadseffektivitet i forhold til helseorganisasjonenes hovedmål, uten å ha negative konsekvenser for andre mål. Forventningen er f.eks. at innleie av

¹ Med virkning fra 1. januar 2001.

vikarer ikke skal gå ut over arbeidsforholdene for de fast ansatte og heller ikke berøre tjenestekvalitet for pasientene i negativ retning. Definisjon av mål i formelle organisasjoner knyttes til hva de ønsker å oppnå eller realisere i fremtiden (Christensen m.fl. 2004:88). Sykehusenes hovedmål er å gi pasientene innenfor sitt ansvarsområde så god og rask behandling som mulig, og som også holder høy faglig kvalitet.

Økonomiske overveielser har i de siste årene fått langt større betydning når sykehusene skal løse sine bemanningsproblemer. Det trengs kunnskap om hvordan en lovendring om vikarbruk påvirker sykehusenes handlinger og økonomiske beslutninger, og hvordan arbeidsforholdene på avdelingene blir påvirket av en ny styringslogikk, både faglig og sosialt. Loven kan få betydning for kvaliteten på tjenestene gjennom et økt fokus på kostnader og hva vikarbyråene kan levere av tjenester.

Undersøkelsen inngår i et større prosjekt ved NOVA² som utforsker flere sider ved vikarbruken³. Hovedmålet er å utvikle kunnskap om hva det nye fenomenet vikarbyråene representerer. Denne delstudien er et selvstendig bidrag som startet i september 2003 og ble avsluttet i 2004, og som undersøker hvordan norske helseinstitusjoner bruker – eller ikke bruker – de nye medisinske vikarbyråene, og hvordan det formelt og praktisk legges til rette for slik bruk. Prosjektet er avgrenset til å studere hva *innleie* av sykepleievikarer betyr i dagens sykehus, men studerer ikke vikarbyråenes *utleiepraksiser*. Heller ikke relasjonen vikar/pleier-pasient er tema for denne undersøkelsen, men pasienter blir selvfølgelig indirekte berørt av reformvirkningene. Bidrar for eksempel vikarbyråer til å løse bemanningsproblemene på en faglig forsvarlig og økonomisk effektiv måte? Prosjektet belyser hvordan sykehusavdelinger bruker den nye muligheten til å leie inn vikarer og hvordan de vurderer de økonomiske sidene ved ordningen, arbeidsforhold og tjenestekvalitet. Påvirker bruken av korttidskontrakter den enkelte avdeling, faglig og sosialt. Skiller vikarene seg ut i arbeidssituasjonen, eventuelt på hvilken måte? Integreres de på avdelingen, eller fragmenteres arbeidsmiljøet?

² Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

³ Cand.polit. Eli Kvamme, som også er tilknyttet NOVA-prosjektet, undersøker erfaringer hos de sykepleierne som jobber sammen med vikarene nede på avdelingene. Dette nivået blir derfor ikke belyst i denne delstudien. I en komparativ delstudie utført av Eli Kvamme, sammenlignes Norge med Belgia som har brukt medisinske vikarbyråer i snart 15 år.

Det empiriske materialet er hentet fra intervjuer med ledere på avdelingsnivå, det vil si oversykepleiere og avdelingssykepleiere. Avdelingsledere ble valgt fordi de er ansvarlig for den daglige driften og avdelingens budsjett, ved siden av at de har ansettelsesmyndighet overfor sykepleiere og annet pleiepersonale. Avdelingsledernes ansvar innebærer også å legge til rette for et velfungerende faglig arbeidsmiljø og til enhver tid løse bemanningsbehovet. De har sin arbeidsplass på avdelingene, i motsetning til ledere på høyere nivå.⁴ Lederne representerer nærhet til feltet, samtidig som de ut fra sin posisjon i hierarkiet har en viss distanse til det daglige pleie- og omsorgsarbeidet. De har også oversikt over et større felt enn sin egen avdeling. Selv om også denne posisjonen byr på både fordeler og ulemper, mener vi det er et relevant utgangspunkt.

I denne undersøkelsen defineres vikar til å være en som er fast ansatt i et vikarbyrå. Det betyr at vikarer som avdelingene f.eks. henter direkte inn fra Sverige, men som ikke er tilknyttet et vikarbyrå, ikke anses som vikarer i denne sammenhengen. Heller ikke faste ekstravakter som avdelingene selv kontakter direkte, omfattes av undersøkelsen.

Rapportens struktur

I *kapittel 2* gjøres det rede for et instrumentelt – og et kulturelt/institusjonelt perspektiv på organisasjoner. Teorier om fleksibilisering av arbeidskraften presenteres. Disse perspektivene kan kaste lys over utviklingen og belyse viktige sider ved avdelingens indre liv og hvordan sykepleiervikarene fungerer i disse omgivelsene.

Kapittel 3 drøfter metodiske utfordringer knyttet til problemstillingen og innsamlingen av materialet. Rapporten har mange begrensninger som gjør det viktig å klargjøre både muligheter og begrensninger i forhold til datainnsamlingen, begrunne valgene som er gjort og hvilke konklusjoner som er mulig å trekke.

Kapittel 4 setter lovendringen inn i en større helsepolitisk sammenheng. Virkninger av lov om inn- og utleie av helsepersonell kan ikke ses isolert fra, men inngår i en større, mye mer kompleks sammenheng. Loven er ett ledd i en tiltakende liberalisering og bruk av marked i helsevesenet. Endringer i eierskapsforhold og finansieringssystem anses viktige, fordi de setter

⁴ Jeg tenker da sammenlignet med klinikkjefer og sykehusledelsen.

rammebetingelser for den økonomiske driften av den enkelte avdeling. Dette begrenser mulighetene for hvilke løsninger det er mulig å velge for å dekke et tilsynelatende kontinuerlig og umettelig bemanningsbehov. Avdelingsledernes reaksjoner på vikarbyråene må forstås i lys av en rekke andre økonomiske og strukturelle betingelser de er underlagt.

Kapittel 5 diskuterer sider ved sykepleiemangelen som har vært et stort problem det meste av etterkrigstiden. Både et ideologiskifte og problemer med å rekruttere sykepleiere dannet et bakgrunnsteppe for lovendringen som skulle gjøre det lettere å rekruttere kvalifiserte sykepleiere. Erfaringer fra de siste årene har likevel vist at også denne yrkesgruppen er sensitiv overfor markedsendringer. I dag er det ikke en markant sykepleiemangel, men en antar at mangelen vil øke i årene framover.

Kapittel 6 belyser vikarbruken i praksisfeltet. Når brukes vikarbyråer? Hvor mye brukes de, hvem er vikarer og hvordan fungerer de sammen med det faste personellet?

Kapittel 7 analyserer og diskuterer disse funnene. Her drøftes konsekvenser for avdelingenes økonomi, arbeidsforholdene og kvaliteten i pleien. New Public Management-tesen er sentral, hvor utgangspunktet er at den strukturelle endringen vikarbyråene representerer skal ha positiv virkning på kostnadsnivået uten å ha negative virkninger for arbeidsforhold og kvaliteten på tjenestene.

Kapittel 8 samler trådene og oppsummerer og kommenterer hovedfunnene. Ett spørsmål som stilles her, er om vikarbyråene vil være et bemanningsalternativ også i framtida?

2 Teoretisk ramme

Forskning har generelt vært mer opptatt av å besvare spørsmålet om hvorfor reformer og omorganiseringer skjer i offentlige organisasjoner enn å studere tiltakenes effekt, hevder Christensen m.fl. (2004:168).⁵ Dette prosjektet belyser virkninger av en lovendring og tar et organisasjonsteoretisk utgangspunkt. Teoritradisjonen Christensen m.fl. representerer, skiller gjerne mellom et *instrumentelt* og et *institusjonelt* perspektiv for å forstå både formelle og uformelle aspekter ved en organisasjon. Mål, teknologi, struktur og kompetanse defineres som formelle aspekter, mens holdninger, verdier, samhandling og uformelle normer utgjør de mer uformelle aspekter. Vi skal redegjøre for sentrale trekk ved de to tilnæringsmåtene.

Organisasjoner som instrumenter

I et instrumentelt perspektiv blir organisasjoner forstått som *rasjonelle systemer* som har til hensikt å oppnå bestemte mål. Et klassisk poeng innen organisasjonsteori, er at den formelle normative strukturen (FNS) påvirker faktisk atferd i organisasjonen. Den utgjør en *beslutningsstruktur* som regulerer deltakelse og aktivisering, og en *tilgangsstruktur* som regulerer definering og problemløsning (Egeberg 1984:21, Cohen, March og Olsen 1984:27–28). Med en instrumentell tilnærming vil en forvente høy grad av samsvar mellom formell normativ struktur og faktisk atferd på en slik måte at atferden er preget av stabilitet og regularitet (Egeberg 1984). De formelle forventningene til medlemmene i en organisasjon er upersonlige, uavhengige av personlige egenskaper, mens normene definerer innholdet i organisasjonsaktiviteten, hvordan aktiviteten skal eller bør foregå og hvilke løsninger som er akseptable (Egeberg 1989, Scott 1995, Olsen 1988).

Rasjonalitet er i dette perspektivet en teknisk eller funksjonell rasjonalitet som ligger i organisasjonen og strukturen, ikke hos det enkelte organisasjonsmedlemmet (Brunsson og Olsen 1990). Det leder til en «instrumentell

⁵ Mot dette kan en si at *evalueringsforskningen* nettopp tar sikte på å belyse implikasjoner. Denne undersøkelsen ligger derfor i skjæringspunktet mellom ulike forskningstradisjoner.

atferd», hvor et sett av handlinger organiseres slik at de fører til at forutbestemte mål oppnås (Scott 1998, 1995). Den formelle strukturen skaper og gjensker en systemrasjonalitet gjennom å kanalisere ressurser og atferd mot de fastsatte målene (Roness 1997).

Beslutningsatferd og rolle formes av de normene som ligger nedfelt i det lokale organisasjonskartet, reglementer og stillingsinstruksjoner. Disse spesifiserer prosedyrer og fremgangsmåter og angir ansvar, rettigheter og plikter for ulike enheter og stillingskategorier (Christensen m.fl. 2004:27). Virksomheter preges av en konsekvenslogikk basert på en mål - middelrasjonalitet som gjør at en i stor grad kan forutsi organisasjonsmedlemmenes atferd. Enhver formell strukturendring vil påvirke faktisk organisasjonsatferd og selve strukturen spesifiserer hva som skal oppfattes som gode løsninger, stabilitet og forutsigbarhet. Den uttrykker også deltakerrettigheter og plikter (March and Olsen 1983, Egeberg 1984). Tydelig og omfattende planlegging av administrative strukturer er både mulig og nødvendig for å påvirke organisasjonsatferd i en ønsket retning.

I følge Lægreid og Olsen (1978) forutsetter dette systemet tre mekanismer; *sosialisering*, *disiplinering* og *kontroll* av aktørene som igjen også danner et grunnlag for tilhørighet, lojalitet og identitet. Sosialiseringen betyr at den enkelte aktør internaliserer uformelle normer og verdier, som påvirker atferd og tenkemåte. Rollens formelle aspekter blir styrende for sykepleiernes faktiske atferd, mer enn den uttrykker deres personlige egenskaper. Disiplinering innebærer at den enkelte må lære å skille mellom sine offentlige og private roller, mens kontrollaspektet er knyttet til overvåking av institusjonelle handlingsprosesser og ledernes evner til å iverksette kravene fra den formelle strukturen (Olsen 1983:78).

Et instrumentelt perspektiv på lovendringer retter oppmerksomheten først og fremst mot *intenderte* virkninger. Begreper som effektivitet, måloppnåelse og målstyring vektlegger de formelle aspektene (Christensen m.fl. 2004:104). Bl.a. vil endringer i lovverket nedfelle seg som adferdsendring på sykehusets avdelingsnivå. Den rådende tankegangen i NPM er at mer markedsorienterte løsninger er nødvendige for å sikre en mer kostnadseffektiv drift også i offentlige institusjoner og dermed rette opp tidligere skjevheter.

Den sterke vektleggingen av økonomiske prinsipper legger opp til utkontraktering av en rekke tjenester som tidligere ble ansett som en naturlig

del av sykehusdriften. Sykehusene skulle gjøre det de var best på, nemlig produsere helsetjenester, mens profesjonelle byråer kunne framskaffe den arbeidskraften som til enhver tid var nødvendig for å utføre tjenesteproduksjonene. Med samme formelle utdanning ville sykepleievikarene raskt og uproblematisk kunne tilpasse seg sin formelle rolle i et hvert system. Nettopp derfor kunne vikarer fra eksterne byråer være en mer effektiv løsning framfor at hver avdeling selv skulle bruke sin tid på å finne vikarer. I den grad vikarene skiller seg fra de faste ansatte i sin måte å arbeide på, kan forklaringen, sett i et instrumentelt perspektiv, være at vikariatet er kortvarig og at vikarene dermed «unnslipper» den interne sosialiseringen, disiplineringen og kontrollen som også anses nødvendig. Her kan det altså dreie seg om en utilsiktet virkning av en endring som gjør at tjenestetiden på den enkelte avdeling blir en faktor som får betydning for om en oppnår forventet effektivitet.

Organisasjoner som kulturbærere

Det institusjonelle perspektivet legger mye større vekt på at formelle normer og verdier, så vel som sosial interaksjon og relasjoner har stor betydning for å forstå organisasjoners virkemåte. Selve avdelingskulturen tillegges altså stor betydning, ikke bare styringssignalene. Nå er kultur et begrep som er vanskelig å definere, det er stadig og uopphørlig i endring, men kan her uttrykkes som et mønster av holdninger og verdier som gjennomgående deles av organisasjonsmedlemmene (Hamran 1992). De fleste sykepleiere har for eksempel en oppfatning om hva god pleie er og hva som skal til for at pleien blir god. Det institusjonelle perspektivet legger vekt på hvordan verdier og uformelle normer formes gjennom institusjonaliseringsprosesser innad i organisasjonen. Endringsforslag som truer disse vil møte motstand, endringen uteblir, eller stor treghet i systemet hindrer gjennomføring (Selznick 1957). Organisasjonskulturer utvikles gjennom bearbeiding av felles oppgaver og erfaringer over tid. Institusjoner konstitueres bl.a. av *kognitive, normative og regulative strukturer* (Scott 1995:33). En lokal kultur vokser fram i lys av etablerte rutiner som fremmer forutsigbarhet og er meningsbærende. Kognitive strukturer er meningsdannende rammer for aktørene i organisasjonen. De normative strukturene utgjør en praksis som angir hva som anses akseptabel beslutningsatferd. Regulative strukturer, som lover og regler, samt

belønnings- og sanksjonsaktiviteter, overvåker disse. Ut fra en felles virkelighetsforståelse handler organisasjonsmedlemmene ut fra erfaringer om hva som har fungert tidligere og hva som oppfattes som akseptabelt i det handlingsmiljøet de fungerer innenfor. Det eksisterer en sosial kontrakt som bidrar til at felles kulturelle uformelle normer og verdier, internaliseres. Tilsvarende kan en «misnøyekultur» ha som et mer eller mindre uutalt mål å destabilisere gjeldende normer eller avdelingsrutiner og for eksempel søke å endre gjeldende maktstrukturer på avdelingen. Både indre og ytre press bidrar til gradvise endringer i et samspill mellom intern sosial dynamikk og tilpasning til krav fra omgivelsene (Selznick 1984:12).

Institusjonell teori er et egnet verkstøy til å sette kritisk søkelys på utilsiktede virkninger av enhver reform, f.eks. hvorfor virkninger blir annerledes enn forutsatt. I dette tilfellet gjelder det sosiale og relasjonelle virkninger av lovendringen om vikarbruk i lokale avdelingskulturer. En lovendring kan være en ny «oppskrift» for å løse viktige spørsmål, men gradvis blir en mer oppmerksom på skyggesidene og ser hvilken motstand forslaget vekker. De kan deretter vise vilje til å moderere den første optimismen (Christensen m.fl. 2004:86-87).

Komplekse, robuste og verdibærende institusjoner kan motsette seg endringer initiert utenfra. Ut fra et institusjonelt perspektiv kan en f.eks. forvente at avdelingsledernes reaksjoner på vikarene vil variere. Den nye reformen er ment å tilby en løsning på et personellproblem. Samtidig har sykepleiere fra vikarbyråene en mye løsere tilknytning til sykehusorganisasjonen, de hører ikke til i avdelingskulturen. Det at vikarene mangler lokal kunnskap om de uformelle sidene ved institusjonen, kan gjøre at de målene en har satt seg ikke oppnås. Den formelle strukturen endres, men ikke det sosiale miljøet, som altså kan skyldes en innebygget institusjonell treghet. Sykepleiere ansatt i og med lojalitet til vikarbyråer, kan være bærere av andre uformelle normer og verdier enn de som gjelder på avdelingene de kommer til. I hvilken grad ulikheter fører til motsetninger og eventuelt påvirker miljøet negativt, er empiriske spørsmål som må utforskes.

Det instrumentelle og det institusjonelle perspektivet legger vekt på ulike forhold. I dette prosjektet brukes elementer fra begge de teoretiske tilnærmingene for å belyse og forstå virkninger av den nye reformen.

Fleksibilisering av arbeidskraften

Fleksibilisering av arbeidskraften er et av de tydeligste utviklingstrekkene i arbeidslivet. Medisinske vikarbyråer kan forstås som et uttrykk for denne tendensen, som i høy grad berører helseinstitusjonene.⁶ *Numerisk fleksibilitet* innebærer å redusere antallet heltidsansatte og utvide tallet på midlertidige kontrakter. For den fleksible kontraktarbeideren har reorganiseringen konsekvenser, men samtidig betyr kontraktarbeid forskjellige ting for forskjellige typer ansatte (Sørensen 1999). Særlig de profesjonelle kan ha mye å vinne på slike løsninger, fordi det gir økte individuelle valgmuligheter og større frihet, resonnerer Sørensen.

Nå er fleksibel arbeidskraft ikke et nytt fenomen ved norske helseinstitusjoner. Tvert imot, helsearbeid er pr. definisjon fleksibelt arbeid. Det faste personalet inngår i turnusordninger og i tillegg har det alltid vært behov for ekstravakter som aller helst bør kunne komme på kort varsel. Ett spørsmål er da om bruken av vikarer ansatt i medisinske vikarbyråer, representerer noe kvalitativt nytt og annerledes i forhold til bruken av ekstravakter og hvilke konsekvenser det har.

En mulighet er at sykepleiere unnslipper tunge daglige omsorgsdilemmaer, tradisjonelle hierarkier i sykehusorganisasjonen og krevende turnusordninger med mye overtid gjennom å være ansatt i et medisinsk vikarbyrå. Men hvis bruken av fleksible arbeidstakere øker, kan det opplagt være en fare at de profesjonelle fag- og arbeidsmiljøene på avdelingsnivå destabiliseres og blir skadelidende, fordi kontinuitet er en kjerneverdi i pleie- og omsorgsarbeidet. Kontinuiteten hadde vanskelige vilkår allerede før vikarbyråene kom (Tullberg).

Det er imidlertid interessant å sammenligne sykepleievikarer med andre vikarer. I en kvalitativ studie av vikarer i fire «vanlige» norske bedrifter, konkluderte Gezelius (2000) med at målet for de aller fleste var å oppnå en fast arbeidstilknytning og bedre lønnsbetingelser innenfor bedriften. De så vikarbyråer som et springbrett inn i det organiserte arbeidslivet. Situasjonen var nøyaktig den motsatte av hva som synes å være tilfellet for sykepleiere.

⁶ I forskningen skilles det mellom numerisk, funksjonell og finansiell fleksibilitet (Gulbrandsen 1998). Den første innebærer å redusere antallet heltidsansatte og utvide antallet midlertidige kontrakter, den andre gjelder organiseringen av arbeidet, som jobbotasjon, arbeidsgrupper og kompetanseplaner, mens den tredje formen knyttes til avlønningssystemet.

Vikarbyråene er avhengig av høyt kvalifisert arbeidskraft som har sin yrkeserfaring fra minst to år i helsevesenet etter utdanning. Vikarene velger seg aktivt ut av det offentlige helsevesenet, og vikarstatusen kan erfares som et springbrett mot større frihet, mer kontroll over egne arbeidsbetingelser og dessuten bedre lønnsbetingelser. Den nye formen for fleksibilitet kan vise seg å bli en «kvinnefelle» (Tullberg 2003).

3 Metode

Dette er en delrapport fra en kvalitativ studie som har to empiriske tyngdepunkter og bygger på data fra to sykehus. Det første er et større sykehus i Østlandsområdet og utgjør det mest omfattende datamaterialet. Det andre er et sykehus i Nord-Norge, hvor datainnsamlingen hadde en annen karakter og er mindre omfattende. Hensikten er ikke å gjøre en systematisk sammenligning, men å la sykehuset Østlandet spille en «hovedrolle» og bruke sykehuset Nord-Norge til å utvide den opprinnelige konteksten. Mange sykehus i Norge kunne vært aktuelle som undersøkelsesenheter. Begge de valgte sykehusene var velegnet, ut fra sin størrelse og fordi vikarbruk er vanlig, selv om ikke alle avdelinger bruker vikarer og selv om bruken har forskjellig karakter. Perspektivet har vært å se vikarbruken fra ledelsens side, hvordan de forstår og løser problemer med å skaffe personell. Begge steder var hensikten å få kunnskap om hva lovendringen om inn- og utleie av vikarer betyr for pleie- og omsorgsarbeidet på sykeavdelingene. Hvor vanlig er det å leie inn vikarer, hvordan brukes de og hva er fordeler og ulemper ved den nye muligheten? Kan lovendringen karakteriseres som et framskritt eller er spørsmålet mer komplisert?

Informanter og intervju som informasjonskilde

På sykehuset Østlandet var hovedfokuset å intervju avdelingsledere om konkrete virkninger av den lovendringen som gjorde det mulig å leie inn vikarer fra eksterne medisinske byrå.⁷ Intervjumaterialet utgjør til sammen 12 semi-strukturerte intervjuer med utgangspunkt i en intervjuguide. Hvert av dem varte ca. 1–1 ½ time og ble utført perioden oktober 2003 til februar 2004⁸. Bortsett fra ett ble intervjuene tatt opp på bånd (informanten ønsket det ikke).

Intervjuene var et inntak til å få tak i informantens oppfatninger og erfaringer med det nye fenomenet. Deres oppfatninger gir i seg selv ikke

⁷ Alle intervjuene ble utført av Marianne Midthus Østbye.

⁸ I vedlegget er spørsmålene formulert, slik at det blir lettere for leseren å sette seg inn i hva informantene ble spurt om.

tilstrekkelig kunnskap om fenomenet. Tidligere forskning (Vareide m.fl. 2001:82) har for eksempel vist at utformingen av sykepleierollen varierer mellom ulike avdelinger og slike forskjeller kan påvirke synet på å vikarbruk. På sykehuset Østlandet har vi gjennom avdelingslederne sett på syv avdelinger for å få en bredest mulig forståelse av hvordan det fungerer å ha vikarer. Det uformelle var viktig når formålet er å belyse et nytt sosialt fenomen, og intervjuenes uformelle karakter gjorde det enkelt å komme inn på flere temaer enn det som lå i selve intervjuguiden. Avdelingslederne opplever det daglige strevet avdelingene med å ha tilstrekkelig personell og de har også ansettelsesmyndighet av sykepleiere og annet pleiepersonale. Den administrative posisjonen gjør at de selv har forholdsvis lite personlig og direkte kontakt med vikarene. Derimot vet de mye om den nye måten å rekruttere sykepleiere på, og ser implikasjonene av vikarbruken, både fordeler og ulemper, på nært hold.

Fra én synsvinkel kan det forholdsvis lave antallet informanter betraktes som en begrensning, på den andre siden inntraff raskt en viss metning (Bertaux 1981) ved at nye intervjuer ikke ga særlig mer ny kunnskap og informasjon. Flere informanter på avdelingsledernivå enn de som ble intervjuet hadde sagt seg villige. Derfor anser vi at antallet intervjuer er tilstrekkelig for formålet.

Ledere på avdelingsnivå utgjør tyngden av informantene, men vi intervjuet også representanter på nivået over, i alt tre oversykepleiere og to klinikkssjefer. I kraft av sine mellomlederstillinger har klinikkssjefene bred oversikt av sykehusets bemanningssituasjon til enhver tid. Disse bidro med teknisk og administrativ kunnskap, og redegjorde for sykehusets ideologi og politikktutforming. Tross bred oversikt i kraft av sine posisjoner i systemet, hadde bare en klinikkssjef en personlig oppfatning om betydningen på avdelingsnivå av å bruke vikarbyråer. De to andre medga selv at de manglet konkret informasjon om slike virkninger og henviste i stedet til nivået under, til avdelingslederne, for å innhente informasjon. En klinikkssjef som var helt ny i stillingen, avslo å la seg intervjuer på grunn av manglende kunnskap og erfaring om vikarer og vikarbyråer. Det er mulig at kunnskapsmangelen internt også sier noe viktig om arbeids- og kunnskapsfordelingen i sykehussystemet, uten at vi har grunnlag for å trekke konklusjoner om dette.

Datainnsamlingen på sykehuset Nord pågikk i tre omganger i tidsrommet mellom juni 2005 til september 2006. Det ble utført etter at

avdelingslederne på det første sykehuset var intervjuet og hadde en annen karakter.⁹ Det viste seg også at geografisk kontekst gir opphav til store variasjoner, selv om ikke utnytter denne kunnskapen fullt ut i denne delrapporten. Datainnsamlingen hadde et bredere fokus enn ved sykehuset Østlandet, ved å intervju avdelingsledere, sykepleiefaglig rådgiver, sykepleiernes faglige tillitsvalgte, men også representanter fra personaladministrasjonen som utformet politikken på feltet og økonomiledelsen som hadde budsjettoversikter og som f.eks. kunne dokumentere kostnadsvariasjoner over de årene loven hadde virket. Bare noen få av disse intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Å bruke lydbånd må alltid vurderes i forhold til formålet. Det er en tidkrevende metode som ikke alltid er nødvendig, for eksempel når formålet er å kartlegge strukturelle og økonomiske trekk ved systemet og samle inn data som danner et bakteppe for å forstå hvordan en lovendring virker innad i systemet.

Andre kilder

Undersøkelsen bygger også på mange andre kilder. Siden medisinske vikarbyråer er en nyskaping i norsk helsepolitisk sammenheng, finnes det ennå forholdsvis lite norsk, forskningsbasert kunnskap. Men vi har brukt den litteraturen som foreligger, samt annen forskning om samme og tilgrensende tema.

Politiske dokumenter om prosessen som ledet fram til lovendringen danner et bakgrunnsteppe. Yin (1994:81) legger vekt på at ved bruk av dokumenter må en se etter hvem dokumentet er skrevet for, fordi de fleste er laget for et spesifikt publikum og med et bestemt formål. Skrivestilen kan være preget av interne koder og uavhengige datakilder finnes ikke, mener Yin, i likhet med de fleste andre forskere. Informasjon fra Norsk sykepleieforbunds (NSF) eget tidsskrift *Sykepleien*, har nettopp den karakteren Yin peker på, men er like fullt en god informasjonskilde. Særlig i perioden forut for lovendringen, pågikk en livlig debatt i tidsskriftet. NSF stilte seg i utgangspunktet meget kritiske til at helsesektoren trengte en privat organisert vikartjeneste. Forbundets fagpolitiske standpunkt danner en klangbunn for den praktiske hverdagen på sykeavdelingene. Den bidrar også til å nyansere den noe ensidige formen debatten fikk og «skrekkscenariene» som ble tegnet.

⁹ Denne datainnsamlingen ble utført av Rannveig Dahle.

Videre har vi brukt informasjon fra aviser og sykepleiernes fagtidsskrift. At avisinformasjon må brukes kritisk når det gjelder forskningsformål er en selvfølge, men media fanger på sitt vis «tidsånden» som kan gi viktig bakgrunnsstoff om fenomenene vi undersøker.

Kvalitative undersøkelser kjennetegnes av en fortolkende tilnærming til data. Tilliten til konklusjonene blir styrket dersom de baserer seg på flere og uavhengige informasjonskilder. En intervjuundersøkelse to sykehus utgjør isolert sett begrensede datakilder. Men gjennom å knytte denne informasjonen til eksisterende kunnskap på feltet, gir studien ny kunnskap og forståelse om et nytt fenomen. At utviklingen etter lovendringen har tatt en annen retning enn først forventet, ved at bruken av vikarer allerede har endret karakter, er interessant og viktig. Vi mener at våre funn vil være gjenkjennelige og har overføringsverdi til andre sykehus og aktører i og utenfor helsesystemet, og at de kan stimulere til debatt.

4 Trekk ved nyere norsk helsepolitikk

Det offentlige pleie- og omsorgsarbeidet har lange tradisjoner. Sektoren er et politikkkfelt og en del av forvaltningssystemet. Nye ideologier om desentralisering, privatisering, markedsorientering, økonomisk styring og strategisk ledelse har fått innpass de siste 10–20 årene. Uttrykket «modernisering av offentlig sektor» er mye brukt. New Public Management (NPM) er blitt det vanlige samlebegrepet for de nye ideologiske strømningene, med vekt på *mål- og resultatstyring*¹⁰, *fristilling*, *markedsretting*, *effektivitetsorientering* og *innføring av ledelsesmodeller* fra privat virksomhet.

Offentlige beslutninger vil påvirke effektivitet direkte gjennom prioriteringer av ressurser til forskjellige oppgaver og indirekte gjennom organiseringen av offentlig tjenesteproduksjon (Sørensen m.fl. 1999:25). NPM-regimet har skapt helt nye rammebetingelser for organiseringen av offentlige tjenester (Lian 2003:115). Helsesektoren er intet unntak. Hood (1991), som regnes som en klassiker i feltet, gir en inngående utlegning av implikasjoner av NPM. Han påviste tidlig at resultater blir viktigere enn regler og prosedyrer, fordi formålet er å produsere nødvendige samfunnsmessige goder. Mål bør i følge denne ideologien defineres klart og tydelig, med klare resultatkrav til virksomheten. Store offentlige organisasjoner bør også deles opp i mindre og mer styrbare enheter, med ansvar for spesifiserte oppgaver. Virksomheter som tilbyr offentlig tjenesteproduksjon, bør skilles fra politisk styring og konkurranseutsettes, noe som vil gi bedre ressursutnyttelse og økt effektivitet.

Sammenlignet med mange andre europeiske land sier de norske reformprogrammene relativt lite om nedbygging av offentlige sektor og privatiseringstiltak som politisk strategi. Den norske NPM-debatten har vært mer generell og konsensusorientert, det har heller ikke skjedd noen revolusjon i den norske forvaltningspolitikken. Effektivitetsproblematikken har fått størst

¹⁰ 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).

oppmerksomhet, med vekt på interne reformer i offentlig sektor. Det gjelder særlig mål- og resultatstyring, men det finnes også spor av andre NPM-elementer (Christensen og Læg Reid 1997). «Utviklingen har vært mer evolusjonær enn revolusjonær» (op.cit.s.178). Ideologien kan derfor best forstås som en kritikk mot tidligere organisasjonsformer i offentlig sektor, hvor kritikken har vært at den er for stor, for lite effektiv, for regelbundet og lite fleksibel og med for svak ledelse og brukerorientering, hevder forfatterne.

Mange av de NPM-relaterte forandringene som ble gjennomført i norsk helsevesen på slutten av 1980-tallet og utover 1990-tallet, må ses på bakgrunn av den vanskelige situasjonen i helsesektoren. Utgiftssiden var galopperende, og en rapport fra den da nyoppstartede Ekspertgruppen for studier av offentlig økonomi (ESO) tidlig på 1980-tallet satte spørsmålsteget ved helsevesenets effektivitet og produktivitet. Debatten som fulgte konkluderte med at helsesektoren burde rasjonaliseres, eller også privatiseres. Ikke minst skulle implementeringen av ulike markedsmekanismer bidra til øke den økonomiske bevisstheten i helseorganisasjonen.

Moderniseringen av det norske helsevesenet førte bl.a. til at et nytt finansieringssystem (innsattsstyrt finansiering) ble innført i 1996. Systemet skulle i større grad belønne sykehusene etter deres effektivitet. Loven om inn- og utleie av helsepersonell kom i 2001, og i 2002 kom reformen som ledet til et eierskifte i form av statlig overtakelse og foretaksorganisering av 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 en form for *desentralisering*, samtidig som den hadde et element av *sentralisering*.

Eierskifte og foretaksorganisering av sykehus

Mens den tidligere forvaltningsmodellen innebar en sterk og direkte styring fra overordnede politiske myndigheter, etablerer den nye foretaksmodellen et klarere organisatorisk skille mellom politiske organer og den enkelte virksomhet. Foretaksmodellen innebærer en *vertikal strukturell fristilling*. Reformen medførte, teoretisk sett, en mer presis ansvars- og rollefordeling med hensyn til overordnet ledelse og drift av institusjonene. Den skapte også 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).

Fristillingen førte til at sykehusene fikk helt andre rammer for virksomheten. De skulle utvikle sin egen politikk og struktur, og hvert enkelt sykehus måtte nå konkurrere med andre sykehus om tjenester. Etter endringen stilte staten de formelle kravene og fastsatte lønnen for de ansatte. Driftsansvaret ble overført fra fylkeskommunene til fem regionale helseforetak. Hvert helseforetak fikk et selvstendig ansvar for å sørge for at befolkningen i deres helseregion skulle tilbys nødvendige helsetjenester. Hvert helseforetak hadde flere datterselskaper og inndelingen gikk på tvers av fylkesgrensene (ibid). Eksempelvis har Helse Øst sju datterselskaper¹¹ som har ansvaret for den daglige sykehusdriften (Eilertsen 2003: 79).

Omfattende strukturelle endringer har gitt en funksjonsdeling mellom sykehusene i regionen. I tråd med den nye ideologiske tenkningen har begrunnelsen vært å samle kompetanse/spisskompetanse på enkelte fagområder til ett sykehus, for å sikre et høyt faglig nivå og effektiv ressursutnyttelse (Sykehusets årsberetning 2001).

Avdelingslederne i denne undersøkelsen beskriver endringer som følge av disse organisasjonsendringene. Internt har avdelinger blitt slått sammen til større enheter, mens andre enheter består, men har fått redusert antall sengeplasser. Enkelte avdelinger har blitt utvidet, mens andre har redusert aktiviteten eller den er blitt flyttet til et annet sykehus.

Finansiering

I løpet av etterkrigsårene og lenge før NPM-regimet fikk innpass, har det skjedd flere endringer i finansieringen av sykehusene. Fra 1969 til 1980 ble midler tildelt gjennom et *kurpengesystem*. Sykehusene fikk betalt pr. pasient, altså en type stykkprisfinansiering. I 1980 ble systemet endret til *rammebevilgninger*, bl.a. for å sikre mer lik geografisk fordeling. Overføringene ble knyttet til ulike demografiske behovsindikatorer¹² i hvert av fylkene, altså en

¹¹ 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).

¹² Eksempel: folketall og alderssammensetning.

behovsbasert ressurstildeling. Denne formen ble raskt kritisert¹³. En viktig kritikk var at rammebevilgning ikke stimulerte til effektiv ressursutnyttelse, siden effektive sykehus fikk lite belønning og ordningen hadde få negative konsekvenser for de minst effektive (Lian 2003:75-76). En annen kritikk var at systemet var lite egnet til å oppfylle modellens målsettinger om økt mål- og resultatstyring. En tredje kritikk var at sykehusene bar preg av en overordnet detaljstyring som gjorde dem til rigide institusjoner med liten omstillingsevne. Heller ikke målsettingen om geografisk utjevning av tjenestetilbudet ble ivaretatt.

Som følge av kritikken ble det innført et såkalt diagnoserelatert (DRG) system¹⁴ for å øke sykehusenes behandlings- og kostnadseffektivitet og eliminere unødvendig ressursbruk gjennom å tilby økonomiske belønninger (Lian 2003:78). I dette systemet er pasientenes hoved- eller bidiagnoser selve fundamentet. Hver enkelt diagnose har en pris utarbeidet på grunnlag av en bestemt kostnadsberegning, hvor kostnadsveksten uttrykker et gjennomsnittelig ressursforbruk for et sykehusopphold i denne gruppen. Problemet nå ble at det oppstod et misforhold mellom kostnadsstruktur og kostnadsnivå i det enkelte sykehus. For å korrigere for dette vedtok Stortinget i 1995 at kombinasjonen av stykkprisfinansiering (40 prosent) og rammebevilgninger (60 prosent) *ikke* skulle innføres i sin planlagte form. Senere samme år ble det likevel foreslått en kombinasjon med 30 prosent stykkprisfinansiering og 70 prosent rammebevilgning, såkalt *innsatsstyrt finansiering* (ISF). Ordningen ble innført i alle somatiske sykehus fra 1. juli 1997. Fordelingsnøkelen er jevnlig oppe til vurdering og løpende forhandlinger.

Den finansielle reorganiseringen har gitt sykehusene nye utfordringer. For å sikre stykkprisrefusjoner til sykehuset sentralt, må alle aktiviteter synliggjøres og prissettes. Ett problem er å få til en rettferdig fordeling av stykkprisene mellom kliniske avdelinger og serviceavdelinger i inntekter og utgifter med «gjestepasientordningene» må synliggjøres. Nye budsjettrutiner i sykehusene preger i høy grad avdelingsnivået og påvirker avdelingsledernes økonomiforvaltning. Når pengene følger pasienten i større grad enn før, kan det bli vanskeligere å forutsi budsjettmessige konsekvenser (Kjekshus m.fl. 2002).

¹³ NOU 1987:25 (Eilertsenutvalget).

¹⁴ Diagnoserelaterte grupper betyr at hver medisinsk diagnose utløser en bestemt betaling.

Økt ansvarliggjøring og myndighetsdelegering fra ledelsesnivå til avdelingsnivå er en av de aller største endringene i sykehusenes interne organisering. Det sterke fokuset på innsparinger og økt effektivitet griper sterkt inn i den daglige driften. Avdelingslederen er ansvarlig for å synliggjøre inntekter og utgifter i avdelingsvise budsjetter. Nye utfordringer har skapt økt bevisstgjøring og fokus på service, kapasitet og kvalitet, og bidrar i økende grad til konkurranse mellom sykehusene (ibid).

Sykehuset i denne undersøkelsen har altså, i likhet med alle sykehus, blitt stilt overfor en rekke endringer og utfordringer i forhold til rammebetingelsene de siste årene (Sykehusets årsrapport 2002).

Reformpolitikkenes konsekvenser for utøverleddet

Det målrasjonelle perspektivet med den sterke vektleggingen på kostnadsstyring, målstyring og effektivitet, preger også sykepleieryrket (Sykepleierkongressen 1998:49). Men utilsiktede konsekvenser av den omfattende reformpolitikken, og da særlig for utøverleddet, er lite forskningsmessig belyst, hevder Vike m.fl. (2002). Reformpolitikkenes mål var å effektivisere omsorgen uten å svekke det offentlige ansvaret eller kvaliteten på tjenestene (Dahle og Thorsen 2004). Intensivering og sentralisering favoriserer imidlertid utviklingen av en endimensjonal kultur, med vekt på økonomisk og teknisk rasjonalitet, hvor det relasjonelle er vanskelig å innpasse (Ellingsæter og Solheim 2002:325).

I tillegg til de profesjonsrelaterte sidene ved yrkesutøvelsen må sykepleiere også takle stadig flere og vanskelige lojalitets- og rollekonflikter. For i kjølvannet av markedsreformene dukker det opp mange nye etiske dilemmaer. Spesielt tvinger konkurranse og økonomiske insentiver helsepersonell til å ivareta flere hensyn og interesser samtidig, både samfunnsmessige, økonomiske og politiske. De får en dobbeltrolle som agenter for både pasientene og myndighetene (Lian 2003:210). Ikke alle er seg denne nye rollen bevisst.

Mens det daglige driftsansvaret er flyttet nedover i organisasjonshierarkiet, er det overordnede økonomiske ansvaret flyttet høyere opp. Helsepersonell som utfører oppgavene, kan ikke «løpe fra» de politiske bestemte velferdsmålene. Selv om alle helsepersonellgrupper møter de samme problemene, konfronteres yrkesgrupper som sykepleiere og hjelpepleiere med helt særegne dilemmaer og knappe ressurser i sitt møte med pasientene (Vike m.fl. 2002, Ellingsæter og Solheim 2002:325).

Økonomisk tankegang møter verdier og uformelle normer

NPM-regimets vekt på *økonomiske normer og verdier* har skapt spenninger og konflikter i forhold til sentrale, tradisjonelle verdier og hensyn i det offentlige tjenestetilbudet. Markedslogikken fører til en forskyvning i helsevesenet prioriteringer. Det er en forestilling med rotfestede tradisjoner at helse-tjenesten er grunnlagt på *humanistiske normer og verdier* og orientert mot fellesskapet, slik som likhet og rettferdighet, verdier som står langt fra markedets etos og logikk. I dag defineres hovedmålene 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.

Effektivitetstenkningen tuftes på en instrumentell tenkemåte rettet mot individualistiske verdier, noe som krymper rommet for fellesskapsverdier. Vektleggingen av ett hensyn kan medføre en nedprioritering av andre sentrale mål.

Pleiekulturen utvikler seg i spenningsfeltet mellom det «nye» og det «gamle», og det er akkurat her viktige verdier og kulturelle trekk brytes, hevdet Torunn Hamran (1992:28). De aller fleste som rekrutteres til jobber i helsevesenet har et ønske om å jobbe med mennesker og har forestillinger om hva dette innebærer. Mens likhets- og rettferdighetsidealer holdes høyt når helsetjenestens verdigrunnlag tas opp til debatt, setter økonomiske mål seg igjennom i praktisk politikk, framholder Lian (2003). Daglig opplever sykepleiere å bli klemte mellom et økende effektiviseringspress og hensynet til kvalitet (Forbundsleder 2003). Vike m.fl. (2002) hevder imidlertid at til tross for økonomiske nedskjæringer, går velferdsstatens reproduktive arbeid rundt, takket være samvittighetsfulle arbeidstakere. Helsepersonell strekker seg langt ut over den formelle arbeidskontrakten for at pasientene ikke skal rammes av slike nedskjæringer. De gjør seg selv til salderingspost i et nytt økonomisk system. Spørsmålet mange stiller seg i dag, er om kvinnelige pleie- og omsorgsarbeidere vil fortsette dette atferdsmønstret. Det økende sykefraværet i helse- og omsorgssektoren kan tyde på at strikken er i ferd med å bli tøyd for langt.

Forhold mellom personalantall og pleietyngde

Ansatte erfarer at de har lite tid til hver enkelt pasient. Pleietyngden gjør at den enkelte ansatte opplever stor belastning, og ressurs- og personalmangelen gjør at tjenesten som ytes ikke er faglig forsvarlig (Næss 2003:107). Å gjøre seg selv til salderingspost kan bety å droppe matpausen, springe enda fortere eller ta av sin egen fritid for å gjøre oppgaver en ikke rekker i arbeidstiden. Sykefraværet i helse- og sosialtjenester er det høyeste i landet sammenlignet med andre næringer. Yrkesutbrenthet rammer spesielt yrker hvor de ansatte daglig er i nær samhandling med andre personer (Næss 2003:10). Yrkesgrupper som sykepleiere, hjelpepleiere, lærere, sosialarbeidere, lavtlønte kvinner med to jobber eller mer, som arbeider overtid langt utenfor lovens grenser, er særlig utsatt og bidrar til den statistikken over utbrenthet i arbeidslivet (Wahl 2002).

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 hittil noe mindre. En norsk undersøkelse, 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 (Roness 1995:131).

5 Lovendringsprosessen – en debatt

Nesten hele etterkrigstiden har vært preget av sykepleiermangel, men i hvilket omfang mangelen har hatt på ulike tidspunkt, er noe mer uklart. Andelen sykepleiere som har vurdert å slutte i yrket, er fordoblet siden midten av 1990-tallet. Da vurderte omtrent hver fjerde nyutdannede sykepleier å slutte, i 2002 var tallet steget til omtrent halvparten. Alt i alt vurderte omtrent 2/3 av hjelpepleiere og sykepleierne i aldersgruppen 26–35 år å slutte (Næss 2003). Dårlige muligheter for avansement, lav lønn, lite uttelling for videreutdanning og spesialutdanning, stor arbeidsmengde, stress og lav faglig verdsetting, anses viktige årsaker til at mange sykepleiere ikke er yrkesaktive.

Bente Abrahamsen (2003) gir imidlertid et noe annet bilde og viser at den faktiske yrkesavgangen blant sykepleiere er mindre omfattende enn vanligvis antatt. Ti år etter endt utdanning er ni av ti sykepleiere fortsatt i yrket¹⁵, men avgangen er større i de største byene enn ellers i landet. Frykten for en omfattende yrkesavgang kan være overvurdert, eller avgangsmønsteret er sensitivt for svingninger i arbeidsmarkedssituasjonen, særlig på lokale bosteder. Helsemessige problemer kan være en av årsakene til frafall.¹⁶ Med økende belastning i yrket, kan en da forvente seg at avgangen vil øke?

Tall fra Sykepleierforbundet viser at det pr. februar 2002 manglet 7200 sykepleiere på landsbasis. Samtidig var 18.500 sykepleiere ikke aktive i yrket (Dagsavisen 2002). Dette kan tyde på at antallet utdannede sykepleiere her i landet i og for seg er tilstrekkelig, selv om det har vært vanskelig å fylle ledige stillinger i perioder. Abrahamsen skiller mellom to typer yrkesavgang: overgang til et annet yrke og det å gå ut av arbeidslivet. Begrunnelsen bak disse to formene kan være forskjellige.

I løpet av bare få år ble situasjonen med sykepleiermangel dramatisk endret. Fra å ha en nesten permanent mangelsituasjon er det tilsynelatende ingen sykepleiermangel i dag. Tvert imot strever nyutdannede sykepleiere

¹⁵ 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.

¹⁶ Helsemessige problemer synes i denne undersøkelsen å være størst blant hjelpepleiere, men det er også et problem blant sykepleierne.

hardt med å få fulle stillinger på offentlige helseinstitusjoner, med unntak av sykehjem. De fleste tilbys midlertidige stillinger og en stillingsbrøk på mellom 70 og 80 prosent.¹⁷ Både en strammere kommuneøkonomi og den nye foretaksorganiseringen av sykehus har redusert «behovet» for nye sykepleiere fra 1500 i fjor til 600 i år (2005). Men det viktigste argumentet er at sykehusene ser seg best tjent med å ha et større antall ansatte i deltidsstillinger for å få sine turnusordninger til å gå opp uten å måtte ty til vikarer. Denne utviklingen viser at stillingsmarkedet for sykepleiere er blitt betydelig mer konjunkturavhengig i det nye regimet enn noen gang tidligere.

Fleksibilisering av arbeidsmarkedet

Fleksibilisering av arbeidskraften er ett av de nyeste utviklingstrekkene i arbeidslivet. Medisinske vikarbyråer må forstås som et uttrykk for denne tendensen. Nå er fleksibilitet langt fra et nytt begrep i helsesektoren, som pr. definisjon *er* fleksibel. Likevel har innholdet i begrepet fleksibilitet fått en ny betydning med NPM-regimet. Lovendringen om inn- og utleie av arbeidskraft var ment å føre til en større *fleksibilitet* for både arbeidsgivere og arbeidstakere i helsesektoren (NOU 2004:5). Lovendringen var på den ene siden et uttrykk for arbeidstakeres ønsker om få mer medbestemmelse over sin egen arbeidstid, og på den andre siden at arbeidsgiver lettere skulle få dekket et *varierende* arbeidskraftsbehov. Vikarbyråer skulle tilby en ny, fleksibel måte å løse den konstante bemanningskrisen i helsevesenet på.

Et stadig økende fokus på effektivitet, berører spørsmålet om tilgang på arbeidskraft. Tilgang er viktig for effektiv drift. En vellykket sysselsettingspolitikk var tidligere avhengig av tiltak som økte arbeidskrafttilbudet og bidro til å utnytte den sysselsatte arbeidskraften best mulig (St.meld. nr.1 1989-1999). Nå handler det om å ta i bruk nye strategier for å utnytte eksisterende arbeidskraft i forhold til vekslende behov gjennom døgnet, uker og årets måneder.

I 1998 ble det nedsatt et offentlig utvalg (NOU 1998:15) for å drøfte alternative former for å regulere arbeidsformidling. Her var de største arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene og departementene representert, og utvalget ga sin innstilling samme år. Utvalget konkluderte med at fravær blant de fast ansatte og behov for spesialkompetanse var de viktigste grunnene til at bedrifter benytter innleid arbeidskraft og tjenesteleverandører,

¹⁷ Opplysninger fra NSF og Dagsavisen 27.11.06.

samt tidsbegrensede prosjekter og arbeidstopper som skapte behov for ekstern arbeidskraft. For å løse bemanningsproblemet anbefalte utvalget dels å øke arbeidsstyrken gjennom å rekruttere utenlandsk arbeidskraft og dels finne måter å beholde eldre arbeidstakere¹⁸ på. De foreslo også at flere deltidsansatte skulle jobbe heltid, at det ble åpnet for større fleksibilitet med hensyn til overtid, samt iverksatt tiltak for å redusere sykefraværet og effektivisere bruken av ansatte i offentlig sektor. Utleie av arbeidskraft ville være en måte å organisere korttidsarbeidet på, og da som et alternativ til blant annet midlertidige ansettelser.

Utvalget vurderte om noen områder burde unntas fra utleievirksomheten. Det gjaldt enkelte yrkesgrupper eller bransjer med stor knapphet, for eksempel helsesektoren. Etter utvalgets mening var det nødvendig med en ny gjennomgang av hvilke områder en kunne bruke vikarbyråer i.

Debatten

En lovendring om inn- og utleie ville åpne for å privatisere sykepleieryrket. Ikke uventet møtte den foreslåtte lovendringen sterk motbør. Norsk sykepleieforbund var blant de argeste kritikerne av den foreslåtte lovendringen. De hevdet med styrke at en slik lov ikke ville være en langsiktig, god løsning og heller ikke bidra til et bedre arbeidsmarked. Den ville knapt få positiv innvirkning på sysselsettingsmulighetene eller føre til en bedre ressursbruk i helsevesenet, mente de. Dessuten tok en slik løsning ikke hensyn til de negative konsekvensene ved innleie; at den var både dyrere for institusjonene og dårligere for pasientene. De henviste til svensk helsevesen som lenge hadde brukt ordningen. I 1999 var Sverige allerede i ferd med å redusere bruken av vikarbyråer, fordi ordningen hadde gitt dårlig kvalitet på pasientbehandlingen og økt belastningen på de fast ansatte, noe om hadde bidratt til ytterligere flukt fra sykepleieryrket (www.sykepleieforbundet.no). Bare ett argument talte for å tillate privat formidling av sykepleiervikarer, mente NSF, det kunne muligens trekke sykepleiere tilbake til yrket (Leder 1999).

¹⁸ I tillegg til å skulle begrense antall uføretrygdete, skulle lovendringen gjøre det lettere for ungdom og ufaglærte å komme inn i arbeidsmarkedet, lette inngangen til arbeidsmarkedet ved hjelp av attføring av yrkeshemmede, og bedre integrering av innvandrere i arbeidsstyrken.

I høringsuttalelsen gikk NSF følgelig i mot den foreslåtte lovendringen (NSF 1998). Det gjaldt spesielt endringen av sysselsettingsloven § 27, som forbød virksomheter som leier ut arbeidskraft. Den viktigste begrunnelsen var at den satte hensynet til økonomisk utnyttelse foran hensynet til den enkelte arbeidstaker. For selv om utleid arbeidstaker hadde et fast ansetelsesforhold hos utleier, ville arbeidstakerens mulighet for å endre eller påvirke arbeidsvilkårene bli svært vanskelige med den nye ordningen. For å sikre sitt økonomiske grunnlag måtte utleiebyråene til enhver tid rette seg etter innleiers ønsker og behov, hevdet NSF, som fryktet at det ville bli praktisert ulovligheter som ville bli en belastning for kontinuiteten i pleie- og omsorgsarbeidet. Også det kollegiale samarbeidet ville lide, noe som ville få negative konsekvenser for forholdet til pasientene.

Tilhengerne argumenterte med at vikarbyråene ville dekke et *bevegelig* behov for personell som ikke lot seg løse på andre måter. Lovendringen ville også øke mulighetene for å få ikke-yrkesaktive sykepleiere tilbake til yrket og på den måten avlaste hardt pressete avdelinger (Aase 1999). Dessuten ville lovendringen også kunne være en pådriver for å heve yrkets lønnsnivå, gjennom å skape konkurranse mellom det offentlige og private sykepleiemarkedet, framholdt noen.

Lov om utleie av helsepersonell

Utvalget hadde foreslått at det rettslige, offentlige arbeidsformidlingsmonopolet burde oppheves og erstattes av et system hvor private aktører kunne drive arbeidsformidling på forretningsmessig grunnlag. De fremmet forslag om en oppmykning av arbeidsmiljølovens §§ 26¹⁹ og 27²⁰ (NOU 1998:15) for at arbeidsstokken skulle kunne tilpasses et varierende arbeidskraftsbehov. Forslaget om å oppheve det offentlige monopolet på formidling av arbeidskraft ble vedtatt i Stortinget 1. juli 2000. Loven åpnet for utleie av helsepersonell i perioder hvor ordinære ansatte var i permisjon grunnet for eksempel sykdom, 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).

¹⁹ Forskrifter for privat arbeidsformidling.

²⁰ Om utleie av arbeidskraft.

Regelverket setter ikke grenser for antall innleide arbeidstakere. Det er tillatt å leie ut arbeidskraft, mens adgangen til å *leie inn* fortsatt er begrenset og underlagt særlige vilkår. Vikarene har et stillingsvern som følger av arbeidsmiljøloven. Loven innebærer at reguleringen av arbeidsleie flyttes fra sysselsettingsloven til arbeidsmiljøloven. Ved innleie i offentlig sektor er tilsvarende regler tatt inn i tjenestemannsloven²¹ §§ 3A og 3B (www.arbeidstilsynet.no). Dette betyr at det kan ansettes midlertidig når tjenestemannen trengs for et avgrenset 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. I statstjenesten gis større anledning til å foreta midlertidige ansettelser 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 partene kan inngå avtale om innleie ut over de ordinære kriteriene for midlertidig ansettelse. Bestemmelsen gjelder bare 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 skal være tidsbegrenset. På samme måte som arbeidsmiljøloven bygger regelen 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. Utleievirksomheten har ansvaret for utbetaling av lønn og andre ytelser. Men også innleievirksomheten har et arbeidsgiveransvar overfor den innleide. Innleier skal gi den innleide nødvendig oppfølging og innføring i interne rutiner, samt forsikre seg om at den innleide har de nødvendige kvalifikasjoner som kreves for sykepleieryrket.

²¹ 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.

Innleier har videre ansvar for å påse at arbeidsmiljø og sikkerhetskrav i arbeidsmiljøloven er ivaretatt (www.arbeidstilsynet.no).

Når helsevesenet nå har flere likhetstrekk med organisasjoner i privat sektor, får marked og konjunkturer betydning på nye måter. Også utformingen og bruken av rekrutterings²² og insentivsystemer²³ påvirkes av de nye regimene.

Nyskapningen medisinske vikarbyråer fikk betydelig medieoppmerksomhet da loven trådte i kraft. Ikke minst bidro media til å skape et bilde av at vikarbyråene var uomgjengelig nødvendige for å avhjelpe den permanente personellmangelen og dessuten en meget attraktiv mulighet for sykepleiere. På svært kort tid dukket nye vikarbyråer opp, nærmest over natten, det rådet en «clondyke»-stemning i markedet. Nye norske selskaper ble raskt etablert, og utenlandske selskaper etablerte datterselskaper i Norge. Veletablerte selskaper som Manpower, Adecco og Proffice deltok i konkurransen om det norske utleiemarkedet og bygget opp nye avdelinger for utleie av helsepersonell (Neergaard og Nicolaisen 2002:15).

I dag (2006) er antallet byråer som leier ut helsepersonell allerede drastisk redusert. Etter en «alles kamp mot alle»-periode har bare de største byråene, som eksisterte før lovendringen, overlevd den beinharde konkurransen. F.eks. fusjonerte Medisinsk vikarbyrå, som var markedsledende i starten, inn i Adecco i 2005. De eksisterende byråene varierer i størrelse, i grad av spesialisering, om de har svenske eller danske morselskaper m.m.. Sykepleierne utgjør den desidert største gruppen av utleide helsevikarer. Vikarbyråene rekrutterer gjennom annonsering på internett, TV, radio, aviser og fagtidsskrifter, og «jungel-telegrafene» er også en kilde. De største markedene for vikarbyråene er sykehusene og primærhelsetjenesten. Sykehusene utlyser anbudskonkurranser som vikarbyråene inviteres til å delta i. Anbudene er i dag betydelig mer detaljert utformet enn i startfasen (Neergaard og Nicolaisen 2002:58, Dahle og Kvamme 2005). Sykehusene har vært gjennom en kraftig læringsperiode og setter nå i mye større grad premissene med skjerpete krav, godt hjulpet av den nye, konjunktursensitive markedssituasjonen.

Dereguleringen har altså gjort sykepleieryrket mer konkurranseutsatt. Det er skapt et nytt marked, som den første tiden førte til konkurranse

²² Disse rekrutteringssystemene skal sikre en riktig sammensetning av staben.

²³ Insentivsystemer skal belønne gode resultater.

mellom bl.a. private bedrifter (vikarbyråene) og offentlige institusjoner om sykepleiekompetanse. I oppstarten med stor sykepleiemangel, fristet vikarbyråene både med høyere lønn og mer fleksibel arbeidstid. Mye tyder imidlertid på at det har skjedd en viss lønnsutjevning, men her savner vi dokumentasjon²⁴. Fortsatt tjener en vikarsykepleier mer enn en offentlig ansatt og har et annet grunnlag for å forhandle om arbeidstider tilpasset egne ønsker og behov.

Vikarbyråene ønsker å framstå som idealister, men de har et janusansikt (Fonn 2001). De første årene tjente medisinske vikarbyråer millioner på sykehusenes rekrutteringsproblemer etter lovendringen (Nergaard og Nicolaisen 2002:15). På landsbasis ble det i 2001 brukt 750 millioner på overtid, innleie og rekruttering fra utlandet for å dekke opp mangelen på helsepersonell. Sykehuset i denne undersøkelsen hadde også stor sykepleiermangel og brukte 20 millioner kroner på vikarer fra vikarbyråer i 2001²⁵.

Vikarbyråene dekker mange ulike behov: den konstante bemanningskrisen, ferieavvikling, sykefravær (korttidsfravær og langtidsfravær), drift av hele sykehusavdelinger og sykehjem. De ga til å begynne med gode muligheter for å bemanne spesielt ubekvemme vakter (Nergaard og Nicolaisen 2002:59):

Den første tiden ble det å bruke vikarbyråer en måte å overleve på fra dag til dag (Sykepleien 2002). En svensk studie om sykepleiernes vilkår og valgmuligheter i vikarbransjen konkluderte med at den viktigste årsaken til ansettelser på midlertidige kontrakter nettopp var behovet for å dekke et kortsiktig kapasitetsbehov (Allvin m.fl. 2003:5). Å bruke vikarbyråer forenklet prosessen og var tidsbesparende for dem som hadde tilsetningsansvar.

Vi har tidligere sett at NSF var motstandere av lovendringen. Men da loven først var et ugjendrivelig faktum, endret forbundet strategi for å ivareta sine medlemmers rettigheter best mulig. De inngikk tariffavtaler med ni aktører om garantilønn, pensjonsrettigheter, forsikringer, samt lønn under sykdom, fødsel og ved omsorg for barn²⁶ (Nergaard og Nicolaisen 2002:62).

²⁴ Kontakt med NSF (høsten 2006) kunne verken bekrefte eller avkrefte lønnsforskjeller.

²⁵ Dette gjelder alle typer vikarer. Hvor mye som er brukt på sykepleiervikarer alene er ikke spesifisert i disse tallene.

²⁶ Også vikarbyråer uten tariffavtale med NSF oppgir at de har «vanlige» rettigheter for de ansatte (Nergaard og Nicolaisen 2002:62).

Samtlige av disse avtalene gikk ut i 2004, slik at i dag eksisterer ingen tariffavtaler lengre. NSF mener grunnen er at avtalene ble for dyre for vikarbyråene. Nå må den enkelte vikarsykepleier i stedet selv inngå private avtaler om pensjon og sykkelønnsordninger.

6 Erfaringer med vikarer fra eksterne byråer

Ved sykehuset Østlandet var det stor mangel på sykepleiere i årene forut for lovendringen (2000–2002). Mange avdelinger hadde flere ubesatte stillinger. Når sykehuset tross betydelig personellmangel klarte å opprettholde en ansvarlig drift, var det fordi de ansatte gjorde en betydelig ekstrainsats i form av overtid og ekstravakter fra de faste ansatte. I tillegg ble det leid inn vikarer fra utenlandske vikarbyråer (Sykehusets årsrapport 2000, 2001, 2002). Mye av avdelingsledernes tid, anslått til ca. 20 prosent, gikk med til å få det faste personellet til å jobbe overtid og ta ekstravakter (Sykehusets årsrapport 2000).

Sykehuset begynte å bruke vikarbyråer allerede før slike var etablert i Norge. De valgte danske og svenske selskaper. Stort sett var avdelingslederne fornøyde med de innleide, utenlandske vikarene. Men så snart datterselskaper ble etablert her i landet, ble norske vikarer foretrukket, selv om lederne til å begynne med var noe mer misfornøyde med dem. Forholdene bedret seg etter hvert. I dag har sykehuset avtaler med tre byråer som avdelingene selv kan velge mellom²⁷. De avdelingene som inngår i undersøkelsen brukte i hovedsak to aktører: ActiveCare og Medisinsk Vikarbyrå²⁸.

I startfasen var *månedskontrakter* vanlig. En viktig grunn var at noen avdelinger da hadde satt i gang prosjekter for å få redusert lange ventelister for å få operasjoner. Andre avdelinger var i en overgangsperiode etter sammenslåinger som midlertidig økte behovet for flere ansatte. Vikarene ble leid inn for et lengre tidsrom, i ett tilfelle i 6–8 måneder, og sykepleievikarene inngikk i vanlige turnus-ordninger på linje med de fast ansatte. På en og samme vakt kunne det være mellom fire og seks sykepleievikarer av en stab på totalt 12–13.

²⁷ Helseforetakene inngår rammeavtaler med et visst antall vikarbyråer etter anbuds-konkurranser. De lokale foretakene er pålagt å velge mellom de som har rammeavtaler.

²⁸ Nå fusjonert med Adecco.

Nå er tendensen, spesielt fra 2003, en sterk reduksjon i bruken av vikarer. Avdelingslederne ønsker helst ikke å bruke denne tjenesten lengre, og noen avdelinger klarer seg i dag helt uten. For de avdelingene som fortsatt bruker vikarbyråer, er terskelen blitt atskillig høyere. En av de viktigste endringene er at *langtidskontrakter* praktisk talt ikke forekommer lenger. Nå leies vikarene inn bare for kortere perioder, mest for enkeltvakter, og det kommer sjelden mer enn en vikar av gangen. I tillegg begrenser avdelingene kontakten stort sett til ett vikarbyrå.

Lovendringen utfordret sykehusene og har stimulert til nytenkning. Nå ser en etter alle muligheter for å gjøre seg uavhengig av vikarbyråene og har for eksempel tatt i bruk nye ordninger som «ønsketurnus»²⁹, «alternativ arbeidsordning»³⁰, «produktivitetsavtale»³¹. Slike forsøk startet allerede *før* lovendringen, men tendensen til å ta dem i bruk er blitt forsterket. Også det at sykehuset er blitt en IA-bedrift³², har bidratt til å redusere vikarbruken. Til og med «vanskelige» vakter dekkes nå av egne ansatte. Men fortsatt anses vikarbyråene som en nødvendig ressurs som brukes f.eks. ved akutt frafall

²⁹ 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, 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).

³⁰ 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).

³¹ 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 ett år. Disse avtalene baseres på samarbeid med de tillitsvalgte og frivillighet hos de ansatte. (For mer informasjon om denne avtalen se Fonn: 2002.)

³² 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 alle 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.

(sykdom) blant det egne personellet. For avdelingslederne er det mest positive at de i mindre grad enn før trenger å *beordre* sykepleiere til å komme på jobb ut over avtalt arbeidstid. Tilgangen på vikarer gjør også ferieavviklingen enklere.

I startfasen leide enkelte vikarbyråer ut nyutdannede sykepleiere (Nergaard og Nicolaisen 2002). Disse ble imidlertid raskt oppfattet som for lite rutinerte. Problemene var særlig knyttet til den korte opplæringstiden på den avdelingen de kom til, som krevde rutinerte vikarer. De faste ansatte var dessuten misfornøyde med at helt unge vikarer fikk betydelig høyere lønn enn de selv, med mange års lengre ansiennitet bak seg. Dette forholdet har nå endret seg. I dag krever byråene minst to års erfaring som ansettelseskrav, og en unngår problemet med nyutdannede, urutinerte vikarer med høy lønn (Nergaard og Nicolaisen 2002:70).

Vikarene

Man må satse på de urolige sjelene (vikarpoolen sykehuset Nord Norge)

Informantene ved begge sykehusene er skjønt enige om at det ikke er «hvem som helst» som egner seg til å være vikar. Denne studien viser at de fleste aldersgruppene er representert på sykehuset Østlandet, men hovedtyngden er i aldersgruppene 25–35 år og 45–55 år. Hovedinntrykket er altså at sykepleievikarene befinner seg på begge sider av småbarnsfasen. Denne aldersfordelingen stemmer overens med andre forskningsfunn. I Allvin m.fl. (2003:18-19) svenske undersøkelse hadde vikarene en gjennomsnittsalder på 40 år. I ett norsk vikarbyrå er snittalderen 35 år, med tyngdepunktet på det som kalles «godt voksne» (Nergaard og Nicolaisen 2002), i et annet faller vikarene i to hovedgrupper. Den ene gruppen er mellom 25 og 30 år, den andre gruppen rundt 50 og utgjør den største. På høyspesialiserte avdelinger er vikarenes gjennomsnittsalder gjennomgående noe høyere enn det fast ansatte personellet.

Vikartilværelsen handler mer enn noe annet om å stå overfor nye kolleger og pasienter i helt nye situasjoner og omgivelser, der svært lite blir lagt til rette for dem når de kommer til en ny avdeling. Fra sykehusets side anses det som en forutsetning at vikaren på svært kort tid blir et vel-fungerende medlem av en eksisterende arbeidsgruppe. Noen sykepleiere vurderte vikarbyrå som et attraktivt alternativ til fast stilling. Tilbud om

bedre lønns- og arbeidsbetingelser motiverte mange til å skifte arbeidsgiver. Andre så vikarbyråene som en ny og utfordrende arbeidstilpasning, som ga en følelse av frihet og kontroll over egen arbeidstid med rett til selv å bestemme omfang og tidspunkt for arbeidsinnsatsen. Vikaren signerer en kontrakt med vikarbyrået som forplikter dem til å jobbe et visst antall vakter. Mens en vikar kan si nei til vakter utover de kontraktsfestete, kan de fast ansatte på en sykehusavdeling pålegges overtid. Men ut over slike forskjeller, hvem er vikarene, hvordan ser deres arbeidssituasjon ut?

Kompetanse defineres ofte som produktive og skapende evner hos individer og organisasjoner. Sykepleierkompetansen kan beskrives som en sammensatt kompetanse. Rammeplan og forskrift for sykepleierutdanningen utdyper dette nærmere (Vareide m.fl. 2001:10). Ifølge planen krever sykepleieoppgaver en allsidig kompetanse, både teoretisk, analytisk og praktisk. Det er behandling og lindrende oppgaver ved smerte, sykdom, lidelse og død. Videre må en sykepleiere kunne håndtere pårørendes sorg og ivareta helsefremmende og forebyggende, like vel som administrative og fagutviklende oppgaver. Det kreves også både en lærings-, yrkesetisk og sosial kompetanse (ibid). En kompetent sykepleier er lydhør, har evne til å lære fra seg, vise omsorg og sette pasienten i fokus. Sykepleieren behersker administrative oppgaver, har oversikt over sine pasienter og avdelingens rutiner og prosedyrer. Videre er en god sykepleier trygg på seg selv og blir ikke lett stresset (Vareide m.fl. 2001:66-67). Etter to til tre år i yrket anses sykepleieren som erfaren.

De fleste vikarene er erfarne sykepleiere, siden vikarbyråene generelt stiller krav om to års ansiennitet for å få ansettelse. En eventuell spesialutdanning kommer på toppen av dette. Fordi avdelingene på dette sykehuset har utviklet erfaring og kompetanse med å bestille vikarer, er de blitt mye tydeligere med hensyn til hvilke kvalifikasjoner de trenger, og bestiller vikarer ut fra bestemte profiler. Avdelingslederne kan kreve at vikarene har erfaring med en spesiell type avdeling, eller at de f.eks. er spesialutdannet innen et visst felt. Kravspesifikasjonene manifesterer seg også tydeligst på de mest spesialiserte avdelingene. Mange vikarer i dag har i tillegg også fått erfaring i forhold til det å jobbe som vikar, og avdelingene kan legge vekt på akkurat den type erfaring.

Det stilles store krav til vikarene. De skal ha erfaring og en profesjonell holdning, de må like forandringer og være åpne for nye ideer og de må være

lette å samarbeide med. De bør være faglig og sosialt tilpasningsdyktige, fleksible og trygge på seg selv og hva de kan. Samtlige av de intervjuede avdelingslederne anser dette som nødvendige egenskaper for at vikarene skal kunne gjøre en god jobb, uten at det gis mye opplæring. Opplæring, eller innføring i avdelingsrutinene, er det gjennomgående satt av lite tid til, selv om det er byråene som dekker utgiftene for den tiden det tar å sette vikarene inn i det konkrete avdelingsarbeidet.

At avdelingslederne stiller store krav til vikarenes faglige kompetanse, betyr at de tar det som en selvfølge at vikarene kan gjøre en selvstendig jobb. Vikarene anses gjennomgående som godt oppdaterte på fagfeltet. Stort sett oppfattes de også som en god faglig støtte blant de ansatte på avdelingene, noe de fast ansatte ofte mener de kan lære noe av. Den svenske studien (ibid.) bekrefter våre funn; her ble vikarene oppfattet som en kilde til nytenkning og utvikling.

Likevel mener avdelingslederne at det er viktige kompetanseforskjeller mellom en vikar og en fast ansatt, dette kan gi opphav til visse spenninger. Ikke alle vikarene oppfattes som like selvstendige i måten å arbeide på. Sammenlignet med en fast ansatt, har de ikke samme overblikk over hva som skal eller bør gjøres. Det kan også oppstå problemer rundt fordeling av arbeidsoppgaver. Vikarene blir for eksempel ikke satt til å følge opp pasienter over tid, og de går som oftest primært ut i stell. Vikarene kjenner ikke – og har heller ikke noe ansvar for å ivareta avdelingens løpende og langsiktige oppgaver, som for eksempel å rapportere når lagrene er tomme, medisinbeholdningen må fylles etc. De deltar heller ikke i fora hvor avdelingens faglige utvikling diskuteres. Det gjelder planleggingsmøter, alt av forandrings- og utviklingsarbeid eller andre oppgaver som inngår i det faste personalet sine oppgaver. De blir ikke gruppeledere eller pålagt administrative oppgaver. Dette bidrar til at de ikke får samme ansvarsfølelse³³, engasjement og heller ikke samme forpliktende forhold til ledelsen som de faste ansatte. Innsnevringen av oppgaver betyr at selve sykepleierollen blir mer begrenset. Men også dette kan bli forstått på forskjellige måter. En sykepleier sa at vikarene egentlig hadde en misunnelseverdige situasjon, fordi

³³ Avdelingsledere er som oftest ikke på jobb i helgene. Vi gjør derfor oppmerksom på at avdelingsledernes synspunkter i stor grad omfatter det som skjer på ordinære arbeidsdager (mandag til fredag). Vi kan ikke utelukke at erfaringene fra helg er annerledes. Hvordan vikarene da løser oppgavene, kan derfor være noe annerledes.

de kunne konsentrere seg helt og fullt om den enkelte pasient og gi god pleie, uten å måtte være opptatt av alle andre slags gjøremål.

Vikarenes arbeidssituasjon

Mens vikarene til å begynne med ofte gikk inn i ledige stillinger på avdelingene på dette sykehuset, blir de nå nesten bare brukt ved ferieavvikling (sommer og jul), helligdager, og vakter med såkalt «hull» i turnusen, bl.a. senvakter, helge- og nattevakter. Dette anses som «spesielt belastende vakter». I tillegg brukes vikarer også ved akutt sykdom i staben, da er det en kjærkommen tjeneste å ty til for å unngå å overbelaste den faste staben.

For avdelingslederne er kanskje det største problemet at det er nesten umulig å få oversikt over omfanget av vikarenes arbeidsinnsats. I tillegg til den avtalen de har med sin avdeling, kan en vikar selv ta individuell kontakt med andre avdelinger, uten at vaktene er kontraktfestet med vikarbyrået³⁴. Da kan arbeidsmiljølovens bestemmelser overskrides. En vikar kan også være registret i flere byråer samtidig, noe som gjør det spesielt vanskelig å kontrollere den reelle arbeidsinnsatsen. Vikaren har imidlertid selv et ansvar for å holde seg innenfor lovens rammer. Nergaard og Nicolaisens (2002) studie av vikarbyråene viste at omtrent halvparten av vikarene er ansatt i deltidsstillinger i offentlige helseinstitusjoner. Disse tar ekstravakter gjennom byråene. I ett vikarbyrå hadde for eksempel hele 70 prosent av vikarene en kombinasjon av fast stilling og en kontrakt med vikarbyrå, mens andre utelukkende var ansatt i et byrå (Nergaard og Nicolaisen 2002). Et viktig forhold er at sykepleiere stadig sjeldnere får ansettelse i fulle stillinger ved sykehusene. Ofte dreier det seg om 80 prosent eller mindre. De kan imidlertid uten problemer få ekstravakter. Grensene mellom faste stillinger og tilknytning til vikarbyrå ser nå ut til å flyte sammen eller undergraves.

Da loven om innleie trådte i kraft, var det mye oppmerksomhet omkring lønnsforholdene. Vikarer tjener bedre enn fast ansatte i offentlig helsevesen. I den første fasen ble minimumslønnen anslått å ligge fra 80–100 000 kroner over de fast ansattes. For spesialsykepleiere var forskjellen enda noe høyere. Mange byråer opererer også med vesentlig høyere tillegg for arbeid i helger og på kveldstid enn det som er vanlig i det offentlige.

³⁴ Det er mulig dette utgjør et større problem i sykehus andre steder i landet, som i større grad må basere seg på tilreisende vikarer.

Prosenttillegget blir gunstigere fordi det beregnes ut fra en høyere grunnlønn (Nergaard og Nicolaisen 2002:61). Lønn brukes aktivt som et konkurransefortrinn for å rekruttere vikarer til byråene, og regnes også som en kompensasjon for å ha en mer ustabil og mindre forutsigbar yrkestilværelse sammenlignet med fast ansatte. Her skapte lovendringen et grunnlag for nye lønnsmekanismer og mer bevegelige lønnsforhold.

Men likevel halter sammenligningsgrunnlaget om lønn. For som vist tidligere, har vikarsykepleiere ikke de samme sosiale godene, for eksempel tariffavtaler. En kortsiktig lønnsgevinst kan fort bli spist opp. Dette er viktige spørsmål vi foreløpig vet lite om og som krever nærmere utforskning. Ikke minst kan en studere lønnsutvikling mellom gruppene over tid, men dette faller utenfor rammen av denne studien.

Vårt intervjumateriale tyder på at vikarene generelt arbeider noe mer enn de fast ansatte, i det minste sett i et kortere tidsperspektiv. Det gjelder selv om også mange av de fast ansatte har mye overtid og ofte påtar seg, eller blir pålagt ekstravakter. Men vikarene har en større og antakelig tyngre vaktbelastning, ved at de må ta mange av de spesielt «belastende» vaktene, og uten at dette trenger å bryte med arbeidsmiljølovens bestemmelser. De må stille når behovet melder seg. Flere avdelingsledere ved begge sykehusene hevder imidlertid at dette sykehuset er spesielt nøye med å overholde arbeidstidsbestemmelsene ved vikarbruk. Men de sa også at arbeidstiden var uhyre vanskelig å kontrollere, siden vikarene uformelt og på egen hånd skaffet seg selvstendige avtaler som den primære bestilleren ikke kjente til. Trolig jobber vikarene mer konsentrert over kortere perioder. Dette kan de kompensere for med å ta en lengre periode fri etterpå.

Det er kontraktfestet at vikarbyråene har ansvaret for å dekke utgiftene for nødvendig opplæring på hver ny avdeling vikaren kommer til. Trengs mer opplæring enn avtalen tilsier, er det sjelden et problem å få kravet imøtekommet, sier avdelingslederne.³⁵ Men for dem er poenget det motsatte. For skal avdelingen ha full nytte av vikarene, må disse nettopp være i stand til å gjøre en fullgod jobb på svært kort varsel og uten opplæring. Først da anses vikarordningen som effektiv sett fra deres perspektiv. Det skal ikke brukes, og det blir heller ikke brukt mye tid på opplæring. Hvor mye tid som faktisk settes av til å informere vikaren, varierer imidlertid noe mellom avdelingene.

³⁵ Vikarbyråene er i dagens konkurransesituasjon interessert i at «bare den» skal være fornøyd med produktet, slik at de kommer tilbake neste gang de trenger vikar.

På enkelte avdelinger får vikarene ikke annet enn rapporten når de kommer på vakt. På andre avdelinger kan det dreie seg om fra 30 minutter til 2–4 timer. Unntaksvis kan opplæringen vare opptil 1–2 vakter. Sammenlignet med hva faste ansatte tilbys gjennom introduksjonsprogram og internundervisning, er opplæringen begrenset til et minimum³⁶ (Dagsavisen 2002). Den viktigste begrunnelsen er altså mangel på tid i en travel og ofte underbemannet hverdag.

Vikarene i et arbeidsmiljø og fagfellesskap

På sykehus med mange avdelinger er forskjellige typer mennesker på vakt til enhver tid. Sykepleiernes samarbeidspartnere varierer fra den ene dagen til den neste, men de har likevel en følelse av tilhørighet og kollegialitet. Vi har sett hvordan tilfeldige vikarer forventes å gli enkelt og smertefritt inn i det daglige arbeidet, forstå rutinene og løse arbeidsoppgavene uten å få mye instruksjon og informasjon.

Ved sykehuset Østlandet er sykepleiesamarbeid i team eller grupper den vanligste måten å organisere arbeidet på. Teamarbeid gir stabilitet, kontinuitet og det er målrettet. Derfor er det en god organisasjonsstrategi, mente avdelingslederne. Noen avdelinger brukte riktignok ikke ordet team, men hadde likevel i følge avdelingslederne, et svært bevisst forhold til organisering av personalet på hver vakt og brukte tid på hvem som skulle arbeide sammen.

Kaufmann og Kaufmann (2003:249) definerer team som en høytytelsesorientert oppgavegruppe. Team defineres også som en gruppe mennesker som er gjensidig avhengig av hverandre, med et kollektivt ansvar for utfallet av innsatsen. Hele hensikten med team er å skape forutsetninger for prosesser som gir bedre problemløsning og ytelse enn når individer arbeider hver for seg. Det er basert på et nøye koordinert samspill. Av praktiske grunner begrenses antallet medlemmer, og et team består sjelden av mer enn ti personer (op.sit).

Bemanningsnormen, altså hvor mange som enhver tid skal være til stede på vakt, bestemmes ut fra oppgavens art, som også kalles *pleietyngde*. Pleietyngden varierer med avdelingens oppgaver. En intensivavdeling har for

³⁶ Sammenlignet med opplæringstiden til ansatte som går under introduksjonsprogram eller internundervisning.

eksempel større pleietyngde og høyere bemanningsnorm enn en geriatrik avdeling. Bemanningen varierer også med tid på døgnet, slik at det er færre på vakt om kvelden og på nettene og vanligvis i helgene, selv om slike forskjeller viskes mer ut i forhold til tidligere.

Én avdeling bestod av to enheter med felles ledelse. Her var sykepleierne delt inn i tre *grupper*, og hver sykepleier hadde ansvar for et bestemt antall pasienter. Selve fordelingen ble diskutert daglig på deres morgenmøte. En annen avdeling arbeidet ut fra en modell for å få til en spesiell personal-sammensetning på alle vaktene, men unngikk ordet team.

Bemanningen veksler i løpet av døgnet og hverdager i forhold til helger. Gruppene settes sammen ut fra slike ulikheter. På en avdeling som er noenlunde representativ, var for eksempel bemanningen på ukedagene denne: 12 på dagvakt (8)³⁷, på kveldsvakt 9 (8), på nattvakten 6 (6). På en tredje avdeling var organiseringen fire grupper med to–tre sykepleiere på dagtid og to–tre på kveldstid, helg³⁸ og natt. Én avdeling hadde tre team, hver med åtte personer, fordelt på 23 pasienter. En annen avdeling hadde to team, hvert av dem bestod av 10 personer som fordelte 20 pasienter mellom seg. På en klinikk (som består av flere avdelinger) var en avdeling med i hovedsak spesialsykepleiere, teamorganisert. Her arbeidet faste team sammen. Pleietyngden var 1 ½ sykepleier per pasient, noe som er regnet for å være relativt høyt, også på landsbasis. Ingen av avdelingslederne endret gruppen eller teamet hvis de eventuelt trengte å bruke vikarer. Vikarene måtte finne sin plass innenfor disse rammene. Hvordan gjør de det?

I en annen delundersøkelse i dette prosjektet, sa sykepleierne som ble intervjuet at det var viktig for vikaren å kunne «lytte» seg fram til hva de sykehusansatte ville og at de måtte innrette seg etter dem. Aase (1999) hevder at de fast ansatte sykepleierne hadde blandede følelser overfor vikarene. På den ene siden var de en god avlastning, men på den andre siden virket det urettferdig at de faste ansatte måtte dra det tyngste lasset og likevel tjene mindre. I likhet med «våre» sykepleiere, mente avdelingslederne ved dette sykehuset at lønnsulikhet ikke lenger representerte noe stort problem. De medga at det hadde vært tilløp til en del misunnelse den første tiden, men nå har dette nesten forsvunnet, etter hvert som de faste sykepleierne vet mer om vikarenes arbeidssituasjon. De faste ser at «friheten» har sin pris og de ønsker

³⁷ Tallene i parentes gjelder antall sykepleiere i helgene.

³⁸ På helg: to team slås sammen. Det er da fire sykepleiere i hvert team.

ikke en slik arbeidssituasjon for sin egen del. Også en dansk studie av Manias et al. (2003a) peker på spenninger i relasjonen mellom fast ansatte og vikarer. Her mente vikarene selv at alle ville ha vunnet på om de hadde fått delta i avdelingens møtevirksomhet, men dette ønsket møtte motstand fra de fast ansatte. De faste forventet tvert imot at vikarene skulle ta det løpende avdelingsarbeidet mens de selv satt i møter. Motstanden ble imidlertid bygget ned om vikarene var stabile over en lengre periode.

Det kan tenkes at lønnsoppgjøret i 2003 bidro til å utjevne lønnsforskjeller mellom vikarer og fast ansatte, eller så har misnøyen avtatt etter hvert som de sykehusansatte sykepleierne har fått erfaringer med ordningen. Mye tyder nå på at de fast ansatte verdsetter stabilitet og tilhørighet på arbeidsplassen like mye som bedre lønn, både slik avdelingslederne forteller om det, og slik våre informanter uttrykte det. Sykepleierne har antakelig grunn til å være mye mer bekymret over at de ikke får 100 prosent stillinger, men må akseptere stillingsbrøker på 75–80 prosent, som nå er blitt vanlig.³⁹

Ifølge avdelingsledere ved begge sykehusene var det en betydelig utfordring å få de faste og vikarene til å fungere godt sammen. Vareide m.fl. (2001) viste i sin undersøkelse at ett forhold som gjerne skapte usikkerhet i jobben, var graden av kjennskap til organisasjonen og rutineene, og kodene for samspillet der. Selv om vikarene generelt ble oppfattet som tilpasningsdyktige, påvirket det likevel arbeidet ved avdelingene at de var der. Flere avdelingsledere mente at en vikar aldri kan tilpasse seg og fungere like bra som avdelingens eget personale. På den andre siden var det ingen som hevdet at vikarene var marginalisert og skilte seg ut som en egen gruppe. Det var heller ikke grunnlag for noen gruppedannelse, siden det nå sjelden er mer enn én vikar av gangen. Bare unntaksvis hadde noen avdelingsledere erfaring med vikarer som hadde andre holdninger til arbeidet og pasientene enn det avdelingen kunne akseptere.. En felles erfaring var at vikarene gjør mye for å tilpasse avdelingsrutineene, selv om de ikke integreres i avdelingsmiljøet. Få tilbakemeldinger tyder på at vikarene holder seg for seg selv.

Kvalitet og kontroll

Avdelingslederne ved begge sykehusene uttalte seg litt uklart om selve kvaliteten på vikarenes arbeidsutførelse, men alt tyder likevel på at de fleste

³⁹ Denne ordningen har bredt mer om seg etter at vi foretok intervjuene.

avdelingene gjennomgående har gode erfaringer, med noen unntak. Overholdes ikke kontraktforholdet, eller svarer ikke arbeidsinnsatsen til forventningene, har lederne en sterk sanksjonsmulighet; arbeidsforholdet avsluttes med øyeblikkelig virkning. Slike episoder inntreffer fra tid til annen, men hører til sjeldenhetene. Avdelingslederne understreker imidlertid at de har gått gjennom en aktiv og effektiv læringsprosess og lært å stille større krav til vikarbyråene. Byråenes forretningskonsept er å tilby høy kvalitet gjennom å sikre rett kompetanse til rett oppdrag, og gi tett oppfølging av sine ansatte⁴⁰. Den tilspissete markedssituasjonen gjør at byråsykepleierne stort sett innretter seg etter institusjonens krav, men noen usikkerhetsmomenter knyttet til bruken kan likevel aldri unngås.

Som vi har sett, er det vanskelig å kontrollere det totale omfanget av vikarens arbeidsinnsats, selv på ett enkelt sykehus. Men også manglende leveringsdyktighet fra vikarbyrået kan by på problem. Når de vikarene avdelingslederne har bestilt og blitt lovet ikke dukker opp, mister avdelingslederne kontroll over bemanningssituasjonen.

Et tredje problem, som flere pekte på, er at de, tross vikarsykepleiernes generelt gode faglige kompetanse taper noe av kontrollen over kvaliteten på sykepleieinnsatsen. Dette henger bl.a. sammen med at avdelingslederne sjelden selv får intervjuet vikaren, her er vurderingen overlatt til en tredje part, vikarbyrået. Derfor vet de egentlig ikke hva vikaren er god for før vedkommende har vært på avdelingen en stund. I de skjøre systemene med omfattende pleieoppgaver, høye krav til effektivitet og knappe personellressurser, skaper manglende kontroll en usikkerhet som forplanter seg innover i hele systemet.

Nå kunne en også tenke seg at vikarer også har noe verdifullt å tilføre avdelingene de kommer til i kraft av at de selv har bred erfaring fra mange ulike avdelinger. De kan inspirere, tilby et nytt blikk og nye perspektiver som utfordrer konvensjonelle tanke- og handlingsmønstre fordi de selv har bred erfaring fra mange ulike steder. Selv om avdelingsledere i prinsippet så positivt på slik impulsimport, var det vanskelig å få dette til i praksis, siden det stort sett dreide seg om kort tid i avdelingen. Selv på avdelinger som brukte vikarer hyppig, var det gjerne stor utskifting av vikarer, noe som begrenset mulighetene for å komme med innspill. Nykommere må ha sosiale antenner og ikke gå for fort fram, det mobiliserer lett «slik gjør vi det her»

⁴⁰ Se blant annet www.medisinsvikarbyra.no

holdningen. I intervjuene kan en kanskje ane slike spenninger. For å få fram dels *om* slike spenninger fantes og dernest *hvordan* de håndteres av de lagspillerne som konstituerer avdelingsmiljøet, er intervjumetoden neppe den best egnede forskningsmetoden, slik at det ville være nødvendig å supplere med feltarbeid.

Noe av det avdelingslederne fryktet mest, var at de skulle miste oversikt og kontroll over kvaliteten på sykepleiarbeidet ved å bruke vikarbyråer for mye. Manglende kontroll og oversikt kunne føre til at kvaliteten ble svekket over tid. Imidlertid ser også denne vurderingen ut til å variere mellom ulike avdelingstyper. Likevel var det lederne ved de mest høyspesialiserte avdelingene som fryktet dette minst, fordi vikarbyråene etter deres oppfatning har en meget streng kvalitetskontroll, og derfor stolte de på at det foregår en reell kvalitetssikring på det nivået. Dette stemte også med deres konkrete erfaringer. Grunnen kan være så enkel som at spesialsykepleiere har gått gjennom et lengre utdanningsløp som borger for kvalitet og felles faglige standarder i det faglige arbeidet. I dette spørsmålet var avdelingslederne på linje med sykehusets administrative toppledelse, som også anser kontraktens detaljeringsgrad for å være en tilstrekkelig god kvalitetskontroll.

Oppsummering

På sykehuset Østlandet var perioden 2000–2002 typiske «vikarbyrå-år» med økende vikarbruk og relativt stor optimisme i forhold til slik bruk. Men fra 2003 har vikarbruken sunket merkbart, og avdelingene forsøker aktivt å begrense bruken til et minimum. Den viktigste begrunnelsen er de høye kostnadene. Nå brukes vikarer utelukkende i korte perioder som ved akutt sykdom, i ferier, spesielle helger og helligdager. Unntak fra hovedregelen er perioder med omstruktureringer på avdelingsnivå, hvor vikarbyråene blir en ressurs før den nye strukturen er endelig utformet og gjennomført.

Den typiske vikar i dag er i aldersgruppene 25–35 år og 45–55 år. Alle har minst to års yrkeserfaring og anses gjennomgående som dyktige og kompetente medarbeidere, selv om det finnes unntak. Om vikarene jobber mer enn faste ansatte er noe usikkert, men mye kan tyde på at de gjør det. Lønnsmessig tjener en vikar bedre enn en fast ansatt, men nøyaktig hvor mye bedre varierer, og et viktig forhold er at de ikke lengre har tariffavtaler som

sikrer vanlige arbeidstakerrettigheter. Vikarene må på individuell basis ordne med private spareordninger.

Den virkelig store fordelen med vikarbruk er at en kan unngå å overbelaste den faste staben. Selve det faktum at byråene finnes og kan brukes, gjør at avdelingene på meget kort varsel kan skaffe kvalifiserte og kompetente vikarer, er positivt i seg selv. Omfattende vikarbruk vil imidlertid berøre kontinuiteten i avdelingsarbeidet. De sosiale aspektene ved å bruke denne formen for tjenester kan enkelte ganger være problematisk ved at vikarsykepleierne ikke integreres i miljøet. Det kan oppstå problem dersom byråene ikke leverer de vikarene det er inngått avtale om, noe som skjer. Men vikarbyråene framstår alt i alt som et godt supplement for å løse bemanningsproblemer i mange situasjoner. Dermed blir vikarbyråene en sikkerhetsventil i et sårbart system.

7 Effektivisering

Utgiftsveksten i helsesektoren og endringer i finansieringssystemet, har satt søkelys på effektivisering av sykehusdriften og nye måter å effektivisere på. Organisasjonsendringer presenteres ofte i relativt generelle og visjonære termer. En retorikk er at det skapes et «tolkningsrom» for lederskapet, som gir uforutsigbare effekter (Christensen 1994). Tema i dette kapitlet er hvordan lovendringen om innleie av vikarer påvirker arbeidsforhold og tjenestekvalitet på avdelingsnivå ved sykehuset, og igjen med størst fokus på sykehuset Østlandet. Er det mulig å konkludere med at innleie av vikarer fører til mer effektiv drift? Å isolere effektene av en enkelt lovendring er neppe mulig. Likevel skal vi forsøke å diskutere virkninger av vikarbruk ved en moderne sykehusavdeling med henblikk på om resultatet svarer til forventningene. Ut fra våre data kan vi si noe om hvordan aktørene fortolker og handler i situasjonen og diskutere hva de sier om kostnadseffektivitet, fagfellesskap og tjenestekvaliteten i forhold til vikarbruk.

Kostnadseffektivitet

Med den desentraliserte styrings- og organisasjonsmodellen følger avdelingsvise budsjetter, som pålegger avdelingslederne et større økonomisk ansvar for den daglige driften av avdelingene. Styringssignaler fra toppledelsen har nedfelt seg i avdelingsledernes tenkning omkring vikarbruk og påvirket beslutninger om å bruke eller ikke bruke vikarbyråer. Økonomiske disposisjoner blir svært viktige i vurderingen av vikarbruk, kanskje til og med viktigere enn rent faglige kvalitetsvurderinger av vikarenes kompetanse. I en studie av vikarbruk på to sykehus, svarte nesten 75 prosent av lederne at det eksisterte klare retningslinjer for slik bruk (Værøy 2004). Ledelsen der bekreftet at slike signaler lå nedfelt i rutiner for ressursplanlegging, i partssammensatte medbestemmelsesutvalg og i sykehusenes personalprogram.

Avdelingslederne mente også at styringssignalene fra toppen var klare, men de hadde ulike oppfatninger om sykepleiervikarene var et kostnadseffektivt alternativ eller ikke. Mange var lojale og gjorde, som vi allerede har sett, mye for å klare seg uten denne tjenesten. Det kunne virke som om selve

forestillingen at vikarer var et dyrt alternativ, resulterte i at de helst brukte andre bemanningsalternativer.

En opplagt effektiviseringsgevinst, som flere pekte på, var at de *i prinsipp* kunne bruke mindre av sin egen arbeidstid på å skaffe vikarer og overlate den delen av jobben til vikarbyråene. Det foreligger ingen statistikk som dokumenterer nøyaktig tidsbruk, men avdelingslederne sa selv, og i Sykehusets årsrapport ble det framholdt, at det ble brukt noe mindre tid enn før på bemanningslister, selv om de fortsatt brukte svært mye tid.

Det som ble minst like klart var at lederne i utgangspunktet foretrakk å bruke sine «egne» ekstravakter. De ringte rundt til både de fast ansatte og de faste ekstravaktene, *før* de ringte vikarbyråene. Her ser vi et eksempel på at nye, tydelige økonomiske incentiver ikke kan implementeres direkte, de gjøres til gjenstand for fortolkning i lokale kontekster og veves inn i veletablerte prosedyrer, som ikke automatisk avvikles. Selv med sterke krav til effektivisering må nye ideer først få gjennomslag i den lokale avdelingskulturen. Kraftige styringssignaler ovenfra endrer ikke dette forholdet (Vabø 2005).

Det virket som om manglende overordnet planlegging av vikarbruken ved dette sykehuset førte til mye unødig stress og uhensiktsmessig tidsbruk. Bare ett punkt, ferieavvikling, som er en meget vanskelig periode ved de aller fleste sykehus, var godt planlagt. I feriene stenges avdelinger, bemanningen reduseres til det absolutte minimum i forhold til et nivå som anses faglig forsvarlig, og det skjer et utstrakt samarbeid på tvers av avdelinger. Avdelingslederne visste lang tid på forhånd det reelle behovet for vikarer, som ble bestilt i god tid. Slik vikarbruk var ukomplisert, og ordningen virket tilfredsstillende.

Heller ikke i situasjoner med *akutt fravær* blant egne fast ansatte, ble vikarbyråer ansett som et spesielt dyrt alternativ. Det bidro til å løse et problem effektivt. På det tidspunktet undersøkelsen foregikk var det nesten bare heltidsstillinger ved sykehuset Østlandet. Ved akutt sykefravær var alternativet enten å betale egne ansatte dobbelt lønn i fraværperioden eller kontakte vikarbyrået⁴¹. Kostnadene ved å bruke eget personell var omtrent 100 prosent overtidsbetaling og representerte omtrent samme utgiftsnivå

⁴¹ På avdelingene i denne undersøkelsen er få deltidsstillinger. Pålagt overtid/merarbeid medfører da 100 prosent tillegg på egne ansatte.

som å leie inn en sykepleiervikar. Med dette utgangspunktet ble de direkte utgiftene ikke ansett som urimelig høye og følgelig heller ikke et problem.

Også i perioder med store strukturelle endringer i avdelingsstrukturen, enten i form av midlertidig sammenslåing av enheter, flytting eller omorganisering, framholdt flere avdelingsledere at vikarbyråer kunne være et godt alternativ som avlastning. De siste årene har det vært mange slike endringer, noe som i tillegg til å skape store belastninger for det faste personalet, også skapte stor uforutsigbarhet i forhold til å definere det framtidige personellbehovet. I slike overgangsperioder så de det som mer kostnadseffektivt å bruke vikarer fra vikarbyråer enn å opprette midlertidige stillinger. Men det virket mer som et tankeeksperiment enn som en realitet at de ville innrette seg slik.

Kanskje det aller viktigste var vissheten om at vikarbyråer kunne bidra til å redusere (over)belastningen på avdelingens eget personell. Uten ekstravakter eller vikarer måtte de bruke *beordring* som løsningsstrategi. Avdelingslederne visste av lang erfaring at beordring kunne øke sykefraværet over tid, siden stor vaktbelastning økte slitasjen på avdelingens eget personell. Erfaringene fra dette sykehuset tyder på at avdelingslederne ikke beordret noen av sine ansatte på jobb etter at ordningen med vikarbyråene ble etablert. Dette betyr imidlertid ikke at sykepleierne nå aldri jobber overtid eller tar ekstravakter, men nå skjer det mer på frivillig basis enn før.

Det permanente behovet for en fleksibel arbeidskraftreserve, kombinert med en økonomisk begrunnet motstand mot eksterne vikarbyråer, har gitt støtet til å planlegge en *intern «ressurspool»*⁴², med sikte på å redusere behovet for eksterne byråer. Forventningen er at å satse mer på egne krefter vil gi betydelig økonomisk gevinst. Men om en intern resurspool kan dekke det reelle behovet for ferievikarer, er foreløpig mer uklart, derimot kan det etableres et samarbeid mellom interne og eksterne vikarbyråer⁴³. Særlig ferieavviklingen er og vil fortsatt bli en stor utgiftspost på sykehusbudsjettet. I følge arbeidsmiljøloven kan en heller ikke bruke merarbeid/overtid for å dekke normalt fravær, som for eksempel ferieavvikling (NSF:2000).

⁴² På sykehuset i denne undersøkelsen er de nå i gang med å etablere en ordning som kalles resurspool, 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.

⁴³ Universitetssykehuset i Nord-Norge har nylig etablert den type samarbeid.

Forholdet mellom vikarbyråer og egne vikarpooler er et spørsmål det er viktig å følge opp med forskning framover.

Lovendringen kom raskt, og alle var uforberedte. Også omleggingen fra langtidsbruk til korttidsbruk av vikarer skjedde svært raskt. Selv med konjunktursvingninger i markedet og god vikartilgang, har skepsisen overfor nyskapningen blitt styrket snarere enn den har avtatt. Premisset for den økende skepsisen er først og fremst økonomien i tiltaket, men den må alltid veies mot belastningen på det egne personalet. Disse to hensynene må balanseres til enhver tid, og underkastes en meget streng økonomisk vurdering.⁴⁴

Konsekvenser for fagfellesskap og arbeidsmiljø

Med et utvidet effektbegrep blir spørsmålet hvilke andre aspekter enn de snevert økonomiske definerte, som er viktige. Vi så innledningsvis at mens det instrumentelle perspektivet hevder en nesten entydig sammenheng mellom styringssignaler og organisasjonstilpasning, legger det institusjonelle perspektivet mer vekt på å studere utilsiktede virkninger for å kunne vurdere om en lovendring er vellykket. Igjen har det å gå tett på sentrale aktører gitt et innblikk i flere sider av hva lovendringen betyr på avdelingsnivå, og hvordan avdelingslederne tenker og handler i konkrete situasjoner.

Trekk ved lokale avdelingskulturer tyder på at spørsmålet om kostnads-effektivitet er dypt problematisk. Vårt inntrykk er at avdelingene har hatt noen problemer med å tilpasse seg den nye situasjonen. Kravet om at vikarenes kompetanse skal tilpasse seg de lokale forholdene ved avdelingen, oppleves ofte som å gi mindre kontinuitet og flyt i arbeidet. Og siden det er atskillig variasjon mellom avdelingene i rutiner om arbeidsorganisering og prosedyrer, vil en stadig strøm av nye vikarer som kommer og går, og mangler nødvendig kunnskap om avdelingens formelle og uformelle sider, redusere effektivitetsgevinsten. Men igjen: vurderingene av hvor mye dette betyr, spriker foreløpig mellom avdelingslederne. Effekten vil antakelig alltid være vanskelig å beregne isolert sett.

Sykepleiernes yrkesutøvelse skjer i en formell kontekst, men den sosiale praksisen har mange uformelle sider. I løpet av en arbeidsdag fattes mange

⁴⁴ 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.

faglige og praktiske beslutninger, og det utøves klinisk skjønn. Noen vurderinger knytter an til den enkelte sykepleiers erfaringer og personlige egenskaper. Det siste kunne indikere en forholdsvis svak sammenheng mellom formell normativ struktur og faktisk beslutningsatferd, men det er likevel neppe tilfellet.

Avdelingene har ikke endret sine interne rutiner for å tilpasse arbeidssituasjonen for vikarbruk. Forventningen til vikaren er som nevnt tidligere, at hun/han blir en velfungerende del av avdelingen og medlem i en arbeidsgruppe på kortest mulig tid, helst fra det øyeblikket de setter sin fot på avdelingen. Fra én synsvinkel er det nesten forbausende hvor lite tid det settes av til intern opplæring, selv om vikarbyråene står for finansieringen av den tiden som går med (Dahle og Kvamme 2005). Men ved nærmere ettersyn er det mange grunner. Det kan dels skyldes en institusjonell treghet på avdelingsnivå og en form for subtil motstand. Den må gis av noen som kjenner avdelingsrutinen, og vikaren skal nettopp dekke opp for det personalet de mangler. Det er reelt lite tid til å gi opplæring. Om de egentlig ikke ønsker å bruke vikarer, utsettes også avgjørelsen i det lengste og da blir det aldri tid til intern opplæring. Det kan skapes både gode og dårlige praksiser rundt opplæringen av vikarer. Noen avdelingsledere stiller strenge krav og *forventer* selvstendighet. Ved sykehuset Nord sa en informant rett ut at flere avdelingsledere hadde valgt en «hard linje», de forventet rett og slett at vikaren skulle kunne starte arbeidet uten noen form for opplæring. Det må en kunne forvente som en del av deres profesjonelle kompetanse.

Den faste staben med tilknytning og tilhørighet til avdelingen, danner det fundamentet som skal borge for kontinuitet og kvalitet, mener avdelingslederne. Innebygde definisjoner av hva som skaper god pleie og omsorg og et arbeidsmiljø med gode kvaliteter, kan bidra til å skape motvilje mot tilfeldige vikarer. Men én utviklingslinje kan også være at avdelingene har lært over tid og nå bruker ordningen mer offensivt.

De fleste avdelingslederne anså vikarene som det de var, korttidspersoner. Det var en posisjon som ga dem svært begrensede påvirkningsmuligheter i det daglige avdelingsarbeidet. Personlighetstrekk virket egentlig lite inn på vikarenes atferd, og de var der for kort tid til at kolleger egentlig visste så mye om dem. Utdannede sykepleiere er sosialisert inn i en profesjonell kultur hvor det gjennomgående er bred enighet om faglige standarder. De disiplineres gjennom etablerte konvensjoner, lange tradisjoner og

praksisformer i sykepleien, og de fleste vikarene opptrådte slik det ble forventet av dem ut fra deres profesjonelle rolle og faglige kvalifikasjoner. Trolig er det også viktig for dem at avdelingene er fornøyde med den jobben de gjør. De visste at avdelingslederne hadde myndighet til å bryte kontrakten og sende dem tilbake til byrået hvis innsatsen ikke svarte til forventningene, og de kunne dessuten kreve å få en erstatning umiddelbart. Det er en situasjon neppe noen ønsker. Ved å bevege seg inn i en lokal avdelingskultur, hvor vikarene aldri kan være helt sikre på om de er velkomne, selv om alt tyder på at de utgjør en avlastning for de fast ansatte, står vikarenes renommé mer på spill. Selv om vikarene representerer en etterspurt kompetanse, virker trolig deres utsatte posisjon disiplinerende på atferden.

På dette sykehuset var det flere høyt spesialiserte enheter som krevde særlig høy kompetanse, det var mange spesialutdannede sykepleiere og høy grad av funksjonsdeling. Slik arbeidsdeling gir klare retningslinjer for hvordan vikarsykepleierne skal løse sine faglige oppgaver. Den formelle organisasjonsstrukturen foreskriver ikke direkte faktiske handlemåter, men legger indirekte sterke føringer på hvordan oppgavene skal bli utført (Christensen m.fl. 2004).

Formelt sett er det altså lite som skiller en vikar fra en fast ansatt. De har samme offentlige godkjenning, og samme formelle forutsetninger for å treffe sykepleiefaglige beslutninger. Tross formell kompetanselighet og at vikarene utfører den fagprofesjonelle delen av jobben i et sykepleiefaglig miljø, er det likevel mange oppgaver vikarene ikke kan utføre og som skaper en ulik arbeidsdeling. Særlig gjelder det oppgaver som er knyttet til oppfølging av pasienter over tid, kontakt med pårørende og andre aktører i omverden. Disse overlates gjennomgående til det faste personellet. En vikar må alltid underordne seg de fast ansatte sykepleierne og utføre oppgavene slik det forventes på avdelingen⁴⁵. Om deres profesjonelle arbeidsmåte støter an avdelingens normer og verdier vil de antakelig bli avvist. Deres rolle er å avlaste de fast ansatte og det er lite rom for å sette nye standarder.

Vikarer ansatt i et medisinsk byrå har sin daglige arbeidsplass i et etablert arbeidsfellesskap. Selv om vikarene er tilknyttet en annen arbeidsgiver, vil mye av erfaringsbakgrunnen og miljøet rundt dem være gjenkjennelig på enhver avdeling. En vikar er prisgitt de lokale forutsetningene for å kunne ut-

⁴⁵ Jeg tar forbehold om at situasjonen kan være en annen i helgene. Dette kan ha betydning for arbeidsmiljøet.

føre det arbeidet hun eller han er leid inn for å gjøre (Allvin m.fl. 2003:28). Teoretisk sett og fortolket ut fra det instrumentelle perspektivet, kunne en forvente at sykepleiervikarene, nettopp ut fra kompetanselikheter, blir integrert i organisasjonen relativt raskt og uproblematisk. Men bruker en det institusjonelle perspektivet som tolkningsramme, er integrering et mye mer sammensatt problem. For det er neppe mulig å sette seg inn i lokal kultur, uformelle regler, rutiner og handlingsmønstre på så kort tid som det her er snakk om, og deretter forlate avdelingen igjen etter én eller noen ganske få vakter. Også det faktum at en vikar som regel kommer alene, gjør at hun eller han blir både synlig, men også helt usynlig på samme tid. For ut fra avdelingsledernes beretninger framstår vikarene alt i alt som en i relativ forståelse, marginalisert gruppe. Lokale kulturelle trekk kan bli en kilde til fragmentering som etablerer en demarkasjonslinje mellom «dem» og «oss». At vikarene i hovedsak ble oppfattet som «outsidere», gjorde også at de alltid, uansett formell kontroll, representerte et visst usikkerhetsmoment. De faller utenfor identiteten et «felles vi». Som vi har vært inne på tidligere, og uten at det kan tolkes for langt, er inntrykket at det var større usikkerhet og et tydeligere behov for å kontrollere vikarenes arbeid på avdelinger med lav spesialiseringsgrad. Spesialsykepleiere har et bredere felles kunnskapsgrunnlag som borger for en mer enhetlig praksis og dermed reduseres usikkerheten hvem «den fremmede» er.

Byråene fungerer som et administrativt mellomledd, siden vikarene har sin arbeidsplass ute på helseinstitusjoner og ikke i selve vikarbyrået. Vikarene samarbeider lite med andre vikarer og de blir mottatt som enkeltindivider der de kommer. Men byråene vil antakelig forvente lojalitet fra sine ansatte.

Noen ledere fryktet på forhånd at vikarbruk ville føre til kompliserte relasjoner mellom vikarer og faste ansatte. Noe som kan prege forholdet til vikarene, men som de ikke bærer ansvaret for, er om vikarbyråene har dårlige leveringsrutiner. Å levere vikarer i henhold til kontrakten, er en av vikarbyråenes aller viktigste oppgaver. Nesten alle avdelingslederne kunne gi eksempler på at slik svikt hadde forekommet fra tid til annen. Bestilte vikarer kom ikke som avtalt, og slike episoder skapte alltid store problemer for avdelingen. Da må avdelingene enten gå med redusert bemanning, eller beordre sine egne ansatte til overtid, som betyr å overbelaste de faste ansatte, og som de søker å unngå i det lengste. Brer det seg en negativ innstilling til

vikarbyrået er det stor sannsynlighet for at den smitter over på vikarene, selv om dette aldri ble sagt så klart og direkte i intervjuene.

Men om vikarbruken ble mer vanlig enn i dag, kom det også til uttrykk en viss frykt for at dette ville kunne gå ut over tjenestekvaliteten. Det er allerede et problem ved mange avdelinger at det skjer hyppige utskiftninger i personalet, som gir lav stabilitet. Avdelingene tåler ikke større gjennomtrekk enn de allerede har, mente avdelingslederne, fordi det ville påvirke kontinuiteten og helheten i pleieforholdet negativt og hvor den enkelte pasient vil bli skadelidende.⁴⁶ Ansvar for oppfølging og kommunikasjon med pårørende ville pulveriseres, noe som også betyr forringelse av tjenestetilbudet. Men nå kan en også si at med dagens lave omfang av vikarbruk, er denne problemstillingen mer hypotetisk enn reell. Vikarer fra byråer utgjør tross alt et svært lite mindretall, siden det er sjelden mer enn én til stede pr. vakt og de som kommer har høy faglig kompetanse. De har følgelig liten selvstendig innvirkning på tjenestekvaliteten totalt sett, verken i positiv eller negativ retning.

⁴⁶ Dette beskrives også av Allvin m.fl. (2003:25): vikarbyrået har ikke alltid har orden på bookingen.

8 Diskusjon

Etableringen av medisinske vikarbyråer er en realitet, og alt tyder på at dette er blitt en permanent ordning, selv om bruksmåten kan komme til å variere mye. Byråene representerer en strukturell endring og en ny organisasjonsmodell som er ment å tilby «tidsriktige», effektive løsninger på kompliserte bemanningssituasjoner. Dette skjer i en tid hvor fleksibilisering i arbeidslivet vinner ideologisk terreng. I en kort periode økte bruken av vikarbyråer raskt, så ble den kraftig redusert igjen de siste to–tre årene, og det er mulig at bruken nå er på vei oppover igjen. Denne variasjonen gjelder antakelig for svært mange norske sykehus.

Den sterke kostnadsveksten i sykehusene fra 1990-tallet og utover, utløste krav om omstilling, modernisering og effektivisering. Nye markedsinspirerte ideologier har fått innpass. Det ble bl.a. satt fokus på å utvikle ledelsesformer med en mye tydeligere ansvarsstruktur. Såkalt *enhetlig ledelse* med klinikksjefer og med vekt på profesjonell lederkompetanse, var en strategi for å gjøre sykehusorganisasjonen mer målrettet, fleksibel og brukervennlig. Klinikksjefene har erstattet såkalt *faglig ledelse*, som ga legene et selvfølkelig og overordnet ansvar for helheten, mens sykepleierne hadde sin egen faglige leder. Dette var også et kjønnshierarkisk arrangement, hvor legene representerte kunnskapen og ansvaret, mens pleierne ble oppfattet som underordnede assistenter. Ikke overraskende vakte overgangen til nye ledelsesformer mye motbør i starten (Gjerberg og Sørensen 2006). Særlig legene protesterte kraftig mot at sykepleiere og andre uten medisinsk bakgrunn skulle kunne overta lederskapet. En viktig maktbase var truet. Denne stormen ser nå ut til å ha stilnet, og ordningen med enhetlig ledelse har mer eller mindre funnet sin form.

Den nye ledelsesstrukturen har prinsipper om desentralisert ansvar og ledelse, og har satt seg gjennom også på avdelingsnivå. Det har for eksempel medført at klinikksjefene i denne undersøkelsen egentlig ikke visste hvordan vikarordningene fungerte på den enkelte avdeling. De henviste forskerne til avdelingsnivået i sykehusorganisasjonen for å snakke direkte med avdelingslederne. I de nye «managementregimene» er toppledelsens ansvar å utmeisle overordnede prinsipper og føre kontroll og tilsyn med at avdelingslederne holder seg innenfor oppsatte budsjettmessige rammer. Den nye organi-

seringen er mindre hierarkisk og delegerer tydeligere enn før mer av driftsansvaret nedover, mens også kontrollformene er blitt tydeligere.

Det er liten tvil om at vikarbyråene var svært lønnsomme bedrifter i starten. Både mens denne undersøkelsen pågikk og i tiden etterpå, har situasjonen endret seg betydelig og bruken av vikarer er betydelig endret. Reduksjonen skyldes flere forhold. For det første anses vikartjenester som altfor dyre og de utgjør en tung post på sykehusbudsjettene. Dette tilsier en restriktiv bruk. På det punktet har vikarbruken altså ikke svart til de økonomiske forventningene om å oppnå en økonomisk mer effektiv avdelingsdrift, og de framstår i dag som en lite egnet langsiktig og permanent løsning på personellbehovet. For det andre skapte foretaksreformen av 2002 (se kap. 4), kombinert med en svak kommuneøkonomi i årene mellom 2002–2005, en ny og uventet situasjon i løpet av svært kort tid. Loven om innleie trådte i kraft i 2001 i en periode med stor mangel på sykepleiere. Da denne markeds-situasjonen helt uventet endret seg, førte det til en ansettelsesstopp ved en rekke avdelinger og ledige stillinger ble inndratt. Svak kommuneøkonomi og foretaksloven ga ringvirkninger, og for første gang i norsk etterkrigstid hadde sykepleiere usikre jobbutsikter. Dermed sank også behovet for *eksterne* vikarer drastisk. Den nye situasjonen førte imidlertid også til at færre sykepleiere fikk fast ansettelse på sykehusene, slik at mange flere nå har midlertidige stillinger.

Fra et bruksmønster hvor byråene ofte leide ut lange vikariater, anses vikarbyråer nå som en ren nødløsning i korte perioder med stor eller akutt mangel på sykepleiere. De dekker uventede «huller» i turnusen og ved syke- og kortidsfraværet, og framfor alt er ferieavviklingen den store utfordringen for sykehusene. Her har vikarene uten tvil bidratt til at avdelingen har kunnet opprettholde aktiviteten på et forsvarlig nivå og med betydelig mindre slitasje på det egne personellet.

Å bestille vikarer er en *forhandlings situasjon* mellom avdelingsleder og vikarbyrå. Motsatt startfasen, sitter mye av makten, kontrollen og kompetansen nå hos bestillerne, altså sykehusene. Helseforetakene inngår treårige, faste rammeavtaler med noen få utvalgte byråer etter anbudsutlysninger hvor den enkelte avdeling står fritt til å velge mellom sykehusenes kontraktpartnere. Avdelingslederne definerer nøyaktig hvilke kvalifikasjoner som kreves i gitte situasjoner, og har som regel konkrete spesifikasjoner av hva slags vikarer de ønsker. Vikarbyråene svarer på avdelingens krav og bestemmer ut fra det hvilke vikarer i deres stab som skal få et gitt oppdrag. Med dagens

markedskonjunkturer har sykehusene svært gode forhandlingskort og kan stille meget høye krav, som igjen gir høy kompetanse på vikarene. Men prisen anses fortsatt som svært høy i en budsjettmessig sammenheng.

Vikarsykepleierne har samme utdanning som de fast ansatte, og det kreves minst to års ansiennitet for å bli fast ansatt i et vikarbyrå. Likhet i kompetansenivå mellom fast ansatte og vikarer gjør at det heller ikke er enkelt å snakke om skiller når det gjelder kvalitet på det profesjonelle arbeidet. På dette punktet skiller sykepleiervikarer seg ut fra andre vikarer i byråene, ved at det er velkvalifiserte sykepleiere som går *fra* fast ansettelse i en institusjon *til* fast ansettelse i privat byrå, mens den vanlige karriereveien for en vikar går fra usikker midlertidig stilling til fast ansettelse (Gezelius 2000). Og lite tyder som sagt på at tjenestekvaliteten ved vikarbruk er blitt særlig påvirket, verken i positiv eller negativ retning.

Tross stor faglig likhet og høy kompetanse, oppfatter avdelingslederne likevel vikarene som noe mindre funksjonelle i yrkesutøvelsen enn de fast ansatte. Gjennomgående ble de i liten grad integrert i arbeids- og avdelingsfellesskapet, de ble heller ikke ansett som fullverdige organisasjonsmedlemmer, og de hadde liten eller ingen mulighet til innflytelse på avdelingens faglige og sosiale utvikling. En kunne ha tenkt seg at et nytt blikk kunne se og foreslå andre måter å bruke avdelingens egne ressurser på. I den grad vi spurte avdelingslederne direkte om dette, gjenkjente de problemstillingen og hadde reflektert over spørsmålet. Noen stilte seg også i utgangspunktet positive til tanken. Men når slike initiativ bare skjedde unntaksvis, hadde det først og fremst sammenheng med at vikarer bare ble brukt som kriseløsning. Krisetider krever mer handling enn refleksjon. Og jo kortere tjenestetid på avdelingen, jo mindre integrasjon i avdelingens faglige og sosiale miljø og tilsvarende redusert faglig gevinst ved å bruke vikarer. Det syntes å være mangel på overordnet planlegging som kunne svekke målsettingen om økt kostnadseffektivitet og som hindret effektiv utnyttelse av vikarene.

Når en enkelte ganger kunne spore en motvilje hos avdelingsledernes mot å bruke vikarer, var den først og fremst økonomisk begrunnet. Men det er også grunn til å tro at det er en viss kulturell motstand i systemet, selv om vi ikke har data til å belegge en slik påstand fullt ut. Kulturelle aspekter, som tradisjoner, normer, vanetenkning osv., påvirker hvilke organisatoriske løsninger som velges. Det er en erkjennelse at god kvalitet på pleie- og omsorgstjenester er nært forbundet med kontinuitet i pleien. Sykepleiere fra vikarbyrå synliggjør på en særegen måte at det skapes et kontinuitetsbrudd som

berører sentrale verdier i pleiekulturen. Et argument som kom fram ved flere anledninger, gjaldt en skepsis og en viss moralsk motvilje mot at private markedsaktører, vikarbyråene, skal tjene seg rike på helsevesenets rekrutterings- og bemanningsproblemer. Pleiefellesskapet er tuftet på sykepleiernes faglige og kollektive engasjement (Hamran 1992). Det faste avdelingspersonalet kan ha en underliggende frykt for at vikarene ikke deler det samme personlige engasjementet. Det at noen kommer og deretter forsvinner like raskt, kan påvirke relasjonen mellom pleiere og mellom pleier og pasient som gjør at det rent menneskelige ved samhandlingen ikke blir godt nok ivaretatt. Vikarenes nærvær skaper en utrygghet som berører pleiekulturen. Vi fornemmet en viss uro, uten at vi kan si at dette var en framtreddende holdning blant de vi snakket med.

På de fleste avdelinger på norske sykehus er virksomheten i dag organisert som team- eller gruppearbeid. Fokus på teamwork gir muligheter for definere mer presist termer som *integrering*, ikke *delegering* av arbeidsoppgaver (Kuhlmann 2006). Delegering er, i følge Ellen Kuhlmann, basert på ulik maktfordeling. Integrering derimot forutsetter derimot at oppgavene fordeles og samordnes ut fra den enkeltes kvalifikasjoner og deres erfaring som profesjonelle (op. cit., s. 49). I motsetning til mange typiske flerfaglige team, utgjør pleiepersonellet stort sett homogene arbeidsgrupper som har et felles ansvar for et visst antall pasienter. Når avdelingslederne mente at vikarene, tross gode og relevante kvalifikasjoner, ikke fungerte optimalt i avdelingsarbeidet, kan én forklaring også være at de ikke ble integrert i arbeidsgruppene, men snarere fikk delegert bestemte oppgaver innenfor rammen av en arbeidsgruppe – at det altså skjedde en maktforskyvning fra en likeverdig og horisontal integrering til maktulikheter. En annen og antakelig viktigere grunn, er selvfølgelig den korte perioden vikaren der, siden integrering gjerne forutsetter en mer langsiktig tilknytning hvor aktørene lærer hverandre å kjenne. Gode indikatorer på effektivitet er når teamet har et felles engasjement i beslutningsprosesser, gjør tilpasset og riktig bruk av ferdigheter, når deltakerne forstår sine individuelle roller, utvikler felles mål og felles retningslinjer og står sammen om innovative praksiser for å forbedre kvaliteten (Gerrish 1999, i Kuhlmann 2006, s. 49).

Fra forskerhold har det vært reist betydelig kritikk mot de omfattende systemendringene. Én vesentlig innvending er nettopp at konsern- og markedsmodellen forskyver oppmerksomheten bort fra spørsmål om det politiske og moralske grunnlaget for offentlige velferdsytelser, over mot

spørsmål om ytelsenes kostnadseffektivitet (Wærness 1999; Lian 2003; Vetlesen 2006). En annen kritikk er at nye ideologier, som for eksempel kvalitetssikring, transformeres og refortolkes gjennom mange ledd på veien fra et styrings- og administrativt nivå ned til utøverleddet, slik at det i praksis skjer ytterst få endringer i dette nivået (Vabø 2002). Effektivisering av helseinstitusjoner er blitt et av de viktigste honnørordene i dag. Én kritikk som reises mot effektiviseringen, er at det uklart hva som legges i selve begrepet. For noen aktører kan effektivitet innebære en tydeligere arbeidsdeling med klarere kommandolinjer, mens andre knytter effektivitet nettopp til det motsatte, til fleksibilisering, mer bruk av arbeidsgrupper og jobbrotasjon, mens andre igjen måler effektivitet ut fra graden av samarbeid på tvers av hierarkiske nivåer (Elstad & Hamran 1995; Lindgren 1999).

Sosiale og relasjonelle forhold har vært hyppig brukt som argumenter mot å bruke vikartjenester. I dag representerer vikarene ingen offensiv motkultur. Det ser ut til at vikarbyråene oppfattes som et nødvendig onde for å løse bemanningsproblemene avdelingene står overfor. På tross av at kvaliteten anses som tilfredsstillende, ville avdelingslederne heller løse bemanningsproblemet internt.

Vikarbruk dreier seg imidlertid også om en gradvis tilvenning til nye organisasjonsformer. Det at fast ansatte blir vant til at det kommer vikarer, normaliserer situasjonen. På det aktuelle sykehuset virke det som om de avdelingene som brukte vikarer oftest, også var mest fornøyde med ordningen. Dette kan tolkes som at når vikarer blir dagligdagse foreteelse, skaper det heller ikke særlige problemer. Avdelingenes erfaringer kan snarere bety at det utvikles en større toleranse over tid, og at avdelingen sammen evner å integrere vikarene i det daglige arbeidsmiljøet.

Sykepleiernes arbeidssituasjon er ikke bare et resultat av samspillet mellom instrumentelle effektivitetshensyn og kulturelt pregete arbeidsmiljøer. Den er også et resultat av nye konjunktursvingninger i et arbeidsmarked preget av permanent personellmangel.

Nye tilpasninger og nye tendenser

Sykehusene ble «pustet i nakken» i vikarbyråenes etableringsfase. Da kostnadssiden ved det nye arrangementet ble klarere, intensiverte sykehuset arbeidet med å utarbeide mer individtilpassete turnusordninger, som allerede var påbegynt i forkant av lovendringen. Det eksperimenteres nå med såkalt

«ønsketurnus» og alternative arbeidsordninger som en håper vil gi færre «huller» i turnusplanen og helst også et mer fornøyd personale. Kanskje ligger det her også et potensial i å endre tradisjonelt innarbeidete turnusordninger, som skaper et kontinuerlig behov for ekstravakter. Slik sett kan vikarbyråer stimulere til organisatorisk nytenkning.

Vår forventning i starten var at vikarbyråene ville vokse raskt, selv om vi også tok i betraktning at fenomenet kunne være konjunktursensitivt. Det siste har vist seg å være riktig. Men fordi sykehuset ser det som et overordnet mål å redusere vikarbruken ytterligere, er den nyeste utviklingen at de selv forsøker å etablere andre, mer kostnadseffektive alternativer. Mye tyder på at stadig færre sykepleiere oppnår å bli ansatt i 100 prosent fast stilling. Normen (ikke loven) tilsier at fast ansatte i heldagsstillinger skal ha to av tre helger fri. I dag ser en tydelige tendenser til at stillingsbrøken, både ved dette og en rekke andre norske sykehus, krymper ned mot 75–80 prosent. Dette gjelder mange, men ikke alle. Mange, antakelig de fleste sykehus, har i dag ingen problemer med å fylle ledige heltidsstillinger og svært ofte er det til og med lange ventelister for å få disse.⁴⁷ Sett fra sykehusenes side er fordelene med en slik løsning at de kan ansette flere sykepleiere uten for store belastninger på budsjettene. I neste omgang oppfordres de med reduserte stillinger til å ta ekstravakter og fylle «huller i de ordinære vaktene; det gjelder framfor alt helgene. Blir slike ansettelsespraksiser mer vanlig, og mye tyder på det, har sykehusene i virkeligheten opprettet sine egne vikarbyråer. En rekke norske sykehus har allerede opprettet, eller de planlegger å opprette det de kaller «vikarpooler». Dette er i virkeligheten en måte å presse de fast ansatte til å arbeide mer fleksibelt i forhold til sykehusenes behov. Sykepleierne kommer i en dobbeltposisjon, ved at de både er fast ansatte i 70 prosent stilling og vikar i 30 prosent stilling ved sin egen helseinstitusjon.

Selv om bruken av vikarbyråer har blitt langt mer restriktiv, og lite i dag tyder på at trenden vil snu, kan en ikke utelukke at det vil skje et oppsving dersom arbeidsmarkedssituasjonen endrer seg igjen. At loven representerer en varig helsepolitisk endring som bidrar til å løse bestemte problemer ved en eventuell fremtidig sykepleiermangel, er det imidlertid lite tvil om.

⁴⁷ Informasjon fra Norsk sykepleieforbund og personlig informasjon fra flere sykehus.

9 Konklusjon

Denne studien setter søkelys på virkninger av en helsepolitisk reform, «Inn- og utleie av arbeidskraft», som ble iverksatt i 2001. Vikarbyråene kan best forstås som et utslag av det den nye ideologien New Public Management representerer, den innebærer politisk liberalisme, deregulering og mer bruk av markedet. Loven må forstås som et ledd i å modernisere offentlig sektor. Studien forsøker å beskrive og forklare hvordan nye styringssignaler nedfelles i og påvirker sosial praksis. Intervjuer med ledere på avdelingsnivå på sykehuset Østlandet og ledere i ulike posisjoner ved sykehuset Nord-Norge, har vært innfallsvinkelen til å utforske en dynamisk endringsprosess og forsøke å forstå mer omfattende endringer.

Fortolkningen av resultatene gir ikke klare eller helt entydige svar på virkninger av å bruke medisinske vikarbyråer. Vi har fått kunnskap om to sykehus som fungerer i to helt ulike sosiale og geografiske kontekster, som viser seg å ha vidtrekkende konsekvenser for tilgangen på personell med relevante kvalifikasjoner, noe som påvirker sykehusdriften og vikarbruk. Informasjon er uensartet og noen ganger sprikende. Forskjellene mellom de to sykehusene hadde fortjent langt større oppmerksomhet, men det har ikke vært mulig innenfor dette prosjektets ramme. Sykepleierne som gjør det meste av det daglige, praktiske pleie- og omsorgsarbeidet, enten de er fast ansatte eller vikarer, kommer til orde i andre del-rapporter. Avdelingslederne utgjør selv en del av feltet, selv om de ikke inngår i avdelingens vakt- og turnusordninger. Noen viktige erfaringer faller da bort, men her har ledelsesaspektet stått mest sentralt.

Elementer fra instrumentell og institusjonell organisasjonsteori og nye måter å fleksibilisere arbeidskraften på, har vært en ramme for å fortolke det empiriske materialet. Ut fra denne studien er det ikke mulig å trekke omfattende eller generelle konklusjoner om virkninger av den nye strukturen, snarere har vi forsøkt å ringe inn forhold som faller utenfor statistikkens rammer.

En konklusjon å trekke ut fra vårt begrensede datamateriale, er at økonomiske argumenter tillegges svært stor vekt når ulike alternativer veies mot hverandre. Avdelingsledernes er pålagt å tenke økonomi og det gjør de ved å

veie kostnadene med ulike bemanningsløsninger opp mot hverandre. Slik de ser det, vil utstrakt vikarbruk tappe knappe avdelingsbudsjetter. Det anses billigere å gjøre det på den «gammeldagse» måten og derfor forsøker de fleste, så langt råd er, å skaffe sine egne ekstravakter. Når de, som alle andre ved sykehuset er pålagt å drive stadig mer økonomisk, er det som forventet at mål–middel tankegangen vinner terreng. Hadde vikarbyråer vært en billigere økonomisk løsning, ville de sannsynligvis fått en rask ekspansjon og svært gode vekstvilkår. Men slik har det altså ikke gått. Vikarbyråene har på sett og vis priset seg ut av markedet.

En annen konklusjon er at selv om kostnadseffektive hensyn veier tungt, er det på avdelingsnivå stor motstand mot å presse eller fleksibilisere det faste personalet ytterligere for å effektivisere driften, bl.a. med uforutsigbare vakter. Derfor er en av de store utfordringene å finne bemanningsløsninger som lar seg forsvare økonomisk, og som samtidig ivaretar faglige og kvalitetsmessige hensyn til pleie og omsorg. Avdelingslederne ønsker oppriktig at dette skal kunne skje uten å gjøre personalet til salderingspost. For det helseinstitusjoner aldri kan effektivisere seg vekk fra, er at det må være kvalifisert personal til stede på avdelingene hele døgnet, ukene og året rundt. Men hvor mye personell som trengs å realisere en ideell målsetting og hvor personalet skal ha sin primære tilhørighet, er derimot til dels kontroversielle helsepolitiske spørsmål som alltid er oppe til forhandling. Det grunnleggende dilemmaet er at turnusordningene representerer en svært tung belastning både på kostnads- og personellsiden.

Men studien viser også at motstanden mot å bruke vikarbyråer stikker dypere enn bare til økonomi. Det institusjonelle perspektivet åpner for å se at frykten er at gode faglige arbeidsmiljøer til beste for både pasienter og personal, splittes opp og forvitrer om vikarbruken vinner større innpass. Det har ikke skjedd hittil, siden vikarene utgjør et lite mindretall som ikke er integrert i arbeidsfellesskapet. Men om tendensen brer seg og antallet vikarer øker, kan det bli resultatet.

Studien viser imidlertid også at holdningen til vikarbyråer har endret seg over tid. Motsatt Norsk sykepleieforbund, var avdelingslederne ikke klart mot lovendringen da den kom, snarere var de avventende. Vikarene ble hilst velkommen fordi det var et stort, udekket bemanningsbehov akkurat på det tidspunktet. Og fortsatt anses vikarbyråer som en vellykket løsning i bestemte sårbare situasjoner, men ikke som et alternativ for å løse

permanente, men varierende bemanningsproblemer. Det søker avdelingene for enhver pris å unngå. Hovedtendensen er at bruken av vikarbyråer er blitt langt mer restriktiv over en relativt kort periode, noe som først og fremst er begrunnet med et alt for høyt kostnadsnivå. I det perspektivet er eksterne vikarbyråer en «bølge» mange helst ser forsvinner av seg selv.

Et framtidsscenario, som funnene i denne undersøkelsen peker mot, er at *eksterne* vikarbyråer vil bli mindre brukt og at sykehusene i økende grad velger å opprette *interne* vikarbyråer etter noen av de samme prinsippene som de eksterne. Det skjer en fusjon og derved oppstår et nytt kvasi-marked, nå i regi av sykehusene selv. Det sykehusene oppnår gjennom en slik nyorganisering av personellet, er å gjenvinne kontrollen over bemanningsspørsmålet ved å gjøre seg ennå mer uavhengig av eksterne vikarbyråer. Om, og i hvilket omfang, sykehusene gjennomfører slike endringer, er et empirisk spørsmål hvor det vil være nødvendig å utforske virkningene av gjennom videre forskning. I fall dette representerer den nye utviklingen, noe mye altså tyder på, kan en konsekvens være at omfanget av kvinners *ufrivillige* deltidsarbeid øker sterkt. Mekanismen det skjer gjennom er at sykehusets eget personell får en fast stillingsandel på for eksempel 75 prosent og inngår 25 prosent i den interne vikarpoolen. En slik oppsplitting av stillinger i to deler, vil gjøre arbeidssituasjon mye mer uforutsigbar for den enkelte og trolig bidra til en fragmentering av arbeidsmiljøet på avdelingsnivået. Sykehusene på sin side vil oppnå å ha en mer fleksibel arbeidsstokk og få en bedre og jevnere bemanning på utsatte poster og vakter. De kan nesten gardere seg mot sykdomsforfall. Framfor alt vil en slik ordning bidra til en løsning på de store vanskelighetene med å fylle helgeturnusene.

Om utviklingen går i en slik retning som skissert her, kan det også tolkes som uttrykk for at veien til det frie markedet er lengre, mer kronglete og kanskje annerledes enn de ideologiske forestillingene om New Public Management ga løfter om.

Selv om fenomenet vikarbruk i medisinske institusjoner fortsatt må karakteriseres som nytt, ser vi nå allerede at det er et komplekst fenomen. Kunnskapsgrunnlaget om sammenhenger mellom ulike organisasjonsformer og effekter trenger å bli belyst fra flere vinkler. Kvantitative studier og økonomiske analyser kan gi kunnskap om omfang og kostnader, som kan veies opp mot for eksempel sykefravær og overbelastning av det faste personalet. Ett eksempel fra et annet samfunnsområdet kan være Postverket som

tilsynelatende er en suksesshistorie, i det minste sett fra en bedriftsøkonomisk synsvinkel, men hvor sykefraværet har økt dramatisk. Studier av vikarbyråer er en aktuell vei inn for å utforske omfattende endringsprosesser i norsk helsevesen, som for eksempel organisering av omsorgstjenester i effektiviseringsens tidsalder. Kvalitative studier, som denne, kan bidra med kunnskap om dynamiske endringsprosesser i lys av endrete sosiale og politiske betingelser og studere samspill og relasjoner mellom aktørene i systemet.

Summary

This project examines the implications of a new law that took effect in 2001. This law allowed hiring in health care personal to medical institutions from medical agencies. What is here called ‘Agency nurses’ constitute a new category of health care workers. Medical institutions have always made extensive use of temporaries. However, they have provided temporaries themselves, even though the provision has often been difficult and time-consuming. The new is that the temporaries, the agency nurses, are employed in external the agencies who deliver services.

The project is part of a larger NOVA-study on agency nurses (Norwegian Social Research) that is financed by the Norwegian Research Council (NFR). In the project we aimed to answer three overall research questions:

- How do medical institutions use agency nurses?
- How does the use of agency workers affect the work place environment, division of labour and relationships between colleagues?
- Who are those who become agency nurses, what are their motives, expectations and experiences?

In this subtask we focus mainly on the first of the three questions, that is studied through the lenses of an executive perspective. The empirical material builds on interviews with leaders in various positions in two larger Norwegian hospitals, one located in the south, here labelled Østlandet, and one located in the northern part of the country, here labelled Nord-Norge. The leaders of the wards hold key positions when it comes to handle the new regime and therefore constitute one group of important informants. Other informants are persons in various leadership positions, representatives from the economy department, representatives of the nurses association etc. To guard the informants, the material is anonymised and therefore some concrete data are missing. The theoretical point of departure is two system- or executive perspectives; an instrumental and an institutional/cultural.

Norwegian hospitals have changed profoundly during the last two decades. They are now increasingly influenced by the ideas of new public management (NPM) to meet with new demands, specifically regarding economy. To use agency nurses rather than providing their own temporaries, might be regarded a strategy to increase efficiency and hence be more cost effective. In the literature of flexibilization of the work force in the new labour market, numerical flexibility is a much debated topic. Numerical flexibility implies to keep the number of fixed, permanent positions at a lowest possible level and to expand and contract the work force according to various needs. This hypothesis is explored through the empirical investigation. Our main findings can be summed up as follows:

- The distinction between agency nurses from outside and temporary nurses from inside the hospital is important. The use of agency nurses is declining, while the use of temporaries is increasing. The observable resistance against an extensive or expanding use of agency nurses, is due to a high cost level.
- The new law represents a permanent health political change that has implications to both the two hospitals. Still, the ways in which they used agency nurses have changed from the outset, into a more restrictive direction. To begin with agency nurses often covered long term vacancies. Such use is now winded up, and agency nurses only cover short terms, for instance when acute illness or unexpected absence in the staff occur and above to manage holiday relieves, which represent a constant challenge to all hospital wards.
- The major advantage of having access to private agencies is the possibility to fill in nurses on very short term. Leaving the whole task of provision to the agency may be time-efficient. On the other hand it takes time to inform the new agency nurses who arrive, even though the time needed for information is paid for by the agencies. If the shift of agency nurses occurs frequently and there are too many different nurses coming in, it may be difficult to keep an overview and the staff on the ward is overloaded by discontinuity. The leaders fear that this will constitute a negative impact on both the quality of the professional care work and the social work environment.
- The leaders at Østlandet hospital, disagreed on whether or not agencies constituted a better alternative than the former practices. Still all of them agreed that agency nurses represented a good solution in acute

instances, but most of them were reluctant to an extensive use. The hesitance was not discussed as a matter of ideology or quality of the care work, it was related to a discourse of economy. In 2004 an internal agency pool within the hospital had been established, to coordinate the needs for temporaries on all the wards. The ambition was to reduce the need for external agency nurses.

- In hospital Nord-Norge the conditions were different. They were more dependent upon agency nurses to cover their need for qualified personal. Still, the long term aim was to downsize the use of agency nurses through various strategies (not yet elaborated), and again this decision was cost dependent. Autumn 2006 they opened an internal agency trying to make themselves more independent of external agencies. They built chains through various ways of cooperating, the wards reported their needs and if the internal pool could not meet with the needs, they contacted all three external agencies with which the hospital had a contract.
- The need for agency workers has been more sensitive to the state of the market, than initially expected. This has come as a surprise, since there has been a constant shortage of nurses all since the World War II. The reasons for this were manifold, but most important has most likely been a new law on hospital ownership, combined with economic cutbacks in public sector in the municipalities. The shortage of nurses is now increasing again.
- In the «cut back» period, the hospitals learned ‘the rules of the game’ and gained expertise in how to negotiate with private agencies and to set the premises. Very few agencies are have survived the downsizing period and the market to build new medical agencies seem to have failed or they are at least restricted.
- Geographical location was important to plan for the use of agency nurses and more long term planning was needed in hospital Nord-Norge were most of the agency workers were recruited from Sweden.
- In both hospitals the economy was pivotal. Agencies were considered an expensive solution to staffing problems. No one suggested that this might be a more flexible permanent arrangement for staffing.

Finally, we will point to some future tendencies regarding staffing strategies in hospitals that this study contributes to shed light on. A major conclusion to draw from this study is that deregulations and outsourcing of staffing tasks

to achieve efficiency, in line with the principles of NPM on numerical flexibility, did not give the outcome initially expected, and this is mainly due to the economically high costs. How then will these almost permanent problems be solved?

All medical institutions that with an around the clock responsibility have to take into account that staffing in the week ends constitute their most difficult issue. Staffs are entitled to have two out of three weekends free from work. In order to supply all weekends with qualified caring personal, hospitals need to increase the number of people. The solution to this problem has normally been to cut down the number of full time staff into many and more fractioned positions, mostly 70 to 80 per cent of full time or often less. On the other hand an increasing shares of the nurses now claim full time positions. In many hospitals there are long waiting lists to get full time positions and internals have precedence to these. Those who want full time positions, but don't get, are welcome (and in fact often expected) to expand their work hours in the internal hospital agency. This creates a structure with numerical flexibility that benefits the hospitals on behalf of the nurses, since this regime makes their working time both complex and unpredictable.

The tendency seems to be that more and more hospitals develop this kind of staffing regimes. In the light of this one may even assume that the number of external agencies will continue to decrease, whereas the numbers of internal agencies will increase.

Women constitute the vast majority of the nurses, more than 95 %. It has been an established truth that most women prefer to work part time. This ideological truth is now challenged. The gap between the preferences of many (but not all) nurses and the needs of the hospitals seems to increase. The army of women in caring occupations speak out more loudly and are raising new claims regarding the work they do in the welfare state.

By studying the implications of a new law, we came to observe important implications of gendered care work in modern health institutions. These observations enabled us to see more clearly how the agency work contributes to change the job structure in the hospitals and how the needs of the hospital now moves in a different direction than the professional aims of many nurses.

Litteratur

- 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?articleID=423873
- Allvin Michael, Jacobson Annika og Isaksson, Kerstin (2003): *Att avgränsa det gränslösa sjukköterskearbetet*. Stockholm. Arbetslivsinstitutet. Rapport 2003:12
- Bertaux, Daniel (1981): *Biography and society : the life history approach in the social sciences*. London: Sage
- Brunsson, Nils og Olsen, Johan. P(1990): *Makten att reformera..* Stockholm: Carlssons
- Christensen, Tom (1994): *Politisk styring og faglig uavhengighet – reorganisering av den sentrale helseforvaltningen*. Oslo: Tano
- Christensen, Tom. og Læg Reid, Per. (1997): «Forvaltningspolitikk – mot New Public Management?», I Christensen Tom, og Egeberg, Morten. (red), *Forvaltningskunnskap*. Oslo: Tano Aschehoug, ss. 367–404
- 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
- Dagsavisen (2002): Sykepleiernes kamp for kvalitet.
www.dagsavisen.no/kommentar/debatt/2002/02/635060.shtml
- Dahle, Rannveig og Thorsen, Kirsten (2004): *Velferdstjenester i endring. Når politikk blir praksis*. Bergen: Fagbokforlaget
- Dahle, Rannveig og Kvamme, Eli (2005): Medisinske vikarer på sykehus – en nyskaping med undertoner. I *Søkelys på arbeidsmarkedet*1/2005, årgang 22, 3–10, Institutt for samfunnsforskning.

- 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): *Institusjonspolitik og forvaltningsutvikling – bidrag til anvendt statsvitenskap*. Oslo: Tano.
- 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, 1 opplag. 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
- Gezelius, Lene (1999): *Å tjene to herrer.... Vikarene mellom byrå og bedrift*. Oslo: Fafo-rapport nr. 318
- Gjerberg, Elisabeth og Sørensen, Bjørg Aase (2006): Enhetlig ledelse – fortsatt en varm potet? I *Tidsskr Nor Lægeforening* nr 8: årg. 126: 1063-6
- 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
- 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, 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
- Kuhlman, Ellen (2006): *Modernising Health Care. Reinventing the professions, the state and the public*. Great Britain: Policy Press

- Leder (1999): Kostbar løsning for dårlige sykepleiere, i *Tidsskriftet Sykepleien* nr 19, s. 2
- 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.
- Lægred, Per og Olsen, Johan P. (1978): *Byråkrati og beslutninger. En studie av norske departement*. Bergen. Universitetsforlaget
- Manias E., Aitken R., Peerson A., Parker., og Wong K. (2003): Agency-nursing work: perceptions and experiences of agency work. I *International Journal of nursing studies*, vol.40, issue 3
- 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.
- 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): *Arbeidsløvsutvalget*. NOU2004:5
- NSF (1998): Svar på høringsuttalelse vedrørende NOU 1998: Arbeidsformidling og arbeidsutleie. Til Akademikernes Fellesforbund
- NSF (2000): *Feriereform løser ikke sykepleiemangel!*, 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.(1988): *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

- 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
- 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
- Slagstad, Rune (2006): På tur med Jens. I *Klassekampen*, 23.09
- Sosial - og helsedepartementet (2001): *Rett person på rett plass*. Handlingsplan for helse og sosialpersonell. Rapport nr. 2
- Slagstad, Rune (2006):
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.
- Sykepleien (2002): Leder
- Sørensen, Bjørg Aase (1999):Arbeidslivsforskningens utfordring til kvinneforskningen: Retorikk og lokal virkelighet i det «nye» arbeidslivet. *Kvinneforskning* nr. 3.
- 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
- Tullberg, Margot (2003): *Flexibel arbetstid – en ny kvinnofälla?* Gothenburg Research Institute, GRI-rapport no.4
- Tidsskriftet Xtra (2003:4): Innleie er regningsvarende. s 1-4. www.xtra.no/download.asp?uid=21&text=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

- Vetlesen, Arne Johan (2006): Habermas' verk Theories des kommunikativen Handels: En kritisk gjennomgang. I *Sosiologisk tidsskrift*, VOL 14, 199-218
- 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
- Værøy, Mette Garvoll (2004): *Bruk av sykepleiere fra vikarbyrå i sykehus sett i et lederperspektiv*. Institutt for sykepleievitenskap, Det medisinske fakultet, UiO
- Wahl, Asbjørn (2002): Arbeidslivets brutalisering under markedsliberalismen, I Roness, Atle og Matthiesen, Stig B.(red): *Utbrenthet. Krevende jobber - gode liv?* Bergen: Fagbokforlaget
- Wærness, Kari (1999) «Omsorg, omsorgsarbeid og omsorgsrasjonalitet – refleksjoner over en sosialpolitisk diskurs», Thorsen. K. och Wærness, K. (red), *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*, Ad Notam Gyldendal, Oslo
- Yin, Robert K. (1994): *Case study research. Design and methods*. Sage Publications, Inc. California. Second Edition
- Årsberetning 2000
- 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.medisinskvikarbyra.no
- 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 1999⁴⁸.

⁴⁸ Denne artikkelen ble tilsendt fra NSF. Den er nå slettet fra NSF's hjemmeside.