



Deltidsstillinger på sykehjem – lederens interne vikarpool?

Geir Evensen

Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi

Desember 2011

Det medisinsk-odontologiske fakultet

**Senter for etter- og videreutdanning (SEVU)
Universitetet i Bergen**



**Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved
Universitetet i Bergen**

Oppgavens tittel og undertittel				
Deltid på sykehjem – lederens interne vikarbyrå				
Forfatter				
Geir Evensen				
Forfatterens stilling og arbeidssted				
Sykepleier Fevik Hjemmetjeneste				
Dato for godkjenning av oppgaven			Veileder	
Desember 2011			Kjersti Halvorsen	
Antall sider	Språk oppgave	Språk sammendrag	ISSN-nummer	ISBN-nummer
68	Norsk	Norsk		
Sammendrag				
<p>Bakgrunn: Så mange som 70-90 % av ansatte i kommunal helsetjeneste jobber i deltidstilling. Flere omorganiseringer de senere år har hatt som mål å effektivisere helsetjenesten og utnytte begrensede helseressurser bedre, samtidig som det stilles stadig større forventninger til kvaliteten på helsetjenestene. Den utstrakte bruken av deltidstillinger påvirker den daglige driften av sykehjemsavdelinger og presset på hvordan ledere drifter avdelingene er stort. Det er skrevet mange utredninger om bruk av deltid- og heltidstillinger i helsetjenesten, men svært få av disse har hatt fokus på helselederne.</p> <p>Hensikt: Denne masterstudien søker å finne ut hvordan ledere på sykehjem bruker deltidstillinger i sine avdelinger, om de foretrekker numerisk fleksibilitet eller funksjonell fleksibilitet. Studien søker også å kartlegge lederens beslutningsgrunnlag når de velger om de skal satse på bruk av deltid- eller heltidstillinger, dette vurderes ved hjelp av et lite knippe beslutningsmodeller.</p> <p>Materiale: Intervjudata fra seks avdelingsledere fra seks ulike sykehjem i Bergen kommune.</p> <p>Metode: Kvalitativ metode med individuelle intervju.</p> <p>Resultat: Lederne foretrekker stor grad av numerisk fleksibilitet i avdelingene. Å disponere et høyt antall deltidsansatte gir lederne en «intern vikarpool» som de kan hente inn ansatte fra på kort varsel ved sykefravær. Numerisk fleksibilitet foretrekkes også av økonomiske grunner for å drifte avdelingene billigst mulig. Lederne tilpasser bemanningen i forhold til pasientenes pleiebehov og døgnrytme. De ønsker å fremme funksjonell fleksibilitet i avdelingene, men sier det er vanskelig å prioritere funksjonell fleksibilitet på grunn av krav til bemanning i helger og begrensninger i turnusoppsett. Lederne opplever en alternativløshet til dagens bruk av deltidstillinger. Deres beslutningsgrunnlag passer med en regelbasert beslutningsmodell. De har overtatt etablerte turnusoppsett som er «arvet» fra deres forgjengere og de følger lover og regler når de tar beslutninger. Det er lite kjennskap til alternative tiltak som kan redusere den utstrakte bruken av deltidstillinger, lederne har derfor vanskelig for å ta annet enn rutinebeslutninger.</p> <p>Konklusjon: Lederne i denne studien ønsker en avdeling med både numerisk og funksjonell fleksibilitet. De seks avdelingene driftes med en stor grad av numerisk fleksibilitet og lederne opplever at strukturelle begrensninger gjør det vanskelig å prioritere funksjonell fleksibilitet. De har liten kjennskap til alternativer og denne alternativløsheten gjør det vanskelig eller umulig for lederne å ta valg som kan redusere den utstrakte bruken av deltidstillinger.</p>				
Nøkkelord				
Deltid, Ledere, Sykehjem, Fleksibilitet, Kvalitet, Turnus.				



Dissertation submitted for the degree of
Master in Health Management, Quality Improvement and Health Economics in the
University of Bergen

Title and subtitle of the dissertation Part-time in nursing homes – the manager's internal employment agency				
Author Geir Evensen				
Author's position and address Registered Nurse, Fevik Homecare				
Date of approval December 2011		Supervisor Kjersti Halvorsen		
Number of pages 68	Language dissertation Norwegian	Language abstract English	ISSN-number	ISBN-number
Summary <p>Background: As many as 70-90% of employees in the municipal health service are working part-time. Several reorganizations over the last years have had aim of increased effectiveness and better use of scarce health resources. The extensive use of part-time positions affects the daily operations of nursing homes and managers are under pressure on how they organize their employees. Several reports are written about the use of part-time positions, but few of these are based on the managers' point of view.</p> <p>Aim: The aim of this study is to find out how managers in nursing homes are using part-time in their organization and their preference of numerical or functional flexibility. The study also examines the managers' decisions when choosing the extent of part-time positions, and these decisions are evaluated by a small number of decision models.</p> <p>Material: Interview with six managers from six different nursing homes in Bergen municipality.</p> <p>Method: Qualitative method with individual interviews.</p> <p>Results: The managers prefer mainly numerical flexibility in their department. Having many employees makes it easy for managers to handle sick leave. Numerical flexibility is also preferred because of economic reasons and the managers adjust staffing levels in relation to patients' needs. The managers want to increase the extent of functional flexibility, but their impression is that it is difficult to prioritize functional flexibility because of limitations related to work-plan and labor law. The managers are experiencing a lack of alternatives to the extensive use of part-time positions. Their decisions follow a rule-based decision model. They have inherited the work-plan and they follow the law when making decisions. They have little knowledge of alternatives and therefore find it difficult making decisions that are not rule-based.</p> <p>Conclusion: The managers prefer both numerical and functional flexibility. The six nursing homes mainly operate with a large amount of numerical flexibility. The managers have problems prioritizing functional flexibility because of restrictions in work-plans and labor law. The lack of alternatives makes it difficult for managers to make decisions that can reduce the extensiveness of part-time positions.</p>				

FORORD

Deltidsstillinger er langt mer vanlig enn heltidsstillinger i norsk helsevesen. Likevel har refleksjoner om dette fenomenet fått liten oppmerksomhet i helselederutdanningen. I denne masteroppgaven har jeg sett nærmere på hvorfor ledere ved seks norske sykehjem prioriterer deltidsstillinger framfor heltidsstillinger.

Å gjennomføre masterstudiet som et deltidsstudium ved siden av full jobb som sykepleier i hjemmetjenesten, har vært en utfordring. Spørsmålet om man bør bruke heltids- eller deltidsansettelser i helsevesenet har vist seg å være så stort og kontroversielt at det i seg selv kan være altopplukende. Det finnes potensielt store mengder vitenskapelige artikler, utredninger, saksutredninger fra fagforeninger og partsinnlegg i mediene som kan brukes for å trekke fokus i den ene eller den andre retningen. Det var i starten også en utfordring å finne en teoretisk ramme for oppgaven, da det ikke finnes noen åpenbar organisasjonsteori eller samfunnsteori om deltidsansettelser i helsevesenet. Med god veiledning valgte jeg til slutt å fokusere på to ulike fleksibilitetsbegrep og et lite knippe beslutningsteorier.

Studieprosessen har vært utfordrende, men jeg er likevel glad for å ha valgt deltidsstillinger som tema. Studien har en direkte nytte for meg i fremtidige lederjobber. Det har vært spesielt interessant å lære mer om mulige alternativ til dagens omfattende bruk av deltidsansettelser og dagens rutinepregete beslutninger om turnusordninger. Som det framgår av studien er det først og fremst alternativløsheten som preger sykehjemledernes beslutninger om bruk av deltidsstillinger.

Det er flere som har hjulpet meg gjennom studieprosessen. Aller først er det på sin plass å takke min kone som det siste året har sett heller lite av meg. Tusen takk for din tålmodighet og all støtte! Min veileder, Kjersti Halvorsen, dr.polit UiB, har tatt seg god tid i oppfølgingen av denne studien. Tusen takk for all hjelp! Marit «Tutta» Skjelbred Rekk, førstekonsulent UiB, har vært limet i hele utdanningen og fortjener også en stor takk for sin hjelpsomhet.

Universitetet i Bergen, desember 2011

Geir Evensen

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Problemstilling	5
1.1.1 Forklaring av problemstilling og organisasjonsteoretiske begreper	5
1.2 Oppbygning av studien	7
2.0 VITENSKAPSTEORI OG METODE	8
2.1 Forforståelse	8
2.2 Vitenskapsteori og valg av metode	8
2.3 Egenskaper ved det kvalitative intervju.....	10
2.4 Fremgangsmåte	11
2.4.1 Forberedelser til intervjuet.....	11
2.4.2 Gjennomføringen.....	12
2.4.3 Transkribering.....	13
2.4.4 Analyse	14
2.4.5 Studiens pålitelighet og gyldighet.....	14
2.5 Etske refleksjoner knyttet til metoden	15
3.0 TEORI	16
3.1 Forskning om deltidsansattes tilknytning til arbeidsplassen.....	16
3.2 Fleksibilitet	17
3.2.1 Atkinsons modell om den fleksible bedrift	17
3.2.2 Fleksible organisasjoner	19
3.3 Beslutningsteori.....	20
3.3.1 Den rasjonelle idealmmodell	21
3.3.2 Administrative man – begrenset rasjonalitet	22
3.3.3 Regelmodellen.....	24
4.0 RESULTAT	26
4.1 Organisering og bruk av deltid på sykehjemmene.....	26
4.2 Hvordan stillingsstørrelse påvirker ansettelse, sykemeldinger og turnover	28
4.3 Opplevelse av fleksibilitet og bruk av ressurser	29

5.0 DRØFTING	35
5.1 Numerisk eller funksjonell fleksibilitet?	35
5.2 Beslutningsgrunnlag for valg mellom deltids- og heltidsstillinger	42
6.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON.....	46
6.1 Avsluttende refleksjon	47
LITTERATUR.....	50

FIGURER:

Figur 1 Atkinsons modell av den fleksible bedrift	17
Figur 2 Den rasjonelle idealmodell.....	21
Figur 3 Det rasjonelle menneskets beslutningsprosess	21
Figur 4 Faser i den rasjonelle beslutningsmodell.....	22
Figur 5 «Administrative man»	23
Figur 6 «Regelmodellen».....	24
Figur 7 Avdeling med 80 % av de ansatte i deltidstilling	37
Figur 8 Konsekvens av alternativløshet.....	43
Figur 9 Regelmodellen som beslutningsgrunnlag	44

TABELLER:

Tabell I – Omfang av deltid på sykehjemmene.....	26
Tabell II – Antall ansatte som ønsker større stillingsprosent	27
Tabell III – Om turnus har «gått i arv».....	27
Tabell IV – Muligheter til å endre turnusoppsettet.....	28
Tabell V – Om stillingsstørrelse påvirker sykefravær	29
Tabell VI – Om stillingsstørrelse påvirker turnover	29
Tabell VII – Flexibilitet	30
Tabell VIII – Valg ved utlysning av ny stilling.....	31
Tabell IX – Tildeling av ansvar	31
Tabell X – Gir større stilling mer kvalitet?	32
Tabell XI – Er deltid- eller heltidsstillinger billigst?.....	34

VEDLEGG:

Vedlegg I:	Intervjuguide
Vedlegg II:	Søknad om intervju
Vedlegg III:	Erklæring skriftlig samtykke
Vedlegg IV:	Oversikt over de seks intervjuene
Vedlegg V:	Eksempel på alternativ turnusplan fra Olavsgården sykehjem i Harstad

1.0 INNLEDNING

Denne studien ser nærmere på lederes bruk av deltidsstillinger ved seks sykehjem. Den viser at lederne i undersøkelsen foretrekker numerisk fleksibilitet fremfor funksjonell fleksibilitet, og at de i stor grad tenker rutinemessig når de tar beslutninger om å satse på bruk av deltids- eller heltidsstillinger. Denne masteroppgaven har til hensikt å vise hvordan disse funnene ble frambrakt og hva de innebærer.

Som en introduksjon til temaet i denne studien vil jeg vise noen tall som synliggjør bruken av deltidsstillinger i det norske helsevesenet og skissere noen mulige årsaker til at omfanget av denne typen stillinger er så stort. Forventningene og kravene som rettes mot helsevesenet øker kontinuerlig. Med den nye samhandlingsreformen som blir innført i 2012 vil spesielt kravene og forventningene til de *kommunale* helsetjenestene skjerpes (HOD, 2009). Sykehjem er organisert under kommunene og kjennetegnes ofte som institusjoner med høyt arbeidspress, høyt sykefravær og lav bemanning. Stadige omorganiseringer i de senere år har hatt som mål å få «mer helse ut av hver krone». De ansatte ansvarliggjøres for det arbeidet de utfører og deres opplevelse av et gap mellom behov og tilgjengelige ressurser blir stadig sterkere. Det økte presset på helsetjenestene medfører også et press på å bruke helseressursene riktigere (Ingstad og Kvande, 2011).

I helsetjenesten blir ansatte ofte sett på som en av de viktigste ressursene. Det er store variasjoner mellom land når det gjelder bruk av deltidsstillinger i eldreomsorgen. I Norden er det Finland som har færrest deltidsstillinger, der 90 % av de ansatte har full stilling. I Norge regner man med at kun 32 % har full stilling i eldreomsorgen. Dette er den laveste andelen av heltidsstillinger i samtlige nordiske land. Det store omfanget av deltidsstillinger kan derfor kalles et *særnorsk fenomen* (Amble, 2008a).

Omtrent 25 % av de deltidsansatte i Norge ønsker å jobbe i en større stillingsprosent. Disse representerer en stor og ubrukt ressurs som ved riktig bruk kan bidra til å løse noen av fremtidens helseutfordringer (NOU, 2008:17). Deltidsansatte defineres her som: «*ansatte som har avtalt arbeidstid på mindre enn 33 timer per uke eller en stillingsandel på mindre enn 100 prosent*» (NOU, 2011:5 vedl.2).

Dagens utstrakte bruk av deltidstillinger i sykehjem har sammenheng med hvordan turnussystemene legges opp. Ansatte på sykehjem jobber etter en turnusplan/turnus som forteller når de skal ha vakt. Slike turnuser tar ofte utgangspunkt i en bemanningsplan som igjen tar utgangspunkt i pleiebehov, pleietyngde og lignende i avdelingen som turnusen gjelder for. En tradisjonell (vanlig) turnus gjentar seg etter seks eller 12 uker. Innenfor disse ukene finnes det en egen rytme i turnusen som vaktene fordeles på. Hver tredje helg er normalt arbeidshelg. Turnuser kan være både todelt og tredelt, og i kommunal helsetjeneste er det vanlig med todelt turnus. En todelt turnus betyr at ansatte jobber kun dag- og kveldsvakter, nattevaktene dekkes av egne ansatte i en egen turnus for natt. En tredelt turnus betyr at de ansatte jobber dag-, kveld- og nattevakter. Skiftarbeid blir noen ganger sammenlignet med turnusarbeid, men på arbeidsplasser med skiftarbeid er arbeidsbelastningen som regel den samme hele døgnet. Dette er en vesentlig forskjell fra turnusarbeid hvor belastningen varierer på de ulike vaktene (Amble, 2008a).

Å se på deltidarbeid i sykehjem som det naturlige eller normale, er en oppfatning som har røtter femti år tilbake i tid. Siden 1960-årene har kvinner i stadig større grad tatt del i arbeidslivet og mulighetene til å jobbe i deltidstilling blir ofte sett på som en av grunnene til dette. De aller fleste deltidsansatte i helsevesenet jobber deltid av egen vilje. I andre yrker der det er forventning om at man jobber i full stilling, er heltidstilling det normale og naturlige – både for kvinner og menn (Moland, 2009). En nyere drivkraft bak dagens utstrakte bruk av deltidstillinger er arbeidstidsreformen som kom i 1987. Denne reformen forkortet arbeidsuken fra 38 timer/uke til 35,5 t/uke. I helsevesenet gikk man da over fra å arbeide hver andre helg til å arbeide hver tredje helg, uten å endre på måten turnusene ble laget. Helgene som ble tatt ut av turnusplanene ble sett på som «turnushull», og de små stillingsbrøkene som disse helgene utgjorde ble ofte tildelt studenter og andre som ønsket en helgestilling. Før 1987 var bruken av deltidstillinger mer oversiktlig og ryddig, med hele stillingsbrøker (50, 75 eller 100 %). I dag er det som regel ingen system på stillingsstørrelsene og resultatet er stillingsbrøker med utstrakt bruk av desimaler (eksempelvis 64,32 %). Slike «desimalstillinger» er utbredt i kommunal helsetjeneste (Amble mfl, 2005).

Organiseringen av sykehjemsavdelingene påvirker bruken av deltidsstillinger. Tidligere så man gjerne avdelinger med et tosifret antall pasienter – nå er det ikke uvanlig med avdelinger med færre enn ti pasienter. Dette gjør det vanskelig å utnytte stordriftsfordeler fordi hver enhet/avdeling er liten og må ha ansatte som kan gå helgevakter. Spesiell tilrettelegging for enkeltpersoner og/eller faggrupper er også medvirkende årsaker til omfanget av deltidsstillinger. Ved å tillate enkelte ansattes ønsker om en spesiell turnus, overlates «reststillingen» til andre ansatte i organisasjonen (Amble, 2008a).

Det vil trolig alltid være knapphet på ressurser til offentlige helsetjenester. Hvordan man velger å bruke disse ressursene blir derfor et spørsmål om prioriteringer og vanskelige valg. En tidligere helsedirektør skal ha uttalt at «*prioritering er å forsømme folk i etisk riktig rekkefølge*» (Øgar og Hovland, 2004 s.100). En stor del av de deltidsansatte er de som på en arbeidsplass har minst utdanning. Arbeidsplasser med mange deltidsansatte står derfor i fare for å utvikle «fattige» læringsmiljøer. Med dette menes at fulltidsansatte med mye kompetanse ofte må prioritere å bruke mye tid på å følge opp/instruere ansatte med mindre kompetanse (Moland, 2009).

Med mange deltidsansatte kan ledere korte ned hver vakt slik at ansatte kun jobber på de mest arbeidsintensive periodene av en vakt. På denne måten får lederne «mer igjen» for hver ansatt som jobber i deltidsstilling. For arbeidsgivere vil flere ansatte i deltidsstillinger også gjøre det lettere å fordele ubekvemme vakter, herunder kvelds- og helgevakter. (Ingstad og Kvande, 2011).

Det er ikke uvanlig at ansatte i deltidsstillinger i helsevesenet bruker friperioder mellom vakter til restitusjon. Mange vegrer seg for å gå opp i stillingsstørrelse på grunn av den ekstra belastningen dette medfører. På en annen side er det også studier som tyder på at fulltidsansatte mestrer arbeidsbelastningene bedre enn deltidsansatte. Dette har trolig sammenheng med at fulltidsansatte er noe flinkere til å sette grenser for seg selv i en hverdag som for mange virker grenseløs.

Noen fulltidsansatte opplever også jobben som *mindre* belastende enn deltidsansatte. Noe av grunnen til dette kan være at arbeidsgivere benytter deltidsansatte maks og gir kortere vakter, men ofte like mange oppmøtedager som ansatte i fulltid. Økning i stillingsstørrelse betyr derfor hovedsakelig en utvidelse av hver vakt man jobber. Fulltidsansatte opplever å ha bedre kontinuitet, mer oversikt og dermed mindre krevende vakter enn deltidsansatte (Ingstad og Kvande, 2011).

Helseledere oppgir i undersøkelser at de synes det er vanskelig å redusere omfanget av deltidsstillinger. Opplevelse av strukturhindringer i arbeidstidsordningene som regulerer turnusplanene oppgis som en viktig årsak til dette. Med dette menes at lederne opplever det som vanskelig å endre måten turnusplanene blir laget på, da krav til helgearbeid og lengde på vaktene begrenser mange av tilpasningsmulighetene (Amble mfl, 2005).

Min tilnærming i denne studien er i utgangspunktet deskriptiv – jeg ønsker å finne beskrivelser av noe som *er* – i dette tilfellet hvordan ledere ved seks norske sykehjem ser på bruk av deltidsstillinger. Men samtidig er jeg i en praksisbasert master som denne, også interessert i å se på forbedringsmuligheter – hvordan bruken av deltidsstillinger *kan/bør* være. Mitt normative budskap i denne studien er at det er for lite refleksjon over det faktum at det *er* mulig å redusere dagens utstrakte bruk av deltidsstillinger i norske sykehjem.

Som helseleder og arbeidsgiver har man flere ytre rammer å forholde seg til (lover, forskrifter, avtaler og lignende), men innenfor disse rammene har helselederne også et handlingsrom og muligheter til å tilpasse driften (Øhrn mfl, 2008). I stedet for å legge langsiktige planer for en bedre drift av norske sykehjem, ser det ut til å være rutine og dag-til-dag-driften som opptar mange av lederes oppmerksomhet. Fra arbeidsgiversiden er ord som *ressursbank*, *vikarpool*, *arbeidskraftoverskudd* ikke lenger fremmede.

Til slutt i denne studien gis det eksempler på metoder for å øke ledernes handlingsrom dersom de ønsker å minimere bruken av deltidsstillinger.

1.1 Problemstilling

Det skrives mye i mediene om deltidsstillinger og hvilke utfordringer som knyttes til slike stillinger. Mange av disse medieartiklene tar utgangspunkt i de ansattes perspektiv. Ledernes perspektiv og synspunkt på deltid og deltidsstillinger har ikke fått like mye oppmerksomhet. Dette er en av grunnene til valget av studieobjekt og problemstilling; jeg vil vite hvordan *lederne* ser på bruk av deltidsstillinger. En annen grunn til at denne masteroppgaven utforsker leders syn på deltidsstillinger, er at jeg ville velge et tema som jeg selv kan få praktisk nytte av i en fremtidig jobb som helseleder. Deltidsstillinger er noe alle ledere i helsevesenet må forholde seg til, og for mange ledere utgjør håndtering og administrering av deltidsansatte mye av arbeidshagens innhold. Problemstillingen som denne studien søker å finne svar på er todelt:

1. *Foretrekker avdelingsledere ved sykehjem numerisk eller funksjonell fleksibilitet?*
2. *Hva kjennetegner avdelingsledernes beslutningsgrunnlag når de velger om de vil satse på bruk av deltids- eller heltidsstillinger?*

1.1.1 Forklaring av problemstilling og organisasjonsteoretiske begreper

Problemstillingen har to hovedmål. For det første søker studien svar på om ledere på sykehjem foretrekker numerisk eller funksjonell fleksibilitet. En definisjon på numerisk fleksibilitet er: «*Evnen til å variere mengden av arbeidskraft i takt med endringer i etterspørselen av arbeidskraft*» (Nesheim, 2002 s.4). Deltidsstillinger kan ses på som et verktøy for å oppnå numerisk fleksibilitet i en sykehjemsavdeling. En avdeling med mange ansatte har større grad av numerisk fleksibilitet enn en avdeling med få ansatte, lederen har flere å velge mellom når antallet ansatte er stort.

Funksjonell fleksibilitet er motstykket til numerisk fleksibilitet. En avdeling har stor grad av funksjonell fleksibilitet dersom de ansatte har høy kompetanse, god kontinuitet og kan utføre et stort spekter av arbeidsoppgaver i avdelingen. Med funksjonell fleksibilitet kan ansatte brukes på en måte der de enkelt kan bli «*forflyttet mellom aktiviteter og oppgaver*» (Nesheim, 2002 s.4).

Heltidsstilling kan ses som et verktøy for å oppnå funksjonell fleksibilitet, da det er heltidsansatte som representerer kontinuiteten og detaljkunnskapene om de ulike arbeidsoppgavene i sykehjemsavdelingene. Begrepene numerisk og funksjonell fleksibilitet blir presentert nærmere i kapittel 3.

Det andre hovedmålet med studien er å undersøke hvilke(t) beslutningsgrunnlag avdelingsledere ved sykehjem har når de skal velge om de vil satse på bruk av deltids- eller heltidsstillinger. Opplever lederne at de har et valg og kan tilpasse bruken av deltidsstillinger i egen avdeling? Kjenner de til alternative måter å gjøre dette på? For å belyse ledernes svar på slike spørsmål, tas det utgangspunkt i beslutningsmodeller. En beslutning defineres som: «*Det endelige utfall «dvs. resultat, valg eller løsning», som følger av en beslutningsprosess»* (Enderud, 1976 s.10). I denne studien er det først og fremst prosessen fram mot en beslutning som står i fokus, ikke utelukkende selve utfallet av beslutningene.

Det finnes flere beslutningsmodeller, og «den rasjonelle beslutningsmodell» er en av disse. Denne modellen regnes for å være en idealmodell og et utgangspunkt som alle andre beslutningsmodeller i en eller annen grad forholder seg til. Idealmodellen er en modell for «den perfekt informerte beslutning», en beslutning som krever optimal informasjon og uttømmende kunnskap om alle handlingsalternativer og konsekvenser. I realiteten følger vi mennesker sjelden eller aldri en slik idealmodell når vi tar en beslutning. Derfor trenger vi mer deskriptivt orienterte modeller, som for eksempel beslutningsmodellen om *begrenset* rasjonalitet. Den tredje og siste modellen som blir brukt i denne studien er «regelmodellen». Denne modellen kjennetegnes av at det i liten grad gjøres aktive valg mellom alternativ, da beslutningstakeren heller følger bestemte regler, prosedyrer og normer i sine beslutninger (Enderud, 1976). De tre beslutningsmodellene blir fylligere presentert i kapittel 3.

Denne studien søker å kartlegge erfaringer og meninger om deltidsstillinger blant ledere på sykehjem. I Norge organiseres sykehjem på ulike måter, men et fellestrekk er at de aller fleste har en styrer (øverste sjef), samt flere avdelingsledere under seg som er ansvarlige for hver sin avdeling.

I denne studien har jeg intervjuet *avdelingsledere* på sykehjem. Dette fordi det er avdelingslederne som til daglig administrerer deltidsansatte og som har de erfaringene jeg trenger for å få kvalifiserte svar på problemstillingene mine. Seks avdelingsledere på hvert sitt sykehjem ble intervjuet. Det ble spesifikt poengtert at jeg var ute etter hvilke ulemper og fordeler disse avdelingslederne ser med deltidsstillinger i deres egne avdelinger. Felles for avdelingslederne er at de er utdannet sykepleiere, samt at de har ansvar for å utarbeide og tilpasse bemanning, turnus og vaktssystem i avdelingen.

I en eksplorerende studie som denne var det underveis et poeng å få frem et bredere bilde av ledernes opplevelse av fordeler og ulemper med bruk av deltidsstillinger i deres egen avdeling. Funn om dette blir oppsummert i studiens konklusjon.

1.2 Oppbygning av studien

Kapittel 2 beskriver valg av vitenskapsteori og metode. Her beskriver jeg min forforståelse til fenomenet og hvordan jeg gikk frem på de ulike stadiene av denne datainnsamlingsprosessen. Kapittel 3 starter med presentasjon av en vitenskapelig artikkel om ansattes tilknytning til sin arbeidsplass ved norske sykehjem. Deretter presenteres organisasjonsteori om numerisk og funksjonell fleksibilitet, samt teori om beslutninger med hovedvekt på de tre ovenfor nevnte beslutningsmodellene. I kapittel 4 presenteres funnene fra intervjuundersøkelsen. For å få en bedre oversikt over materialet har jeg valgt å presentere noen av avdelingsledernes svar på intervju spørsmål i tabellform. Andre funn er presentert som sitater og oppsummeringer. En kort rammebeskrivelse av de seks intervjuene ligger som vedlegg til denne studien. I kapittel 5 drøfter jeg funnene. Her analyseres respondentenes uttalelser ved hjelp av de to begrepene om fleksibilitet og beslutningsmodellene. Til slutt oppsummerer jeg med en konklusjon (kapittel 6). I konklusjonen skisserer jeg også eksempler på metoder som kan øke lederes handlingsrom dersom de ønsker å redusere bruk av deltidsstillinger i sykehjem. Mesteparten av litteraturen som beskriver disse alternativene ble funnet etter at intervjuene var gjennomført og er av den grunn ikke tatt med tidligere i denne studien.

2.0 VITENSKAPSTEORI OG METODE

I dette kapitlet presenterer jeg mitt valg av metode. Jeg gjør først rede for min forforståelse av temaet som undersøkes i studien. En stor del av kapitlet brukes til å beskrive i detalj fremgangsmåten i undersøkelsen. I og med at dette er en kvalitativ intervjuundersøkelse, er det av stor betydning for påliteligheten av studien at fremgangsmåten presenteres på en mest mulig eksplisitt måte.

2.1 Forforståelse

Det blir sagt at intervjuerens forståelse i intervjuene noen ganger kan være mangelfull, noe som kan føre til at man ikke helt forstår hva respondentene egentlig mener. Dette kan også bidra til at man ikke klarer å stille oppfølgende spørsmål som gjør intervjuene bedre (Holme & Solvang, 1996). Jeg er utdannet sykepleier og har hovedsakelig jobbet med akuttmedisin i akuttmottak og i Sjøforsvaret. Nå jobber jeg som sykepleier i hjemmesykepleien der deltidsarbeid er det vanligste. Jeg har ingen spesifikk erfaring fra sykehjem, men har et tett samarbeid med ulike sykehjem gjennom mitt arbeid i hjemmesykepleien. Bruk av deltidsstillinger har jeg lenge vært opptatt av, men det meste av min yrkeserfaring har altså vært på arbeidsplasser der heltidsstillinger anses som det normale og naturlige. Jeg opplever at det er mye bruk av deltidsstillinger i helsevesenet og har lenge ønsket å finne årsaker til dette. I starten av denne studien hadde jeg lite direkte kunnskap om hva ledere på sykehjem tenkte om administrasjon og drift av ansatte, men min yrkes- og utdanningsbakgrunn ga meg forutsetninger for å undersøke dette. Jeg har tidligere gjennomført en kvalitativ studie og hadde derfor noe erfaring med metoden som er brukt i denne studien. Teorien jeg har anvendt var i utgangspunktet mindre kjent for meg.

2.2 Vitenskapsteori og valg av metode

Vitenskap handler om å finne ut hvordan våre antakelser forholder seg til virkeligheten, men samtidig forandres både virkeligheten og våre tolkninger av den stadig. Paradokset vi kommer opp i, er en av vitenskapens grunnleggende egenskaper: «*Hvis gårsdagens sannheter er dagens usannheter, så kan jo dagens sannheter være morgendagens usannheter*» (Thurèn, 1994 s.10).

I denne studien har jeg ønsket å se nærmere på bruk av deltidsstillinger. Jeg ønsket å finne ut om ledere på sykehjem foretrekker numerisk eller funksjonell fleksibilitet, samt hvordan de ser på tilpasningsmuligheter når det gjelder bruk av deltidsstillinger i avdelingen. For å få innsikt i dette ved hjelp av kvalitative intervju måtte jeg ta utgangspunkt i en *hermeneutisk* tilnærming. Dette er en av to hovedretninger innen vitenskapsteori (den andre er *positivismen*). Hermeneutikken er humanistisk orientert og har som fokus å prøve å *fortolke og forstå* kunnskapen som kommer frem. Dette skiller denne retningen fra positivismen som på sin side bruker de fem sansene og den logiske analysen som kunnskapskilder (Thurèn, 1994). Med en hermeneutisk tilnærming tar man eksplisitt utgangspunkt i forskerens antakelser og begreper, og man tolker data med utgangspunkt i dette. Det er viktig å være klar over at hermeneutikken også har sine svakheter. Metoden tar utgangspunkt i subjektive forståelser og lar seg ikke uten videre intersubjektivt testes. I den sammenheng blir forklaringen av min forforståelse av betydning. Alt jeg så, hørte, leste og tenkte bygde i utgangspunktet på min egen forforståelse og tolkning. Jo mer kjennskap jeg fikk til fenomenene, jo mer ble forforståelsen min endret. Dette har bidratt til at jeg nå ser på det fenomenet som studeres med «nye» øyne, flere nyanser registreres og flere sammenhenger framtrer. Den kontinuerlige utviklingen som jeg har opplevd gjennom arbeidet med denne studien kalles «den hermeneutiske spiral/sirkel» (Thurèn, 1994).

Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er en antakelse om at den vil gi gode data for å belyse studiens problemstilling på en faglig interessant måte (Dalland, 2004). Jeg ville fordype meg i et tema som fra før er viet mye oppmerksomhet i media, men som likevel oppleves som lite systematisk studert. Det eksisterer få vitenskapelige studier av deltidsarbeid ved norske sykehjem. Mitt arbeid har derfor vært *eksplorerende*. Jeg har søkt etter å forstå avdelingsledernes erfaringer og synspunkt på et tema, og av den grunn har jeg valgt kvalitativ metode med kvalitativt intervju som utgangspunkt. Kvalitativ metode hører inn under hermeneutikken. Metoden bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi) (Malterud, 2002). Samtidig står fenomenologien i et visst spenningsforhold til hermeneutikken i den forstand at den er en filosofisk retning som ønsker å se ting etter sitt egentlige vesen, og unngå å årsaksforklare eller lese egne forståelser inn i betraktningen (Aadland, 2004).

En kvalitativ metode kan bidra til å presentere mangfold og nyanser. En og samme virkelighet kan beskrives ut fra ulike perspektiver, derfor får forskerens synsvinkel og posisjon stor betydning for hva slags kunnskap arbeidet resulterer i (Malterud, 2002). Metoden har primært til hensikt å skape forståelse for et gitt sosialt fenomen (Holme & Solvang, 1996). Den kvalitative metoden passer derfor til hensikten med denne studien.

2.3 Egenskaper ved det kvalitative intervju

«*Selv om det ser lett ut å intervju, er det vanskelig å gjøre det skikkelig*» (Kvale & Brinkmann, 2009 s.21). Et forskningsintervju slekter på dagligdagse samtaler, men er i virkeligheten en profesjonell samtale. I denne samtalen konstrueres kunnskap i samspill mellom intervjueren og intervjuobjekt. Deltakerne er ikke likeverdige, det er intervjueren som definerer og kontrollerer rammene for intervjuene. Det kvalitative intervju kan kjennetegnes ved at det er fleksibelt og at man kan forandre på strukturen underveis. Denne tilpasningsmuligheten gjør det lettere for intervjueren å være eksplorerende (Kvale & Brinkmann, 2009). Formålet med kvalitative intervju er å få innsikt/forstå sider av intervjuobjektene dagligliv slik disse personene selv opplever det. Det er flere former for kvalitative intervju, jeg valgte en form som er åpen og individuell og som karakteriseres ved at forsker og respondent (den som blir intervjuet) er i vanlig dialog (Kvale & Brinkmann, 2009). I denne studien har jeg brukt respondentnummer (eksempelvis «R1», «R2»), men også begrepene «lederne», «avdelingslederne» eller «respondentene» om de ulike intervjuobjektene.

Forskning viser at konteksten som intervjuet holdes i kan ha betydning for intervjuets kvalitet – dette benevnes ofte som intervjuets *konteksteffekt* (Jacobsen, 2005). Antall respondenter er en annen sentral faktor. I et kvalitativt intervju kan man ved hjelp av noen få objekter finne svar på problemstillingen, men funnene kan ikke uten videre generaliseres fordi antall respondenter ikke er stort (Malterud, 2002). På en annen side er generalisering og representativitet heller ikke sentrale mål ved kvalitativ tilnærming, men utvelgelsen av respondenter er like fullt et avgjørende moment. Målet er å skape en dypere forståelse av et fenomen/tema, og da er det vesentlig at respondentene kan bidra i forhold til dette.

En intervjuguide kan være god hjelp når man skal gjennomføre intervju. Intervjuguiden må ikke følges punkt for punkt, men det er viktig at man i løpet av intervjuet får dekket de områdene guiden omfatter (Holme & Solvang, 1996).

2.4 Fremgangsmåte

Jeg skal her gi en beskrivelse av mine forberedelser og gjennomføringen av prosjektet.

2.4.1 Forberedelser til intervjuet

I forkant av intervjuene leste jeg meg opp på artikler og litteratur om deltidsstillinger og utfordringer knyttet til deltidstemaet. Dette for å få oversikt over temaet slik at spørsmålene i intervjuguiden ble tilstrekkelig relevante, men også for at jeg lettere skulle få samtalen til å flyte ved å kunne snakke det samme språket som intervjuobjektene.

Det var en stor utfordring å få oversikt over temaet. Det eksisterer få vitenskapelige analyser, men desto flere rapporter der fakta og verdivurderinger flyter over i hverandre. Det synes å være bred enighet blant norske samfunnsdebattanter om at den utstrakte bruken av deltidsstillinger er et problem i dagens helsevesen, men det eksisterer betydelige uenigheter om hvordan dette problemet bør løses. På den ene siden i debatten står arbeidstakerorganisasjonene Norsk sykepleierforbund (NSF) og Fagforbundet. På motsatt side finner vi Spekter og Kommunenes sentralforbund (KS) som begge er arbeidsgiverforeninger. Både NSF og Fagforbundet verner om «normalarbeidsdagen», og har frem til nå vært sterkt kritiske til å endre arbeidstidsordninger som griper inn i helgene. Spekter og KS ønsker derimot en slik tilpasning av arbeidstidsordningene. Denne høsten har Fagforbundet nærmet seg Spekter og KS ved å imøtekomme et forslag om noen flere arbeidshelger i løpet av et år (Almendingen, 2011). NSF er på sin side langt mer avventende til arbeid mer enn hver tredje helg (Hofstad, 2011). Dette viser at debatten lever og at temaet er dagsaktuelt, men det betyr også at man hele tiden må følge med i debatten for å holde seg oppdatert om temaet.

Det var svært nyttig å lese rapporter fra FAFO og Arbeidsforskningsinstituttet (AFI). Disse rapportene brukes ofte som kilder i statlige og kommunale utredninger om deltidsstillinger. I tillegg benytter også arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene

slike rapporter i sin debatt. Rapportene fra AFI og FAFO bidro til å få oversikt over temaet, og var nyttig i arbeidet med utformingen av intervjuguiden. I forkant av intervjuene testet jeg intervjuguiden på en studiekollega som har lang ledererfaring fra kommunal helsetjeneste. Selve prosessen med å lage intervjuguiden tok mye tid. Det var en utfordring å få til spørsmål som var gode og dekkende, men samtidig åpne. Intervjuguiden inneholder flere hovedtema med noen underpunkt som jeg støttet meg til underveis i intervjuet (se vedlegg nr 1).

På bakgrunn av tidligere erfaringer med kvalitativ metode og intervju, vurderte jeg det slik at seks respondenter ville gi meg nok datamateriale i denne studien. Utvalget av de seks avdelingslederne ble gjennomført ved at jeg gikk inn på Bergen kommune sine hjemmesider der alle sykehjem er listet opp med kontaktinfo. Den første kontakten med sykehjemmene var via mail, men fikk veldig få svar på denne måten. Jeg valgte derfor å ringe direkte og fikk snakke med styreren (sjefen) på institusjonene, styrerne hjalp meg med å komme i kontakt med en avdelingsleder som kunne delta i studien. Et informasjonsskriv (se vedlegg nr 2) ble deretter sendt til hver av institusjonene.

2.4.2 Gjennomføringen

Selve gjennomføringen av alle intervjuer ble gjort over en tidsperiode på fem uker i februar-april 2011. Avdelingslederne fikk selv velge sted og rom for intervjuet, dette ble gjort for å sikre at ikke konteksteffekten skulle påvirke intervjuene negativt. Respondenten var da på sin «hjemmebane», i et miljø som fremmet trygghet, avslapning og god konsentrasjon. Noen av respondentene ville intervjues på sitt eget kontor, andre på avdelingens møterom.

Intervjuene startet med en presentasjon av meg selv og studien, deretter en gjennomgang av informasjonsskriv og innhenting av skriftlig samtykke (se vedlegg nr 3). Intervjuguiden ble brukt som manus og huskeliste for intervjuet. På intervjuguiden ble det skrevet ned stikkord om nonverbal kommunikasjon, eventuelle forstyrrelser og lignende. Selve intervjuet ble tatt opp på digital diktafon, dette for å oppnå best mulig reliabilitet. Diktafonen var trolig en forstyrrende faktor for et par av respondentene de første minuttene.

For å hindre at denne distraksjonen forplantet seg videre i intervjuet startet samtalen med et nøytralt tema, nemlig en gjennomgang av turnusen som avdelingen brukte. Deretter fulgte noen enkle og innledende spørsmål. På denne måten fikk respondentene en rolig start, noe som igjen trolig gjorde dem mer fortrolig med intervjusituasjonen.

Intervjuguiden var til hjelp under intervjuene og bidro til at jeg fikk dekket de temaene jeg opprinnelig ønsket å belyse. Svarene fra intervjuene var i nærheten av det jeg hadde forventet ut ifra litteraturgjennomgangen jeg gjorde på forhånd. Men, det kom også frem syn på bruk av deltidsansatte som jeg ikke hadde tenkt på før, herunder respondentenes entydige fokus på numerisk fleksibilitet og bruk av deltidsansatte som en slags intern vikarpool. Mitt inntrykk er derfor at undersøkelsen var tilstrekkelig valid, den bidro til å frambringe data som ga informasjon om det temaet jeg hadde til hensikt å studere.

Etter hvert intervju gikk jeg gjennom intervjuguiden alene og gjorde lydopptak der jeg selv fortalte om detaljene rundt intervjuet. Dette gjaldt detaljer om respondentenes reaksjoner på spørsmål, hvor møtet ble avholdt og lignende. På denne måten fikk jeg sikret detaljer som kunne påvirke innholdet i intervjuene. En kort beskrivelse av de seks intervjuene ligger vedlagt (vedlegg nr 4).

2.4.3 Transkribering

Data fra intervjuene ble behandlet med nøyaktighet for å sikre god reliabilitet. Lydopptakene ble transkribert i kronologisk rekkefølge i løpet av noen uker etter intervjuene. I denne prosessen ble også data anonymisert. Intervju nr. 1 ble heretter kalt «R1» og så videre. Etter denne anonymiseringsprosessen ble originaldatene slettet.

Transkriberingen var omfattende. Jeg brukte ikke dataprogram i denne prosessen, men lyttet gjennom hver setning og skrev det inn i Word. Gevinsten med dette er at jeg har fått anonymiserte og korrekte sitater som jeg kan bruke i studien. I tillegg har jeg fått med meg respondentenes pauser og ivrighet i intervjuet, noe som gir meg verdifull informasjon om betydningen av det respondentene sier. Jacobsen (2005) skriver at nettopp dette er en stor fordel med denne typen databehandling.

2.4.4 Analyse

I en studie som denne er mengden data relativt stor og uten strukturering av dataene ville arbeidet vært veldig vanskelig. Jeg reduserte derfor noe på kompleksiteten, men passet samtidig på ikke å fjerne viktige data. Jacobsen (2005) skriver at de sentrale detaljene skal trekkes frem gjennom sammenligning av intervjuer og tekstmateriale, noe som igjen skal kunne gi ny innsikt i en situasjon eller fenomen. Intervjuobjektene svar ble derfor gruppert sammen slik at jeg enklere kunne sammenligne hva de ulike respondentene svarte om de samme spørsmålene. På bakgrunn av dette har jeg laget noen underkapitler som jeg bruker som utgangspunkt i drøftingen/analysen. Målet har ikke vært å finne «det riktige» angående lederne sine erfaringer med bruk av deltidsstillinger, men å være eksplorerende.

2.4.5 Studiens pålitelighet og gyldighet

En kvalitativ studie bør ha fokus på objektivitet gjennom hele forskningsprosessen. Objektivitet kan forstås som en «*avspeiling av forskningsobjektets natur*» (Kvale & Brinkmann, 2009 s.248). Det har gjennom hele datainnsamlings- og tolkningsprosessen vært et fokus på å forstå hva lederne på sykehjemmene mener, opplever og tenker om studiens problemstilling. Intervjuobjektene har fått lov til å være uenige i mine hypoteser og spørsmål. Målet har ikke vært å oppnå enighet med intervjuobjektene, men å forstå hva de faktisk opplever. Dette ble tydelig poengtert for intervjuobjektene før intervjuene startet, og det var satt av godt tid til avklaringer og spørsmål fra intervjuobjektene før intervjuene startet. Reliabilitet handler om et forskningsresultat kan reproduseres på et senere tidspunkt av en annen forsker (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har gjennom hele intervjuperioden fokusert på viktigheten av å stille åpne spørsmål. Dette fordi målet med studien har vært eksplorerende – å oppdage nye nyanser om temaet. Studiens gyldighet er gradvis styrket gjennom hele studieprosessen der jeg kontinuerlig beveger meg gjennom den hermeneutiske sirkel og ser fenomenene med stadig mer oppdaterte øyne. Spørsmålene fra intervjuguiden ligger vedlagt denne studien og kan tjene som utgangspunkt for senere undersøkelser av det samme temaet. I tillegg har jeg forsøkt å fremstille min forforståelse og gjennomføring av studien på en grundig måte slik at det skal være enkelt å forstå hvordan studien er gjennomført. Dette bidrar til at det i prinsippet skal være mulig å reprodusere studiens funn.

2.5 Etiske refleksjoner knyttet til metoden

«Vi vil ikke påstå at kvalitativ forskning er spesielt suspekt, men den er heller ikke i seg selv spesielt etisk god» (Kvale & Brinkmann, 2009 s.94). Metoden jeg valgte tar sikte på å forstå menneskers opplevelse av et tema. Dette innebærer innsyn i personlige tanker som offentligheten ikke automatisk bør ha tilgang til. Dette er en av mange grunner til at etikk må vurderes nøye i slike prosjekter. I kvalitativ metode er etiske problemstillinger knyttet til alle forskningsstadier. Helt fra start av undersøkelsen må man ha fokus på det etiske perspektivet. Det handler om å se hvilke implikasjoner et intervju vil ha for den intervjuede, innhente informert samtykke til deltakelse, behandle data konfidensielt, sikre anonymitet og så videre. I tillegg må det vurderes hvor dypt man skal tolke det som kommer frem i intervjuene slik at man ikke fremstiller en virkelighet som er forvrengt fra den faktiske mening (Kvale & Brinkmann, 2009).

Studien er meldt inn og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Jeg er utdannet sykepleier, et yrke som i seg selv inviterer til etisk refleksjon, både gjennom studiet og i arbeidslivet. Jeg er bevisst på behandling av sensitive data, og har på bakgrunn av min utdanningsbakgrunn trening i å lytte til andre mennesker og forstå deres hverdag.

Ledere ble intervjuet på deres egen arbeidsplass, i et miljø de er trygge i og kjenner godt. Det var *jeg* som var på besøk. Studien tar utgangspunkt i ledernes egne erfaringer. De har alle meldt seg frivillig til å være med, samtidig med at de også har fått beskjed om at de når som helst kan trekke seg dersom de føler for dette.

Lederne jobber på seks av totalt 43 sykehjem i Bergen kommune. Som ledere på et sykehjem er de i en posisjon der det kan/bør forventes at de kan svare på spørsmål vedrørende egen avdeling. Det er de selv som er arkitekter for hvordan avdelingen er organisert og det er også de selv som kan endre måten de jobber på. Jeg oppfattet det som at ingen av lederne hadde noen betenkeligheter eller problemer med å svare på spørsmål som ble stilt. De fortalte at de syntes det var spennende å være respondenter, og jeg opplevde at det var god stemning under samtlige intervju.

3.0 TEORI

For å finne relevant litteratur og forskning gjorde jeg søk i BIBSYS og i databaser som; Web of Science, Norart, Cinahl, Idunn, Medline og Google Scholar. Emneord som er brukt i søkene er blant annet; «arbeidstid», «deltid», «fleksibilitet», «turnus», «ledere», «sykehjem», «arbeidstidsordning», og «beslutningsteori». Det er også gjort tilsvarende søk med bruk av engelske ord. Jeg fant få forskningsartikler og litteratur om disse emneordene. Det kan virke som at temaet er relativt lite forsket på i helsesammenheng.

Først i dette teorikapittelet skal jeg presentere en artikkel som beskriver hvordan stillingsstørrelse påvirker ansattes grad av tilknytning og identifikasjon med avdelingen de er ansatt i. Etter dette presenteres teori om to typer fleksibilitet. Skillet mellom numerisk og funksjonell fleksibilitet gjør det mulig å beskrive hvilken form for handlingsrom lederne på sykehjemmene synes å foretrekke. Dette kan igjen bidra til å forklare beslutningsgrunnlaget for ledernes utstrakte bruk av deltidsstillinger i egen avdeling. Til slutt i dette kapittelet presenterer jeg teori om beslutningsmodeller. Jeg har valgt denne teorien for å finne ut hvorfor avdelingslederne i hovedsak baserer seg på å bruke deltidsstillinger, og i hvilken grad de opplever at de har et valg som kan gjøre det mulig endre på dette. Beslutningsteori er nyttig for å prøve å forklare nettopp dette.

3.1 Forskning om deltidsansattes tilknytning til arbeidsplassen

Jeg har gjennomført mange søk etter vitenskapelige artikler om deltidsstillinger, men har kun funnet én artikkel: Dag Ingvar Jacobsen (2000) har skrevet en forskningsartikkel om sammenhengen mellom deltidsarbeid og ansattes tilknytning til arbeidsstedet. Studien henter data fra ansatte ved ti norske sykehjem. Litt overraskende finner studien at ansatte identifiserer/involverer seg mindre med organisasjonen når stillingsprosenten blir stor. En mulig forklaring på dette oppgis å være at studien gjennomføres på sykehjem der fulltidsarbeid kan oppleves som stressende/belastende. I tillegg til dette finner studien at størrelsen på stillingene påvirker grad av deltakelse i organisasjonen. Høyere stillingsstørrelse medførte at de ansatte deltok noe mer i avdelingens beslutningsprosesser. Tilpasning til livet utenom arbeid var også viktig. Jo bedre jobben passet med private behov, desto mindre tenkte de ansatte på å slutte i jobben. Selve størrelsen på deltidsstillingen i seg selv viste seg også å ha betydning for

ønske om å slutte – jo større stillingsprosent den ansatte hadde, desto mindre tenkte han/hun på å slutte. Studien anslår at noen ledere kanskje ønsker en viss mengde turnover i avdelingen og derfor ansetter personell i små stillingsprosenter. Det nevnes at fordeler med økt turnover kan være større grad av innovasjon, mindre rigiditet og mer fleksibilitet i avdelingen. Likevel er studien klar på at hvis man ønsker en stabil organisasjon, så bør man unngå stillinger der ansatte føler de ikke får arbeidet nok.

3.2 Fleksibilitet

Denne studien søker å finne svar på om avdelingsledere på sykehjem foretrekker numerisk eller funksjonell fleksibilitet. Teori om fleksibilitet kan være til hjelp for å beskrive hvilke hensyn som veier tyngst når lederne beslutter å bruke deltidsstillinger i sine avdelinger. Fleksibilitetsbegrepet kommer i flere varianter. Det er ikke uvanlig at disse begrepene kommer i konflikt med hverandre, da det ofte brukes flere typer fleksibilitet samtidig i organisasjonene (NOU, 1999).

3.2.1 Atkinsons modell om den fleksible bedrift

Atkinsons laget i 1984 en modell om den fleksible bedrift (Nesheim, 2004). I denne modellen gjøres det et skille mellom kjerneansatte og perifert ansatte. Modellen er ofte brukt i studier av fleksibilitet, og er i utgangspunktet ment for bedriftsorganisering. Den kan likevel være nyttig som et verktøy for å analysere preferanser når det gjelder type fleksibilitet i tilknytning til bruk av deltidsansatte i norske sykehjem. Ved å bruke modellen i sin rene form, kan den bidra til å gi oversikt og tydeliggjøre sammenhenger når det gjelder avdelingslederens syn på fleksibilitet. Atkinsons modell ser slik ut:

Den fleksible bedrift:	Kjerneansatte	Perifert ansatte
Betydning for virksomheten	Høy	Lav
Kompetanse	Spesifikk	Generell
Form for fleksibilitet	Funksjonell	Numerisk
Tilknytningsformer for arbeid	Langsiktighet	Kortsiktighet
	Ansettelse	Eksterne kontrakter
Arbeidsmarked	Høy jobbtrygghet	Lav jobbtrygghet
	Primært arbeidsmarked	Sekundært arbeidsmarked

Figur 1 Atkinsons modell av den fleksible bedrift (Nesheim, 2004 s.6).

De kjerneansatte er i denne sammenheng ansatte som har nøkkelkompetanse og utfører organisasjonens mest komplekse og sammensatte oppgaver. De perifere ansatte har derimot kun en generell fagkompetanse, og utfører hovedsakelig oppgaver som er tilpasset dette kompetansenivået (Nesheim, 2002).

Som nevnt tidligere kan fleksibilitetsbegrepet omhandle flere varianter, men mest vanlig er det å dele begrepet inn i to grupper: *Funksjonell* fleksibilitet betyr at ansatte kan utføre *flere og forskjellige oppgaver* i organisasjonen. Med *Numerisk* fleksibilitet menes at organisasjonen kan *tilpasse antall ansatte* til aktiviteten etter hvert som behovet øker eller minker. For de kjerneansatte vil man ofte velge å fokusere på funksjonell fleksibilitet. På denne måten får man en indre sirkel av ansatte som kan utføre mange ulike oppgaver i organisasjonen. Ansatte i den perifere gruppen har på sin side en løsere arbeidstilknytning med mindre jobbtrygghet. Disse kan organisasjonen bruke for å tilpasse den numeriske fleksibiliteten (Nesheim, 2002).

Atkinsons modell åpner for differensiering og nyansering i mange ulike retninger. Det er eksempelvis ikke noen automatikk i at numerisk fleksibilitet er det samme som atypiske tilknytningsformer for arbeid. Tilknytningsform og fleksibilitet er i prinsippet to forskjellige begreper, og når en organisasjon velger atypiske ansettelsesløsninger kan det være flere motiver enn bare numerisk fleksibilitet som er årsaken. Det er også andre aspekter ved modellen som det er mulig å nyansere (Nesheim, 2004). I noen tilfeller kan bedriften bruke ansatte i den perifere gruppen til å styrke kjernekompetansen. Dette kan gjøres ved å leie inn spesialister som er gode på et avgrenset område/tema. Perifert ansatte kan i flere tilfeller også tilføre en avdeling «beste praksis» fordi de drar med seg oppdatert kunnskap fra andre avdelinger (Nesheim, 2002).

Atkinsons modell har uansett et klart skille mellom periferi og kjerne. Deltidsstillinger er, sammen med andre alternative former for tilknytning, regnet som det sekundære arbeidsmarkedet. *Deltidsstillinger tilhører dermed den perifere delen av den fleksible modellen.* Ansatte som kategoriseres som perifert ansatte kjennetegnes blant annet ved at de har større usikkerhet i forhold til lønn, færre utviklingsmuligheter og mindre kontroll over arbeidssituasjonen (Nesheim, 2004).

3.2.2 Fleksible organisasjoner

Organisatorisk fleksibilitet er også et begrep som nevnes i litteraturen. Denne type fleksibilitet beskriver organisasjonenes evne til å omstille seg og tilpasse aktivitet i henhold til nye behov og krav. Slik fleksibilitet omhandler også spørsmål om ansattes opplevelse av trygghet, motivasjon og tilhørighet på en arbeidsplass som er i forandring (NOU, 1999).

I vår tid endres ting hurtig, stadig mer spesialisering og arbeidsdeling er med på å endre krav til fleksibilitet i organisasjonene. I offentlig sektor er det ofte et press på å organisere organisasjoner på en annen måte for å bli mer effektive. Det er blitt gjennomført store organisasjonsendringer for å modernisere sektoren de senere år, *sykehusreformen* og *samhandlingsreformen* er eksempler på dette.

At en organisasjon er fleksibel kan bety at den er endringsvillig, eller at den har respons og evne til justering. Andre assosiasjoner vedrørende organisasjonsfleksibilitet er at organisasjonen er tilpasningsdyktig eller har en forberedthet/beredskap på noe. En fleksibel organisasjon stiller krav til sine ledere. For å få til en endring må lederne tolke og tyde de utfordringer de står ovenfor og deretter sette inn hensiktsmessige tiltak. Fleksibilitet er dermed ikke bare relatert til organisasjonskultur, det kan også være en helt bevisst måte å tenke/lede på. En definisjon på en fleksibel organisasjon kan være: «... *et samlebegrep som dekker ulike måter å organisere en virksomhet på for å møte og tilpasse seg skiftende betingelser, og en tenke- og handlemåte som er forberedt på endringer og vektlegger menneskelige behov, relasjoner og læringsprosesser*» (Torgersen og Steiro, 2009 s.42).

I fleksible organisasjoner kan man erfare at opplæring av nye medarbeidere «spiser» av effektiviteten, eller at opplæringen må gå over lang tid (blir fragmentert). Dette bidrar til at medarbeiderne bruker lang tid før de mestrer oppgaver i tråd med de kvalitetskrav som kreves (Torgersen og Steiro, 2009).

3.3 Beslutningsteori

Beslutningsteori kan hjelpe oss med å beskrive hvordan en beslutningstaker går frem når han/hun skal treffe et valg. Lederne jeg har intervjuet i denne studien har alle gjort valg vedrørende bruk av deltidsstillinger og turnus, og for å kunne se nærmere på disse valgene skal jeg her gå gjennom relevant teori om beslutningsmodeller.

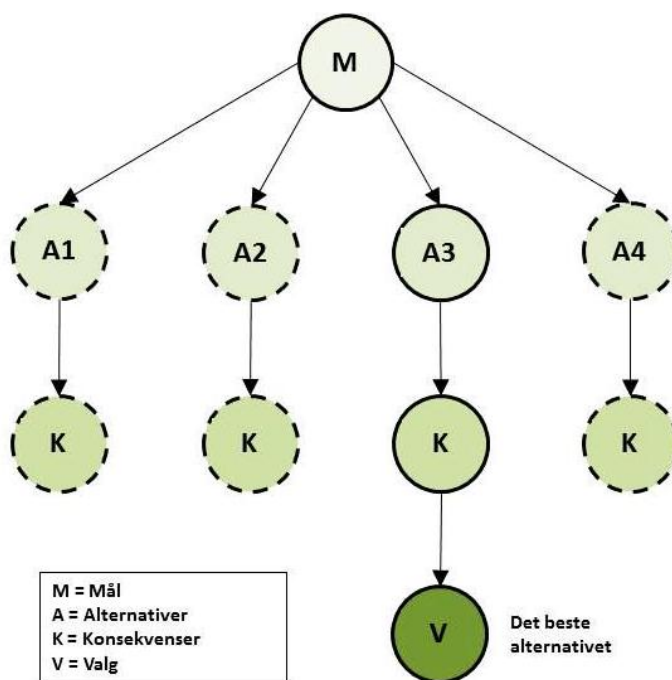
Teorien deles gjerne inn i to hovedretninger; *neoklassisk* og *adferdsbasert*. Den neoklassiske teorien har sitt utgangspunkt i klassisk økonomi. Den forutsetter at beslutningstakeren har en helt klar målsetning, er fullt ut informert om alternativer og konsekvenser, og alltid søker nyttemaksimering i sine valg. Den andre hovedretningen i teorien, adferdsbasert beslutningsteori, tar utgangspunkt i hvordan beslutninger faktisk gjennomføres i praksis og beskriver «virkeligheten» i beslutningsprosesser. Disse teoriretningene blir presentert med modeller som er en skjematisk forenkling av den enkelte beslutningsprosess (Enderud, 1976).

Beslutningsteori ses ofte i sammenheng med andre organisasjonsprosesser, eksempelvis konfliktprosesser, kommunikasjonsprosesser og lignende. Grunnen til dette er at beslutninger ofte påvirkes av mennesker eller organisasjonen rundt. I sin aller enkleste form kan man si at beslutningsprosesser inneholder flere delprosesser. Eksempel på slike prosesser kan være: 1 – Innsamling av informasjon, 2 – Valg mellom alternativer, 3 – Iverksetting. Når man ser nærmere på beslutningsprosesser kan det være nyttig å se på prosessen i et bredt spekter. Ved å bruke flere beslutningsmodeller samtidig er det lettere å få et mer nyansert bilde av prosessene (Fivesdal mfl, 2004).

Det finnes mange ulike beslutningsmodeller, jeg skal her presentere tre av disse: «Den rasjonelle idealmodell», «Administrative man» og «Regelmodellen». Den rasjonelle idealmodellen regnes som et utgangspunkt for andre modeller og «Administrative man» er en modifisering og videreutvikling av denne idealmodellen. «Regelmodellen» har på sin side en litt annerledes type forventinger til beslutninger som viser seg å stemme godt overens med funn i denne studien.

3.3.1 Den rasjonelle idealmodell

Denne modellen har utgangspunkt i en normativ teori fra økonomien der en beslutningstaker står overfor valg og ønsker å få mest mulig ut av pengene uten å ta sentimentale hensyn (Enderud, 1976). «Economic man» er et nyere navn som brukes om den samme modellen.



Figur 2 Den rasjonelle idealmodell (Enderud, 1976 s.33).

Egenskapene aktørene i den rasjonelle idealmodellen forventes å ha:

1	Beslutningstaker kan alltid treffe en beslutning når man står overfor et sett alternativer
2	Han/hun rangordner konsekvensene av alternativene ved hjelp av sin egen preferanseskala
3	Preferanseordningen til beslutningstakeren er intransitiv ($A > B > C$, og ikke $C > A$)
4	Han/hun velger alltid alternativet som står høyest på verdiskalaen (nyttmaksimering)
5	Han/hun treffer alltid det samme valget hvis/når situasjonen gjentar seg

Figur 3 Det rasjonelle menneskets beslutningsprosess (Fivesdal mfl, 2004 s.151).

Den rasjonelle idealmodellen viser til at beslutningstakerne har *helt* klare preferanser, *fullstendig* oversikt og evne til å behandle *all* informasjon. På bakgrunn av dette kan man ta *perfekt informerte beslutninger* som gir optimal nyttemaksimering. Modellen kalles derfor en *idealmodell*, og har faser som beslutningstakeren går gjennom i situasjoner der det skal tas valg.

Fasene i den rasjonelle beslutningsmodellen ser slik ut:



Figur 4 Faser i den rasjonelle beslutningsmodell (Enderud, 1976 s.11).

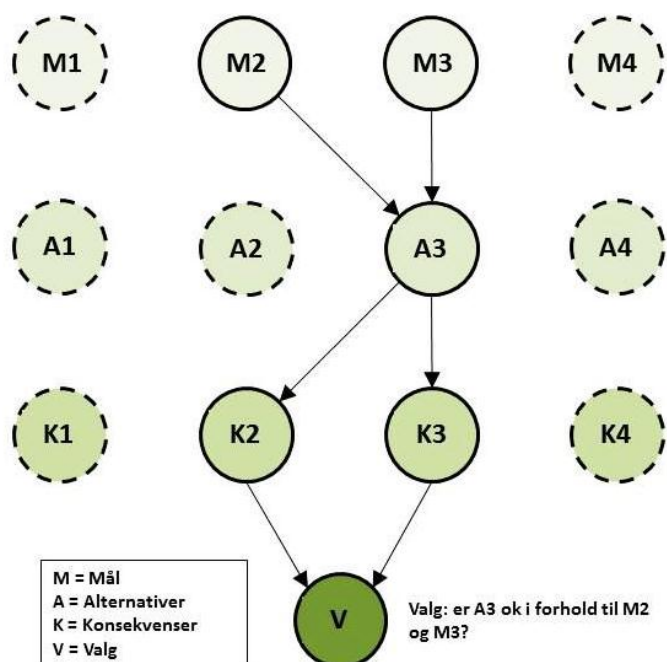
Modellen er en idealisert forenkling av sekvensene i en beslutningsmodell og i organisasjonsteoretisk litteratur brukes ofte idealmodellen som et referansepunkt for andre beslutningsmodeller (Enderud, 1976).

3.2.2 Administrative man – begrenset rasjonalitet

Nobelprisvinneren Herbert A. Simon har sett nærmere på beslutningsprosesser i økonomiske organisasjoner. Simon mener det er lett å finne svake punkter på den rasjonelle beslutningsmodellen (idealmodellen), da den ikke stemmer overens med hvordan beslutninger faktisk tas. Han mener utfordringen ligger i å bruke modellen for å få en bedre empirisk forståelse av hva som skjer i organisasjonen når beslutningene tas.

Simon skiller mellom normative og empiriske modeller – mellom noe som *bør være* og noe som *er*. Rasjonalitet er i følge Simon en variabel. På denne måten kan man se på *graden* av rasjonalitet opp mot den ideelle beslutningsmodellen. Modellen blir dermed et middel eller verktøy for å undersøke *hvordan* mennesker og organisasjoner tenker og handler i beslutningssituasjoner.

Simon kaller beslutningsmodellen for «Administrative man» og ser på den som en empirisk og praktisk versjon av idealmodellen. *Begrenset rasjonalitet* er også et begrep som ofte knyttes til Simons beslutningsmodell (Fivesdal mfl, 2004).



Figur 5 «Administrative man» (Enderud, 1976 s.53).

Modellen om begrenset rasjonalitet skiller seg fra idealmodellen ved at den forenkler hvert trinn i beslutningsprosessen. Den er enklere og krever færre input-data for beslutningstakeren (Enderud, 1976). I henhold til Simon har beslutningstakeren en egen forståelse eller referanseramme over situasjonen. Situasjonsforståelsen kan være noe uklar, og et resultat av psykologiske og sosiologiske prosesser. Simon antyder at beslutningstakerne verken har vilje eller kunnskap til å vurdere *alle* muligheter, og derfor søker etter *få* handlingsalternativer og/eller mer informasjon om konsekvenser ved de ulike alternativene. Vedkommende har ikke som ambisjon å få oversikt over alt. Beslutningstakeren søker heller etter *tilfredsstillende* alternativer – de alternativer som er gode *nok*. Kun unntaksvis søkes optimale alternativer. I denne sammenhengen kan det forekomme at forventninger senkes eller økes avhengig av hvilken preferanseramme beslutningstakeren har. Aktøren i modellen forventes å være tilfreds med begrenset innsikt i situasjoner det skal tas stilling til, og i saker som ligner hverandre gis det gjerne standard svar basert på tidligere erfaring og beslutninger (Fivesdal mfl, 2004).

3.2.3 Regelmodellen

Denne typen beslutningsmodell kjennetegnes ved at man følger regler, prosedyrer og rutiner (vanlig praksis). Beslutningstakeren kan ha flere mål, og ofte også noe mangelfull kunnskap om mål og midler. Regler/instrukser kan i flere sammenhenger bli oppfattet som mål i seg selv (Enderud, 1976).

Regelmodellen er en modell som anvendes mye i beslutningssituasjoner både i og utenfor organisasjoner. Noen regler er formelle (eksempelvis lovverk eller prosedyrer), andre mer uformelle (eksempelvis hvordan man skal samarbeide om noe). Mange beslutninger som følger regelmodellen blir tatt så automatisk at det knapt kan kalles en beslutning. Grunnen til at det likevel er laget en modell for slike beslutninger er blant annet at man lettere skal kunne vurdere om reglene man følger er hensiktsmessige. Regelmodellen kan fremstilles slik:

Handlingsalternativ	H1	H2	H3
Situasjon			
S1	X		
S2		X	
S3			X

Figur 6 «Regelmodellen» (Enderud, 1976 s.63).

Regelmodellen forutsetter at man har *bestemte situasjoner*, *bestemte handlingsalternativ* og *bestemte regler* for hvilket handlingsalternativ som skal/bør velges i bestemte situasjoner (eks: Hvis situasjon 2 – velg handlingsalternativ 2). Dersom man skal kunne bruke denne modellen må mål og intensjon være relativt stabile, slik at beslutningen ikke kommer i konflikt med det som regnes å være vanlig praksis. I tillegg må det være en stabil sammenheng mellom mål og middel. Til slutt kreves det at situasjonene er godt beskrevet og dekker de beslutningssituasjoner som kan oppstå (Enderud, 1976).

I sin enkleste form kan regelmodellen brukes på en måte slik at beslutningenes konsekvenser mister sin betydning. Beslutningstakerens oppgave blir da utelukkende å foreta en riktig anvendelse av en regel. En fordel med regelmodellen er at den forenkler beslutningssituasjonen til mer rutinepregete prosesser. Dette medfører raskere og billigere beslutninger fordi det brukes mindre tid på å ta beslutningene. Ulempen med dette er at man kan ha lett for å overse dimensjoner som er viktigere enn det enkleste alternativet. Men, ved å bruke mindre tid på noen beslutninger får samtidig beslutningstakeren mulighet til å bruke mer tid på vanskeligere og viktigere tema. Anvendelse av regelmodellen kan gjøre det lettere å koordinere beslutninger. Upartiskhet er et begrep som nevnes fordi beslutningstakeren treffer de samme konklusjoner hver gang. Regelmodellen kan også bidra til å minske den psykiske påkjenningen som følger en beslutning, dette fordi beslutningstakeren har en regel/retningslinje å følge og dermed ikke har tatt avgjørelsen «av egen vilje». Dette representerer igjen en alvorlig ulempe med slike beslutninger. Regelmodellen henviser beslutningstakeren til fortiden, beslutningene tas på grunnlag av hvordan ting har vært gjort før. Faste regler og prosedyrer medfører stabilitet og forutsigbarhet, men det vanskeliggjør samtidig utvikling og innovative løsninger (Enderud, 1976).

Litteraturen beskriver en relativt vanlig praksis der beslutningstakere opprinnelig ønsker å bruke en konsekvensorientert modell (eksempelvis administrative man), men som til slutt ender med å bruke en regelorientert beslutningsmodell isteden. Det antas at dette skyldes et ønske om å flykte fra kritikk og ressurskrevende prosesser. Regelorienterte beslutningsmodeller er lite personlige og de beskytter mot kritikk, dette fordi det er lett å gjemme seg bak regler og hevde at man kun følger «beste praksis» (Enderud, 1976).

Strukturbestemte beslutninger har mange likheter med regelmodellen og forekommer der miljø og *struktur* setter begrensinger på løsningsalternativene. I praksis oppleves det ofte som at det kun er ett mulig alternativ man kan bruke (Enderud, 1976).

4.0 RESULTAT

Dette kapitlet presenterer funn fra de seks intervjuene. Noen data er systematisert i tabeller, mens andre funn er presentert som sitater eller sammendrag. Jeg skal i neste kapittel kommentere og drøfte disse funnene nærmere.

4.1 Organisering og bruk av deltid på sykehjemmene

For å få en bedre forståelse av hva lederne i denne studien mener om deltid, er det viktig å få en oversikt over hvor stort omfanget av deltid i avdelingen egentlig er, og hvilke muligheter lederne har til å påvirke denne situasjonen. Før starten av hvert intervju ble turnusen gått gjennom sammen med respondenten.

Tabell I – Omfang av deltid på sykehjemmene

Leder	Egen turnus natt?	Antall ansatte i turnus	Antall ansatte i deltid	Prosent ansatte i deltid
R1	Ja	30	22	73,33 %
R2	Nei	35	32	91,42 %
R3	Ja	22	18	81,81 %
R4	Ja	12	10	83,33 %
R5	Ja	51	38	74,50 %
R6	Ja	38	30	78,94 %

Fem av avdelingene har det som kalles en todelt turnus med dag- og kveldsvakter. Med dette menes at nattevaktene går i en egen turnus utenom de andre ansatte. «R2» har en vanlig tredelt turnus med både dag-, kveld- og nattevakter.

Avdelingen med minst bruk av deltid er «R1» (73,33 % deltidsansatte). Denne avdelingen har i praksis en todeling av sine ansatte. Den ene gruppen av de ansatte har ryddige stillinger med hele tall (eksempelvis 50 %, 75 % og lignende), mens den andre gruppen har mange små stillingsprosenten – hovedsakelig mindre enn 25 %. Hos de andre respondentene varierer stillingsprosentene fra 11,50 % til 100 %. Her er det også nesten utelukkende ujevne størrelser på stillingene og uttalt bruk av desimaler (eksempelvis 33,63 %, 47,17 % og lignende).

Lederne ble spurt om hvor mange av de ansatte som hadde tatt kontakt vedrørende et ønske om større stilling. De ble også spurt om sykehjemsavdelingen eller sykehjemmet som institusjon hadde noen overordnet retningslinje/policy angående deltidsstillinger.

Tabell II – Antall ansatte som ønsker større stillingsprosent

Leder	Antall i ufrivillig deltid	Finnes det en overordnet policy på deltid for avdelingen?
R1	4	<i>Nei, det tror jeg ikke det finnes.</i>
R2	Vet ikke	<i>Nei, ikke som jeg vet om.</i>
R3	4	<i>Nei.</i>
R4	2	<i>Ja. Vår institusjonssjef har gitt klare føringer for dette.</i>
R5	2	<i>Nei, det tror jeg er opp til oss selv å bestemme.</i>
R6	0	<i>Nei, ikke som jeg vet om.</i>

Det var usikkerhet hos alle lederne om hvor mange av de ansatte som faktisk ønsket en større stillingsprosent. Bortsett fra «R4» måtte alle respondenter lese gjennom turnusen og telle opp dette, de visste ikke antallet på forhånd. «R4» var også den eneste lederen som oppga at institusjonen hadde en retningslinje i forbindelse med deltid.

Alle respondenter, med unntak av «R6», brukte turnuser som var 'arvet' av deres forgjengere. To av respondentene hadde justert turnusen noe. Tilpasningen gjaldt hovedsakelig endring av oppmøtetidspunkt på noen vakter, samt flytting av personale fra rolige dager til dager med mer aktivitet.

Tabell III – Om turnus har «gått i arv»

Leder	Laget turnusen selv eller arvet?	Kjennskap til andre turnusoppsett?
R1	<i>Turnusen vi har nå, var her da jeg begynte selv.</i>	<i>Nei, jeg er bare vant med hver tredje helg.</i>
R2	<i>Nei, turnusen var her da jeg begynte.</i>	<i>Nei, det gjør jeg ikke.</i>
R3	<i>Den vi følger nå er det jeg som har tilpasset.</i>	<i>Nei, egentlig ikke.</i>
R4	<i>Den er arvet fra tidligere.</i>	<i>Har hørt om noen, men kan det ikke godt nok.</i>
R5	<i>Den er arvet, men jeg har tilpasset den litt.</i>	<i>Lite, men ønsketurnus høres kjekt ut.</i>
R6	<i>Vi laget en helt ny for to år siden.</i>	<i>Nei, det er lite.</i>

Få av respondentene hadde hørt om andre måter å lage turnus på. De var også lite fortrolige med fremgangsmåter for å minimere bruken av deltidsstillinger i avdelingen. Et par respondenter sa at de hadde vurdert å få til et samarbeid med andre avdelinger for å lage større stillinger for enkelte ansatte, men dette opplevdes som komplekst og vanskelig.

Tabell IV – Muligheter til å endre turnusoppsettet

Leder	Type turnus	Mulighet til å velge turnusoppsett selv?
R1	6-ukers turnus. Hver tredje helg.	<i>Ja, jeg kan tilpasse det selv.</i>
R2	6-ukers turnus. Hver tredje helg.	<i>Nei, men jeg kan komme med ønsker.</i>
R3	6-ukers turnus. Hver tredje helg.	<i>Ja, jeg kan tilpasse det.</i>
R4	6-ukers turnus. Hver tredje helg.	<i>Ja, jeg kan tilpasse det så lenge det er i dialog med sjefen.</i>
R5	6-ukers turnus. Hver tredje helg.	<i>Ja, jeg kan tilpasse det.</i>
R6	12-ukers turnus. Hver tredje helg.	<i>Ja, i samarbeid med styreeren.</i>

Som det går frem av tabellen kan de fleste respondentene endre turnusoppsettet selv. Noen føler de står friere enn andre, men alle mener de får gjennomslag for de ønsker de måtte ha. Turnusen avdelingene følger er vanlig skjematurnus som rullerer over seks uker. Eneste unntak er «R6» som har turnus som rullerer over 12 uker, men også denne turnusen er en vanlig skjematurnus.

4.2 Hvordan stillingsstørrelse påvirker ansettelse, sykemeldinger og turnover

I tilknytning til ansettelse skiller respondentene de ansatte hovedsakelig i to grupper; fagutdannede og ufaglærte. Når det gjelder de ufaglærte så opplever ikke respondentene at det noe stort problem å tilby stillinger som er små og på ubekvemme tidspunkter (kveld og helg). «Når det gjelder ufaglærte så er det lett å få mange søkere, nesten uansett hvor stor stillingen er» (R5). Flere av respondentene trekker frem at det stort sett er studenter og personer som har en deltidsstilling hos andre arbeidsgivere som ønsker å takke ja til de små stillingene.

Når det gjelder de faglærte opplever respondentene derimot at det er problematisk å få ansatt personell i små stillinger. «Jeg tror man må ha noe å tilby. Det er kanskje noen som ønsker å begynne i en halv stilling, men mindre enn en halv stilling tror jeg blir vanskelig å få folk til» (R3). Flere av respondentene nevner en stillingsstørrelse på ca. 75 % som et minimum for at det skal være lett å få tak i fagutdannede. Det er en felles oppfatning blant respondentene at jo større stillingene er, jo lettere er det å få tak i fagutdannet personell.

Tabell V – Om stillingsstørrelse påvirker sykefravær

Leder	Er ansatte i deltidsstillinger mer eller oftere syke?
R1	<i>Nei, jeg kan ikke si det. Men vi sliter litt med noen i full stilling som er ute i langtidssykemeldinger.</i>
R2	<i>Nei. Det tror jeg ikke. ... Det er vel mer personlige grunner til at ting blir som det blir.</i>
R3	<i>Nei, det kan jeg ikke si. Alle er like syke/friske.</i>
R4	<i>Nei, generelt sett ikke. Her har det vært de med størst stilling som har vært mest syke.</i>
R5	<i>Nei, ikke som jeg vet. Nei.</i>
R6	<i>Det har jeg ikke tenkt på, men det er mulig at noen blir lettere syke hvis de går opp i stillingsstørrelse.</i>

På spørsmål om stillingsstørrelse påvirker antall sykemeldinger er det noe usikkerhet blant respondentene. Tre av seks ledere trekker frem fulle eller store stillinger som kilde til økt andel sykemeldte. Ingen av lederne mener ansatte i deltidsstillinger er mer eller oftere syke.

Det er også noe usikkerhet blant respondentene om hvordan stillingsstørrelse påvirker turnover i avdelingen.

Tabell VI – Om stillingsstørrelse påvirker turnover

Leder	Påvirker stillingsstørrelse turnover i avdelingen?
R1	<i>Lite. Men det er jo de som signaliserer at de begynner andre steder hvis de ikke får flere vakter.</i>
R2	<i>Nei, det tror jeg er individuelt. Det tror jeg ikke har noe å gjøre med stillingsstørrelsen.</i>
R3	<i>Nei, ikke her. Jeg har et inntrykk av at de som jobber her nå heller venter på en større stilling.</i>
R4	<i>Nei, ikke her, men ved andre avdelinger har ansatte sluttet fordi de ikke fikk flere vakter.</i>
R5	<i>Nei, lite. Vi har mange som ønsker å jobbe – og de venter på at stillingene blir større.</i>
R6	<i>Nei, ikke mye. De som jobber her har jobbet her i alle år. Så her er de egentlig ganske stabile.</i>

4.3 Opplevelse av fleksibilitet og bruk av ressurser

Samtlige respondenter mener at mange deltidsansatte gjør det lettere å få avdelingene til å «gå rundt» ved sykemeldinger og annet fravær. De har da flere ansatte tilgjengelig som kan kontaktes og hentes inn ved behov. En av respondentene poengterer at synet på fleksibilitet kan variere mellom ulike typer sykehjem. «Her er det så få pasienter, og pasientene ligger her veldig lenge av gangen – slik at man egentlig ikke går glipp av så veldig mye i forhold til pasientene. Dette er sikkert annerledes på andre steder der det er litt større tempo og mer sammensatte pasientoppgaver» (R3).

Tabell VII – Fleksibilitet

Leder	Bidrar deltid til å gjøre avdelingen mer fleksibel?
R1	<i>Ja, det gjør vel egentlig det, det er der vi kan knipe igjen. Når morgenstell og middag på formiddagen er gjennomført kan de som har deltidsstillinger gå hjem. Det praktiseres ikke slik at de timene de får kan tas ut i en ekstra dag fri, selv om det er det mange ønsker, men de får kortere arbeidsdager.</i>
R2	<i>Ja, det blir jo lettere for oss ledere fordi du kan fordele mer der du trenger de ansatte. Lettere å hente inn folk hvis det blir sykemeldinger. De i eksempelvis 60 % stilling gir vi litt korte vakter til, og da er de nesten like mye på jobb som de som går i 100 %. I antall dager.</i>
R3	<i>Både og. Du har de negative sidene ved at de ikke er her daglig og derfor ikke har god kontinuitet. Men så er det jo ikke tvil om at det er mye sykefravær, og da har vi inne mye vikarer som er kjente.</i>
R4	<i>Ja. Men vi ledere vil jo kanskje ha både i pose og sekk – for det er lettere å få turnusen til å gå opp med flere ansatte. Men i forhold til arbeidsoppgavene så er det mer fleksibelt å ha store stillinger og få personer, fordi de ikke er avhengige av å måtte gjøre alt på den dagen de faktisk er på jobb, slik de som jobber sjelden må.</i>
R5	<i>Ja til en viss grad. Når vi har fravær kan vi bruke egne deltidsansatte til å ta litt ekstra vakter, så da får vi litt bedre kontinuitet og kvalitet med den som går i inn og tar vekten. Det er jo fordelene med deltid.</i>
R6	<i>Altså, det gjør jo det. De som går i deltid er jo interessert i å jobbe ekstra, sånn at det gir meg en mulighet til å få inn fagpersoner.</i>

Fleksibilitet oppleves av respondentene som både en fordel og en ulempe, ut ifra hvilket synspunkt de inntar. «R5» belyser fordelene ved å ha ansatte i små stillingsprosenters dersom de blir syke: «Hvis en i 50 % stilling blir syk berøres færre vakter enn om personen hadde gått i 100 % stilling. Dermed er det færre vakter som må dekkes inn ved sykemelding når ansatte går deltid. Det er mer sårbart med ansatte i full stilling» (R5).

Samtlige respondenter ser det som en tilnærmet umulighet å ha en avdeling uten deltidsansatte. Hindringer i økonomi, turnus og helgejobbing oppgis å være de viktigste årsakene til dette. «Det tror jeg faktisk ikke hadde gått, fordi alle måtte ha jobbet like mye i helg som i ukedagene. Det er begrensningene i forhold til turnus som hindrer dette» (R4).

Respondentene ble presentert for et scenario der de fikk tildelt ett ekstra årsverk i avdelingen. De skulle så svare på om de ville lyst ut en ny stilling som en fulltidsstilling eller delt stillingen opp mange mindre stillingsprosenters (se neste side).

Tabell VIII – Valg ved utlysning av ny stilling

Leder	Hvis du fikk en ny stillingshjemmel, ville du lyst den ut som en 100 % stilling, eller delt den opp?
R1	<i>Hvis jeg fikk dekket helgene, så ville jeg delt opp stillingen og latt noen av de ansatte få gå opp i 100 %.</i>
R2	<i>Jeg ville nok spre en slik stilling ut på mange ansatte, slik at de som ønsker litt høyere stilling fikk dette.</i>
R3	<i>Det er jeg litt usikker på.. Hvis det var mulig å lyse ut en full stilling for en sykepleier, så ville det vært en fordel for både meg selv og for stedet her. Da hadde jeg fått mer avlastning til oppgaver jeg har ansvar for.</i>
R4	<i>Som en full stilling, fordi det gir en stabil arbeidskraft, mer kontinuitet. Mer forutsigbart, man slipper å ha enda flere personer. Og fordelene det også har for personen selv, at man kanskje lettere føler seg som en del av avdelingen og dermed kanskje trives bedre. ... Fordelen med få ansatte er at du kjenner personen bedre. Du får innsikt i deres positive og negative sider, og kan dermed tilrettelegge og samarbeide på et annet nivå.</i>
R5	<i>Vi har vært gjennom en lang prosess for å få en lik bemanning på de ulike gruppene. Så det er jo mulig at den ikke hadde blitt lyst ut en gang. Eller det kunne jo hende at noen bare hadde fått økt opp stillingsprosenten på de som går i deltid. Eller så kunne vi ha laget en helt ny stilling, jeg er usikker.</i>
R6	<i>Jeg er usikker, men akkurat nå kunne jeg tenke med en i full stilling – for å få kontinuitet i avdelingen.</i>

Et par av respondentene uttrykte at de syntes det var vanskelig å se for seg at de skulle få en ekstra stilling på avdelingen. Respondentene ble også spurt om ansatte med ulik stillingsstørrelse fikk tildelt like mye ansvar i avdelingen.

Tabell IX – Tildeling av ansvar

Leder	Har/får deltidsansatte like mye ansvar i avdelingen som fulltidsansatte?
R1	<i>Nei, det går vel egentlig på stilling. Er man sykepleier så får man ansvar innenfor sykepleiefaget. Alle har lov til å være ny over lengre tid. Men det blir ikke noen forskjell på om du jobber 100 eller om du jobber 50 %, det faglige ansvaret har jo vi der uansett.</i>
R2	<i>Nei, de gjør gjerne ikke det. Hvis det er ting som må bli gjort en gang i uken – så er det sånn som alle får ansvar for. De i store stillinger får oppgaver som gjerne må følges opp mer, og de med liten stilling har andre oppgaver – som bestilling av varer og lignende.</i>
R3	<i>Ja, over tid. Men man må også få litt tid og erfaring før man tildeles mye ansvar. I utgangspunktet har de jo samme ansvar i og med at de har en fagutdanning. På en annen side så er det kanskje lettere å delegere noe til de som er her mye, i og med at man møtes oftere og lettere kan følge det opp.</i>
R4	<i>Ja, i forhold til fag. To sykepleiere i ulik stillingsstørrelse har like mye ansvar faglig sett. Men rent administrative oppgaver delegeres utelukkende til de med størst stilling. Disse får da flere arbeidsoppgaver som ledelse av oppgaver enn ansatte i mindre stillinger.</i>
R5	<i>Nei, de får ansvar for færre primærpasienter. De får også færre ansvarsområder utenom direkte pasientrettet arbeid – for eksempel forflytning, medisiner, aktiviteter, bestilling og alt sånt.</i>
R6	<i>Ja. Vi har de samme faglige kravene til dem. Men det tar jo gjerne lengre tid før de med liten stilling kan ha de samme ansvarsvaktene. ... Når det gjelder rutineoppgaver som medisinstilling og lignende så er det klart at nye ansatte i små stillinger trenger ofte lengre tid på å bli fortrolig med.</i>

Respondentene sier de sjelden har vanskeligheter med å få deltidsansatte til å ta ekstra vakter. I samtlige intervju kom det frem at lederne selv ser på sine deltidsansatte som en form for vikarer i internt vikarbyrå. «De ansatte blir vel på en måte et internt vikarbyrå. For vi vet jo at de ønsker å gå flere vakter, og det er disse som først får tilbud om å jobbe» (R3). Respondentene opplever at slike egne vikarpooler gjør det enklere å drive avdelingene. «De kjenner avdelingen, pasientene og de ansatte. I tillegg kjenner jeg de godt og jeg vet hva de ønsker å jobbe» (R6). Respondentene oppgir at de også registrerer de ulemper denne ekstra fleksibiliteten medfører for den enkelte ansatte, de nevner eksempler i forhold til å komme på jobb på kort varsel, ha usikker inntekt og mindre trygghet.

Respondentene har nyanserte syn på om store stillingsprosenter bidrar til høyere kvalitet på tjenestene. Deres opplevelse av kvalitet knyttes ofte til begrep som kontinuitet/rutine.

Tabell X – Gir større stilling mer kvalitet?

Leder	Hva tenker du om påstanden om at stor stillingsstørrelse bidrar til høyere kvalitet på tjenestene?
R1	<i>En får jo litt mer rutine på ting når man er her oftere. Men jeg føler også at når man har vært her en stund så ligger rutinene inne, så om de bare jobber 50 % så tror jeg likevel de har like høy kvalitet egentlig. Det er vel litt personavhengig hvor interessert og oppdatert den enkelte er.</i>
R2	<i>Jeg er enig i det. Man er jo mer oppdatert på det som skjer i avdelingen. Man er mer til stede, men det er jo litt individuelt også. Man kan jo ha noen som ikke er så flinke i faget sitt selv om de går i full stilling. Det henger jo sammen med hvor faglig oppdatert du er, og motivasjon og interesse påvirker vel dette.</i>
R3	<i>Det kan være det, men ikke nødvendigvis. Jeg tror at de som går deltid kan oppdatere seg på faget og følge litt ekstra med, og er flinke til å orientere. Men jeg ser jo også at de som går daglig, kanskje har det noe lettere for å få oppdatert seg på det kvalitetsmessige i arbeidet. Det kan eksempelvis være oppfølging, ernæring, og lignende. De har kanskje litt lettere for å se utvikling.</i>
R4	<i>Jeg tror det stemmer. Absolutt. De har mer kontinuitet, kjenner pasientene bedre, kjenner til flere rutiner, de har gjort ting flere ganger og er nok mer rutinerte på enkelte områder. På en annen side kan ansatte i store stillinger lettere bli sliten og få dårligere motivasjon hvis de jobber mer enn de kan klare.</i>
R5	<i>Ja, jeg er enig i det. I forhold til kontinuitet. Alle ansatte skal jo få med seg den samme informasjonen, men det er lettere når du er på jobb hver dag. Men, man blir også veldig sårbar hvis den i stor stilling har fravær, da er det så mange vakter som må dekkes inn. Da kan det jo være at vikaren ikke kan like mye og så blir kvaliteten dårligere.</i>
R6	<i>Man får i hvert fall bedre kontinuitet med store stillinger og det er jo bra. På en annen side kan stor stilling også bli en hvilepute, når man er der hver dag når er det lett å bli litt sløv. Nattevaktene som er her litt sjeldnere har for eksempel lettere for å fange opp ting som andre ser seg blinde på. Men generelt sett synes jeg store stillinger er mest positivt. Man vet hvem man har rundt seg, pasientene vet hvem som jobber og opplever en økt trygghet i dette.</i>

Kun en respondent har erfaring med bruk av *eksterne* vikarer. «Noen vikarer fungerer godt og noen ikke i det hele tatt. Det kommer veldig an på hvem som kommer inn. De som fungerer godt evner å omstille seg, de evner å ta ting på sparket. Noen forventer nok mer opplæring enn vi har tid til å gi, og de vikarene har ikke fungert så bra» (R6). Kvalitetserfaringer med bruk av *egne* vikarer (deltidsansatte som jobber ekstra vakter), er det derimot flere av. Flere respondenter oppgir at de bevisst bruker egne ansatte som vikarer, da målet deres er å oppnå best mulig kvalitet. «Vi bruker ikke vikarbyråer, det er deltidsansatte som fyller denne rollen. Fordelen med disse er at de kjenner avdelingen og rutinene vi har» (R3). En annen respondent har et lignende syn: «Deltidsansatte kan jo ta en del ekstra vakter. Da får vi litt bedre kontinuitet og kvalitet sammenlignet med en ekstern som ikke kjenner avdelingen eller de ansatte» (R6).

Mye bruk av vikarer bidrar til å øke mengden stress i avdelingene. Respondentene sier dette hovedsakelig skyldes at vikarene er mindre kjent med både avdeling og pasienter, og derfor spør mange spørsmål til de som jobber fast i større stillinger.

Samtlige respondenter opplever at kvaliteten på tjenestene øker når de ansatte kjenner pasientene. De sier også at pasientene opplever større trygghet når de kjenner igjen ansatte rundt seg. «Det er mange pasienter som fort kan bli veldig urolige. Det er jo mest demente dette gjelder. Og de skal jo da helst ha de samme menneskene rundt seg hele tiden» (R2).

Alle de seks respondentene opplever at økonomi er en stor del av deres hverdag og at det er lønningene som får mest fokus: «Det er på lønningene du må knipe inn hvis du skal spare inn. For hver time du sparer og legger sammen, så får du plutselig en ekstra dag på en. Så, ja. Du sitter jo hele tiden og vurderer om folk skal gå til klokken ti eller om de kan gå klokken ni – du kniper inn hele tiden for å få kabalen til å gå opp» (R1).

Flere av respondentene er usikre på om et stort bruk av deltidsstillinger er økonomisk besparende eller fordyrende, de sier de kan lite om dette.

Tabell XI – Er deltids- eller heltidsstillinger billigst?

Leder	Er det billigere eller dyrere å ha ansatte i store stillinger fremfor små stillinger?
R1	<i>Det vet jeg ikke. Vi kniper inn der vi kan uavhengig av stillingsstørrelse.</i>
R2	<i>Det kan jeg ikke svare på, jeg vet ikke.</i>
R3	<i>Jeg antar at det er dyrere med mange ansatte i store stillinger, fordi man måtte ha flere på hver vakt.</i>
R4	<i>Dyrere. Bl.a. fordi ansatte i store stillinger ikke kan ta like mange ekstra vakter uten å skrive overtid.</i>
R5	<i>Kanskje det er billigere med ansatte i store stillinger fordi man da sparer inn på arbeidsgiveravgift?</i>
R6	<i>Tja. Med mange i full stilling ville det blitt en ekstra utgift i forhold til overtid. Jeg er litt usikker.</i>

5.0 DRØFTING

Jeg skal i denne drøftingen trekke frem noen av hovedfunnene fra intervjuene. Kapittelet er delt inn i to hoveddeler; først presenteres ledernes syn på fleksibilitet, deretter funn som relateres til avdelingsledernes beslutningsgrunnlag og hvilken beslutningsmodell valgene de tar passer inn under.

5.1 Numerisk eller funksjonell fleksibilitet?

Atkinsons begreper om numerisk og funksjonell fleksibilitet er tradisjonelt brukt i en bedriftsorganisatorisk tankegang. Atypisk arbeidstilknytning er en sentral del av begrepet numerisk fleksibilitet. Med dette menes at ansatte kan ha eksterne kontrakter, kortsiktighet og lav jobbtrygghet (Nesheim, 2004). I denne studien åpnes dette begrepet noe, da slike tilknytningsformer ikke er like vanlige i Norge. Gjennom norsk arbeidslovgivning er det relativt vanskelig, og kanskje lite hensiktsmessig, å ansette helsepersonell på korte kontrakter (prosjektstillinger og lignende). Etterspørselen etter helse er relativt lik fra uke til uke, og gjør derfor at man må ha en nokså stabil arbeidsstyrke. Derimot er det ulik arbeidsbelastning *i løpet av et døgn/vakt*, det er dette som skiller helsetjenester fra eksempelvis prosjektarbeid i bedrifter.

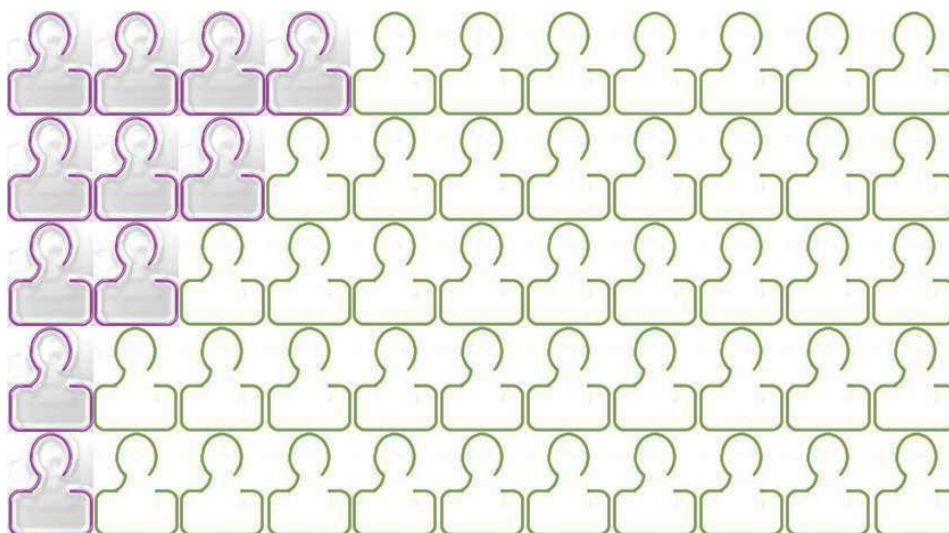
Med ulik belastning i løpet av en vakt, vil det være interessant for noen ledere å forsøke å tilpasse arbeidsstyrken til det faktiske behovet (for eksempel pleieoppgaver) i avdelingene. I et slikt perspektiv kan de deltidsansatte ses på som helsetjenestens svar på de perifert ansatte. Med dette menes ansatte som har mindre jobbsikkerhet og ofte kun generell kompetanse. Slike ansatte kan sitt fag, men ikke nødvendigvis detaljoppgaver eller mer kompliserte driftsrutiner i avdelingen. Deltidsansatte har derfor noe mindre betydning for slike kjerneoppgaver i organisasjonene. Ansatte i fulle stillinger kan på den andre siden vurderes som de kjerneansatte – som avdelingen gradvis har lært opp over lang tid. Disse ansatte kjenner avdelingens rutiner godt, de har spesifikk kompetanse og stor jobbtrygghet. I denne studien vurderes deltidsstillinger som en form for numerisk fleksibilitet, og fulltidsstillinger som en form for funksjonell fleksibilitet.

Nøyaktig hvilke stillingsstørrelser som faller inn under kategorien numerisk og funksjonell fleksibilitet er et utfordrende spørsmål. Dette fordi deltidsstillinger varierer i størrelse. En ansatt i full stilling betraktes som en potensiell kilde til funksjonell fleksibilitet. En ansatt i 20 % stilling kan betraktes som kilde til numerisk fleksibilitet. Men hvor går denne grensen? Er en ansatt i 85 % stilling et bidrag til numerisk fleksibilitet eller til funksjonell fleksibilitet? I definisjonen av deltid (se kapittel 1.0) står det at alle som jobber i en stillingsstørrelse på mindre enn 100 prosent er å betrakte som deltidsansatte. For enkelthetens skyld vil derfor alle deltidsansatte i denne studien falle inn under begrepet perifert ansatte og være bidrag til numerisk fleksibilitet. Det er likevel sannsynlig at noen respondenter ser på deltidsansatte i store stillinger (eksempelvis over 85 % stillingsstørrelse) som innehavere av kjernekompetanse og dermed funksjonell fleksibilitet. Defineringen av hvor stor stillingsstørrelse som passer inn under numerisk og funksjonell fleksibilitet kan være nyttig å forske mer på.

Nesheim (2004) skriver at atypiske former for tilknytning og numerisk fleksibilitet ses på som det samme, og at dette er en lite hensiktsmessig forenkling. Det som derimot skiller helsevesenet fra en vanlig bedrift er at helsevesenet ikke drives av konkurranse. I tillegg bruker mange ledere i helsevesenet deltidsstillinger *bevisst* for å oppnå numerisk fleksibilitet. Dette gjør at begrepet numerisk fleksibilitet i denne studien fungerer godt som et annet ord på deltidsstillinger.

De seks sykehjemsavdelingene i denne studien har en høy andel deltidsansatte. Minst bruk av deltid har «R1» der 73,33 % av alle ansatte jobber i deltidsstillinger. På avdelingen med mest bruk av deltidsstillinger (R2) jobber 91,42 % av de ansatte i slike stillinger. Denne avdelingen er også den eneste som har 3-delt turnus (dag, kveld og natt). Sammensetningen av stillingene er hovedsakelig med ujevne brøkstørrelser (desimalstillinger), noe som ofte betyr at stillingsstørrelsene er hentet ut fra turnusprogrammet som lederne bruker for å planlegge turnusen i avdelingen. Omfanget av deltidsstillinger er omtrent så stort som man kan forvente av en kommunal helseavdeling.

Illustrasjonen under er et eksempel på et størrelsesforhold mellom deltids- og heltidsansatte på en gjennomsnittlig sykehjemsavdeling der 80 % av de ansatte jobber i deltidsstilling (heltidsansatte i lilla farge):



Figur 7 Avdeling med 80 % av de ansatte i deltidsstilling (Geir Evensen)

Oppsiktsvekkende er det at nesten ingen av lederne hadde oversikt over hvem av deres deltidsansatte som ønsket større stilling. Kun én respondent (R4) visste hvor mange dette gjaldt, og hun er også den eneste lederen som oppgir at den overordnede ledelsen på sykehjemmet har et klart fokus på dette. En mulig forklaring på hvorfor lederne i denne studien ikke har bedre kjennskap til hvilke ansatte som ønsker større stilling, kan være at de selv ikke opplever deltidsstillinger som et stort problem.

Et flertall av avdelingslederne oppgir at de stiller de samme faglige kravene til alle sine ansatte, men skiller mellom deltids- og heltidsansatte når det gjelder ansvar for administrativt orienterte oppgaver: «*de [deltidsansatte] får ansvar for færre primærpasienter. De får også færre ansvarsområder utenom direkte pasientrettet arbeid – for eksempel forflytning, medisiner, aktiviteter, bestilling ...*» (R5). Dette viser at lederne deler de ansatte inn i to kategorier. Gruppe 1 består av deltidsansatte som hovedsakelig utfører basisoppgaver (pleie og stell) i avdelingen. Gruppe 2 består av fulltidsansatte som utfører basisoppgaver i tillegg til andre administrative oppgaver. Lederne bruker de ansatte på ulike måter, de har mange deltidsansatte som bidrar til numerisk fleksibilitet og noen få fulltidsansatte som bidrar til funksjonell fleksibilitet.

Samtlige ledere hevder at det å ha mange ansatte gjør det enklere å drifte avdelingen. De ser fordeler med høy grad av numerisk fleksibilitet fordi dette betyr at de har mange «å spille på» ved fravær og sykemeldinger. Med mange deltidsansatte har lederne en egen «bank» av erstattere/vikarer som kan rykke inn på kort varsel. Dette stemmer godt overens med det Amble (2008a) trekker frem i sin karakteristikkk av dagens bruk av deltidsstillinger i helsetjenesten.

Lederne bruker bevisst egne ansatte når de trenger vikarer, og de ser på de deltidsansatte som en form for *intern vikarpool*. En respondent uttrykker dette eksplisitt: «*Vi bruker ikke vikarbyråer, det er deltidsansatte som fyller denne rollen*» (R3). Årsakene til dette er at de deltidsansatte er mer kjent i avdelingen enn eksterne vikarer. Egne ansatte tilfører avdelingene noe mer kvalitet i forhold til rutiner enn det de eksterne vikarene, som kun er gode på fag, kan. Mindre administrering for lederne blir også nevnt som fordeler med bruk av egne vikarer fremfor eksterne.

Nesheim (2002) skriver at Atkinsons modell åpner for at perifert ansatte (deltidsansatte) også kan brukes til å styrke kjernekompetansen. Dette kan oppnås ved å leie inn eksterne vikarer som er faglig veldig gode. I og med at de seks lederne i denne studien kun bruker egne ansatte som vikarer er det lite erfaringer blant lederne om slike effekter.

Noen av lederne ser fordeler med deltidsansatte når de ansatte blir syke: «*Hvis en ansatt i 50 % stilling blir syk berøres færre vakter enn om personen hadde gått i 100 % stilling*» (R5). Flertallet av lederne opplever at ansatte som jobber i de største stillingene er de som er mest syke. Dette kan være riktig, men det kan også være at deltidsansatte også er like mye syke – men tilfeldigvis har fri den dagen/dagene de var syke. At lederne opplever fulltidsansatte som mer syke kan i seg selv føre til at de bevisst, eller ubevisst, foretrekker numerisk fleksibilitet.

Delkonklusjon: Avdelingslederne foretrekker stor grad av numerisk fleksibilitet for å betjene fravær i avdelingen. De foretrekker å bruke egne deltidsansatte som vikarer da dette er enklere å administrere for lederne.

Samtlige ledere opplever økonomi som en stor del av deres hverdag, en respondent sier: «... du kniper inn hele tiden for å få kabalen til å gå opp» (R1). Det økonomiske fokuset begrenser hvilke bemanningsmuligheter lederne har i avdelingen. Samtidig er ledernes kunnskap om økonomiske konsekvenser ved valg av deltids- eller heltidsstillinger svært liten. Et par av lederne antar at heltidsstillinger er dyrere enn deltidsstillinger. De poengterer at ansatte i heltidsstillinger ikke kan ta ekstravakter uten å skrive overtid, noe som bidrar til at fulltidsstillinger trolig er fordyrende.

På en annen side kan funksjonell fleksibilitet kanskje være billigere totalt for kommunen. Lønnsomheten i god behandling til riktig tid (slik samhandlingsreformen impliserer), trenger ikke være synlig for den enkelte sykehjemsavdeling. Dersom tidlig og god behandling fører til mindre bruk av helsehjelp samlet sett, vil kommunen som helhet tjene på det. En leder trekker frem arbeidsgiveravgift som en mulig årsak til at det å ha færre ansatte kan være økonomisk besparende. Arbeidsgiveravgiften for ansatte i Bergen er 14,1 % av alle lønnsinntekter og annen godtgjøring de ansatte får. Avgiften er altså ikke et fast beløp, men relatert til totale lønnskostnader. Det vil derfor ikke være store forskjeller mellom en ansatt i 100 % stilling og fire ansatte i 25 % stilling. Totalt sett tjener de omtrent like mye til sammen. Utgifter til administrering av ansatte kan derimot ha større påvirkning på sykehjemsavdelingenes økonomi. Med mange deltidsansatte i avdelingene må lederne ta seg tid til flere medarbeidersamtaler, dekke flere timer dersom alle skal ha kurs og lignende. Det er uklart hvor mye disse ekstra administreringskostnadene faktisk utgjør på slike avdelinger, men dette er et tema det kan være fornuftig å forske videre på gjennom en helseøkonomisk tilnærming.

På sykehjem varierer arbeidsintensiteten gjennom døgnet og flere av lederne i denne studien beskriver deltidsstillinger som et middel for å få mer ut av hver ansatt, uten å betale ekstra for det. Deltidsstillingene brukes på en måte der avdelingslederne har mange ansatte i tidsrom hvor pleiebehovet er økt, og deretter færre på jobb i rolige perioder. En av lederne sier: «De i eksempelvis 60 % stilling gir vi litt kortere vakter til, og da er de nesten like mye på jobb som de som går i 100 %» (R2). Denne driftstilpasningen er en form for numerisk fleksibilitet, lederen tilpasser antall ansatte til den aktiviteten som finnes i avdelingen.

Flere av de andre lederne bruker også ansatte på lignende måte. «R1» sier hun sender hjem noen av de ansatte når morgenstell og middag er unnagjort. Hun planlegger bevisst med kortere arbeidsdager slik at hun får mest igjen for hver ansatt i turnusen.

Delkonklusjon: Økonomi påvirker avdelingsledernes bruk av ansatte. Numerisk fleksibilitet brukes for å få avdelingen til å gå rundt på billigst mulig måte. Lederne tilpasser bemanningen i forhold til pleiebehovet i avdelingene.

Et av intervju spørsmålene omhandlet et scenario der lederne fikk en ekstra stillingshjemmel på avdelingen og om de da ville lyse en fulltidsstilling eller flere deltidsstillinger. Flertallet av lederne ville foretrukket å lyse ut en fulltidsstilling *dersom* dette var gjennomførbart i forhold til turnus, helgearbeid. Lederne ser klare kvalitetsfordeler med ansatte i store stillinger, men opplever at hindringer i turnusoppsett nærmest umuliggjør bruken av flere heltidsstillinger. Disse hindringene oppleves som så store at lederne faktisk har vanskelig for å se for seg slike scenario. De fordelene som lederne trekker frem med ansatte i store stillinger er økt kontinuitet i avdelingen og mindre administrering for lederen, flere sier også at fulltidsansatte bidrar til å avlaste enkelte ledelsesoppgaver i avdelingen. «R4» beskriver et todelt ledersyn på fleksibilitet. Hun erkjenner at mange ansatte i deltidsstilling gjør det lettere å få turnusen til å gå opp, men opplever også klare avdelingsfordeler med ansatte i store stillinger: «... vi ledere vil jo kanskje ha i pose og sekk – for det er lettere å få turnusen til å gå opp med flere ansatte. Men i forhold til arbeidsoppgavene så er det mer fleksibelt å ha store stillinger og få personer, fordi de ikke er avhengige av å måtte gjøre alt på den dagen de faktisk er på jobb, slik de som jobber sjelden må» (R4). Denne lederen hevder ansatte i store stillinger har egenskaper som deltidsansatte har vanskelig for å tilegne seg. Senere i intervjuet sier hun også at fulltidsansatte kan utføre oppgaver som overlapper hverandre og at de er lite avhengige av huskelister når de jobber. Disse vurderingene av ansatte i store stillinger passer godt med begrepet funksjonell fleksibilitet. Denne lederen presenterer en tankemåte som også andre helseledere trolig gjenkjenner: «... vi ledere vil jo kanskje ha i pose og sekk...», med andre ord et ønske om numerisk fleksibilitet i forhold til helgearbeid/fravær og funksjonell fleksibilitet i forhold til arbeidsoppgaver og kompetanse.

Kontinuitet blir av flere respondenter vurdert som en kilde til god kvalitet på tjenestene. God kontinuitet betyr at pasienter forholder seg til det samme personalet og får god oppfølging/pleie. Store stillinger er et verktøy for å oppnå god kontinuitet: *«De [med stor stilling] har mer kontinuitet, kjenner pasientene bedre, kjenner til flere rutiner, de har gjort ting flere ganger og er nok mer rutinerte på enkelte områder» (R4)*. Samtidig mener flere av lederne at evnen til å yte god kvalitet på tjenestene også er noe personavhengig: *«En får jo litt mer rutine på ting når man er her ofte. Men, jeg føler også at når man har vært her en stund, så ligger rutinen inne, så om de bare jobber 50 % så tror jeg likevel de har like høy kvalitet egentlig. Det er vel litt personavhengig hvor interessert og oppdatert den enkelte er» (R1)*. Det er også ledere i denne studien som hevder at store stillinger kan fungere som en hvilepute for enkelte ansatte, og at det er lettere å se seg blind på arbeidsoppgaver når man jobber veldig ofte.

Sykehjemmets utforming og rolle kan påvirke ledernes preferanse mellom numerisk og funksjonell fleksibilitet: *«Her er det så få pasienter, og pasientene ligger veldig lenge av gangen – slik at man går egentlig ikke glipp av så veldig mye i forhold til pasientene. Dette er sikkert annerledes på andre steder der det er litt større tempo, flere ansatte og mer sammensatte oppgaver» (R3)*. Ingen andre respondenter nevner noe om dette, men sykehjem med store faglige utfordringer, høyere gjennomstrømning av pasienter og høyere tempo kan tenkes å ha større behov for funksjonell fleksibilitet enn det mindre sykehjem har. Dette fordi ansatte i store stillinger har større kontinuitet og lettere vil kunne følge opp korttidspasienter og pasienter i behandlingsintensive perioder.

Delkonklusjon: Lederne ser fordeler med både numerisk og funksjonell fleksibilitet i forhold til drift av avdelingen. De synes det er vanskelig å prioritere funksjonell fleksibilitet på grunn av begrensninger i forhold til helgebemanning og turnusoppsett. Lederne er delt i synet på om stor grad av funksjonell fleksibilitet bidrar til å øke den totale kvaliteten på tjenesten i avdelingene.

5.2 Beslutningsgrunnlag for valg mellom deltids- og heltidsstillinger

En av årsakene til den utstrakte bruken av deltidsstillinger er behovet for å ha nok ansatte til å dekke helgevaktene i en vanlig turnus. De seks avdelingslederne i denne studien har noe forskjellige rutiner for hvordan turnusene lages. Hos noen er det et samarbeid mellom styrer og avdelingsleder (R2, R4 og R6), mens på andre sykehjem står avdelingslederen fritt til å gjøre dette selv (R1, R3 og R5). Samtlige ledere sier at de *har* mulighet til å endre turnusoppsettet og innholdet i turnusen dersom de ønsker dette. *Ingen* av lederne i denne studien behersker andre måter å lage turnus på enn vanlig «hver 3.helg-turnus». Dette er ikke i seg selv veldig oppsiktsvekkende. Lederkurs om turnusplanlegging har hovedsakelig fokus på hvordan en turnus må se ut for ikke å bryte lovverket. Alternative turnusoppsett blir sjelden presentert. Fem av de seks lederne sier de har «arvet» turnusen av sin forgjenger. Flere hevder å ha tilpasset turnusen noe, men dette er hovedsakelig mindre tilpasninger som justering av oppmøtetidspunkt, oppjustering og nedjustering av enkelte stillinger og lignende. Kun en respondent (R6) sier hun har laget turnusen med blanke ark, men resultatet av dette arbeidet ble relativt likt det forrige (hver 3.helg). Dette stemmer bra med det Arbeidsforskningsinstituttet finner om bruk av turnuser. Amble (2008a) skriver at de aller fleste helseledere bruker turnuser som er gått i arv, med mindre tilpasninger som kan bedre situasjonen noe, men som ikke alltid virker hensiktsmessig. Ingen av avdelingslederne i denne studien sier det var en bevisst strategi å videreføre turnusen fra forgjengeren, det bare ble slik.

Avdelingslederne står fritt til å endre turnustype, hvorfor søker de ikke da etter mer kunnskap om alternative turnusoppsett? En av årsakene kan være at ledere ikke opplever bruk av deltidsstillinger som noe problem og derfor ikke anvender tid og oppmerksomhet på å endre oppsettet. Et funn som er beskrevet tidligere i denne studien viser at lederne egentlig *ønsker* å ansette flere heltidsansatte, men at de opplever dette som vanskelig eller umulig på grunn av hindringer i turnus og krav til helgebemanning. Det kan derfor være at lederne opplever den hyppige bruken av deltidsstillinger som et problem, men at de ser dette som et problem de ikke har mulighet til å løse. Setninger som «*det går jo ikke på grunn av helgene*», eller «*det er begrensninger i forhold til turnus som gjør at det blir så mye deltid*» går igjen på samtlige intervjuer.

Øhrn (2008) skriver at lederne ikke bare har ytre rammer de må forholde seg til. Innenfor de ytre rammene har hver enkelt leder også et handlingsrom. Lederne *kan* gjøre noe med omfanget av deltidsstillinger hvis de vil. De kan for eksempel:

- Slå sammen stillinger på tvers av avdelinger og grupper
- Erstatte dagens turnusordning med et nytt oppsett med annen helgeløsning
- Ta høyde for fravær og ansette vikarer i større stillinger ++ (Amble mfl, 2005)

Når avdelingslederne opplever mangel på alternativer er det sannsynlig at fokus rettes mot begrensninger og gjeldende rammer rundt eksisterende praksis. En form for alternativløshet bidrar da til å videreføre dagens turnusoppsett og dagens omfang av deltidsstillinger. Hvis lederne skulle fulgt beslutningsmodellen om begrenset rasjonalitet vil alternativløsheten de opplever føre til at de ikke kommer frem til noen valg eller beslutning. Modellen kan da se slik ut:



Figur 8 Konsekvens av alternativløshet

Det ser ut til at lederne i denne studien ikke minimerer bruken av deltidsstillinger fordi de mangler kjennskap til alternativer.

Delkonklusjon: Avdelingslederne opplever en alternativløshet til dagens bruk av deltidsstillinger. Deres beslutningsgrunnlag passer ikke med beslutningsmodellen om begrenset rasjonalitet, ettersom den forutsetter at alternativ finnes når valg gjøres.

Samtlige seks avdelingsledere oppgir flere ganger at det er begrensninger i *turnusoppsettet* (helg og lignende) som hindrer de i å kunne minimere omfanget av deltidsstillinger. *Økonomiske hindringer* er en annen grunn som går igjen hos lederne. Dette er begrunnelser som sikter til strukturelle begrensninger og begrensninger i forhold til formelle regler som lovverk og prosedyrer. Regelmodellen kan da bidra til å forklare avdelingsledernes beslutningsgrunnlag, og hvorfor omfanget av deltidsstillinger er så stort. Det er sannsynlig at lederne kjenner godt til hvordan en vanlig skjematurnus fungerer, deres kunnskap om alternativer er derimot liten. Dersom lederne skal tilpasse en turnus så må de følge arbeidsmiljøloven. Dette begrenser hvor mye turnusen kan tilpasses. De må også følge norsk lov dersom de ønsker å lage større stillinger av ledige deltidsstillinger. Dette er to begrensninger som bidrar til at avdelingslederne må foreta regelbaserte beslutninger, gjør de ikke dette vil beslutningene bryte med lovverket. Det er sannsynlig at de seks lederne i denne studien følger en regelmodell når de tar beslutninger på bruk av deltidsstillinger i avdelingene. Dersom lederne hadde kompetanse om andre turnusoppsett ville de trolig også vært klar over hva de måtte gjøre (handling) for å få effektivt et slikt alternativ i avdelingen. Ledernes bruk av regelmodellen kan dermed se slik (blankt felt representerer mangel på kunnskap om hva som må til for å få ta i bruk en alternativ turnus):

Handlingsalternativ	Følge arbeidsmiljøloven	Tilby deltidsansatte større stilling dersom stillingsprosenten blir ledig (med mindre dette er til hinder for driften)	Søke dispensasjon fra Arbeidstilsynet og arbeidstakerorganisasjoner
Situasjon			
Tilpass turnus	X		
Lage større stillinger		X	
Endre turnustype			

Figur 9 Regelmodellen som beslutningsgrunnlag

Det finnes flere alternativer til standard 6-ukers turnus med jobb hver 3.helg. Det finnes også andre måter å minimere omfanget av deltidsstillinger på, for eksempel å utnytte stordriftsfordeler på større sykehjem og gi ansatte stillinger på tvers av avdelinger. Slike tiltak krever en del av lederne, herunder aktivt/tett samarbeid med andre ledere og mer lederadministrering av de deltidsansatte. Enderud (1976) skriver at det ikke er uvanlig at beslutningstakere som ønsker å bruke en konsekvensorientert modell (som modellen om begrenset rasjonalitet er et eksempel på) isteden ender opp med å bruke en regelorientert modell. Noe av grunnen til dette hevdes å være for å unngå omfattende bruk av tid og ressurser i beslutningssituasjonene. Det er mulig at avdelingslederne ønsker å tilegne seg mer kunnskap om hvordan de kan redusere omfanget av deltidsstillinger, men at de opplever dette som en altfor stor oppgave å sette seg inn i.

Helsetjenesten har mye fokus på arbeidstidsregelverk. Arbeidstakerorganisasjonene er sterke og tilfører et konstant press på ledere for å hindre at ansatte utnyttes ulovlig i arbeidet. Det kan virke som at det er langt mer fokus på å overholde regelverket slik det fremstår i dag enn det er søken etter å utnytte det tilgjengelige handlingsrommet. Bruk av regelmodellen kan gjøre beslutningsprosessene enklere og mindre stressende for avdelingslederne. Svaret er da gitt på forhånd, beslutningstakeren «følger bare normen». Lederne fordeler er da at de ikke trenger å bruke mye tid og energi på å finne svarene, de kan heller bruke den hardt pressede arbeidstiden på andre områder. Enderud (1976) hevder bruk av regelmodellen også har en klar bakside, nemlig at beslutninger tas på grunnlag av hvordan ting har vært gjort før. Avdelingslederne forteller at de i stor grad har arvet turnusen fra sin forgjenger og kun gjort små tilpasninger. De følger det som er kjent og trygt, de følger «normen». Dette gir forutsigbarhet for de ansatte, men hindrer samtidig en utvikling som kanskje kan bidra til å løse utfordringen med det store omfanget av deltidsstillinger.

Delkonklusjon: Avdelingsledernes beslutningsgrunnlag passer med en regelbasert beslutningsmodell. Lederne har begrenset kjennskap til regler for innføring av tiltak som kan redusere den ustrakte bruken av deltidsstillinger og kan derfor ikke ta beslutninger om dette.

6.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

De seks avdelingslederne i denne studien foretrekker stor grad av numerisk fleksibilitet. Lederne hevder at mange ansatte gjør det mye enklere å betjene sykefravær og dekke inn helger i turnusene. Stor grad av numerisk fleksibilitet gjør det også lettere for lederne å holde budsjettene i avdelingene, da de kan tilpasse deltidsansattes vakter slik at de kun er på jobb i hektiske perioder av en vakt. På denne måten unngår lederne å ha mange ansatte på tider av døgnet hvor det er lite pleiebehov.

Fordelene avdelingslederne trekker frem med numerisk fleksibilitet må ses i sammenheng med deres opplevelse av rammebetingelser og driftsmuligheter. De seks sykehjemsavdelingene i denne studien bruker i liten grad funksjonell fleksibilitet, men lederne verdsetter veldig høyt de virkninger denne typen fleksibilitet har for driften. I et kvalitetsperspektiv mener lederne at stor stilling gir høy grad av kontinuitet i arbeidet, noe som igjen bidrar til høyere kvalitet på tjenestene som utføres i avdelingene. Det er sannsynlig at lederne egentlig *ønsker* en avdeling med større grad av funksjonell fleksibilitet (færre ansatte og større stillinger), men at de opplever dette som uoppnåelig i forhold til begrensninger i økonomi og turnusoppsett. En av respondentene beskriver situasjonen godt: «*Man ønsker gjerne i pose og sekk som leder. Man vil ha mange ansatte for å få turnusen til å gå opp, men samtidig få ansatte for å sikre kvaliteten i avdelingen*» (R4). Med dette menes at lederne ønsker *både* numerisk og funksjonell fleksibilitet i avdelingen. Tall fra de seks sykehjemmene viser derimot at det er en stor overvekt av deltidsansatte i avdelingene. Lederne har vanskelig for å forestille seg en avdeling med liten grad av deltidsansatte og sier de er avhengige av stor grad av numerisk fleksibilitet for å få avdelingene til å gå rundt.

Alternativløshet preger avdelingsledernes bruk av deltidsstillinger. I denne studien henviser lederne ofte til begrensninger i forhold til ramme/struktur som årsak til hvorfor det er en så utstrakt bruk av deltidsstillinger i avdelingene. Det er derfor sannsynlig at de opplever å ha lite handlingsrom for beslutninger som kan påvirke sammensetningen av stillingsstørrelsene.

Ledernes beslutningsgrunnlag passer med regelbaserte beslutningsmodeller. De har begrenset kunnskap om regler for innføring av tiltak som kan påvirke omfanget av deltidsstillinger. Lederne foretar valg som følger en «norm» eller «beste praksis». De søker i svært liten grad etter alternativer til dagens praksis ved bruk av deltidsansatte, i tillegg opplever de trolig at det ikke finnes gode alternativ dersom de hadde søkt mer aktivt. Med begrenset kunnskap om alternativer er det vanskelig for lederne å ta beslutninger som kan minimere antall deltidsstillinger i avdelingene.

Avdelingslederne har i korte trekk følgende opplevelse ved bruk av deltidsstillinger:

Fordeler med stort omfang av deltidsstillinger:

- *Lettere å drifte avdelingen ved sykemeldinger og annet fravær.*
- *Lettere å få turnusen til å gå opp.*
- *Lettere å tilpasse antall ansatte til driftsvariasjonene (pleie) i avdelingen.*
- *Deltidsansatte som tar ekstra vakter har bedre kjennskap til avdelingen enn eksterne. Dette gir noe bedre kvalitet, samt noe mindre administrasjon.*
- *Billigere drift, man slipper overtidsbetaling når deltidsansatte jobber ekstra.*
- *Det er færre vakter som må dekkes inn når en deltidsansatt blir syk.*

Ulemper med stort omfang av deltidsstillinger:

- *Mer administrasjon og oppfølging for lederen.*
- *Mindre kontinuitet i avdelingen og dermed kanskje noe dårligere kvalitet.*
- *Vanskeligere å få gjort arbeidsoppgaver som går over flere dager.*
- *Mye bruk av deltidsansatte vikarer øker mengden stress på fast ansatte i store stillinger, da disse må bruke mye tid å kontrollere og holde oversikt.*

6.1 Avsluttende refleksjon

Denne studien kan forhåpentligvis ha en nytteverdi ved at den kan gjøre andre ledere i helsevesenet (og fremtidige ledere) mer bevisst på bruk av deltidsstillinger i en kommunal helseavdeling. Det finnes klare fordeler med å ha mange deltidsansatte, men også flere alvorlige ulemper. Kjennskap til dette vil kunne øke både ledernes, helseadministratorenes og helsepolitikernes mulige handlingsrom.

Underveis i dette studieprosjektet har jeg fått innsikt i flere alternativer som kan bidra til å redusere omfanget av små stillinger i en avdeling. Det *er* mulig å endre omfanget av deltidsstillinger i sykehjemsavdelinger. Et alternativ er å ansette personer på tvers av avdelinger eller grupper, og på denne måten utnytte stordriftsfordeler i en større organisasjon. I noen kommuner jobber eksempelvis ansatte både på sykehjem og i skolefritidsordningen, noe som bidrar til større stillingsstørrelse totalt sett. En annen måte kan være å forskuttere med fravær og gi deltidsansatte som tar mange ekstravakter en fast større stilling. Ved å gjøre dette bruker man ressursene på «egne» ansatte, fremfor å bruke ressurser på innleie av vikarer. Begge disse tiltakene bidrar til å redusere omfanget av deltidsstillinger, men kun med begrenset virkning (Amble mfl, 2005). Helgebelastningen for ansatte i helsevesenet vies mye oppmerksomhet i media, dette er ikke tilfeldig. Skift- og turnusutvalget fra 2007-2008 så nærmere på gradvis kompensasjon ved ubekvem arbeidstid. Utvalget fant klare sammenhenger mellom helgeproblematikken og omfanget av deltidsstillinger: *«Tiltak som ikke griper tak i helgeproblematikken, kan bare i begrenset grad bidra til redusert uønsket deltid»* (NOU, 2008:17 s.15). Et av løsningsforslagene er derfor å lage arbeidstidsordninger (turnusplaner) som har en annen tilnærming til arbeid i helgene.

Arbeidsgiverforeningen Spekter har foreslått «langvakter» i helgene, eksempelvis vakter med lengde på 12,5 timer. Dette vil bety to skift per døgn, mot tre skift som i dag. Mindre behov for ansatte i helgene betyr også mindre behov for små stillinger (Spekter, 2010). En annen måte å angripe helgeproblematikken på kan være å lage en helt ny type turnusplan. Et sykehjem i Harstad kommune har gjort nettopp dette. Olavsgården sykehjem i Harstad startet i 2006 opp med en ny turnusordning som kalles «3+3-turnus». Kort fortalt er dette en turnusplan hvor de ansatte jobber tre dager etter hverandre, for så å ha tre påfølgende dager fri. Hver andre uke er det lagt inn en sekvens på to arbeidsdager slik at den totale helgebelastningen blir 2:2 (to helger jobbing og to helger fri). Med denne 3+3-turnusen jobber de ansatte bare 21 av 42 arbeidsdager. I en vanlig skjematurnus (jobb hver tredje uke) jobber ansatte til sammenligning 30 av 42 arbeidsdager. I løpet av et år jobber de ansatte dermed over ca. 65 dager mindre enn i vanlig turnus. Sykehjemmet trekker ca. 15 av disse dagene tilbake og bruker de der det er behov for ekstravakter. 3+3-modellen er nærmere forklart i vedlegg (vedlegg nr5).

3+3-modellen beviser at det er mulig å gjøre noe med dagens omfang av deltidsstillinger, men erfaringene fra Harstad er også at prosessen med å innføre en slik alternativ måte å arbeide på er lang og utfordrende. Likevel er de ansatte nå veldig tilfredse med dette turnusoppsettet, ingen av de ønsker i dag å gå tilbake til vanlig skjematurnus.

Som student har lært veldig mye gjennom hele denne studieprosessen og det er enkelte ting jeg i ettertid ser at jeg kunne gjort noe annerledes. Intervjuene var lærerike, men kunne gjerne ha vært noe mer spesialrettet mot de beslutningsprosessene som lederne på sykehjemmene gjør i forhold til valg og prioritering av deltidsstillinger. På en annen side var jeg på forhånd ikke klar over ledernes opplevelse av alternativløshet.

Det var tydelig at administrasjon og bruk av deltidsansatte er en utfordring med mange nyanser. Lederne i denne studien gjør det beste de kan ut fra deres egen opplevelse av handlingsalternativ. De kommer i en «skvis» mellom mange interressenter når det gjelder deltidsstillinger. Noen ansatte vil jobbe mer, andre vil jobbe mindre. Politiske signaler indikerer et fokus om å redusere omfanget av deltidsstillinger, men få signaler blir konkretisert. Det er derfor vanskelig å vite hva man skal/kan gjøre for å redusere omfanget av deltidsstillinger. Trolig er det et generelt behov for mer kurs og undervisning om alternativ bruk av deltidsstillinger blant ledere på sykehjem. Med mer kompetanse om temaet er det trolig også lettere å ta velbegrunnede avgjørelser om stillingssammensetningen i egen avdeling.

Funn som er gjort i denne studien kan ikke uten videre generaliseres, til det er utvalget for lite. Det denne eksplorerende undersøkelsen gir er først og fremst noen innblikk i hvordan ledere opplever bruk av deltidsstillinger og et forslag til hvilke begrep fra organisasjonsteorien som egner seg for å forstå disse observasjonene. Det er behov for å forske mer på dette temaet.

LITTERATUR

- Almendingen Berit. *LO og Fagforbundet: Ja til mer helgejobbing*. Online okt. 2011: http://www.kommunal-rapport.no/artikkel/lo_og_fagforbundet_ja_til_mer_helgejobbing
- Amble Nina, Holstad Kathrine og Sørensen Bjørg Aase. *Tenke – Ville – Gjøre – Virkemidler mot uønsket deltid*, Oslo, Kommuneforlaget, 2005.
- Amble Nina (a). *Evaluering av 3-3-turnus*, Arbeidsforskningsinstituttet AFI-notat 2/2008.
- Amble Nina (b). *Forsøk og erfaringer med arbeidstidsordninger som reduserer uønsket deltid i turnus – en oppsummering*, Arbeidsforskningsinstituttet, AFI-notat 4/2008.
- Aadland, Einar. *Og eg ser på deg ... Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*, Oslo, Tano Aschehoug, 1997.
- Dalland Olav. *Metode og oppgaveskriving for studenter*, Oslo, Gyldendal akademisk, 2004.
- Enderud Harald. *Beslutninger i organisationer*, Aalborg, Aalborg Stiftsbogtrykkeri AS, 1976.
- Fivesdal Egil, Bakka Jørgen Frode og Nordhaug Odd. *Organisasjon og ledelse*, Oslo, Cappelen, 2004.
- HOD (Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, Stortingsmelding nr 47, 2009.
- Hofstad Eivor. *NSF ikke imponert over heltids-avtale*. Online nov. 2011: <http://www.sykepleien.no/nyhet/772409/nsf-ikke-imponert-over-heltids-avtale>
- Holme Idar Magne og Solvang Bernt Krohn. *Metodevalg og metodebruk*, Oslo, Tano AS, 1996.

- Ingstad Kari og Kvande Elin. «Arbeid i sykehjem – for belastende for heltid?», *Søkelys på arbeidslivet*, Universitetsforlaget, 2011, volum 28 nr 1, s42-55.
- Jacobsen Dag Ingvar. «Managing increased part-time: does part-time work imply part-time commitment?», *Managing service quality* 2000, volum 10 nr 3, s187-200.
- Jacobsen Dag Ingvar. *Hvordan gjennomføre undersøkelser*, Kristiansand, Høyskoleforlaget, 2005.
- Johnsen Ellen – leder Olavsgården sykehjem. *Harstadmodellen 3-3-turnus, prosjektresultat 2006-2008 og veien videre*. Epost 20.10.2011.
- Kvale Steinar og Brinkmann Svend. *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Gyldendal akademisk, 2009.
- Malterud Kirsti. «Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger», *Tidsskrift Norsk Lægforening*, 2002 nr. 122.
- Moland Leif. *Ønsket og uønsket deltid – konsekvenser for arbeidstaker, arbeidsgiver og tjenestetilbud*, FAFO-rapport 2009:15.
- Nesheim Torstein. *Ti teser om den fleksible bedrift*, SNF Arbeidsnotat Nr 89, 2002.
- Nesheim Torstein. «20 år med Atkinson-modellen: Åtte teser om den fleksible bedrift», *Sosiologisk tidsskrift*, 2004 vol 12:3-24.
- Nicolaisen Heidi og Olberg Dag. *Nye arbeidstidsordninger*, FAFO-notat 2005:15
- NOU, 2011:5 *Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2011*
- NOU, 2008:17 *Skift og turnus–gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid 2008*
- NOU, 1999:34 *Nytt millennium – nytt arbeidsliv? 1999*
- Spekter. *Deltid og helgearbeid*. Åpent brev datert 19.okt 2010.

- Thurèn Torsten. *Vitenskapsteori for nybegynnere*, Oslo, Universitetsforlaget AS, 1994.
- Torgersen, Glenn-Egil og Steiro, Trygve J. *Ledelse, samhandling og opplæring i fleksible organisasjoner*. Stjørdal, Læringsforlaget, 2009.
- Øgar Petter & Hovland Tove. *Mellom kaos og kontroll – ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*, Oslo, Gyldendal akademisk, 2004.
- Øhrn Hege Ingvoldstad, Norum Arne, Horstad Rune Olav. *Arbeidstidsplanlegging – arbeidsplan og turnusordninger*. Oslo, Kommuneforlaget, 2008.

VEDLEGG I

Intervjuguide

Problemstillingen i oppgaven:

1. Foretrekker avdelingsledere ved sykehjem numerisk eller funksjonell fleksibilitet?
2. Hva kjennetegner avdelingsledernes beslutningsgrunnlag når de velger om de vil satse på bruk av deltids- eller heltidsstillinger?

Avgrensninger:

- Fokus på den avdelingen intervjupersonen er leder for.
- Se bort fra andre yrkesgrupper enn helsepersonell i avdelingen.
- Se bort fra helt spesielle avtaler med eventuelle ansatte i spesialtilpasset arbeid (eksempelvis langtidssykemeldte).

5 min Info om studien, praktiske avklaringer, presentasjon av meg selv
Gjennomgang av samtykkeerklæring – signering

På med diktafon! Husk utdyping av svar (hvorfor/hvorfor ikke/forklar/utdyp)

5 min Fortell kort om deg selv og din bakgrunn:

20 min Lederen går gjennom turnusen
Type turnus. Hvorfor denne turnustype? Hvem lager den?

- Hvor mange ønsker større stilling?
- Er andre turnusordninger aktuelle?
- Hvem bestemmer stillingssammensetningen i avdelingen?
- Finnes det noen overordnet policy på stillingssammensetning?
- Er det forsøkt å endre på stillingsstørrelsene/minimere deltid?

35 min Generelt om turnus og deltidsstillinger

- Deltidsstillinger er nødvendig sier noen, hva tenker du om dette?
- Påvirker stillingsstørrelse antall sykemeldinger?
- Påvirker stillingsstørrelse turnover/ansettelse?
- Dersom et nytt årsverk blir tilgjengelig – deler du den opp eller lyser du den ut som en full stilling?
- Bidrar deltidsstillinger til å gjøre avdelingen mer fleksibel? På hvilken måte?
- Er det fordeler eller ulemper relatert til fleksibilitet?

- Hvordan hadde det vært å lede avdelingen uten en eneste deltidsstilling, og motsatt en avdeling med kun små stillinger?
- Hvordan påvirker ulike stillingsstørrelser økonomien på avdelingen?
- Får nye ansatte med mindre stillingsstørrelse like mye ansvar som ansatte i store stillinger?
- En påstand er at stor stillingsstørrelse bidrar til høyere kvalitet på tjenestene. Hva tenker du om dette?

Oppsummering:

- Er deltidsstillinger på denne avdelingen en god løsning eller er det et problem du gjerne skulle vært foruten?

Til slutt:

Er det andre ting vedrørende intervjuet som du føler vi ikke har kommet innom?
Noe du vil legge til eller trekke fra?

VEDLEGG II

Geir Evensen

05.01.11

NN
Adresse
Poststed

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

Mitt navn er Geir Evensen, jeg er masterstudent i helseledelse ved Universitetet i Bergen (UiB), og er nå i gang med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er ledes bruk av deltidsstillinger på sykehjem.

Jeg ønsker å intervjuere ledere på seks ulike sykehjem. Spørsmålene vil være varierte, med hovedfokus på stillingsstørrelser og påvirkningen dette har for organisasjonen/avdelingen du er leder for.

Intervjuet vil vare ca. en time. Jeg kommer til din arbeidsplass og gjennomfører intervjuet når det passer for dere, på et rom vi finner hensiktsmessig.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Jeg vil bruke diktafon og ta notater mens vi snakker sammen. Alle data vil bli anonymisert når lydopptakene transkriberes over til papir. Det vil da være umulig for utenforstående å vite hvor intervjuet er blitt gjort, og hvem som har vært intervjuobjekt. Når prosjektet avsluttes i desember 2011 blir alle rådata (lydopptak, notater osv.) slettet permanent. Dersom du velger å trekke deg *etter* at intervjuet er blitt gjennomført, vil alle data som er personidentifiserende eller tilhørighetsidentifiserende bli slettet umiddelbart.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, vil du bli bedt om å signere en skriftlig samtykkeerklæring rett før intervjuet starter.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på [REDACTED], eller sende en e-post til [REDACTED].

Studieveilederen min på UiB er: Kjersti Halvorsen, dr Polit UiB. Telefon [REDACTED], e-post [REDACTED].

Studien er rutinemessig meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen
Geir Evensen

VEDLEGG III

Til [REDACTED]

INFORMERT SAMTYKKE

Student: Geir Evensen

Tlf: [REDACTED]

Veileder: Kjersti Halvorsen

Tlf: [REDACTED]

Tema på masteroppgave: ”Lederes bruk av deltidsstillinger på sykehjem”

Samtykke:

Jeg har mottatt informasjon om studien og samtykker i at opplysninger som fremkommer i dette intervjuet kan brukes i studentens oppgave.

Data fra intervjuene anonymiseres og makuleres etter bestått oppgave.

Jeg er også kjent med at deltakelse i intervjuet er frivillig, og at jeg når som helst kan avbryte det.

Sted

Dato

Telefonnummer

Underskrift av intervjupersonen

VEDLEGG IV

Kort beskrivelse av de seks intervjuene (R1 = respondent nr 1 osv.):

- **R1:** Stort privat sykehjem. Varighet på intervju var 45 minutter. Sykepleierutdannet. Respondenten hadde kort ledererfaring (mindre enn et år) og ca. ett år lederutdanning, men mye klinisk erfaring. Samtalen gikk lett, men det var litt vanskelig å få respondenten til å holde fokuset på sin egen avdeling.
- **R2:** Lite offentlig sykehjem. Varighet på intervju var 50 minutter. Sykepleierutdannet. Respondenten hadde noen års erfaring som leder. Ingen lederutdanning. Samtalen stoppet opp flere ganger, da det var usikkerhet rundt betydningen av flere av begrepene i spørsmålene.
- **R3:** Lite privat sykehjem. Varighet på intervju var 48 minutter. Sykepleierutdannet. Respondenten hadde mange års ledererfaring, ca. to år lederutdanning. Samtalen gikk veldig lett gjennom hele intervjuet. Respondenten var flink til å relatere temaet til egen avdeling og egne problemstillinger.
- **R4:** Stort privat sykehjem. Varighet på intervju var 54 minutter. Sykepleierutdannet. Respondenten hadde mange års ledererfaring og ca. tre år helselederutdanning. Samtalen gikk veldig lett, og respondenten hadde mange relevante eksempler på problemstillingene fra egen avdeling.
- **R5:** Stort offentlig sykehjem. Varighet på intervju var 52 minutter. Sykepleierutdannet. Respondenten hadde noen års ledererfaring og ca. to år lederutdanning. Samtalen gikk lett, men det var tidvis litt vanskelig å få respondenten til å knytte problemstillingene til egen avdeling.
- **R6:** Stort offentlig sykehjem. Varighet 52 minutter. Sykepleierutdannet. Respondenten hadde noen års erfaring som leder, ca. ett år lederutdanning, men en del klinisk erfaring. Samtalen gikk lett, men det var litt vanskelig for respondenten å finne gode eksempler på problemstillingene i egen avdeling.

VEDLEGG V

Eksempel på alternativ turnusplan fra Olavsgården sykehjem i Harstad:

Harstad kommune vedtok i 2005 å starte et prøveprosjekt for 3+3-turnus. I 2006 ble turnusordningen innført ved to sykehjemsavdelinger. 3+3-turnus følger et fast skjema, uten tilpasning til helgene. De ansatte har 100 % stilling, er på jobb i tre dager, og har deretter tre dager fri. I og med at en uke har syv dager, blir derfor vaktene forskjøvet med en dag for hver uke. Litt av poenget med modellen er at den ikke tar hensyn til helgene. Med en slik turnus nedbemanner man ikke helgen, men har samme antall vakter som resten av uken. Harstad sin versjon av 3+3-turnusen er at nattevaktene holdes utenfor i egen turnus. De resterende ansatte deler derfor på dag- og kveldsvaktene. 3+3-turnusen tilfredstiller i utgangspunktet ikke arbeidsmiljølovens krav i forhold til arbeid på søndager, da det finnes perioder i turnusen hvor man egentlig skulle jobbet tre søndager på rad. Men, loven åpner for at partene seg i mellom skriftlig kan avtale arbeid to søndager på rad, med påfølgende to søndager fri. Modellen som Harstad kommune bruker har derfor lagt inn to sekvenser med to dager arbeid og to dager fri. Dermed blir tredje og fjerde søndag fri etter to søndager med arbeid. Helgebelastningen blir i Harstadmodellen 2:2 (Amble, 2008b).

3+3-turnus tilpasset Harstad (Amble, 2008b s.9).

Lør	Sør	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn	Man	Tir	Ons	Tor	Fre
x	x	x	o	o	o	x	x	x	o	o	o	x	x
o	o	o	x	x	x	o	o	o	x	x	x	o	o
x = Gruppe A på jobb, gruppe B har fri													
o = Gruppe B på jobb, gruppe A har fri													

I en 3+3-turnus blir antall arbeidsdager redusert i forhold til vanlig turnus. Syv uker er 42 dager (7*7). I en vanlig skjematurnus skal man på disse 42 dagene normalt jobbe 30 dager, men i 3+3-turnusen jobber man bare 21 dager. Dette fordi hver vakt blir lenger og man får dermed flere hele dager med fri. Modellen i Harstad tar utgangspunkt i 8,5 timer lange vakter ved 100 % stilling.

Arbeidsuken er egentlig 32,5 timer lang, men siden bare 29,75 timer i snitt per uke er satt opp i turnusen, blir resterende 2,75 timer per uke omgjort til vikartimer. Disse timene utgjør ca. 15 ekstravakter per år som de ansatte forplikter seg til å avvikle når det er behov i avdelingen. Avdelingene i Harstad har detaljerte retningslinjer for hvordan disse vaktene kan brukes. Noen av vaktene blir avtalt brukt i ferier og høytider, noe som igjen minsker behovet for eksterne vikarer. Som kompensasjon for økt helgebelastning (2:2 fremfor 1:3), får de ansatte tildelt en ekstra ferieuke som kan avspaseres i løpet av et år (Amble, 2008b).

Med 3+3-modellen forventes det at ansatte gjør at det er lettere å komme seg etter en vaktperiode. Tre dager med restitusjon forventes å ha en klar helsemessig gevinst. For det andre gjelder prinsippet om at *alle* jobber i 3+3-rulleringen, uansett stillingsstørrelse. I full stilling vil en vanlig arbeidsdag ha lengde på 8,5 timer. Dersom man jobber i en slik turnus i 60 % stilling, vil hver arbeidsdag være 6-6,25 timer lang. Poenget er at alle jobber tre dager sammenhengende. Ved å ha det slik vil turnusen normalt prioritere store stillinger. Turnusen tar vare på de som jobber i full stilling og gir de ansatte gode hvileperioder. Modellen bidrar også til å bygge opp faste team, da de samme personene jobber i samme perioder. Til slutt har man fordelene med ekstravaktene som de ansatte forplikter seg til. Disse dagene gir større kontinuitet i avdelingene, gjør det lettere å arrangere kurs med mer (Amble, 2008b). Andre avdelinger i Norge som bruker denne turnusmodellen rapporterer blant annet om mindre bruk av overtid og ekstravakter, økt rekruttering og økt jobbtilfredshet (Nicolaisen & Olberg, 2005).

Erfaringene i Harstad er at sykefraværet gikk betydelig ned etter overgang til 3+3-turnus. Sykefraværet har deretter fortsatt å synke etter hvert som de ansatte er blitt vant til turnusen og er nå lavere enn 3 % (Johnsen, 2011). Det reduserte sykefraværet gjorde at faktisk arbeidstid *økte* til tross for at de ansatte jobber mindre per uke. Både pasienter, pårørende og ledere merket positive ringvirkninger av arbeidsmåten. Pasientene ble roligere, og for lederne ble det mer forutsigbar administrasjon av de ansatte. Økonomisk sett er gevinstene noe mer uavklart. Den ekstra bemanningen som måtte til for å få turnusen opp å gå tilsvarer omtrent besparelsen av mindre sykefravær (Amble, 2008b).

I vanlig turnus jobber ofte over halvparten av de ansatte i stillingsstørrelser på mellom 12 og 60 %. Stillingssammensetningen ved Olavsgården sykehjem i Harstad som bruker 3+3-turnusen ser slik ut høsten 2011:

Olavsgården sykehjem (Johnsen, 2011).

Stillingsstørrelse	Antall
50 %	1
65 %	12
75 %	18
80 - 90 %	14
100 %	10
Totalt	55

Som man ser er det ingen stillinger under 50 % på sykehjemmet. Stillingene er dessuten ryddige og oversiktlige i hele brøker. Selv om det tok litt tid å tilvenne de ansatte den nye arbeidsmåten er resultatene nå gode. Modellen er i bruk den dag i dag og ingen av de ansatte vil tilbake til vanlig skjematurnus (Johnsen, 2011).