



UNIVERSITETET I BERGEN
Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap

AOR350
Masteroppgave

Ressurspooler ved norske sykehus
- En organisasjonsteoretisk casestudie

Gina Knutson Barstad

Vår 2016

Forord

Aller først vil jeg rette en stor takk til informanter og ansatte som lot meg få ta del i arbeidshverdagen deres. Uten dere hadde det aldri blitt noen oppgave.

For meg har mye av motivasjonen oppgaven vært en personlig fascinasjon for sykehuset og dets organisering. Sommeren jeg var 18 år begynte jeg å arbeide som renholdsassistent ved et større sykehus i Norge, og forlenget som ringevikar. Det var en ekstrajobb jeg hadde i mange år, og som ga meg god kjennskap til sykehuset og de som arbeider der. Mens sykehuset utenifra hadde sett mastodont og enhetlig ut, var virkeligheten på innsiden et konglomerat av avdelinger og yrkesgrupper som både kriget og samarbeidet. I tillegg fikk jeg den personlige erfaringen av å både være på innsiden og på utsiden av sykehuset: i betydningen at jeg på den ene siden var ansatt, men på den andre siden ikke *fast* ansatt. Takk til kolleger og ledere fra den gang da. Det var dere som inspirerte meg og vekket interessen for dette temaet.

Tusen takk til mine veiledere Svein Michelsen og Torstein Nesheim som har delt av sin kunnskap i hele prosessen.

Forskergruppen Kunnskap, Politikk og Organisering: Takk for gode diskusjoner og tilbakemeldinger. Ekstra takk til Kari Tove Elvbakken for innspill til valg av dokumenter og dokumentanalysen. Og til Brit, som hjalp meg å lokalisere dem.

Takk til instituttet som både tillater og forventer at masterstudentene tar del i et akademisk fellesskap. Det har både vært utfordrende og utrolig lærerikt.

Gjengen på Lille Lesesal i tredje etasje på Lindstrøms. Snart skal vi alle ut og videre i verden, akkurat som oppgavene våre.

Takk til de to teamene mine for online support: Marius og Eskild i teknisk og faglig avdeling, og Ayla og Ida for oppbacking og oppmuntring.

Mamma og Pappa. Frode, Monika, Markus, Emilie og Isak. Takk for at dere alltid tror på meg! Ekstra takk til Pappa for kyndig korrekturlesing.

Takk til Marit, Aslak og Amalie for barnepass og faglige innspill til oppgaven.

Men aller mest takk til de to menneskene som betyr mest i mitt liv: Gabriel og Ellinor. Denne er til dere.

Gina Barstad
30.mai, Bergen

Innhold

1.0 Innledning	2
1.1 Aktualisering	2
1.2 Avgrensninger	4
1.3 Problemstilling	5
1.4 Gangen i oppgaven	6
2.0 Kontekst	7
2.1 Begrepsavklaringer	7
2.2 Det norske arbeidslivet	8
2.3 Sykehuset	12
2.4 Sykepleiere	14
2.4.1 Deltid	16
2.4.2 Turnusarbeid og helgeproblematikk	17
2.5 Oppsummering	18
3.0 Ressurpooler som forskningstema	20
3.1 Forskningsfelt: Nonstandard work	20
3.2 Tidligere forskning på ressurpooler	21
3.2.1 Forskning med instrumentelt perspektiv	22
3.2.2 Forskning med ny-institusjonelt perspektiv	24
3.4 Oppsummering	25
4.0 Teori	27
4.1 Ressurpool	27
4.1.1 Fleksibilitetsbegreper	27
4.2 Ressurpoolens innfelling i organisasjonen	29
4.2.1 Hierarki og arbeidsdeling	30
4.2.2 Standardisering	31
4.2.3 Sentralisering - desentralisering	32
4.2.4 Oppsummering	33
4.3 Avdelingsleders beslutninger	34
4.3.1 Beslutningsteori	34
4.3.2 Nettverk	37
4.6 Oppsummering og forskningsspørsmål	38
5.0 Metode og datamateriale	40
5.1 Innledning	40
5.2 Casestudie	40
5.3 Case: Bemanningssenteret i et helseforetak	41
5.3.1 Utvelgelse	41
5.3.2 Beskrivelse av caset	42
5.4 Datainnsamling	44
5.4.1 Fase 1: Dokumentanalyse	44
5.4.2 Fase 2: Deltakende observasjon	46
5.4.3 Fase 3: Intervjuer	48
5.4.4 Enheter	50
5.5 Etikk	51
5.6 Analyse av kvalitative data	52
5.7 Oppsummering	53
6.0 Bemanningssenteret: formål og funksjon	54
6.1 Formål	54

6.2 Funksjon	58
6.2.1 Intern innleie	61
Tabell 6.2.1 Ressurspooler	62
Bestillingsforløp	65
6.2.2 Ekstern innleie	67
6.2.3 "Forebyggende tiltak"	69
6.2.4 Andre portvaktfunksjoner	70
6.3 Oppsummering	71
7.0 Avdelingene og beslutninger om bemanning	75
7.1 Hva utløser behov for mer bemanning	75
7.2 Avdelingslederens beslutningsadferd om bemanning	79
7.2.1 Avdelingslederen	79
7.2.1 Formelle krav og begrensninger	85
7.2.2 Relasjon til Bemanningssenteret	90
7.2.3 Sammensetning av arbeidskollegium	92
7.2.4 Økonomi	94
7.2.5 Tilbud av arbeidskraft	95
7.2.6 Former for kompetanse	99
7.2.7 Tid	100
7.4 Oppsummering beslutninger	101
7.5 Oppsummering kapitlet	103
8.0 Avslutning	104
8.1 Hovedfunn	104
8.2 Videre forskning	107
9.0 Litteratur	109
9.1 Andre kilder	112
9.2 Litteratur	109
Vedlegg 1: Intervjuguide, avdelingsleder	116
Vedlegg 2: Invitasjon	118
Invitasjon til deltakelse i studie om vikarpooler	118

Liste over figurer i oppgaven

Figur 1 Den norske modellen illustrert i Dølvik et al. (2007:20).	9
Figur 2: Kilde: SSB registerbasert sysselsettingstatistikk (Nergaard 2016: 49)	11
Figur 3 "Continuum between markets and hierarchies" (Nesheim og Rørvik, 2012:72)	24
Figur 4 Atkinsons modell for "Den fleksible bedrift" (Atkinson 1984:4)	28
Figur 5 Forenklet illustrasjon av foretakets organisasjonsmodell.	60
Figur 6 Tre typer ansettelsesformer	64
Figur 7 Illustrasjon av modell for bestilling av intern innleie	65
Figur 8 Illustrasjon av modell for bestilling av ekstern innleie	68
Figur 9 Beslutninger om bemanning.	85

1.0 Innledning

1.1 Aktualisering

I 2010 vedtok den norske Regjeringen en innsats mot ufrivillig deltidsarbeid. I Stortingsmelding 29 (2010-2011) *Felles ansvar for et godt og anstendig arbeidsliv* ble det slått fast at det er et politisk ansvar å redusere ufrivillig deltidsarbeid i Norge. Det fulgte også bevilgninger og en tiltakspakke med meldingen (St.meld. 29 2010-2011). Dette kom i forlengelsen av en bred debatt om likelønn. Debatten hadde sitt utgangspunkt i at Likelønnskommisjonen hadde pekt ut deltidsarbeid som én av faktorene bak lønnsforskjeller mellom kvinner og menn i Norge (NOU 2008:6). Rapporten viste blant annet at det har vært et stabilt timelønnsgap mellom kvinner og menn på om lag 15% siden 1980-tallet (ibid.).

Samtidig pågikk en annen debatt om norsk arbeidslivsorganisering, og særlig spørsmål om ansettelsesrelasjoner og vekst i den private bemanningsbransjen (Nergaard et al., 2011). I 2000 ble lovverket for bruk av bemanningsselskaper liberalisert, som igjen førte til at mange flere bedrifter og organisasjoner benyttet seg av innleid bemanning (ibid.).

Flere virksomheter, både private (Worren, 2008) og offentlige har valgt å etablere egne enheter for å selv håndtere behov for ekstra bemanning (Skjælaaen, 2011). Slike enheter omtales blant annet som ressurspool, vikarpool og bemanningssenter. Dette er et slags internt vikarbyrå som skal betjene organisasjonen med den ekstra bemanningen som trengs når det er fravær eller behov for økt fleksibilitet ved kortvarig behov for ekstra bemanning (Moland 2013).

Denne organisasjonsformen er ikke en helt ny idé (Skjælaaen, 2011), men den er aktualisert på denne siden av tusenårsskiftet og i helsesektoren. Et søk i avisdatabasen Atekst ga kun to treff på søkeordene "vikarpool" og "ressurspool" i 2005, og dette hadde økt til 76 ti år senere. Ressurspooler er lansert som løsninger på problematikker som deltid, fleksibilitet og eksterne bemanningsbyråer (ibid.). Selv om avisomtale ikke nødvendigvis gir informasjon om fenomenets utbredelse er det en indikator på

aktualitet. Det kan også tyde på at det blir flere ressurspooler i Norge. Likevel er det relativt lite forskning på ressurspooler, og en del av forskningen som er gjort har vært på nyetableringer eller prøveprosjekter (Skjælaaen, 2011, Ingstad, 2014). Dette bidrar til å rettferdiggjøre en nærmere undersøkelse av denne organisasjonsformen.

Ressurspooler reiser en rekke spørsmål som er viktige i organisasjonsfaget som forestillinger om ansettelsesforhold, betydningen av organisasjonsstruktur, hva som bestemmer handling i organisasjoner, og på hvilken måte organisasjoner er avhengig av å ha legitimitet i omgivelsene sine og av sosiale nettverk. Nettopp fordi studieobjektet står i et skjæringspunkt mellom mange forskjellige typer tenkning anser jeg organisasjonsfaget som velegnet til å belyse ressurspooler som fenomen. Organisasjonsteori er et eklektisk fag som har mestret å ta opp i seg ulike teoritradisjoner, noe som igjen har resultert i et rikt utvalg av ulike perspektiver en kan benytte seg av for å forstå organisasjoner.

Ettersom det særlig er i helse og omsorgssektoren deltidsarbeid er et utbredt fenomen (Amble, 2008), er det kanskje ikke rart at denne sektoren har tatt i bruk ressurspooler (Moland og Bråthen, 2012). Det er prøvd ut i kommunal sektor (Harstad Kommune 2009) og i noen tilfeller senere lagt ned (NRK 2013). Likevel ble opprettelsen av ressurspooler en del av byrådsplattformene i Norges to største byer (Oslo og Bergen) høsten 2015 (Oslo kommune 2015, Venstre 2015). Også flere sykehus i landet innfører ordningen (Sykehuset i Vestfold 2015).

Det har vært en debatt over lang tid ved norske sykehus om hvilke modeller man skal bruke for å skaffe ekstra bemanning. Ett eksempel er bruken av eksternt innleid personell som først var en svært kontroversiell praksis, men det er funnet at dette har blitt en akseptert og institusjonalisert løsning i sykehusene (Skjælaaen, 2011). Det har likevel vært kritiske røster til bruk av eksterne innleie. Lederen i Norsk Sykepleierforbund gikk i mai 2016 ut i media og kritiserte bruk av eksterne vikarbyråer (NRK 2016a). Ett av argumentene var at dette er en svært dyr praksis og et resultat av dårlig bemanningsplanlegging (ibid.).

Det er derfor ikke overraskende at flere norske sykehus har etablerte ulike former for ressurspooler. Begrunnelsen har vært å gjøre bruk av eksterne bemanningsbyråer overflødig (Helse Bergen 2008a), og tilby flere heltidsstillinger internt i organisasjonen (Helse Bergen 2010a).

Sykehus er en sentral offentlig virksomhet og en grunnpilar i den norske velferdsstaten (Byrkjeflot og Guldbrandsøy 2013). Organisasjoner og organisasjonsformer bør studeres i sin kontekst, og sykehuset er en egnet virksomhet å studere nettopp fordi spørsmålene om deltid, ekstern bemanning og kostnadskontroll er høyaktuelle i sykehussektoren.

1.2 Avgrensninger

Som det framgår av innledningen er det gjort en avgrensning om å se på bruken av ressurspooler i sykehus. Begrunnelsen for denne avgrensningen om å studere en offentlig virksomhet er at det er andre forventninger knyttet til dem enn til private virksomheter (Christensen et.al. 2009). Det er flere aktuelle offentlige virksomheter som kan velges. For å kunne gå i dybden ble det gjort et valg om å se på én sektor framfor å se på ulike sektorer. Jeg har valgt helse- og omsorgssektoren først og fremst fordi den har vært og er sterkt belemret med deltidspromatikk (Amble, 2008).

Helse- og omsorgssektoren er også en stor sektor, som spenner over flere forvaltningsnivå. En mulighet var derfor å se på både kommunal virksomhet og sykehus samtidig, men disse er selvstendige juridiske enheter med ulike ansvarsområder. Fordi jeg ønsket å se på hvordan en ressurspool påvirker en organisasjon internt, ble dette valgt bort. Som nevnt over har det vært ulike prosjekt i kommunale helse- og omsorgstjenester (for eksempel Harstad Kommune 2009), men disse er mindre og har vært av kortere varighet. For å kunne undersøke ressurspoolens innfelling og påvirkning på organisasjonene de inngår i og påvirkning av en viss varighet, vurderte jeg det som en fordel med en organisasjon som har ressurspooler av en betydelig størrelse, noe som gir et større omfang av relasjoner mellom poolen og øvrig virksomhet. Slike ressurspooler fant jeg flere av i sykehussektoren Studien er derfor avgrenset til å undersøke ressurspooler i sykehussektoren.

Som nevnt over var det et ønske om å kunne gå i dybden, og det ble derfor valgt bort å undersøke ressurspooler ved ulike sykehus. Innenfor rammen av en masteroppgave ville dette ha ført til mer overflatiske undersøkelser. Valget falt derfor på å gjennomføre studien på ett sykehus.

Et sykehus består av mange ulike yrkesgrupper, noe som betyr at ressurspooler på sykehus sikrer bemanning i et bredt spekter av fagområder, fra medisinsk behandling til drift. For ikke å spre fokuset ble det nødvendig å avgrense hvilke yrkesgrupper som ble inkludert. Organiseringen av driftsansatte omfatter blant andre renholdere som har klart andre arbeidsoppgaver enn sykepleiere og helsefagarbeidere. De er også organisert på en annen måte, typisk i egne driftsorganisasjoner som leverer tjenester på tvers av de avdelingene som driver med pasientbehandling. Valget falt derfor på å fokusere bare på helsepersonell.

Blant helsepersonell er det flere aktuelle profesjoner eller yrkesgrupper som kunne ha vært inkludert. Det er likevel én gruppe som skiller seg klart ut med tanke på deltidspromblematikken. Det er sykepleierne. Sykepleierne er også den største gruppen av helsepersonell (SSB 2016). Det betyr at sykepleiere som inngår i ressurspoolen vil være den yrkesgruppen som brukes på flest avdelinger. Valget falt følgelig på å avgrense oppgaven til å se på sykepleiere.

Oppsummert har jeg valgt å avgrense oppgaven til å studere ressurspooler på ett sykehus og å fokusere på sykepleiere.

1.3 Problemstilling

Oppgaven skal bidra til forskningen om ressurspooler generelt. Som det framgår over, har jeg valgt å ta utgangspunkt i ressurspool på ett sykehus for å kunne gå i dybden på hva slags fenomen en ressurspool er og hvordan den innfelles i organisasjonen og påvirker deler av virksomheten.

De overordnede problemstillingene er å undersøke:

- 1) Hvilke formål og funksjoner har ressurspoolen?
- 2) Hvilke faktorer påvirker avdelingenes beslutninger i bemanningsspørsmål?

Oppgaven vil på den ene siden dermed bidra med kunnskap om hvordan ressurspooler kan organiseres, hvilke oppgaver den kan løse, og hvilke oppgaver den faktisk klarer å løse. Den andre siden er hvordan andre enheter i organisasjonen arbeider med bemanningsspørsmål og hvordan ressurspoolen kan påvirke organisasjonens handlingsvalg når det gjelder bemanning.

Problemstillingen er videre konkretisert til forskningsspørsmål i lys av tidligere forskning og relevant teori. Disse er derfor gjengitt på slutten av teorikapittelet: *4.6 Forskningsspørsmål*.

1.4 Gangen i oppgaven

Gangen i oppgaven er som følger: I kapittel *2.0 Kontekst*, vil jeg foreta noen begrepsavklaringer og redegjøre for kontekst ved studien. Jeg har valgt å fokusere på følgende ved konteksten: den norske modellen, og organiseringen av norsk arbeidsliv, sykehus og viktige reformer som har blitt gjennomført de siste årene, og til sist sykepleiere og spesielle arbeidslivsordninger og debatter som er knyttet til dem som yrkesgruppe. I kapittel *3.0 Forskningstema* vil jeg redegjøre for tidligere forskning og posisjonere min egen studie. Kapittel *4.0 Teori* redegjør jeg for det teoretiske rammeverket til studien. Studien benytter seg av et bredt spekter av ulike tenkninger om organisasjoner: begreper som karakteriserer organisasjonsstruktur, samt ny-institusjonelle perspektiver, beslutningsteori og nettverksteori. *5.0 Metode* diskuterer jeg og redegjør for forskningsdesignet. Case-studien benytter et induktivt opplegg og drar veksler på flere typer datamateriell. Innsamling og analysing av data blir redegjort for, samt utvelging av enheter. I kapittel *6.0 Bemanningssenteret: formål og funksjon* diskuteres og analyseres funn knyttet til første halvdel av problemstillingen og de første tre forskningsspørsmålene: hva er formålet og funksjonen til ressurspoolen. Kapittel *7.0 Avdelingene og beslutninger om bemanning* tar for seg andre halvdel av problemstillingen, og de tre siste forskningsspørsmålene: Hvordan er relasjonene mellom avdelingene og ressurspoolen, hvordan påvirker innføring av ressurspool handlingsrepertoaret til avdelingslederne, og hvilke organisatoriske faktorer påvirker deres beslutninger om bemanning? I siste kapittel *8.0 Avslutning* summerer jeg opp hovedfunnene i studien og forsøker å gi noen pekere til videre forskning.

2.0 Kontekst

Deler av konteksten til studien og studieobjektet er skissert kort i innledningen til oppgaven. I dette kapittelet skal jeg redegjøre mer inngående for konteksten. Formålet er å få bedre oversikt over det "landskapet" studieobjektet befinner seg i. Kontekst er i prinsippet nesten uendelig, og må derfor avgrenses. Jeg har valgt å fokusere på trekk ved konteksten som handler om at ressurspoolen kan sees på som svar på noen utviklingstrekk i det norske arbeidsmarkedet, og derfor skal jeg redegjøre kort for hvordan dette arbeidsmarkedet er oppbygd og de relevante utviklingstrekkene som handler om bruk av bemanningsselskaper og midlertidige ansettelser. Videre vil jeg redegjøre for sykehussektoren og noen sentrale trekk og reformer. Til sist vil jeg gjennomgå sykepleieryrket, som har en særegen måte å organisere bemanningen på (tredelt turnus), og noen debatter som er knyttet til arbeidsorganisering og arbeidsvilkår, herunder debatten om deltidsarbeid. Aller først vil jeg gjøre noen begrepsavklaringer for oppgaven.

2.1 Begrepsavklaringer

I dagligtale og i mange andre sammenhenger brukes ofte begrepet "vikarpool" om fenomenet jeg har studert i masteroppgaven. Det er for eksempel benyttet både i rapporten til Ingstad (2014) og i Fafo-rapporten om utleid arbeidskraft fra 2011 (Nergaard et al., 2011). Det er mange fordeler ved å benytte seg med innarbeidede begreper, men jeg har likevel valgt å bruke begrepet "ressurspool" i stedet. Dette av to årsaker: For det første indikerer begrepet vikarpool at det er å dekke fravær som er hovedoppgaven til enheten ("en pool av vikarer"). Og selv om det stemmer delvis, er det ikke hele virkeområdet (Se mer i kapittel 6.0 *Bemanningsenteret: formål og funksjon*). I tillegg brukes vikarpool også noen ganger om litt andre typer ordninger, som timebank-prosjekter der arbeidstaker har en fast stillingsprosent, men såkalt ubunden tid som er fleksibel (Moland og Bråthen, 2012). Jeg vil benytte meg av følgende definisjon:

en intern bemanningsenhet der arbeidstakeren enten er ansatt på heltid eller deltid. (...) som et slags brannkorps som kan settes inn ved behov ved forskjellige tjenestesteder.

(Moland 2013:64)

Begrepet "vikar" kan også referere til flere situasjoner. Oftest brukes det om en person som erstatter en ansatt som ikke er på jobb på grunn av sykdom eller andre årsaker. En grei definisjon av denne forståelsen finner vi i Store Norske leksikon:

Vikar, person som midlertidig fungerer i en annens stilling eller utfører en annens arbeid.

(Store Norske Leksikon 2015a).

Etter at lovverket for når man kan benytte innleid arbeidskraft ble liberalisert rundt tusenårsskiftet, har man også brukt begrepet "vikar" i en videre forstand: en arbeidstaker som er midlertidig innleid, men ikke direkte erstatter en annen ansatts fravær. "Vikar" sier heller ikke noe om hva slags ansettelsesforhold vedkommende har, men kan vise til flere forskjellige typer ordninger: "Vikaren" kan være hentet inn fra andre deler av organisasjonen, leid inn fra et eksternt bemanningsbyrå eller ansatt i en midlertidig stilling eller en stilling uten avtalt arbeidstid. For å tilstrebe presis begrepsbruk vil jeg derfor benytte meg av begrepet "ressurspool" videre i oppgaven. Begrepet benyttes blant annet av Nesheim og Rørvik (2012).

Videre vil jeg skille mellom intern og eksternt innleid arbeidskraft, midlertidig ansatt og ringevikar. I datamaterialet og andre steder brukes "tilkallingsvikar", "ringevikar" og "nullprosent" om hverandre for å beskrive samme fenomen: En som er ansatt uten avtale om arbeidstid (i en 0% stilling). Arbeidsgiver og arbeidstaker avtaler vakter løpende. Arbeidsgiver kan ikke kreve at den ansatte skal jobbe, og omvendt kan heller ikke den ansatte kreve arbeid. Videre i oppgaven vil jeg bruke begrepet ringevikar.

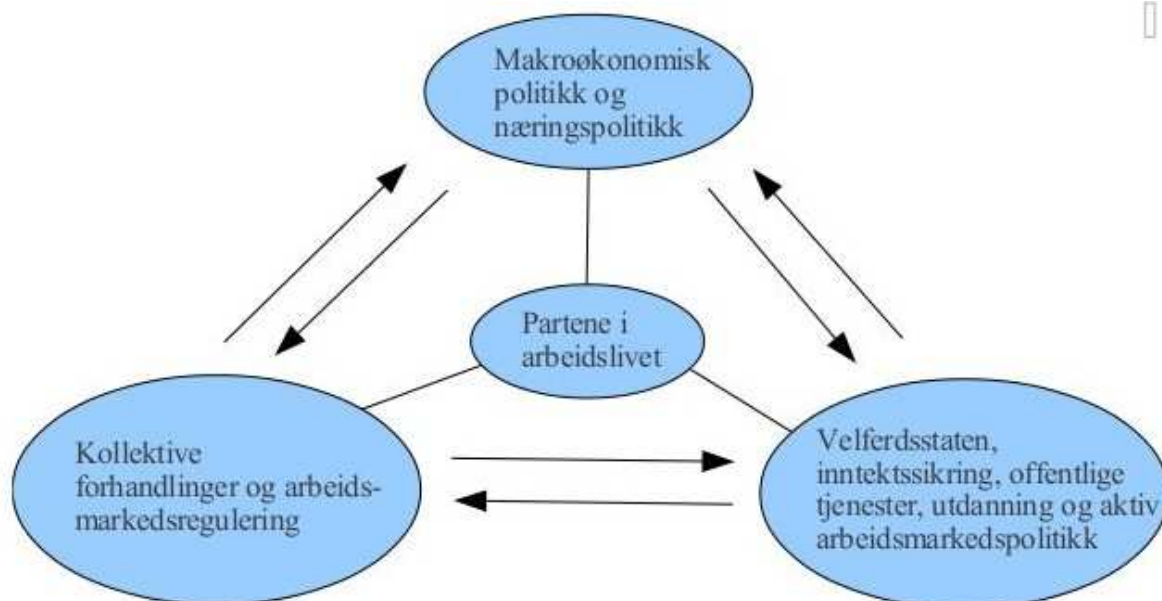
Informantene i studien bruker ofte begrepet "hjelpepleier", som er den gamle betegnelsen på det som nå heter "helsefagarbeider". Videre i oppgaven vil jeg bruke helsefagarbeider som begrep.

2.2 Det norske arbeidslivet

En viktig kontekst for studien er det norske arbeidslivet, som jeg her skal skissere i korte trekk. "Den norske modellen" er en variant av "Den nordiske modellen", som er en samlebetegnelse for arbeidslivsmodeller i Skandinavia (Dølvik et al., 2007). Det er vanlig å trekke fram følgende kjennetegn for å beskrive modellen: 1) høy organiseringsgrad i

befolkningen, 2) sentraliserte avtaler og koordinerte forhandlinger på flere nivåer, 3) høy grad av ansattmedvirkning 4) velutviklet lov- og avtaleverk på arbeidslivsområdet (Dølvik, 2007). Dette medfører blant annet at mange regler og faktorer som er relevante i denne oppgaven ikke nødvendigvis er regulert i lovs form, men i avtaler mellom partene i arbeidslivet.

Andre kjennetegn er en stor velferdsstat med universelle ordninger, aktiv arbeidsmarkedspolitikk og statens deltakelse i partssamarbeidet (ibid.). I denne oppgaven er velferdsstaten svært relevant som arbeidsplass og organisatorisk kontekst, i og med at organisasjonen som utgjør rammen for caset, sykehuset, er en del av velferdsstaten. Mer om det senere i oppgaven. Trepertssamarbeidet innebærer at interessekonflikten mellom arbeidsgiver og arbeidstaker er institusjonalisert i et formelt samarbeid med rammer for når og hvordan denne konflikten kan utspille seg og at staten legger til rette for dette samarbeidet (Levin, 2012). Dølvik et al. (2007) beskriver tre grunnleggende trekk i en modell (se *Figur 1 Den norske modellen*): Sentralt er partene i arbeidslivet, som i samspill med velferdsstaten, makroøkonomisk politikk og kollektive forhandlinger regulerer arbeidslivsrelasjoner.



Figur 1 Den norske modellen illustrert i Dølvik et al. (2007:20).

Flere utviklingstrekk peker mot en endring i hvordan arbeidslivet i Norge er organisert. I 2004 får Den Europeiske Union (EU) ti nye medlemsland, åtte av dem fra det tidligere Øst-Europa (Store Norske Leksikon 2016). Denne hendelsen omtales ofte som "østutvidelsen". Gjennom EØS-avtalen deltar Norge i EUs indre marked, det vil si at norske arbeidstakere kan arbeide i hele EU uten å måtte søke arbeidstillatelse, og omvendt¹ (Store Norske Leksikon 2015b). Siden tidlig på 2000-tallet har det vært stor økning i arbeidsinnvandringen til Norge, og særlig arbeidstakere fra land som fikk tilgang til EUs indre marked etter østutvidelsen (Bjerke og Eilertsen, 2014). Mange av dem arbeider i bemanningsbyråer (ibid.).

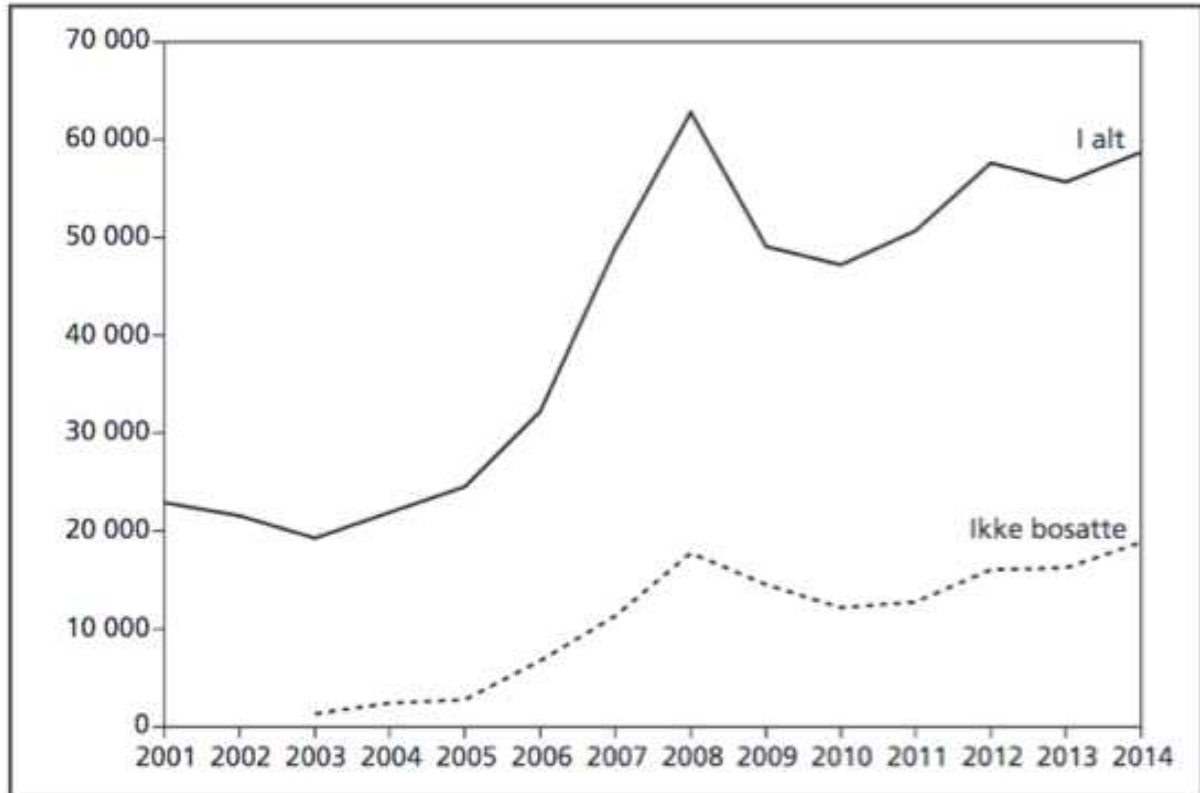
I 2000 ble lovverket for når man kunne bruke innleid arbeidskraft liberalisert (Nergaard et al., 2011). Det vil si at stadig flere av oss arbeider som innleid arbeidskraft, eller arbeider sammen med innleid arbeidskraft. I tillegg har det norske arbeidsmarkedet fått en ny aktør i form av norske og utenlandske selskaper som har spesialisert seg på utleie av arbeidskraft (ibid.).

Før lovendringen var utleie av arbeidskraft i prinsippet forbudt, men det ble likevel gitt dispensasjoner fra lovverket (Bjerke og Eilertsen, 2014). Lovendringen skulle speilvende prinsippet: Det skulle være generell adgang til inn- og utleie av arbeidskraft, mens enkelte sektorer skulle være unntatt (ibid.). I det opprinnelige forslaget fra den daværende sentrumsregjeringen Bondevik I² skulle helsesektoren være et slik unntak, men forslaget fikk ikke flertall i Stortinget (ibid.). Det finnes en adgang til å unnta sektorer eller grupper fra bestemmelsene, men den har så langt ikke blitt benyttet (Nergaard et al., 2011). Loven kobler inn- og utleie av arbeidskraft til benyttelse av midlertidig arbeid: Det er anledning til å benytte innleid arbeidskraft der det er anledning til å benytte midlertidig arbeid (ibid.). Dette er en begrensning for bruk av bemanningsbyråer (Bjerke og Eilertsen, 2014).

¹ Arbeidsforholdet må likevel oppfylle en del krav (Nergaard et al., 2011).

² Mindretallsregjering (1997-2000) bestående av Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre.

Lovendringen førte til stor vekst i den private bemanningsbransjen (Nergaard et al., 2011). Nergaard (2016:49) fremstiller veksten i følgende tabell:



Figur 2: Kilde: SSB registerbasert sysselsettingstatistikk (Nergaard 2016: 49)

Tallene i figuren viser årsverk i bemanningsbyråer, og skiller ikke mellom administrativt ansatte og ansatte som leies ut (Nergaard et al., 2011). "Ikke bosatte" viser til arbeidsinnvandrere med korttidsopphold (ibid.). Sykehussektorene var en av sektorene som bidro til veksten i bemanningsbransjen, i og med at sykehusene langt oftere benyttet seg av innleid arbeidskraft (Skjælaaen, 2011). Tall fra 2011 viser at sykepleiere utgjør den største andelen av innleid helsepersonell (Nergaard et al., 2011:98). Dermed har det vært en endring de siste årene av hvem som arbeider i helsevesenet.

Spørsmål om ansettelsesformer og midlertidighet er en av de store kontroversene i norsk arbeidsliv. For eksempel tok fagforeningene LO, Unio og YS sine medlemmer ut i en to timers politisk generalstreik 28. januar 2015 (VG 2015a). I kjernen av konflikten

var spørsmålet om midlertidige ansettelse (VG 2015b). Daværende Unio-leder Anders Folkestad uttalte følgende:

Forslaget om å åpne for midlertidighet i ni eller 12 måneder er det styggeste av forslagene [daværende arbeidsminister Robert Eriksson] kommer med. Det rokker ved grunnmuren i det trygge arbeidslivet vi har i Norge.
(VG 2015b)

Endringer som fører med seg mer midlertidige ansettelse og mer bruk av innleid personell, skisseres som en trussel mot arbeidstakere. Etersom bruk av innleid personell er tillatt der det er anledning til å benytte midlertidig arbeidskraft (Nergaard et al., 2011), er disse problemstillingene tett knyttet sammen.

Økningen i bruk av innleid arbeidskraft har blitt møtt med stor skepsis, særlig hos arbeidstakerorganisasjoner som Norsk Sykepleierforbund, men det ble etter hvert etablert og akseptert praksis ved norske sykehus (Skjælaaen, 2011).

2.3 Sykehuset

I Norge er sykehusene en del av et offentlig helsevesen, som skal ha universell dekning og er finansiert via skattemidler (Erichsen, 1996). Sammenliknet med andre land har Norge en stor offentlig sektor, der om lag 30% av sysselsatte i landet arbeider i det offentlige (Fimreite og Grindheim, 2007). Om lag halvparten av alle offentlig ansatte arbeider i helsevesenet (ibid.). Det gjør sykehusene til en stor del av en stor sektor. Men det er ikke bare volumet som gjør dette til en viktig sektor. Flere steder blir helsesektoren omtalt som "velferdsstatens dronning" (Lægreid et al., 2005) og en av grunnpilarene i den norske velferdsstaten (Byrkjeflot og Gulbrandsøy, 2013). Jeg vil senere argumentere for at dette er en institusjonell kontekst, som stiller særskilte krav til organisasjonen, jamfør Christensen et al. (2009).

Fra midten av nittitallet til midten av 2000-tallet gjennomgikk det norske helsevesenet flere og tidvis overlappende reformer (Skjælaaen, 2011). Den største av disse er kanskje sykehusreformen, også kalt foretaksreformen (Lægreid et al., 2005). Reformen er inspirert av New Public Management (NPM) (ibid.), som er en samlebetegnelse på en reformbevegelse som siden 1980-tallet har søkt å effektivisere offentlig sektor ved å

adoptere organisasjonsideer og filosofier fra privat sektor (Christensen et al., 2009). NPM-reformer er særlig opptatt av kostnadseffektivitet (Christensen et al., 2007).

Sykehusreformen har to hovedelementer: Overføring av eierskapet fra fylkeskommunen til staten og omorganisering av sykehusene til foretak (Lægreid et al., 2005). Som følge av reformen er spesialisthelsetjenesten³ delt inn i fire helseregioner (Regjeringen 2014a), der de regionale helseforetakene forvalter eieransvaret på vegne av staten, mens de lokale helseforetakene står for tjenesteproduksjon (Lægreid et al., 2005). Dette er både egen tjenesteproduksjon og innkjøp fra private tilbydere:

Det regionale foretaket fungerer som konsernledelse og eier av de lokale sykehusforetakene og bestiller av tjenester fra private helseinstitusjoner (Byrkjeflot og Guldbrandsøy, 2013)

Foretaksmodellen har både sentraliserende og de-sentraliserende trekk. På den ene siden er den sentraliserende, ikke bare i eierformen, men også gjennom målstyrings- og rapporteringssystemet (ibid.). På den andre siden delegeres mye makt bort fra politiske organer (ibid.). Lægreid et al. (2005:20) beskriver dette slik:

Fra å være et delt politisk ansvar mellom 19 fylkesting og Stortinget er den folkevalgte styringen av sykehusene nå hekt og holdent lagt til Stortinget. Denne politiske sentraliseringen er kombinert med en administrativ fristilling av sykehusene. Sykehusene er ikke lenger offentlige forvaltningsorganer men statlige foretak.

Administrativt står foretakene nå friere til selv å disponere budsjetter, og organisering av virksomheten (Lægreid et al., 2005). Foretakene har selv ansvar for å bestille og utføre tjenestene (Byrkjeflot og Guldbrandsøy, 2013).

Helse og omsorgsdepartementet styrer sektoren først og fremst gjennom foretaksmøter, og gjennom et styringsdokument der departementet bestiller oppgaver til de regionale foretakene, som på sin side rapporterer tilbake på hvordan de har oppfylt disse bestillingene og i hvilken grad de er oppnådd (Byrkjeflot og Guldbrandsøy, 2013).

³ Den delen av helsevesenet som sykehusene inngår i (og utgjør brorparten av).

I tillegg til sykehusreformen har også reformer om innsatsstyrt finansiering, fritt sykehusvalg og ny spesialisthelsetjenestelov vært innført i perioden 1997-2003. Disse reformene var med på å befeste markedsmekanismer i helsemarkedet, både gjennom at sykehusets finansiering i større grad ble knyttet til hvor mange pasienter som ble behandlet, og gjennom at sykehusene i større grad må konkurrere om pasienter (Skjælaaen, 2011). Viktig er det også at disse endringsforsøkene tidvis skjer overlappende og samtidig (ibid.). I 2012 kom også Samhandlingsreformen, som hadde som formål å bedre sykehusenes samhandling med primærhelsetjenesten⁴ og føre til økt satsing på forebyggende helsearbeid (Byrkjeflot og Guldbrandsøy, 2013). Samhandlingsreformen er ikke så relevant for oppgaven, og er derfor ikke beskrevet mer inngående.

Dette er viktig kunnskap både for å kunne forstå den konteksten ressurspoolen er opprettet og opererer i, og for å forstå det terrenget som både ledelse og ansatte navigerer i. NPM-reformer om enhetlig ledelse og markedsretting av sykehussektoren som internmarked⁵ (Skjælaaen, 2011) var med på å skape det interne markedet som ressurspoolen opererer i. I tillegg kan reformer om enhetlig ledelse ha bidratt til at det har vært mulig å flytte arbeidsoppgaver fra avdelingene til ressurspool (personalavdelingen).

2.4 Sykepleiere

På tross av at det på sykehuset arbeider svært mange forskjellige yrkesgrupper, velger jeg i denne oppgaven å ta utgangspunkt i sykepleiere. Nettopp den komplekse sammensetningen av personell gjør det nødvendig å avgrense, slik at studien blir mulig å gjennomføre innenfor rammene av masteroppgaven. Det er for eksempel stor forskjell på rekrutteringssituasjonen for leger, sykepleiere og driftspersonell. Nærmere begrunnelse for denne avgrensningen er redegjort for i *1.2 Avgrensninger*.

⁴ Viser til de delene av helsevesenet som driftes av kommunene, eks. sykehjem, helsestasjon, legevakt og så videre: <https://sml.snl.no/kommunehelsetjeneste>

⁵ Senere i oppgaven omtaler jeg dette som et kvasi-marked, på bakgrunn av funn i studien.

I følge Erichsen (1996) kan det norske helsevesenet, særlig i etterkrigstiden og frem til 1980-tallet, forstås som et profesjonssystem, der særlig legeprofesjonen hadde betydelig innflytelse på helsepolitikken på alle nivåer. I samme tidsrom arbeider sykepleierne for å bli anerkjent som profesjon. En særlig viktig aktør i dette var Norsk Sykepleierforbund (NSF) (Martinsen og Wærness, 1979). NSF arbeidet for at sykepleie skulle bli anerkjent som en egen selvstendig profesjon, som skilte dem både fra dem over og dem under dem i hierarkiet:

De kjempet for et eget fagområde, et arbeidsmonopol "befrikk" fra "leggeåket" over dem, og de "uskikkede kvinder" under dem i hierarkiet.

(Martinsen og Wærness, 1979:29)

Det finnes en rekke etter- og videreutdanninger for sykepleiere. innenfor forskjellige spesialiseringer, som for eksempel anesthesisykepleie, operasjonssykepleie og intensivsykepleie. Som følge av at en del behandlinger blir mer spesialiserte, øker også behovet for spesialsykepleiere (Helse Bergen 2015a). Helsesektoren har problemer med å rekruttere nok sykepleiere generelt (NRK 2016b), og spesialsykepleiere spesielt (Sykepleien 2013). Min studie er ikke en profesjonsstudie, men profesjonene og profesjonsmakt er en viktig kontekst ved bemanning og organisering av sykehus. Det har også en kjønnsdimensjon.

Sykepleie blir ofte omtalt som et kvinneyrke. Denne forestillingen har to dimensjoner: For det første er størstedelen av de som arbeider som sykepleiere kvinner (Erichsen, 1996). For det andre er "sykepleierimaget" knyttet til arbeidsoppgaver som historisk sett har vært utført av kvinner i den private sfæren (ibid.). Dette er mer idealforestillinger enn en konkret beskrivelse av arbeidshverdagen (ibid.). Vikkelsø og Vinge (2004) understreker betydningen av "Usynlig arbeid", som ikke står i stillingsinstruksen, men som er avgjørende for at jobben blir gjort. For eksempel blir "pleiearbeidet" ofte omtalt på en måte som ikke tar høyde for at det er interne spenninger mellom forskjellige ideer om hva sykepleie er, på den ene siden et "kall" og på den andre siden en vitenskapelig disiplin (ibid.). Arbeidsoppgavene til en sykepleier kan videre også innebære en rekke ting som ikke er direkte "sykepleieroppgaver" som rengjøring, kontorarbeid, lederoppgaver med videre (ibid.). Flertall av informantene i studien er sykepleiere, men de gjør ikke tradisjonelle sykepleieroppgaver, de er avdelingsledere.

Forståelsen av sykepleieryrket som kvinneyrke, og følgelig sykehuset som kvinnearbeidsplass, er viktig for å forstå de særegne debattene som er tilknyttet bemanning ved sykehuset. De viktigste for denne studien er omfanget av og debatten om deltidsarbeid, og den særegne organiseringen av arbeidet i en tredelt turnus.

2.4.1 Deltid

Innen utgangen av oktober 2014 arbeidet 128.000 ansatte i de norske helseforetakene, fordelt på 99.000 årsverk (Regjeringen 2014b). Det er med andre ord en stor sektor. Tallene viser også et annet trekk ved sektoren: Det er en differanse mellom antall ansatte og antall årsverk, som indikerer at mange ansatte arbeider i deltidsstillinger. Dette er også en såkalt kvinnedominert sektor, der et stort flertall av arbeidstakerne er kvinner. Sammenliknet med andre land har Norge en høy andel deltidssysselsatte, og de fleste av dem arbeider i kvinnedominerte sektorer i arbeidslivet, som Helse- og omsorgssektoren (Moland, 2013).

Det er tverrpolitisk enighet om at det er ønskelig at undersysselsatte skal arbeide mer (Kjeldstad, 2006). Et eksempel på at dette kom til uttrykk fra politisk hold var da daværende helseminister Anne Grethe Strøm-Erichsen i 2011 instruerte helseforetakene om å redusere antallet deltidsstillinger:

Krav om at HF-ene, i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, reduserer andelen deltid med minst 20 prosent i løpet av 2011.
(Regjeringen 2011)

Det er altså et uttalt politisk mål å redusere antall deltidsstillinger i helseforetakene. Begrunnelsen for dette målet er ofte at det vil gi bedre likestilling, som i Likelønnskommisjonen (NOU 2008:6). Men en faktor som er en del av dette bildet, er behovet for arbeidskraft, da det er en økende mangel på helsefagarbeidere (Hermansen, 2011). Det kan også ansees som en mulig motivasjon for å rekruttere flere til fulle stillinger.

På den annen side utgjør de deltidsarbeidende en arbeidskraftreserve i helsesektoren (Kjeldstad, 2009) Kjeldstad (ibid.) bruker begrepene *heltidssysselsatt*, *deltidssysselsatt* og *undersysselsatt*. Undersysselsatt indikerer at arbeidstakeren ønsker å øke sin avtalte

arbeidstid, og utgjør dermed en arbeidskraftreserve (ibid.). "Heltid" og "deltid" referer ofte til den *avtalte* arbeidstiden i arbeidskontrakten. Men undersysselsatte kan ha en gitt stillingsprosent, men ved hjelp av ekstravakter arbeide mer enn den kontraktsfestede arbeidstiden (ibid.). Kjeldstad (2006) skriver at det at helse- og omsorgssektoren er så preget av deltidssysselsetting og undersysselsetting, kan forklares med at kontinuerlig døgnbemanning gjør at arbeidsgiver har behov for fleksibilitet, og at kombinasjonen av deltidsstillinger og merarbeid (at arbeidstaker arbeider ut over avtalt arbeidstid) har vært en måte å løse dette på. En annen forklaringsvariabel som ofte brukes for hvorfor kvinner velger/havner som deltidssysselsatte og undersysselsatte er knyttet til kvinners kulturelle rolle som mødre og omsorgspersoner i hjemmet (ibid.).

Omfanget av deltidarbeid er dermed resultatet av en gjensidig tilpasning mellom dem som etterspør og dem som etterspørres i ulike arbeidstidsordninger.
(Kjeldstad, 2006:514)

En av begrunnelsene for at sykehusene trenger fleksibiliteten som ligger i merarbeidet er hvordan arbeidstiden er organisert i helsesektoren.

2.4.2 Turnusarbeid og helgeproblematikk

Turnusarbeid er typisk for helsesektoren (NOU 2008:17). Turnus er en samlebetegnelse for måter å organisere bemanningen i døgnbemannede virksomheter, der de ansatte veksler mellom forskjellige arbeidstider (ibid.). I helsesektoren er turnusen typisk tredelt, det vil si at de ansatte veksler mellom å arbeide dag-, kvelds- og nattevakter. Begrepet "turnus" er ikke definert i loven. Arbeidsretten (med senere tilslutning fra Høyesterett) har definert det på følgende måte:

Arbeid som drives ut over ordinær dagarbeidstid, og hvor arbeidstidsordninger følger en rullerende arbeidsplan slik at arbeidstidens plassering for den enkelte varierer i døgnet, eventuelt i uken der, arbeid drives på søn- og helligdager. I dette ligger ikke i seg selv noe bestemt krav om frekvens eller regelmessighet. Det typiske for turnus - i motsetning til skiftordninger - er gjerne at arbeidsplanen ikke er systematisk rullerende, og at den enkelte har forskjellig antall vakter av ulik type i løpet av turnusperioden.
(Ot.prp. nr.54 (2008-2009) s. 27)

Den typiske tredelte turnusen er organisert på en slik måte at de ansatte arbeider hver tredje helg (NOU 2008:17, s.88). NSF omtaler dette ofte som "tredje-hver-helg-prinsippet" (Norsk Sykepleierforbund 2012). Matematikken i dette gjør da at det er én helg til overs som ikke blir dekket av turnusen. Dette fenomenet blir ofte kalt

"helgeproblematikk" (Ingstad, 2014), og er en gjenganger i mye litteratur, forskning og debatt om temaet. En avdelingsleder som var informant i denne studien oppsummerer problemet sett fra arbeidsgivers ståsted på følgende måte:

I et [turnus-]år så er det 17 helger. Men alle her skal jobbe 16, for det er i tariffavtalen. Så da har jeg allerede der hull på helg. Så prøver jeg så godt jeg kan å dekke inn det her med helgevikarer og ting og tang, sånn at det ikke blir hull.
(Informant, avdelingsleder)

Små stillinger er en vanlig metode for å dekke såkalte "turnushull" (Amble, 2008).

På den andre siden avviser en informant fra en fagforening ved sykehuset at det i det hele tatt finnes "helgeproblematikk", og mener problemet er at grunnbemanningen er for lav. Hvor mange helger som skal inngå i den tredelte turnusen er et mye debattert spørsmål (Norsk Sykepleierforbund 2012). At grunnbemanningen generelt er for lav ble gjentatt av flere av informantene, men er ikke tema for denne studien.

På de fleste avdelinger varierer arbeidsbelastningen gjennom døgnet, noe som igjen gjør at det er vanlig å ha høyest bemanning på dagtid og lavest om natten (Amble, 2008). Vaktene med lavest bemanning er mest sårbare for fravær (ibid.).

2.5 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg avklart begrepsbruk og redegjort for viktige kontekster som caset i studien befinner seg i. Oppsummert kan vi si at caset befinner seg i en arbeidslivskontekst som er preget av sterke fagforeninger som forhandler med staten, som også er arbeidsgiver. Deler av denne arbeidslivskonteksten er likevel i endring, der bruk av bemanningsbyråer har økt kraftig etter en lovendring i 2000. Dette er endringer som er kontroversielle i deler av norsk arbeidsliv. Sykehuset befinner seg i en bestemt institusjonell kontekst som en sentral del av den norske velferdsstaten. Videre har sykehuset vært gjennom store reformer de siste 20 årene, som har vært inspirert av tankegodt fra New Public Management. Sykehuset er også en organisasjon som er preget av forskjellige profesjoner og profesjonskamp. Den største yrkesgruppen på sykehuset er sykepleierne, som har en egen tradisjon for hvordan arbeidet er organisert i en tredelt turnus. Fra arbeidsgivers synspunkt gir denne turnusen noen bemanningsmessige utfordringer, særlig i helger og på nattestid. Arbeidsforholdene til kvinnedominerte yrker generelt, og sykepleierne spesielt har vært mye debattert de

siste årene. Særlig har problemstillinger rundt deltidsarbeid vært viktig. Norsk Sykepleierforbund er en aktør som har vært viktig, både i etableringen av sykepleien som profesjon og i de nevnte debattene rundt organisering av arbeidet ved sykehusene.

3.0 Ressurspooler som forskningstema

I dette kapitlet skal jeg skissere deler av den tidligere forskningen som er gjort på ressurspooler, og litt av det feltet forskningen er gjort i. Spørsmål om bemanning og innleie har vært tema innen feltet som kalles "non standard work". Jeg skal redegjøre kort for dette feltet i *3.1 Forskningsfelt: Non-standard work*.

Samlet sett er det sparsomt med forskning på ressurspooler, både i Norge og internasjonalt. Jeg har delt forskningen som er gjort på fenomenet inn i to grupper, etter hvorvidt de har benyttet et instrumentelt eller ny-institusjonelt perspektiv. Jeg skal også posisjonere min egen studie i dette landskapet.

3.1 Forskningsfelt: Nonstandard work

Fordi ansettelse i en ressurspool representerer en forholdsvis ny måte å organisere forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker på, ønsker jeg å skjele til forskning som omhandler den type problemstillinger. Dette avsnittet omhandler en del av arbeids- og organisasjonsforskning som på engelsk ofte kalles "nonstandard work" og på norsk ofte omtales som "atypiske tilknytningsformer i arbeidslivet". Dette er et felt som har kritisert den tradisjonelle arbeids- og organisasjonsforskningen for å ikke ha tatt høyde for at det er skjedd endringer i hvordan folk er ansatt, og som videre har tatt til orde for et nytt paradigme som tar inn over seg disse endringene (Nesheim, 2009). De mest innflytelsesrike teoriene ble utviklet på 1950-tallet, men siden den gang er det skjedd store endringer i organisasjonene folk jobber i og hvordan folk er ansatt i dem (Ashford et al., 2007). Hvis man ikke undersøker hvordan arbeidet organiseres, mister forskerne viktig kunnskap om organisasjoner (Pfeffer og Baron, 1988).

We propose instead that nonstandard work is a topic worthy of study in and of itself and also is an ideal context for testing and developing theory about organization, work and workers.

(Ashford et al., 2007)

En av hovedkritikkene som reises mot det rådende paradigmet er den implisitte forståelsen av relasjonen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker som en topartsrelasjon (Nesheim, 2009).

Vår påstand er at den forståelsen av arbeidslivet som kommer til uttrykk i ulike samfunnsfag, samt institusjonaliseringen og reguleringen av arbeidslivet, bygger på en felles kognitiv forutsetning: *Den grunnleggende relasjonen i arbeidslivet er*

forholdet mellom en entydig definert arbeidsgiver (en bedrift eller en annen formell organisasjon) på den ene siden og en arbeidstaker på den andre siden.
(Nesheim, 2009:71)

Nesheim (ibid.) sin påstand er dermed at forståelsen av forholdet mellom arbeidstaker og arbeidsgiver ligger til grunn både for forskningen på og organiseringen av arbeidslivet. Så hvilke følger får det dersom denne forutsetningen ikke lenger er empirisk gyldig, i hvert fall ikke i samme grad som før? Sagt på en annen måte: Arbeidstaker har én arbeidsgiver som organiserer arbeidet og utbetaler lønn. Men med fremveksten av blant annet bemanningsbedrifter, franchisebedrifter og andre nye organisasjonsformer er ikke bildet like entydig lenger. Hvis du for eksempel er ansatt i et bemanningsbyrå vil du på mange måter ha to arbeidsgivere: én som betaler lønnen din (bemanningsbyrået) og én som organiserer og overvåker arbeidet ditt (kundebedriften). I et slikt tilfelle blir ansettelsesrelasjonen en trepartsrelasjon.

Relevansen for studien fremstår kanskje ikke helt umiddelbar, da studieobjektet ikke er en del av en trepartsrelasjon, men derimot en del av organisasjonen den inngår i. Jeg vil likevel argumentere for at denne diskusjonen vil være et nyttig verktøy i analysen og forståelsen av ressurspooler av flere grunner: For det første er det mulig å se ressurspooler som enten et motsvar eller som en inspirasjon av nye tilknytningsformer. På flere måter imiterer de den private bemanningsbransjen (Skjælaaen, 2011), og søker samtidig å gjøre organisasjonen mindre avhengig av dem. Videre har tidligere forskning studert interne ressurspooler som en del av non-standard work-feltet som en integrert versjon av private bemanningsbyråer (Nesheim og Rørvik, 2012). Derfor vil også erfaringer fra forskning gjort på bemanningsbyråer kunne være nyttig i arbeidet med min oppgave.

3.2 Tidligere forskning på ressurspooler

Jeg har inndelt den tidligere forskningen i to kategorier, ut i fra om det er benyttet et instrumentelt eller et institusjonelt perspektiv. I det instrumentelle perspektivet ser man organisasjonen som et redskap som skal nå bestemte mål (Christensen et al., 2009), og forskningen undersøker hvorvidt ressurspoolen er et virkemiddel som leverer på bestemte mål. For eksempel om den bidrar til flere hele stillinger (Ingstad, 2014) eller til at en virksomhet kan sikre nok og rett kompetanse (Heiberg, 2015). I det institusjonelle

perspektivet ser man organisasjonen som omgitt av institusjonelle omgivelser med bestemte oppfatninger om hvordan organisasjonen bør være (Christensen et al., 2009). Et eksempel på dette er Skjælaaen (2011) sin doktoravhandling, som ser på den interne ressurspoolen som en organisasjonsoppskrift oversatt fra innleiemodellen.

3.2.1 Forskning med instrumentelt perspektiv

Buchan og Thomas (1995) sin studie av interne ressurspooler for sykepleiere ved skotske sykehus fant at slike løsninger gir større fleksibilitet i bruk av arbeidskraften, men skapte samtidig utfordringer med mindre kontinuitet i omsorgsarbeidet med pasientene, og større arbeidsbelastninger for de fast ansatte på avdelingene. Fleksibilitet er også stikkord i en amerikansk undersøkelse, som også fokuserer på hva slags ansatte en bør rekruttere til å arbeide i en ressurspool: Å bli tvunget til å arbeide på mange avdelinger passer ikke for alle, og kan føre til mistriivsel hos de ansatte (Linzer et al., 2011).

I en rapport skrevet av Kari Ingstad ved Høyskolen i Nord-Trøndelag undersøkes ressurspooler som et virkemiddel for å øke de ansattes stillingsprosenten ved tre sykehjem i henholdsvis Verdal og Steinkjer i Innherred samkommune (Ingstad 2014). Ingstad (2014) undersøkte de ansatte og ledelsens erfaringer og holdninger til en forsøksordning med ressurspool, og hvorvidt forsøksordningen bidro til at flere ansatte fikk økt stillingsprosenten sin. De fant positive effekter som mer stabil bemanning, flere ansatte i større stillinger, men også negative effekter som at de ansatte opplever dårligere kontinuitet i arbeidet (ibid.). Studien kombinerer en spørreundersøkelse blant de ansatte i sykehjemmet med dybdeintervjuer med ansatte og ledere i ressurspoolen (ibid.).

I Fafo-rapporten *"Kampen om vikarene. Arbeidskraftstrategier i kommunesektoren."* er ressurspooler omtalt som en av de strategiene noen kommuner benytter seg av for å skaffe nok arbeidskraft og begrense bruken av private bemanningsforetak (Alsos et al., 2012). Rapporten er laget på oppdrag for Fagforbundet, og baserer seg på flere undersøkelser, blant annet spørreundersøkelser blant rådmenn, tillitsvalgte i fagforbundet, intervjuundersøkelser med kommunerevisorer og casestudier av 4 kommuner (ibid.). Studiene viser at kommunene har varierende erfaringer med

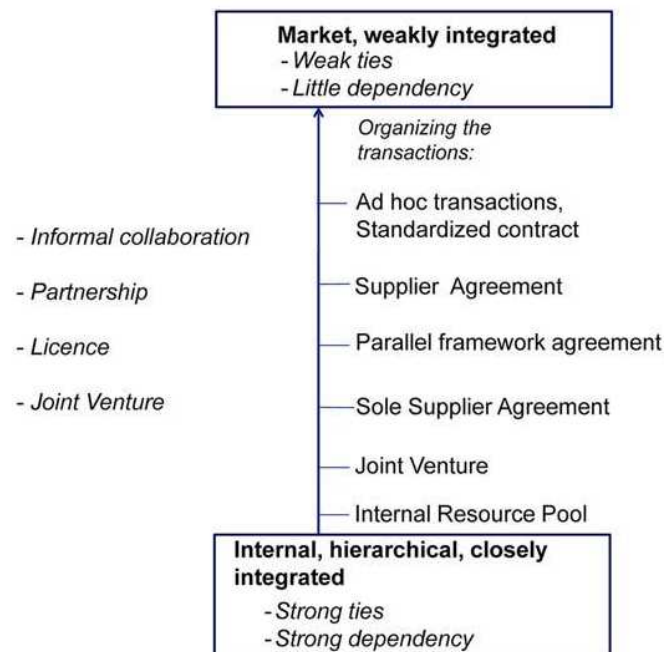
ordningene. I en kommune ble forsøksordningen med ressurspool lagt ned, som følge av at den ikke klarte å innfri kommunens målsetninger om å dekke bemanningsbehovet eller øke stillingsprosentene til de ansatte. I en annen casekommune skal ordningen derimot utvides og videreføres (ibid.). Det er flere Fafo-rapporter som omtaler ressurspooler, da særlig som et mulig virkemiddel for å tilby flere heltidsstillinger i kommunal helsetjeneste (Moland og Bråthen, 2012, Moland, 2013).

I en studie av enheter i Aker Solutions er ressurspoolen studert som et alternativ til tradisjonell bemanning (Worren, 2008). Worren (ibid.) identifiserer noen nøkkeloppgaver for den interne ressurspoolen: 1) allokering av ressurser, 2) medarbeidersamtaler, 3) kompetanseutvikling, 4) rekruttering. Det er også studert hvordan en intern ressurspool påvirker personalavdelingen (Human Resources) sin rolle i organisasjonen, og fant at bruk av en slik pool gir muligheter for omdefinering av personalavdelingens rolle fra å være en indirekte pådriver til å ha direkte ansvar for organiseringen av arbeidskraft (ibid.). Videre beskriver Worren (ibid.) "the business stream model" som ble innført i sammenheng med den nevnte redefineringen av personalavdelingen. Caset i denne forskningen skiller seg fra mitt på en rekke områder, men spesielt viktig er det at det er en studie av prosjektbaserte organisasjoner. Det vil si at behovet for arbeidskraft svinger, i motsetning til på et sykehus der bemanningsbehovet er mer kjent og stabilt. En del av funnene kan likevel være aktuelle for min oppgave.

I en masteroppgave ved Høgskolen i Østfold, på masterstudium i Organisasjon og ledelse ble det undersøkt hvorvidt interne, fleksible bemanningsløsninger, som ressurspooler, kan bidra til at kommunale helsetjenester kan sikre kompetanse i virksomheten (Heiberg, 2015). Heiberg (2015) fant at fleksibiliteten til en ressurspool avhenger av kontekst, som pasientgrupper, avdelingstype og sammensetningen av kompetanse.

I en studie av hvordan relasjoner og transaksjoner mellom private bemanningsbyråer og kundebedrifter er organisert, ses ressurspoolen som en internalisert løsning av denne problemstillingen (Nesheim og Rørvik, 2012). Organisasjoner velger relasjon som et resultat av strategiske valg (ibid.). I *Figur 3 "Continuum between markets and hierarchies"* (Nesheim og Rørvik, 2012:72) er forskjellige bemanningsløsninger plassert på en skala

fra svak integrasjon til høy integrasjon. Intern ressurspool er i den ene enden (høy integrasjon) og i den andre enden er ad hoc-transaksjoner mellom organisasjoner og private bemanningsbyråer (lav integrasjon) (ibid.).



Figur 3 "Continuum between markets and hierarchies" (Nesheim og Rørvik, 2012:72)

Studien fant videre at en intern ressurspool krever en organisasjon av en viss størrelse og en kritisk masse, men det ble likevel benyttet ekstern innleie som supplement til denne løsningen (Nesheim og Rørvik, 2012).

3.2.2 Forskning med ny-institusjonelt perspektiv

En doktoravhandling om innleie av sykepleiervikarer bruker translasjonsteori for å forstå hvordan innleiemodellen har blitt kopiert og videreutviklet ved ett sykehus (Skjælaaen 2011). Studien benytter skandinavisk ny-institusjonalisme som den teoretiske fortolkningsrammen (ibid.), og skiller seg dermed fra de andre studiene som er gjort på ressurspooler. Hoveddelen av avhandlingen handler om hvordan en liberalisering av lovverket i 2000 skapte et nytt marked for bruk av eksternt innleid bemanning ved norske sykehus, og hvordan denne praksisen ble tatt i bruk, og senere videreutviklet til en intern ressurspool (ibid.). Skjælaaen (2011) fant at innleiemodellen først ble ansett som en midlertidig og uønsket løsning på problemer med rekruttering

og bemanning, men senere ble akseptert praksis. Da studien ble avsluttet i 2006 benyttet sykehuset seg både av intern og ekstern innleie av sykepleiere (ibid.). Ressurspoolen er studert som en oversettelse av en oppskrift fra det eksterne vikarmarkedet, og som idé, og *hvordan* og *hvorfor* den ble opprettet. Særlig er personalavdelingens pådriverrolle synliggjort.

Skjælaaen (2011) fant at begrunnelser for å opprette ressurspoolen var økonomiske og at man ønsket et alternativ til ekstern innleie. Studien er avgrenset til å omhandle sykepleiere (ibid.). I delene av studien som handler om fremveksten av ressurspoolen benyttes dokumentanalyse og kvalitative intervjuer med ledelse og ansatte i personalavdelingen, prosjektledelse og prosjektansatte i ressurspoolen, tillitsvalgte fra NSF, ledere fra avdelingene ved sykehuset (ibid.). I avhandlingen ble ikke ansatte i ressurspoolen intervjuet.

3.4 Oppsummering

Oppsummert er det beskjedent med forskning på fenomenet ressurspooler. Hovedtyngden av studiene jeg har beskrevet i dette kapitlet er gjort med et instrumentelt perspektiv, noen ganger med sikte på å få kunnskap om hvorvidt organisasjonsformen er et egnet virkemiddel for å nå gitte målsetninger.

Denne studien har som ambisjon å skaffe mer helhetlig kunnskap om ressurspooler, og hvordan de påvirker organisasjonen de inngår i. Jeg vil argumentere for at ressurspoolen er et fenomen som ligger i skjæringspunktet mellom ulike typer litteratur og teorier. Nettopp det at studieobjektet ligger i et slikt skjæringsfelt gjør organisasjonsfaget til et velegnet verktøy for å studere den. Organisasjonsfagets styrke har vært at det makter å ta opp si seg ulike former for tenkning. Derfor vil jeg benytte meg av flere teorier og perspektiver fra organisasjonsfaget for å belyse ulike sider ved ressurspooler som fenomen. Som problemstillingen angir betyr det rett nok også å undersøke formål og funksjoner ved ressurspoolen, men det betyr likevel ikke at den skal studeres utelukkende som et redskap for å nå gitte målsetninger, men også som en del av et komplekst samspill i organisasjonen den er en del av, og med omgivelsene. Ressurspoolen aktualiserer flere trekk ved organisasjoner: forestillinger om ansettelsesforhold, organisasjonsstruktur, hva som påvirker handlinger og beslutninger

i en organisasjon og uformelle nettverk som organisasjonen er avhengig av. Nettopp denne mangfoldigheten vil jeg trekke veksler på i oppgaven.

4.0 Teori

I dette kapitlet skal jeg redegjøre for det teoretiske rammeverket for studien. For å favne noe av kompleksiteten i fenomenet ressurspool vil jeg benytte meg av flere former for tekning om organisasjoner. Kapitlet er derfor tredelt. Første del omhandler hva en ressurspool er og egenskaper ved oppgavefeltet til en ressurspool. Den andre delen handler om ressurspoolens innfelling i organisasjonen. Jeg vil redegjøre for begreper som kan være nyttige for å beskrive ressurspoolens relasjon til resten av organisasjonen. Fordi ressurspoolen ikke har kapasitet til å håndtere hele foretakets behov for ekstra bemanning, finnes det fortsatt andre ordninger som lever på siden av denne strukturen. Det er avdelingslederne ved sykehuset som fattet de faktiske beslutningene rundt bemanning av avdelingen. Disse ordningene er ikke standardisert på samme måte som ressurspoolen, og jeg vil derfor benytte meg av ny-institusjonell teori og nettverksteorier for å forklare disse fenomenene.

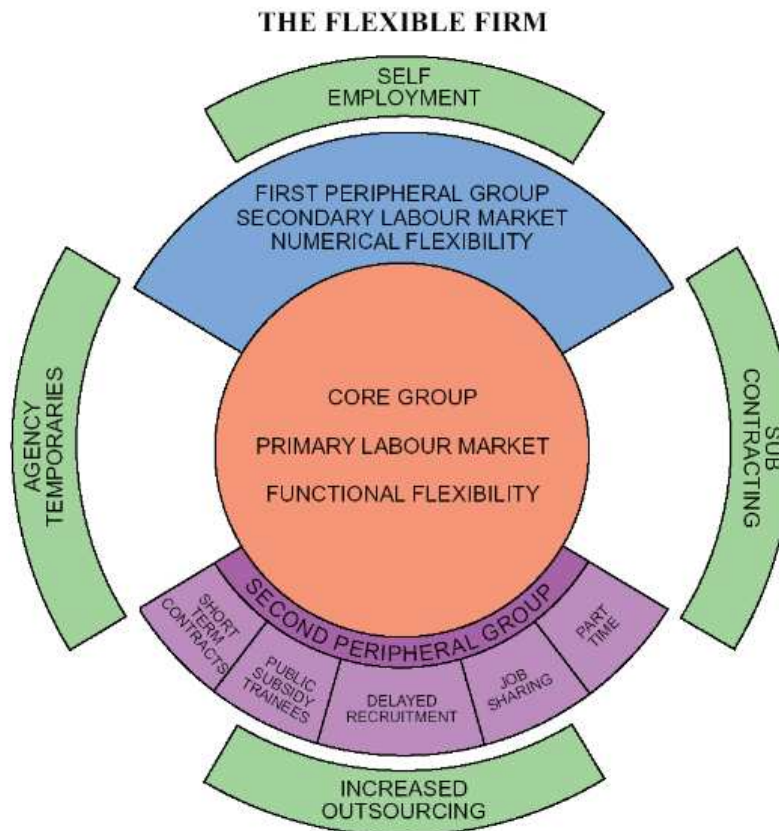
4.1 Ressurspool

Utgangspunktet for min oppgave er å studere en ny type formell struktur i organisasjoner, ressurspoolen. Ressurspoolen kan ha mange formål og målsetninger, men er først og fremst en mekanisme som etableres for å betjene resten av organisasjonen med bemanning (Moland, 2013). Den skaper et internt marked, som på mange måter imiterer det private bemanningsmarkedet (Skjælaaen, 2011), og kan sees på som en internalisert variant av dette (Nesheim og Rørvik, 2012). Ressurspoolen skal koble ekstrabemanning med avdelingen som trenger bemanningen: Ressurspoolen er tilbyder og sykehusavdelingene er (interne) kunder. En viktig egenskap ved oppgaven til ressurspoolen er dermed at den skal bidra til fleksibilitet.

4.1.1 Fleksibilitetsbegreper

Én sentral teori om bemanning er Atkinsons kjerne/periferi-modell, som ble utviklet på midten av 1980-tallet. Flere forhold, blant annet teknologiske endringer og stagnasjon i markedet førte til at bedrifter i Storbritannia måtte finne mer fleksible måter å kunne håndtere bemanning på (Atkinson, 1984). Det skilles mellom tre typer fleksibilitet: funksjonell, numerisk og finansiell: 1) Funksjonell fleksibilitet viser til evnen til å raskt flytte ansatte mellom oppgaver. 2) Numerisk fleksibilitet innebærer at organisasjonen har mulighet til å variere antall ansatte etter behov. 3) Finansiell fleksibilitet viser til at

lønn og andre kostnader knyttet til ansettelse gjenspeiler arbeidsmarkedet for øvrig, og systemer for lønnsdannelse som fremmer numerisk og funksjonell stabilitet⁶ (ibid.).



Figur 4 Atkinsons modell for "Den fleksible bedrift" (Atkinson 1984:4)

Endringen i selve organiseringen av arbeidet er metoden organisasjoner bruker for å oppnå de tre formene for fleksibilitet. I Atkinsons modell (Gjengitt i *Figur 4. Atkinsons modell for "den fleksible bedrift" (Atkinson, 1984:4)*) er bemanningen delt inn i en kjernegruppe og en periferigruppe. Kjernegruppen består av ansatte med høy jobbtrygghet i bytte mot funksjonell fleksibilitet, videre besitter de kompetanse som er vanskelig for organisasjonen å hente inn på kort varsel (Atkinson, 1984). Funksjonell fleksibilitet er evnen til å flytte arbeidstakere mellom oppgaver *internt i organisasjonen*

⁶ Lønnsdannelse er annerledes i Norge enn i Storbritannia.

(Nesheim, 2002). Dette er et begrep som er særlig relevant i studiet av interne ressurspooler nettopp fordi ideen er at de ansatte i ressurspoolen skal kunne disponeres av resten av organisasjonen ved behov.

Deler av nonstandard work-forskningen ser de atypiske tilknytningsformene som et hjelpemiddel for organisasjonens håndtering av svingninger i etterspørsel etter arbeidskraft (Nergaard et al., 2011). Det er her de to periferigruppene er aktuelle: en primær og en sekundær. Begge gruppene skal bidra til organisasjonens numeriske fleksibilitet, det vil si at det er lett å nedbemanne og oppbemanne (Atkinson, 1984). Dette er også en av de viktigste tesene i Atkinsons modell at dersom bedriften har en løsere tilknytning til arbeidstakerne og til eksterne aktører blir det enklere å oppnå numerisk fleksibilitet (Nesheim, 2002).

Nesheim (2002) hevder at enkelte forskere har trukket denne sammenhengen for langt, og advarer mot å sette likhetstegn mellom numerisk fleksibilitet og ulike tilknytningsformer for arbeid. I stedet bør vi være bevisst at det er et begrepsmessig skille (ibid.). Videre viser han til egen forskning som viser at den fremste motivasjonen for å benytte seg av midlertidige ansettelse og innleid arbeidskraft var å dekke fravær. I en slik sammenheng blir derfor de atypiske tilknytningsformene benyttet for å sikre numerisk *stabilitet*, ikke fleksibilitet (ibid.): Hensikten er ikke å ha mindre eller mer arbeidskraft, men den samme. I helsevesenet er ikke bemanningsbehovet styrt av sesong eller kontrakter, slik som i en del andre næringer. Det er likevel tidvis behov for å øke antall ansatte, for eksempel i forbindelse med utagerende pasienter.

Atkinsons modell tar utgangspunkt i at det er organisasjonen (og dermed ledelsen) som aktør, som strategisk velger tilknytningsform ut fra hva de anser som det beste for bedriften (Atkinson, 1984). Mens helseforetakene tidligere har benyttet for eksempel deltidsansettelse i kombinasjon med merarbeid, og ringevikarer som en mulig kilde til fleksibilitet, har de nå opprettet en ressurspool.

4.2 Ressurspoolens innfelling i organisasjonen

Innføringen av en ressurspool innebærer en ny formell struktur i organisasjonen, som skaper nye samhandlingsmønstre. Den er en koblingsmekanisme mellom poolen av

ekstra bemanning og avdelingene som har behov for denne bemanningen. Dermed er den avhengig av å koordineres med resten av organisasjonen. I denne delen av kapittelet skal jeg gjennomgå litteratur og begreper som er relevante for å beskrive og forstå dette.

4.2.1 Hierarki og arbeidsdeling

Uformell koordinering er vanskelig i store organisasjoner (Mintzberg, 1979). For å ha mulighet til å koordinere arbeidet benytter sykehuset seg av en hierarkisk organisasjonsmodell. *Hierarkiet* er en avspeiling av maktfordeling mellom ulike organisatoriske prosesser (Weber et al., 1971). *Autoritet* følger med bestemte posisjoner, og gir rettigheter til for eksempel å dele ut straff eller belønning. Hierarkiet fordeler autoriteten mellom organisasjonsmedlemmene, men det er også en fordeling av ansvar og arbeidsoppgaver (ibid.). Sykehuset har en ledelse på toppen, og er organisert nedover i klinikker, og videre i avdelinger ut fra hva slags behandling som blir tilbudt. En illustrasjon av denne organisasjonsmodellen er gitt i 6.2 *Forenklet illustrasjon av foretakets organisasjonsmodell* (Denne formen for struktur kalles også multidivisjonsstruktur (Hatch, 2001).) Relasjonene mellom enhetene er gjensidige: Hvis man endrer en enhet i organisasjonen, må man også endre de andre fordi de er i et integrert system (Mintzberg, 1979). Innføring av en ressurspool, og eventuelle endringer vil dermed også påvirke de andre delene av organisasjonen. I denne studien er det sykehusavdelingene (brukerne av ressurspoolen), ressurspoolen og relasjonen mellom disse som er i fokus.

Gruppering av forskjellige arbeidsoppgaver i forskjellige enheter kalles arbeidsdeling (Weber et al., 1971). Koblingsmekanismen mellom ressurspoolen og sykehusavdelingene innebærer både en arbeidsdeling og en koordinering. Ifølge Mintzberg (1979) er dette to prinsipper som motsier hverandre. Det vil si at arbeidsdelingen utfordrer koordineringen, og motsatt.

Videre skiller Mintzberg (1979) mellom fem koordinerende mekanismer: 1) Gjensidig tilpasning, 2) Direkte ordre, 3) Standardisering av arbeidsprosesser, 4) Standardisering av resultater og 5) Standardisering av ferdigheter. Disse utgjør de mest grunnleggende elementene av en organisasjonsstruktur (Mintzberg, 1979). De er ikke gjensidig utelukkende. De fleste organisasjoner benytter seg av alle fem

koordineringsmekanismene (ibid.). Etersom ressurspoolen er på siden av hierarkiet kan den i utgangspunktet ikke gi direkte ordre til avdelingene, eller omvendt . Men foretaket kan benytte standardisering av arbeidsprosesser, og ferdigheter, for å koordinere ressurspoolen og avdelingene i sykehuset.

Ressurspoolens organisering, i personalavdelingen og på siden av organisasjonshierarkiet, har flere paralleller til det Mintzberg (1979) omtaler som teknostruktur: Teknostrukturen er på siden av hierarkiet, men har likevel mulighet til å intervensere i andres arbeid gjennom at det er de som har ansvar for standardisering av oppgaver.

[I]t is the technostucture that takes primary responsibility for the formalization of everyone else's work in the organization.

(Mintzberg, 1979:94)

4.2.2 Standardisering

Standardisering innebærer at koordineringen er innbakt i planene for arbeidet på forhånd, og derfor gjør det behovet for kontinuerlig kommunikasjon mindre, når selve arbeidsoppgaven blir utført (Mintzberg, 1979). Standardisering innebærer altså at foretaket innfører klare oppskrifter for handling i gitte situasjoner. Designparameteren for i hvilken grad arbeidsprosesser i organisasjonen er standardisert, kalles *formalisering* (ibid.). Det innebærer at de standardiserte oppskriftene for handling blir nedfelt i for eksempel prosedyrer, internt regelverk eller mål og rapporteringssystemer (Hatch, 2001). Relevant for denne studien er i hvilken grad foretaket formaliserer oppgaver knyttet til bemanningen i sykehuset, og hvordan ressurspoolen er koblet til dette.

Muligheten til å standardisere oppgaver avhenger av to forhold: hvor godt kjent oppgaven er og hvor forutsigbar den er (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Dermed er oppgaver som er godt kjente og som forekommer ofte i organisasjonen gode kandidater til formalisering (ibid.). Dårlige kandidater vil være det motsatte: Oppgaver som er uklare, forekommer sjelden og det er ikke nødvendigvis én riktig løsning (ibid.).

Sykehuset kan ha flere motivasjoner for å standardisere oppgaver. Man kan se for seg at organisasjonen blir mer effektiv, fordi man reduserer beslutningskostnader og produksjonskostnader (Jacobsen og Thorsvik, 2013), med andre ord mister man ikke tid fordi man må finne ut hva som skal gjøres, eller bli enige om det, eller lære det. Andre formål kan være at det er et særskilt rettferdighetspoeng ved å få likt utfall⁷, eller det kan simpelthen være et ønske om orden og reda (Mintzberg, 1979). Motivene for formalisering kan derfor være å få forutsigbarhet og kontroll i organisasjonen:

[O]rganizations formalize behavior to reduce its variability, ultimately to predict and control it. (Mintzberg, 1979:83)

I tidligere forskning (se mer i kapittel 3.0 *Forskningstema*) har ressurspooler nettopp vært undersøkt som redskap for å nå bestemte mål. Kanskje formalisering blir et verktøy for å nå disse målene? Formål og funksjoner er analysert i kapittel 6.0 *Bemanningscenteret: formål og funksjon*.

Derimot ser man for seg at det kan være en ulempe dersom det oppstår uforutsette situasjoner (Jacobsen og Thorsvik, 2013), og at det motvirker innovasjon og reduserer kommunikasjonen internt i organisasjonen (Hatch, 2001). Fraværet av eksplisitte regler kalles *uformalitet* (ibid.), der ansatte må bruke stor grad av skjønn for å løse oppgaven

Når systemet gir en klar oppskrift for handling, reduserer det i teorien utgangspunktet for at de enkelte ansatte kan bruke skjønn i måten de løser arbeidsoppgavene sine på (Hatch, 2001). I Webers byråkratimodell har lederne muligheter til å fatte beslutninger innenfor rammene av standardene (Mintzberg, 1979). Dette kan sees på som en parallell til avdelingslederne i studien.

4.2.3 Sentralisering - desentralisering

Fokuset for denne studien er forhold og beslutninger som tas rundt bemanning, og særlig ekstra bemanning. Som det fremgår i analysekapitlene 6.0 *Bemanningscenteret: formål og funksjon* og 7.0 *Avdelingene og beslutninger om bemanning* har innføringen av ressurspool ført til *sentralisering* av noen typer beslutninger om bruk av ulike

⁷ Mintzberg bruker Kemneren som eksempel: Det er et viktig krav til organisasjonen at alle behandles likt.

bemanningsløsninger. Sentralisering og *desentralisering* er begreper som indikerer hvor i organisasjonen beslutninger tas. Mintzberg (1979) skisserer dette som to ytterpunkter: På den ene siden blir alle saker avgjort av toppleder, noe som indikerer en svært sentralisert struktur. På den andre siden avgjøres alle saker av den enkelte ansatte, som er en svært desentralisert struktur (ibid.).

When all the power for decision making rests at a single point in the organization – ultimately in the hands of a single individual – we shall call the structure centralized; to the extent that the power is dispersed among many individuals, we shall call the structure decentralized.

(Mintzberg, 1979:181)

Dette er både et spørsmål om *hvor* beslutningene tas, og om *hvor mange* beslutninger som tas (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Begrepene sentralisering og desentralisering er idealtyper for hvordan beslutninger kan tas i en organisasjon. Begrepene bør ikke sees på som absolutter, men som to ytterpunkter på en skala (Mintzberg, 1979). En organisasjon kan benytte seg av begge prinsippene samtidig, på forskjellige områder. Det kan derfor være vanskelig å måle sentraliseringsgraden (Hatch, 2001). Denne studien måler ikke nødvendigvis totaliteten i sentraliseringsgraden i sykehuset, men ser utelukkende på beslutninger rundt bemanning og hvordan handlingsrepertoaret blir endret som følge av innføring av ressurspool i sykehusorganisasjonen.

Motivene for å sentralisere beslutninger kan minne om motivene for standardisering og formalisering (se forrige avsnitt 4.2.2 *Standardisering og formalisering*): Det kan gjøre det lettere å koordinere organisasjonen (Mintzberg, 1979), og dermed kan de raskere innrette seg etter krav som kommer ovenfra (Hatch, 2001). Foretaket forholder seg til en hver tid til krav fra omgivelser og eiere som både er uttalt implisitt og eksplisitt.

4.2.4 Oppsummering

Hierarki, standardisering, formalisering og sentralisering er begreper jeg vil benytte meg av for å beskrive og karakterisere ressurspoolens relasjon til resten av organisasjonen, først og fremst sykehusavdelingene. Mintzberg (1979) skriver at stedet der disse designparameterne "klumper seg sammen" er nøkkelen til å forstå organisasjonsstruktur.

Men standardisering erstatter ikke ledelse, eller uformell koordinering, for det oppstår alltid uforutsette situasjoner (Mintzberg, 1979). Det er simpelthen umulig for en sentral ledelse å regulere alt som skjer, og det er i områdene med usikkerhet og uforutsette situasjoner at uformelle maktrelasjoner oppstår (ibid.). Et sykehus (eller en annen organisasjon for den saks skyld) kan ikke beskrives eller forstås som ren mekanikk. Avdelingslederne fatter fortsatt beslutninger om bemanning, og benytter bruk av skjønn i disse beslutningene.

4.3 Avdelingsleders beslutninger

Mens strukturene og begrepene i forrige del (4.2 *Ressurspoolens innfelling i organisasjonen*) beskriver *rammene* for handlingsalternativer i en organisasjon, vil jeg i denne delen se på teorier og perspektiver som kan forklare *innholdet* i handlingsalternativene. På tross av at systemet gir en del oppskrifter på handling, er det likevel et handlingsrom som avdelingsleder forhandler og navigerer innenfor når beslutninger om ekstra bemanning skal fattes. Jeg vil innledningsvis si noe om det institusjonelle perspektivet som er rammeverk, deretter se på beslutningsteori og til sist redegjøre for teorier rundt nettverk.

Sykehuset er omgitt av omgivelser som har eksplisitte og implisitte forventninger til hvordan organisasjonen bør være. Et utvalg av disse omgivelsene er redegjort for og diskutert i kapittel 2.0 *Kontekst*, for eksempel implisitte og eksplisitte krav om at sektoren bør redusere antall deltidsstillinger. I et ny-institusjonelt perspektiv ser man organisasjonen som avhengig av å møte disse kravene på en eller annen måte (Christensen et al., 2009). Hvis en organisasjon ikke har legitimitet i omgivelsene vil den i ytterste konsekvens ikke overleve (ibid.). Dette perspektivet står i motsetning til perspektiver der organisasjoner for eksempel ses på som redskaper eller instrumenter for å nå bestemte mål (ibid.).

4.3.1 Beslutningsteori

Fordi store deler av datamaterialet i studien omhandler hva slags beslutninger avdelingsleder fatter når det skal bemannes, og hvorfor, mener jeg det er fruktbart å se til beslutningsteori for mulige forklaringer. Det finnes flere modeller (og lange diskusjoner) om hvorfor individer handler som de gjør. Siden dette handler om

beslutninger i organisasjoner vil jeg benytte meg av følgende to begrepspar, skissert av James G. March: konsekvenslogikk ("*the logic of consequence*") og logikk om hva som er passende ("*the logic of appropriateness*"). March beskriver konsekvenslogikken gjennom fire spørsmål (March, 1994:3):

1. **Spørsmålet om alternativer: Hvilke handlinger er mulige?**
2. **Spørsmålet om forventninger: Hvilke fremtidige konsekvenser kan følge av de enkelte alternativer? Hvor sannsynlig er hver enkelt konsekvens hvis vi velger et gitt alternativ?**
3. **Spørsmålet om preferanser: Hvor verdifulle er konsekvensene som kan knyttes til hver alternativ for beslutningstakeren?**
4. **Spørsmålet om beslutningsregel: Hvordan skal et valg bli tatt mellom alternativene i forhold til hvor verdifulle konsekvensene for de ulike alternativene er?**

Med andre ord handler beslutningstakeren ut i fra hva de ønsker å oppnå, dermed blir handlingen kun et spørsmål om hva slags muligheter man har og hva de best mulige utfallene av disse mulighetene kan bli (ibid.). Men i en organisasjon må beslutningstakere også ta hensyn til en rekke andre faktorer: hvor er man plassert i organisasjonen, hvilke mål har organisasjonen satt seg, og hva slags formelle regler og kulturelle føringer er gitt (ibid.). Dermed kommer også hensynet til hva er "riktig" å gjøre inn som en faktor.

Logikken om de passende er derimot når organisasjoner og individer oppfyller identiteten sin følger de regler eller prosedyrer de synes er *passende* i situasjonen de befinner seg i (March, 1994). March (1994:58) ser for seg at beslutningstakeren, implisitt eller eksplisitt stiller seg tre spørsmål:

1. **Spørsmålet om gjenkjennelse: Hva slags situasjon er dette?**
2. **Spørsmålet om identitet: Hva slags person er jeg? Eller hva slags organisasjon er dette?**
3. **Spørsmålet om regler: Hva gjør en person som jeg, eller en organisasjon som dette, i denne situasjonen?**

Dette er tett knyttet opp til identitet, som skapes gjennom sosialiseringprosesser i organisasjonen, der man arbeider sammen over tid og skaper et kollektiv (March, 1994).

An identity is a conception of self organized into rules for matching action to situations. (March, 1994:61)

Identiteter er både selvkonstruerte av individene og påtvunget dem (March, 1994). De skapes ved hjelp av intensiver, sanksjoner utenifra, av følelsen av mestring og autonomi,

og av rolleforståelse (ibid.). Medlemmene i organisasjonen har ikke bare én identitet, men flere (ibid.), og de er både koblet til organisasjonen og til individene (Christensen og Røvik, 1999). Det kan både være flere identiteter knyttet til organisasjonen man jobber i, for eksempel kan man både være sykepleier, arbeide på medisinsk avdeling, leder og kollega. I tillegg kan man også ha identiteter knyttet til den private sfæren: Brann-supporter, mor, og så videre. Fordi identiteter består av sett med regler, er regler definert i tett relasjon til identiteter hos March og Olsen (Christensen og Røvik, 1999). Identiteter er sammensatt av forskjellige regler, som aktørene blir sosialisert til å følge, for eksempel gjennom utdanning eller gjennom erfaring i organisasjonen (ibid.). Organisasjonsmedlemmene har også en identitet fra før av, som de tar med seg inn i organisasjonen (March, 1994). I logikken om det passende er det viktig hvilken av disse identitetene som avgjøre hva som er passende å gjøre (ibid.).

Ideen om hva som er det passende kan være forhandlet fram i organisasjonen (Christensen og Røvik, 1999). Erfaring gjør det sannsynligvis lettere for aktørene å avgjøre hva som er passende (ibid.). Læringen og erfaringen øker identitetskompetansen, og øker sannsynligheten for at identiteten blir internalisert (March, 1994).

I avsnittet ovenfor har jeg beskrevet ideer om individers identitet, men også organisasjoner har identiteter (March, 1994). Ideer om hva som er "riktig" for bestemte typer organisasjoner legger igjen bestemte føringer for hvordan organisasjonen skal opptre:

For an organization to be a proper business firm, or a proper military unit, it must organize and act in a particular way.
(March, 1994:61)

Oppsummert kan man si at logikken om det passende legger vekt på *aktørenes fortolkninger* av situasjon, identitet og regler for handling. Dette gir igjen organisasjoner et repertoar av mulige handlinger, og aktørene bruker regler for å velge blant dem (Christensen og Røvik, 1999). March og Olsen (1989) bruker begrepet regler i bred forstand, det vil si ikke bare formelle regler men også uformelle praksiser og forestillinger som rammer inn disse:

By rules we mean the routines, procedures, conventions, roles, strategies, organizational forms and technologies around which political activity is constructed. We also mean the belief, paradigms, codes, cultures and knowledge that surround, support, elaborate, and contradict these roles and routines.

(March og Olsen, 1989:22)

March (1994) poengterer at det at organisasjoner og individer har identiteter og følger regler, ikke betyr at handlingene er forutsigbare, tvert i mot er "regelfølgning" usikkert og uforutsigbart. Dette er fordi regler, situasjoner og identiteter kan være tvetydige (ibid.).

Most situations could call up a number of relevant identities and rules[...]. When reminded of the role of the citizen, a decision maker may well act in a way that is different from the way that results from being reminded of the role of family member.

(March, 1994:68)

Det er heller ikke mulig å lage regler som passer til enhver situasjon og dermed må de tilpasses omgivelser som forandrer seg hele tiden (March, 1994). En erfaring beslutningstaker kjennetegnes av at vedkommende vet når regelverket bør tøyes (ibid.). Dermed utvikler det seg praksiser som ikke følger fastsatte regler, fordi beslutningstaker mener reglene ikke passer til problemet det er satt til å løse (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Konsekvenslogikk og logikken om det passende er ikke gjensidig utelukkende, men finnes side om side i de fleste organisasjoner (ibid.).

4.3.2 Nettverk

Ressurspoolen er ikke den eneste ordningen foretaket benytter seg av når det skal skaffe til veie ekstra bemanning. For å dekke behovet sitt benyttes også ringevikarer, som er et eldre system, bestående av et nettverk av personale som kan ringes og tar løse vakter. Disse har kontrakt med sykehuset, men ingen fast arbeidstid er satt i kontrakten. De kalles derfor også ofte nullprosjenter.

Dermed rekrutterer sykehuset medlemmer og arbeidskraft, ikke bare via formelle kanaler som stillingsutlysninger og liknende, men også via personlige bånd og uformelle nettverk (Granovetter, 1995). De svake koblingene, altså et bekjentskap, er viktige i rekruttering. Granovetter (ibid.) beskriver det han kaller "styrken i de svake koblingene". Han skiller mellom 1) sterke koblinger som familie og nære venner, 2)

svake koblinger som bekjentskaper og 3) fraværende koblinger. Mens sterke koblinger strekker seg lengre for deg, har svake koblinger flere ressurser å tilby (ibid.).

Arbeidsgivere og arbeidstakere foretrekker å bruke dette uformelle nettverket til rekruttering, fordi den personlige kontakten gir bedre informasjon, i betydningen mer intensiv informasjon (Granovetter, 1995). Intensiv informasjon er å fortrekke når det du trenger ikke er standardisert, som en bruktbil eller arbeidstaker. Det er dette som gjør de svake koblingene viktige i en bemanningssammenheng. Men disse koblingene og det uformelle nettverket må pleies og vedlikeholdes på samme måte som andre sosiale relasjoner (Granovetter, 1995). Mekanismene for å gjøre dette er derfor ikke så ulike, det kan for eksempel være "vedlikeholdelseshendelser", som et bryllup (i en ordinær sosial relasjon) eller en konferanse eller annen profesjonell hendelse (i en jobbrelasjon) (ibid.).

4.6 Oppsummering og forskningsspørsmål

Studieobjektet i denne oppgaven befinner seg i skjæringspunktet mellom flere former for tenkning. I dette kapitlet har jeg redegjort for begreper som vil være nyttige for å kunne beskrive endringer i organisasjonsstrukturen jeg studerer som fenomen. Først har jeg redegjort for fleksibilitetsbegrepet, som er nyttig for å forstå og beskrive ressurspoolens oppgavefunksjoner: Det kan skilles mellom *funksjonell* og *numerisk fleksibilitet*, som viser til henholdsvis organisasjonens mulighet til å flytte arbeidskraften rundt i organisasjonen der den trengs, og organisasjonens mulighet til å oppbemanne og nedbemanne etter behov. *Numerisk stabilitet* viser til organisasjonens anledning til å sørge for at antall arbeidstakere er stabilt, også ved fravær.

Videre har jeg sett på begreper som kan karakterisere og beskrive ressurspoolens innfelling i organisasjonen: *hierarki*, *standardisering*, *formalisering* og *sentralisering*. Teorien angir mulige motivasjoner for foretaket å benytte seg av disse.

På tross av at systemet gir en del oppskrifter for handling i gitte situasjoner, kan ikke beslutningsadferd om bemanning utelukkende studeres som en ren mekanisk prosess. Det er fortsatt et rom for avdelingsleder til å utvise skjønn. Enten fordi det å følge det

formaliserte regelverket ikke førte fram, fordi det for eksempel ikke var ledig kapasitet i ressurspoolen, eller ved å foreta beslutninger som enten er på siden av de formaliserte reglene. Aktørene har ulike identiteter og rolleforståelser som virker sammen på beslutningsprosessen i et komplekst samspill. For å forklare hvorfor og hvordan dette skjer, har jeg skjelt til teoriene om ulike beslutningslogikker: konsekvenslogikk og passende logikk.

Til sist har jeg redegjort for teorier om nettverk og sosiale koblinger for å beskrive og forklare ringevikarsystemet, som er en av løsningene for ekstrabemanning foretaket benytter seg av. Dette er svake koblinger, men som like fullt er viktige for organisasjonen. Disse koblingene må vedlikeholdes og pleies.

På bakgrunn av tidligere forskning og teori som er redegjort for har jeg videreutviklet problemstillingen til seks forskningsspørsmål.

1. Hvordan er ressurspoolen organisert? Hvem arbeider der? Hvor i organisasjonen er den organisert?
2. Hvilke oppgaver utfører ressurspoolen? Hvilken type fleksibilitet bidrar den til?
3. Hvilke oppgaver er endret (formalisert/sentralisert) som følge av innføring av ressurspoolen?
4. Hva preger relasjonene mellom enhetene og ressurspoolen?
5. Finnes det lokale praksiser på siden av ressurspoolen? Hvorfor og hvordan?
6. Hvilke faktorer påvirker avdelingsleders beslutninger om bemanning?

De tre første spørsmålene omhandler selve ressurspoolen, de to neste om relasjonen mellom ressurspoolen og sykehusavdelingene. Og det siste omhandler avdelingslederens beslutninger om bemanning, og hva som påvirker dem. I neste kapittel skal jeg redegjøre for metoden og datamaterialet jeg har benyttet meg av i studien.

5.0 Metode og datamateriale

5.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for, drøfte og begrunne metodiske valg i oppgaven. Jeg vil først argumentere for valget av casestudium, og beskrive det valgte caset, og egenskaper ved det. Jeg vil også redegjøre for prosessen med innsamling og analysering av data, og for den videre utvelgelsen av enheter i studien. Prosessen har vært prøvende. Den begynte med en interesse for fenomenet, og hvilken rolle de spiller i organisasjonene de blir etablert i. Dette ble etter hvert utvidet til avdelingslederne, og deres beslutninger, etter som det ble tydelig at det er de som gjør den faktiske og praktiske jobben med å bemanne foretaket.

5.2 Casestudie

I denne delen skal jeg begrunne valget av casestudium som metode. Ettersom hensikten med problemstillingen nettopp er å oppnå en helhetlig forståelse av fenomenet ressurspool, og av hvilke relasjoner ressurspoolen har til andre enheter i organisasjonen, mener jeg et casestudium gir gode muligheter til å studere dette. I følge Yin (2011:9-15) er casestudier å foretrekke når man skal besvare spørsmål som begynner med *hvorfor* og *hvordan*. I min problemstilling spør jeg blant annet om *hvordan* ressurspooler påvirker avdelingslederens handlingsrepertoar i organisasjonen. Fordi casestudier potensielt gir en rik mengde med data er det regnet som en god metode dersom man ønsker å få en helhetlig forståelse av et fenomen. Det gir muligheten til å gå i dybden og få anledning til å studere detaljer. Casestudium er derimot ikke regnet som en optimal metode til å svare på spørsmål som begynner med *hvor mye* (George og Bennett, 2005:25), så studien vil ikke være statistisk generaliserende, og besvarer ikke spørsmål som for eksempel om ressurspoolers utbredelse i sykehus i Norge.

Det er stor uenighet om ikke bare når, hvorfor og hvordan man gjennomfører case-studier, men også om hva et casestudium egentlig er (Andersen, 1997). Mens konvensjonelle definisjoner knapt anerkjenner det som en ordentlig undersøkelse, men ser det mer som en slags forundersøkelse til den ordentlige undersøkelsen (ibid.), hevder andre at det er en egen metodekategori mellom kvantitativ og kvalitativ (Yin, 2011). Mitt valg av casestudium som metode beror på at jeg mener at fenomener bør

studies i sin kontekst. Andre halvdel av problemstillingen fokuserer på hvordan ressurspoolen virker i organisasjonen den inngår i: hvordan den påvirker handlingsvalg om bemanning i organisasjonen. Jeg vil argumentere for at dette ikke kan besvares ved at ressurspoolen studeres uavhengig av sin kontekst, men at det må studeres hvordan den fungerer i og sammen med sykehusorganisasjonen. Yin (2011:13) definerer casestudier på følgende måte:

A case study is an empirical inquiry that

- **Investigate a contemporary phenomenon within its real-life context, especially when**
- **the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident.**

Skillet mellom omgivelser og case er altså ikke entydig. Casestudier skaper altså kontekstavhengig kunnskap (Flyvbjerg, 2006). Siden man kan spørre seg om motstykket "kontekstuavhengig kunnskap" i det hele tatt eksisterer, bidrar casestudiene til mer nyanserte forståelser av fenomener (ibid.). Jeg vil derfor benytte meg av de mulighetene et case-studium gir for å gå i dybden i komplekse prosesser i organisasjonen. Få enheter gir også muligheter til å gå i dybden (George og Bennett, 2005:17).

Studien er det Yin (2011:53-55) omtaler som et "embedded" case-design. Det vil si at jeg undersøker ett case, men har flere analyseenheter i caset. Når jeg ikke behandler organisasjonen som enhetlig (som er en fare med for eksempel et komparativt design), gir det muligheter for å studere variasjon og mangfold i én organisasjon (ibid.).

5.3 Case: Bemanningssenteret i et helseforetak

Caset for min masteroppgave er ressurspoolen i et helseforetak i Norge, heretter kalt bemanningssenteret. Her skal jeg først argumentere for utvelgelsen av caset, og så beskrive det.

5.3.1 Utvelgelse

Det er ulike strategier for utvelgelse av case. Yin (2011) refererer fem: kritisk case, utypisk case, typisk case, avslørende case og longitudinalt case. Caset skal inngå i en større klasse: det skal være et case av noe (Andersen, 1997:61). Caset jeg har valgt er en del av en større klasse, det er et case på ny organisasjonsformer i offentlig sektor, og på ressurspooler. På mange måter vil jeg anse det som et typisk case fordi det ikke er noen

oppsiktsvekkende eller avvikende trekk ved det., med kanskje ett unntak: Det er en av de første ressurspoolene i sykehus-Norge.

Bemanningscenteret er valgt som case av både strategiske og pragmatiske grunner. De pragmatiske er at de er lokalisert i nærheten av der jeg bor og studerer, og det gjør det enklere å gjennomføre studier innenfor de økonomiske og tidsmessige rammene for masterprosjektet. De strategiske er som følger: For det første er dette en av de første interne ressurspoolene i helse-Norge, og er derfor den med lengst varighet.

For det andre ser case-foretaket på seg selv som pionerer i denne måten å håndtere fravær på. Bemanningseenheten har også fått en del positiv medieomtale (Bergens Tidende 2014), og kan kanskje sees på som en aktør i fortellingen om hva en ressurspool er. De reiser også rundt og forteller om sine erfaringer i Helse-Norge, og arrangerer nasjonale konferanser om temaet. Hvis de er så toneangivende som de selv gir inntrykk av, bidrar det til å gjøre caset interessant fordi det i så fall også kan ha innflytelse på organisering andre steder.

Det er nå vikarpooler hos blant andre Helse - Fonna, - Stavanger, - Vestre Viken, - Fredrikstad, - Vestfold. Alle har vært hos Helse Bergen for å lære.
(Informant)

Hvorvidt de faktisk har innflytelse er ikke undersøkt i denne studien, ettersom det metodiske valget er å undersøke dette caset i dybden, fremfor eventuell sammenlikning med andre.

5.3.2 Beskrivelse av caset

Bemanningscenteret er avdelingen som administrerer den interne ressurspoolen til Helse Bergen. Foretaket er et av fem lokale helseforetak som eies av det regionale foretaket som er underlagt Helse og Omsorgsdepartementet (Helse Vest 2015). Det er om lag 12.000 ansatte i Helse Bergen (Helse Bergen 2015b). Bemanningssenteret ble startet opp i 2003, og er organisert som en egen seksjon under personalavdelingen. På helseforetakets hjemmesider presenterer de seg slik (Helse Bergen 2015c):

Vi er Haukeland universitetssjukehus sitt interne bemanningsbyrå. Vi formidler personell til alle avdelinger i sjukehuset for kortare eller lengre oppdrag.

Vi har ansvar for rekruttering og oppfølging av tilkallingsvikarar i Helse Bergen. Arbeidsforhold blir tilpassa etter ønskje frå avdelingar og den enkelte. Du kan få utvida stillingsprosenten din gjennom stilling hos oss i Bemanningsenteret.

Arbeid for Bemanningsenteret vil då komme i tillegg til ordinær stilling og tilpassa turnus. All leige av helsepersonell frå eksterne vikarbyrå blir formidla gjennom oss.

Som sitatet tilsier har de flere oppgaver i tillegg til drift av ressurspoolen, som administrering av ordninger med ekstern innleie. De har om lag 20 administrativt ansatte, og rundt 200 som er ansatt i poolen. Alle yrkesgrupper som er tilknyttet foretaket er representert i poolen. Arbeidsoppgaver og utforming av avdelingen er redegjort for i analysekapittel 6.0 *Bemanningsenteret: Formål og funksjon*.

Konteksten til caset er redegjort for mer inngående i kapittel 2.0 *Kontekst*. Caset og organisasjonen innehar mange av de kjennetegnene som også kjennetegner sektoren.

Sykehuset som ressurspoolen inngår i, er en del av offentlig sektor, et lokalt foretak under de statlige helseforetakene. Kort fortalt innebærer dette at organisasjonen må forholde seg til andre krav enn private organisasjoner, som krav til åpenhet, innsyn, forutsigbarhet med videre (Christensen et al., 2009:15). Det kan stilles strengere både formelle og uformelle krav til offentlige organisasjoner som arbeidsgivere.

Et annet og mye debattert kjennetegn ved sektoren er at den er kvinnedominert i den forstand at mesteparten av de ansatte er kvinner. I desember 2013 var om lag 75 prosent av de ansatte i sykehuset kvinner (Helse Bergen 2015b).

Foretaket benytter seg også av deltidsstillinger (2010a). Intern innleie er lansert som et virkemiddel slik at foretaket kan tilby flere hele stillinger (ibid.).

Deler av foretaket er døgnbemannet: Sengeposter og akuttavdelinger er eksempler på avdelinger som må bemannes kontinuerlig, også om natten og i helgene. Døgnbemanning krever fleksibel arbeidskraft (Kjeldstad, 2006). Dette behovet har ført til turnusordningene for leger, sykepleiere og andre sykehusansatte og er et sentralt kjennetegn ved sykehussektoren. Også en kombinasjon av deltidsstillinger og merarbeid har vært en av mulighetene sykehuset har brukt for å skaffe seg fleksibilitet (ibid.), en

annen er eksternt innleid arbeidskraft (Skjælaaen, 2011). Særlig bemanning i helgen, ofte kalt "helgeproblematikk", er gjenstand for mye diskusjon i forbindelse med bemanning og turnusordninger (Ingstad, 2014).

5.4 Datainnsamling

Det er gjort begrenset med forskning på ressurspooler. Derfor er studieopplegget lagt opp induktivt. Jeg har valgt å basere studien på kvalitative data, fordi målet er å utvikle en *helhetlig* forståelse av et *spesifikt* fenomen, som her er ressurspooler (Grønmo, 2004:263). En svakhet med å velge kvalitative data er at de stort sett ikke er godt egnet til statistisk generalisering (ibid.). Dataene jeg samler inn vil derfor ikke gi kunnskap om for eksempel utbredelse av ressurspooler som fenomen, eller om hvordan ressurspooler flest ser ut, men vil derimot gi muligheten til å gå i dybden.

Hovedsakelig baserer studien seg på tre datatyper: kvalitative innholdsanalyser av dokumenter, en feltstudie på Bemanningssenteret og intervjuer av aktører. Innsamlingen av data er skissert i *Tabell 5.4 Datainnsamling i tre faser* for å gi en oversikt. I realiteten var dette en mer overlappende prosess, der flere typer datainnsamlinger og analyse overlappet hverandre. I forkant av studien hadde jeg også noen forhåndssamtaler med aktører i bemanningssenteret og en tillitsvalgt fra en arbeidstakerorganisasjon ved sykehuset.

Tabell 5.4: Datainnsamling i tre faser

Fase 1: Dokumentanalyse	Fase 2: Feltstudie	Fase 3: Kvalitative intervjuer
Utvelgelse, innsamling og analyse av dokumenter	Fem dager deltakende observasjon Feltnotater, notater fra samtaler med aktører	Intervjuer med avdelingsledere, og representant fra sykehusledelsen

5.4.1 Fase 1: Dokumentanalyse

I første fase har jeg samlet inn og analysert relevante dokumenter. Opprinnelig så jeg for meg at dette skulle skje i forkant av observasjon og intervjuer, men det viste seg raskt at

den personlige kontakten med de andre datainnsamlingene gjorde det langt lettere å få tak i dokumenter som var relevante. Dermed ble innsamlingen og analysen av skriftlig materiale mer parallell med resten av datainnsamlingen. Jeg har konsentrert meg om to hovedtyper dokumenter: 1) Årsmeldinger i årene 2005-2015 og 2) Styresak "Rapport frå verksemda", fra siste styremøte i hvert år 2005-2015. I sistnevnte har jeg konsentrert meg om kapitlet som i tidlige årganger heter "Arbeidskraft" og senere "Bemanning og HMS". I tillegg til disse har jeg også sett på strategidokumenter fra de regionale og det lokale helseforetaket, og jeg har fått tilgang til et internt arbeidsdokument som skisserer rutine for arbeidet i ressurspoolen (den administrative delen). En oversikt over dokumentene er gitt i tabellen nedenfor, Tabell 5.4.1 Dokumentoversikt.

Tabell 5.4.1 Dokumentoversikt

Tittel på dokument	Årstall	Avsender	Mottaker
Årleg melding	2005-2015	Styret, Helse Bergen HF	
Rapport frå verksemda, bemanningskapitlet	2005-2015	Direktør, Helse Bergen HF	Styret i Helse Bergen
Kompetansestrategi 2015-2030		Helse Vest HF	
Strategiplan for Helse Bergen 2012-2016		Styret Helse Bergen HF	
Rutiner i Bemanningssenteret		Bemanningssenteret	Intern instruks til ansatte

Årsmeldingen avgis av styret i helseforetaket, og skal oppsummere året som har gått. Det regionale helseforetaket mottar årlig et styringsdokument fra Helse- og Omsorgsdepartementet. I styringsdokumentet legger Regjeringen føringer for arbeidet i helseforetakene (Regjeringen 2014c). Basert på dette lager de regionale helseforetakene et styringsdokument for de lokale helseforetakene. Dette styringsdokumentet, og helseforetakets arbeid med å oppnå de målene og arbeidsoppgavene som er gitt er gjengitt i årsmeldingen.

Meldinga må sjåast som eit ledd i eit samanhengande plan- og styringssystem mellom Helse Vest RHF og helseføretaka og skal i tråd med §13 i vedtektene til helseføretaka innehalde:

- Styret sitt plandokument for verksemda
 - Styret sin rapport for det føregåande året
- (Helse Bergen 2005a)

”Rapport frå verksemda” er et fast punkt på styremøter i helseforetaket, og er skrevet av direktøren til styret. Det er et dokument som skal gi en oversikt over aktiviteten i helseforetaket, og hvordan man ligger an til å nå de målene en selv har satt, og de som andre har satt for en.

Disse dokumentene gir gode data om foretaksledelsens målsetninger, og hvilke krav de eksplisitt møter til eiere. Ved å sammenlikne de samme dokumentene over tid vil det kanskje også være mulig å spore utvikling med tanke på hva foretaksledelsen selv opplever som viktig. Begrensningen i disse dataene er at de ikke nødvendigvis gir data om for eksempel uformelle praksiser, eller perspektivene fra andre deler av organisasjonen, som avdelingslederne. Det er en av grunnene til at studien benytter flere datakilder.

5.4.2 Fase 2: Deltakende observasjon

Ettersom formålet med masteroppgaven er å få en bedre og mer helhetlig forståelse av ressurspooler, anså jeg det som fruktbart å gjennomføre en feltstudie i mitt valgte case. Jeg fikk være tilstede å observere fem arbeidsdager i den administrative delen av ressurspoolen, som formidler bemanning til de ulike avdelingene. Med utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene formulerte jeg en observasjonsguide, og jeg observerte hvordan Bemanningssenteret går frem når de skaffer bemanning til organisasjonen: både helt konkret hvordan de løser oppgavene, men også hvilke vurderinger de foretar når de velger en ansatt til avdelingene.

En annen mulighet kunne være å gjennomføre en feltundersøkelse der jeg fulgte en av de ansatte i ressurspoolen ut på oppdrag i avdelingene, og intervjuet avdelingene om deres opplevelse i etterkant. Det ville gi førstehåndskunnskap til hvordan de ansatte i ressurspoolen fungerer i avdelingene. Det er to begrunnelser for hvorfor jeg valgte å observere i den administrative delen av Bemanningssenteret. For det første av

kapasitetshensyn, for at det skulle være mulig å gjennomføre studien innenfor rammene av masteroppgaven. For det andre, fordi så stor del av problemstillingen omhandler hvordan Bemanningssenteret er organisert og fungerer ville jeg prioritere det i denne fasen av datainnsamlingen. Denne feltstudien ga ikke direkte kunnskap om hvordan avdelingene opplever relasjonen til ressurspoolen, så den delen av problemstillingen ble undersøkt i fase 3, med kvalitative intervjuer.

For å gjennomføre et feltstudie er det nødvendig å få adgang til feltet (Grønmo, 2004:143). Jeg kontaktet derfor Bemanningssenteret, og avtalte et opphold på fem arbeidsdager.

I løpet av oppholdet tok jeg feltnotater hver dag, og hadde samtaler med aktørene der jeg tok notater. Lokalene til Bemanningssenteret består av kontorer på flere plasser, og et kontorfellesskap der de som driver med booking av ressurspoolen sitter. Fordi ekstern og intern innleie er sentralt for studien, valgte jeg å sitte i det kontorlandskapet for å observere. utfordringer ved deltakende observasjon som metode er at forskeren risikerer å bli avvist av aktørene, eller at forskeren blir så påvirket av aktørene at han eller henne adopterer deres syn (Grønmo, 2004:141-151). I spørsmålet om relasjoner mellom ressurspoolen og avdelingene var det derfor viktig å også innhente avdelingenes syn på Bemanningssenteret, og å ta høyde for at organisasjonen kan se annerledes ut fra deres ståsted. Forskerens nærvær kan også påvirke aktørene til å opptre annerledes enn de ville gjort ellers (ibid.), men problemer med at de som forskes på reagerer på at de blir forsket på (reaktivitet), er en problemstilling som gjelder de fleste metoder. I deltakende observasjon blir uansett forskeren på mange måter en del av miljøet han eller hun skal studere (ibid.). En strategi for å motvirke dette var å få et opphold som gikk over flere dager. Det var uvant for både meg og de ansatte på avdelingen, men det gikk seg raskt til og mot slutten av oppholdet opplevdes situasjonen som naturlig og uanstrengt.

I tillegg til oppholdet var jeg også tilstede og observerte på en nasjonal konferanse i regi av Bemanningssenteret.

5.4.3 Fase 3: Intervjuer

Den tredje og siste datakilden som denne studien baserer seg på er intervjuer med brukerne av ressurspoolen: avdelingslederne. Det er avdelingslederne som bemanner mesteparten av sykehuset gjennom at de bemanner sykehusavdelingene. Intervjuer ble valgt fordi jeg var interessert i avdelingsledernes egne vurderinger og fortolkninger i situasjoner og beslutninger om bemanning. Svakheten ved intervjudata er at de ikke nødvendigvis gir informasjon om andres vurderinger om de samme situasjonene og beslutningene.

Da feltstudien var gjennomført satt jeg igjen med god innsikt i hvordan Bemanningssenterets hverdag ser ut, og hvordan organisasjonen ser ut fra deres ståsted, men med langt mindre kjennskap til hvordan resten av organisasjonen forholder seg til Bemanningssenteret. De ansatte i ressurspoolen utgjør en egen dimensjon ved relasjonen mellom Bemanningssenteret og avdelingene. Opprinnelig hadde jeg ambisjoner om å få intervjuet ansatte i ressurspoolen, men jeg så underveis at det ble vanskelig både av hensyn til tid og kapasiteten til oppgaven. Jeg mener dataene samlet sett gir et godt bilde av hvordan ressurspoolen ser ut fra ledelsens side (gjennom dokumenter og intervju med representant fra ledelsen), fra ressurspoolens side (gjennom feltstudien) og fra avdelingslederens side (intervjudata). Derimot er ikke ansattdimensjonen utforsket noe særlig i denne oppgaven, verken de ansatte i ressurspoolen eller fast ansatte på avdelingen er intervjuet. Valgene om datainnsamling er fattet med tanke på fokus, mulighet for gjennomføring og en vurdering av hvilke data som er mest valide for problemstillingen.

Også antall informanter er en pragmatisk vurderinger. Jeg har forsøkt å balansere hensynet til å få mange nok til å få nok variasjon og informasjon til å svare på problemstillingen, men ikke så mange at det ikke ble mulig å håndtere og gjennomføre innenfor rammene av masteroppgaven. En oversikt over informantene er gitt i *Tabell 5.4.3.1 Informanter*.

Tabell 5.4.3.1 Informanter

Totalt	Avdelingsledere	Sykehusledelsen
7 (+1)	6 (+ 1 assisterende avdelingsleder)	1

Avdelingene som avdelingsleder-informantene representerer utgjør enhetene i studien. Jeg har benyttet strategisk utvalg, fordi de har noen egenskaper som var viktige å få med i studien (Grønmo, 2004). Et par av informantene rekrutterte jeg på den nasjonale konferansen, mens andre fikk en invitasjon per epost (Se vedlegg 2). Intervjuene ble foretatt på avdelingsleders kontor eller i avdelingens lunsjrom. Typisk varighet for intervjuene var 50 minutter. Ett av intervjuene er et gruppeintervju med avdelingsleder og assisterende avdelingsleder sammen. Basert på observasjonsguiden og funn fra feltstudien utformet jeg en intervjuguide (Se Vedlegg 1).

I intervjuene var det viktig for meg å få informantene til å snakke om sine egne erfaringer når det gjelder bemanning, og om hvilke løsninger de velger seg og hvorfor. Jeg brukte også tid på å få informantene til å fortelle om avdelingen, hva slags behandling som utføres og hva slags pasienter som behandles. Under selve intervjuene oppdaget jeg fort at den lille erfaringen min fra arbeid i helsevesenet kom godt med. For mange år siden arbeidet jeg som ringevikar som renholder i et helseforetak. Langt fra alle informantene var kjent med faget administrasjons- og organisasjonsvitenskap fra før, og på tross av mine forsøk på å skissere studieopplegg og fag i begynnelsen av intervjuene, oppdaget jeg at informantene responderte positivt på at jeg hadde kjennskap til sykehushverdagen og hvordan en avdeling er organisert. En annen utfordring var at noen av informantene var ekstra engasjert i arbeidsplassen sin, og brukte mye tid på å fortelle om behandlingen og pasienthistorier og andre ting, som jo var både flott og interessant, men ikke så relevant for problemstillingen.

Intervjuene ble tatt opp på bånd etter samtykke fra informantene og transkribert, og siden analysert.

5.4.4 Enheter

Jeg har valgt et "embedded" case-studium fordi det gir muligheter til å se variasjoner internt i organisasjonen (Yin, 2011:53-55). Det var derfor viktig med variasjon mellom de forskjellige enhetene. I utvalget har jeg gjort et poeng av å rekruttere avdelingsledere både fra psykiatriske og somatiske avdelinger. Det er flere grunner til det. I feltstudien ble det tydelig at psykiatrien og somatikken både oppleves, og behandles forskjellig. Det er tre dimensjoner ved dette. De handler om *organisering, lokalisering* og til slutt *hvor etablert er ressurspoolen*.

Psykiatri og somatikk er to forskjellige disipliner innen medisin, som historisk og i dag er organisert i ulike klinikker i sykehuset. Dette innebærer videre at de rekrutterer forskjellige typer arbeidskraft. Mens somatikken stort sett benytter sykepleiere, og på noen avdelinger spesialsykepleiere, benytter psykiatrien seg av psykiatriske sykepleiere, vernepleiere⁸ i tillegg til sykepleiere. I tillegg er de psykiatriske avdelingene lokalisert et annet sted enn resten av sykehuset, som ikke er i umiddelbar nærhet. Etablering viser til bruk av ressurspoolen. Mens den somatiske delen av sykehuset har benyttet seg av ressurspoolen i rundt ti år, ble den psykiatriske delen innlemmet i ordningen høsten 2014. Det innebærer at når denne studien blir gjennomført, har de brukt ordningen i overkant av et år.

Enhetene varierer også i størrelse. En grovinndeling er gjort både for å få oversikt og for å anonymisere avdelingene, og dermed informantene. Grovinndelingen er som følger: "Liten" angir 20-30 årsverk, "Middels" angir 30-40 årsverk, og "Stor" angir 40-50 årsverk. Oversikt over størrelsesklassifisering er gitt i *Tabell 5.4.3.2. Størrelsestyper*.

⁸ En type helsepersonell med autorisasjon - <https://snl.no/vernepleier>

Tabell 5.4.4.1 Størrelsestyper

Type	Antall årsverk
Liten	20-30
Middels	30-40
Stor	40-50

Til slutt varierer de også i *grad av spesialisering*. I utgangspunktet er alle avdelinger i sykehuset spesialavdelinger i en eller annen grad, som følge av oppgavedelingen mellom stat og kommune. Det heter tross alt spesialisthelsetjenesten. Men noen avdelinger er mer spesialisert enn andre, som for eksempel intensivavdelinger eller post-operative avdelinger. Dette er operasjonalisert i studien som spørsmål om hvorvidt avdelingen benytter seg av spesialsykepleiere eller ikke.

Enhetene med variablene som er redegjort for er fremstilt i *Tabell 5.4.3.3 Enheter i studien*.

Tabell 5.4.4.2 Enheter i studien

	Enhetene i studien					
	Avd 1	Avd 2	Avd 3	Avd 4	Avd 5	Avd 6
Klinikktilhørighet	Somatikk	Psykiatri	Psykiatri*	Psykiatri	Somatikk	Somatikk
Størrelse	Stor	Middels	Stor	Middels	Middels	Liten
Spesialisering	Spes.	Ikke spes.	Ikke spes.	Ikke spes.	Ikke spes.	Ikke spes.

(*Rusbehandling.)

5.5 Anonymisering

En av de etiske vurderingene som måtte tas i forbindelse med denne studien var grad av anonymisering. Det var en mulighet å anonymisere hele foretaket, men da ville det samtidig bli vanskelig å gjøre oppgaven etterrettelig, for eksempel i dokumentanalysen. Kildene til dokumentene måtte uansett blitt oppgitt i litteraturlisten slik at oppgaven er etterrettelig. Det har likevel vært et mål for oppgaven at det ikke skal være mulig å gjenkjenne enkeltpersoner og enkeltinformanter. Derfor er for eksempel ikke sitatene koblet til avdelingene, eller andre karakteristikk med unntak av der det er et viktig

poeng i analysen. Det var viktig for studien at informantene kunne snakke fritt om hvilke vurderinger de gjør, uten å frykte for å bli identifisert i materialet.

Prosjektet er innsendt og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD).

5.6 Analyse av kvalitative data

Hensikten er med studien er i første rekke å skaffe mer kunnskap om ressurspooler og hvordan de påvirker organisasjonene de inngår i. Studien er ikke lagt opp til å være statistisk generaliserende, den skal ikke si noe om *alle* ressurspooler, men skal bidra til å gi helhetlig kunnskap om ressurspooler, *som fenomen*. Siden dette er en kvalitativ studie er ikke analysen av dataene skilt ut i en egen fase, men foregår parallelt med datainnsamling og etter at datainnsamlingen er avsluttet (Grønmo, 2004:245). En fare når man undersøker kompleksiteten i sosiale fenomener er at man kan få oppleve at dataene blir uoversiktlige (Andersen, 1997:129). Han anbefaler at man ikke faller for fristelsen til å samle inn enda mer data, eller utsetter analysen, men analyserer dataene etter hvert som de samles inn, mens man forsøker å holde fokus på hovedmønster og ikke går seg vill i detaljer (ibid.).

Forskningsopplegget har vært induktivt, heller enn hypotesetestende. Det vil si at den teoretiske forståelsen er bygges på de empiriske undersøkelsene som gjennomføres (Grønmo, 2004). I begynnelsen var prosjektet først og fremst drevet av nysgjerrighet på selve ressurspoolen. Jeg lurte på hva slags fenomen det var, hvordan den var organisert, hva som var ideene bak og hvordan det virket i praksis. Etter hvert som jeg fikk bedre innsyn i sykehusorganisasjonen ble jeg også oppmerksom på hvor komplekst det er å skulle bemanne et sykehus. Noe som også viste seg igjen i datamaterialet, særlig i intervjuene med avdelingsledere. Avdelingslederne er viktige i denne studien fordi det i stor grad er dem som gjør den faktiske og praktiske oppgaven med å bemanne sykehuset. Det er rett og slett veldig mange hensyn som må tas: lover som må følges, ansatte som har forventninger, ledelse som har forventninger, budsjett som må holdes og ikke minst pasienter som har krav på forsvarlig behandling og dermed forsvarlig bemanning.

For å gjøre analysene benyttet jeg meg av programvare NVivo for å lese gjennom og sortere materialet. I dokumentanalysen lette jeg først etter alle steder der ressurspoolen eller bemanningsenheten var nevnt direkte, deretter sorterte jeg ut tekst som omhandlet bemanning og delte dette inn i kategorier "deltid", "intern innleie" og "ekstern innleie". Disse ble organisert inn i datamatriser. En av matrisene er gjengitt i *6.1 Matrise over foretakets årsmeldinger*.

I analysen av intervjudataene startet jeg med de samme kategoriene jeg hadde benyttet meg av i dokumentanalysen som jeg kodet i teksten. Disse kategoriene så ble videreutviklet og systematisert i en rekke fellestrekk. Analysen av fellestrekene ga grunnlag for å kondensere noen hoveddimensjoner som alle informanter var innom i materialet: 1) Formelle krav, 2) Relasjon til Bemanningssenteret, 3) Sammensetning av kollegium, 4) Økonomi, 5) Tilbud, 6) Type kompetanse og 7) Tid.

Problemstillingen handler i hovedsak om relasjoner mellom enheter i organisasjonen og beslutninger som tas i enhetene, derfor er analysen gjort på henholdsvis meso- og mikronivå. Noen steder har jeg analysert konsekvenser for foretaket, det vil si makronivå.

5.7 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg redegjort for valg av forskingsdesign og valg av case for studien. For å kunne gå i dybden, og å skaffe helhetlig kunnskap om det spesifikke fenomenet ressurspooler har jeg valgt å gjennomføre en case-studie med flere enheter internt i caset. Dette for å kunne studere variasjon internt i organisasjonen, som er noe av hovedformålet med studien. Det er videre redegjort for trekk ved caset, som er en ressurspool i et lokalt helseforetak i Norge.

Innsamling av data har foregått i tre faser: dokumentanalyse, deltakende observasjon og intervjuer. Valg av data er foretatt på bakgrunn av vurderinger om hva som gir mest valide data for å svare på problemstillingen, i tillegg til vurderinger om hva som lar seg gjennomføre innenfor rammene av masteroppgaven.

6.0 Bemanningssenteret: formål og funksjon

Dette kapitlet omhandler første del av problemstillingen: *Hvilke formål og funksjoner har ressurspoolen?* Og de tre første forskningsspørsmålene:

1. Hvordan er ressurspoolen organisert? Hvem arbeider der? Hvor i organisasjonen er den organisert?
2. Hvilke oppgaver utfører ressurspoolen? Hvilken type fleksibilitet bidrar den til?
3. Hvilke oppgaver er endret (formalisert/sentralisert) som følge av innføring av ressurspoolen?

Fokus i dette kapitlet er ressurspoolen. Funnene i både kapittel seks og syv er basert på data innsamlet fra dokumentanalyse, deltakende observasjon og kvalitative intervjuer. Innsamling og oversikt over datamaterialet er redegjort for i *5.4 Datainnsamling*, i metodekapittelet.

6.1 Formål

Tidligere forskning har vist at ressurspool kan innføres for å oppnå bestemte mål (Nergaard et al., 2011). Et av spørsmålene i problemstillingen er hvilket formål ressurspoolen skal ha. For å undersøke dette har jeg blant annet sett på foretakets egne dokumenter. I dokumentanalysen har jeg analysert årsmeldingene til foretaket over flere år, og sett hvor ofte og i hvilken sammenheng spørsmål om bemanning adresseres. I årsmeldingen beskriver foretaket sin virksomhet gjennom året som har vært, oppgir hva som har stått i styringsdokumentet fra det regionale helseforetaket, og rapporterer på måloppnåelsen som ble satt i styringsdokumentet.

Verdt å merke seg når man ser på denne matrisen er at denne måten å organisere spesialisthelsetjenesten på ble gjennomført i 2002 (Lægreid et al., 2005), så dermed er denne måten å styre sektoren på fortsatt ganske ny i de tidlige dokumentene. Styringsdokumentene fra de regionale helseforetakene er basert på styringsdokumentene som er gitt fra Helse og Omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene (Kalsnes, 2012). Det betyr at linjene for styringsdokumentet for 2005

ble lagt av Bondevik II-regjeringen⁹, mens linjene for 2007-2013 ble lagt av Stoltenberg II og III¹⁰ og til sist 2014 av Solberg I¹¹.

Jeg har inndelt i tre kategorier: deltid, ekstern innleie og intern innleie. En oversikt er gitt i matrisen nedenfor, *6.1 Matrise av foretakets årsmeldinger*. Matrisen gir ikke en ordtelling, men lister opp antall ganger temaet er omtalt i årsmeldingene. Med omtale mener jeg for eksempel at tematikken berøres enten generelt i tekst, eller som krav og tiltak. De gangene i dokumentet der deltid er nevnt både i enkeltkrav og rapporteringen på foretakets imøtekomning av dette enkeltkravet, er dette talt som én omtale. Temaene er også sortert i tråd med avgrensningene som er gjort i denne oppgaven, det vil si at de stedene der deltid for eksempel er nevnt i forbindelse med at foretaket har ansatt en lege i deltidsstilling på en klinikk, er det ikke talt med i analysen.

6.1 Matrise av foretakets årsmeldinger

		Årsmeldinger									
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Antall omtaler	Deltid	-	-	1	2	2	3	5	4	3	3
	Ekstern innleie	-	-	-	1	1	1	2	3	3	-
	Intern innleie	-	-	-	1	2	-	1	1	2	2

I tidlige meldinger er ikke temaene tatt opp i det hele tatt. Innkjøp omtales på et overordnet nivå, for eksempel at foretaket skal passe på å følge offentlige regelverk og etiske standarder for innkjøp. Dette kan også ha vært relevant for administrering ekstern innleie av personell, ettersom det er en tjeneste foretaket kjøper av andre, men det er ikke nevnt eksplisitt.

⁹ Regjering bestående av Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre.

¹⁰ Regjering bestående av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet.

¹¹ Regjering bestående av Høyre og Fremskrittspartiet.

Ressurspoolen dukker først opp i årsmeldingene i 2008, under navnet "Vikarsenteret", og omtales som et tiltak for kostnadskontroll ved at bruk av intern innleie skal redusere behovet for ekstern innleie.

Etablere rutinar for egne tilsette /vikarar blir omdisponert på tvers av klinikkar, avdelingar og postar slik at bruken av innleidd personell kan bli redusert.
(Helse Bergen 2008a).

Deltidstematikken kommer inn i dokumentene i 2007, i første runde som krav om å kartlegge situasjonen. og senere kommer det konkrete krav om at foretaket må redusere antall deltidsstillinger og rapportere om tiltak og effekter av disse tiltakene. I første runde er kravet mer generelt formulert:

[H]elseføretaka skal framleis ha merksemd på uønska deltidstillingar, og iverksette tiltak som legg til rette for auka stillingsdelar. Helseføretaka skal rapportere kva tiltak som er sette i verk for å leggje til rette for auka stillingsdelar og om effekten av tiltaka som er sette i verk, i årleg melding
(Helse Bergen 2009a).

I 2011 blir det tallfestet konkret:

[I] samarbeid med arbeidstakarorganisasjonane redusere delen deltid med minst 20 prosent i 2011.
(Helse Bergen 2011a)

Bruk av intern innleie blir lansert som tiltak på deltidspromblematikken. Dette formålet kommer også frem i de årlige meldingene.

Det er eit kontinuerlig fokus på uønska deltid i samband med arbeidstidplanlegging og når stillingar blir ledige, og det er utarbeidd ein rettleiar for leiarar i dette arbeidet. Dei tilsette som ønskjer det kan få tilbod om tilsetting i føretaket sitt vikarsenter, slik at samla stillingsforhold i Helse Bergen er 100%.
(Helse Bergen 2010a)

Gradvis utvikles tematikker rundt bemanning til å bli bredere adressert, til å også inkludere midlertidlige stillinger:

Sørgje for at ein som hovudregel brukar faste heiltidsstillingar, og avgrensar bruken av midlertidige stillingar, deltidstillingar og vikariat til eit nødvendig minimum.
(Helse Bergen 2012a).

I sitatet over er det også formulert en hovedregel "faste heltidsstillinger", som senere blir videreutviklet til en slags overskrift for personalpolitikken Bemanningssenteret skal bidra til. Også begrepet "heltidskultur" benyttes (Helse Bergen 2013).

Denne bredere tilnærmingen er også en del av Bemanningssenterets egen fortelling der "Vi kan ikke drive sykehus på frivillighet" er et slagord som går igjen. "Frivillighet" viser til arbeidstid som ikke er avtalt med arbeidstakeren, der foretaket er avhengig av at arbeidstaker takker ja til vakten. Underforstått: merarbeid, overtid og ringevikarer.

Foretaksstyret får jevnlig rapporter om utvikling i bruk av deltid, merarbeid, ekstern innleie og overtid. I følge foretakets egne tall har bruk av merarbeid, overtid og spesielt ekstern innleie gått ned de siste årene (Helse Bergen 2015d). Også andelen deltidsstillinger er gått ned, og faste stillinger opp (ibid.).

Gjennom arbeid med organisering og planlegging har Helse Bergen klart å redusere innleie vesentlig dei siste åra.
(Helse Bergen 2015d)

Dokumentene kan leses som at ressurspool og praksis med intern innleie opprettes for å møte en rekke personalpolitiske krav fra eier, som også er statlige myndigheter. Dette er et uttrykk for at omgivelsene har en rekke krav til hvordan organisasjonen skal være utformet. I dette spørsmålet særlig knyttet til deltid og kostnadskontroll. Forståelsen av ressurspoolen som opprettet for å møte krav fra eier samsvarer med hvordan representanten fra sykehusledelsen omtaler det i intervju til denne oppgaven.

I denne sammenhengen er det også en viktig faktor at helseforetaket er en del av den offentlige velferdsstaten. Det stiller strengere og andre typer krav til organisasjonen enn til private organisasjoner (Christensen et al., 2009). Helsevesenet står også i en særstilling som en av grunnpilarene i velferdsstaten (Byrkjeflot og Guldbrandsøy, 2013), noe som trolig øker forventningene fra samfunn og myndigheter. Kravet om å redusere deltid dukker først opp som et generelt krav fra Helse- og Omsorgsdepartementet, før det blir tallfestet i 2011: Foretakene skulle redusere andelen deltid med 20% (Regjeringen 2011). Dette kan sees i sammenheng med de større debattene om deltidsproblematikk som gikk på daværende tidspunkt. Samt at omgivelsene forventer

at en offentlig arbeidsgiver skal være "best i klassen" og tilby ordentlige og ordnede forhold til sine ansatte.

Også fokuset på å redusere bruk av ekstern innleie kan forstås som at foretaket forsøker å imøtegå krav fra omgivelsene. Praksisen med å benytte med ekstern innleie har blant annet vært kritisert for å være kostbar (NRK 2016b). Kravet om kostnadskontroll i helsesektoren har lenge vært en del av diskusjonen om foretaksreformen (Christensen et al., 2007).

Disse formålene, særlig flere heltidsstillinger og reduksjon i bruk av ekstern arbeidskraft synes å ha stor legitimitet i organisasjonen. Spørsmålet om deltid har vært regnet som en viktig likestillingssak i flere år (NOU 2008:6), og har vært en viktig sak for blant andre NSF (Norsk Sykepleierforbund 2013). Nesten samtlige av avdelingslederne i utvalget tilslutter seg formålet, og flere regner det som en progressiv innretning som har vært normativt positiv for foretaket. Dette gjengis også i positiv medieomtale (BT 2014). Denne legitimiteten kan på mange måter sies å styrke ressurspoolens posisjon i organisasjonen.

Oppsummert ser vi at formålet med å starte en ressurspool begynner som en måte å møte implisitte og eksplisitte krav fra omgivelsene om ordende arbeidsforhold og kostnadskontroll: Det forventes at foretaket reduserer antall deltidsstillinger og bruken av ekstern innleie. Etter hvert utvikler dette mandatet seg til å bli et bredere personalpolitisk mandat under overskriften "heltidskultur" og "faste hele stillinger".

Samtidig som formålet blir utviklet til et bredere personalpolitisk mandat blir også flere oppgaver og funksjoner lagt til Bemanningssenteret.

6.2 Funksjon

I denne delen skal jeg ta for meg ressurspoolens funksjon i foretaket. Først vil jeg si noe om ressurspoolens plassering i organisasjonen, og betydningen av det. Videre vil jeg beskrive dens oppgaver og utforming, og hvilke funksjoner det har for foretaket. Jeg vil også beskrive hvilke mekanismer og grep som er gjort for å koordinere ressurspoolen og sykehusavdelingene.

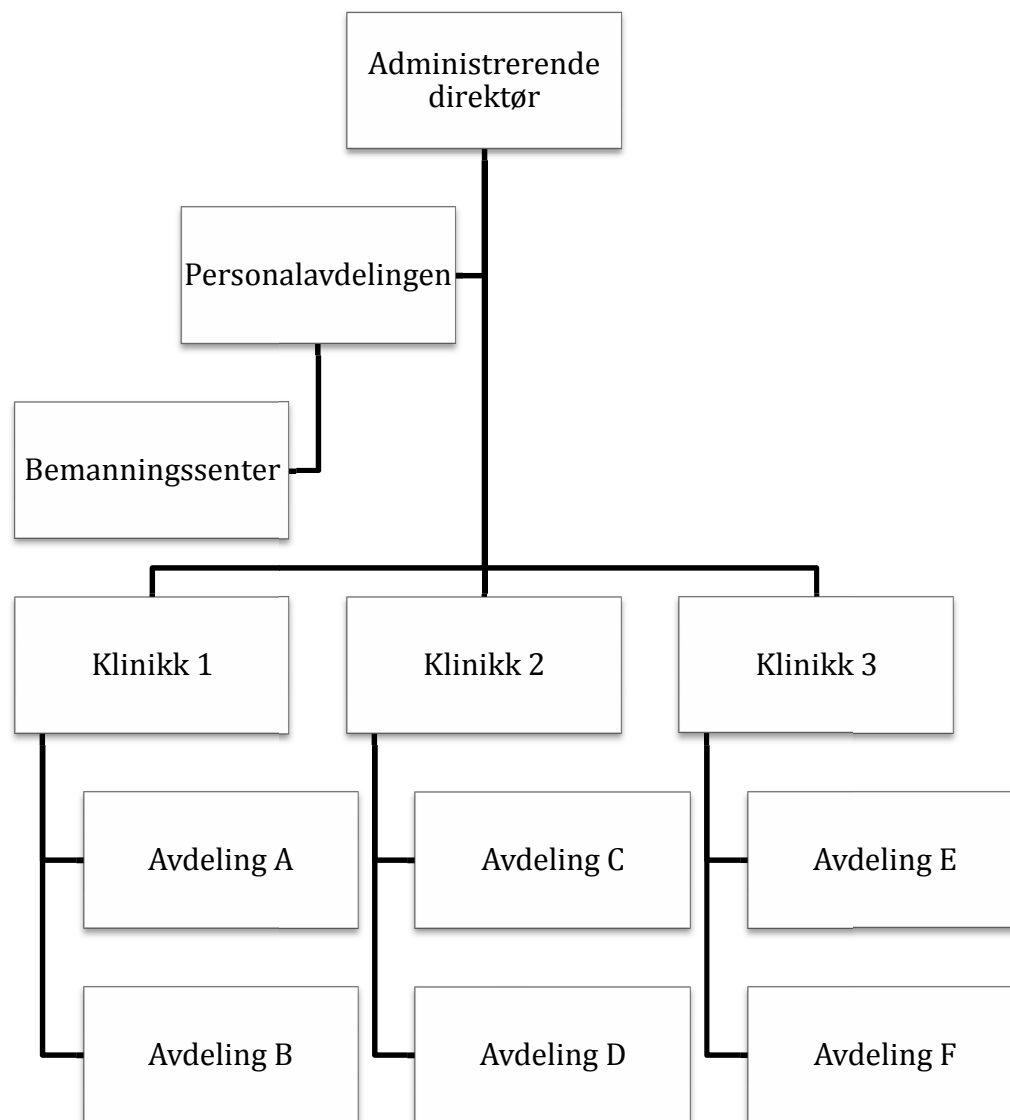
Organisasjonskartet til foretaket er illustrert i *Illustrasjon 6.2 Forenklet illustrasjon av foretakets organisasjonsmodell*. Illustrasjonen er svært forenklet i tråd med avgrensningene av oppgaven, ettersom foretaket er en svært kompleks organisasjon. Foretaket er organisert i en multidivisjonsstruktur. Avdelingene og klinikkene er organisert ut fra hvilken pasientgruppe de mottar og hva slags behandlinger de tilbyr. Ressurspoolen er organisert i en avdeling som kalles Bemanningssenteret. Det er en egen avdeling i personalavdelingen i helseforetaket. Ved å bli plassert så nær ledelsen kan man se for seg at Bemanningssenteret låner legitimitet fra ledelsen, og at denne virker sammen med at formålet oppleves som normativt positivt av flere av organisasjonens medlemmer. Denne legitimiteten styrker posisjonen til ressurspoolen.

Ressurspoolen er plassert på siden av organisasjonshierarkiet. Direkte ordre som koordineringsmekanisme blir ikke relevant, fordi ressurspoolen og sykehusavdelingene ikke har noen kommandolinjer mellom seg.

Plasseringen i personalavdelingen minner om det som Mintzberg (1979) kaller teknostruktur, som er på siden av organisasjonshierarkiet, men har mulighet til å intervensere i arbeidet til andre enheter gjennom formalisering av arbeidsoppgaver. Mer om denne intervenseringen senere i kapitlet. I motsetning til Mintzberg (ibid.) sin idealtypiske teknostruktur har ressurspoolen i dette caset noen operative egenskaper. En gjennomgang av oppgaver og funksjoner ved ressurspoolen og avdelingen som administrerer den er gitt senere i dette kapitlet.

Bemanningssenteret har en *kvasi-markedsrelasjon* til sykehusavdelingene: Den skal drive med intern innleie som avdelingene skal benytte seg av. Dette kan sees på som en gjensidig avhengighetsrelasjon: Ressurspoolen er avhengig av å få leid ut personalet i poolen, og avdelingene er avhengig av personale. På tross av dette oppleves den ikke alltid som gjensidig. Dette er videre diskutert i kapittel 7.0 *Avdelingene og beslutninger om bemanning*. Men relasjonen kan ikke karakteriseres som en ren markedsrelasjon. I et marked kan man velge om man vil handle eller ikke, og hvem man eventuelt vil handle med, men bruk av ressurspoolen er i utgangspunktet pålagt avdelingene gjennom foretakets interne regelverk. Eventuelle andre tilbydere i dette "markedet", som

eksterne bemanningsbyråer, har de fleste avdelinger ikke anledning til å benytte seg av, i følge det samme regelverket. Bemanningssenteret har en kombinasjon av arbeidsoppgaver som gjør at handlingsrepertoaret og handlingsrommet til avdelingene er endret som følge av innføringen.



Figur 5 Forenklet illustrasjon av foretakets organisasjonsmodell.

Bemanningscenteret har som hovedoppgave å drive med intern innleie (drifte ressurspoolen), men har også flere andre arbeidsoppgaver. Jeg har inndelt dem i fire hovedoppgaver. De: 1) drifter en ressurspool med intern innleie, 2) administrerer (og er portvakt for) ekstern innleie, 3) drifter det jeg vil kalle "forebyggende tiltak", det vil si ordninger som skal minske behovet for ekstra bemanning 4) har flere andre portvaktfunksjoner som stillingsutlysninger og administrering av ringevikarkontrakter. Avdelingen har videre noen andre mindre oppgaver som jeg har utelatt da de ikke er relevante for denne oppgaven. Blant dem er administrering av ordning med turnuslegene og arrangering av informasjonsdager (rekrutteringsdager) for elever i ungdomsskolen. De drifter også i tillegg til ressurspoolene som er nevnt i *6.2.1 Intern innleie* en egen ressurspool for driftspersonell. I tråd med avgrensningene i oppgaven (Se *1.3 Avgrensning av studien*) har jeg valgt å fokusere på det som er relevant for bemanning av sykepleiere. Summen av disse oppgavene innebærer både en sentralisering av en del oppgaver, og en formalisering. Motivasjonen for dette kan være som Mintzberg (1979) skriver, et ønske om orden, eller et en mulighet for økt kontroll med om foretaket klarer å innordne seg etter mål som kommer ovenfra (Hatch, 2001), som kravet om å redusere antall deltidstilinger og bruk av ekstern innleie i foretaket.

6.2.1 Intern innleie

Kjerneoppgaven til Bemanningscenteret er å drifte en intern ressurspool med personell som leies ut til foretakets andre avdelinger. Ressurspoolenes funksjon skal først og fremst bidra til numerisk stabilitet på *avdelingsnivå*, det vil si de skal dekke korttids og langtidsfravær blant de ansatte i sykehuset. Den numeriske stabiliteten er på avdelingsnivå. Ressurspoolen bidrar også til en viss grad av numerisk fleksibilitet på avdelingsnivå, da de kan brukes til å oppbemanne i spesielle tilfeller. Mer om hva som utløser behov for ekstrabemanning i punkt *7.1 Hva utløser behov for mer bemanning*.

Fordi de ansatte i ressurspoolen går i fast stilling bidrar de til funksjonell fleksibilitet på *foretaksnivå*: Antall ansatte endres ikke, men de kan flyttes rundt i foretaket der de trengs.

De facto er det tre ressurspooler som organiseres i avdelingen. Den største skal levere til de somatiske klinikkene ved helseforetaket. Den andre skal levere til divisjon for psykisk

helsevern. I tillegg til disse er det et lite fastvaktsteam som har som oppgave å levere til somatiske avdelinger på Haukeland Sjukehus med fastvakter til pasienter som er utagerende.

Tabell 6.2.1 Ressurspooler

Somatikk	Psykatri	Fastvaktsteamet
Antall årsverk: Ca. 175	Antall årsverk: Ca. 25	Antall årsverk: Ca. 6
Type personell: Helse, drift, merk	Type personell: Helse	Type personell: Helse

Strukturen i ressurspoolen speiler på mange måter strukturen i organisasjonen. Det er funksjonell differensiering som er gjort på grunnlag av sentrale forskjeller i sykehusorganisasjonen den skal betjene.

Inndelingene har både historiske og praktiske årsaker. Ressurspoolen for somatikken er den første "originale" ressurspoolen, og er også den største og betjener det som utgjør den definitive brorparten av sykehuset (SSB 2016). Den er også den med lengst varighet, da den ble startet opp i 2003. Ressurspoolen for psykiatri ble derimot startet opp i 2014. Inndelingen mellom psykiatri og somatikk er begrunnet med at de forskjellige klinikkene har behov for forskjellig type personell, og er en måte å sikre seg at personalet er noenlunde kjent med avdelingene og pasienttypene.

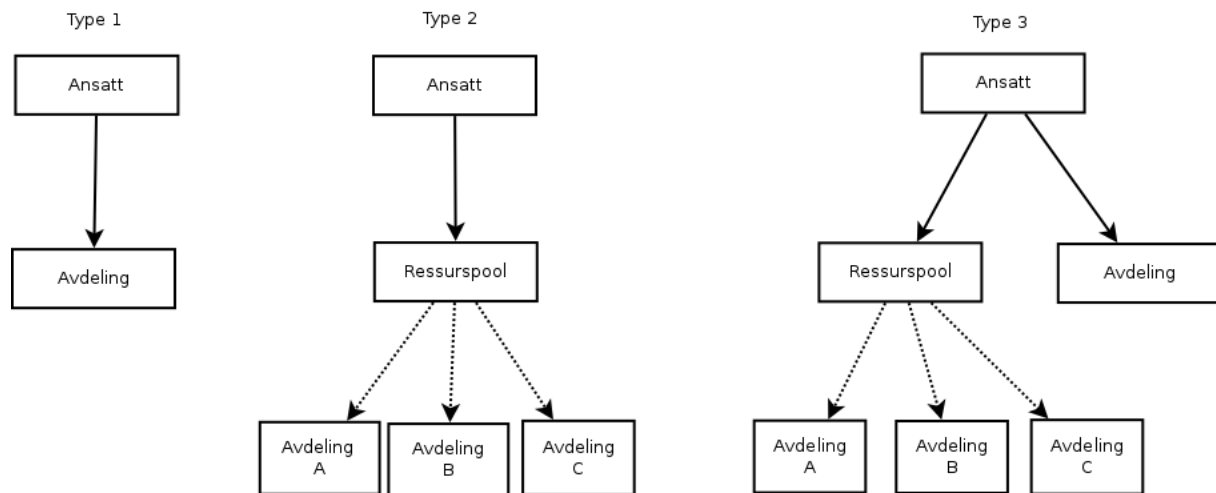
Disse differensieringene omhandler dermed både arbeidsdeling, altså en differensiering ut i fra oppgaver som enten avdelingen utfører (psykiatri og somatikk), og en differensiering ut i fra oppgaven den enkelte ansatte skal gjøre (inndelingen i en egen ressurspool for fastvakter¹²).

¹² Begrep for ordning der en ansatt er med én pasient hele vekten, for eksempel hvis pasienten er utagerende. Ordningen er nærmere omtalt senere i oppgaven.

Ansatte

De ansatte i ressurspoolen går i faste stillinger, og i tredelt turnus på samme måte som på en ordinær sykehusavdeling. Det er mulig å være utelukkende ansatt i ressurspoolen, men det er vanlig å kombinere med en stilling på en fast avdeling. Totalt kan vi skille mellom to typer ansettelsesformer i ressurspoolen og tre typer i hele helseforetaket. Disse er illustrert i illustrasjon 6.2.1 *Tre typer ansettelsesformer*.

I figuren representerer de hele linjene et fast ansettelsesforhold, for eksempel i ressurspool eller avdeling. De stiplede linjene representerer den ansattes arbeid på andre avdelinger (enheter). Gjennom ressurspoolen arbeider de ansatte i prinsippet ikke på noen fast avdeling, men går der det er behov for dem, for eksempel ved fravær. Type 1 er ansatt og arbeider på en fast avdeling, i det vi kan kalle et tradisjonelt ansettelsesforhold. Type 2 er kun ansatt i ressurspoolen, og har dermed ingen fast avdeling vedkommende forholder seg til. Den ansatte kan være ansatt i en hundre prosents stilling, eller i en lavere stillingsbrøk. Type 3 kombinerer disse to prinsippene for ansettelse. Den ansatte har en fast stilling på en avdeling, og øker stillingsprosenten sin ved å jobbe i ressurspoolen ved siden av. Dette kalles "kombinasjonsstilling" eller "kombistilling". Helseforetaket har nå en policy på å ikke utlyse deltidsstillinger, så det er vanlig praksis å "fylle opp" en deltidsstilling fra en avdeling med en prosentandel i ressurspoolen, slik at det totalt blir en hundre prosents stilling. Det er denne funksjonen som gjør ressurspoolen til et virkemiddel for flere heltidsstillinger i foretaket.



Figur 6 Tre typer ansettelsesformer

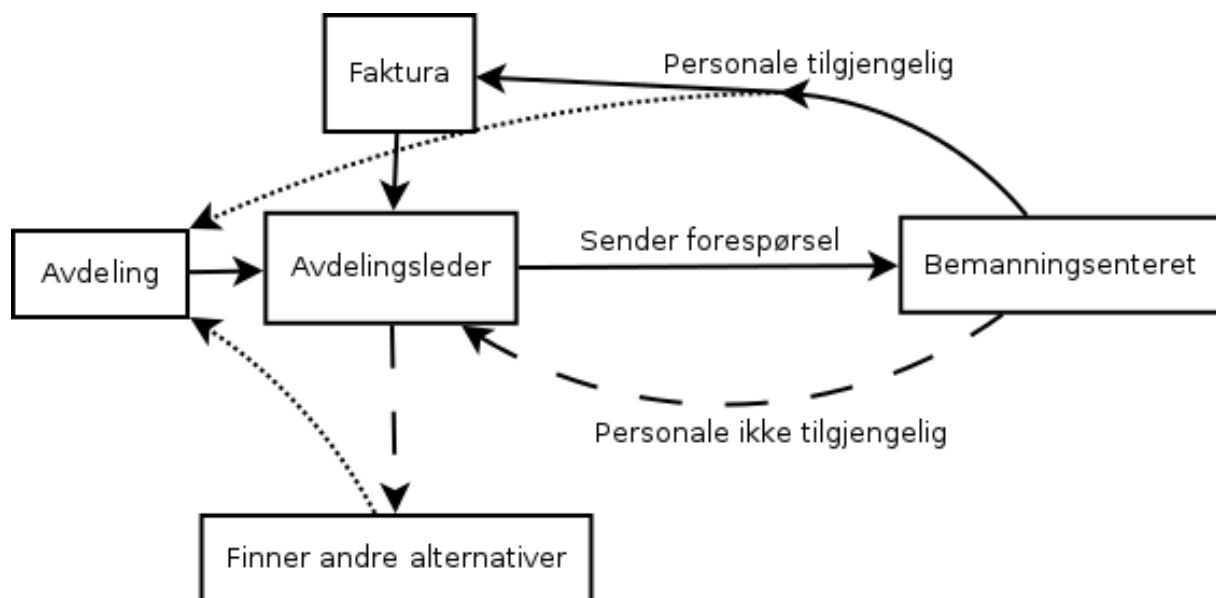
Det oppgis som ønskelig at de pool-ansatte går på flere forskjellige, men likevel et begrenset antall avdelinger. Ideen er at ved å rullere på flere avdelinger øker de ansatte kompetansen sin, og særlig generalistkompetansen. Men hvis antall avdelinger blir for mange, blir dette uhåndterlig. Det oppgis at denne rulleringen er et *ideal*, som det ikke alltid er mulig å følge opp i praksis. Idealet om rulling på få enheter er en potensiell begrensning i fleksibiliteten til poolen.

En annen begrensning i fleksibiliteten er at de ansatte går i en tredelt turnus på samme måte som ved andre avdelinger på sykehuset. Dette innebærer at ressurspoolen rammes av den samme helgeproblematikken (Se også kapittel 2.4.2 *Turnusarbeid og helgeproblematikk*,) som sykehusavdelingene: Det er lavere bemanning i poolen når behovet på avdelingene potensielt er størst. Dette skal omtales nærmere i neste kapittel 7.0 *Avdelingene og beslutninger om bemanning*.

Det er tre administrativt ansatte som arbeider med booking i Bemanningscenteret. De har alle bakgrunn som sykepleiere. Det har vært aktivt rekruttert sykepleiere til disse jobbene med to begrunnelser. Den første er kompetanse: Det ansees som viktig at de bookingansvarlige har kjennskap til hvordan en avdeling i et sykehus fungerer. Den andre er at man tenker at de også vil ha mer autoritet ute hos avdelingene, fordi de har samme bakgrunn som dem.

Bestillingsforløp

Foretaket har utviklet en standardisert oppskrift for hvordan en avdelingsleder skal gå fram når avdelingen trenger ekstra bemanning, og videre en prosedyre for hvordan man skal benytte seg av intern innleie. Denne standardiserte oppskriften er formalisert inn i et internt regelverk. Ved behov for ekstra bemanning skal avdelingsleder først benytte seg av den interne ressurspoolen, i følge retningslinjer for helseforetaket. Under er beskrevet det som er den formaliserte *modellen* for bestillingsforløpet. Dette er også illustrert i Figur 7 *Illustrasjon av modell for bestilling av intern innleie*.



Figur 7 Illustrasjon av modell for bestilling av intern innleie

1) Avdelingsleder (eller assisterende avdelingsleder) bestiller i internt datasystem, og oppgir når vekten begynner, når den slutter og hva slags personell avdelingen trenger. Noen legger også inn ønske om bestemte ansatte. Bestillingen skal foregå i datasystemet.

2) HVIS JA:

På Bemanningscenteret sitter det en bookingansatt med oversikt over ressurspoolens ansatte og turnuser. Hvis det er samsvar mellom ledig ansatt og ledig vakt, blir dette booket. Avdelingen som bestilte, og den ansatte som er bestilt får da melding om dette i

det interne datasystemet. (Hvis det er mindre enn 24 timer til vekten får den ansatte beskjed per tekstmelding i tillegg.) Bemanningssenteret prøver å imøtekomme avdelingens ønsker om enkeltpersoner hvis det er mulig.

3) HVIS NEI:

Hvis ikke ressurspoolen har tilgjengelig personell meldes dette tilbake til avdelingen. Avdelingsleder kan da a) benytte merarbeid fra ansatte på avdelingen b) ringe en tilkallingsvikar c) forskyve en vakt slik at den ledige vekten flyttes til et tidspunkt da Bemanningssenteret har tilgjengelig personell eller d) ikke dekke vekten. Avdelingsleder har i utgangspunktet ikke anledning til å kontakte et eksternt vikarbyrå. (Mer om avdelingens alternativer i kapittel 7.1 *Hva utløser behov for mer bemanning.*)

4) Bemanningssenteret fakturerer avdelingen.

Dette er en standardisert og formalisert oppskrift på hvilke løsninger avdelingen skal benytte seg av, men også på hvordan avdelingene skal kommunisere med ressurspoolen. Et viktig trekk med denne modellen er også at beslutningen om *hvem* som kommer som ekstrabemanning til avdelingen i utgangspunktet, er lagt til Bemanningssenteret. Dette kan sees på som en sentralisering av beslutningen om hvem som faktisk arbeider på avdelingen. Det vil si, det er en sentralisering hvis man sammenlikner med andre bemanningsløsninger som løses internt i foretaket, som ringevikarer eller merarbeid. I de tilfellene vil det i prinsippet være avdelingsleder som avgjør hvem som arbeider på avdelingen. Hvis man derimot sammenlikner med ekstern innleie vil beslutningen i prinsippet ligge helt utenfor foretaket. I praksis ser det ut til at avdelingsledere i en del situasjoner har stor innflytelse på hvem som kommer via intern innleie, gjennom ønsker. Men denne innflytelsen er begrenset av kapasiteten i ressurspoolen. (Særlig i den største ressurspoolen i somatikken er det en utfordring.) Liknende kapasitetsbegrensninger vil også være gjeldende ved bruk av ringevikarer eller merarbeid.

I studien finner jeg at det eksisterer variasjoner og lokale praksiser for hvorvidt man følger de standardiserte oppskriftene ved intern innleie. Mer om det i kapittel 7.0 *Avdelingene og beslutninger om bemanning.*

6.2.2 Ekstern innleie

Helseforetaket har som policy å minimere bruken av ekstern innleie (Helse Bergen 2008), men benytter seg fortsatt av eksternt personell i noen grad. Dette skjer først og fremst når sykehuset har behov for kompetanse som de ikke har klart å skaffe seg selv. Dette gjelder særlig yrkesgruppene spesialsykepleiere, jordmødre, leger og psykiatere. Priser, og fremgangsmåte for bestilling av eksternt personell er regulert av en nasjonal rammeavtale helseforetakene har med bemanningsforetakene (HINAS). Blant annet er byråene rangert etter en liste der noen selskaper har krav på oppdraget dersom de klarer å skaffe personalet som er bestilt innen en gitt frist.

Tidligere var det praksis at alle avdelingsledere kunne kontakte eksterne bemanningsbyråer ved behov for personell. Men nå er denne oppgaven sentralisert i Bemanningssenteret.

I Helse Bergen skal all leige av personell skje via bemanningssenteret til foretaket, og det er eit kontinuerleg fokus på at gjeldande prosedyrar og retningslinjer blir følgt.

(Helse Bergen 2011a)

Etter innføring av ressurspool er det dermed kun Bemanningssenteret som skal ha kontakt med og leie inn fra eksterne byråer. De har en portvaktfunksjon mellom avdelingene og de eksterne byråene.

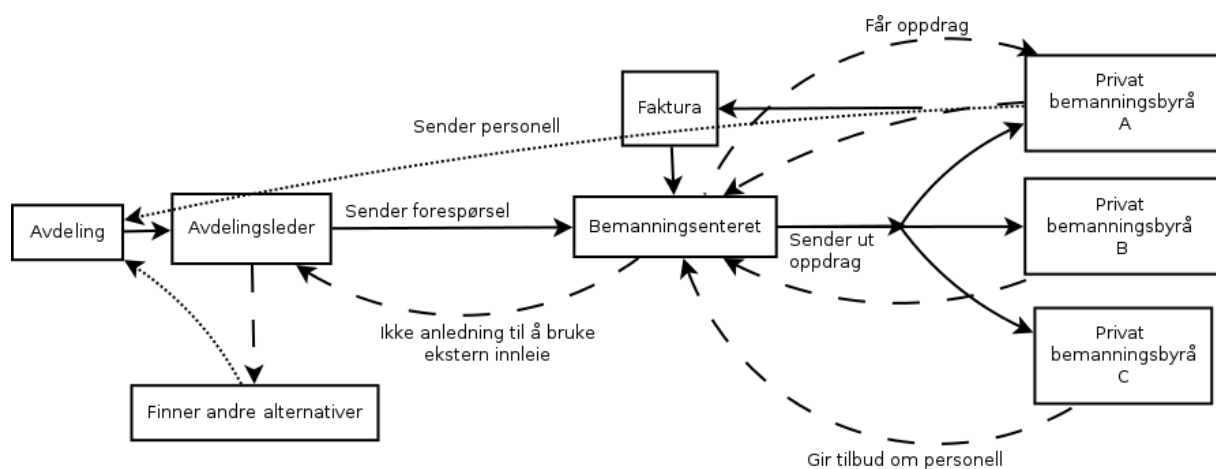
På samme måte som ved bruk av intern innleie, har foretaket standardisert en fremgangsmåte for bestilling av ekstern innleie. Denne fremgangsmåten er også formalisert inn i et internt regelverk. Det blir utarbeidet dokumenter med klare prosedyrer som gir oppskrift på hvordan dette skal gjøres..

I februar 2011 ferdigstilte Bemanningssenteret eit eige dokument for handtering av leige av personell i Helse Bergen, i samsvar med nasjonale retningslinjer (HINAS). Dokumentet beskriv prosedyrar, rutinar og sjekklister som til kvar tid er gjeldande. Dokumentet beskriv også prosedyrar ved eventuelle avvik frå HINAS-avtalane.

(Helse Bergen 2011a).

Argumentene som brukes for å sentralisere og formalisere denne oppgaven i Bemanningssenteret minner om Mintzberg (1979) sin "ordning og reda": Det skal gi foretaket bestillerkompetanse og profesjonalitet i møte med eksterne byråer, samt kostnadskontroll. Videre kan det sees på som et virkemiddel for å kunne imøtekomme kravene

Sentralisering og formalisering av denne oppgaven gir foretaket potensielt mer kontroll over bruken av ekstern innleie, som har vært en av de viktige motivasjonene for innføring av ressurspool. Men som denne studien viser trenger ikke sentralisering nødvendigvis å være hierarkisering. I dette caset skal heller løsningene simulere et marked enn et hierarki. Nedenfor har jeg beskrevet det som er den formaliserte modellen for bestilling av eksterne. Denne modellen er også illustrert i Figur 8 *Illustrasjon av modell for bestilling av ekstern innleie.*



Figur 8 Illustrasjon av modell for bestilling av ekstern innleie

1) Avdeling sender inn bestilling til Bemanningssenteret, som tar en vurdering på om det skal bestilles. Hvis ja, sender bookingansvarlig bestillingen ut til alle bemanningsbyråene i rammeavtalen, med en frist.

2) Byråene svarer innen fristen. Oppdrag blir gitt i tråd med rammeavtalen mellom foretaket og byråene.

3) Bookingansvarlig sjekker at personalet har den kompetansen byråene har oppgitt, blant annet gjennom helsepersonellregisteret.

4) Bookingansvarlig sender informasjon om personalet til avdelingene.

5) Byråene sender faktura. Bookingansvarlig sjekker at faktura er i tråd med avtalen, før den sendes til regnskapsseksjonen for utbetaling.

6.2.3 "Forebyggende tiltak"

I tillegg til selve ressurspoolene og administreringen av ekstern innleie, drifter Bemanningssenteret flere mindre ordninger som skal virke "forebyggende", i den forstand at de skal være med på å redusere behovet for ekstrabemanning. Helseforetaket har som målsetting å redusere bruk av ekstern innleie, merarbeid, deltidsarbeid, midlertidige stillinger og ringevikarer. Bemanningssenteret er et av styringsverktøyene de benytter seg av for å få til det.

Det er opprettet to egne typer stillingskategorier der det uttalte formålet er både å sikre langsiktig rekruttering, og å øke fleksibiliteten for foretaket med tanke på bemanning. "Studentstillinger" er en stillingstype opprettet for lege- og psykologistudenter. Det er en fast stilling som går over seks år (parallelt med medisin- og psykologistudiet), og som er lagt i et løp der den ansatte skal arbeide på mange forskjellige deler i sykehuset. Deler av arbeidstiden er lagt til helger, og resten av stillingsprosenten avtales mellom den ansatte og avdelingsleder. Den ansatte plikter å arbeide 22%.

For å sikre føreseieleg tilgang på studentar som arbeider i sjukehuset, og for at studentane gjennom studietida skal kunne tileigne seg god kunnskap om sjukehuset frå ulike einingar, har «Studentstillingar» blitt etablert. Det er tilsett 39 studentar, 27 medisinstudentar og 12 frå profesjonsstudiet i psykologi i faste 22 %-stillingar. Delar av stillinga er fastlagt i ein arbeidsplan mens delar av stillinga ligg i ein timebank. Denne ordninga er etablert saman med Legeforeininga og Psykologforeininga.
(Helse Bergen 2014a)

I tillegg er det et traineeprogram for nyutdannede sykepleiere. Traineeperioden er delt inn i tre perioder der man arbeider på forskjellige typer avdelinger, i tillegg til at den

ansatte får fagdager og likende. Traineeprogrammet ble opprinnelig startet opp som tiltak etter at Helse- og Omsorgsdepartementet påla helseforetakene å redusere andelen deltidsansatte i 2011 (Regjeringen 2011). Traineesykepleierene arbeider i tillegg til grunnbemanningen på de forskjellige avdelingene, og kan derfor redusere behovet for ekstravakter.

Traineeprogrammet for nyutdanna sjukepleiarar er sett i drift og det er til ei kvar tid rundt 40 sjukepleiarar som deltar i programmet. Ordninga hindrar bruk av mellombelse stillingar i deltid.

(Helse Bergen 2014a)

Disse tiltakene har til felles at de skal redusere behovet for ekstra bemanning.

6.2.4 Andre portvaktfunksjoner

Tidligere har jeg argumentert for at Bemanningssenterets rolle med ansvar for å standardisere og formalisere en del kjerneoppgaver knyttet til ekstra bemanning, minner om Mintzberg (1979) sin teknostruktur. De har også flere oppgaver som kan sees på som portvaktfunksjoner, altså standardisering og formalisering. Jeg skal redegjøre kort for dem her.

I 2011 ble alle ringevikarer overført til Bemanningssenteret, som administrerer ansettelse og kontrakter. Avdelingene kunne tidligere ansette ringevikarer direkte til avdelingen, men må nå gå via Bemanningssenteret, som har anledning til å si nei. Det er avdelingen selv som innkaller til og organiserer arbeidet med den ansatte.

Føretaket har framskaffa rapportar på vikarar på tilkalling som gir grunnlag for å vurdere om forholdet skal avsluttast i lønns-, personal- og andre IKT-system. Bemanningssenteret går systematisk gjennom rapportar og vurderer tilsettingsforholdet. Dei som skal vere tilsett blir overført til Bemanningssenteret, andre blir avvikla.

(Helse Bergen 2010)

På mange måter er ringevikarsystemet unndratt standardisering: Det finnes ingen regler eller retningslinjer for hvem du skal ringe, når du skal ringe, og så videre. Her er det avdelingsleder som fatter beslutninger i et rom preget av uformalitet. Inngangsporten til dette systemet har likevel gjennomgått noen endringer som har trekk av standardisering, og formalisering. Rammene for ringevikarordningen er dermed standardisert, men ikke anvendelsen av ringevikarene.

Videre har foretaket innført en standardisert oppskrift for håndteringen av stillingsutlysninger, som også er formalisert inn i det interne regelverket. Samtlige utlysninger som går ut av sykehusforetaket kontrolleres av Bemanningssenteret. En ansatt sjekker at den er i henhold til lovverk og foretakets interne policy: Hvis en avdeling for eksempel vil lyse ut en deltidsstilling, må det sjekkes at det er i tråd med regelverket, ellers må stillingen lyses ut som 100%.

Rutinar for å sikre at faste stillingar hovudsakleg blir utlyst som heile stillingar er velkjende i føretaket. Det blir framover arbeidd med kvaliteten i annonsane.
(Helse Bergen 2013a)

Et argument som blir brukt er at det gir organisasjonen mulighet til å samle kompetansen i én enhet, og dermed ha kontroll med hvordan organisasjonen fremstår utad.

Vi tenker at dette handler om hva lederne skal være gode til. Dette er bare en liten oppgave for dem, men vi kan være gode på dette.
(Informant, Bemanningssenteret)

Dette er formaliserte regler, men også en sentralisering av beslutninger som tidligere lå til avdelingen. Motivasjonen for dette kan være som Mintzberg (1979) skriver, et ønske om "ordning og reda", eller et en mulighet for økt kontroll med om foretaket klarer å innordne seg etter mål som kommer ovenfra (Hatch, 2001), som kravet om å redusere antall deltidsstillinger i foretaket.

De siste årene er det også gjort prøveordninger med å sentralisere rekrutteringen av sommervikarer. Ferieavvikling om sommeren utløser et stort behov for ekstrabemanning på avdelingene. (I 2015 ansatte foretaket mellom 250 og 300 sommervikarer.) For å ha stordriftsfordeler har foretaket de siste årene kjørt en felles utlysning og rekrutteringsprosess for å ansette sommervikarer, i regi av Bemanningssenteret. Ideen er at felles annonse, ett intervju og at referansesjekken bare gjøres en gang sparer foretaket for mye tid- og ressursbruk. Slike effektiviseringsargumenter er klassiske for sentralisering av oppgaver.

6.3 Oppsummering

Ressurspoolen og avdelingen den inngår i, Bemanningssenteret, ble etablert som virkemiddel for at foretaket skulle nå noen bestemte mål. I første rekke skulle

ressurspoolen bidra til at foretaket i mindre grad benyttet seg av deltidsstillinger og ekstern innleie. Disse to målene kom som en bestilling fra eier i styringsdokumentet, og kan sees på som en forventning fra omgivelsene om hvordan sykehuset skulle opptre.

Formålet har hatt en glidning fra nesten utelukkende å skulle være et tiltak for flere hele stillinger og alternativ til ekstern innleie, til et mer bredt personalpolitisk virkemiddel. Dette omtales noen ganger som "heltidskultur". Det personalpolitiske mandatet utvides til å også omfatte reduksjon i bruk av merarbeid, overtid, midlertidige stillinger og ringevikarer. Deler av dette mandatet har stor legitimitet i deler av organisasjonen.

Personalavdelingen ligger på siden av den direkte kommandolinjen som organisasjonskartet viser, og her kan vi kanskje trekke paralleller til Worren (2008) sine funn som viser at innføringen av en ressurspool kan revitalisere personalavdelingens rolle i en organisasjon. Plasseringen i personalavdelingen minner om det som Mintzberg (1979) kaller teknostruktur, som er på siden av organisasjonshierarkiet, men har mulighet til å intervensere i arbeidet til andre enheter gjennom formalisering av arbeidsoppgaver.

Med innføringen av ressurspool og påfølgende avdeling har en rekke arbeidsoppgaver blitt standardisert, formalisert og sentralisert, sammenliknet med hvordan foretaket var organisert tidligere. Men sentralisering trenger ikke bety hierarkisering. I dette tilfellet skal relasjonene mellom enhetene heller simulere et marked, enn et hierarki. Det er en kvasi-markedsrelasjon.

Summen av disse oppgavene gjør dette til en enhet som har større oppgaver enn å være en ren koblingsmekanisme mellom avdeling og ekstrabemannning. Det er kombinasjonen av rollen som teknostruktur og det brede mandatet som gjør at Bemanningssenteret blir et verktøy for å fremme en rekke personalpolitiske mål. Den kan derfor ikke ses på som en ren driftsenhet. Plasseringen i personalavdelingen er viktig både fordi det gir den noe av ledelsens legitimitet, som trengs for å kunne formalisere og sentralisere oppgaver.

Med blick til det ny-institusjonelle perspektivet er det mulig å se for seg at det var viktig for foretaket å redusere deltidsandelen, redusere bruk av bemanningsbyråer og få økt

kostnadskontroll for å sikre legitimitet fra omgivelsene. Etter innføringen av ressurspool en har foretaket kuttet kraftig i bruk av eksternt innleid personell, og har nå som policy at det bare skal brukes når foretaket har behov for arbeidskraft med formell kompetanse som de ikke selv klarer å skaffe til veie. Det typiske eksempelet er spesialsykepleiere.

Praksisen med intern innleie skulle også bidra til flere typer fleksibilitet for foretaket. Datamaterialet viser at ressurspoolen bidrar til numerisk fleksibilitet for avdelingene, da de tidvis trenger å øke bemanningen. Etersom de ansatte i ressurspoolen går i faste stillinger og turnuser er det med andre ord et stabilt antall ansatte. Dermed bidrar ressurspoolen til numerisk fleksibilitet på *avdelingsnivå*, men til funksjonell fleksibilitet på *foretaksnivå*. Oftest brukes ressurspoolen for å oppnå numerisk stabilitet på avdelingen, det vil si dekke fravær.

Men disse fleksibilitetene er begrenset på flere måter. Ikke alle arbeidstakere kan arbeide på alle avdelinger, derfor er ressurspoolen inndelt i flere pooler. Både ut i fra hvor arbeidet er lokalisert, men også ut fra klinikktilhørigheten til avdelingene, og arbeidsoppgavene. Denne strukturen speiler strukturen i organisasjonen som ressurspoolen skal betjene. Videre er det også et ønske om at de pool-ansatte skal ha en overkommelig mengde avdelinger å forholde seg til. Dette er av hensyn til den ansatte selv, men også fordi bedre kjennskap til avdelingen gjør dem mer attraktive for avdelingene, og det er lettere for dem å gå inn og gjøre jobben. Det anses som et ideal at de poolansatte er på få avdelinger, men dette er vanskelig å oppnå i praksis.

En annen begrensning er at kapasiteten i ressurspoolen ikke er stor nok til å dekke alle oppdragene de får. Da må avdelingene finne andre løsninger når de skal bemanne (Mer om det i *7.1 Hva utløser behov for mer bemanning*). Kapasiteten påvirkes av flere forhold: Det er en risiko for foretaket med overkapasitet, fordi de som er ansatt der går i fast stilling og fast turnus. De blir dermed ikke innkalt per oppdrag. Dersom ressurspoolen får flere ansatte enn det er oppdrag vil det utgjøre en ekstrakostnad for foretaket.

Et annet forhold ved kapasitet er at de ansatte i poolen går i samme type turnus som de ansatte ved sykehusavdelingene, og har dermed lav kapasitet *samtidig*, for eksempel på

natte- og helgevakter. Disse begrensningene i kapasitet er forsøkt kompensert for med andre ordninger, for eksempel studentstillinger som er faste stillinger på kveld og helg. Da er de innenfor den personalpolitiske policyen om at foretaket skal tilby faste stillinger, men øker likevel tilbudet av arbeidskraft på tidspunkt der det ellers er lavt.

Innføring av ressurspool har endret de som bemanner sykehuset sitt handlingsrepertoar når det gjelder bemanning. Det skal jeg analysere nærmere i neste kapittel *7.0 Avdelingene og beslutninger om bemanning*.

7.0 Avdelingene og beslutninger om bemanning

Mens ressurspoolen var hovedtema i forrige kapittel, skal dette kapitlet handle om avdelingene og avdelingslederne. De er viktige for studien fordi det først og fremst er dem som bemanner sykehuset. I dette kapitlet skal jeg drøfte og analysere andre del av problemstillingen: Hvilke faktorer påvirker avdelingenes beslutninger i bemanningsspørsmål? Og de tre siste forskningsspørsmålene:

1. Hva preger relasjonene mellom enhetene og ressurspoolen?
2. Finnes det lokale praksiser på siden av ressurspoolen? Hvorfor og hvordan?
3. Hvilke faktorer påvirker avdelingsleders beslutninger om bemanning?

Mens det forrige kapitlet hadde Bemanningssenteret som fokus, har dette kapitlet fokus på avdelingene og avdelingslederne, og hvilke beslutninger de tar.

Først skal jeg se på hva som utløser mer behov for ekstra bemanning hos avdelingene, og så videre hva slags alternativer avdelingen har å velge i. Jeg skal redegjøre kort for aktøren avdelingslederen, og så redegjøre for syv faktorer jeg mener påvirker avdelingsleders beslutningsadferd i spørsmål om bemanning. Disse faktorene vil bli plassert inn i en modell på bakgrunn av teorier om omgivelser og beslutningsadferd som er redegjort for i kapittel 4.0 *Teori*.

7.1 Hva utløser behov for mer bemanning?

Tabell 7.1.1 Hva utløser behov for mer bemanning på neste side, gir en oversikt over hva som utløser behov for mer bemanning. Jeg har delt dem inn i to hovedkategorier: Enten må avdelingene dekke fravær eller så må de hente inn mer personell enn grunnbemanningen, det vil si oppbemanne. Disse to speiler Nesheims (2002) begrep numerisk stabilitet og Atkins (1984) begreper om numerisk og funksjonell fleksibilitet.

Fravær er igjen delt inn i korttidsfravær og langtidsfravær. Informantene fra avdelingene mente alle at den største bemanningsmessige utfordringen var å dekke korttidsfravær som ikke var planlagt i forkant, men hadde forskjellige oppfatninger om hva som var den beste måten å løse det på. I delen om avdelingsleders beslutninger skal jeg redegjøre nøyere for dette.

Tabell 7.1.1 Hva utløser behov for mer bemanning?

Dekke fravær	Korttidsfravær	Sykdom
		Avspasering
		Ferie/fridager
		Kurs
	Langtidsfravær	Sykdom
		Ferie
Oppbemanning	Fastvakt	Pasient utagerer
		Pasient er suicidal
		Pasient skaper uro
	Pasient ligger for døden	
	Generell oppbemanning	Avdeling er ekstremt travel

Oppbemanning er også inndelt i to kategorier. Den ene ordningen kalles "fastvakt", som innebærer at en ansatt er med en enkeltpasient hele vekten. Det er forskjellige grunner til at det kan bli behov for det. Pasienten kan være utagerende og til skade for seg selv og andre. Under gjennomføringen av et av intervjuene til denne studien, måtte informanten ordne fastvakt til en pasient som led av demens, og som var urolig og blant annet fjernet innlagt veneflon¹³, med den konsekvensen at pasienten ikke fikk i seg nødvendige medikamenter. Andre grunner kan være at pasienten er suicidal, skaper uro på avdelingen eller ligger for døden. Fordi denne typen oppbemanning er så tett knyttet til behov hos pasienten selv, er det variasjoner mellom pasientgrupper, og dermed også mellom avdelinger i forhold til hvor ofte det er brukt.

Avdelingene kan også ha generell oppbemanning dersom arbeidsmengden blir for stor for grunnbemanningen. Det kan enten skje hvis avdelingen har inne flere pasienter enn den er dimensjonert for, eller hvis de har mange dårlige pasienter på en gang. I følge informantene er det sjelden det er rom for generell oppbemanning i budsjettet.

Men andre ganger en kan bemanne opp, det er hvis en har mange og flere pasienter som er dårlige. Som er klinisk dårlige, som er syke, som trenger tettere oppfølging enn det vi kan klare å gi med grunnbemanningen.

(Informant, avdelingsleder)

¹³ Kanyle innlagt i en blodåre, brukt til å innføre medikament direkte inn i blodstrømmen.

I *Tabell 7.1.1 Hvilke alternativer har avdelingen* er en inndeling av hvilke handlingsalternativer avdelingen har når de trenger mer bemanning. Jeg vil i denne delen kort redegjøre for hva de forskjellige alternativene består i, med noen eksempler. Avdelingenes vurderinger og preferanser for de forskjellige alternativene er diskutert i *7.2 Avdelingslederens beslutningsadferd om bemanning*.

Tabell 7.1.2 Hvilke alternativer har avdelingen?

Bruke Bemanningssenteret	Intern innleie	
	(Ekstern innleie)	
"Ordne opp selv"	Merarbeid og overtid	Beordring
		Forskyvning av vakter
	Ringevikarer	
	Låne fra annen avdeling	
	Nødløsning	Politi
Vekterfirma		
Ikke oppbemanne /dekke fraværet		

Jeg har delt alternativene inn i tre hovedkategorier. Avdelingene kan bruke Bemanningssenteret til intern innleie. I så fall bestiller avdelingen personalet, og blir siden fakturert for det av Bemanningssenteret. Det er dyrere å bruke intern innleie enn å benytte sine egne ansatte. Det er også mulig å benytte Bemanningssenteret til ekstern innleie, men i praksis er det bare noen typer avdelinger som har anledning til det. Ekstern innleie knyttes til kompetansekrav, det vil si når foretaket trenger vikarer med spesialkompetanse de ikke klarer å skaffe selv. I praksis betyr dette først og fremst spesialsykepleiere, som det er stor mangel på.

Alternativt kan avdelingen ordne ekstrabemanning på egenhånd. For eksempel kan man spørre folk som arbeider i fast stilling på avdelingen om å ta en ekstra vakt. Dette kan enten være merarbeid eller overtid. Arbeidsmiljøloven regulerer hva som er alminnelig arbeidstid (Arbeidsmiljøloven 2005, §10-5). Arbeid innenfor denne rammen kalles merarbeid, mens arbeid som overstiger denne kalles overtid¹⁴. Overtid skal kompenseres i henhold til tariffavtalen (Overenskomst mellom NSF og Spekter, 2014),

¹⁴ <http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=78157>

og er derfor dyrere enn merarbeid og ekstravakter. De fleste informantene forteller at de har en bok liggende på avdelingen der ansatte kan skrive opp vakter de ønsker å jobbe ekstra. Et alternativ dersom det er vanskelig å få dekket en bestemt vakt kan også være å forskyve vaktene, det vil si bytte innbyrdes slik at den ledige vekten faller på en annen dag da det er mulig å dekke den.

Avdelingsleder har også anledning til å beordre ansatte til å jobbe, men det er et virkemiddel informantene kvir seg for å bruke. Da risikerer avdelingen at arbeidstakerne blir sykemeldte, eller mindre villige til å ta på seg ekstravakter frivillig.

Altså du kan jo ty til å pålegge folk i øst og vest, men det gjør jo noe med arbeidsmiljøet og viljen til å bidra det også.
(Informant, avdelingsleder)

I tillegg til dette oppgir alle informantene at de har egne lister med ringevikarer. Dette er ansatte med en kontrakt med helseforetaket (administrert av Bemanningssenteret, se punkt 6.2.4 *Andre portvaktfunksjoner*), men som ikke har avtalt arbeidstid i kontrakten. Det er avdelingen som avtaler arbeid med den ansatte. I datamaterialet fremkommer det at dette er en litt heterogen gruppe: På spesialavdelingen er det først og fremst sykepleiere som tidligere har arbeidet på avdelingen og derfor er kjent. De er kanskje også i gang med videreutdanning som spesialsykepleiere, slik at de er i ferd med å tilegne seg den kompetansen som avdelingen ofte krever. De somatiske "generalistavdelingene" oppgir at de først og fremst har medisin- og sykepleiestudenter som ringevikarer. Disse er formelt sett assistenter, men regnes likevel som et bedre alternativ enn personer helt uten helsefaglig bakgrunn. De psykiatriske avdelingene oppgir at de både har studenter som går helsefag og andre typer assistenter som ringevikarer. I tillegg har de sykepleiere og psykiatriske sykepleiere som går medleverturnus¹⁵ i kommunen.

Et alternativ som også blir nevnt av flere informanter er å låne ansatte fra andre avdelinger dersom det er rolig der, men inntrykket er likevel at få har en etablert praksis for dette.

¹⁵ En type langturnus - <https://www.nsf.no/vis-artikkel/190733/328808/Medleverturnus>

Vi låner av og til personale fra andre nærliggende seksjoner.
(Informant, avdelingsleder)

Det tredje hovedalternativet er å ikke kalle inn ekstrabemanning. En informant forteller at hun bruker muligheter til å nedbemanne når avdelingen er rolig for å "kjøpe seg rom" til å oppbemanne når det blir travelt. Måten avdelingslederen kan nedbemanne på er for eksempel ved å tilby avspasering eller ved å ikke innkalle vikar ved fravær. Dette er en form for svært begrenset numerisk fleksibilitet.

En helt siste nødløsning er å benytte seg av politi eller private vekterselskaper. Dette brukes kun til fastvakt, ved for eksempel utagerende pasienter.

7.2 Avdelingslederens beslutningsadferd om bemanning

Bemanning av sykehuset skjer ikke mekanisk, men er en kompleks prosess som utføres av mennesker, avdelingslederne. Her skal jeg først skissere avdelingslederens rolle, og så gå videre til å redegjøre for hvilke faktorer som påvirker avdelingslederens beslutninger om bemanning.

7.2.1 Avdelingslederen

Jeg foretrekker jo at folk er på jobb.

(Informant, som svar på spørsmål om foretrukket bemanning)

En aktør jeg vil beskrive litt nøyere er avdelingslederen. Foretaket er inndelt i klinikker som så igjen er inndelt i avdelinger, og poster. (En illustrasjon av sykehusets organisasjonsmodell er gitt i 6.2 *Forenklet illustrasjon av foretakets organisasjonsmodell*.) Avdelingene ledes av en avdelingsleder og en assisterende avdelingsleder. Avdelingen har et budsjett og avdelingsleder har resultatansvar for budsjettet.

Fordi det er avdelingslederen som tar beslutninger om bemanning er, dette en viktig aktør i denne studien. Innføringen av en ressurspool har endret avdelingsledernes handlingsrepertoar når det gjelder bemanningsoppgaver. Det er både strammet inn og utvidet, ved den standardiseringen, formaliseringen og sentraliseringen innføringen førte med seg: Beslutningen om hvorvidt man kan hente inn eksternt innleid personell

er flyttet fra avdelingsleders bord, til Bemanningssenteret, samtidig har det blitt innført et nytt handlingsalternativ: intern innleie. Det ligger med andre ord både begrensninger og muligheter i dette rommet.

På tross av at foretaket har laget standardiserte oppskrifter for handling i gitte situasjoner, lar ikke oppgaven med å bemanne sykehuset seg standardisere fullt ut. Når avdelingslederne skal bemanne avdelingen og velge løsninger, har de et visst handlingsrom de kan treffe beslutninger i. Dette handlingsrommet er ikke statisk, men forandrer seg, og det forhandles mellom aktørene og omgivelsene.

Som mellomleder står avdelingslederen i en klassisk krysspressposisjon med forventninger både nedenfra og ovenfra i organisasjonen. Ett eksempel på et slikt dilemma er dersom det er en ledig vakt og en av de fast ansatte på avdelingen ønsker denne vakten. Retningslinjer i foretaket legger føringer på at avdelingen skal forsøke å benytte seg av intern innleie før merarbeid. (Fordi de ansatte i ressurspoolen er fast ansatte, taper foretaket penger dersom de ikke leies ut.) Slik møter avdelingslederen ulike forventninger fra ulike deler av organisasjonen. På mange måter defineres avdelingslederposisjonen av dette krysspresset. Dilemmaene i organisasjonen er innebygd, de forsvinner ikke, og de er avhengige av at en aktør fortolker situasjonene og håndterer dem.

Jeg har intervjuet seks avdelingsledere til studien. En oversikt over enhetene er gitt i *Tabell 5.4.4.2 Enheter i studien*, i metodekapitlet. Først noen likhetstrekk mellom enhetene. Alle er avdelinger i samme helseforetak. Alle avdelingene er døgnbemannede, og de fleste er sengeposter. En av avdelingene er et akuttmottak. Avdelingene har i grove trekk samme oppbygning, med en avdelingsleder og en assisterende avdelingsleder som har resultatansvar for avdelingen. Det innebærer ansvar for å organisere og lede arbeidet ved avdelingen, ansette personell og sørge for at det er nok bemanning. Dermed er det også avdelingsleders ansvar å dekke fravær, eller å oppbemanne hvis det trengs. Noen avdelingsledere har delegert dag-til-dag-styringen av å dekke fravær til assisterende avdelingsleder.

Det har vært et poeng å rekruttere informanter fra både somatikken og psykiatrien. Både fordi psykiatri og somatikk er forskjellige fagområder, og fordi de på forskjellig tidspunkt tok i bruk ordningen med intern innleie. Det er tre enheter som tilhører somatikken, og tre som tilhører psykiatrien i studien. Enhetene varierer litt i størrelse. Den største har nesten 50 årsverk, mens den minste har litt over 20. De psykiatriske avdelingene er litt tyngre bemannet per pasient enn de somatiske.

Avdelingslederne i studien har alle helsefaglig bakgrunn, de fleste er sykepleiere. Noen av dem har lederkurs i tillegg. De er typisk rekruttert fra avdelingens personale, der de gjerne har hatt lang fartstid. En av dem forteller om bakgrunnen sin slik:

Jeg har jobbet ca. 15 år i pleien her på sykehuset på forskjellige [...] avdelinger før jeg ble avdelingssykepleier. Så det er egentlig min sterkeste kort, eller hva jeg skal kalle det. Sånn erfaringsmessig. Jeg er på mitt femte år nå som leder. Og synes det... at jeg får dreisen på det nå etter hvert. Men det var, det var jo en veldig overgang. Jeg gikk jo fra å være i pleien en fredag til avdelingssykepleier en mandag, på en måte.

(Informant, avdelingsleder)

Med blick til teoriene om identitet som er redegjort for i *4.0 Teori*, er identitet, roller og rolleforståelse viktige faktorer når beslutningstakere skal fatte beslutninger. Sykepleieridentiteten er potensielt relevant for Bemanningssenterets legitimitet hos avdelingslederne. De aller fleste informantene i studien oppgir at de er positive til formålet, og særlig til at de ansatte får tilbud om heltidsstilling. Dette har lenge vært en viktig sak for sykepleiernes fagforeninger (Norsk Sykepleierforbund 2013). (Se kapittel *2.4 Sykepleiere*.)

I datamaterialet identifiserte jeg syv faktorer som setter rammene for handlingsrommet. Disse er basert på en analyse av fellestrekk og variasjoner i materialet, som så er kondensert til disse hoveddimensjonene, eller faktorene. Jeg vil først gi et overblikk over faktorene, og så redegjøre nærmere for dem i større detalj mot slutten av kapitlet. Faktorene er : 1) Formelle krav, 2) Relasjon til Bemanningssenteret, 3) Sammensetning av kollegium, 4) Økonomi, 5) Tilbud, 6) Type kompetanse og 7) Tid. I *Tabell 7.3 Faktorer som påvirker beslutninger om bemanning* er det gitt en skjematisk oversikt.

Tabell 7.2 Faktorer som påvirker beslutninger om bemanning

Faktor	Beskrivelse
Formelle krav	Lovgivning, tariffavtaler og regelverk. Eks: Hvor ofte kan arbeidstaker jobbe?
Relasjon til Bemanningssenteret	I hvilken grad påvirker relasjonen beslutninger som tas om bemanning?
Sammensetning av kollegium	Vurderinger knyttet til sammensetning av team. Er tosidig: kollegium har også forventninger.
Økonomi	Pris ved de ulike alternativene.
Tilbud av arbeidskraft	Hva slags arbeidskraft er tilgjengelig?
Type kompetanse	Hva slags type kompetanse trenger avdelingen?
Tidsaspekt	Hvor lang tid er det til avdelingen trenger ekstrabemanning

Flere av dem kan knyttes opp mot krav fra omgivelsene. Eksempelvis møter avdelingslederne på en rekke formelle krav i form av lovverk, tariffavtaler og internt regelverk i foretaket. Foretaket som helhet er avhengig av å følge disse formelle kravene for å få legitimitet fra flere hold: offentlige myndigheter (som har fastsatt lovverket), fagforeninger (som har vært med å forhandle fram tariffavtalen), ansatte og kanskje ikke minst befolkningen som har en rekke forventninger til hvordan en offentlig organisasjon skal opptre som arbeidsgiver. Også foretaksledelsen forventer at avdelingene skal følge det formaliserte regelverket.

Videre kan også de ansatte ved avdelingen ha forventninger og krav til hvordan avdelingen skal bemannes. Det kan for eksempel være forventninger om at avdelingens faste ansatte får ta en ekstravakt dersom noen er syke (merarbeid), og da havner avdelingsleder i et krysspress fordi regelverket i foretaket sier at det er intern innleie som skal benyttes først. Også internt i organisasjonen bør avdelingen ha legitimitet, og

derfor er relasjonen til Bemanningssenteret som en del av personalavdelingen også en viktig faktor.

Ansatte kan ha klare oppfatninger om hvem de ønsker å arbeide sammen med (og hvem de ikke ønsker å arbeide sammen med). Ringevikarer som arbeider mye kan regnes som en "utvidet" del av avdelingen. En informant i studien forteller at personalet ved avdelingen reagerte kraftig på at ansatte i ressurspoolen skulle ha forrang ved tildeling av vakter fremfor avdelingens ringevikarer.

For å få den ekstrabemanningen som trengs er avdelingen avhengig av et nettverk av ringevikarer. Det er ikke åpenbart om ringevikarene skal oppfattes som innenfor eller utenfor organisasjonen. Mye fordi dette er en svært sammensatt gruppe: Noen arbeider nesten hver dag og kan bli ansett som en del av avdelingen nesten på lik linje med de fast ansatte, mens andre arbeider langt mer sporadisk. Også sammensetningen i kompetanse er svært ulik: Informantene i studien oppgir at ringevikarene ofte er ufaglærte, gjerne lege eller sykepleierstudenter, men det finnes også sykepleiere som arbeider i ulike typer langturnus i kommunen eller er under videreutdanning for å bli spesialsykepleiere.

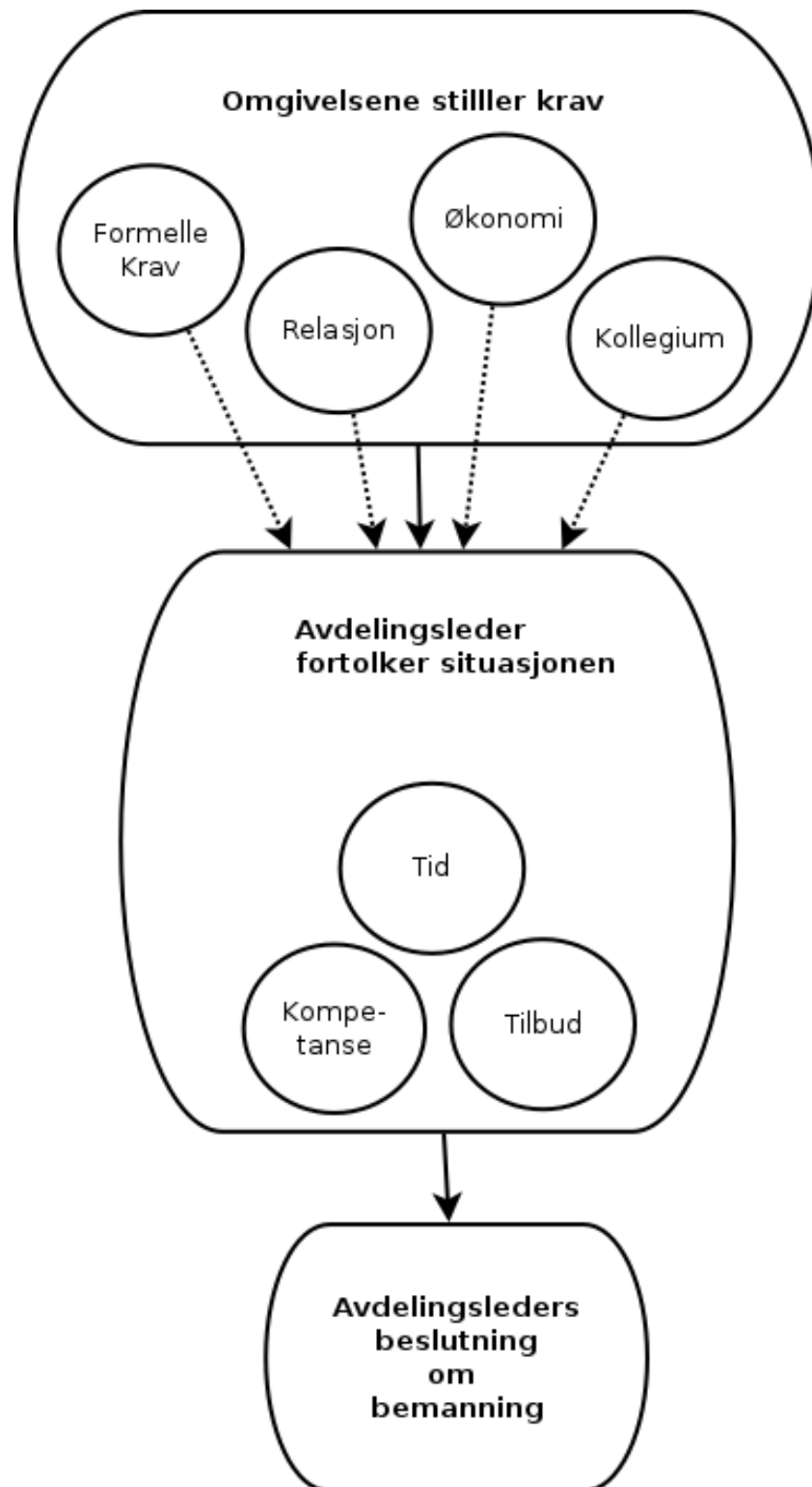
Ringevikarene har svake koblinger til avdelingen, som like fullt er viktige og må pleies, jamfør Granovetter (1995). Ringevikarene har egne forventninger, og forholdet til dem må pleies og vedlikeholdes. Det er to aspekter ved dette: For det første risikerer man å miste ringevikarer som ikke får arbeid ofte nok, til andre avdelinger ved sykehuset eller til andre organisasjoner som kan tilby dem mer arbeid. Hvis ringevikaren forsvinner til en annen organisasjon har avdelingen mistet et viktig tilbud av arbeidskraft, som de er avhengige av for å ha nok bemanning. For det andre har ofte ringevikarene liten formell kompetanse. Det som er deres fortrinn er at de kjenner avdelingen, de ansatte og pasientgruppen. Men dette er kunnskap som må vedlikeholdes. Ringevikarene har altså både en *relasjon* som avdelingsleder må pleie, og en type kunnskap som må vedlikeholdes. Måten å gjøre dette på er å sørge for at ringevikaren har vakter ved avdelingen ved jevne mellomrom. Informanter i studien forteller at de noen ganger tilbyr ledige vakter til ringevikarer, fremfor å benytte intern innleie for å ivareta disse hensynene.

Krav og forventninger fra omgivelsene inngår videre i det som er *avdelingsleders fortolkning av situasjonen*. Og i denne fortolkningen kommer flere av de andre faktorene inn i bildet. Er dette en situasjon med dårlig tid? Trenger avdelingen en sykepleier, eller går det greit med en ufaglært som kjenner avdelingen? Hva er sannsynligheten for at ressurspoolen har folk de kan sende? Er vakten i neste uke eller om tre timer? Vil det utløse overtid hvis en av avdelingens fast ansatte tar en ekstra vakt?

Denne prosessen er illustrert i *Figur 9 Beslutninger om bemanning*, og er basert på det ny-institusjonelle perspektivet om omgivelser og teorier om beslutningsprosesser som er skissert i kapittel 4.0 *Teori*, og videre teorier om logikken om det passende, der handlende aktører fatter beslutninger på bakgrunn av sin fortolkning av situasjonen. I modellen er det illustrert at omgivelsene stiller en rekke krav og har forventinger som utgjør noen av rammene for beslutningen som kan tas. Disse inngår i avdelingsleders fortolkning av situasjonen, sammen med en rekke andre faktorer.

Faktorene utgjør både rammene for situasjonen, og inngår i beslutningstakers fortolkning av den. I enkelte situasjoner gir systemet en oppskrift for handling, for eksempel at intern innleie skal benyttes før andre alternativer. Avdelingsleder kan likevel velge å handle annerledes, dersom de mener situasjonen krever det. Dette samsvarer med beskrivelsene av regelfølgning og logikken om det passende, som det er redegjort for i kapittel 4.0 *Teori*.

Jeg skal redegjøre mer inngående for hva disse faktorene er og hvordan de virker.



Figur 9 Beslutninger om bemanning.

7.2.1 Formelle krav og begrensninger

Når avdelingslederne skal bemanne, stiller omgivelsene en rekke formelle krav som foretaket må forholde seg til. Forventinger om at disse kravene skal følges, er både

eksterne fra myndigheter og samfunnet for øvrig, men også interne, fra organisasjonens ansatte.

De formelle kravene ligger både i det nasjonale lovverket, avtaler mellom partene i arbeidslivet og interne retningslinjer i foretaket. De formelle kravene regulerer i stor grad hvor mye en arbeidstaker kan arbeide, hvor hyppig, hva slags kompensasjon som skal gis med videre. Bemanningen på avdelingen må oppfylle en rekke kriterier for å være lovlig, og i tråd med tariffavtalen, og internt regelverk. I tillegg må den oppfylle krav til "forsvarlig bemanning". Noen av disse kravene er i utgangspunktet absolutte (selv om det også forekommer brudd på for eksempel Arbeidsmiljøloven), mens andre gir mer rom for tolkning.

Arbeidsmiljølovens kapittel 10 regulerer hvor mye en arbeidstaker kan arbeide. Her er et eksempel fra §10-4.

(4) Den alminnelige arbeidstid må ikke overstige ni timer i løpet av 24 timer og 38 timer i løpet av sju dager for:

- a) døgkontinuerlig skiftarbeid og sammenlignbart turnusarbeid,**
- b) arbeid på to skift som regelmessig drives på søn- og helgedager, og sammenlignbart turnusarbeid som regelmessig drives på søn- og helgedager,**
- c) arbeid som innebærer at den enkelte arbeidstaker må arbeide minst hver tredje søndag,**
- d) arbeid som hovedsakelig drives om natten.**

(Arbeidsmiljøloven. 2005, §10-4)

Lovverket sier dermed noe om hvor mye den enkelte arbeidstaker kan arbeide i uken, og i døgnet, men denne paragrafen er noe moderert i påfølgende §10-5. Der slås det fast at en kan avtale at arbeidstaker arbeider noe mer enn dette, forutsatt at gjennomsnittlig arbeidstid ikke overstiger det som er nevnt i §10-4 (ibid.:§10-5). Arbeidstaker har også krav på fri minst 8 timer sammenhengende (ibid.:§10-8). Også bruk av overtid er regulert i Arbeidsmiljøloven, både hvor mye som er tillat og hvordan det skal kompenseres (ibid.:§10-6). Brudd på arbeidsmiljøloven forekommer. En informant sier at det særlig skjer i forbindelse med at folk bytter vakter innbyrdes.

Overtidskompensasjon er også fastsatt i tariffavtalene mellom partene. Det er flere avtaler det her er snakk om. Mest aktuelt for denne oppgaven er overenskomsten mellom Spekter og Norsk Sykepleierforbund (Norsk sykepleierforbund 2014a). I tillegg er det også egne lokale avtaler mellom de lokale grenene av

arbeidstakerorganisasjonene og arbeidsgiverforeningen (Norsk Sykepleierforbund 2014b). Det jobber også sykepleiere på sykehuset som er organisert i andre forbund, for eksempel Fagforbundet, eller sykepleiere som ikke er organisert. Men NSF er den suverent største arbeidstakerorganisasjonen for sykepleiere (Sykepleien 2015).

Alt i alt setter dette klare føringer for fra hvem og hvordan en avdeling kan hente inn ekstra bemanning, særlig ved bruk av merarbeid. Hvis den ansatte arbeider full turnus kan det være vanskelig å komme utenom at det enten blir brudd på arbeidsmiljøloven fordi det ikke har vært nok hviletid, eller fordi antall timer arbeidet totalt i en gitt tidsperiode blir for høyt, jamfør loven. I tillegg kan også bruk av merarbeid utløse overtid, som gir høyere utgifter for avdelingen. (Se også punkt *Økonomi*.) Ifølge Helsepersonelloven (1999, §14) har avdelingsleder også anledning til å beordre ansatte til å komme på jobb. Bytting og forskyvning av vakter kan også føre til brudd på arbeidsmiljøloven.

Fordi at det sitter vel faktisk langt inne hos meg, hvis jeg trenger en vakt og det er en som sier "Jeg kan godt jobbe". Det fører til to-tre brudd av et eller annet slag. Da sitter det langt inne hos meg å pålegge noen som ikke vil jobbe som det ikke fører brudd til. Enn å ta den som har lyst på vekten.
(Informant, avdelingsleder)

I tillegg er det krav om at bemanningen skal være "faglig forsvarlig". Dette er hjemlet i to paragrafer i Helsepersonelloven. Den enkelte ansatte har ansvar for å gi faglig forsvarlig hjelp (Helsepersonelloven §4) og arbeidsgiver har ansvar for å sørge for at forholdene ligger til rette for dette (Helsepersonelloven 1999, §16).

Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.
(ibid.)

Det er avdelingsleder som i samarbeid med klinikkledelse, verneombud og tillitsvalgte fastsetter hva som er faglig forsvarlig bemanning på den enkelte avdeling.

Informantene jeg intervjuet forholdt seg veldig lojalt til noen helt bestemte tall for hva som er faglig forsvarlig bemanning, noe som kunne gi inntrykk av at det lå spesifikke tall i regelverket til grunn. Ved nærmere undersøkelse er dette langt mindre konkret. Med unntak av slagpasienter, der Helsedirektoratet har helt konkrete anbefalinger

(Helsebiblioteket 2016), finnes det ingen nasjonale anbefalinger eller regler for bemanning. Det er derfor en skjønnsvurdering fra arbeidsgivers side. Oslo Universitetssykehus vedtok høsten 2011 en felles bemanningsnorm for hele sykehuset (Henriksen, 2014), men noe liknende foreligger ikke for case-foretaket. Det er også et regelverk på enkelte oppgaver som må utføres av en spesiell type personell, for eksempel preparering av medisiner som kun skal utføres av sykepleiere, og andre tekniske oppgaver som må utføres av en spesialsykepleier, for eksempel overvåkning av pasienter.

Faglig forsvarlig kommer ut i fra oppgaver og hvilke ressurser en trenger for å utføre disse. Som for eksempel så må det alltid være to sykepleiere på vakt på grunn av dobbeltkontroll av medikamenter og liknende. Det kan også være arbeidsmengden som en har drøfta seg fram til i samråd med tillitsvalgte og verneombud.

(Informant, avdelingsleder)

Som det fremgår av sitatet er dette styrt av interne prosedyrer for arbeidsoppgaver. For eksempel skal medikamenter kontrolleres av to forskjellige sykepleiere, og derfor må det minst være det på vekten, men det er også et skjønnsspørsmål som vurderes ut i fra arbeidsmengde. Dette diskuteres med tillitsvalgte og verneombud, men er også gjenstand for diskusjon og forhandling internt på avdelingen. En informant forteller at de diskuterer en del hva som er forskjellen mellom å ha det travelt og å ha uforsvarlig bemanning:

Men de er veldig flinke selv og til å vurdere, reelt behov for bemanning. Og vi har snakka veldig masse om det, at OK, en ting er det vi kaller for grunnbemanning, og noen kaller for minimumsbemanning, men det er jo ikke noe absolutt ting. Vi må jo se, for det første hvor mange pasienter har vi inneliggende, og hva er det med de. Sant du kan ha full avdeling her, 22 pasienter og kjemperolig. Fordi at det er ingenting med de, og de fleste går på do selv, og de spiser selv, og you name it. Eller du kan ha halvparten, ti pasienter og det er koker. For det er noe med alle sammen, sant. Og det er jo vurderinger som aldri blir rett eller galt. Altså, det er skjønn det. Så det er ikke så lett alltid, men vi prøver nå.

(Informant, avdelingsleder)

De ansatte har også forventninger til faglig forsvarlighet, og egne oppfatninger om hva som er faglig forsvarlig bemanning. Dette spørsmålet er kilde til diskusjon og uenigheter på avdelingene.

Det er forskjell på å ha travelt enn når det bikker over i at det blir uforsvarlig. Det er ikke det samme. Så der kan vi ha litt sånn gnisninger, sant. Ja. Sant. Sånn er det bare.

(Informant, avdelingsleder)

Oppsummert er det en rekke vurderinger som gjøres når man vurderer hvor mange som skal være på jobb til enhver tid, og også hvilken kompetanse de ansatte skal ha. Særlig i helgene er spørsmålet om faglig forsvarlighet aktuelt, fordi det allerede er få sykepleiere på jobb. Mens man på en ukedag kan erstatte en fraværende sykepleier med en assistent, er det vanskeligere i helgen, fordi det kan bryte med kravet om faglig forsvarlighet:

I ukedagene så kan det være litt høyde for fravær. På dagtid. Men ikke på kveld, og ikke på natt. Og helgene er veldig, veldig sårbare. For der er det minimumsbemanning med tre sykepleiere på dag og kveld. Og så må det alltid være bare sykepleiere på natt. Og resten er på en måte dekket opp med helgevikarer og assistenter.

(Informant, avdelingsleder)

Dette er ett eksempel på at faktorene ikke virker alene, men sammen på ulike måter.

I tillegg til alle disse nevnte begrensningene er det et internt regelverk som avdelingsleder forholder seg til. Sykehusledelsen har strammet inn på bruken av ekstern innleie (se også kapittel 6.2.2 *Ekstern innleie*). Det betyr at avdelingslederne i utgangspunktet ikke har anledning til å benytte seg av eksternt innleid arbeidskraft, med mindre bemanningen som trengs har en type kompetanse sykehuset ikke selv klarer å skaffe til veie. Det typiske eksempelet er spesialsykepleiere (Se også punkt *Tilbud*). Bestilling av eksternt innleid bemanning må gå via Bemanningssenteret. For de fleste informantene oppleves ikke ekstern innleie som noe som er på menyen, og det er ikke noe de savner. De tok det for eksempel ikke opp på egen hånd på spørsmål om hva slags alternativer de har når de velger bemanning, og heller ikke på spørsmål om det var alternativer de savnet. Det var likevel en av informantene som kunne tenke seg at ekstern innleie ble benyttet for å få dekket "vanskelige" vakter.

For Bemanningssenteret kunne i liten grad hjelpe oss med nattevakter. Jeg skulle ønske at de fremdeles ville bruke litt ekstern innleie. Det skulle jeg ønske. Det er veldig flinke sykepleiere. Dyktige folk. Som, som jobbet mye ubekvemt, og som tok det som de ikke kunne dekke. Og det savner jeg.

(Informant, avdelingsleder)

Det interne regelverket legger også føringer på at avdelingsleder skal benytte intern innleie først.

7.2.2 Relasjon til Bemanningssenteret

Også internt i organisasjonen har avdelingene omgivelser som har forventninger til hvordan de skal handle. Avdelingene har en flerdimensjonal relasjon til Bemanningssenteret, som er knyttet til de mange arbeidsoppgavene og portvaktfunksjonene som Bemanningssenteret har. Én viktig del av denne relasjonen er de poolansatte som går rundt på de forskjellige avdelingene. Den delen av relasjonen er ikke undersøkt inngående i denne oppgaven, da poolansatte ikke inngår i datamaterialet av hensyn til kapasitet og fokus. Det som er undersøkt er først og fremst avdelingsleders syn på relasjonen, men også hvordan Bemanningssenteret arbeider med dette. For eksempel har de som arbeider med booking av intern innleie i Bemanningssentret helsefaglig bakgrunn. Dette er både fordi de trenger kjennskap til hverdagen på avdelingene i jobben de gjør, men også for at de skal ha autoritet og legitimitet hos avdelingslederne som noen som kjenner denne hverdagen.

Ettersom Bemanningssenteret er en del av personalavdelingen, står ikke avdelingene i et hierarkisk forhold til hverandre (Se 6.2 *Funksjon*). Heller har avdelingene en kvasi-markedsrelasjon, der avdelingsleder er kunde og Bemanningssenteret tilbyder. Denne relasjonen er på siden av det tradisjonelle organisasjonshierarkiet. Denne relasjonen er i utgangspunktet symmetrisk, da ressurspoolen er avhengig av å få leid ut sine ansatte, og avdelingene er avhengig av å få nok bemanning. I praksis kan den likevel oppleves som asymmetrisk. To av informantene trekker fram at de opplever relasjonen som skeiv. Mens de er i en situasjon der de er avhengige av å få bemannet avdelingen, opplever de ikke at Bemanningssenteret er avhengig av å levere til dem. En informant beskriver det slik:

På den ene sida, så er vi for så vidt pålagt å bruke Bemanningssenteret sine faste folk. Men på den andre sida så har ikke Bemanningssenteret noe ansvar ovenfor oss. Den dagen de ikke har noen å tilby oss, så er det likevel vårt ansvar. Og det er jo da det kommer inn det her, at vi må ha et spillerom med ringevikarer.
(Informant, assisterende avdelingsleder)

Denne situasjonen oppstår fordi behovet i foretaket er større enn kapasiteten i ressurspoolen. Ressurspoolen er avhengig av å få leid ut sine ansatte (de har også et budsjett de er ansvarlige for), men de har også muligheten til å si nei til avdelingene når

de ikke har kapasitet. Avdelingsleder må uansett sørge for at avdelingen har nok bemanning, og eier dermed problemet.

Det at avdelingsleder opplever seg som eier av problemet inngår også i rolleforståelsen, som gjør at avdelingsleder kan fatte andre beslutninger enn det som inngår i det formaliserte regelverket, dersom de mener situasjonen krever det. Dette samsvarer med teorier om passende logikk.

Rent praktisk er det sånn at den interne innleien først og fremst skal foregå i foretakets interne datasystem, men dersom det haster oppgir nesten alle informantene at de tar en telefon for å høre om de får vekten dekket. Dette er på dagtid, for Bemanningssenteret har åpningstider. Utenom åpningstidene har de en vakttelefon på kveld og på helg som man kan ringe. Fordi avdelingslederne har samme arbeidstid som åpningstidene er spørsmålet om hva som skjer utenom disse åpningstidene lite undersøkt i studien. Dette fordi det da er den som har "ansvarsvakt"¹⁶ som får jobben med å skaffe ekstra bemanning. Noen informanter forteller likevel om dette som et problem.

Og det og er jo, for eksempel på helg, de har jo en vakttelefon. Men det er ikke så lett å få hjelp utenom ni til fire arbeidstiden hos Bemanningssenteret. Og dette her [viser til avdelingen] foregår hele døgnet, og julaften, og nyttår, altså...
(Informant, avdelingsleder)

Og videre har ikke vanlige ansatte tilgang til datasystemet.

Det som jeg synes har vært litt utfordrende der... Jeg legger jo inn bestilling i [internt datasystem]. Og det gjør jeg når jeg er på jobb. Men den vanlige ansatt som da har ansvar for avdelingene når jeg har gått hjem, har ikke den tilgangen i [internt datasystem] til å kunne bestille. Så de må ringe vakttelefonen. Og den skulle jeg ønske at var åpen lengre enn til åtte. Fordi at noen ringer kanskje etter klokken åtte og sier de er syk dagen etterpå. Så jeg skulle ønske at den hadde hatt åpningstid fram til klokka ti. Og gjerne ellers.
(Informant, avdelingsleder)

De aller fleste informantene oppgir at relasjonen til Bemanningssenteret er god, og at de i stor grad kan være med å påvirke hvilken ekstravakt de får på avdelingen når de bestiller intern innleie. Bemanningssenteret sier selv at de er opptatt av å imøtekomme avdelingenes konkrete ønsker om dette.

¹⁶ En i vaktteamet er stedfortreder for avdelingsleder dersom det oppstår situasjoner når avdelingsleder ikke er på jobb. For eksempel fravær.

Vi har noen som jobber ekstra hos oss, men som ikke er tilknyttet vår avdeling. De har spesialutdanning, har hatt opplæringsvakt og blitt godt kjent hos oss. De er dermed en trygg ressurs å ha på seksjonen. Bemanningssenteret tar hensyn til dette når de fordeler ressurser, slik at vi stort sett får de som har vært hos oss før.
(Informant, avdelingsleder)

Én informant sier derimot at vedkommende ikke har noen påvirkning på hvem som kommer på avdelingen ved bruk av intern innleie:

[J]eg kan bare si rett ut med en gang at jeg ikke er noe glad i å bruke Bemanningssenteret. Og det er det to grunner til. Den ene er at jeg aner aldri hva jeg får. Og jeg har ingenting jeg skulle sagt heller i forhold til hva jeg får.
(Informant, avdelingsleder)

Denne variasjonen kan tyde på at det finnes en type *bestillerkompetanse*, der kjennskap til hvordan man skal bruke systemet gir en fordel, og også motiverer til å bruke systemet. Innflytelse på hvem som kommer på avdelingen er, kanskje ikke overraskende, viktig for avdelingslederne, både med tanke på formell kompetanse, og med tanke på kjennskap til avdelingen. Andre alternativer, som merarbeid og bruk av ringevikarer kan gi avdelingsleder mer direkte kontroll over hvem som kommer, særlig hvis avdelingsleder ikke opplever at det er mulig å påvirke prosessen ved bruk av intern innleie. I tillegg opplever en informant det at selve prosessen med å skaffe folk som skjult, ved bruk av intern innleie.

Altså det er jo av og til at en kan stille seg spørsmålstegn ved hvor mye de jobber med å hjelpe deg med en vakt. [...] Og jeg kan legge inn en bestilling, så går det fem minutter. "Kan ikke dekke vakten." Hvor prøver de hen? Hva prøver de? Tilbyr de folk forskyvning? For at jeg sitter jo med problemet uansett, jeg. Jeg kan ikke bare si "kan ikke dekkes" på en måte.
(Informant, avdelingsleder)

Oppsummert oppgir de fleste informantene at de har en god relasjon til Bemanningssenteret, og at de har innflytelse på hvilken ansatt som kommer på avdelingen. En informant opplever at vedkommende står helt uten innflytelse, noe som kan tyde på at det finnes bestillerkompetanse man kan opparbeide seg. Flere av informantene oppgir at de opplever relasjonen som asymmetrisk og at det er de som til syvende og sist har oppgaven og myndigheten til å løse avdelingens bemanningsbehov.

7.2.3 Sammensetning av arbeidskollegium

Et annet hensyn avdelingslederne tar med i vurderingen er sammensetning av arbeidsteam. De ansatte på avdelingen har forventninger til hva slags

bemanningsløsninger som velges, og hvem de skal jobbe med. I 7.2.1 *Formelle krav* er de formelle kravene til sammensetning av teamet med tanke på kompetanse beskrevet. Men fordi teamet også er en sosial enhet er det også en rekke andre hensyn avdelingslederne tar.

Denne dimensjonen fungerer på to måter: På den ene siden har ansatte forventninger til hvem de vil arbeide sammen med som avdelingsleder må forholde seg til i større eller mindre grad. På den andre siden kjenner avdelingslederen sine ansatte og prøver derfor å sette sammen team som fungerer både faglig og sosialt. En informant beskriver det slik:

Det med hvem som jobber sammen, er litt vesentlig. Alle avdelinger har nok på en måte et sett med det en kan kalle, på en måte, robuste sykepleiere som tåler stor arbeidsmengde. Har kontrollen uten å bryte helt sammen. Og som har andre sykepleiere som har masse gode kvaliteter, men de er ikke de robuste typene. Sånn at de får lett panikk på en måte, sant. Og det å ikke sette to sånne her panikkslagne sammen, for eksempel. Altså, sånne vurderinger. Det bruker jeg masse... Det sparer meg for masse, både bekymringer men og telefoner og greier på fritiden, sant.

(Informant, avdelingsleder)

Med andre ord gjør avdelingsleder vurderinger som er knyttet til direkte kjennskap til personalets personlige egenskaper, og erfaring med hvordan de fungerer med hverandre. Men dersom det er eksternt eller internt innleid ekstrabemannning som benyttes er det andre enn avdelingsleder som bestemmer hvem som er den ekstravakten. (Noen informanter oppgir at de er med på å påvirke via ønsker og liknende. Se mer under punkt *Relasjon til Bemanningssenteret*).

Overtid og merarbeid er alternativer som gir avdelingslederne mulighet til å i større grad kontrollere hvordan et team er sammensatt. Noen ringevikarer eller poolansatte som arbeider mye på avdelingen kan også bli innlemmet i fellesskapet på avdelingen, og dermed bli en del av "de vi kjenner". En informant forteller at det var stor motstand i personalgruppen da det ble kjent at intern innleie skulle ha forrang foran avdelingens ringevikarer. Da ble ringevikarene innlemmet i den utvidede delen av avdelingen, og ble en del av "vi", mens intern innleie ikke var en del av "vi".

Oppsummert kan en si at de ansatte har forventninger til både hvem de skal arbeide med, og hva slags bemanningsløsning som velges. Avdelingsleder har kjennskap til de ansatte og bruker denne kjennskapen i vurderingene han eller hun tar om bemanning.

7.2.4 Økonomi

Krav om kostnadskontroll i helsesektoren var et viktig mål med innføringen av foretaksmodellen (Lægreid et al., 2005), og er en forventning som både eksplisitt og implisitt stilles til foretaket. Flere av avdelingslederne i studien forteller at de opplever at det er en forventning de tar på stort alvor.

[V]i går med et helsikes underskudd. Som du føler nesten personlig at du står ansvarlig for. Hvis du skjønner hva jeg mener. For man tar det jo veldig alvorlig. Man ønsker jo å gjøre en god jobb.
(Informant, avdelingsleder)

Avdelingslederne har et budsjett som de har resultatansvar for, og dermed er også økonomi en faktor når de gjør vurderinger på hvilke løsninger de velger. De forskjellige løsningene har ulik prislapp, så fra et økonomisk perspektiv er de ikke likeverdige. Avdelingen utbetaler lønn til ringevikarer og til merarbeid, mens ved bruk av intern og ekstern innleie får avdelingen en faktura fra Bemanningssenteret som ved kjøp av en tjeneste. Dette er en del av kvasi-markedsrelasjonen avdelingene og ressurspoolen har til hverandre. Yrkesgruppene er lønnet ulikt ut i fra nivå på den formelle kompetansen. Jeg har illustrert dette i *Tabell 7.2.4 Stillingshierarki*. I tabellen er yrkesgruppen med høyest lønn og formell kompetanse plassert høyest, mens assistenter som stort sett er ufaglærte er plassert nederst. Tabellen er sterkt forenklet i tråd med avgrensningene av denne oppgaven, ettersom det er flere yrkesgrupper i sykehuset som leger, psykologer og vernepleiere.

Tabell 7.2.4 Stillingshierarki

Spesialsykepleier
Sykepleier
Helsefagarbeider
Assistent

Ut fra tabellen kan vi se at den billigste løsningen for avdelingen er å ta inn en ringevikar som er assistent. Men dette lar seg ikke alltid gjøre på grunn av de andre faktorene som kan virke samtidig. Hvis det er få sykepleiere på vekten som skal dekkes, kan det å ta inn en ufaglært assistent bryte kravet om forsvarlig bemanning. Hvis det derimot er mange sykepleiere på vakt, kan det være en løsning å benytte seg av en ringevikar.

To av enhetene trekker fram at intern innleie oppleves som en dyr løsning, fordi det er knyttet ekstra kostnader til det¹⁷.

Men det er jo også et kostnadsspørsmål, sant. For vi, altså klinikken går med et kjempeunderskudd. Vi er pålagt å spare penger. Så er det jo ikke til å stikke under en stol at det er dyrere for oss å leie inn folk fra Bemanningssenteret enn å bruke våre nullprosjenter¹⁸.

(Informant, avdelingsleder).

Andre løsninger som ansees som dyre er overtidsbetaling, og bruk av private vekterselskaper og politi.

7.2.5 Tilbud av arbeidskraft

En viktig faktor i vurderingen av situasjonen er hva slags arbeidskraft som er tilgjengelige for avdelingen. Det handler både om *hvor mange* som er tilgjengelig, men også *hvilken type kompetanse* som er tilgjengelig, *til hvilken tid*. Som fremstilt i *Tabell 7.3.2 Hvilke alternativer har avdelingen?* har de fleste avdelingene tre hovedalternativer når gjelder å hente inn ekstrabemanning: Å bruke Bemanningssenteret til intern eller ekstern innleie, ordne opp selv ved å enten bruke merarbeid og overtid, hente inn ringevikarer eller låne bemanning fra en annen avdeling. Det er variasjon mellom avdelingene på hvor stort tilbud de har av de forskjellige alternativene.

Noen typer arbeidskraft er vanskeligere å skaffe til veie enn andre. Særlig er det stor mangel på spesialsykepleiere. Det er såpass stor mangel at foretaket ikke har noen spesialsykepleiere i ressurspoolen. Dersom foretaket trenger å leie inn spesialsykepleiere må de kontakte eksterne byråer. Det segmenterte arbeidsmarkedet gjør på en måte beslutninger om bemanning lettere, fordi det er forhåndsdefinert hvem

¹⁷ Avdelingen faktureres for intern innleie av Bemanningssenteret.

¹⁸ Annet ord for ringevikar

som kan gå inn og jobbe på avdelingen. Knappheten på spesialkompetanse gir spesialavdelingene sterkere kort på hånden ovenfor Bemanningssenteret, ganske enkelt fordi det ikke finnes noen andre alternativer enn ekstern innleie. For avdelingene som ikke benytter seg av spesialsykepleiere, er ikke ekstern innleie på menyen.

De fleste som arbeider i de interne ressurspoolene er sykepleiere, men tilgjengeligheten varierer stort ut i fra når på døgnet vekten som skal dekkes er. Vakter i helgene og på natten regnes som de mest ugunstige tidspunktene, og er i utgangspunktet allerede tynnere bemannet enn andre tidspunkt.

Nå har jeg nettopp hatt utlyst én helgestilling, sånn tredjehver helg stilling. Femti søkere. Vi drukner i assistenter. Altså, kall det i hermetegn "ufaglært personell". Det er som oftest medisinerstudenter eller sykepleierstudenter. Det er ingen problem å få tak i. Men det går en grense for hvor mange sånne du kan ha. For du må ha en viss sykepleierdekning på helg.

(Informant, avdelingsleder)

Dermed oppleves det også for avdelingen som ekstra prekært å få dekket vaktene. Fordi de poolansatte går i samme type tredelt turnus som de ansatte på avdelingen, har Bemanningssenteret akkurat samme type helgeproblematikk som avdelingene har. (Se kapittel 2.4.2 *Helgeproblematikk*.) Denne dynamikken gjør at tilbudet av intern innleie er lavest når avdelingene selv opplever at behovet er størst.

Også er det jo det at de vaktene vi virkelig trenger, som helg og natt, det er det veldig sjelden de kan hjelpe oss med.

(Informant, avdelingsleder)

Ressurspoolene rammes også av sykdom som en vanlig avdeling, noe som igjen kan hemme tilbudet. Dette gir en begrensning i tilbudet av intern innleie.

Noen informanter oppgir at det hender de tilbyr ledige vakter til ringevikarer, fremfor å benytte seg av intern innleie, for dersom ikke ringevikarene får nok vakter, vil de kanskje finne seg arbeid andre steder der de får vaktene de trenger. Det kan både være andre avdelinger, eller et annet arbeidssted.

[B]emanningssenteret, med de faste ansatte klarer ikke å dekke vårt behov. Så vi er nødt til å ha gående en sånn ringevikarpool. [...] [F]or at de skal fortsatt ønske å ta vakter hos oss, så må de få vakter jevnlig. Og da må vi ofte prioritere dem, selv om kanskje Bemanningssenteret også har ledige folk.

(Informant, avdelingsleder)

Med andre ord har avdelingen et nettverk av ringevikarer, som har forventinger og disse forventningene må pleies. Granovetter (1995) beskriver denne pleiingen som ikke ulik pleiing av andre sosiale relasjoner. I utvalget er det først og fremst tilbud av nok vakter og at vaktene forekommer med en viss hyppighet som beskrives.

Ettersom det ikke er nok kapasitet i intern innleie, blir avdelingen avhengig av å ha nok ringevikarer som kan ta på seg vakter. Avdelingen legger derfor en strategi for å sikre seg at det er nok tilbud av disse. Frykten er at dersom man ikke har et stort nok tilbud, risikerer man å ikke klare å dekke opp vakter.

[V]i er avhengig av å gi de som vil jobbe ekstra, som ikke har en stilling i Bemanningssenteret. Vi er avhengig av å beholde de også. For det er de som dekker dette korttidsfraværet vårt. Så hvis ikke de får litt, så forsvinner de til andre avdelinger, og... Og så når vi da virkelig står i det, så må vi begynne å pålegge folk å jobbe doble vakter, og den type ting for å klare å dekke inn fravær, og ekstra behov. Og det er vi ikke tjent med.

(Informant, avdelingsleder)

Et tilleggsmoment til dette er at det ansees som ønskelig at ekstravakter arbeider ofte, slik at de øker eller vedlikeholder sin kjennskap til avdelingen. Ringevikarene er ofte uten formell kompetanse, men har til gjengjeld den fordel at de kjenner avdelingen, pasientgruppen og de andre ansatte. Men den type kunnskap må vedlikeholdes ved at man arbeider der ved jevne mellomrom. Mer om forskjellige former for kompetanse i

7.2.6 Former for kompetanse

Som andre har utforsket i tidligere forskning (Kjeldstad, 2009), og som omtalt i 2.2.4 *Deltid* gir deltidsansatte et større tilbud av mulige ekstravakter for avdelingen, fordi de lettere kan ta en vakt ekstra der det trengs. En av informantene oppgir at avdelingen bevisst har deltidsansatte fordi det gir et større tilbud av sykepleiere som kan ta ekstravakter i tidsrom der det er vanskelig å skaffe dem på andre måter.

Og på grunn av at helgene er et problem å få dekket, så har jeg mange i deltid. Både frivillig, og en stor andel ufrivillig deltid. Men hvis jeg gir alle de som har ufrivillig deltid hundre prosent, så klarer jeg ikke å dekke opp mine egne helger. Nei, så står du der.

(Informant, avdelingsleder)

Flere informanter oppgir at det å ha deltidsansatte gir en ekstraressurs med tanke på merarbeid.

Jeg har noen som har merarbeid. Som går i reduserte stillinger, som ikke vil ha hundre prosent fast, men som... som tar litt ekstravakter. Og de er jo en stor hjelp for meg da. Det er de.

(Informant, avdelingsleder)

Det er to grunner til at deltidsansatte utgjør et bedre tilbud av ekstravakter enn heltidsansatte. Den første er at de har bedre tid til å ta den ekstra vekten, den andre er at deres ekstravakter som regel ikke utløser overtid og økte kostnader med det (Se også *Formelle krav*). Det er også høyere fare for å utløse brudd på arbeidsmiljøloven. Avdelinger som har ansatte i kombinasjonsstillinger får dem ofte "på topp" når de ikke er utleid, men avdelingen mister merarbeidet de vanligvis har kunnet få fra ansatte i deltidsstilling:

Altså, det jo sånn at når vi lyser ut en deltidsstilling, så er vi pålagt å lyse det ut som en hundre prosents stilling. Med bemanningssenteret som tar den resterende da. Så, for vår del har det på en måte en del bakdelers også da i forhold til at tidligere har jo gjerne de som har deltidsstillinger, vært ekstra arbeidskraft for oss når vi trenger det.

(Informant, avdelingsleder)

I tillegg er det også en rekke begrensninger i tilbudet om fastvaktpoolen. En situasjon må oppfylle en del kriterier for at man skal kunne benytte seg av denne poolen.

Oppsummert varierer tilbudet av arbeidskraft ut fra hva slags kompetanse som trengs, og når vekten er. De forskjellige bemanningsløsningene har forskjellig tilbud av arbeidskraft. Hvis en avdeling trenger en spesialsykepleier, må foretaket som regel kontakte et eksternt bemanningsbyrå, ettersom ingen av de andre bemanningsløsningene tilbyr den kompetansen. Ringevikarer er ofte ufaglærte, og avdelingene tilbyr dem vakter både for at de skal pleie det som er deres kompetanse og for at de fortsatt skal være villige til å ta vakter, slik at avdelingen fortsatt har et tilbud av ringevikarer. Ressurspoolens ansatte er først og fremst sykepleiere, men fordi disse går i samme tredelte turnus som på avdelingene, rammes også de av den samme helgeproblematikken. Dermed har ressurspoolen lavest tilbud når behovet oppleves som størst på avdelingene. Å ha deltidsansatte gir også et økt tilbud av merarbeid, som ikke utløser overtid. Dette tilbudet hemmes potensielt av at ansatte øker stillingsprosenten sin gjennom en kombinasjonsstilling i ressurspoolen.

7.2.6 Former for kompetanse

Sykehuset er en kompleks organisasjon og det er stor variasjon i hva slags arbeid avdelingene utfører. Hva slags arbeid som utføres får også konsekvenser for hva slags typer bemanning enhetene i studien etterspør, og hvilke hensyn som blir de viktige å ta. Man kan se for seg et skille mellom to typer kompetanse: formell kompetanse på den ene siden, og direkte kjennskap til avdelingen på den andre. Kjennskap til avdelingen innebærer at man kjenner pasientgruppen, det faste personalet og avdelingens rutiner og arbeidsoppgaver. Informantene i studien oppgir at de ideelt sett ønsker seg personale som innehar begge formene for kompetanse. Men når det gjelder ekstrabemanning er dette ofte ikke praktisk mulig. Når de må velge svarer de litt forskjellig.

Enheter som er spesialavdelinger, stiller strengere krav til at vikarene må ha formell kompetanse, som videreutdanning som spesialsykepleier. På andre enheter der relasjoner til personale kanskje er spesielt viktig, blir det viktigere at ekstravakten er kjent på avdelingen. Dette er kanskje særlig aktuelt på langtidsposter i psykiatri og rusbehandling, der pasientene kan være innlagt med tvangsvedtak.

Vi kan ikke bare gå ut og hente folk fra gata. Det kan ikke vi. Fordi at drifta vår er så kompleks. Og pasientene våre har så store utfordringer.

(Informant, avdelingsleder psykiatri)

De later til at pasientgrupper som kan sies å være ekstra sårbare, også er ekstra sårbare for personale de ikke kjenner, og at dette særlig gjelder i psykiatrien.

Det er noen forbehold som må tas: For det første er det ikke alltid avdelingene har mulighet til å velge bort formell kompetanse, jamfør kravet om faglig forsvarlig bemanning (Se mer i 7.2.1 *Formelle krav og begrensninger*). For det andre er ikke skillet mellom psykiatri og somatikk så entydig som det kan framstå. Psykiatriske pasienter kan ha somatiske lidelser, og omvendt. For det tredje tyder utvalget på at det kan være en forskjell mellom langtids- og korttidsopphold. Hvis pasienten oppholder seg svært kort tid på den psykiatriske avdelingen fordi han eller hun skal sluses videre til en annen avdeling, blir kjennskap til avdelingen og pasientgruppen potensielt mindre viktig. For det fjerde har de psykiatriske avdelingene i utvalget benyttet seg av intern innleie i et mye kortere tidsrom enn de somatiske: Mens dette har vært en ordning i somatikken i over ti år, har den på undersøkelsens tidspunkt kun vært benyttet i litt over ett år i

psykiatrien. Dermed kan noen av disse forskjellene også skyldes at ordningen er mindre etablert. På tross av disse forbeholdene er det likevel grunn til å anta at psykiatriske og somatiske avdelinger i generelle trekk har forskjellige preferanser når det gjelder bemanning. Dette er problemstillinger som med fordel kan undersøkes grundigere i videre forskning.

På disse avdelingene regnes det som nærmest helt uaktuelt å skulle bruke eksterne byråer. Det kan virke som det er lavere terskel for generell oppbemanning på avdelinger der vold forekommer oftere.

På denne posten er sikkerhet overordnet økonomi.
(Informant, avdelingsleder psyk)

Dette er også avdelinger som benytter seg av de absolutt siste nødløsningene dersom de ikke får tak i annet personell: politi og vektere. Avdelingslederne som benytter seg av dette alternativet oppgir at de kvir seg for å bruke det av flere grunner. For det første fordi det er veldig dyrt, og for det andre fordi de ikke er helsepersonell, og en del pasientgrupper responderer negativt på dem.

Noen ganger så tyr vi jo til securitas, når det gjelder fastvakt. Det er dyrt. De kommer alltid to. Og en annen problem er at de er uniformert. Hos noen pasienter, særlig psykiatriske pasienter, så er det med å trigge at de gjør ting mye, mye verre.
(Informant, avdelingsleder)

Oppsummert tyder datamaterialet på at det kan være en forskjell i hva slags bemanningsløsninger somatiske og psykiatriske avdelinger foretrekker, når de blir stilt ovenfor valget mellom bemanning med formell kompetanse og bemanning med kjennskap til avdelingen. Dette baserer seg på vurderinger som knyttes til pasientgruppene, der noen pasientgrupper er mer sårbare for personale som er ukjent eller har bestemte kjennetegn som politi- eller vekteruniform.

7.2.7 Tid

Det er to aspekter med faktoren tid som er aktuelle for beslutninger om bemanning. For det første er det *når* avdelingsleder får vite om og melder inn at det er behov for ekstra bemanning. For det andre er det forskjellig hvor lenge det er behov for en vikar, særlig i spørsmål om korttids- og langtids-fravær.

Informantene oppgir at kort tid til å skaffe ekstrabemannning er det mest utfordrende, for eksempel hvis en ansatt som skal på vakt om bare noen timer ringer og er syk. Men de vurderer litt ulikt hvilke bemanningsløsninger det er best å benytte seg av i den situasjonen. Noen oppgir at intern innleie er en god løsning ved akutt korttidsfravær, mens andre mener det er sjelden det er kapasitet på kort varsel:

Også får vi av og til sånn beskjed tilbake, og da tenker jeg av og til at "Åh". Ja, vi "må bestille i god tid". Altså det fraværet jeg har om tre måneder, det klarer jeg fint å håndtere selv. Det er jo det akutte fraværet. Hvis noen ringer til meg nå og sier at de er syk på nattevakten. Det er jo dét fraværet jeg trenger hjelp til. Ikke det som er om tre måneder. Det har jeg god tid til å ordne på egenhånd.
(Informant, avdelingsleder)

Det kan ta tid å få tilbakemelding fra alle de mulige løsningene for ekstrabemannning. Når det er behov for ekstrabemannning på kort varsel setter gjerne avdelingslederne i gang flere prosesser samtidig: Sender melding til egne ansatte, ringevikarer og etterspør intern innleie. Selv om bestilling av intern og ekstern innleie skal foregå i datasystemet, hender det at avdelingsleder tar kontakt på andre måter dersom tiden er knapp.

For noen ganger, når du på en måte bestiller så har du tid til å vente. Men på litt sånn korttidsfravær så har du ikke tid til å se om du får et svar på om vekten blir dekket opp eller ikke. Da må jeg vite det umiddelbart "har dere noen ledige eller ikke?". Og da blir det å ta den telefonen.
(Informant, avdelingsleder)

Oppsummert synes den største utfordringen å være å skaffe bemanning på kort varsel. Informantene har ulike strategier og løsninger på det.

7.4 Oppsummering om beslutninger

Oppsummert ser vi at avdelingsledere forholder seg til og forhandler seg til et handlingsrepertoar. Strukturen legger noen av rammene for dette handlingsrepertoaret ved standardiserte oppskrifter, men dette lar seg ikke standardisere fullt ut. Det er fortsatt et rom for handlende aktører i organisasjonen. I denne studien har jeg fokusert på avdelingslederne.

Omgivelser, både eksternt og internt i organisasjonen, har krav og forventninger som foretaket, og dermed også avdelingsleder må forholde seg til. I datamaterialet finner jeg

syv faktorer som påvirker avdelingsleders beslutninger om bemanning. Noen av dem er forventninger fra omgivelsene, som lovverk og andre er trekk ved situasjonen, som tid og type kompetanse. Disse inngår i avdelingsleders fortolkning av situasjonen. Faktorene virker ikke alene, men sammen på ulike måter som danner ulike situasjoner. Avdelingsledere forstår seg selv som eiere av disse situasjonene, og opplever dermed at de har myndighet til å fatte beslutninger de mener løser situasjonen best, også hvis disse beslutningene ikke samsvarer med formaliserte regler. Dette har elementer av konsekvenslogikk i seg, ved at avdelingsleder uttrykker at det er en strategi for å sikre nok tilbud av arbeidskraft til avdelingen, men også av logikk om det passende: Avdelingsleder tolker det som en del av sin rolle å ta den beslutningen.

Innføringen av ressurspool forenkler til en viss grad noen handlingsalternativer: For eksempel er spørsmålet om ekstern innleie eller ikke tilsynelatende blitt enklere, fordi det er isolert til et spørsmål om en type kompetanse foretaket i liten grad forhandler om: Trenger vi en spesialsykepleier? Ja? Da leier vi inn. Nei? Da leier vi ikke inn. For de fleste avdelingene i denne studien er dermed hele det potensielt komplekse spørsmålet om hvorvidt man skal bruke ekstern innleie forsvunnet. Unntaket er avdelinger som benytter spesialsykepleiere.

Videre har ressurspoolen gitt en del formaliserte fremgangsmåter for hva man skal gjøre når man trenger ekstrabemanning, som på mange måter er en forenkling av en situasjon. Datamaterialet viser at intern innleie har blitt en institusjonalisert del av handlingsrepertoaret, både i den somatiske delen av sykehuset der det har vært brukt lenge, og i den psykiatriske der det har vært i bruk i et kortere tidsrom.

Avdelingslederne står i et krysspress mellom flere organisasjonsledd, avdelingen selv og Bemanningssenteret (som er en del av personalavdelingen). I tillegg må de forholde seg til et omland av ringevikarer som ligger i periferien til organisasjonen. Sykehusledelsen, via personalavdelingen, har forventninger om at foretaket skal oppfylle noen målsetninger, som å redusere bruk av ekstern innleie, deltidsarbeid, merarbeid med mer. Det må skje på den enkelte avdeling. De ansatte på avdelingen har andre forventninger, for eksempel om arbeidsmengder og hvem de ønsker å jobbe sammen med.

7.5 Oppsummering av kapitlet

I dette kapitlet har fokuset vært avdelingene, og særlig avdelingsledernes beslutninger om bemanning. Jeg har redegjort for hva som utløser behov for ekstra bemanning på avdelingene, og hvilke alternativer avdelingslederne kan benytte seg av. Behov for ekstrabemanning kan kategoriseres i to deler, enten er det behov for å dekke fravær eller så har avdelingen behov for å oppbemanne. Disse speiler begrepene numerisk stabilitet, og numerisk fleksibilitet på avdelingsnivå. Avdelingene har tre hovedalternativer for å skaffe ekstra bemanning: kontakte Bemanningssenteret, ordne opp selv, eller la være å dekke vekten.

Innføringen av ressurspool har medført at foretaket har lagd standardiserte oppskrifter for handling. Disse er formalisert inn i et regelverk. Dette har endret handlingsrepertoaret til avdelingene: Avdelingene har fått mulighet til å benytte seg av intern innleie, mens ekstern innleie har blitt fjernet (for de aller fleste).

Omgivelser eksternt og internt i organisasjonen har forventninger til hvordan avdelingene skal handle, og som må håndteres. I tillegg finnes det trekk ved situasjoner som må fortolkes. I datamaterialet fant jeg syv faktorer som påvirker avdelingsleders beslutninger om bemanning.

På tross av at systemet gir standardiserte oppskrifter for handling, lar ikke beslutninger om bemanning seg standardisere fullt ut. Det må fortsatt være en aktør som fortolker situasjonen og håndterer de innebygde dilemmaene i organisasjonen. Denne aktøren er avdelingslederen.

Ett av disse dilemmaene er at ressurspoolen ikke har kapasitet til å dekke alle avdelingers behov til enhver tid. Dermed er organisasjonen avhengig av ett nettverk av ringevikarer som har "svake koblinger" til organisasjonen. Disse koblingene må pleies og vedlikeholdes. Det er avdelingsleder som balanserer disse ulike hensynene mot hverandre.

Avdelingslederens posisjon defineres på mange måter av dette krysspresset.

8.0 Avslutning

I dette kapitlet skal jeg oppsummere det jeg vurderer som de viktigste innsiktene fra oppgaven og peke på muligheter for videre forskning.

8.1 Hovedfunn

Denne studien har søkt å framskaffe en mer helhetlig forståelse av fenomenet ressurspooler og hvordan de påvirker organisasjonene de inngår i. Forskningsdesignet har vært induktivt. Dataene jeg har benyttet meg av har vært samlet inn ved bruk av dokumentanalyse, feltobservasjon og dybdeintervjuer med informanter. Studien har ikke hatt som formål å skaffe kunnskap som er statistisk generaliserbar om alle ressurspooler i Norge, men gir innsikt i ressurspooler *som fenomen*.

Problemstillingen for studien har vært:

- 1) Hvilke formål og funksjoner har ressurspoolen?
- 2) Hvilke faktorer påvirker avdelingens beslutninger i bemanningsspørsmål?

Studieobjektet har aktualisert mange sider ved organisasjonsfaget: forestillinger om ansettelsesforhold, organisasjonsstrukturer, hva som determinerer handling i organisasjoner og nettverk som organisasjonen er avhengig av. Oppgaven benytter derfor flere forskjellige teorier og perspektiver for å belyse ulike sider ved fenomenet ressurspooler. I analysen har jeg tatt i bruk begreper om struktur for å beskrive ressurspoolen, og dens innfelling i organisasjonen. Denne strukturen setter noen rammer for adferd og beslutninger i organisasjonen. Men struktur alene kan ikke forklare adferd fullt ut. Det finnes fortsatt rom og beslutninger i organisasjonen som ikke lar seg standardisere. Jeg bruker teorier og perspektiver fra ny-institusjonell organisasjonsteori om omgivelser og beslutningsadferd for å forklare innholdet i den adferden og de beslutningene.

Innledningsvis i denne oppgaven så vi at ressurspooler ble lansert som løsning på to store norske debatter: utbredelse av deltidsarbeid og bruk av eksterne bemanningsbyråer. Disse debattene var særlig aktuelle for helsesektoren av tre grunner. For det første fordi helsesektoren er en sentral del av velferdsstaten, og dermed er det ekstra høye forventninger til hvordan sykehuset opptrer både som organisasjon, og som

arbeidsgiver. For det andre fordi sektoren lenge har vært under press for å få kontroll på kostnadene, og bruk av eksternt innleid personell er regnet som en dyr løsning. For det tredje er helsevesenet en kvinnearbeidsplass som i stor grad benytter deltidsarbeid.

Case-sykehuset møtte disse kravene både implisitt, men også eksplisitt i form av bestillinger fra norske myndigheter, som også er eier. Ressurspoolen ble et virkemiddel for å imøtegå kravene om å redusere både bruk av ekstern innleie, og bruk av deltidsarbeid.

Innføringen av ressurspool førte til at foretaket kunne tilby flere av sine ansatte fulltidsstilling. Men når sykehuset øker antall heltidsansatte, begrenser også dette muligheten til å benytte merarbeid, som på mange måter kan sies å ha vært den fleksibiliteten foretaket har lent seg på i mange år. (Kjeldstad (2009) omtaler dette som en "reservearmé" av arbeidskraft.). Deltidsansatte har kunnet ta løse vakter der det trengs, uten at dette har utløst ekstra kostnader i overtidsutbetalinger. Når de ansatte arbeider hundre prosent svekkes denne reserven, både fordi det blir dyrere for foretaket men kanskje også fordi den ansatte ikke har ønske eller behov for å arbeide mer enn avtalt stillingsprosent?¹⁹ Dermed må organisasjonen finne nye måter å løse dette på. På den måten kan man se ressurspoolens både som kilde til et "problem" (minsker organisasjonens tilgang på fleksibel arbeidskraft i form av merarbeid), og som løsning på det samme problemet (gir et nytt alternativ: intern innleie).

Som følge av innføringen av ressurspoolen har foretaket drastisk kuttet i bruken av ekstern innleie. Ressurspoolen skal ivareta behovet for fleksibilitet som den eksterne innleien dekket før. Sykehusforetaket har både behov for å dekke fravær, men også å oppbemanne i noen situasjoner. Ressurspoolens funksjon er å føre til funksjonell fleksibilitet på foretaksnivå, og numerisk fleksibilitet og stabilitet på avdelingsnivå. Antall ansatte i foretaket forblir konstant, men avdelingen oppbemanner og dekker fravær ved hjelp av intern innleie.

På den annen side har ressurspoolen begrenset kapasitet, og klarer ikke å dekke alle bemanningsbehovene til avdelingen. Én sentral begrensning er at sykepleierne i

¹⁹ Ansattes motiver og perspektiver er ikke undersøkt i denne oppgaven.

ressurspoolen går i samme turnus som sykepleierne i sykehuset for øvrig. Den tre-delte turnusen gjør at det ofte er behov for særlig sykepleiere på natt og helg. Dette innebærer at tilbudet i ressurspoolen er lavest når behovet på avdelingene er størst. Bemanningssenteret søker å bøte på disse begrensningene med andre tiltak, som traineesykepleiere og studentstillinger.

Med tiden tilføres Bemanningssenteret flere oppgaver og ressurser. Mandatet går fra nærmest rent virkemiddel for reduksjon i bruk av deltid og ekstern innleie til å bli mer helhetlig personalpolitisk: Målsettingen blir å jobbe for at sykehuset i mindre grad skal benytte merarbeid, overtid, ringevikarer, deltid og midlertidige stillinger. Disse formålene oppleves som progressive og framtidsrettede av informanter i studien, og bidrar derfor til legitimiteten til Bemanningssenteret internt i organisasjonen.

Bemanningssenteret får en kombinasjon av oppgaver. I tillegg til å drifte og administrere intern innleie, er det også de som fatter beslutningen om hvorvidt avdelingene har anledning til å hente inn eksternt innleid personell. I tillegg er de portvakt for en rekke oppgaver, for eksempel ansettelse av ringevikarer og publisering av stillingsutlysninger. Det er Bemanningssenterets kombinasjon av oppgaver, samt det utvidede mandatet og plassering i og innfelling i organisasjonen, som gjør den til et helhetlig personalpolitisk virkemiddel.

Plasseringen på siden av organisasjonshierarkiet gjør at den ikke har direkte kommandolinjer til og fra avdelingene, men samtidig gjør det at den er plassert så nær ledelsen at den på mange måter låner ledelsens legitimitet. Posisjonen forsterkes ved at Bemanningssenteret har virkemidler som formaliserer og sentraliserer av beslutninger om bemanning. Men sentralisering betyr ikke nødvendigvis hierarkisering. Ressurspoolen er på siden av organisasjonshierarkiet, og relasjonen mellom den og avdelingene skal simulere enn markedsrelasjon.

Bemanningsenheten og sykehusavdelingene har en kvasi-markedsrelasjon, der bemanningsenheten leier ut personell til avdelingene, som siden faktureres. Men i motsetning til en ren markedssituasjon kan avdelingene i prinsippet ikke velge om de vil benytte seg av tilbudet, eller velge andre tilbydere.

Med innføringen av ressurspool blir handlingsrepertoaret til de som bemanner sykehuset, avdelingslederne, endret. Handlingsalternativet ekstern innleie forsvinner, mens alternativet intern innleie kommer til. Avdelingslederne fatter beslutninger om bemanning i krysspress fra ulike omgivelser og aktører eksternt og internt i organisasjonen. På mange måter kan man si at avdelingslederposisjonen defineres av dette krysspresset: dilemmaene lar seg ikke løse, men må fortolkes og håndteres i organisasjonen. Det er avdelingsleders jobb å foreta denne tolkningen.

I datamaterialet har jeg identifisert syv faktorer som påvirker avdelingsledernes beslutninger om bemanning: 1) Formelle krav, 2) Relasjon til Bemanningssenteret ,3) Sammensetning av kollegium, 4) Økonomi, 5) Tilbud, 6) Type kompetanse og 7) Tid. Disse faktorene danner rammene for handlingsrommet avdelingsleder har til å fatte beslutninger i, men inngår også i avdelingsleders fortolkning av situasjonen. I enkelte situasjoner gir systemet en oppskrift for handling, for eksempel at intern innleie skal benyttes før andre alternativer. Avdelingsleder kan likevel velge å handle annerledes, dersom de mener situasjonen krever det. Oppgaven med å bemanne sykehuset lar seg med andre ord ikke standardisere fullt ut.

8.2 Videre forskning

Denne oppgaven har for det aller meste analysert ressurspoolen internt i organisasjonen, på meso-nivå, og avdelingsleders beslutninger om bemanning på mikro-nivå. Den tar utgangspunkt i Bemanningssenterets og avdelingsledernes forståelse og perspektiver. Men den gir ikke så mye informasjon om dem som arbeider i ressurspoolen. Et tema for videre forskning kan være de ansatte i ressurspoolen: Hvem er de? Et inntrykk jeg fikk i feltarbeidet, var at for mange er ressurspoolen en midlertidig løsning for å få stillingsprosenten opp til hundre, og dermed er en slags mellomstasjon til full stilling på avdelingen. Hvor stor er gjennomstrømningen i ressurspoolen? Hvordan oppleves det for de ansatte å arbeide på forskjellige avdelinger? Har de innflytelse på hvilke avdelinger de arbeider på? Hva skjer med arbeidskollektivet der de inngår?

Et annet tema for videre forskning er ressurspoolen på makronivå. I innledningen skriver jeg at flere sykehus og kommuner i landet oppretter ressurspooler, og at det er tema i flere politiske erklæringer etter valgt i 2015. Men denne case-studien gir ikke nødvendigvis kunnskap om hvorvidt dette er en organisasjonsform som sprer seg, eller som lykkes. Hva er egentlig omfanget av ressurspooler i Helse-Norge? Er de organisert som denne, eller finnes det variasjoner? I så fall hvilke?

Et annet mulig tema for forskning kan være potensielle forskjeller i behov og preferanser for bemanning hos psykiatriske og somatiske avdelinger og institusjoner: Alle avdelingene i studien ønsker seg ekstrabemanning som både har formell kompetanse og direkte kjennskap til avdelingens pasientgruppe, rutiner og fast ansatte. Men ofte må avdelingene velge mellom disse to formene for kompetanse. Noen ganger blir valget gjort for dem, enten av krav om faglig forsvarlighet eller hvilken type arbeidskraft som er tilgjengelig. Men i de tilfellene der det er avdelingsleder som fatter beslutningen later det til at psykiatriske og somatiske avdelinger har litt forskjellige preferanser: Psykiatriske avdelinger later til å prioritere ansatte som kjenner avdelingen. Forskjeller i bemanningsbehovet til psykiatriske og somatiske avdelinger egner seg godt til videre forskning.

8.3 Konklusjon

For å konkludere mener jeg studien er et bidrag til hvordan ressurspooler kan forstås, og hvordan de påvirker organisasjonene de inngår i. Studien gir innsikt i hvordan ressurspooler er benyttet som personalpolitisk verktøy, og videre hvordan bemanning av sykehuset er en kompleks prosess som skjer i møte med krav fra omgivelser eksternt og internt i organisasjonen.

9.0 Litteratur

9.1 Litteratur

- Alsos, K, Berge, ØM og Ødegård, AM (2012) Kampen om vikarene. Arbeidskraftstrategier i kommunesektoren. Fafo-rapport.
- Amble, Nina (2008) Ikke fullt og helt, men stykkevis og delt: Om det uønskede deltidsarbeidets vesen. *Søkelys på arbeidslivet*, 25, 367-380.
- Andersen, Svein S (1997) *Case-studier og generalisering: forskningsstrategi og design*, Fagbokforlaget.
- Ashford, Susan J., George, Elizabeth og Blatt, Ruth (2007) 2 Old Assumptions, New Work. *The Academy of Management Annals*, 1, 65-117.
- Atkinson, John (1984) Manpower strategies for flexible organisations. *Personnel management*, 16, 28-31.
- Bjerke, Paul og Eilertsen, Roar (2014) Mot et tredelt arbeidsliv. Norsk arbeidsliv ti år etter øst-utvidelsen av EU. Defacto.
- Buchan, James og Thomas, Siân (1995) Managing temporary nursing staff: nurse banks in Scotland. *Health Manpower Management*, 21, 23-27.
- Byrkjeflot, Haldor og Gulbrandsøy, Kari (2013) Både hierarkisk styring og nettverk – En studie av utviklingen i styringen av norske sykehus. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 54, 464-491.
- Christensen, Tom, Egeberg, Morten, Larsen, Helge O., Lægreid, Per og Roness, Paul G. (2007) *Forvaltning og politikk*, Oslo, Universitetsforl.
- Christensen, Tom, Lægreid, Per, Roness, Paul G og Røvik, Kjell Arne (2009) *Organisasjonsteori for offentlig sektor: instrument, kultur, myte*, Universitetsforlaget.
- Christensen, Tom og Røvik, Kjell Arne (1999) The ambiguity of appropriateness. *Organizing Political Institutions*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dølvik, Jon Erik (2007) The Nordic regimes of labour market governance: From crisis to success-story. *Fafos Rådsprogram 2006–2008*, 2006-2008.
- Dølvik, Jon Erik, Fløtten, Tone, Hernes, Gudmund og Hippe, Jon M. (2007) *Hamskifte: den norske modellen i endring*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Erichsen, Vibeke (1996) *Profesjonsmakt : på sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*, Oslo, Tano Aschehoug.

- Fimreite, Anne Lise og Grindheim, Jan Erik (2007) *Offentlig forvaltning*, Oslo, Universitetsforl.
- Flyvbjerg, Bent (2006) Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative inquiry*, 12, 219-245.
- George, Alexander L. og Bennett, Andrew (2005) *Case studies and theory development in the social sciences*, Cambridge, Mass, MIT Press.
- Granovetter, Mark (1995) *Getting a job: A study of contacts and careers*, University of Chicago Press.
- Grønmo, Sigmund (2004) *Samfunnsvitenskapelige metoder*, Fagbokforlaget Bergen.
- Hatch, Mary Jo (2001) Organisasjonsteori. *Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*.
- Heiberg, Ine (2015) Hvordan kan interne bemanningsløsninger for vikarer bidra til å sikre nødvendig kompetanse og god pasientbehandling.
- Henriksen, Elin (2014) Bemanningsplanlegging av sengeposter i sykehus. En studie av hvilke forhold enhetslederne tar hensyn til i planleggingen av bemanningen ved sine sengeposter.
- Hermansen, Åsmund (2011) Personell og yrkesfordeling innen pleie-og omsorgssektoren. Oslo: Fafo. Fafo-notat.
- Ingstad, Kari (2014) *Innovasjon i turnus: vikarpool : ikke optimalt, men bedre enn 18 prosent stilling*, Steinkjer, Høgskolen i Nord-Trøndelag.
- Jacobsen, Dag Ingvar og Thorsvik, Jan (2013) *Hvordan organisasjoner fungerer*, Fagbokforl.
- Kalsnes, Ingrid (2012) Ansvarsmekanismer i helseforetaksmodellen. Om endringer i fødetilbudet ved to lokalsykehus.
- Kjeldstad, Randi (2006) Hvorfor deltid. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 47, 513-544.
- Kjeldstad, Randi (2009) En reservearmé av kvinner (og menn)? *Søkelys på arbeidslivet*, 26, 13-27.
- Levin, Morten (2012) Den norske arbeidslivsmodellen. *Magma*, 20-23.
- Linzer, Pamela, Tilley, Ann Marie og Williamson, Marlene V (2011) What floats a float nurse's boat? *Creative nursing*, 17, 130-138.
- Lægreid, P, Opedal, S og Stigen, IM (2005) Den norske sykehusreformen–mer sentral politisk styring enn fristilling? *Nordiske Organisasjonsstudier*, 2, 19-36.

- March, James G (1994) *Primer on decision making: How decisions happen*, Simon and Schuster.
- March, James G. og Olsen, Johan P. (1989) *Rediscovering institutions : the organizational basis of politics*, New York, Free Press.
- Martinsen, Kari og Wærness, Kari (1979) *Pleie uten omsorg?: norsk sykepleie mellom pasient og profesjon*, Oslo, Pax.
- Mintzberg, Henry (1979) The structuring of organizations: A synthesis of the research. *University of Illinois at Urbana-Champaign's Academy for Entrepreneurial Leadership Historical Research Reference in Entrepreneurship*.
- Moland, LE og Bråthen, K (2012) Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger. *Fafo-rapport*, 2012, 14.
- Moland, Leif E (2013) Heltid-deltid–en kunnskapsstatus. *Begrunnelser og tiltak for å redusere omfanget av deltid og organisere for heltidsansettelser. Fafo-rapport*, 27.
- Nergaard, Kristine (2016) *Tilknytningsformer i norsk arbeidsliv : nullpunktsanalyse*, Oslo, Fafo.
- Nergaard, Kristine, Nesheim, Torstein, Alsos, Kristin, Berge, Øyvind M. , Trygstad, Sissel C. og Ødegård, Anne Mette (2011) *Utleie av arbeidskraft 2011*, Oslo, Forskningsstiftelsen FAFO.
- Nesheim, Torstein (2002) Ti teser om "den fleksible bedrift". Bergen, Samfunns- og næringslivsforskning.
- Nesheim, Torstein (2009) Mot et paradigmeskifte i forståelsen av arbeid og organisasjon. *Sosiologisk tidsskrift*, 17, 71-81.
- Nesheim, Torstein og Rørvik, Ruth (2012) Exploring dilemmas in the relation between temporary help agencies and customer firms. *Personnel Review*, 42, 67-82.
- Pfeffer, Jeffrey og Baron, N (1988) Taking the workers back out. *Research in organizational behavior*, 10, 257-303.
- Skjælaaen, Christine J. (2011) *Innleie av sykepleiere i sykehus: fra nødløsning til akseptert vikarpraksis*, Bergen, Samfunns- og næringslivsforskning.
- Vikkelsø, Signe og Vinge, Sidsel (2004) *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet*, København, Handelshøjskolens forl.
- Weber, Max, Fivelsdal, Egil og Østerberg, Dag (1971) *Makt og byråkrati: Essays om politikk og klasse, samfundsforskning og verdier*.
- Worren, Nicolay (2008) Managing the company's resource pool: an emerging line and an emerging role for HR. *People & Strategy*, 31, 42.

Yin, Robert K (2011) Case Study Research: Design and Methods *The Modern language journal*, 95, 474.

9.2 Andre kilder

Arbeidsmiljøloven. Lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern, mv.

Bergens Tidende (2014) Helse Bergen er kvitt mye deltidsarbeid [Internett]
Tilgjengelig fra: <<http://www.bt.no/nyheter/Helse-Bergen-er-kvitt-mye-deltidsarbeid-3233100.html>> [Lest 25.11.2014]

Harstad kommune (2009) Vikarpool under etablering i Harstad kommune. [Internett] <<http://www.harstad.kommune.no/vikarpool-under-etablering-i-harstad-kommune.4913643-177495.html>> [Lest 18.04.2016]

Helse Bergen (2005a) *Årleg melding*.

Helse Bergen (2005b) Styresak: Rapport frå verksemda november 2005

Helse Bergen (2006a) *Årleg melding*.

Helse Bergen (2006b) Styresak: Rapport frå verksemda november 2006

Helse Bergen (2007a) *Årleg melding*

Helse Bergen (2007b) Styresak: Rapport frå verksemda november 2007

Helse Bergen (2008a) *Årleg melding*.

Helse Bergen (2008b) Styresak: Rapport frå verksemda november 2008

Helse Bergen (2009a) *Årleg melding*.

Helse Bergen (2009b) Styresak: Rapport frå verksemda desember 2009

Helse Bergen (2010a) *Årleg melding*.

Helse Bergen (2010b) Styresak: Rapport frå verksemda desember 2010

Helse Bergen (2011a) *Årleg melding*.

Helse Bergen (2011b) Styresak: Rapport frå verksemda november 2011

Helse Bergen (2012a) *Årleg melding*.

Helse Bergen (2012b) Styresak: Rapport frå verksemda desember 2012

Helse Bergen (2013a) *Årleg melding*.

Helse Bergen (2013b) Styresak: Rapport frå verksemda november 2013

Helse Bergen (2014a) *Årleg melding*.

Helse Bergen (2014b) Styresak: Rapport frå verksemda desember 2014

Helse Bergen (2015a) Historisk utvikling og fremtidig behov for personell i Helse Bergen. Vedlegg til Kompetansestrategi for Helse Bergen 2015-2035. [Internett] Tilgjengelig fra <<http://www.helsebergen.no/no/OmOss/Documents/Historisk%20utvikling%20og%20fremtidig%20behov%20for%20personell%20i%20Helse%20Bergen.pdf>> [Lest 18.01.2016]

Helse Bergen (2015b) Årsmelding 2013 for Helse Bergen [Internett] Tilgjengelig fra: <<http://www.helsebergen.no/no/OmOss/Documents/%C3%85rsrapportar/%C3%85rsmelding%20Helse%20Bergen%202013.pdf>> [Lest 19.04.2015]

Helse Bergen (2015c) Bemanningssenteret [Internett] Tilgjengelig fra: <<http://www.helsebergen.no/no/OmOss/Avdelinger/bemanningssenteret/Sider/default.aspx>> [Lest 19.02.2015]

Helse Bergen (2015d) Styresak: Rapport frå verksemda september 2015.

Helse Bergen (2015e) *Årleg melding*.

Helse Bergen (2015f) Rutiner i Bemanningssenteret. [Internt dokument]

Helse Vest (2015) Om oss [Internett] Tilgjengelig fra: <<http://www.helse-vest.no/no/OmOss/Sider/default.aspx>> [Lest 19.04.2015]

Helsebiblioteket (2010) Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. [Internett] Tilgjengelig fra <<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/hjerneslag/akuttfasen/behandling-i-slagenheter/bemanning>> [Lest 28.05.2016]

Helsepersonelloven. Lov 2. juli 1999 nr.64 om helsepersonell, mv.

Norsk Sykepleierforbund (2012) "Tredje-hver-helg-prinsippet" står fast. [Internett] Tilgjengelig fra: <<https://www.nsf.no/vis-artikkel/800468/%1DTredje-hver-helg-prisnippet%1D-staar-fast>> [Lest 22.03.2016]

Norsk sykepleierforbund (2013) Høring – forslag til endringer i arbeidsmiljøloven – tiltak mot ufrivillig deltid [Internett] Tilgjengelig fra <https://www.nsf.no/Content/1121457/NSF-340049-v1-Signert_h%F8ringssvar_-_ufrivillig_deltid_til_arbeidsdep.pdf> [Lest 30.05.2016]

Norsk Sykepleierforbund (2014a) NSF's kommentarutgave. Tariffperioden 1.mai 2014 – 30.april 2016. Overenskomst mellom spekter og NSF. [Internett] Tilgjengelig fra <<https://www.nsf.no/Content/1929161/seefile>> [Lest 29.03.2016]

Norsk Sykepleierforbund (2014b) Resultat lokale forhandlinger 2014 i Helse Bergen. [Internett] Tilgjengelig fra <<https://www.nsf.no/vis-artikkel/1594291/Resultat-lokale-forhandlinger>> [Lest 26.05.2016]

NOU 2008:6 *Kjønn og lønn – fakta, analyser og virkemidler for likelønn.*

NOU 2008:17. *Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid.*

NRK (2013) – Ikke greit å jobbe i Halden kommune. [Internett] Tilgjengelig fra <http://www.nrk.no/ostfold/legger-ned-vikarpool-1.11222462> [Lest 18.04.2016]

NRK (2016a) Kjøper helsevikarer for over 3 milliarder [Internett] Tilgjengelig fra <http://www.nrk.no/norge/kjoper-helsevikarer-over-3-milliarder-1.12942664> [Lest 27.05.2016]

NRK (2016b) Mangler over 2500 sykepleiere i Norge. [Internett] Tilgjengelig fra <http://www.nrk.no/norge/stor-sykepleiermangel-i-norge-1.12872546> [Lest 13.05.2016]

Oslo Kommune (2015) Plattform for byrådssamarbeid mellom Arbeiderpartiet, Miljøpartiet De Grønne og Sosialistisk Venstreparti [Internett] Tilgjengelig fra <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Politikk/Byr%C3%A5det/Oslo%20byraadserklaering%202015%202019%20Plattform%20for%20byr%C3%A5dssamarbeid.pdf> [Lest 01.06.2016]

Ot.prp.nr.54 (2008-2009) *Om lov om endringer i arbeidsmiljøloven (likestilling av arbeidstiden for skift- og turnusarbeidere mv.)*

Regjeringen (2011) Sterkere styring med sykehusene [Internett] Tilgjengelig fra <<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sterkere-styring-med-sykehusene/id631658/>> [Lest 23.03.2016]

Regjeringen (2014a) Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp. [Internett] Tilgjengelig fra <<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748>> [Lest 23.03.2016]

Regjeringen (2014b) Sykehus – antall ansatte [Internett] Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/sykehus/sykehus-antall-ansatte/id493753/>

[Lest 10.05.2015]

Regjeringen (2014c) Oppdragsdokument [Internett] Tilgjengelig fra <<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>> [Lest 11.04.2016]

SSB (2016) Helse og sosialpersonell. Statistisk sentralbyrå.

Store Norske Leksikon (2015a) vikar – Store Norske Leksikon [Internett] Tilgjengelig fra: <<https://snl.no/vikar>> [Lest 28.02.2015]

Store Norske Leksikon (2015b) EØS-avtalen– Store Norske Leksikon [Internett] Tilgjengelig fra: <<https://snl.no/EØS-avtalen>> [Lest 10.05.2016]

Store Norske Leksikon (2016) Den europeiske union – Store Norske Leksikon [Internett] Tilgjengelig fra: <https://snl.no/den_europeiske_union> [Lest 09.05.2016]

Stortingsmelding 29 (2010-2011) *Felles ansvar for et godt og anstendig arbeidsliv.*

Sykehuset i Vestfold (2015) Bemanningsenhet og rådgivertjeneste [Internett] Tilgjengelig fra <http://www.siv.no/omoss_/avdelinger_/bemanningsenhet_/Sider/enhet.aspx> [Lest 30.05.2016]

Sykepleien (2013) Rekrutter søkes. Haster! [Internett] Tilgjengelig fra: <<https://sykepleien.no/2013/02/rekrutter-sokes-haster>> [Lest 13.05.2016]

Sykepleien (2015) Norsk sykepleierforbund: Slik fordeles en halv milliard. [Internett] Tilgjengelig fra <<https://sykepleien.no/2015/03/slik-fordeles-en-halv-milliard>> [Lest 27.05.2016]

Venstre (2015) Politisk plattform for et byråd utgått av Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre [Internett] Tilgjengelig fra <<https://www.venstre.no/assets/Byr%C3%A5d-Schjelderup-I.pdf>> [Lest 31.05.2016]

VG (2015a) Slik rammer streiken [Internett] Tilgjengelig fra <<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/slik-rammer-streiken/a/23383459/>> [Lest 10.05.2016]

VG (2015b) LO, Unio og YS sammen mot Robert Eriksson [Internett] Tilgjengelig fra <<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/arbeidsliv/lo-unio-og-ys-sammen-mot-robert-eriksson/a/23274070/>> [Lest 10.05.2016]

Vedlegg 1: Intervjuguide, avdelingsleder

Fortell litt om deg selv?

- Yrkesbakgrunn
- Hvor lenge jobbet her
- Tidligere jobber?

Beskriv avdelingen

- Hva gjør avdelingen?
- Hvor stor er pasientkapasiteten?
- Hvor mange jobber der? Hvem jobber der? (Antall årsverk, Kompetanse)
- Hvordan ledes avdelingen? (Hierarki? Arbeidsdeling?)
- Hvordan er arbeidet organisert? (Turnus? Heltid/deltid? Døgnbemanning/åpningstider?)
- Hva slags utfordringer opplever avdelingen?/Du som avdelingsleder?

"Heltidskultur"

- Hvordan er fordelingen heltid/deltid på avdelingen?
- Er en del av din oppgave å oppfordre ansatte til å arbeide heltid?
- Hvordan gjør du eventuelt det?
- Har du noen preferanser på hvordan folk er ansatt? (Fast/midlertidig, heltid/deltid)

Oppgaveløsning: Hva skjer når du trenger mer bemanning ("en vikar")?

- Når/hvorfor trenger avdelingen mer bemanning?
- Hvor ofte?
- Hvilke alternativer har du når du trenger bemanning? (Ekstern vikar/intern vikar/tilkallingsvikar/merarbeid/osv?)
 - o Hvilket frirom har du til å velge i?
 - o Hvordan forstår du regelverket?
- Hva velger du helst?
- Hvilke vurderinger gjør du når du velger?
- Er det noen alternativer du savner?

- Beskriv de 5(10?) siste vikarene: hvordan var de tilkalt, hva slags yrkesgruppe tilhørte de.

Bruk av Bemanningssenteret

- Når bruker du bemanningssenteret? (Åpningstider?)
- Praktisk innmelding
- Får du bemanningen du ber om? Hvor ofte?
- Hvis du ikke får: hvorfor ikke?
 - o Knapphet på enkelte kompetansegrupper?
- Hvis du får: Hvem kommer? (Kompetanse? Kjent/ukjent medarbeider?)
- Hvem bestemmer hvem som kommer?
- Oppfølging uformelt? Telefon etc.
 - o Om hva slags evaluering?
- Etterspill? Evaluering?
- Skjer det at avdelingen finner andre løsninger de bruker?
- Hvordan?
- Ekstrabemanning/ "på topp"

Sammenlikning med tidligere: Hvordan fungerte dette før Bemanningssenteret?

- Hvordan gikk avdelingene frem for å skaffe ekstrabemanning?
- Hvilke arbeidsoppgaver er flyttet?
- Hva synes du ville være den ideelle måten å organisere ekstra-bemanning på?

Samarbeid: Hva synes du om samarbeidet med Bemanningssenteret/andre avdelinger?

- Melding av behov
- Kommunikasjon
- Er det forskjell i hvilke vurderinger dere gjør fra de andre?
- Eventuelle konflikter? Hva handler de om?

Vikar på avdelingen

- Er det vanlig med noen opplæring av vikarer?
- Hva slags opplæring? Hvor lenge?

- Har det vært episoder med vanskeligheter rundt dette? Eksempler?
- Hvilke arbeidsoppgaver gjør vikarene?
- Er det forskjell på arbeidsoppgaver til vikarer og fast ansatte?

Vedlegg 2: Invitasjon

4. desember 2015, Bergen

Invitasjon til deltakelse i studie om vikarpooler

Jeg er masterstudent i Administrasjon og organisasjonsvitenskap ved Universitetet i Bergen, og holder på med å skrive om et forholdsvis nytt fenomen i helse-Norge: vikarpooler. Det er gjort veldig lite forskning på interne bemanningsløsninger foreløpig, så studien er litt undersøkende. Jeg er nysgjerrig på hvordan det er organisert, hvordan det fungerer, hvilke vurderinger som tas og ikke minst hvordan innføringen av et internt bemanningssenter påvirker resten av organisasjonen.

Til nå har jeg gjennomført et feltopphold i bemanningssenteret, men jeg ønsker også å få kunnskap om hvordan dette ser ut fra avdelingene sin side. Jeg vil derfor gjerne snakke med avdelingsledere. Du er velkommen til å delta uavhengig om du har jobbet her kort eller lenge. Intervjuet vil omhandle temaer som bemanning av avdelingen, og samhandling med vikarpoolen. Det vil vare rundt 40 minutter og vi avtaler sammen tid og sted. Dersom det er greit for deg, blir intervjuet tatt opp på lydbånd, og vil bli omgjort til en tekst som i anonymisert form kan brukes i masteroppgaven.

Alle opplysninger og opptak slettes når oppgaven er ferdig, 1. juni 2016. Prosjektet er godkjent av NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste A/S) i henhold til retningslinjer for personvernombudet for forskning.

Det er selvsagt frivillig å være med (og det er også mulig å trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt), men det er avgjørende for gjennomføringen av prosjektet at jeg får gjennomført en tilstrekkelig mengde intervju.

Veiledere for masteroppgaven er Svein Michelsen, instituttleder og Professor II Torstein Nesheim, ved Institutt for Administrasjons- og Organisasjonsvitenskap, UiB. Intervjuene er tenkt gjennomført november 2015. Ta gjerne kontakt ved eventuelle spørsmål.

Med hilsen og håp om positiv tilbakemelding!

Gina Barstad
gina.barstad@student.uib.no
976 55 132

Hovedveileder: Svein Michelsen
Svein.Michelsen@uib.no

55 58 21 61

Bi-Veileder: Torstein Nesheim

Torstein.nesheim@snf.no

922 54 892