

# MASTEROPPGAVE

**Hvordan kan interne bemanningsløsninger  
for vikarer bidra til å sikre nødvendig  
kompetanse og god pasientbehandling?**

Utarbeidet av:

Ine Heiberg – mai 2015

Fag:

Masterstudium i organisasjon og ledelse

Avdeling:

Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag



## Forord

Det å være student gjennom fire år ved Høgskolen i Østfold har vært en lærerik og utviklende periode. I tillegg har det vært veldig hyggelig å bli kjent med lærere, veiledere og medstudenter. Vi har hatt mange flotte dager sammen i klasserom og kantine! Hver gang jeg har gått inn døra på høyskolen, har jeg likt å kjenne på atmosfæren. Kanskje kommer jeg til å savne dette litt nå?

Det er et privilegium å få anledning til å studere også i voksen alder, samtidig har det «sin pris». Det koster i form av at mye annet blir prioritert ned og tiden strekker ikke helt til med tanke på alt det livet ellers har å by på. Spesielt familien min har fått merke dette. Takk for at dere har holdt ut! Synne; endelig er mamma ferdig! Amalie og Katrine; dere har i løpet av disse årene halvveis «fløyet ut av redet» - likevel: Dere har også måttet tåle at jeg har brukt masse tid på studiene både i høytider og ellers. Lars, du har utvilsomt hatt mer å gjøre på hjemmebane som følge av mine studier; takk for god innsats og støtte. Jeg gleder meg virkelig til å ha mer tid sammen med dere alle.

Jeg vil også takke arbeidsgiver og kollegaer for at jeg har fått gjøre dette. Takk for oppmuntringer og velvilje til dere ansatte i avdelingen og til lederteamet. Det har hatt sin pris også for dere i perioder. En ekstra takk til dere som har vært stedfortredere for meg i avdelingen når jeg har vært fraværende – en spesiell takk til Marion i startfasen og Tone i slutfasen.

En stor takk til alle dere som har velvillig stilt opp som respondenter. Dere har virkelig tilført mye til denne studien og uten dere hadde ikke dette blitt til. Håper at resultatet av den kan komme dere til nytte.

Julianne: Thank you for excellent supervising and engagement through this whole process. You have been great support and have helped me see the big picture.

Innholdet i denne masteroppgaven står for forfatterens regning.

Ine Heiberg

Son, mai 2015

## Sammendrag

Denne studien handler om hvordan kommunale virksomheter som sykehjem og helsehus kan sikre nødvendig kompetanse ved hjelp av interne og fleksible bemanningsløsninger for vikarer. På folkemunne kalles slike bemanningsløsninger ofte vikarpooler, men de kan ha en rekke betegnelser ulike steder. Hvordan kan slike organisasjonsstrukturer bidra til å sikre rett kompetanse på rett sted og til riktig tid?

Jeg har gjennomført en kvalitativ undersøkelse ved et sykehjem som nylig har opprettet en slik bemanningsløsning. Ved denne virksomheten har jeg foretatt ulike typer dybdeintervjuer.

Det har vært fokus på to nivåer i studien min: Det ene nivået er det konkrete eksempelet og situasjonen jeg har undersøkt. Det andre nivået er hva dette eksempelet i seg selv kan fortelle oss om fleksibilitet og kompetanse, og hvor målet er å komme frem til noen prinsipper som kan overføres til andre situasjoner og sammenliknes med andre teorier.

Hovedteorier jeg har brukt for å svare på forskningsspørsmålene handler om et meget komplekst begrep, fleksibilitet. Målet har vært å få en dypere forståelse for problemstillingen gjennom å benytte teorier om fleksibilitet i analysen. Jeg har også belyst emnene ved hjelp av teorier om kompetanse, noe som utviklet seg som følge av funn i undersøkelsen.

Konklusjonene viser at fleksibiliteten ved denne type bemanningsmodell for vikarer i sterk grad er kontekstavhengig. Forhold som type avdeling, type pasienter og sammensetningen av kompetanse helhetlig sett er viktige faktorer som påvirker resultatene. Stor grad av evne til fleksibilitet spesielt blant ansatte i bemanningsløsningene er en fremmede faktor. Alle disse forholdene bør tas hensyn til og det kan derfor være riktig å tenke: «One size doesn't fit all». Kvantitative og kvalitative dimensjoner ved fleksibilitet påvirker hverandre i utstrakt grad og det er behov for å se alt dette i sammenheng for å forstå

mekanismene ved slike bemanningsmodeller. Slike bemanningsløsninger har behov for god oppfølging fra lederne og jevnlig samhandling mellom alle aktørene er nødvendige faktorer for å lykkes. Ved å forstå dette komplekse samspillet, mener jeg at det er mulig å komme frem til noen prinsipper som kan danne grunnlag for strategier for videre utvikling av slike løsninger. Denne studien vil forhåpentligvis kunne bidra med noen idéer som andre kan bygge videre på slik at flere lykkes bedre med denne type organisasjonsløsninger.

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning og bakgrunn for problemstillingen .....</b>	<b>1</b>
1.1. Nasjonale utfordringer .....	2
1.2. Statlige føringer og aktuelt forskningsarbeid .....	3
1.3. Andre studier og aktuell litteratur .....	5
1.3.1. Inspirasjon fra eksterne vikarbyråer .....	6
1.4. Mer om annen forskning .....	7
1.5. Forskningsarbeid utenfor Norge .....	8
1.6. Økende kvalitetskrav og betydningen av dette .....	11
1.6.1. Krav om å forene kvalitet og effektivitet .....	12
1.7. Forskningsspørsmål .....	13
1.8. Oppsummering av kapittelet .....	14
1.9. Ord og begreper .....	16
<b>2. Teorier .....</b>	<b>17</b>
2.1. Et komplekst begrep .....	18
2.1.1. Fire viktige faktorer knyttet til organisatorisk fleksibilitet .....	19
2.1.2. Numerisk fleksibilitet .....	22
2.1.3. Funksjonell fleksibilitet .....	24
2.1.4. Kvantitativ og kvalitativ fleksibilitet .....	24
2.1.5. Atkinsons modell .....	26
<b>3. Forskningsmetodikk .....</b>	<b>29</b>
3.1. Valg av kvalitative metoder .....	29
3.1.1. Induktiv tilnærming .....	30
3.2. «Sampling» (Utvalg) og strategi for datainnsamling .....	31
3.2.1. «Maximum variation purposeful sampling» .....	33
3.3. Rekruttering av undersøkelsesenheter og deltagere .....	35
3.3.1. Presentasjon av undersøkelsesenheten(e) .....	36
3.3.2. Et sykehjem med ny bemanningsmodell .....	37
3.3.3. Oversikt over respondentene .....	39
3.4. Kvalitative intervjuer .....	40
3.4.1. Fokusgruppeintervjuer, enkelt-intervjuer og joint intervjuer .....	40
3.4.2. Utvikling av intervjuguiden .....	42
3.5. Gyldighet .....	44
3.6. Ethiske hensyn .....	45

<b>4. Analyse .....</b>	<b>47</b>
4.1. Oversikt over forskningsspørsmålene.....	47
4.2. Analyseprosessen.....	48
4.2.1. Første steg i analysen.....	48
4.2.2. Andre steg i analysen.....	49
4.2.3. Tredje steg i analysen .....	50
4.2.4. Fjerde og femte steg i analysen .....	51
4.2.5. Sjette steg i analyseprosessen .....	52
4.3. Oversikt over kategorier (funn) .....	53
4.4. Omstrukturering -Innføring av ny modell .....	54
4.4.1. Innføring av ny modell - Fra ledernes ståsted .....	55
4.4.2. Fra de merkantiles ståsted.....	60
4.4.3. Fra det ambulante teamets ståsted .....	63
4.4.4. Den avdelingsfaste stabens ståsted .....	68
<b>5. Analyse av tre kategorier .....</b>	<b>73</b>
5.1. Vekting av kompetanse.....	73
5.1.1. Definisjon på kompetanse .....	74
5.1.2. Ulike ståsted og innfallsvinkler til kompetansebehov .....	75
5.1.3. Omstillingsevne .....	76
5.1.4. Bemanningsmodellens innvirkning på kompetansekapitalen.....	79
5.1.5. Utvikling og læring fremover .....	82
5.1.6. Evaluering og måling av effekt .....	84
5.2. Tetting av hullene .....	86
5.2.1. Teorier om «Den psykologiske kontrakt» .....	88
5.2.2. Utvikling av «den psykologiske kontrakten» .....	89
5.2.3. Økt ansvar for ansatte i avdelingene.....	92
5.3. Balansegang mellom trygghet og uro .....	95
5.3.1. Behov for tilhørighet og fellesskap .....	96
5.3.2. Sykefraværets innvirkning på fleksibiliteten.....	98
5.3.3. Hva skjer med den numeriske fleksibiliteten?.....	99
5.3.4. Stor kvantitativ fleksibilitet gir mindre kvalitativ fleksibilitet? ....	102
<b>6. Konklusjon: Hva betyr alt dette for fleksibilitet og kompetanse? .....</b>	<b>104</b>
6.1. Fremmede og hemmende faktorer .....	105
6.2. Strategier for å sikre nødvendig kompetanse.....	109
6.3. Innvirkninger på fleksibiliteten.....	112

6.4. Forhold som kan motvirke mangel på fagkompetanse .....	115
6.5. En digresjon... eller sammenlikning .....	117
6.6. Begrensninger i studien og anbefalinger for videre forskning .....	119
6.7. Avslutning.....	121
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>123</b>
<b>Vedlegg 1: Intervjuguide .....</b>	<b>128</b>
<b>Vedlegg 2: Forespørsel om deltagelse .....</b>	<b>130</b>
<b>Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD .....</b>	<b>132</b>

# 1. Innledning og bakgrunn for problemstillingen

Denne studien handler om hvordan kommunale virksomheter som sykehjem og helsehus kan sikre nødvendig kompetanse ved hjelp av interne og fleksible bemanningsløsninger. Fokuset er på fraværssituasjoner blant det faste personalet og hvordan man da kan sørge for faglig forsvarlig pasientbehandling i tråd med myndighetenes krav. Jeg har valgt å se på virksomheters interne bemanningsløsninger for vikarer for å få dypere kunnskap om slike organisasjonsstrukturer.

Min interesse for dette temaet har bakgrunn i at jeg jobber som avdelingsleder for en avdeling med korttid, rehabilitering og interkommunale akutte døgnplasser i et kommunalt helsehus. En stor del av arbeidshverdagen går med til å sikre tilstrekkelig og riktig type fagkompetanse ved fraværssituasjoner. Det er krevende å skulle sikre riktig kompetanse, til rett tid og på rett sted. Disse utfordringene har inspirert meg til å finne ut mer om hvordan alternative bemanningsløsninger for vikarer kan fungere. Er det mulig å komme et skritt i retning av bedre løsninger og ikke kun basere seg på tradisjonelle «ringelister» med tilkallingsvikarer?

Erfaringen min er at eksterne vikarbyråer som regel bare benyttes i absolutte nødstilfeller, siden det er en svært kostbar løsning. Disse erfaringene samsvarer med beskrivelsene i en rapport om bruk av eksterne vikarbyråer fra NOVA (4/2007): Det ser ut til å være en tendens blant ledere om å begrense bruken av vikarbyråer, mye på grunn av at dette er meget kostbar arbeidskraft. Rapporten viser til at arbeidsgivere går mer over til å opprette interne vikarpooler (bemanningsløsninger for vikarer) med mål om å oppnå en mer fleksibel ansattgruppe. De hevder også at New Public Management (NPM) har bidratt til å inspirere til slike bemanningsløsninger. (Jeg forklarer litt om NPM under punkt 1.6.1.) Det ser med andre ord ut til at flere virksomheter oppretter sine egne lokale og interne vikarpooler.

Hvordan oppleves og hvordan fungerer denne type bemanningsløsninger i praksis? Hvilke forventninger har de som jobber i vikarpooler (eller liknende



løsninger) overfor egen evne til å fungere i arbeidet og hvordan opplever de å bli møtt?

Bakgrunnen for problemstillingen dreier seg dypest sett om mangel på kvalifisert arbeidskraft. I neste underkapittel vil jeg forklare dette nærmere.

## 1.1. Nasjonale utfordringer

I Nasjonal Helse og Omsorgsplan står det: «Tilgang på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse er en hovedutfordring i fremtidens folkehelsearbeid og helse- og omsorgstjenesten» (St. meld. nr. 16, 2011-2015, s.11). Helsesektoren generelt opplever med andre ord store utfordringer med å ha tilgang på tilstrekkelig og riktig fagkompetanse.

I følge Bakken (2009) har søkertallet til sykepleierutdanningen i Norge blitt halvert i løpet av 15 år, samtidig som behovet for kvalifisert helsepersonell øker dramatisk. Beregninger som er utført av Statistisk sentralbyrå, viser at det blir en betydelig underdekning av fagarbeidere og at det vil bli behov for å utdanne flere sykepleiere for å unngå en økende underdekning av denne gruppen. De hevder at det vil bli en underdekning på 57 000 årsverk fagarbeidere og 28 000 årsverk sykepleiere (Roksvåg & Texmon, 2012).

Helsefaglig kompetanse i form av sykepleiere og fagarbeidere er en ressurs som mange kommunale helseinstitusjoner sliter med å skaffe nok av og det er sikring av nødvendig kompetanse jeg konsentrerer meg om i denne oppgaven.

Kommunal pleie- og omsorgssektor sliter mange steder med et høyt sykefravær, noe som gjør problemstillingen ytterligere relevant. Årsakene til dette er svært komplekse og det er forsket mye på problemstillinger knyttet til sykefravær. Det er også kjent at kvinner har høyere sykefravær enn menn og omsorgssektoren er svært kvinnedominert (Ose, Jiang & Bungum, SINTEF, 2014). Jeg har ikke fokus direkte på dette i denne undersøkelsen, men fraværproblematikken er et viktig «bakteppe» for problemstillingen siden høyt fravær bidrar sterkt til behov for kompetente vikarer. I neste underkapittel beskriver jeg litt mer om målsetninger

fra myndighetenes side som er relevante for problemstillingen min.

## 1.2. Statlige føringer og aktuelt forskningsarbeid

Statlige myndigheter beskriver som nevnt ovenfor, at det er en hovedutfordring å sikre tilstrekkelig kompetanse til helse- og omsorgstjenesten. Jeg vil her utdype dette mer. Følgende er hentet fra Nasjonal helse- og omsorgsplan (St. meld. nr. 16, 2011-2015, 2011, kap.9):

Utviklingen og omstillingen i helse- og omsorgssektoren er helt avhengig av god ledelse, tilstrekkelig rekruttering og kompetanseheving. Det skal være attraktivt å arbeide i helse- og omsorgssektoren. Å lykkes med utdanning, rekruttering og kompetanseutvikling er avgjørende for å nå målene i samhandlingsreformen, og for å skape en bærekraftig utvikling i helse- og omsorgstjenesten. Overordnede mål er å sikre en utvikling på personellområdet som støtter opp om reformens intensjoner og mål. Ønsket utvikling er avhengig av tilstrekkelig tilgang på personell med nødvendig kompetanse til oppgavene i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det blir spesielt viktig å rekruttere og beholde nødvendig kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Gjennom kompetanseløftet skal regjeringen sikre omsorgssektoren tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning. Bruken av midlertidige ansettelser og vikariater skal reduseres.

I denne oppgaven tar jeg for meg området sykehjem/helsehus som er et av tjenesteområdene innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester. (Definisjon sykehjem/helsehus står i oversikt over ord og begreper etter innholdsfortegnelsen) Disse er blitt enda mer kompetansekrevende på grunn av samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47, 2008-2009). Kommunene bærer ansvar for mer komplekse helse- og omsorgstjenester som følge av denne reformen.

Midlertidige ansettelser i et sykehjem betyr som regel tilkallingsvikarer som leies inn på timebasis (for eksempel ved sykefravær) og begrepet vikariater betyr at man er ansatt innenfor en tidsavgrenset periode. Helse- og omsorgssektoren er en

sektor som i utstrakt grad benytter seg av denne type arbeidskraft (Alsos, Berge & Ødegård, FAFO, 2012:06). Som beskrevet i Nasjonal helse- og omsorgsplan (St. Meld. nr. 16, 2011-2015) er to store og viktige mål å sikre nødvendig kompetanse og redusere midlertidige ansettelse inkludert vikariater. Disse føringene bidrar også til å danne bakgrunn for problemstillingen min, siden interne bemanningsløsninger for vikarer (i betydning fast ansatte) er en måte å redusere midlertidige ansettelse og vikariater på.

I følge blant annet ovennevnte FAFO-rapport (Alsos et al., 2012:06), har vi en meget stor oppgave foran oss for å kunne nå målene som er beskrevet i Nasjonal helse- og omsorgsplan (St.meld. nr. 16, 2011-2015) i norske kommuner. Dette forskningsarbeidet viser funn om at det å skaffe vikarer er den viktigste kampen fremover og at kommunene har mange forskjellige strategier for å skaffe vikarer. Bruk av tilkallingsvikarer, interne vikarpooler, økt grunnbemanning og bruk av vikarbyrå er eksempler på metoder som benyttes. Til enhver tid er mellom 10 og 15 % av ansatte innen pleie- og omsorgssektoren sykemeldte, halvparten av de ansatte har deltidsstillinger og 30 % av de ansatte er ufaglærte (Bakken, 2009). De overordnede helsepolitiske intensjonene om å øke kompetansen og redusere bruk av midlertidig arbeidskraft står der svart på hvitt (St. meld. nr.16, 2011-2015). Hvis kommuner og det enkelte sykehjem eller helsehus skal klare å imøtekomme disse føringene, viser de nevnte eksemplene at det er et stort arbeid som må gjøres. Målet med undersøkelsen jeg har gjennomført, er å oppnå en dypere forståelse for hvordan bemanningsløsninger for vikarer kan fungere og hva vi kan lære av dem. Hva fungerer bra og hva fungerer mindre bra ved dem? Problemstilling og forskningsspørsmål vil jeg spesifisere nærmere under punkt 1.7.

I følgende underkapittel vil jeg si noe om andre aktuelle undersøkelser jeg har funnet som er gjort i relasjon til dette temaet.

### 1.3. Andre studier og aktuell litteratur

Som nevnt ovenfor, er det ikke vanskelig å finne eksempler på at det stadig inntreffer situasjoner hvor det er svært utfordrende å få tak i vikarer med riktig kompetanse. Mange sykehus og kommunale virksomheter benytter seg derfor av eksterne, private vikarbyråer i perioder hvor bemanningskrisen er ekstra stor.

I følge Skjælaaens doktorgradsavhandling, har innleie av sykepleiere fra eksterne vikarbyråer utviklet seg til å bli en vanlig praksis siden 2000 (Skjælaaen, 2010). Fremveksten av slike byråer kom som følge av nytt lovverk for ut- og innleie av vikarer i Norge (Skjælaaen, 2010). Bruk av private vikarbyråer er med andre ord et relativt nytt fenomen i Norge. Hovedformålet med Skjælaaens studie har vært å finne ut mer om adopsjon av den såkalte innleiemodellen og hvordan den blir praktisert og vurdert av de ansatte ved case-sykehuset. Selv om jeg ikke har valgt å forske på bruk av eksterne vikarbyrå i min studie, gir dette forskningsarbeidet noen nyttige vinklinger siden hun beskriver og tar opp problemstillinger som er relevante i forhold til bruk av vikarer og organisering av dette. Hun beskriver blant annet at studien gir støtte til at det bakenforliggende motivet for bruk av personell fra vikarbyrå og de mer tradisjonelle bemanningsløsningene som tilkallingsvikarer, merarbeid og overtid, er det samme.

I følge undersøkelsen hennes, var målet ved hjelp av vikarbyrå å opprettholde numerisk stabilitet fremfor numerisk fleksibilitet, det vil si oppnå tilstrekkelig antall sykepleiere på jobb til å kunne sikre det som ble vurdert som nødvendig for å ivareta behandling og pleie av pasientene. Dette er interessant, siden det kan være lett å tenke at det er den numeriske fleksibiliteten som veier tyngst. Av økonomiske hensyn ønsker man naturligvis heller ikke flere ansatte på jobb enn man trenger. I studien min har jeg vektlagt å analysere funnene ved hjelp av teorier om fleksibilitet. Dette forklarer jeg nærmere i kapittel 2.

Utviklingen av interne vikarpooler kan ha sammenheng med eksterne vikarbyråer. Dette vil jeg si litt mer om i under påfølgende punkt.

### 1.3.1. Inspirasjon fra eksterne vikarbyråer

Skjælaaen (2010) mener at mye kan tyde på at bruk av eksterne vikarbyråer har gitt inspirasjon til å opprette interne vikarpooler. Avhandlingen hennes er teoretisk forankret i det nyinstitusjonelle perspektivet i organisasjonsforskningen, med hovedvekt på den skandinaviske nyinstitusjonalismen. Begrunnelsen hennes for å velge denne type teorier, er at det gir en teoretisk fortolkningsramme for studier av både utvikling, spredning, adoptering og oversettelse av ideer eller oppskrifter. Dette tolker hun som en form for radikal oversettelse av oppskrifter og viser til Røvik (2007) og det han skriver om at oversettere kan benytte oppskrifter som kilde til egne lokale varianter og innovasjoner (Skjælaaen, 2010). Dette er aktuelt å ha i tankene inn i denne studien hvor jeg har foretatt undersøkelser ved en virksomhet som har opprettet en variant av vikarpool, kalt ambulanseteam. Beskrivelse av denne står under punkt 3.3.2.

Skjælaaen reiser også følgende spørsmål som hun mener det er grunnlag for å forske på fremover (Skjælaaen, 2010, s. 220):

:

En annen vesentlig oppgave for forskningen, er å undersøke samhandlingen, ansvars- og arbeidsfordelingen mellom innleide og ordinært ansatte sykepleiere. Vil det på sikt etablere seg et mønster, hvor innleide sykepleiere først og fremst gjør andre arbeidsoppgaver enn det øvrige sykepleierpersonalet? Hvordan vil dette, i så tilfelle, oppleves av de forskjellige sykepleierne? Og, hvordan opplever egentlig sykepleiervikarer sin egen arbeidssituasjon? Vi vet at sykepleiere i interne vikarpooler i sykehus, helseforetak og lignende, kan ha fast ansettelse i virksomheten og samtidig regnes som innleide vikarer ved de enheter (sykehusavdelinger osv.) hvor de leies inn. Hvordan sykepleiervikarene opplever denne dobbeltheten, vet vi ikke. Det er interessant å få kunnskap om dette, og om hvordan vikarbyråer – private så vel som offentlige – arbeider for å koble sammen sykepleiere (vikarer) og kunder/kundeoppdrag. På hvilke måter foregår slik form for matching?

Dette er interessante spørsmål og flere av disse er aktuelle å ha i tankene også i

min studie. En canadisk undersøkelse av vikarpool-løsninger («resource teams and floating pools»), slo fast at det er lite kjent hvordan slike bemanningsløsninger fungerer og hvordan de er strukturert, samt hva slags innvirkning de har (Dziuba-Ellis, 2006). Enten det er sykepleiere eller fagarbeidere som jobber i en vikarpool-liknende bemanningsløsning, så er det aktuelt å finne ut mer om arbeidsfordeling, type arbeidsoppgaver, opplevelser og «matching» mellom de faste i avdelingene og den mer fleksible staben knyttet til det å arbeide innenfor denne type organiseringer. Hva kan for eksempel skje i mellomrommet og samarbeidet og ikke minst med fleksibiliteten? Hva betyr fleksibilitet i slike sammenhenger?

I de to kommende avsnittene skriver jeg litt om annet forskningsarbeid jeg har funnet som er relevant for problemstillingen om interne bemanningsløsninger for vikarer.

## 1.4. Mer om annen forskning

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA, gjennomførte en kvalitativ undersøkelse om bruk av private (eksterne) vikarbyråer i 2007 (Dahle & Østbye, 4/2007). Undersøkelsen tar for seg hva bruken av eksterne vikarer har å si for organiseringen av sykepleietjenesten i sykehus og med hovedfokus på ledelsens perspektiv. De viser til at innleie av ekstern arbeidskraft er nytt i norsk helsepolitisk sammenheng. (Det er litt mindre nytt nå.) I rapporten konkluderes det med at det kan tyde på at mange ledere har som mål å minimere bruken av vikarbyråer først og fremst fordi det er en kostbar løsning, men også som strategi for å gi mer fleksibilitet. Det antydes at opprettelse av interne vikarpooler i offentlige helsevirksomheter sannsynligvis vil komme i høyere grad fremover. Det har gått ca. 8 år siden dette forskningsarbeidet ble gjennomført. Det er tegn som kan tyde på at forskerne fikk/får rett i antagelsene sine, blant annet viser en FAFO-rapport (Alsos et al., 2012:06) at flere kommuner har prøvd eller prøver ut egne vikarpooler eller andre bemanningsløsninger for vikarer. Den beskriver også at mange strever med å lykkes med blant annet vikarpooler og viser for eksempel til nedlagte vikarpooler. Det er mye «prøving

og feiling». Dette er aktuelt også i min studie siden nettopp denne type fakta har gjort meg nysgjerrig på å finne ut mer om dette. Hvorfor er det så vanskelig å lykkes med dette?

Jeg har begrenset denne oppgaven slik at jeg ikke har undersøkt forhold rundt eksterne vikarbyråer, men det er viktig å ha i tankene at interne vikarpool-løsninger kan ha sitt utspring i eksterne byråer slik Skjælaaen (2010) beskriver. Bruk av det ene behøver ikke utelukke bruk av det andre og man kan dra nytte av å lære av de erfaringene man har med eksterne byråer når man vil utvikle en intern bemanningsløsning for vikarer. Det kan også være aktuelt å se utenfor landegrensene for å lære mer. I neste avsnitt refererer jeg til forskningsarbeid utenfor Norges grenser.

## 1.5. Forskningsarbeid utenfor Norge

Utfordringer med det å sikre nødvendig kompetanse og leting etter godt fungerende løsninger for vikarer er noe også andre land sliter med. Bruk av både eksterne og interne vikarbyråer/-pooler er av nyere dato i Norge enn det er i flere andre land. En stor landsomfattende undersøkelse av interne vikarpool-løsninger for sykepleiere ved sykehus i Skottland, har belyst mange sider ved dette som det er nyttig å se på (Buchan & Thomas, 1995). Denne undersøkelsen viser at det er krevende å få interne vikarpooler til å fungere optimalt. En av de største fordelene de fant ved slike bemanningsløsninger, var at det gir større fleksibilitet i anvendelsen av arbeidskraften, blant annet det å kunne plassere ansatte der hvor behovet var størst, enten årsaken var fravær eller variasjoner i arbeidsmengde. Det sikret også bedre kompetanse til de avdelingene hvor det var vanskeligst å rekruttere til. Denne fleksibiliteten kalte de en «nøkkel-fordel» ved poolen. En annen stor fordel, var at de sikret seg bredere og mer kompetanse totalt sett. Et viktig funn i forhold til suksesskriterier, var at man måtte ta hensyn til de lokale behovene i avdelingene og at de ansatte i vikarpoolene ble fulgt opp like godt som andre ansatte ved å få støtte og mulighet til karriereutvikling. Ulemper de fant, var at det ga mindre kontinuitet i omsorgsarbeidet, økt tidsbruk for lederne og økt

arbeidsmengde for de fast ansatte i avdelingene. Vedrørende økonomiske forhold var det sprikende funn, noe de mente kunne ha sin årsak i at vikarpoolene ble drevet forskjellig og at kunnskapen om de økonomiske sidene kunne være variabel mellom sykehusene. 31 % rapporterte at interne vikarpooler ga reduserte kostnader, 49 % rapporterte om uendrede kostnader og 20 % rapporterte om økte utgifter.

En undersøkelse fra USA viser også til at interne vikarpooler gjerne opprettes for å oppnå økt fleksibilitet og for å redusere kostnader siden mange erfarer at det er rimeligere enn bruk av eksterne vikarbyråer (Linzer, Tilley & Williamson, 2011). Målet er å oppnå god ressursutnyttelse og samtidig sørge for god pasientbehandling og det kan bidra til å demme opp for mangel på kompetanse. De viser til at forskning har funnet ut at tvungen «floating» (rullering mellom avdelinger) ser ut til å føre til moralske utfordringer og mistrivsel og at det ikke passer for alle. Denne undersøkelsen har forsket på personlighetstrekk hos sykepleiere i vikarpooler og har interessante konklusjoner knyttet til dette. Funnene deres viser at personlighetstrekkene til sykepleiere i vikarpooler skiller seg ut fra sykepleiere som jobber ved en fast avdeling. De fant ut at visse egenskaper var statistisk sett signifikant annerledes hos vikarpool-sykepleiere. Konklusjonen deres var at det kan være en fordel å skaffe seg innsikt i personlighetstrekkene til kandidater ved rekruttering til denne type bemanningsløsninger. Her er et sitat fra rapporten deres som illustrerer at personlige egenskaper kan ha stor betydning for det å lykkes med en vikarpool:

Float pool RNs are independent individuals who are open to change, who enjoy trying new things, and who have intellectual curiosity. Social forcefulness, an ability to manage stress, and a high level of tolerance for frustration are additional characteristics more common in float pool nurses. This temperament may allow them to thrive in their challenging work environment where, by design, they assume a new assignment daily. In summary, it is necessary to develop a plan that will promote job retention and recruitment in the face of a nursing shortage and an aging nursing population. If matching specific personality traits promotes employee recruitment



and retention, then this warrants further research (Linzer, Tilley & Williamson, 2011, (hentet fra Creative Nursing 2011;17(3)).

Funnene fra den begge disse undersøkelsene er interessante å reflektere over, samt å sammenlikne med erfaringer her i Norge. Byråene sliter også med å skaffe vikarer på kort varsel, er min erfaring, spesielt i tilfeller hvor det er behov for å dekke opp et relativt lite antall vakter. Kanskje legger byråene også mindre innsats i å jobbe for å skaffe vikar når oppdraget er lite. Det kan være mer lønnsomt for dem å bruke tid og ressurser på større oppdrag. Det krever tid også for dem å administrere vikarer. Dette støtter opp under det som forskningsrapportene både Dahle & Østbye (2007) og Buchan & Thomas (1995) beskriver. Det gir også argumenter for at helseinstitusjoner både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten, bør iverksette andre og mer langsiktige tiltak for å sikre faglig forsvarlig og god pasientbehandling.

Funnene i ovennevnte undersøkelser fra Storbritannia og USA viser at man kan oppnå fleksibilitet med tanke på fordeling av ressurser ut fra behov. Den ene tyder også på at det ikke er grunn til å la den økonomiske risikoen være årsak til å la være å prøve ut interne løsninger for faste vikarer siden totalt 80 % rapporterer om uendret eller bedre økonomi med intern vikarpool. Den andre viser at sterk bevissthet rundt rekruttering og god kompetanse om hva slags personlighetstyper som er viktig å satse på, har stor betydning.

De største ulempene var knyttet til økt tidsbruk for lederne, mindre kontinuitet overfor pasientene og økt arbeidsmengde for de fast ansatte i avdelingene; disse er det viktig å ta høyde for og prøve å finne tiltak mot, vil jeg hevde. Enhver løsning vil ha sine fordeler og ulemper, men hva kan en virksomhet gjøre med egen organisasjonsstruktur for å sikre driften og gjøre den mer robust og fleksibel? Utfordringene i kommunene i forhold til dette har økt de seneste årene, noe jeg vil redegjøre for under punkt 1.6.

## 1.6. Økende kvalitetskrav og betydningen av dette

I tillegg til behovet for tilstrekkelig antall fagutdannede, er utviklingen i form av økende kvalitetskrav til offentlige helsetjenester og utfordringene dette skaper, en viktig dimensjon å ta med i denne studien. Dette henger sammen.

Samhandlingsreformen har skapt endringer i kompetansebehovet for kommunehelsetjenesten (St. meld. nr. 47, 2008-2009). Følgende utsagn hentet fra en rapport fra Telemarksforskning og er interessant å sitere i lys av samhandlingsreformen:

Det er ingen andre kompetanseintensive virksomheter i det moderne arbeidsmarkedet der det stilles spesifiserte krav til kvalitet men ikke til kompetanse; til mengden av tjenester som skal leveres men ikke til antall ansatte som skal yte dem – og til at de ansatte gis hovedansvaret for å dokumentere at kvalitetsstandarder eventuelt brytes (Haukelien, Vike & Bakken, 2009, s 85).

I denne studien konsentrerer jeg meg om kommunale virksomheter som helsehus og sykehjem siden disse står overfor enda større behov for økt fagkompetanse som følge av samhandlingsreformen nå etter 1. januar 2012 (St. meld. nr. 47, 2008-2009).

Haukelien et al. (2009) viser til at utviklingen går mot at kvalitetsnivået på tjenestene i økende grad blir mer standardiserte og definerte i tillegg til at behovene er mye mer komplekse. Velferdspolitikken er blitt mer orientert mot rettigheter. Forskningen deres beskriver også at det jobber mange ufaglærte i helse- og omsorgssektoren og at en stor del av disse jobber som vikarer når de de ansatte med fagutdanning er fraværende. Dette medfører at kvaliteten på tjenestene i stor grad er lav eller varierer mye.

Sårbarheten som oppstår i kommunale virksomheter som sykehjem og helsehus er, som de beskriver, ekstra stor i situasjoner hvor ansatte av ulike årsaker er fraværende og må erstattes med vikarer. Fravær er ikke unntak fra regelen, men dagligdagse hendelser. En undersøkelse foretatt av Norsk Sykepleierforbund, viser til relativt store avvik mellom planlagt og faktisk bemanning (Econ-rapport

2009 -072, 2009). I helgene viste undersøkelsen at den totale bemanningen var lavere enn på hverdagene uavhengig av utdanningsbakgrunn. I helgene var det også færrest antall sykepleiere, samt høyest antall ufaglærte vikarer. Jeg mener denne type fakta underbygger aktualiteten av studien siden økende krav og behov for kompetanse i kombinasjon med utfordringene rundt sikring av kompetansebehovet i dagligdagse fraværssituasjoner, tilsier at dette må tas på alvor. Det er behov for å finne bemanningsløsninger som bidrar til forandringer i retning reell numerisk stabilitet som er et av funnene til Skjælaaen (2010), nevnt under punkt 1.2. De økonomiske rammebetingelsene har naturlig nok også sterk innflytelse på hvilke løsninger kommunale virksomheter velger å benytte seg av. Jeg vil derfor også komme mer inn på dette aspektet i neste underkapittel.

### 1.6.1. Krav om å forene kvalitet og effektivitet

Samtidig med at kommunene er utsatt for krav om økt kvalitet og at flere tjenester er blitt tillagt deres ansvarsområde fra statlig hold de senere årene, opplever kommunene at de økonomiske midlene de trenger for å innfri disse kravene, ikke følger med (Ramsdal & Skorstad, 2004). Samhandlingsreformen kan være et eksempel på dette, siden denne lovendringen har medført betydelige endringer for kommunene. Kommunale virksomheter innen pleie- og omsorg har behov for flere med helsefaglig kompetanse siden de nå har ansvar for en større gruppe pasienter.

Begrepet New Public Management (NPM) er vanlig å bruke om de omstillingsprosessene offentlig sektor er preget av de siste tiårene (Ramsdal & Skorstad, 2004). Forenklet sagt, innebærer New Public Management idéer om å overføre prinsipper innen økonomistyring og ledelse fra privat næringsliv til offentlige virksomheter. Hovedmålene er å oppnå økt effektivitet, samt økte brukerrettigheter. Ved å satse mer på brukernes eller pasientenes (også kalt kundenes) rettigheter, følger også strenge krav til kvalitet med. I en del tilfeller, blir også offentlige virksomheter (for eksempel sykehjem) konkurranseutsatt som følge av denne tankegangen (Orvik, 2015).

Kommunale virksomheter bærer i dag kraftig preg av streben om å komme frem

til nye måter å jobbe på for å øke effektiviteten og redusere utgiftene. En oppfatning om at helse- og omsorgssektoren har blitt for kostbar, har spredt seg. Det er et konstant krav om å oppnå økt velferd i betydning mer helse, pleie og omsorg for hver eneste krone (Ramsdal & Skorstad, 2004).

Jeg har i dette første kapitlet redegjort for bakgrunnen for denne undersøkelsen og vil nå presentere forskningsspørsmålene mine.

## 1.7. Forskningsspørsmål

Det jeg så langt har skrevet om i kapittel 1, danner grunnlag for hvorfor jeg har besluttet å gjennomføre denne studien. Jeg ønsket med bakgrunn i dette å undersøke hvordan kommunale virksomheter som helsehus og sykehjem, løser utfordringene med å ha riktig og tilstrekkelig kompetanse ved fraværssituasjoner blant de ansatte knyttet til interne bemanningsløsninger for vikarer (vikarpooler). Dette ved å se på lederes og ansattes persepsjon og erfaringer.

Problemstillingen i denne masteroppgaven handler om følgende overordnede tema:

- Hvordan interne bemanningsløsninger for vikarer kan bidra til å sikre nødvendig kompetanse og god pasientbehandling.

Forskingsspørsmålene i undersøkelsen er disse:

- Hvilke faktorer bidrar til å få en virksomhets bemanningsløsninger for vikarer til å fungere og motsatt; hvilke faktorer virker hemmende?
- Er det mulig å komme frem til strategier for å sikre nødvendig kompetanse ved å opprette interne og fleksible bemanningsløsninger (for «vikarer»)?
- Hvordan kan en virksomhets egen interne bemanningsløsning med fast ansatte vikarer virke inn på fleksibiliteten?

- Er det mulig å identifisere forhold som kan motvirke mangel på tilstrekkelig fagkompetanse i betydningen riktig kompetanse på rett sted og til rett tid?

Jeg vil samtidig understreke at jeg ikke har forsket på forholdene rundt vikarer fra eksterne vikarbyråer, siden jeg er opptatt av hva en virksomhet selv kan gjøre for å trygge faglig bemanning ved hjelp av sine egne ansatte.

Jeg drøfter temaet fleksibilitet og teorier om dette i forhold til bemanningsløsninger for vikarer, siden det å øke antall fast ansatte virker inn på flere sider ved fleksibilitet i en organisasjon.

Nå følger en oppsummering av dette første kapittelet.

## 1.8. Oppsummering av kapittelet

Som beskrevet i dette kapittelet, tyder statistiske beregninger og forskning på at utfordringene med å skaffe tilstrekkelig antall sykepleiere og fagarbeidere, vil komme til å fortsette i årene som kommer. Ledere på alle nivåer har derfor et stort ansvar for å jobbe med å sikre at helse- og omsorgstjenestene har god nok tilgang på personell med nødvendig kompetanse.

Samtidig med disse utfordringene, er det et stort fokus på større brukerrettigheter (pasientrettigheter) og effektivisering (Ramsdal & Skorstad, 2004). Disse faktorene betyr, både hver for seg og ikke minst i samspill med hverandre, meget store oppgaver for helsesektoren.

I denne undersøkelsen har jeg konsentrert meg om forhold knyttet til noen av de mest sårbare situasjonene i driften av virksomheter som sykehjem og liknende virksomheter. Det vil si når ansatte er fraværende og må erstattes med vikarer. Det jeg her har vært opptatt av å finne ut mer om, er hva slags faktorer som bidrar til å få bemanningsløsninger for vikarer til å fungere og motsatt; hvilke faktorer virker hemmende? Målet er å få en dypere innsikt i hvordan slike strukturer kan virke med tanke på å sikre kompetanse og hvordan dette kan virke inn på fleksibiliteten. Fokuset er rettet mot opprettelse av interne og fleksible bemanningsløsninger

innenfor en virksomhet. Det overordnede målet er å kunne tilfredsstillere kravene til faglig standard for pasientbehandlingen. For å komme dit, betyr det at en virksomhet må organiseres slik at den har tilstrekkelig fagkompetanse både på riktig sted og til rett tid.

I påfølgende kapittel vil jeg beskrive hovedteorier jeg har valgt å benytte for å analysere funn i undersøkelsen knyttet til problemstillingen. Først gir jeg en oversikt over ord og begreper.

## 1.9. Ord og begreper

Her er en oversikt med forklaringer på ord og begreper som jeg har benyttet i oppgaven:

Avdelingsfaste Avdelingstilhørige Stedfaste	Ansatte som jobber fast og primært er tilknyttet en avdeling. Ordene brukes om hverandre og betyr det samme. De brukes både om respondentene som representerer fast ansatte i avdeling(er) og om tilsvarende ansatte generelt.
Ambulant team Ambulerende team Teamet	Disse ordene bruker jeg om hverandre og betyr det samme. Jeg gjør oppmerksom på at de brukes både om respondentene som representerer teamet og om teamet i sin helhet.
Sykehjem	Kan inneholde følgende: Langtidsplasser for pleie- og omsorgstrengende (både somatiske og demensplasser), korttidsplasser, avlastningsplasser, lindrende plasser, rehabiliteringsplasser, akutte døgnplasser.
Helsehus	Kan inneholde det samme som sykehjem, men har gjerne kommunale akutte døgnplasser (intermediær avdeling) i tillegg til eventuelt ordinære sykehjemsplasser. Har som regel mange (eller kun) korttidsplasser og er ofte mer spesialiserte enn sykehjem. Disse kan være ulike, for eksempel rehabiliteringsplasser og lindrende plasser. Helsehus kan likne på sykehjem og omvendt.
Pasient	Pasient er det ordet jeg har valgt å bruke om tjenestemottagerne. Noen kaller også pasienter for beboere eller brukere.
Bemanningsløsning for vikarer	Med dette mener jeg interne organisasjonsløsninger for vikarer ( gjerne fast ansatte). Disse kan ha mange ulike navn, for eksempel: ressursbank, bemanningsenhet, vikarpool, flåte, ambulerende team med flere

## 2. Teorier

Under kapittel 1 om litteratur viser jeg til forskningsrapporter jeg har funnet ved å søke etter og lese litteratur som er relatert til problemstillingen. Som Flick (2011, s. 32) skriver: «You should begin your research by reading». For å gjennomføre en undersøkelse som denne, trenger man forskjellige typer litteratur. I hovedtrekk har man behov for teoretisk litteratur som handler om det feltet man skal studere, samt litteratur om metodologi, det vil si teori om hvordan man gjennomfører undersøkelser og hvordan man skal bruke de valgte metodene. Man trenger også empirisk og teoretisk litteratur for å kunne sammenlikne og generalisere funnene. Empirisk litteratur gir i tillegg oversikt over hva andre har forsket på innen for liknende eller samme område og bidrar til bedre forståelse (Flick, 2011).

Litteraturen – eller teoriene – skal med andre ord være verktøy som har nytteverdi gjennom hele prosessen i forskningsarbeidet fra man så smått begynner å tenke på mulige problemstillinger og frem til endt resultat. Dette har jeg erfart som en lærerik og spennende periode. Hver gang jeg har funnet aktuelt stoff, har det bidratt til refleksjon og mer innsikt.

Problemstillingen er nøkkelen til hva slags litteratur man har behov for og området jeg har tatt for meg kan i utgangspunktet favne svært vidt. Avgrensninger og fokusering på det jeg har vært opptatt av å forske på, har vært nødvendig. Endringer som skjer i personalsammensetningen ved å ha ulike typer vikarer i arbeid enten de er innleid på timebasis eller de er ansatt i en intern bemanningsløsning for vikarer (vikarpool), vil kunne påvirke en lang rekke forhold. Jeg har naturlig nok ikke hatt mulighet til å belyse alle disse forholdene på grunn av behov for å avgrense oppgaven.

Som nevnt ovenfor, har man behov for ulike typer litteratur som kan bidra med forskjellige perspektiver:

- Forskningsrapporter innenfor liknende område for å finne ut hva som er kjent og forsket på hittil. (Dette har jeg presentert i kapittel 1)



- Hovedteorier som er valgt ut i tilknytning til problemstillingen og som er av spesiell interesse for denne. Jeg har valgt teorier om fleksibilitet som står beskrevet i dette kapittelet.
- Teorier om metoder (Dette er beskrevet i kapittel 3)
- Teorier som er utviklet på bakgrunn av ideer knyttet til funn og som viser seg aktuelle i analysen/drøftingen. Dette for å berike og utvikle funnene. Jeg har for eksempel valgt å benytte teorier om kompetanse i analysen på bakgrunn av dette. Disse teoriene er beskrevet i kapittel 4.

Jeg har valgt å ha hovedfokus på teorier om fleksibilitet, siden teorier om fleksibilitet gir viktige innfallsvinkler for problemstillingen. Bemanningsløsninger for vikarer tilsier at ulike typer fleksibilitet er svært sentralt å bruke for å belyse temaet og jeg vil her beskrive dette nærmere. I dette kapittelet skriver jeg om teorier knyttet til fleksibilitet.

## 2.1. Et komplekst begrep

Begrepet fleksibilitet benyttes om veldig mange ting. Det kan derfor være veldig forvirrende og vanskelig både å gripe og bruke på en forståelig måte (Ramsdal, Skorstad & Strøm, 2009).

Siden teorier om fleksibilitet brukes «om alt og av alle», skriver Skorstad et al.(2009), at ved å bruke det på en mer nyansert og mindre generell måte, kan man likevel ha god nytte av å bruke dette begrepet. Det å reflektere over hva fleksibilitet kan bety fra ulike vinkler og bruke det på en bevisst måte, kan gi økt forståelse for ulike fenomener.

Jeg oppfatter det slik at teorier om fleksibilitet er meningsfylt å bruke inn i problemstillingen min siden den handler om forhold knyttet til det å sikre rett kompetanse på rett sted og til riktig tid. Fleksibilitet er kontekstavhengig og det har både positive og negative sider, men i offentlige debatter vektlegges oftest de positive sidene (Ramsdal & Skorstad, 2009). Fleksibilitet dreier seg om mye av kjernen i det å få en personalgruppe, inkludert vikarer, til å fungere. Det er derfor interessant å transportere teorier om fleksibilitet inn i den spesifikke konteksten i

undersøkelsesenheten. Målet er å oppnå en dypere innsikt i problemstillingen ved å gjøre dette.

Fleksibilitet som begrep rommer mange dimensjoner og det kan ha mange ulike definisjoner. Jeg har fokus både på organisasjonsmessig fleksibilitet og hvordan fleksibilitet kan fungere for den enkelte ansatte. Det handler også om det som skjer i mellomrommet blant de ansatte. Dette er ofte vevd inn i hverandre i arbeidslivet.

Definisjonen av organisasjonsmessig fleksibilitet som Ramsdal et al. (2009, s.19) bruker, passer inn i problemstillingen i denne masteroppgaven:

«Den evnen en organisasjon kan ha til å mestre variasjoner og uforutsette hendelser på en smidig og tilpasningsdyktig måte».

Jeg mener at denne definisjonen gir en bra beskrivelse av hva slags fleksibilitet den type virksomheter problemstillingen omfatter, er avhengig av for å kunne fungere etter intensjonen.

Det finnes også mange ulike teorier om fleksibilitet. Jeg har valgt ut teorier som jeg vurderer som relevante til å belyse problemstillingen og vil beskrive disse nærmere i neste underkapittel. Disse teoriene bruker jeg for å forstå dette svært komplekse begrepet fleksibilitet, samt for å tilføre flere dimensjoner i analysen og for å forstå mer av konseptet med vikarpooler (bemanningsløsninger for vikarer).

### 2.1.1. Fire viktige faktorer knyttet til organisatorisk fleksibilitet

Knyttet til definisjonen av fleksibilitet som jeg har valgt å benytte, velger Skorstad og Ramsdal (2009) å beskrive fire faktorer som de mener er de viktigste områdene i forhold til fleksibilitet i arbeidslivet. Disse områdene har vært aktuelle å belyse og reflektere over i analysen i denne undersøkelsen. Alle de fire faktorene påvirker den organisatoriske fleksibiliteten på ulike måter og i tillegg påvirker de hverandre på komplekse måter i alle retninger (Skorstad & Ramsdal, 2009, kap.2):

1. Ansettelsespraksis (bemannings former)
2. Organisasjonsstruktur
3. Organisasjonskultur
4. Nettverk og samhandling

Her følger en forklaring på hva disse faktorene handler om:

**1. Ansettelsespraksis eller bemannings former:** På 80-tallet beskrev Atkinson bemanningsmessige strategier hvor målet var å oppnå økt fleksibilitet (Skorstad & Ramsdal, 2009). I forhold til vinklingen jeg har valgt i problemstillingen, er naturligvis denne faktoren av stor betydning, siden ansettelsespraksis er konkret knyttet til sikring av kompetanse og hvordan virksomheten strukturerer bruken av vikarer. Det kan for eksempel dreie seg om det å ha økt grunnbemanning eller et ambulante team eller det å være avhengig av å leie inn tilkallingsvikarer ved enhver fraværssituasjon.

**2. Organisasjonsstruktur:** Dette handler om forhold som er mer generelle og omfattende enn bemannings former. Grunnlaget for disse teoriene var at organisasjoner ble forbundet med tayloriserte organisasjoner<sup>1</sup> og det ble oppfattet som altfor rigid. Andrew Friedman (1977) mente årsaken til rigiditeten var en kombinasjon av motstand mot endringer og tayloristiske trekk (Skorstad & Ramsdal, 2009). Organisasjonsstruktur dreier seg om ting som rutiner og ledelsesstruktur/hierarki. Også dette området er svært interessant å ta med inn i analysen, siden det kan si mye om hvordan bruken av det ambulante teamet fungerer i praksis.

**3. Organisasjonskultur:** Kulturelle forhold er også en viktig dimensjon som påvirker fleksibiliteten. Fleksibilitet og effektivitet avhenger av at de ansatte følger den strukturen som gjelder. Ansatte kan for eksempel utøve motstand gjennom holdninger og handlinger oppføre seg i strid med rutiner og regler

---

<sup>1</sup> Taylorismen er et mye omtalt begrep innen organisasjonsteorier som stammer fra Frederick W. Taylor. Dette handler om at de som styrer har full kontroll over de ansatte og at de ansatte skal følge ordre. Det innebærer i sin ytterste konsekvens at de instruerte skal jobbe automatisk og uten refleksjon (Ramsdal & Skorstad, 2004, s. 163-164).

(Skorstad & Ramsdal, 2009). Dette kan være mer diffust og vanskeligere å konkretisere enn de to førstnevnte, men spiller likevel en sentral rolle. Det kan for eksempel dreie seg om uskrevne regler, rolleforståelse, type arbeidsoppgaver, kollegers relasjoner og forventninger. Jeg går også inn i kulturelle dimensjoner i analysen.

**4. Nettverk og samhandling:** Dette området omhandler nettverket, forholdet til andre organisasjoner og samhandlingen med dem (Skorstad & Ramsdal, 2009). For et sykehjem kan det blant annet dreie seg om spesialisthelsetjenesten, hjemmebaserte tjenester eller leverandører. Eksterne samarbeidspartnere er ikke noe jeg vier direkte oppmerksomhet i analysen, men viktigheten av denne faktoren for problemstillingen har vist seg veldig konkret og tydelig i korttidsavdelingen. (Se beskrivelse i analysen punkt 4.4.4.) Dette er derfor kontekstavhengig internt i undersøkelsesenheten i forhold til problemstillingen. Jeg har sett aller mest på det som skjer innenfor «veggene». Eksterne forhold er ikke av den grunn uviktige i relasjon til bemanningsløsninger i en enda bredere og større kontekst.

Ved å velge å ta med pasienter og pårørende som en del av dette nettverket, vil denne faktoren derimot få en annen dimensjon og enda høyere grad av relevans i denne problemstillingen. Det er interessant å se på hvordan ulike typer pasienter kan virke inn fleksibilitet.

Det er nyttig å bryte ned begrepet fleksibilitet på en teoretisk måte slik som dette for å få en dypere forståelse av hva det kan innebære.

Følgende utsagn gir også en god beskrivelse av hva organisatorisk fleksibilitet går ut på:

The efficiency, as well as the flexibility of an organization, depends on a labour force which complies with the logic of the system. If they choose to oppose or resist, they are usually successful in doing so despite the ingenuity of the system. The degree of flexibility is, then, apart from being affected by the structure of the system itself, also dependent on the attitudes of the workers and the dominant culture of the firm; whether it is

characterized by opposition or consent (Skorstad & Ramsdal, 2009, s. 31).

En helsevirksomhet er avhengig av at den organisatoriske fleksibiliteten fungerer tilfredsstillende innen alle de ovennevnte fire områdene for å kunne håndtere variasjoner og uforutsette hendelser på en tilpasningsdyktig og god måte. Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47, 2008-2009) har gitt et større press på kommunale virksomheter til i høyere grad å inneha fleksible egenskaper, som nevnt i kapittel 1.6. Det har også derfor vært aktuelt å analysere hvordan fleksibiliteten kan fungere ved hjelp av interne bemanningsløsninger for vikarer. I sykehjem og helsehus er det en basal forutsetning å inneha en kollektiv og organisatorisk fleksibilitet siden både den raske pasient-gjennomstrømningen og type pasienter innebærer at ansatte må ha evne til å snu seg raskt på grunn av alle variablene dette medfører. Det er nødvendig å ha velkvalifiserte ansatte som er så multi-funksjonelle at de mestrer uforutsigbarheten og variasjonen Samhandlingsreformen medfører. Dette er i tråd med hva Ramsdal et al. (2009) viser til; denne type fleksibilitet er nødvendig for at denne type organisasjon skal fungere. Dette dreier seg ikke minst om en spesiell form for kompetanse. Det holder ikke med profesjonskompetanse; den organisasjonsspesifikke kompetansen er viktig å ha i tillegg. Begrepet fleksibilitet kan kategoriseres også på andre måter enn ved hjelp av de fire ovennevnte faktorene. Det kan for eksempel deles inn i numerisk og funksjonell fleksibilitet.

### 2.1.2. Numerisk fleksibilitet

I hvor stor grad en virksomhet benytter seg av midlertidig arbeidskraft som for eksempel tilkallingsvikarer, kan sees på som en numerisk form for fleksibilitet (Ramsdal et al., 2009). Dette dreier seg om at antall ansatte kan variere. I helseinstitusjoner er det vanlig å ha en stor gruppe ansatte som har kun deler av sitt arbeid tilknyttet en fast stilling, og hvor de jobber som tilkallingsvikarer utover dette. Andre fungerer kun som tilkallingsvikarer uten noen fast arbeidsavtale eller de er ansatt i et vikariat. Disse gruppene leies inn på vakter

etter behov og bidrar således til at virksomhetene kan ha en numerisk form for fleksibilitet (Ramsdal et al., 2009). Denne type numerisk fleksibilitet kan for en del av tilkallingsvikarene bety ulemper i form av utrygghet: Hvor mange vakter får jeg denne måneden og når kan jeg tillate meg å ta fri? For arbeidsgiver kan det innebære trygghet å vite at det er folk å få tak ut fra når behovene dukker opp og samtidig slippe å lønne flere fast ansatte enn strengt tatt nødvendig. Dette er likevel ikke «regler uten unntak», noe jeg belyser i analysen av funnene. Fleksibilitet er et tvetydig begrep og har mange fasetter, som Skorstad og Ramsdal (2009, s. 38) beskriver på en betegnende måte:

Occasionally these relations are obvious, most often they are not. The intention behind an action within an organizational setting may very well be realized, but it may just as easily prove to be the opposite because of organizational dysfunction(s) operating beyond human imagination. This is true in organizational behavior and change in general, and it is certainly true when it comes to the question of flexibility. To believe that an organization will become more flexible by mainly relying on marginalized and interchangeable workers would be to ignore its complexity. Most probably, such a strategy would lead to rigidity instead of flexibility, and we would be facing what seems to be a contradiction: flexibility leading to rigidity – how is that possible?

For eksempel kan kostnadene ved å opprettholde en stor grad av numerisk fleksibilitet, dreie seg om mange faktorer og regnestykket er komplisert. Det å ha mange forskjellige vikarer som jobber sporadisk og i kortere perioder, krever blant annet at de fast ansatte får et ekstra stort kontrollspenn, siden det ofte ikke er mulig for vikarer å inneha den samme oversikten og organisasjonsspesifikke kompetansen. Nye vikarer trenger også en del opplæring for å kunne fungere tilfredsstillende. Den tause kunnskapen i avdelingen kan tilegnes ved å delta sammen med erfarne profesjonelle i den faste staben, noe som kan ta lang tid. En nybegynner har behov for å bli ledet til å observere, være oppmerksom på og lytte etter hvordan man skal løse oppgavene. Det er gjennom erfaring og trening at den tause kunnskapen kan bli integrert og overført (Blåka og Filstad, 2007). Dette kan være interessant å ta med i betraktningen når man skal vurdere kost-nytte faktorer i forhold til å ha flere eller færre fast ansatte.

### 2.1.3. Funksjonell fleksibilitet

Man kan også se på begrepet fleksibilitet i en funksjonell betydning (Ramsdal et al., 2009). Det kan si noe om i hvilken grad de ansatte kan klare å utføre forskjellige typer arbeidsoppgaver. Kommunale sykehjem og helsehus trenger en annen kompetanse etter at samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009) trådte i kraft og mange av disse virksomhetene er blitt mer spesialiserte som følge av denne. Er det sånn at økt spesialisering fører til at den funksjonelle fleksibiliteten reduseres? Blir strukturen mer rigid som følge av at flere ansatte jobber innenfor et snevrere fagfelt?

Det kan være interessant både å bruke og å se nærmere på den valgte definisjonen av begrepet fleksibilitet i forhold til det å øke antall fast ansatte ved å opprette en intern bemanningsløsning for vikarer. På den ene siden kan man tenke at økning i grunnbemanningen vil gjøre en virksomhet mer tilpasningsdyktig overfor varierende hendelser og stadige forandringer. På den andre siden kan man tenke at virksomheten da har «brukt opp» en større andel ressurser og står igjen med en lavere grad av økonomisk og praktisk handlefrihet til å benytte seg av vikarer i perioder hvor behovet er stort. Kanskje er også tilgangen på vikarer endret siden et større antall ansatte har faste avtaler og er bundet til for eksempel vaktplaner og ferieplaner. Det er tross alt en begrensning på hvor mange potensielle arbeidstagere som finnes i et distrikt.

Numerisk og funksjonell fleksibilitet kan sammenliknes og antagelig tilsvare begrepene kvantitativ og kvalitativ fleksibilitet. Klemsdal (2008) bruker disse betegnelse og har en interessant vinkling spesielt knyttet til den kvalitative. Jeg har derfor tatt med noe om dette også for å belyse fleksibilitet også ved hjelp av hans «briller».

### 2.1.4. Kvantitativ og kvalitativ fleksibilitet

Klemsdal (2008) omtaler to former for fleksibilitet: kvantitativ og kvalitativ. Det han benevner som kvantitativ fleksibilitet, kan være en annen betegnelse for

numerisk fleksibilitet. Kvalitativ fleksibilitet kan sammenliknes med funksjonell fleksibilitet, men jeg oppfatter dem likevel som noe forskjellige gjennom Klemsdals teorier. Han beskriver dem i sammenheng med hverandre og viser at de også kan være to sider av samme sak.

Klemsdal (2008) skriver at midlertidige ansettelser har økt de siste 20-30 årene, noe som kan gi organisasjoner en kvantitativ fleksibilitet som gir dem mulighet til å regulere utgiftene i takt med inntektene.

Den andre formen for fleksibilitet – den kvalitative – bygges på at organisasjonen/de ansatte er selvbevisste. Klemsdal (2008) hevder at selvbevissthet medfører evne til å endre seg; selvbevissthet utfordrer de måter man handler og tenker på. Videre skriver han at det er nødvendig med en stor grad av organisatorisk selvtillit for å kunne ha kvalitativ fleksibilitet og at de ansatte må ha ansettelsestrygghet som utgangspunkt for at organisasjonen skal oppnå dette. Han går så langt som å si:

«Fleksibiliteten til en selvbevisst organisasjon ligger ikke i evnen til å variere med antallet ansatte, men i evnen til å få de ansatte til å tenke nytt og annerledes sammen til daglig» (Klemsdal, 2008, s.102).

Jeg synes dette er interessant stoff å se på i sammenheng med det å opprette interne bemanningsløsninger for vikarer (som er en form for økt grunnbemanning). Kan organisatorisk selvtillit og selvbevissthet være viktige nøkkelfaktorer for å kunne utvikle den form for fleksibilitet som skal til for å lykkes med en høyere grunnbemanning? En organisasjon består av en rekke enkeltpersoner, noe som tilsier at en ny modell ikke bør innføres uten åpen og god dialog mellom ledere og ansatte. Kanskje er det sånn at stor grad av uttalt bevissthet har betydning for utvikling av enighet fremfor motstand. Skorstad & Ramsdal (2009) beskriver slike dimensjoner på en utfyllende måte ved å vise til undersøkelser blant annet knyttet til at økt motstand kan komme fra de ansatte dersom de opplever seg som for hardt presset av arbeidsgiver. De viser også til «Atkinsons modell» for å belyse slike forhold. Jeg beskriver denne modellen i neste underkapittel.

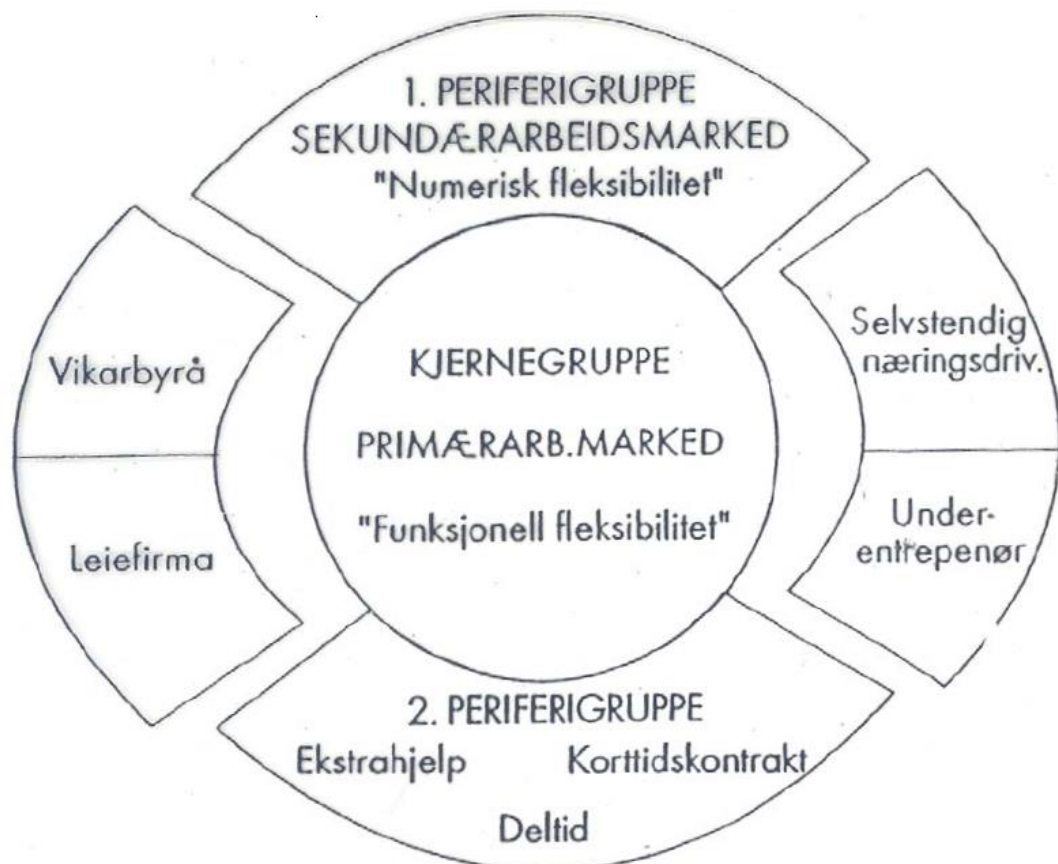


### 2.1.5. Atkinsons modell

Det kan være relevant å vise til John Atkinsons modell for den fleksible bedrift for å illustrere funksjonell og numerisk fleksibilitet (Se figur neste side, Basert på Lie 1994 – illustrasjon/Ramsdal et al., 2009, s. 24). Jeg tolker det dithen at disse to formene for fleksibilitet kan henge sammen med hverandre, men det gir mening og økt teoretisk forståelse å se på dem hver for seg. I følge Atkinson tenker han at det kan lønne seg for ansatte å vise tilpasningsdyktighet ved å være villig til å tilpasse seg virksomhetens behov, arbeide til ugunstige tider og gjøre en ekstra innsats. Forenklet sagt, så kan dette føre til at en del av de ansatte tilhører den privilegerte gruppen som har fast og full stilling, mens andre tilhører en gruppe som har deltidsstilling og/eller ikke er fast ansatt, har lavere lønn og mindre trygghet (Ramsdal et al., 2009).

I Atkinsons modell er de ansatte blant annet delt inn i en kjernegruppe – primærarbeidsmarked – og en periferigruppe – sekundærarbeidsmarked. Kjernegruppen består av fast ansatte med høy kompetanse og har skiftende og utviklende arbeidsoppgaver. Periferigruppen består av deltidsansatte og midlertidig ansatte. Siden sistnevnte gruppe ikke er ansatt på permanent basis eller full tid, er det lettere for arbeidsgiver å justere antallet på disse ut fra behovet kvantitativt sett. Det vil si at de gir virksomheten mulighet til å ha en numerisk form for fleksibilitet (Ramsdal et al., 2009). Ved økt grunnbemanning, vil den numeriske formen for fleksibilitet gå ned, mens andre typer fleksibilitet kan øke. Den kvalitative fleksibiliteten kan øke ved at man for eksempel ansetter flere sykepleiere i den faste staben istedenfor å benytte ufaglærte tilkallingsvikarer, selv om det ikke er noen automatikk i at dette vil skje.

**Figur 1. Johan Atkinsons modell for den fleksible bedrift**



Figuren er hentet fra: Ramsdal, Skorstad og Strøm, 2009, s. 24.

(Basert på Lie 1994 – illustrasjon)

Andre typer fleksibilitet vil også kunne påvirkes ved at forskjellige bemanningsstrategier kan forene eller fragmentere arbeidsstokken i tolkningene deres av egen situasjon. En større fast kjernegruppe kan lettere føre til kollektive handlinger som eventuelt kan bli subversive. Dette kan en tenke seg at er mulig å forhindre ved at ledelsen tar noen riktige grep, som å tilrettelegge strukturelt, eventuelt på basis av Friedmans «responsible autonomy» (Skorstad & Ramsdal, 2009): Flere år før Atkinson kom med sin modell, hevdet Friedman at arbeidslivet har vært preget av polarisering så lenge kapitalismen har eksistert. Han mente at kjernegruppen blant de ansatte er sentral på grunn av kompetansen og

kvalifikasjonene deres. Videre sa han at denne type ansatte på grunn av kompetansenivået sitt ofte har gleden av å bli mindre kontrollert av lederne, noe som kan skape økt lojalitet overfor virksomheten. Denne måten å lede på, kalte han «responsible autonomy». Ideene til Friedman har i mange sammenhenger blitt brukt i diskusjoner om ulike ledelsesstrategier for å kontrollere ansatte. En av årsakene til ulik behandling av typer ansatte har sammenheng med fleksibilitet. Han hevdet at «direct control» lettere kunne utøves overfor de perifere gruppene av ansatte, siden de var enklere å erstatte med annen arbeidskraft. Slike mekanismer kan bygge opp under at kjernegruppen står for den funksjonelle (kvalitative) fleksibiliteten og periferigruppen sørger for den numeriske (kvantitative) fleksibiliteten. Friedman brukte ikke selv begrepet fleksibilitet i denne sammenhengen, men Skorstad og Ramsdal (2009) ser disse teoriene i sammenheng med hverandre. Jeg mener dette er interessante teorier i lys av denne undersøkelsen siden den belyser ulike grupper ansatte, bruken av deres kompetanse og innvirkning på fleksibilitet.

En liten oppsummering av dette kapittelet:

Jeg har i her redegjort for de teoretiske konseptene jeg har valgt som sentrale i forhold til å belyse problemstillingen. Jeg håper at jeg klarer å fange opp disse meget komplekse og flerdimensjonale ideene om fleksibilitet gjennom analysen og i konklusjonen. I tillegg til teorier om fleksibilitet, vil jeg også benytte noen andre teorier som har utviklet seg gjennom funn i undersøkelsen. Dette gjelder først og fremst teorier om kompetanse. Disse blir presentert i analysekapitlene.

I neste kapittel vil jeg redegjøre for bruk av annen type teoretisk litteratur, det vil si teorier om metoder.

### 3. Forskningsmetodikk

Dette kapitlet handler om de metodene jeg har valgt for å kunne gjennomføre denne undersøkelsen.

Forskning innenfor samfunnsvitenskapelige områder krever metoder som er egnet for dette. Metoder er fremgangsmåter for å finne ut data om virkeligheten, gjerne kalt empiri. Empiriske data må være valide, som betyr relevante og gyldige, og reliable, det vil si troverdige og pålitelige (Jacobsen, 2011). Grovt sett kan man dele metodene inn i to hovedbolker, kvantitative og kvalitative forskningsmetoder (Flick, 2011).

#### 3.1. Valg av kvalitative metoder

Kvantitative og kvalitative metoder har hver sine styrker og svakheter og kan utfylle hverandre. Kvantitative metoder handler i hovedsak om å teste ut noe (for eksempel en hypotese), ved å benytte standardiserte spørsmål, gjerne med ulike svaralternativer i et spørreskjema. Disse metodene kan kalles deduktive siden man starter med et sett antagelser (Jacobsen, 2011). Det handler om å forske ved å ha et høyt antall informanter for å kunne bruke statistikk som metode. Kvalitative metoder dreier seg i hovedtrekk om å undersøke et tema mer i dybden, ofte ved hjelp av intervjuer med mer åpne spørsmål. Disse metodene kalles først og fremst induktive siden man ikke har så mange antagelser på forhånd (Jacobsen, 2011). Antall informanter er lite, men valgt med omhu og datamengden blir rik og dyp. Generalisering kan derfor ikke gjøres statistisk ved hjelp av tall slik som i kvantitative undersøkelser, men derimot i en teoretisk betydning. Det dreier seg om å betrakte mangfoldet innenfor det tilfellet man forsker på og at man ser på det teoretiske omfanget istedenfor å fokusere på numeriske størrelser og et stort antall tilfeller (Flick, 2011).

Valg av metode avhenger av hva man ønsker å oppnå. Forskning innenfor samfunnsvitenskapelige områder kan blant annet benyttes for å teste ut

eksisterende teorier, oppdage fenomener og utvide kunnskapen innenfor et område (Flick, 2011). Problemstillingen og forskningsspørsmålene må være førende for metodevalget.

Problemstillingen i denne masteroppgaven handler om følgende overordnede tema:

- Hvordan interne bemanningsløsninger for vikarer kan bidra til å sikre nødvendig kompetanse og god pasientbehandling.

Forskningsspørsmålene i undersøkelsen er disse:

- Hvilke faktorer bidrar til å få en virksomhets bemanningsløsninger for vikarer til å fungere og motsatt; hvilke faktorer virker hemmende?
- Er det mulig å komme frem til strategier for å sikre nødvendig kompetanse ved å opprette interne og fleksible bemanningsløsninger (for «vikarer»)?
- Hvordan kan en virksomhets egen interne bemanningsløsning med fast ansatte vikarer virke inn på fleksibiliteten?
- Er det mulig å identifisere forhold som kan motvirke mangel på tilstrekkelig fagkompetanse i betydningen riktig kompetanse på rett sted og til rett tid?

### 3.1.1. Induktiv tilnærming

Jeg ønsket som nevnt å finne ut mer om hva som fungerer bra og hva som fungerer mindre bra ved å ha en form for intern vikar-løsning utover den tradisjonelle med tilkallingsvikarer (det vil si med kun «ringelister»), noe som kan sammenliknes med det å øke (grunn)bemanningen til et nivå hvor man ikke er nødt til å leie inn vikar ved hvert eneste fravær. Finnes det noen suksesskriterier som kan bidra til at en slik organisasjonsmessig struktur fungerer godt? Er det mulig å komme frem til nye og mer kreative løsninger som bidrar til å sikre en faglig god drift, tilfredsstillende fleksibilitet og et godt arbeidsmiljø? Det er også et mål å oppnå en dypere forståelse for hva begreper som fleksibilitet og kompetanse kan bety innenfor denne type bemanningsløsninger og gi et lite teoretisk bidrag til dette området.

For å få en dypere forståelse og finne ut mer om dette, har jeg foretatt kvalitative undersøkelser med gjennomføring av fokusgruppeintervjuer, joint intervjuer og enkeltintervjuer. Jeg ønsket å ha en åpen tilnærming uten for mange antagelser på forhånd, det vil si at jeg har benyttet en induktiv tilnærming. En induktiv tilnærming betyr å samle inn så mye relevant informasjon som mulig, tolke og systematisere innkomne data, for deretter å danne teorier (Jacobsen, 2011).

Siden hensikten med denne masteravhandlingen er å finne ut mer om hvordan interne bemanningsløsninger for vikarer kan bidra til å sikre nødvendig kompetanse og god pasientbehandling, var jeg ikke i tvil om at jeg skulle velge en kvalitativ metode. Merriam (2009, s.14) forklarer kvalitativ forskning på følgende måte:

The following four characteristics are identified by most as key to understanding the nature of qualitative research: the focus is on process, understanding, and meaning; the researcher is the primary instrument of data collection and analysis; the process is inductive; and the product is richly descriptive.

Jeg benyttet meg også av deduktive metoder etter først å ha jobbet induktivt. Det gjorde jeg ved å finne teorier og søke etter andre aktuelle studier når jeg hadde utviklet kategoriene, slik Creswell (2014, s. 186) beskriver:

Then deductively, the researchers look back at their data from the themes to determine if more evidence can support each theme or whether they need to gather additional information. Thus, while the process begins inductively, deductive thinking also plays an important role as the analysis moves forward.

Jeg vil her redegjøre for metodevalgene jeg har foretatt og hvorfor, noe som er nært koblet opp til det jeg har hatt som mål å forske på.

### 3.2. «Sampling» (Utvalg) og strategi for datainnsamling

I denne studien har jeg som nevnt ovenfor, gjennomført kvalitative undersøkelser. Det betyr at jeg har gjennomført undersøkelser i dybden ved at jeg valgte ut to

undersøkelsesenheter som viste seg å være svært rike på informasjon som kunne bidra med mye data knyttet til problemstillingen. Denne type datainnsamling hvor man gjennomfører kvalitative undersøkelser i dybden av et ganske lite utvalg informanter, kaller Patton (2002) for «purposeful sampling».

Han beskriver det slik:

«Information-rich cases are those from which one can learn a great deal about issues of central importance to the purpose of the inquiry, thus the term purposeful sampling» (Patton, 2002, s. 230).

I kvalitative studier er det vanlig å velge undersøkelsesenheter og respondenter på en systematisk og målrettet måte. Man kan benytte ulike strategier for å velge ut enheter. I kvalitative undersøkelser er det nødvendig å velge en strategi som passer i forhold til problemstillingen. Den må være førende for valgene som tas. Patton (2002, s.243) beskriver disse strategiene på følgende måte: «Select information-rich cases strategically and purposefully; specific type and number of cases selected depends on study purpose and resources». Det betyr at både formålet med undersøkelsen og tilgjengelige ressurser er førende for utvalget.

Patton (2002) sier at det er en rekke ulike strategier man kan bruke for å velge ut informasjonsrike undersøkelsesenheter og logikken bak hver strategi har sin spesielle hensikt. Han identifiserer hele 16 forskjellige typer «purposeful sampling».

Merriam (2009, s. 266) beskriver: «In a qualitative study we usually use purposeful or purposive sampling». Bevisst valg av undersøkelsesenheter er viktig for å sikre at man finner aktuelle data for den problemstillingen man skal forske på. Hensikten med denne studien har vært å finne faktorer som kan bidra til å sikre nødvendig kompetanse ved å opprette interne og fleksible bemanningsløsninger for bruk av vikarer. Hvilke faktorer kan virke fremmende og hvilke kan virke hemmende med tanke på å få vikarpool-liknende løsninger til å fungere?

På bakgrunn av problemstillingen og passende strategier til denne, fant jeg som nevnt ovenfor, to forskjellige undersøkelsesenheter som var velegnet. Et sykehjem og et helsehus i to ulike kommuner. Disse to virksomhetene har en del ulikheter,

blant annet på grunn av kommunestørrelse, men også fordi det ene stedet har hatt en ressursbank med faste vikarer som er blitt nedlagt og det andre nylig har startet opp med en form for vikarpool som de kaller ambulant team. Sykehjemmet var i startfasen med en ny bemanningsmodell for vikarer og helsehuset hadde et annet erfaringsgrunnlag med en nedlagt ressursbank for vikarer. I tillegg hadde sistnevnte omorganisert avdelingene nylig. Jeg vurderte derfor begge som interessante steder hvor jeg kunne finne informasjonsrike data, det vil si at de befant seg midt i det «målområdet» jeg ønsket å forske på. I neste avsnitt skriver jeg om strategi for valg av respondenter. (Beskrivelse av respondentene står under punkt 3.3.3.)

### 3.2.1. «Maximum variation purposeful sampling»

I tillegg til strategi for valg av undersøkelsesenheter som nevnt i forrige avsnitt, har målet mitt også vært å få mest mulig variasjon og bredde i datainnsamlingen innad i undersøkelsesenheter.

Jeg valgte derfor en strategi som kalles «maximum variation sampling», som er en variant av «purposeful sampling». Denne strategien benyttes for å få frem mange variabler knyttet til det fenomenet man undersøker (Merriam, 2009). Patton (2002, s.243) forklarer hensikten med “maximum variation sampling” slik: «Document unique or diverse variations that have emerged in adapting to different conditions. Identify important common patterns that cut across variations (cut through the noise of variation)».

I følge Patton (2002), så kan det by på problemer ved mindre undersøkelser av denne typen, siden individuelle case kan være svært ulike hverandre. (Dette var også grunnen til at jeg valgte å intervju en ekstra person i en annen avdeling ved sykehjemmet. Se nærmere beskrivelse under punkt 3.4.1.) Strategien knyttet til «maximum variation sampling» dreier seg om det å se etter mønstre som måtte komme frem som følge av den store variasjonen rundt fenomenet eller situasjonen. Det betyr også at temaer som eventuelt dukker opp på tvers av variasjonen i utvalget (blant respondentene) er av stor interesse.



Jeg syntes at denne ideen virket bra inn mot problemstillingen min og planla derfor å foreta fokusgruppeintervjuer og intervjuer med tre ulike aktører ved hver av de to undersøkelsesenheter: Fokusgruppeintervjuer med fast ansatte/avdelingstilhørige, fokusgruppeintervjuer med vikarer/vikarpoolansatte (eller liknende funksjon) og enkeltintervjuer med avdelingsledere. Det vil si at det var «maximum variation» også på dette nivået. Jeg vil forklare årsaken til bruk av disse ulike datainnsamlingsmetodene (intervjutyperne) under punkt 3.4.1. Jeg samlet også inn aktuelle dokumenter fra virksomhetene. Av hensyn til anonymitet, er disse ikke vedlagt oppgaven, men informasjon som er av interesse for undersøkelsen er flettet inn i beskrivelsene.

I denne undersøkelsen har hensikten vært å få frem erfaringer fra personer med flere ulike roller og funksjoner ved virksomheten for å kunne belyse problemstillingen bredere og for å få frem interessante dimensjoner.

Det vil si at jeg har valgt ut de forskjellige informantene på bakgrunn av at hver av dem viser frem ulike dimensjoner knyttet til opprettelsen av det ambulante teamet. Det bidrar til å identifisere viktige variasjoner av erfaringer og ulike vinklinger som oppstår som følge av denne bemanningsmodellen. Det primære fokuset i datainnsamlingen har vært hva som skjer med de ulike aktørene (respondentene) i den bestemte konteksten knyttet til opprettelsen av det ambulante teamet og hvordan aktørene blir påvirket av dette.

Det underliggende prinsippet er likt uansett hvilken metode man velger for å samle informasjon, og det er at undersøkelsesenheter(e) har rikelig informasjon å by på som man kan lære av og som derfor er verdt å studere i dybden (Patton, 2002). Jo flere intervjuer jeg gjennomførte ved sykehjemmet, dess mer gikk det opp for meg at dette var en informasjonsrik og spennende undersøkelsesenheter siden de var i gang med å opprette en intern løsning med faste vikarer. De hadde mange erfaringer og mye refleksjon å bidra med inn i problemstillingen og de var naturligvis også selv veldig opptatt av problemstillingen og hadde stor grad av bevissthet knyttet til dette området.

Jeg opplevde at alle informantene som ble intervjuet selv også hadde ønske om å dele sine erfaringer, samt at de hadde håp om at undersøkelsen ville gi dem mer kunnskap tilbake. De var genuint opptatt av forhold rundt problemstillingen.

Intervjuer med denne type informanter blir de beste (Hesse-Biber & Leavy, 2011, s. 99). Jeg erfarte også at spesielt fokusgruppeintervjuene og joint intervjuene bidro til refleksjon og utdyping av svarene informantene mellom.

Her har jeg forklart strategiene som ligger til grunn for neste underkapittel, det vil si hvordan jeg i praksis jobbet med å rekruttere undersøkelsesenheter og respondenter.

### 3.3. Rekruttering av undersøkelsesenheter og deltagere

I startfasen da jeg skulle begynne å finne aktuelle undersøkelsesenheter, søkte jeg først på internett for å få en oversikt over mulige steder jeg kunne henvende meg til. På bakgrunn av informasjon jeg fant der, tok jeg telefonisk kontakt med fire mulige undersøkelsesenheter i tillegg til de to som jeg har foretatt undersøkelser ved. Jeg bestemte meg for å begrense undersøkelsen til kommuner på bakgrunn av at Samhandlingsreformen (St. melding nr. 47, 2008-2009) har medført et betydelig utvidet behov for å sikre nødvendig kompetanse.

Telefonsamtalene jeg hadde i startfasen var nyttige på den måten at de ga meg økt innsikt knyttet til tematikken og ideer om mulige vinklinger i intervjuguiden. Så de jeg hadde disse samtalene med har også bidratt med å gi meg innspill til hva som «rører seg» i ulike virksomheter, alt fra forskjellige nivåer på grunnbemanning, prosjekter knyttet til heltid/deltid, bruk av tilkallingsvikarer og ikke minst utprøving av vikarpooler.

Det viste seg at alle de kommunale virksomhetene jeg har vært i dialog med inkludert de to undersøkelsesenhetene, var inne i ganske betydelige organisasjonsendringer. Disse endringene var knyttet til bemanningsløsninger, noe jeg mener bygger opp under at denne undersøkelsen har vært relevant å gjennomføre. Dette har gitt meg tanker om at relativt store endringsprosesser kan se ut til å være en slags normaltilstand i mange kommuner og virksomheter. Det kan uansett være nok et lite eksempel på det Skorstad (2011) beskriver; norsk arbeidsliv er preget av stadige omstillingsprosesser.

I neste underkapittel vil jeg beskrive undersøkelsesenheten(e) jeg valgte ut.

### 3.3.1. Presentasjon av undersøkelsesenheten(e)

Som forklart under 3.2., har jeg gjennomført undersøkelser ved to virksomheter. Den ene virksomheten er et helsehus og den andre er et sykehjem.

Underveis mens datainnsamlingen pågikk, skjedde det noe som gjorde at jeg måtte ta stilling hvilke strategier jeg skulle velge videre. Da jeg hadde gjennomført de to første intervjuene ved helsehuset, fikk jeg beskjed om at de ikke kunne frigi flere ressurser siden de var inne i en veldig omfattende omstillingsprosess. Jeg hadde da gjennomført intervju med avdelingsleder og et fokusgruppeintervju med tre sykepleiere ved denne virksomheten. Jeg hadde også rukket å transkribere disse intervjuene. Planen var å foreta et fokusgruppeintervju med vikarer i tillegg. Jeg har valgt å være åpen om at dette faktisk skjedde siden det opprinnelig var del av undersøkelsesprosessen. Dette istedenfor å «pynte på fasaden» i rapporten ved kun å ta med alt som handler om enheten jeg fullførte undersøkelser ved. Det hadde kanskje sett mer ordentlig ut? Morse (2008) skriver følgende:

The simple elegance of our completed research deceives. It does not show the panic, sweat, and tears; it gives no hint of the analytic struggles to make sense of the data, to find the themes, to tease out the patterns. The plain hard thinking—and the more the better for our research—is hidden behind the elegance of the end product. It is time we showed this work.

(Hentet fra: <http://ezproxy.hiof.no:2856/content/18/10/1311.full.pdf>)

Jeg har valgt å gjøre som Morse (2008) oppfordrer til ved å redegjøre for undersøkelsesprosessen inkludert denne utelatte undersøkelsesenheten til tross for at det kan fremstå som et forstyrrende element.

Jeg erfarte med andre ord det Creswell (2014, s.186) beskriver: “The research process for qualitative researchers is emergent”. Dette betyr at prosessen kan forandre seg etter hvert mens undersøkelsen pågår. Det kan blant annet bety endringer av undersøkelsesenheter og/eller antall eller type deltagere. Jeg måtte

derfor ta en avgjørelse vedrørende hvordan jeg skulle gripe dette an videre. Skulle jeg for eksempel satse på å finne en ny undersøkelsesenhet som erstatning for den ene?

Det endte med at jeg valgte å gå enda mer i dybden ved det utvalgte sykehjemmet, siden dette er en virksomhet som var svært rik på verdifull og nyttig informasjon inn mot problemstillingen. For øvrig var jeg allerede i gang med å utvide datainnsamlingen ved denne virksomheten ved hjelp av «snøball-metoden» av samme årsak. Patton (2002, s. 237) skriver følgende om «Snowball or chain sampling»: «This is an approach for locating information-rich key informants or critical cases». Jeg valgte nettopp å gå bredere ut og intervju flere ved undersøkelsesenheten siden det var flere aktører som hadde relevant informasjon å bidra med. Det ble derfor seks ulike intervjuer ved sykehjemmet i stedet for tre. Jeg vil i påfølgende underkapittel gi en oversikt over intervjudeltagerne.

Her følger en beskrivelse av undersøkelsesenheten som jeg i stedet valgte å gjennomføre desto mer grundige undersøkelser ved.

### 3.3.2. Et sykehjem med ny bemanningsmodell

Den virksomheten hvor jeg har gjennomført og fullført undersøkelser ved, er et sykehjem i en bygdekommune. Den er således representativ for en rekke kommuner i Norge hva størrelse angår. Dette sykehjemmet har 5 sengeavdelinger og disse består av langtidsplasser både innen somatikk og demens, samt avlastningsplasser, rehabiliteringsplasser og korttidsplasser for utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Det vil med andre ord si at sykehjemmet inneholder avdelinger som har veldig ulike pasientgrupper.

Sykehjemmet har for kort tid siden startet med et 2 årig prosjekt hvor de har opprettet det de kaller ambulant eller ambulerende team. Dette er en form for vikarpool, men de har bevisst valgt å unngå å kalle det for vikarpool. Det ambulante teamet er startet opp på bakgrunn av at virksomheten har og har hatt mange tilkallingsvikarer og ansatte i deltidsstillinger som har opparbeidet seg krav om faste stillinger eller stillinger med høyere stillingsbrøk. I følge

arbeidsmiljøloven vil man kunne kreve fast ansettelse dersom man har jobbet sammenhengende for samme arbeidsgiver i 4 år (Arbeidsmiljøloven, 2005).

Dette er hentet fra Arbeidstilsynets nettsider:

«I utgangspunktet vil det være lov å ansette en vikar i et nytt vikariat når det forrige er over. Dette gjelder likevel ikke hvis det er et konstant vikarbehov i virksomheten. Da vil vikaren kunne ha krav på fast ansettelse i det omfang det konstante vikarbehovet gjelder. Særlig i større virksomheter vil fravær på grunn av sykdom, permisjoner og liknende, samlet kunne gi et vedvarende behov for visse typer arbeidskraft, selv om det dreier seg om ulike vikariater.»

<http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=220966>

I tillegg til den ovennevnte såkalte «4 års regelen», ble det innført en ny forskrift i Arbeidsmiljøloven 1. januar 2014 som gir deltidsansatte rettigheter til økt stilling dersom de i løpet av de siste tolv månedene har jobbet jevnlig utover sin deltidsstilling. Fast stilling tilsvarende den stillingsprosenten de faktisk har arbeidet, vil kunne kreves under forutsetning av at arbeidsgiveren kan vise til at det ikke er behov for denne arbeidskraften lenger. Loven kan tidligst benyttes fra 1. januar 2015. (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 14-4)

I planleggingsfasen av det ambulante teamet, fikk aktuelle kandidater tilbud om å søke på stillinger i det ambulante teamet. De som fikk tilbud om dette, var personer som hadde opparbeidet seg rettigheter i lys av Arbeidsmiljøloven som nevnt ovenfor. De fikk utdelt en delvis ferdigskrevet søknad hvor det stod nedtegnet at arbeidsgiver ønsket ansatte som var løsningsorienterte, fleksible og læringsvillige, samt at de var ute etter de som har gode samarbeidsevner. Søkere måtte begrunne hvorfor de søkte på stillingen, samt fortelle hva de mente å kunne bidra med i det ambulante teamet.

Finansieringen av det ambulante teamet gjøres ved å bruke av budsjettet for variabel lønn. Det er ansatt en fagleder i 100 % stilling som er sykepleier, seks fagarbeidere i 80% stillinger og tre pleiemedhjelpere i 80% stillinger.

I neste underkapittel vil jeg beskrive respondentene

### 3.3.3. Oversikt over respondentene

I dette avsnittet gir jeg en oversikt over hva slags respondenter som har deltatt i undersøkelsen.

Den første jeg tok kontakt med, var en av avdelingslederne. Hun fikk informasjon via telefonisk kontakt og fikk i tillegg skriftlig informasjon og forespørsel om deltagelse via mail. Hun formidlet kontakt med de avdelingsfaste og de merkantile. De merkantile ordnet igjen med å formidle kontakt med respondentene i ambulant team. Jeg tok direkte kontakt med virksomhetsleder for avtale med henne og spurte om det var mulig å få med minst en avdelingsleder til. Tilgjengeligheten styrte dette, så det ble henne og en avdelingsleder. Denne avdelingslederen formidlet kontakt med en fast ansatt i avdelingen hennes, siden jeg ønsket å intervju minst en til som hadde fast tilhørighet i en annen type avdeling enn den som var representert i fokusgruppeintervjuet. Dette på bakgrunn av at pasientgruppene og driften er veldig forskjellige, det vil si korttid og langtid. I tillegg var sykefraværet lavt i den ene og høyt i den andre avdelingen. Slike forhold og ulikheter kan påvirke hva slags funn som kommer frem.

Jeg har foretatt totalt seks ulike intervjuer ved undersøkelsesenheten, hvorav ett av dem var et fokusgruppeintervju og tre av dem var joint intervjuer. To av dem var intervjuer med enkeltpersoner. Totalt utgjør respondentene elleve personer.

Fokusgruppeintervjuet var med tre ansatte med 3 årig høyskoleutdannelse som var det jeg kaller «avdelingsfaste» ansatte. De tre joint intervjuene var fordelt slik: Et av dem var med to merkantilt ansatte, et var med virksomhetsleder og en avdelingsleder og et var med to ansatte i ambulant team. Det ene en-til-en intervjuet var med fast ansatt i avdeling og det andre med en avdelingsleder. Sistnevnte var leder for en annen type avdeling enn hun som deltok sammen med virksomhetsleder.

Jeg vurderte det som svært relevant å foreta intervjuer med virksomhetsleder og merkantile siden disse hadde veldig mye kunnskap om utviklingen av det ambulante teamet. De ble derfor tatt med i undersøkelsen ved hjelp av «snøballmetoden» som jeg har beskrevet under punkt 3.3.1. De merkantile hadde svært god oversikt over kjernen i problemstillingen, siden de blant annet hadde lang erfaring med innleie av tilkallingsvikarer.

Jeg gjør oppmerksom på at jeg kun har intervjuet noen få blant mange ansatte i gruppene stedfaste ansatte/avdelingstilhørige og ambulante team. Avdelingslederne og merkantile spurte dem for meg ut fra hvem som var tilgjengelige på undersøkelsestidspunktet.

I neste underkapittel beskriver jeg valg av intervjuer.

### 3.4. Kvalitative intervjuer

Her vil jeg forklare hvilke typer kvalitative intervjuer jeg har foretatt. Først vil jeg si noe generelt om dem. Kvalitative intervjuer kjennetegnes av at det foregår en interaksjon mellom forsker og respondenter. Det er egentlig et komplekst fenomen siden begge parter bringer med seg egne erfaringer, forventninger og egenskaper, noe som stiller store krav til forskerens evner. Det dreier seg blant annet om det å være sensitiv, ikke forutinntatt, lyttende og respektfull (Merriam, 2009). Ved den type undersøkelse som jeg har gjennomført, er intervjuer ansett å være den beste teknikken å benytte siden målet var å samle inn intensive data i dybden (Merriam, 2009). Jeg har benyttet meg av semi-strukturerte intervjuer. Det beskriver jeg nærmere under punkt 3.4.2. Først vil jeg si noe om de tre ulike intervjuer jeg har foretatt.

#### 3.4.1. Fokusgruppeintervjuer, enkelt-intervjuer og joint intervjuer

Jeg har gjennomført tre forskjellige typer kvalitative intervjuer:

Fokusgruppeintervju, enkelt-intervjuer og joint-intervjuer.

Fokusgruppeintervju har den fordelen at de skaper en ramme hvor det oppstår en interaksjon mellom deltagerne istedenfor det som gjerne skjer i et en-til-en intervju mellom forskeren og den som blir intervjuet. Denne intervjumetoden kan også ha noen ulemper, for eksempel ved at enkelte deltagere kan ha svært sterke meninger eller har veldig dominerende personlighet. Intervjueren har med andre ord en viktig rolle med det å bidra til at alle deltagerne får slippe til.

Fokusgruppeintervjuer er spesielle på den måten at det også skjer en prosess under selve intervjuet mellom deltagerne. Målet er at de skal kunne svare mer utfyllende og reflektert sammen i en gruppe enn det enkeltpersoner hver for seg får til.

Gruppen kan sammen oppdage og reflektere rundt det aktuelle temaet. Denne type intervju gir også forskeren mulighet til å oppdage kløften mellom hva folk sier og hva de faktisk gjør. (Liamputtong, 2011). Peter Senges teorier om gruppelæring hvor fri meningsutveksling og synspunkter som deles i en gruppe, er interessante i så måte. Denne type teori handler om organisatorisk læring (Jacobsen, 2009).

Konteksten legger til rette for felles refleksjon rundt et område.

Deltagerne i fokusgruppeintervjuer, kan enten være ganske homogene eller mer heterogene. Selve metoden innebærer at deltagerne i den enkelte gruppen, har en del ting til felles knyttet til problemstillingen. Forskeren bør ta stilling til om det er viktig å sette sammen en mest mulig homogen gruppe eller om det er en fordel med større variasjon (Liamputtong, 2011).

Jeg har gjennomført fokusgruppeintervju med tre fast ansatte som har 3 årig høyskoleutdannelse. Disse utgjorde en relativt homogen gruppe, noe som var bevisst valgt siden jeg ønsket at det skulle være fokus på den rollen de representerte ved sykehjemmet. Det var spennende å erfare det å ha tre respondenter samtidig. De utfylte hverandre når det kom spørsmål som noen visste mer om enn andre. Jeg merket at det var noen fordeler med erfaringsutvekslingen mellom dem. Samtidig ble det noe mindre «tett på» enn spesielt enkelt-intervjuene.

I tillegg har jeg gjennomført enkeltintervjuer med en avdelingsleder og en fast ansatt (avdelingsstilhørig) i en annen avdeling. Dette fordi jeg regnet med at avdelingsledere ville ha et gjennomtenkt forhold til problemstillingen siden de har et spesifikt ansvar for at virksomheten er tilstrekkelig bemannet med riktig kompetanse og derfor kunne tilføre rikelig med data alene. Enkeltintervjuer krever



at respondentene har mye å tilføre innen temaet for undersøkelsen.

Good respondents are those who can express thoughts, feelings, opinions – that is, offer a perspective – on the topic studied. Participants usually enjoy sharing their expertise with an interested and sympathetic listener. For some, it is also an opportunity to clarify their own thoughts and experiences (Merriam, 2009, s. 107).

Den fast ansatte i avdeling ble valgt ut på bakgrunn av at hun jobbet ved en annen type avdeling enn de andre avdelingstilhørigene. Dette for å få mer dybdekunnskap siden jeg valgte å utvide undersøkelsen ved sykehjemmet, noe som også bidro til å oppnå det Patton (2002) kaller «saturation». Det betyr at man samler inn data frem til man oppnår et slags metningspunkt i forhold til tilgjengelige og relevante data.

På bakgrunn av «snøballmetoden» som jeg har beskrevet i kapittel 3.3.1., har jeg også gjennomført tre joint intervjuer. Det er intervjuer med to respondenter til stede samtidig i tillegg til forskeren og er en mellomting mellom fokusgruppeintervju og enkelt-intervju. Deltagerne er beskrevet under punkt 3.3.3. Som i fokusgruppeintervjuet, utfylte respondentene hverandre også i disse intervjuene.

For å kunne gjennomføre denne type kvalitative intervjuer, er det avgjørende å utvikle en gjennomtenkt intervjuguide. I neste underkapittel beskriver jeg dette nærmere.

### 3.4.2. Utvikling av intervjuguiden

Det er som beskrevet ovenfor flere måter å foreta intervjuer på. Jeg valgte å foreta semi-strukturerte intervjuer ved hjelp av en intervjuguide. Spørsmålene var relativt åpne slik at informantene kunne svare friere ut fra sitt eget perspektiv. Det vil si at de ikke fikk presentert noen liste med ulike svarmuligheter. Målet med en semi-strukturert intervjuform er at intervjueren stiller spørsmål som er relevante for saken og følger opp med tilleggsspørsmål ut fra de svarene som kommer for å belyse aktuelle temaer som er knyttet til problemstillingen så grundig som mulig. Det vil være en kombinasjon av åpne spørsmål som gir rom for informantene til å

komme med sine personlige vinklinger og mer fokuserte spørsmål som informantene ikke nevner noe om helt av seg selv (Flick, 2011).

Prosessen med å utarbeide intervjuguiden var mer tidkrevende enn jeg hadde forventet på forhånd. Det krever et meget grundig arbeid å jobbe frem en god intervjuguide. Spørsmålene skal naturlig nok være dekkende for problemstillingen. «The interview is focused on particular themes; it is neither strictly structured with standardized questions, nor entirely nondirective» (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 28). I utgangspunktet skal de ikke være ledende, samtidig skal de være tilstrekkelig førende slik at man får den informasjonen man trenger for å kunne samle relevant data. De bør også gi rom for refleksjon. Det er en balansegang. Utarbeidelsen av intervjuguiden krevde også mye refleksjon fra min side mens jeg holdt på men den. Den har en viktig funksjon og danner grunnlaget for datainnsamlingen. Intervjuguiden skal bidra til å sikre at innsamlingen av data blir strukturert nok og at forskeren klarer å holde fokuset mest mulig innenfor problemstillingen og være dekkende for forskningsspørsmålene (Patton, 2002).

Det første utkastet til intervjuguide hadde for åpne spørsmål, så dette forkastet jeg siden datainnsamlingen lett kunne ha blitt for lite konkret. Her er et eksempel på spørsmål fra den:

- Hva mener dere fungerer bra med bemanningsløsningen?

I det andre utkastet ble spørsmålene for konkrete, noe som kunne ha ført til for lite reflekterte og utdypende svar og for stor grad av styring fra min side. Her er et eksempel på spørsmål fra den:

- Hvordan har endringene påvirket fleksibiliteten?

Det var en utviklingsprosess å komme frem til en endelig versjon som jeg var fornøyd med. Det var verdt innsatsen og jeg synes den fungerte etter intensjonen slik at jeg har fått utdypende svar på forskningsspørsmålene. Intervjuguiden er vedlegg til denne oppgaven.

I neste underkapittel redegjør jeg for studiens validitet og reliabilitet.

### 3.5. Gyldighet

I denne type undersøkelser er det nødvendig å foreta en vurdering av gyldigheten. Dette innebærer å evaluere arbeidet som er gjort og se på det med et kritisk blikk. Silverman (2010, s. 292) skriver: « I start from the assumption that all social science should base itself on a form of inquiry that is self-critical.»

Kriterier man bør benytte for å evaluere forskningsarbeidet, handler i hovedsak om følgende spørsmål som er en essens av det Silverman (2010) har satt opp i tabell 16.2. og 16.3. (s. 294): Vurdering av om metodene passer til å svare på forskningsspørsmålene og om valg av teorier er fornuftige inn mot dette. Er det klar forbindelse til eksisterende kunnskap innenfor temaet? Er det klare kriterier for valg av undersøkelsesenheter? Hvor systematisk har datainnsamlingen og analysen av data vært? Er det brukt aksepterte prosedyrer? Er det adekvate diskusjoner knyttet til bearbeidningen av data, utvikling av kategorier og forskerens argumenter?

Dette dreier seg om å vurdere undersøkelsens validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet) Det betyr å vurdere om det valgte undersøkelsesopplegget er egnet til å si noe om problemstillingen og utvikle fornuftige teorier, samt å vurdere om disse metodene kan påvirke resultatene (Silverman 2010). Refleksjon rundt etiske hensyn er også en viktig del av dette.

Jeg mener å ha gjort fornuftige valg og har jobbet etter beste evne for å ivareta alle disse forholdene. I kapittel 4 beskriver jeg analyseprosessen grundig. Jeg har vært opptatt av å holde en etisk god standard og har også søkt råd både i litteraturen og hos veileder. I typen kvalitative undersøkelser er jeg klar over at min rolle som forsker er av stor betydning og at jeg er en del av det hele. Derfor er det ekstra viktig å reflektere over arbeidet, både før igangsettelse og fortløpende gjennom hele prosessen. Jeg vil under neste punkt redegjøre nærmere rundt etiske forhold.

### 3.6. Etiske hensyn

Etikk er en viktig del av en forskningsprosess fra start til slutt. Det dreier seg om forhold som valg av problemstilling og undersøkelsesenheter til samtykke, anonymitet og respekt overfor informantene. Det innebærer både formelle og uformelle sider.

Det formelle ved dette er ivaretatt på følgende måte:

- Personvernombudets retningslinjer er fulgt.
- Studien er meldt inn til og godkjent av NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste).
- Respondentene har fått skriftlig og muntlig informasjon om studien
- Respondentene har skriftlig samtykket til å delta i undersøkelsen
- Undersøkelsesenhet/respondenter er anonyme. Ingen navn er oppgitt.
- Det er tatt lydopptak av intervjuene som igjen er blitt transkribert av forsker. Data har kun vært tilgjengelige for forsker og veileder. Disse opptakene vil bli slettet så snart studien er gjennomført og vurdert av sensor.

Dokumentasjon fra NSD og informasjonsskjema til respondenter er vedlegg til oppgaven.

De ikke-formelle hensynene pågår gjennom hele prosessen. Siden jeg er avdelingsleder ved et kommunalt helsehus, valgte jeg blant annet å unngå å forske ved virksomheter i denne kommunen. Min vurdering er at det var mest riktig å velge bort den kommunen jeg selv jobber i, siden jeg antar at informanter flest er friere på en annen måte overfor en forsker de ikke har som kollega. Det viktigste er imidlertid å reflektere over valg som tas, inkludert valg av undersøkelsesenhet(er)/respondenter og forholde seg til den konteksten valgene medfører.

Hensikten med valgene er viktig å tenke nøye over, inkludert de etiske sidene ved dem. Kvalitative intervjuer gjøres først og fremst for å samle inn data. Samtidig

kan denne type intervjuer blant annet bidra til at informantene blir bevisst på forhold de på forhånd ikke var fullt ut oppmerksomme på (Patton, 2002).

Intervjueren – forskeren – har et etisk ansvar i det å ivareta intervjusituasjonen og informantene på en god måte.

Jeg mener å ha gjort det jeg kan for å opprettholde en god etisk standard. I forkant av intervjuene ga jeg muntlig informasjon i tillegg til den skriftlige. Jeg forklarte at jeg ikke var ute etter spesielle svar, men deres egne erfaringer og refleksjon.

Hvis jeg stilte spørsmål som de ikke ønsket eller kunne svare på, så vektla jeg at jeg respekterte det. Tonen var god under alle intervjusituasjonene og respondentene virket interesserte i å fortelle.

Respondentene har hatt mulighet til å trekke seg fra undersøkelsen.

I skrivingen av rapporten har jeg vært opptatt av å behandle data og respondenter på en hensynsfull måte.

## 4. Analyse

Dette kapitlet handler om analysen. Først vil jeg redegjøre for hvordan jeg har jobbet med å komme i gang med analysen og hvordan jeg har gjennomført koding og kategorisering av data, det vil si av funnene. Dette er skjematisk fremstilt for å kunne skape en teoretisk ramme som jeg organiserer analysen med. Jeg gjør oppmerksom på at det var noe overlapping mellom noen av trinnene. I praksis skilr noen av dem inn i hverandre.

Neste del av dette kapitlet er en oppsummert oversikt over de emnene jeg har hatt fokus på i undersøkelsen. Siste del av dette kapitlet inneholder presentasjon av de funnene som er knyttet til sykehjemmets overgang til ny bemanningsmodell og drøfting av disse. Kapittel 5 består av analyse av tre kategorier som jeg har kommet frem til ved hjelp av koding av data (funn). Beskrivelser og drøfting er flettet i hverandre i både siste del av dette kapittel og i kapittel 5 og utgjør derfor analysen som en helhet.

Jeg vil i neste underkapittel gjenta forskningsspørsmålene for å bevisstgjøre hva disse går ut på slik at disse er «friskt i minnet» før jeg går over til presentasjon av analysearbeidet.

### 4.1. Oversikt over forskningsspørsmålene

Her har jeg skrevet en oversikt – som en påminnelse - over de emnene jeg har hatt hovedfokus på i undersøkelsen; dette for at det skal være lettere å lese analysen som følger etter.

Jeg har gitt denne masteroppgaven følgende tittel: «Hvordan kan interne bemanningsløsninger for vikarer bidra til å sikre nødvendig kompetanse og god pasientbehandling?»

Jeg har vært interessert i å finne ut mer om hvordan en virksomhets egen interne bemanningsløsning med fast ansatte vikarer kan virke inn på forhold som fleksibilitet og kompetanse.

Forskningsspørsmålene er:

- Hvilke faktorer bidrar til å få en virksomhets bemanningsløsninger for vikarer til å fungere og motsatt; hvilke faktorer virker hemmende?
- Er det mulig å komme frem til strategier for å sikre nødvendig kompetanse ved å opprette interne og fleksible bemanningsløsninger (for «vikarer»)?
- Hvordan kan en virksomhets egen interne bemanningsløsning med fast ansatte vikarer virke inn på fleksibiliteten?
- Er det mulig å identifisere forhold som kan motvirke mangel på tilstrekkelig fagkompetanse i betydningen riktig kompetanse på rett sted og til rett tid?

Jeg har vært opptatt av hva en virksomhet selv kan gjøre for å trygge faglig bemanning ved hjelp av sine egne ansatte og det er et mål å få en dypere forståelse av forhold rundt dette temaet. I påfølgende underkapitler vil jeg redegjøre for hvordan jeg har jobbet med analysen for å finne ut mer om dette.

## 4.2. Analyseprosessen

Jeg vil her beskrive arbeidet med analysen steg for steg. De ulike fasene går i praksis noe inn i hverandre, men jeg har valgt å benytte Creswells (2014) teorier i fremstillingen, siden jeg både har fulgt denne metoden og det gir en god oversikt ved å forklare det trinnvis.

### 4.2.1. Første steg i analysen

Jeg startet analysearbeidet med å transkribere intervjuene ved å skrive dem ordrett av mens jeg lyttet til opptakene. Dette kaller Creswell (2014) for steg 1 i analysen. Jeg gjorde dette så tidlig jeg klarte i etterkant av hvert intervju. Dette var et meget tidkrevende arbeid som til sammen tok mange dager å gjennomføre. Det var nyttig å gjøre dette arbeidet selv siden jeg merket at analyseprosessen pågikk

aktivt mens jeg jobbet med dette. Jeg gjenkjente det Nilssen (2012) sier, at oppgaven med å transkribere bidrar godt til analysearbeidet og at det er mange fordeler med å gjøre dette selv som forsker. Det kom mange nye tanker underveis og jeg skrev ned en del notater (stikkord) mens jeg holdt på med det. Merriam bruker betegnelse «memo» og «memoing» om denne type nedtegnelser. Hun skriver: «You write a separate memo to yourself capturing your reflections, tentative themes, hunches, ideas, and things to pursue that are derived from this first set of data» (Merriam, 2009, s. 170). Denne refleksjonen bidro også til at jeg ble godt kjent med datamaterialet, noe som igjen ga idéer til kodingen. Dette illustrerer at denne type forskningsprosess i stor grad også handler om dypere forståelse som utvikler seg over tid mens forskeren holder på. Denne måten å jobbe på med materialet kan defineres som det Merriam (2009) kaller «constant comparison» hvor man kontinuerlig reflekterer mye og sammenlikner temaer, koder og «memos».

#### 4.2.2. Andre steg i analysen

Neste steg i analysen gikk ut på at jeg leste nøye gjennom de transkriberte intervjuene. Creswell (2014) kaller dette for steg 2 i analysen. Jeg merket av de ordene og setningene som var jeg vurderte som relevante i forhold til problemstillingen og valgte å merke ganske mye av teksten innledningsvis. Her er et eksempel hvor jeg har satt understrek under de ordene/den setningen som var av spesiell betydning for undersøkelsen: «... helgen, når den er ferdig, så puster man letta ut ofte. – Jeg tror vi føler det sånn alle og enhver. – Ja. –Ja, tre uker til neste gang, det er litt sånn.» Jeg vurderte utsagnet om det å ha vakter i helgen som interessant fordi det illustrerer hvor langt sykepleiere kan strekke seg for å være fleksible de gangene sykepleierkompetansen er for lite tilgjengelig ved at det er få sykepleiere på jobb. Det sa også noe viktig om vektleggingen av kompetanse og fordelingen av den.

Det var i utgangspunktet mye stoff som var interessant og det var store mengder data å gå gjennom. Samtidig skrev jeg notater med stikkord og setninger som jeg



la spesielt merke til. Jeg begynte å danne meg et mer nyansert helhetsbilde av funnene. Dette utgjorde starten på kodingen.

### 4.2.3. Tredje steg i analysen

I steg 3 (Creswell, 2014) jobbet jeg med å organisere funnene inn i ulike bolker. Disse bolkene fikk ulike betegnelser. Jeg brukte intervjuguiden som mal og la funnene fra de forskjellige respondentene inn under de samme områdene (overskriftene) som intervjuguiden har. De ulike respondentene fikk hver sine skriftfarger. Det var til hjelp for å skaffe meg en best mulig oversikt og bidro til å rydde. Dette gjorde jeg elektronisk og det ble ganske mange sider totalt. Deretter printet jeg det ut og skrev stikkord i marginen og skrev i tillegg mange notater for hånd utenom. Jeg så etter funn som enten skilte seg spesielt ut ved å være overraskende eller annerledes, eller som gikk mye igjen i de forskjellige intervjuene. Jeg så etter det som var enten likt eller ulikt innenfor samme tema ved å benytte «constant comparison» (Merriam, 2009). Her er lite eksempel på koding av et funn: Denne uttalelsen la jeg inn i en kode jeg kalte «Trygghet og tilhørighet», siden dette var et tema som gikk igjen i alle intervjuene: «så tror jeg det er viktig med tilhørighet».

Her er et annet lite eksempel på to funn som jeg har satt sammen under tidlig fase før jeg endte opp med de endelige kategoriene. Funnene representerer ulike holdninger til innføringen av det ambulante teamet og en potensiell kategori var holdninger/motivasjon:

Mulig kategori: Holdninger/Motivasjon	
«Hos meg, så er det, så har det vært mest positivt»	«Før vi startet opp med det teamet så har vi fått ganske mange negative tilbakemeldinger også»

Metoden går ut på at man sammenlikner ulike data/funn med hverandre for å se etter forskjeller og ulikheter. Funnene settes sammen innenfor liknende tema eller område. Disse kan danne utgangspunktet for en kategori. Utsagnene over illustrerer ulike holdninger eller tanker om det ambulante teamet.

Hele tiden forsøkte jeg å ha problemstillingen i tankene, siden den naturlig nok er førende for hva jeg har sett etter. I tillegg så jeg spesifikt etter funn som handlet om fleksibilitet siden dette er en sentral teori i denne oppgaven. Kompetanse var et annet viktig nøkkelord. Creswell (2014) henviser til at samfunnsvitenskapelig forskning tradisjonelt tillater kodene å bli utviklet etter hvert i analyseprosessen. Han viser også til at i forskning innen helseområdet, er det populært å ha forhåndsbestemte koder ved å lage en kvalitativ kodebok. Det anbefales i så fall at denne kodeboka kan utvikle seg i løpet av analyseprosessen. Jeg brukte en blanding av disse kodemetodene, siden fleksibilitet var noe jeg var bevisst på å lete etter i analysen helt fra starten av. Samtidig var jeg opptatt av å jobbe på en induktiv måte slik Patton (2002, s. 453) skriver: «Qualitative analysis is typically inductive in the early stages, especially when developing a codebook for content analysis or figuring out possible categories, patterns, and themes.» Jeg så ikke etter spesielle ting, men var ute etter å utforske det som måtte komme frem om de områdene jeg var opptatt av å finne ut mer om, det vil si alle slags forhold som omhandler kompetanse og fleksibilitet.

#### 4.2.4. Fjerde og femte steg i analysen

Fjerde steg femte i analysen (Creswell, 2014) dreier seg om det jeg beskriver her. Etter at jeg var ferdig med å organisere funnene i store hovedbolker, begynte jeg å jobbe med å utarbeide mer utviklede kategorier eller temaer, slik Creswell (2014, s. 199-200) skriver: «Use the coding as well for generating a small number of themes or categories» og «These themes are the ones that appear as major findings in qualitative studies and are often used as headings in the findings sections of studies». Denne prosessen krevd mye tankearbeid og jeg opplevde at det var en blanding av både kreativ og systematisk jobbing. Dette handler om «constant comparison», en metode som jeg har beskrevet ovenfor (Merriam, 2009). Den har jeg brukt både både innenfor hvert enkelt intervju, men også mellom de forskjellige intervjuene.

Aktuelle temaer, det vil si funn, som jeg vurderte som nødvendige og aktuelle å ha med i forhold til problemstillingen, sorterte jeg inn i fire hovedkategorier:

- Omstrukturering
- Vekting av kompetanse
- Tetting av hullene
- Balansegang mellom trygghet og uro

Disse kategoriene belyser viktige faktorer som er nødvendige for å sikre riktig kompetanse på rett sted og til rett tid og hva dette kan bety for de ulike aktørene i virksomheten mest mulig helhetlig. Kategoriene viser aktuelle faktorer om hva forandringene undersøkelsesenheten har gjort, kan fortelle oss om disse forholdene og om hva denne form for organisasjonsendring kan bety for fleksibiliteten. Her er et lite eksempel på koding av tre av funnene som jeg har puttet inn i kategorien «Tetting av hullene»:

Kategori: «Tetting av hullene»
«Jeg var på tre forskjellige avdelinger»
«Utfyller hverandre på en måte da»
«Vi er mindre på enn vi var i fjor».

Den ene av kategoriene handler spesifikt om overgangen til den nye bemanningsmodellen, siden det er nødvendig å få frem en del om denne prosessen for å få kunnskap om hva innføring av en slik modell kan innebære. Det gir dypere forståelse for hva en slik struktur kan bety i forhold til det å sikre kompetanse ved et sykehjem. Emner som handler om innføringen av og omstillingen til denne modellen, har jeg definert som en kategori og har kalt den «Omstrukturering». Det er derfor naturlig å starte med å legge frem denne kategorien først for lettere å skape en rød tråd i denne kvalitative fortellingen, men aller først vil jeg si litt om det sjette og siste steget i beskrivelse av analyseprosessen. Deretter følger en liten oversikt over alle kategoriene.

#### 4.2.5. Sjette steg i analyseprosessen

Det siste steget – eller trinnet – i analyseprosessen handler om tolkning av funn og resultater i den kvalitative undersøkelsen, gjerne ved å svare på spørsmål om hva

denne undersøkelsen har lært meg som forsker og hva den gir eller ikke gir svar på. Det er også vanlig å sammenlikne resultatene i undersøkelsen med annen litteratur, for eksempel annen relevant forskning eller teori innenfor samme område (Creswell, 2014). Beskrivelser og drøftinger som dette har jeg både flettet inn i analysen av de fire kategoriene og i konklusjonen.

Jeg vil nå gi en oversikt over de fire kategoriene.

### 4.3. Oversikt over kategorier (funn)

Her vil jeg gi et lite innblikk i og oversikt over kategoriene som det er redegjort for i analysen. Som nevnt under punkt 4.1., er det å sikre tilstrekkelig og riktig kompetanse til rett tid et stort fokus i problemstillingen, så funnene er plassert i kategorier linket inn mot dette. Jeg har sortert funnene i fire hovedkategorier.

Først i analysen vil jeg redegjøre for og drøfte hvordan overgangen fra den tradisjonelle bemanningsmodellen med tilkallingsvikarer til modellen med det ambulante teamet har vært for informantene; dette i relasjon til teorier om fleksibilitet. Bakgrunnen for opprettelsen av dette teamet er viktig å se nærmere på for å forstå helheten og det gir innsikt også i forhold til problemstillingen å kjenne til prosessen rundt hva som har skjedd gjennom denne endringen. Disse emnene, har jeg definert som en kategori og har valgt å kalle den «omstrukturering».

Den andre kategorien har jeg kalt «vekting av kompetanse» siden mange viktige funn handler om forhold knyttet til ulike måter å tenke om kompetanse på. Den tredje kategorien har jeg gitt betegnelsen «tetting av hullene»; her belyses først og fremst ting som skjer når noen av de faste i avdelingen er fraværende og det oppstår kompetansebehov. Den fjerde kategorien har fått navnet «balansegang mellom trygghet og uro». Det dreier seg om forhold rundt det «å gi og ta»; det er ikke mulig å få til alt og ubalanser i ulik grad er nok mer regel enn unntak. Disse fire kategoriene utgjør selve analysen. Den første kategorien blir beskrevet i neste avsnitt og de tre neste kategoriene blir beskrevet i kapittel 5.

## 4.4. Omstrukturering -Innføring av ny modell

Det å innføre en ny bemanningsmodell ved sykehjemmet innebærer store forandringer og mye omstrukturering i blant annet måter å jobbe på. Jeg vil her redegjøre for og analysere hvordan overgangen fra den mer tradisjonelle bemanningsmodellen med tilkallingsvikarer og ringelister til en helt ny modell med det ambulante teamet har vært for informantene. Jeg bruker teorier om fleksibilitet for å belyse dette.

Det er viktig å se på bakgrunnen for opprettelsen av dette teamet for å forstå helheten og det gir innsikt også i forhold til problemstillingen å kjenne til prosessen knyttet til denne endringen.

Respondentene sier det har vært mye motstand mot opprettelsen av det ambulante teamet og tror mye av grunnen er at avdelingene har vært veldig fornøyd med tilkallingsvikarene de har vært vant til å ha hos seg. Avdelingene har ikke hatt ønske om å miste sine «faste» tilkallingsvikarer, i følge funn i undersøkelsen. De sa at mange var veldig fornøyd med den gamle ordningen og at de ikke så behovet for ny bemanningsmodell. Endringen kan sees på som et brudd på «den psykologiske kontrakten» siden de nå må forholde seg til en helt annen struktur og til dels også nye kollegaer, noe som lett kan føre til motstand (Jacobsen, 2009). (Jeg redegjør for den «den psykologiske kontrakten» under punkt 5.2.1.) Det er en annen måte å jobbe på nå slik at nye «avtaler» må opprettes, blant annet ved at ansatte i teamet mange ganger er på den enkelte avdeling kun deler av vekten. Under punktene 4.4.3. og 5.2.3. har jeg beskrevet sider ved dette fenomenet nærmere.

Her er eksempel på en uttalelse fra en i avdelingen om hvordan det har pleid å fungere med tilkallingsvikarer: «Vi er flinke til å bruke vikarer som er kjente og at de ikke hele tiden er nye som må læres opp og sånn». Det ambulante teamet sa at de selv hadde vært tilkallingsvikarer først og fremst ved en eller to av avdelingene tidligere. Graden av motstand er kanskje også knyttet til dette, siden de uttrykte at de opplevde motstanden større der hvor de selv var mindre kjent fra før.

Motstand er en faktor som kan påvirke fleksibiliteten betydelig og føre til at kompetansen ikke blir godt utnyttet (Skorstad & Ramsdal, 2009). Selv om motstanden fra de ansatte har vist seg stor, mener lederne at de var nødt til å foreta grep i retning denne løsningen. Det handler spesielt om å følge Arbeidsmiljøloven (2005), siden mange av tilkallingsvikarene hadde opparbeidet seg krav. (Lovverket er beskrevet under punkt 3.3.3.) Motstanden kan sees på som en trussel mot at det ambulante teamet skal kunne fungere og skaffe til veie den ønskede fleksibiliteten. Den kan også sees på som et varsel om forhold som bør vurderes. Uansett er det noe som kan kreve at det jobbes bevisst med.

Her finnes flere paradoks og ulike interesser som det ikke er mulig å tilfredsstille samtidig. Det er mange forhold rundt innføringen av den nye bemanningsmodellen som har stor betydning både i forhold til fleksibilitet og kompetanse. Initiativet til bemanningsmodellen kommer fra lederhold, så neste avsnitt handler om innføring av den nye strukturen sett fra deres vinkel.

#### 4.4.1. Innføring av ny modell - Fra ledernes ståsted

Lederne har naturlig nok et helt spesielt ansvar for innføringen av den nye bemanningsmodellen. Denne omstruktureringen og omorganiseringen har sin bakgrunn i at kommunen fra sentralt hold ønsket å redusere omfanget av uønsket deltid blant de ansatte, i følge opplysninger fra lederne. En mer direkte utløsende årsak til opprettelsen av det ambulante teamet, er det imidlertid Arbeidsmiljøloven (2005) som har dannet grunnlaget for, som beskrevet under punkt 3.3.3.

Lovverket har med andre ord vært sterk bidragsyter til opprettelsen av det ambulante teamet. Dette er interessant som fenomen i seg selv siden loven er opprettet for å ivareta arbeidstagerens rett til faste stillinger og samtidig er det med på å skape store (og antagelig utilsiktede) ringvirkninger på flere områder. Det fører blant annet til et spenningsforhold mellom virksomheters behov for arbeidskraft i bred betydning og arbeidstakeres muligheter til å få skaffe seg arbeid. Virksomhetsleder sa:

«Bakgrunnen for ambulant team var rett og slett dette med krav, altså at det var såpass mange hos oss som hadde opparbeida seg store krav og vi måtte finne en eller annen løsning i forhold til å få plassert de i systemet.»

I tillegg kommer det frem at de hadde mange vikarer de var fornøyd med og som fra før av var tilknyttet enkeltavdelinger, så dette var også medvirkende faktor: «Vi hadde mange dyktige. Det er et viktig poeng, for i forkant av det så hadde vi gjort noe i forhold til å knytte vikarer til hver avdeling. Så hadde vi jobba ganske målretta i forhold til å ha gode vikarer på hver avdeling.»

Videre kom det frem under intervjuet at det er mange ufaglærte blant vikarene som også har opparbeidet seg rettigheter om fast ansettelse. Alle tilkallingsvikarer uavhengig av utdanning får rett til fast ansettelse dersom de har jobbet lenge og mye nok til å fylle kriteriene i følge Arbeidsmiljøloven (2005). (Dette lovverket er beskrevet under punkt 3.3.2.) Lederne uttrykte stor grad av uro knyttet til dette, siden undersøkelsesenheten ikke har behov for dem i ordinære, faste turnuser i avdelingene. Følgende utsagn beskriver dette slik:

«Det som organisasjonene sier, er jo at vi har brukt disse her årsverkene, så må det være bruk for dem, da kan dere like godt ansette de i faste stillinger og det, det er jo både sant og usant for vi har jo brukt de, ja, men vi har ikke brukt de som en vanlig stilling.»

Et aspekt som forståelig nok er viktig fra et lederperspektiv, er å ha kontroll på at ikke flere tilkallingsvikarer opparbeider seg krav om fast stilling. Som beskrevet ovenfor, var utfordringer knyttet til krav om økte stillinger/faste ansettelser den konkrete foranledningen til denne nye løsningen selv om også målet om å redusere uønsket deltid dannet et «bakteppe».

Det er interessant å se dette i forhold til fleksibilitet. Lovverket påvirker fleksibiliteten gjennom Arbeidsmiljøloven (2005) ved at mange av tilkallingsvikarene enten ikke bør benyttes eller ved at de må ansettes fast. Dette kan føre til at de vikarene som selv ønsker å ha midlertidig arbeid og «løse» vakter, ikke får tilgang til å jobbe fordi virksomheter er nødt til å ansette andre/flere på fast basis. Da vil noen kunne bli trengt bort. Et lovverk er ikke skreddersydd alles behov. Selv om mange – antagelig et stort flertall – ønsker

faste stillinger, så finnes det noen som ikke vil ha dette. Lovverket kan virke inn både på den kvantitative og den kvalitative fleksibiliteten, disse typene fleksibilitet er beskrevet i teorikapittelet under punkt 2.1.4. Det kom frem at de synes det er rart at problematikken rundt opparbeidelse av krav om faste stillinger fra tilkallingsvikarer ikke har fått mye større oppmerksomhet rundt omkring:

«Jeg forstår ikke det har vært så lite rundt det. Det har vært lite diskusjon rundt det.»

Ved å organisere hoved-andelen av vikarene innenfor en fast ramme, er målet å forhindre at dette fortsetter:

«I dette prosjektet ligger også en tanke om at vi må sørge for å stoppe den praksisen som gjør at de får danna seg nye krav.»

Jeg vil derfor hevde at lederne har en motivasjon for å lykkes med prosjektet også fordi det er behov for å ha kontroll på antall ansatte og type kompetanse. Det kommer frem at for at de skal lykkes med prosjektet, må det føre til at færre opparbeider seg krav. For å ha kontroll, må de sørge for at virksomheten har tilstrekkelig antall ansatte, verken for få eller for mange. Virksomheten må sikre at de ikke må ansette arbeidskraft de ikke har behov for i faste stillinger. Ambulant team må fungere så fleksibelt at de klarer å «tette hullene» på tilfredsstillende vis. Det er også et mål å øke kvaliteten og fleksibiliteten på viktjenesten, i følge prosjektets formål. Arbeidsmiljøloven med den såkalte «4 års regelen» og den nye lovendringen som gir deltidsansatte rett til stillingsbrøk tilsvarende den arbeidstiden de faktisk har jobbet, er ment å ivareta ansattes rettigheter (Arbeidsmiljøloven, 2005). (Dette er beskrevet under punkt 3.3.3.) Den bidrar samtidig til et økt press for ansatte til å jobbe fleksibelt i betydning mer fragmentert for den gruppen Atkinson kaller «periferigruppen». (Atkinsons modell er beskrevet under punkt 2.1.5.) Det går i korte trekk ut på at disse må utføre flere rutinepregede og oppstykkede oppgaver. Denne diskusjonen kommer jeg tilbake til under kapittel 5.2.3. i kategorien «tetting av hullene».

Så hvordan skal en stor og kompleks virksomhet som et sykehjem klare å håndtere dette på en god måte? Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47, 2008-2009) krever at kommunene har nødvendig kompetanse til enhver tid.



Arbeidsmiljøloven (2005) krever at en stor andel tilkallingsvikarer samt deltidsarbeidende som jevnlig utfører merarbeid, blir fast ansatt. Disse kravene er i stor grad på kollisjonskurs så lenge den reelle tilgangen på riktig type kompetanse blant tilgjengelige vikarer er mangelfull. Som beskrevet under kapittel 1, er det mangel på både sykepleiere og helsefagarbeidere.

Arbeidsmiljøloven (2005) som er nevnt ovenfor, kan bidra til å øke dette problemet. Disse to ulike lovene jobber på et vis både mot hverandre, men kanskje også med hverandre. Det ligger også et mulig potensiale i det å tvinge flere kommuner til å ansette flere i faste stillinger. Det ligger muligheter i det å velge å ansette helsefagarbeidere og sykepleiere i stedet for å ha et stort antall tilkallingsvikarer, men da må man tørre å satse på interne og fleksible bemanningsløsninger.

Det ambulante teamet er nettopp et forsøk på å møte disse utfordringene og det er ikke «minste motstands vei» som er valgt. Virksomheten og kommunen den tilhører viser vilje til å satse på og teste ut noe nytt. Det står det respekt av. Så hvordan kan man organisere det ambulante teamet på en slik måte at de er på rett sted til de tidene på døgnet og i uka behovet er der og samtidig innfri kompetansekravene?

Det hviler naturligvis et ekstra ansvar på ledelsen med tanke på å få den nye bemanningsløsningen til å fungere. Modellen de frem til nylig har hatt med kun tilkallingsvikarer, har de etter hvert høstet gode erfaringer med. Alle respondentene bekreftet dette under intervjuene. Et viktig kjernespor var derfor hvordan de best mulig skulle organisere den nye bemanningsløsningen. De søkte derfor råd utenfra.

Virksomhetsleder sa hun har jobbet med å kartlegge hva andre har gjort og hvordan liknende vikarmodeller har fungert ved å ta kontakt med andre. Hun har derfor vært i kontakt med flere kommuner ulike steder i Norge, samt lett og lest på internett. Det viste seg at det var langt enklere å finne skrekkeeksempler enn vellykkede eksempler å lære av. Hun mente at det var viktig å prøve å finne ut hvorfor det har fungert så dårlig andre steder og sa blant annet:

«Det var vanskelig å finne noen som hadde lyktes i dette her.»

Disse funnene viser at undersøkelsesenheten har prøvd å lære av andre og at det er en hel del «prøving og feiling» i forskjellige virksomheter og kommuner rundt i landet. Det kan tyde på at det er mange som strever med å finne løsninger i relasjon til problemstillingen i denne undersøkelsen. Disse forholdene viser at det kan være behov for mer systematisk oversikt og kunnskap rundt dette temaet. Utfordringene de forskjellige møter kan være de samme enten utløsende årsak til utprøving av slike bemanningsmodeller er ansatte med krav om faste stillinger, eller målet er å få sikret tilgangen på kompetanse. Jeg antar at mange hadde hatt nytte av å få mer kunnskap om slike forhold.

Gjennom undersøkelsene som ble foretatt på forhånd, konkluderte de med at det antagelig var riktig å bygge opp et ambulant team med egen fagleder. Det å vektlegge utvikling av teamfølelse, tilhørighet, kvalitet og kompetanse ble vurdert som viktige fokusområder. Vurderingen av at det er viktig å satse på disse tingene, er gjort på bakgrunn av at de vil prøve å gjøre det på en annen måte enn alle kommunene og virksomhetene som har mislykkes med sine vikarpooler og liknende løsninger. Noe lederne mener kan være en suksessfaktor, er at teamet oppleves som en ressurs i avdelingene. De må også oppleve selv at de er en ressurs. Dette mener de også på bakgrunn av informasjon de har hentet fra andre som har erfaringer med liknende bemanningsløsninger. For at det ambulante teamet skal fungere som en ressurs ute i avdelingene, må de kunne tilfredsstille behovet for kompetanse. Under punkt 5.1. i kategorien «vekting av kompetanse», skriver jeg mer utdypende om forhold knyttet til kompetanse. Hvor og når de er på de ulike avdelingene, vil også påvirke opplevelsen av at de er en ressurs. Det vil si at de må ha rett kompetanse til riktig tid og i tilstrekkelig omfang for å kunne oppnå dette. For å lykkes med det, kreves koordinering og samhandling. Graden av motstand vil dessuten også virke inn på dette.

Kort oppsummert har ledelsen på bakgrunn av at mange av tilkallingsvikarene har opparbeidet seg krav om faste stillinger i henhold til lovverket, tatt initiativ til å opprette en bemanningsløsning hvor flere av disse nå jobber i det de kaller ambulant team. Målet er å få kontroll over hvem de ansetter. Det følger imidlertid en rekke utfordringer med det å satse på en slik organisasjonsløsning og det har vært vanskelig å finne rollemodeller å lære av. Mange virksomheter innen

kommunehelsetjenesten har forsøkt ulike vikarpool-varianter, men få mener å ha klart å lykkes med det.

Nå vil jeg gi en beskrivelse av det som kom frem i møtet med de merkantile.

#### 4.4.2. Fra de merkantiles ståsted

Jeg vil her redegjøre for funnene knyttet til de merkantile og deres funksjon. Sykehjemmet har to merkantile som jobber med turnusarbeid og det å ringe tilkallingsvikarer. Avdelingslederne og de ansatte i avdelingene slipper i utstrakt grad å «fylle vaktboka» med vikarer, noe som er en meget tidkrevende oppgave. Både avdelingsledere og ansatte i avdelingen uttrykte at de er svært fornøyd med at de merkantile tar seg av dette.

Merkantile sa følgende om denne strukturen: «Det er på en måte bestemt at den skal fortsette fordi at det har vært en del snakk om at det er litt misbruk av avdelingsledere å sitte og ringe etter.. Det er sykepleiere med en solid videreutdanning og så videre, ikke sant – så dem kan bruke faget sitt på en bedre måte, på avdelingen». De merkantile har derfor dybdekunnskap fra sitt ståsted om hva det vil si å sørge for å sikre kompetanse på rett sted og til rett tid.

Avdelingslederne har av den grunn mindre direkte kontroll med innleie av tilkallingsvikarer. En avdelingsleder sa at dette var litt uvant i starten siden hun tenkte at hun selv måtte ha kontrollen, men at hun raskt ble vant til det. Årsaken til at det fungerer så bra er at de merkantile har de rette egenskapene til denne oppgaven: «Det er klart det krever gode merkantile og, altså, jeg tror ikke det er hvem som helst som kunne hatt den jobben som «x» og «y» har, for de er veldig på, de skjønner systemet og de er liksom veldig tett på hele tiden. («x» og «y» er anonymisering) Hun sa også: «Så du må ha riktig person på rett plass, da, ja.» Dette viser viktigheten av å ha riktig kompetanse også i slike funksjoner og er et eksempel på organisasjonsstrukturens og organisasjonskulturens betydning for fleksibiliteten. (Teorien er forklart under punkt 2.1.1.)

Det kom frem under intervjuet at de kjenner de ulike avdelingenes behov godt og at de derfor selv kan ta mange avgjørelser knyttet til hva slags kompetanse avdelingene trenger til enhver tid. Samtidig har de daglig kontakt med avdelingslederne og mente at samhandlingen fungerer bra. Det dreier seg ikke om planlagte formelle møter, men et uformelt samarbeid. I følge avdelingslederne, sier de fra til de merkantile dersom de må ha en sykepleier eller kan klare seg uten, samt har ansvar for å vurdere om det strengt tatt er behov for å leie inn vikar ved fravær. De merkantile sa: «Det er ikke bare telling». Det i betydningen at de gjør vurderinger av hva som kreves faglig sett og at de ikke automatisk setter inn ufaglærte i sykepleiervakter. Samtidig sa de at de fleste tilkallingsvikarene er ufaglærte, noen er fagarbeidere og kun en liten håndfull er sykepleiere. Dette viser at det krever kontinuerlige vurderinger for å sikre den nødvendige kompetansen og at hensyn til økonomien er noe både merkantile og avdelingsledere er bevisste på ved at de ikke alltid erstatter fraværende med vikarer.

De merkantile sa at det var avgjørende for å sikre tilgang på kompetanse at det jobbes kontinuerlig med å ha tilstrekkelig antall vikarer tilgjengelig: «Rekruttere gode vikarer. Det er også alfa og omega. Være virkelig bevisst på hva du tar inn og ikke tar inn». De sa at de var opptatt av at dette var noe en virksomhet må ha fokus på hele tiden og ikke vente til det er krise: «...for da er det for sent». Strategien deres var derfor å ha et stort antall tilkallingsvikarer for å kunne være forberedt og unngå krisesituasjoner med mangel på tilgjengelig kompetanse.

De så at det medfører ulemper spesielt for de som jobber på denne måten: «Vanskeligheter med å planlegge livet sitt, og uforutsigbar lønn og det er jo en del ulemper sånn, og så er det som «x» sier at det er; det er litt sånne ulemper med at det kommer mye forskjellige mennesker hele tida fordi vi prøver å fordele vakter». («x»=anonymisering) De sa videre at en del av vikarene var bekymret når de mener de ikke får nok vakter. Samtidig opplever sykehjemmet at mange av dem likevel har jobbet som vikarer over lang tid. Denne gruppen tilkallingsvikarer kan sammenliknes med Atkinsons periferigruppe og Friedmans modell som jeg har beskrevet under punkt 2.1.5. (Skorstad & Ramsdal, 2009). En stor andel er ufaglærte og har av den grunn mer begrensede muligheter i arbeidslivet, noe som gjør dem lettere å benytte for å kunne ivareta numerisk fleksibilitet. Denne teorien er beskrevet under punkt 2.1.2. (Ramsdal et al., 2009) Mange av dem er villige til

å påta seg vakter på kort varsel og på ugunstige tider, for eksempel ved å jobbe flere helgevakter. Funn i denne undersøkelsen viser at mange av dem ikke tør å si nei til vakter fordi de lever med usikkerhet rundt hvor mange vakter de får fremover. Ansatte i ambulanseteam var samstemte i at dette var en lettelse å slippe: «Det er ikke like lett å bli ringt etter på morgenen – Ja, ikke sant. - kan du komme i dag, å himmel!»

Det at mange av dem har opparbeidet seg krav om faste stillinger, bekrefter at mange har jobbet jevnt mye over lang tid. Strategien med å ha et så stort antall tilkallingsvikarer er i gang med å endre seg på grunn av innføringen av ambulanseteam. Flere av de tidligere tilkallingsvikarene har sluttet i nyere tid som en konsekvens av modellen. Dette er interessant å se i lys av Arbeidsmiljøloven (2005) Den gagnar noen, men ikke alle. Den kan også bidra til å dempe den numeriske fleksibiliteten. Hvis den samtidig bidrar til å øke den kvalitative fleksibiliteten ved at flere virksomheter øker bevisstheten om hva slags kompetanse de benytter i fraværssituasjoner, vil den kunne dra i retning at man sikrer tilstrekkelig kompetanse til enhver tid. Samtidig, hvis virksomheter har for få ansatte tilgjengelig når fraværstoppen kommer, kan den virke i motsatt retning. Som de merkantile også sa: «Vi må alltid ha litt å gå på». De lagde for eksempel helst sommerturnuser tilsvarende deltidsstillinger av hensyn til dette. Det å ha et høyere antall vikarer som ikke er «brukt opp» i 100 % stillinger på forhånd, gir mer å gå på når fravær oppstår. Da er det lettere å få dekket vakter. Av samme årsak er de ansatte i ambulanseteam satt inn i 80 % stillinger med unntak av faglederen som har 100 % stilling. De merkantile har vært aktivt med i planleggingen av prosjektet med oppstart av det ambulante teamet og de har vært opptatt av å ivareta fleksibiliteten. 80 % stillingene er et eksempel på ønsket om å ha en viss numerisk fleksibilitet også innad i det ambulante teamet. (Se punkt 2.1.2. om numerisk fleksibilitet.)

De var opptatt av å ha nok vikarer blant annet for å unngå utløsning av overtid og for å slippe å bruke penger på eksterne og dyre vikarbyråer. Dette funnet bekrefter blant annet av forskning som beskriver at virksomheter opplever vikarbyråer som kostbare (Dahle & Østbye, 2007:4). (Beskrevet i kapittel 1.) Bruken av overtid er minimal, så de, og når det skjer så er det ofte knyttet til sykepleiere: «Mye av erfaringen rundt overtidsbruk har vært at det har ikke vært mulig å få tak i spesielt

da sykepleiere». Videre sa de at for å sikre tilstrekkelig sykepleierkompetanse på rett sted og til rett tid i sårbare situasjoner, er de avhengig av at sykepleierne er fleksible. Her er et eksempel på det: « Så må sykepleierne samarbeide litt da, eller avdelingene, for å få til sykepleierdekning gjennom sommeren. Også hender det at hvis vi ser at på dager vi har for lite, så frigjør vi en sykepleier». Med dette mente de at sykepleieren «går på topp» og utfører kun de aller mest nødvendige sykepleieroppgaver, oftest ved å jobbe på tvers av avdelinger i løpet av vekten.

Dette illustrerer at ved lav sykepleierdekning, blir oppgavene til sykepleierne mer oppstykket og fragmentert. Dette handler også om fleksibilitet, både kvantitativ og kvalitativ og viser at disse kan være infiltrert i hverandre. (Dette er beskrevet under punkt 2.1.4.) Det viser også det Klemsdal (2008) skriver om at det er nødvendig å utvikle en selvbevissthet i organisasjonen for at den skal fungere fleksibelt ved å komme frem til gode løsninger sammen.

Jeg har nå presentert og drøftet funn knyttet til de merkantilt ansatte. De var av naturlige grunner opptatt av å sikre fleksibiliteten og i stor grad den kvantitative (numeriske) fleksibiliteten, siden de har ansvaret for å dekke opp vakter ved fravær. De merkantile avlaster avdelingsledere (og avdelinger) betydelig ved at de har denne funksjonen. Det å jobbe kontinuerlig med å rekruttere gode vikarer og samtidig vurdere hva slags kompetanse de kan - eller må – sette inn, kom frem som viktige elementer. De bekreftet det jeg har beskrevet under punktene 1.1. og 1.2. om at tilgang på nok fagkompetanse er en stor utfordring (St. meld. nr. 16, 2011-2015 og Alsos et al., 2012:06).

I neste underkapittel vil jeg beskrive hvordan innføringen av modellen har vært for det ambulante teamet.

#### 4.4.3. Fra det ambulante teamets ståsted

Jeg vil her redegjøre for de funnene som handler om oppstarten av bemanningsmodellen slik respondentene i det ambulante teamet har opplevd den. De bekreftet det lederne sa om motstand og at det finnes ansatte som har vært/er skeptiske til og spente på denne nye løsningen. Respondentene sa for eksempel

følgende: «Før vi startet opp det teamet så har vi fått ganske mange negative tilbakemeldinger også, da, at dette fungerer ikke. Det er en dum ide, liksom sånne ting». Denne type negative tilbakemeldinger, kan defineres som motstand, slik jeg har beskrevet under 4.4.

På den annen side kom det frem at de stort sett blir møtt på en hyggelig måte når de kommer rundt, så de oppfattet det slik at de kritiske uttalelsene ikke var rettet mot dem personlig. De sa blant annet følgende om hvordan de blir tatt imot: «Veldig allright miljø og vi blir godt ivaretatt. Både av «x» og «y» og avdelinger og ja, ja. -Ja. -Ingenting, ikke noe å utsette på det». (x og y er anonymisering) De fortalte videre at de legger vekt på å være veldig åpne og har delt mange tanker med hverandre i avdelingene; de sa for eksempel dette: «Snakka med dem på avdelingene om dette her og vi har fortalt hva vi tenker og de har sagt hva de tenker og – Ja. – og jeg skjønner jo litt av frustrasjonen deres, det er ikke frustrasjon heller, men skepsisen, da.. -at de er spente på hvordan det her kommer til å fungere».

Respondentene i det ambulante teamet sa at de i det store og hele har tro på at de vil klare å lykkes med den nye bemanningsmodellen. Likevel finnes det ansatte som ikke deler denne holdningen, mente de, siden noen har uttalt at de ikke tror det er mulig å få det til å fungere.

De sa og at informasjon og kommunikasjon er avgjørende og opplevde at dette har vært vektlagt fra ledelsens side. Informasjon gis stor betydning: «Så informasjon det tror jeg er noe av det viktigste.» Det kom frem at informasjon fra ledelsen om hvordan det ambulante teamet skulle organiseres hadde bidratt mye også til at de selv forandret innstilling. For eksempel sa en av dem: «Jeg var veldig skeptisk til å begynne med. Jeg var det. Kjempe.» Informasjon fra ledelsen hadde bidratt til å fjerne – i alle fall kraftig dempe - denne skepsisen slik at de nå var langt mer positive. Dette er et eksempel på at kommunikasjon og samhandling påvirker fleksibiliteten slik også Klemsdal (2008, s.142) beskriver om at de ansatte må tenke nytt sammen og utvikle det han kaller selvbevissthet. Dette utvikler både den kvalitative og den kvantitative fleksibiliteten ved at teamet blir i stand til å fungere i de ulike avdelingene.

Det ambulante teamet ga inntrykk av å være godt motiverte og fornøyde med å

være del av det ambulante teamet: «Sett fra vikarene sitt ståsted så er det jo veldig gull å komme inn i et team». Videre kom det frem at det opplevde arbeidsmiljøet og samholdet som spesielt bra, og de sa følgende om kollegaene i teamet: «Veldig fin gjeng». Slike forhold er et godt utgangspunkt for å oppnå fleksibilitet, siden dette dreier seg om viktige kulturelle faktorer, slik jeg har beskrevet i teorikapittelet under punkt 2.1.1. Kulturelle forhold er, som beskrevet i det kapittelet, en viktig dimensjon som påvirker en organisasjons fleksibilitetsevne, siden faktorer som blant annet samhold og arbeidsklimate gjør noe med hvor langt ansatte strekker seg. De ansattes holdninger og hvordan de samarbeider og følger opp organisasjonens bestemte struktur, er avgjørende faktorer for å oppnå ønsket fleksibilitet. (Ramsdal et al, 2009). Det er viktig at de involverer seg og jobber sammen til beste for virksomheten.

De sa videre at de opplever det som positivt at de nå har en variert hverdag og de har fått en annen og helt ny horisont: «Dagene går, eller vaktene går fort, også blir man kjent med andre på hele huset, ikke sant. Det er mange positive sider med det og.» Jeg tolker dette utsagnet til å ha en viss grad av tvetydighet i seg. De vektlegger mye av det som er positivt ved modellen, men opplever samtidig at den innebærer en stor grad av rotering mellom avdelinger. Dette innebærer ulike nyanser av fordeler og ulemper.

Det kommer også frem fra det ambulante teamet at dette er en helt ny måte å jobbe på som krever noe annet både av dem og av det øvrige personalet: «Vi må jo være litt fleksible.» Med dette utsagnet mente de at som ansatte i det ambulante teamet har de en annen funksjon enn de avdelingstilhørige. De sa også at denne måten å jobbe på var veldig ny for dem. De fortalte at de må regne med at deres oppgave er å utfylle det de faste på avdelingene gjør og at de som ambulant team ikke har mulighet til å ha kontinuitet i arbeidsoppgavene på samme måte som de andre ansatte. Dette er interessant å se i sammenheng med spørsmålene Skjælaaen (2010) stiller om fordeling av arbeidsoppgaver, samt faktorer som hvilken innvirkning og struktur vikarpooler kan ha (Dziuba-Ellis, 2006). Disse referansene er omtalt under punkt 1.3.1. En av respondentene sa for eksempel at hvordan de tenker om ting som arbeidsfordeling, er avgjørende for at det skal fungere: «Veldig mye om innstilling». De viser med dette at de har innstilt seg på å være fleksible og at tankesettet påvirker fleksibiliteten.



Ved å sammenlikne dette med Atkinsons modell om den fleksible bedrift (som er beskrevet under punkt 2.1.5.), er det mulig å teoretisere dette fenomenet. De ansatte i det ambulante teamet kan sammenliknes med den gruppen Atkinson definerer som 1. periferigruppe. Da de var tilkallingsvikarer, kan man tenke seg at de tilhørte 2. periferigruppe. (Se figur under punkt 2.1.5.) Begge disse periferigruppene blir av Atkinson klassifisert som lettere å skifte ut enn de som jobber i kjernegruppen, blant annet ved at disse i høyere grad jobber med mindre attraktive oppgaver enn de som befinner seg i kjernegruppen. Han hevder at denne gruppen lettere søker seg bort siden de ønsker seg andre utfordringer og høyere lønn. Min vurdering er at ansatte i denne gruppen i denne spesifikke konteksten ved et norsk sykehjem ikke nødvendigvis søker seg bort på grunn av lønnsforhold. Lønnsforskjellene i Norge er ikke så store. Om denne gruppen søker seg bort for å få andre arbeidsoppgaver, ser jeg lettere for meg at kan skje. Indre motivasjonsfaktorer kan telle vel så mye som ytre motivasjonsfaktorer (som for eksempel lønn), ikke minst når man jobber innenfor helsesektoren. Det er for øvrig interessant å tenke denne tanken: Hadde de ansatte i ambulans team mer attraktive oppgaver som tilkallingsvikarer? Det er antagelig ulike meninger om det. Mye kommer også an på hvordan strukturen utvikler seg videre, siden de er i en tidlig innføringsfase.

Ved at de har vist seg å ha de ønskede egenskapene, ble de belønnet og tilbudt stilling i dette teamet. De er kommet «inn i varmen» ved å få fast stilling samtidig som de fremdeles ikke er inne i kjernegruppen slik jeg tolker Atkinsons modell.

Dersom kvalifikasjoner, omstillingsvilje, samarbeidsvilje og kreativitet blir belønnet, vil det kunne oppmuntre de føyelige og ramme de motvillige. Over tid kan de føyelige på den måten bli flere og de motvillige færre, fordi de siste vil søke seg bort ettersom de vil kunne føle seg urimelig behandlet. Og ettersom forskjellsbehandlingen fortsatt vil vedvare, kan en se for seg at det bygges opp en omstillingsevne som er betydelig, både i funksjonell og numerisk forstand (Ramsdal et al., 2009, s. 25).

Ovennevnte sitat kan beskrive situasjonen i undersøkelsesenheten. Ved å opprette det ambulante teamet, bidrar dette til å skape større funksjonell og

numerisk/kvantitativ fleksibilitet. Dette utsagnet fra ambulante team viser dette på en tydelig måte:

Men vi har jo i utgangspunktet vært klar over at sånn var det, når vi trådte inn i den stillingen, og vi søkte på den stillingen så var det en av forutsetningene at vi måtte på en måte være forberedt på at vi kunne være gjennom kanskje på tre avdelinger i løpet av en dag.

Dette illustrerer at de har forstått at de må tilpasse seg en fleksibel arbeidshverdag for å få anledning til å være en del av det ambulante teamet. Det kan tyde på at de har inngått en form for «psykologisk kontrakt», i alle fall med lederne. (Jeg har skrevet om «den psykologiske kontrakt» under punkt 5.2.1.)

Det kom samtidig frem at de trives aller best i de avdelingene hvor de er mest kjent og at den største fordelen med å jobbe i det ambulante teamet, er at de har fått fast stilling og et mer forutsigbart liv på det personlige (private) planet. Det viser at behovet for ansettelsestrygghet tross alt veier tyngre enn det å være avdelingsfast så lenge de ikke kan få oppfylt begge disse kriteriene samtidig.

Som nevnt ovenfor, tolker jeg det slik at det er noe tvetydighet rundt fordeler og ulemper ved å jobbe i det ambulante teamet. Hvis de hadde hatt mulighet til å velge fritt, ville de (eller noen av dem) kanskje ha valgt å jobbe fast i en avdeling. Den ene av respondentene sa at det ville ha vært førstevalget. Samtidig ga de et klart uttrykk for at de er fornøyde og glade for å ha fått denne muligheten, noe som ble uttrykt blant annet ved å si: «Så jeg er fornøyd. Kan ikke klage». De ga inntrykk av å være løsningsorienterte og svært positivt innstilt. Dette er eksempel på at de personlige egenskapene til den enkelte og kulturelle forhold i arbeidsmiljøet har stor innvirkning på fleksibiliteten, slik Skorstad og Ramsdal (2009, s.31) beskriver. (Se punkt 2.1.1.) Det vil si at de tilpasser seg jobbkravene knyttet til stor fleksibilitet og fokuserer på fordelene det også medfører å jobbe i det ambulante teamet. Det at de fremdeles trives spesielt godt i den avdelingen de tidligere tilhørte som tilkallingsvikarer sier noe om behovet for tilhørighet. Nå søker de likevel primært tilhørighet innad i det ambulante teamet, kan det virke som, i alle fall ser det slik ut i startfasen.

En liten oppsummering av dette punktet: Respondentene i det ambulante teamet ga uttrykk for at de syntes det er spennende og lærerikt å være med på innføringen av denne modellen. De sa at de hadde tro på at de vil lykkes og at mye handler om innstilling, nok informasjon og godt samarbeid. Det å være positiv, åpen og fleksibel kom frem som viktige egenskaper for dem å ha.

Neste punkt handler om de avdelingsfaste ansatte og hvordan innføringen av modellen har vært for dem.

#### 4.4.4. Den avdelingsfaste stabens ståsted

Den avdelingsfaste (som jeg også kaller den stedfaste eller avdelingstilhørig i følge punkt 1.9.) staben var, på lik linje med ambulante team, også opptatt av at dette er en stor forandring og at det har vært viktig å være forberedt og avklare ting. Siden de har vært fornøyd med hvordan tilkallingsvikarene har vært organisert tidligere, så de ikke behøver for å ha det ambulante teamet av den grunn, men det virket kjent for dem at hovedårsaken for opprettelsen av teamet, var at mange vikarer hadde opparbeidet seg krav om faste stillinger.

Det kom imidlertid frem i undersøkelsen at sykepleierne opplever spesielt helgene som veldig sårbare uavhengig av opprettelsen av det ambulante teamet. Fra deres ståsted er det ikke alltid riktig mengde sykepleierkompetanse på sykehjemmet. I situasjoner hvor sykepleierdekningen er lav, noe som spesielt gjelder helgene, strekker sykepleierne seg svært langt for å hjelpe til der hvor det er behov for deres kompetanse. De bekreftet det de merkantile sa om at sykepleierne må samarbeide godt med de ulike avdelingene, noe jeg har beskrevet under punkt 4.4.2. Dette viser at også de jobber på en veldig fleksibel måte. Det er helt tydelig at de kjenner seg presset på grunn av denne situasjonen. Følgende utsagn tolker jeg som tydelig i retning av at sykepleierdekningen i helgene kjennes utfordrende:

«Jeg har vært alene på mine i flere år og det er ikke noe stas det.» (Med det beskriver hun at hun er alene som sykepleier på vakt i helgene.)

«Helgen, når den er ferdig, så puster man letta ut ofte.»

«Jeg må ofte hjelpe til oppe og det er ikke uvanlig det.»

På spørsmål om hvor hyppig det skjer at sykepleier må gå over til en annen avdeling for å bistå i helgene, svares det at to-tre ganger eller mer per vakt ikke er uvanlig. Det kommer samtidig frem at sykepleierdekningen er blitt merkbart bedre generelt, spesielt i løpet av det siste året. De mener årsaken til dette er det økte behovet for sykepleierkompetanse på grunn av samhandlingsreformen (St. meld. nr 47, 2008-2009) og at ledelsen har jobbet med å imøtekomme dette. Faktorer som dette er eksempel på at også lovverket kan påvirke fleksibiliteten.

Korttidsavdelingen ser de på som «et lite B-sykehus» i betydningen at det ikke er så stor forskjell på den og på medisinsk avdeling på et sykehus. De opplever en stor forandring: «..etter samhandlingsreformen, spesielt på sykehjemmet, det har forandret seg. Endring av sykepleierfunksjon i veldig stor grad». Konteksten krever stor grad av den selvbevisstheten Klemsdal (2008, s.102) beskriver. (Se punkt 2.1.4.) Her har også faktorer som nettverk og samhandling spesiell betydning for fleksibiliteten. (Beskrevet under punkt 2.1.1.) Dette på bakgrunn av at det er mye samarbeid med sykehus og andre kommunale virksomheter på korttidsavdelingen. Slike faktorer påvirker arbeidsoppgavene og fleksibiliteten i korttidsavdelingene i høy grad. Det kommer også frem at de har erfaringer med at det kunne være mindre krevende å jobbe på sykehuset da de jobbet der siden det var flere sykepleiere på vakt der. Dette er eksempel på aktualisering av nødvendigheten av å ha rett kompetanse til rett tid.

Det har sjelden vært sykepleiere tilgjengelig som tilkallingsvikarer og det er kun ansatt en sykepleier i det ambulante teamet og hun var der også tidligere, så det ser ut til at sykepleierdekningen i helgene verken blir bedre eller dårligere av denne nye bemanningsløsningen: «.. sånn som modellen er nå, så hadde det sikkert vært fint og fått noen sykepleiere stående på den lista, men nå kommer jo det til å erstattes med dette ambulante teamet». Det at det bare er en sykepleier i teamet, har sammenheng med at sykehjemmet ikke har hatt sykepleiere som har opparbeidet seg krav om faste stillinger; funn viser at det har vært vanskelig å få tak i sykepleiere som har ønsket å være tilkallingsvikarer. Derfor har ingen heller opparbeidet seg slike krav. Numerisk fleksibilitet blant sykepleierne er med andre

ord svært lav. (Teorier om numerisk fleksibilitet er hentet fra Ramsdal et al. (2009) og er beskrevet under punkt 2.1.2.)

De opplever for øvrig at det er lavt fravær blant sykepleierne ved korttidsavdelingen. En respondent som jobber ved en langtidsavdeling sa imidlertid at det er høyt sykefravær i hennes avdeling inkludert blant sykepleierne. Dette kan være med på å forklare hvorfor sykepleierne ved korttidsavdelingen ofte må dekke andre avdelinger ved sykehjemmet i helgene, så mangel på sykepleiere et sted skaper ringvirkninger for andre. Sykepleierne i korttidsavdelingen har utviklet en personlig og faglig trygghet som skaper både kvantitativ og kvalitativ fleksibilitet: «Vi kan ta vakter overalt, ikke sant, fordi vi er ikke redde». (Se punkt 2.1.4. om disse teoriene hentet fra Klemsdal, 2008.) Det kom frem at en del ansatte var engstelige for å måtte jobbe ved andre avdelinger.

Fraværsituasjoner påvirker fleksibiliteten, blant annet ved at sykepleierne strekker seg langt for å dekke andre avdelinger enn den de egentlig jobber i. En landsomfattende undersøkelse, viste at det var vanskelig å ivareta pasientene ved sykehjemmene slik at forsvarlighet og kvalitet på tjenestene ble sikret (Paulsen, Harsvik, Halvorsen & Nygård, 2004). Områder som kan være problematiske å sikre, gjelder særlig ernæring, smerter og psykososiale behov. Årsaken var for lav sykepleierdekning, for lav grunnbemanning og for mange ufaglærte spesielt i helger og på kveldsvakter. Dårlige språkkunnskaper blant utenlandske ansatte var også en utfordring.

Disse funnene støtter opp under funnene i denne undersøkelsen. De samme utfordringene har kommet frem, inkludert dette med språkkunnskaper. Også enheten jeg har undersøkt, har flere utenlandske ansatte med til dels dårlige språkkunnskaper. Dette er forhold som de jobber med, blant annet ved at lederne presiserer at de må tørre å si fra hvis de ikke forstår; dette for å unngå misforståelser og unngå fare for pasientsikkerheten. En del av dem er utdannet sykepleiere i hjemlandet sitt, men uten å ha offentlig godkjenning som sykepleiere i Norge. Ledere og merkantile uttrykte at de så potensialet i å ansette dem siden de har mye kompetanse og forhåpentligvis kan bli godkjent som sykepleiere etter hvert. De mente også at det å jobbe, gir språktrening: «Det er det de lærer av, å gå her i miljøet. Det er ikke alltid en lærer like mye på et sånt norskkurs, tror jeg,

som de gjør hvis de går i miljøet her». Håpet er at de vil bidra til en langsiktig sikring av tilgang på sykepleierkompetanse siden målet er at de skal bli offentlig godkjente sykepleiere i Norge med tiden.

Jeg mener det er interessant å se på utfordringene knyttet til sykepleierdekning i helgene og det at de har problemer med å få tak i sykepleiere når det oppstår fravær blant dem, i lys av det ambulante teamet. Et viktig spørsmål, er om kompetansebehovet blir tilstrekkelig ivaretatt. Det ambulante teamet bidrar ikke til å løse utfordringene med å ha riktig kompetanse til rett tid i helgene hvis man ser på sykepleierdekningen. Lederne sa at det så langt ikke ser ut til å være behov for flere sykepleiere i det ambulante teamet. Sykepleierne opplever derimot at det er for sårbart i helgene og de forteller om et til tider svært høyt press da. Dette viser at fleksibiliteten er veldig kontekstavhengig. Som beskrevet under punkt 2.1., er fleksibilitet et komplekst begrep og har mange dimensjoner (Skorstad et al., 2009). Konteksten er blant annet svært ulik i helger kontra hverdager, samt i de forskjellige avdelingene. Hvem som er på vakt og hva slags kompetanse den enkelte arbeidstager har, påvirker også fleksibiliteten totalt sett.

Det at en stor andel av vikarbudsjetten brukes på det ambulante teamet, utgjør dessuten en risikofaktor i forhold til å ha fleksibilitet innen noen områder; det gir mindre økonomisk spillerom med tanke på å ansette eller engasjere flere sykepleiere. Dersom behovet for sykepleiere imøtekommes i for liten grad, vil det ikke være tilstrekkelig kompetanse på riktig sted til rett tid. Modellen både gir fleksibilitet og hindrer fleksibilitet – på ulike områder. Avdelingene ved sykehjemmet er dessuten ganske forskjellige. Spesielt korttidsavdelingen har behov for ekstra høy andel sykepleiere. Hvordan det ambulante teamet struktureres og hvordan kompetansen deres brukes, spiller naturligvis en viktig rolle for hvordan resultatet blir. Viktigheten av organisasjonsstruktur – og kultur for fleksibilitet har jeg beskrevet under punkt 2.1.1. (Skorstad & Ramsdal, 2009).

Kort oppsummering av dette punktet: Den avdelingsfaste staben har vært fornøyd med den gamle strukturen med tilkallingsvikarer, noe som har bidratt til at de ikke ser behovet for den nye strukturen. Jeg har her valgt å beskrive de sårbare periodene i forhold til kompetansebehov sett fra sykepleiernes ståsted på

bakgrunn av at det kom tydelig frem gjennom funnene. Det er imidlertid mange andre viktige forhold fra deres vinkel som blir drøftet gjennom resten av analysen.

Jeg forlater nå første del av analysen som jeg har kalt «omstrukturering» og går nå over til å diskutere den neste kategorien som heter «vekting av kompetanse».

## 5. Analyse av tre kategorier

Som beskrevet i kapittel 4 har jeg definert fire hovedkategorier gjennom arbeidet med koding av funnene. Den første av dem ble analysert i foregående kapittel. Jeg vil i dette kapitlet beskrive og analysere de tre neste som jeg har gitt følgende betegnelser: «Vekting av kompetanse», «tetting av hullene» og «balansegang mellom uro og trygghet». Først vil jeg analysere kategorien som heter «vekting av kompetanse».

### 5.1. Vekting av kompetanse

Denne kategorien handler om et stort og mangefasettert område. Jeg har valgt å kalle den «vekting av kompetanse» for å illustrere at kompetanse er et fenomen som kan vektes på mange måter av ulike aktører. Det kommer an på «øyet som ser» og «hvor skoen trykker», som man sier på folkemunne.

Kompetanse er både et viktig hovedemne i problemstillingen og har i tillegg vært fokusert mye på av respondentene under intervjuene. Et av funnene i undersøkelsen min, er at kompetanse er et viktig moment for at et ambulant team skal fungere. Dette kan synes innlysende, men jeg mener at dette kan være mer komplekst enn man kanskje har lett for å tenke. Funnene viser at dette er tilfelle. Det å ha rett type og mengde kompetanse og samtidig ha den på nødvendige og riktige tidspunkter, er ikke en selvfølge selv om det kan virke åpenbart og enkelt. Kompetanse har en rekke dimensjoner og det kan vektes på helt ulikt vis av forskjellige aktører. Jeg vil derfor belyse dette nærmere i dette kapitlet ved å se på funnene i undersøkelsen og drøfte dem ved hjelp av teorier jeg mener er aktuelle. Som beskrevet i kapittel 2 om hovedteorier, benytter jeg meg mest av teorier om fleksibilitet, men jeg bruker også noe annen teori for å kunne gjennomføre en mer utfyllende analyse. Teorier om kompetanse er også noe jeg vil bruke, siden forhold knyttet til kompetanse har vist seg som et viktig funn og det er i tillegg en sentral del av problemstillingen.



Den kvalitative fleksibiliteten avhenger av at de ansatte har den nødvendige kompetansen, både individuelt og kollektivt. Den skyldes først og fremst at de ansatte må ha tilstrekkelige kvalifikasjoner til å kunne skifte mellom oppgaver. Universalteknologi og velkvalifiserte medarbeidere må til for å kunne fungere som en fleksibel bedrift (Skorstad 2002); dette gjelder også en virksomhet som et kommunalt sykehjem som undersøkelsesenheten er. Dette styrker oppfattelsen min av at den kvantitative og den kvalitative fleksibiliteten er tett sammenvevd i en kompetansevirksomhet som et kommunalt sykehjem (eller helsehus).

Siden kompetanse er et mangfoldig begrep, vil jeg i neste avsnitt si noe om hvilken definisjon jeg har valgt for å klargjøre det mest mulig.

### 5.1.1. Definisjon på kompetanse

Begrepet kompetanse kan forstås på flere forskjellige måter. Som Linda Lai (2013, s.5) sier: «Kompetanse er langt mer enn kunnskaper. Kompetanse er i sin essens potensial.»

Dette beskriver at kompetanse er et veldig vidt begrep og at det kan være diffust, både synlig og usynlig. En definisjon på kompetanse som jeg synes gir mening i forhold til problemstillingen, er følgende:

«Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål» (Lai, 2013, s.46).

Dette betyr med andre ord at begrepet kompetanse kan inneha flere ulike dimensjoner avhengig av hvilke oppgaver og funksjoner som skal ivaretas. Det innebærer både fagkunnskaper, erfaringer og personlige egenskaper. Denne definisjonen dekker også det faktum at kompetansen må være i samsvar med krav og mål, for eksempel at tilkallingsvikarer ikke bare er «antall hender», men at det er nødvendig å vie oppmerksomhet mot hva slags kompetansebehov man har.

Definisjonen favner alt fra enkeltansattes kompetanse isolert sett, til en yrkesgruppes kompetanse samlet sett, men også ulike yrkesgrupper totalt sett, for

eksempel alle ansatte ved et sykehjem. Det betyr at for at et sykehjem skal inneha nødvendig kompetanse i tjenesteutøvelsen, må de ansatte som helhet være i stand til å gi pasientene omsorg og behandling i tråd med lovverket. I følge funn i undersøkelsen jeg har gjennomført, ser de ulike aktørene ut til å ha forskjellige innfallsvinkler til kompetansebehov. De har også ulikt syn på hva slags kompetanse det er behov for i det ambulante teamet, samt hvordan denne kompetansen best kan komme til nytte.

Jeg vil i neste underkapittel analysere ulike vektlegginger av kompetansebehov.

### 5.1.2. Ulike ståsted og innfallsvinkler til kompetansebehov

Jeg vil her si noe om det som kom frem i undersøkelsen knyttet til kompetansebehov og hvordan jeg har tolket respondentenes vektlegging av dette. Enten man kun baserer seg på tilkallingsvikarer eller har ansatte i et ambulant team som skal fungere som erstattere ved fraværssituasjoner, så handler det dypest sett om å sikre tilstrekkelig kompetanse. Hva er «riktig» kompetanse å satse på og hvem definerer hva slags kompetansebehov man har?

Ledelsens og de merkantiles perspektiv ser ut til å dreie seg mer om den delen av kompetanse som handler om personlige egenskaper som fleksibilitet enn det gjør for de andre ansatte. I utvelgelsen av de som skulle jobbe i det ambulante teamet, ble personlige egenskaper og innstilling som fleksibilitet og motivasjon med tanke på å jobbe på alle avdelinger sterkt vektlagt. Det var et uttalt kriterium at man måtte være villig til å jobbe rundt på hele sykehjemmet for å få stilling i det ambulante teamet.

Virksomhetsleder sa: «Så det er ett av målene, at det skal være en veldig fleksibel ordning og da må de kunne gå overalt.»

Ved at det ambulante teamet er fleksible på den måten at de flytter mye rundt mellom avdelingene, er det ikke mulig å ha et mer helhetlig ansvar for oppfølgingen av enkeltpasienter, siden de er så kort tid på hvert sted om gangen. I praksis betyr dette at det skjer en avveining hvor ulik type kompetanse vektet i

forhold til hverandre. Derfor tolker jeg det til å bety at det å få gjort unna konkrete oppgaver som i stor grad er fysiske slik som hjelp til personlig stell, servering av mat og sårskift, vurderes som hovedoppgavene deres. Med «konkrete og fysiske» oppgaver, mener jeg de som er lettest å telle og måle, det vil si de kvantitative aspektene. Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47, 2008-2009) har for eksempel også medført at sykehjemmene må ta imot flere utskrivningsklare pasienter i korttidsavdelingene som skaper et større fokus på «tall», for eksempel ved at antall liggedøgn bør være kortest mulig for stadig å kunne ta imot nye pasienter fra sykehuset. Kommunene må betale sykehusene dersom de ikke er i stand til å ta imot utskrivningsklare pasienter, så det er viktig for kommuneøkonomien å unngå dette (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Kvalitative oppgaver som for eksempel det å holde en urolig pasient i hånden, er vanskeligere å måle og de kan derfor være lettere å nedprioritere både når det er travelt, blant annet ved stort sykefravær, og for å opprettholde budsjettbalansen. Dette utsagnet er illustrerende slev om det kan være litt satt på spissen: «Det hadde vært fint og ikke bare telt stell». Det kom frem at det var noe frykt for at kvaliteten på tjenestene kunne bli dårligere som følge av modellen. Jeg vil samtidig poengtere at lederne uttrykte at det er et klart mål å satse på kvalitetsutvikling og kompetanseheving. Intensjonen er at det ambulante teamet skal utvikle en høyere grad av faglig god kompetanse gjennom denne organisasjonsløsningen. Det er likevel en krevende balansegang.

Funnet knyttet til det at de ansatte i ambulant team forventes å være fleksible på den måten at de er egnet til å få unna kvantitative oppgaver ved å flytte seg hurtig rundt mellom avdelingene, er interessant å sammenlikne med det Skorstad (2011) påpeker. Han skriver at hvis man skal overleve under arbeidslivets stadig større krav om å øke effektiviteten, så er det de med evne til å omstille seg raskt, som vinner. Denne type kompetanse er det utvilsomt satset mye på i det ambulante teamet og jeg vil derfor beskrive mer om dette i neste underkapittel.

### 5.1.3. Omstillingsevne

Omstillingsevne er en type kompetanse som vektlegges bevisst ved det undersøkte sykehjemmet siden de ansatte i det ambulante teamet ikke får lov til å jobbe for

lenge om gangen ved en og samme avdeling. Virksomheten hadde jobbet med å kartlegge årsaker til at så mange andre kommuner og virksomheter har mislykkes i å få liknende bemanningsløsninger til å fungere. En tilbakemelding som mange hadde kommet med, var at de ansatte i vikarpoolen raskt ble stedbundet og følte sterk tilknytning til en avdeling. Det vil si at de foretrakk å jobbe ved en eller få avdelinger. Fleksibilitet, i betydning ansattes evne til å jobbe på alle avdelinger, ble med andre ord ofte et problem. Funn viste at de som jobber i ambulant team også ville ha valgt å være i en avdeling hvis de hadde fått velge:

«De kom jo fra sine avdelinger og det er jo klart at de hadde mest lyst til å være der, men det fikk de nettopp ikke lov til, så de hadde en opplæringsperiode før de starta.» Dette ser ut til å være et ganske allment ønske og behov. Så hva sier modellen med det ambulante teamet oss om hva det innebærer å ha rett kompetanse der man trenger det til enhver tid?

Tanken ved undersøkelsesenheten er at den innførte strukturen med hyppig skifte av avdeling er ment å bidra til at det ambulante teamet ikke blir for stedbundet og at de skal klare å fungere overalt på sykehjemmet. Lederne antar at ved at de ansatte i teamet ikke får anledning til å være lenge i en og samme avdeling, vil sjansene til å lykkes, øke. Målet er at dette også skal kunne gi en størst mulig kvalitativ fleksibilitet. (Se beskrivelse av kvalitativ fleksibilitet i kapittel 2.1.4.)

Samtidig er det et åpenbart mål at modellen skal gi stor grad av kvantitativ fleksibilitet ved at teamet skal kunne sørge for flere ansatte på plass der hvor det dukker opp behov. Behovene kan variere sterkt på de ulike avdelingene også i løpet av en og samme vakt. Det ambulante teamet skal derfor kunne omstille seg til å forflytte seg mellom avdelingene på kort varsel, noe som gir en annen type kvantitativ fleksibilitet internt på sykehjemmet enn kun ved å ha tilkallingsvikarer. Effekten av dette kan bli at flere såkalte «hull» blir tettet igjen, slik Skorstad (2011) beskriver. (Punkt 5.2. handler i hovedsak om kategorien «tetting av hull», dette kommer jeg tilbake til der.) Fra et ledersporspektiv kan det vurderes som positivt ved at resultatet gir effektiviseringsgevinster, i hvert fall i første omgang. Fra de ansattes perspektiv kan arbeidet komme til å kjennes mer stressende og slitsomt.

I følge Klemsdal (2008) er en virksomhet avhengig av at organisasjonen, det vil si de ansatte, er selvbevisste, for at den skal inneha kvalitativ fleksibilitet.

«Fleksibiliteten til en selvbevisst organisasjon ligger ikke i evnen til å variere med antallet ansatte, men i evnen til å få de ansatte til å tenke nytt og annerledes sammen til daglig» (Klemsdal, 2008, s. 102). Han hevder at hvis de ansatte er i stand til å gjøre dette, vil de også kunne skape nye verdier på nye måter.

Selvbevissthet gir evne til å endre seg og det utfordrer måten man handler og tenker på. Videre skriver han at det er nødvendig med en stor grad av organisatorisk selvtillit for å kunne ha kvalitativ fleksibilitet og at de ansatte må ha ansettelsestrygghet som utgangspunkt for at organisasjonen skal oppnå dette.

Organisasjonsstruktur er som beskrevet i teorikapittelet under punkt 2.1.1., en av de fire viktigste faktorer i forhold til fleksibilitet i en organisasjon (Skorstad & Ramsdal, 2009). Om organisasjonsstrukturen med det ambulante teamet faktisk øker fleksibilitetsevnen i kvalitativ betydning av ordet, gir imidlertid ikke undersøkelsen min noe entydig svar på. Årsaken til dette, kan være at det er i tidligste laget å kunne si noe om siden de nylig har startet opp. Det er likevel noen antydninger om at den kvalitative fleksibiliteten på visse måter kan se ut til å utvikle seg i undersøkelsenheten som følge av forandringene det ambulante teamet skaper. Det er i hvert fall et mål. Virksomhetsleder sa for eksempel dette:

Jeg tenker det at disse i ambulant teamet har noe mer pondus etter hvert enn en vanlig vikar fordi det er deres jobb og det er deres stilling og sånt. Og samtidig så – kom ikke her og kom her. Det er jo litt den der – hvordan komme inn med noe nytt i forhold til ansatte på en avdeling som verner om sin avdeling, til sin måte å jobbe på. Hvordan komme inn med noe? Og da blir cluet, tror jeg, at de må bruke seg selv og ikke kreve av andre.

Dette kan sees i sammenheng med argumentene til Klemsdal (2008) om at ansettelsestrygghet er en forutsetning for å kunne oppnå kvalitativ fleksibilitet. Kanskje har han rett i dette? De som jobber i det ambulante teamet får et helt annet forhold til arbeidsstedet ved at de er fast ansatt og har den tryggheten det innebærer. De ga tydelig uttrykk for at dette var av stor betydning for dem under intervjuet. Kanskje er det en form for paradoks i det at de har oppnådd ansettelsestrygghet, men det har gitt dem mindre tilhørighet til en/få avdeling(er).

Som tilkallingsvikarer hadde de ikke ansettelsestryggheten, men til gjengjeld hadde de høyere grad av tilhørighet til «sin» avdeling. På den annen side kan de oppleve større grad av tilhørighet til virksomheten helhetlig sett ved at de har blitt ansatt i teamet.

Lederne er samtidig svært bevisst på at de avdelingsfaste ansatte kan ha behov for å verne om sine egne måter å gjøre ting på og at det ikke nødvendigvis er enkelt for det ambulante teamet å slippe til med nye ideer. Dette dreier seg om kulturelle forhold, som påvirker fleksibiliteten (Skorstad & Ramsdal, 2009). For at den kvalitative fleksibiliteten skal utvikle seg maksimalt, vil det bety at også de stedfaste ansatte må ha tilstrekkelig grad av selvbevissthet og omstillingsevne (Klemsdal, 2008). Dette er en viktig side ved kvalitativ fleksibilitet og handler også om kompetanse. Modellen med det ambulante teamet er et godt eksempel på at kvantitativ og kvalitativ fleksibilitet på en finurlig måte er flettet i hverandre. Disse begrepene er teoretiske og skillet mellom dem er nyttig for å kunne oppnå en dypere forståelse av hva fleksibilitet kan være i praksis. Samtidig gir teoriene mening kun når de brukes inn i empirien, den virkelige verden. Jeg vil i neste underkapittel si noe om at denne type organisering kan påvirke kompetansekapitalen.

#### 5.1.4. Bemanningsmodellens innvirkning på kompetansekapitalen

Lederne ved sykehjemmet var opptatt av at den nye modellen innebærer endringer som påvirker hvordan kompetansen brukes. De sa at planen fremover var å registrere hva slags type kompetanse de har i det ambulante teamet og sammenlikne det med den de har hatt med kun tilkallingsvikarer. Det illustrerer at de også legger stor vekt på utvikling av kompetansen og ser at det finnes et mulig potensial i det å omdisponere vikarressursene slik de gjør ved å opprette ambulant team.

Lai (2008) benevner medarbeidernes kompetanse for organisasjonens forvaltningskapital eller kompetansekapital. Denne kapitalen er noe av det viktigste en organisasjon har for å kunne overleve og oppnå verdiskapning.

Kompetansen må være tilgjengelig, anvendbar og verdifull for å kunne kalles kompetansekapital. Den blir tilgjengelig gjennom kontrakter med de ansatte. Dette kan sees i sammenheng med «den psykologiske kontrakt» (Jacobsen, 2009) som jeg har beskrevet under punkt 5.2.1. For at organisasjonen skal nyttiggjøre seg kompetansen som finnes der på en god måte, må både riktige investeringer og disponeringer til.

Undersøkelsesenheten har ved å opprette det ambulante teamet, valgt å omstille sin bruk av tilkallingsvikarer ved å investere i det ambulante teamet. Det innebærer en omdisponering av de ressursene disse ansatte utgjør og målet er å få mer nytte av den tilgjengelige kompetansen. Et høyst aktuelt spørsmål å stille er derfor om modellen med det ambulante teamet faktisk gjør at virksomheten har riktig kompetanse - det vil si at den er verdifull, at kompetansen er tilgjengelig - det vil si på rett sted til rett tid, og at den er anvendbar - det vil si organisert på en god måte som fungerer i praksis, slik Lai (2013) skriver. Dette er et komplisert organisatorisk arbeid som involverer alle ansatte i virksomheten.

Funnene er noe sprikende med tanke på hvordan kompetansekapitalen i det ambulante teamet fungerer. På den ene siden kom det frem at det ambulante teamet ikke har kapasitet til å dekke alt fravær og at det i mange tilfeller ikke blir leid inn tilkallingsvikarer i de situasjonene. Det tilsier at de ikke har tilstrekkelig kompetanse til stede i en del fraværssituasjoner. Konteksten rundt fraværsbildet påvirker fleksibilitet i sin helhet. Det ble hevdet at det var bedre dekning da de hadde kun tilkallingsvikarer. Fraværsprosenten i den enkelte avdeling vil ha betydning for tilgjengeligheten på kompetanse. Disse forholdene beskriver at fleksibilitet er kontekstspesifikk og avhenger av alle slags «variabler» (Skorstad et al., 2009). (Se punkt 2.1. om teorier.) Organiseringen med det ambulante teamet innebærer at det ikke kan leies inn tilkallingsvikarer ved alle fraværssituasjoner. Dersom det hadde vært gjort, ville det mest sannsynlig ha ført til budsjettoverskridelser. Dette er et klart eksempel på at bemanningsformer også virker inn på fleksibiliteten (Skorstad & Ramsdal, 2009), som beskrevet under punkt 2.1.1.

Denne bemanningsløsningen medfører samtidig at det noen ganger er flere på vakt enn de ville ha vært uten teamet. Dette viser tydelig at modellen gir en

mindre grad av kvantitativ fleksibilitet, men samtidig viser det kompleksiteten rundt fleksibilitet, slik Klemsdal (2008) beskriver. Den kvalitative fleksibiliteten får samtidig en annen form som også gir positive effekter. (Under kapittel 2.1.4. har jeg beskrevet teorier om kvantitativ og kvalitativ fleksibilitet.) Respondentene i ambulant team sa dette: «Men noen ganger så har vi vært til overs. Så da går vi rundt og tilbyr vår hjelp. Litt her og litt der. Tar et stell der og en dusj der. (Latter) Ja, men det er hyggelig, det. Og det blir som regel veldig greit mottatt».

Dette vil skje i perioder hvor fraværet er lavt og gir muligheter til at de ansatte kan få litt mer pusterom og at pasientene kan bli fulgt opp ekstra godt når det inntreffer. Disse forholdene er en utfordring med modellen, siden det i verste fall kan bety at sykehjemmet mangler tilstrekkelig kompetanse og kanskje også mangler for eksempel sykepleierkompetanse i perioder. Her dreier det seg om både de kvantitative og de kvalitative elementene og dette viser at disse kan være tett sammenvevd. Holdninger blant de ansatte og kulturen i arbeidsmiljøet er forhold som påvirker fleksibiliteten, om det er preget av motstand eller aksept, slik Skorstad & Ramsdal (2009) beskriver. (Se punkt 2.1.1.i forhold til organisatorisk fleksibilitet.)

Siden bemanningsmodellen tilsier stor variasjon i hvor på sykehjemmet de ansatte i teamet jobber til enhver tid, kan det antagelig være mer nærliggende å regne med at strukturen med det ambulante teamet øker den kvantitative formen for fleksibilitet i betydning internt i avdelingene på sykehjemmet. I undersøkelsen utført i skotske sykehus kom denne type fleksibilitet frem som en av de største fordelene med interne vikarpooler (Buchan & Thomas, 1995). (Jeg sier også noe om denne under punkt 1.5.) Kanskje kan det virke både hemmende og fremmende både på den kvalitative og den kvantitative fleksibiliteten avhengig av konteksten? Jeg vil anta at samhandlingen mellom de ulike aktørene kan ha mye å si for dette. Både den kvantitative og den kvalitative fleksibiliteten er viktig å ivareta og utvikle med en slik bemanningsløsning som det ambulante teamet. Et sykehjem har behov for begge disse formene for fleksibilitet. En åpen og god dialog mellom ledere og ansatte vil nok være viktig for å oppnå suksess. Informantene var generelt opptatt av dette med samhandling, noe som handler om organisasjonskulturen, men også om organisasjonsstrukturen som er to



hovedfaktorer som påvirker en virksomhets fleksibilitetsevne (Skorstad & Ramsdal, 2009). (Disse teoriene er beskrevet under punkt 2.1.1.)

Jeg har her skrevet om hvordan bemanningsmodellen kan virke inn på utnyttelsen av kompetanse. Nå vil jeg se nærmere på mobilisering og utvikling av kompetanse.

### 5.1.5. Utvikling og læring fremover

Bemanningsmodellen har bidratt til å aktualisere hvordan kompetansen i teamet best kan utvikle seg. Både det ambulante teamet og lederne har tro på at modellen bidrar til å heve kompetansen. I forhold til evaluering, ble det blant annet sagt: «Vi får være på hugget fra første stund». De var klare på at modellen kunne medføre både ønskede og uønskede resultater. En avdelingsleder sa at hun derfor er ekstra mye ute i avdelingen etter oppstarten av teamet. Hun vektla nødvendigheten av å være nærværende som leder og det å kunne ta opp ting underveis. Lederne må også tilpasse seg og være fleksible; bemanningsformen og organisasjonsstrukturen er endret slik at også kulturen påvirkes. Alt dette virker inn på fleksibiliteten, slik Skorstad og Ramsdal (2009) beskriver. (Beskrevet under 2.1.1.) Avdelingsleder sa: «Se og registrere hva som skjer og så ta det fortløpende.» Med dette belyste hun også at det krever noe annet og mer av avdelingslederne for å kunne lykkes i å oppnå ønskede resultater med det ambulante teamet. Betyr det at modellen sikrer tilstrekkelig kompetanse på rett sted og til rett tid? Hvilken type kompetanse blir først og fremst hevet? Hvilken kompetanse blir eventuelt i mindre grad utviklet som konsekvens av denne modellen?

De sa at de mener ambulante team tilegner seg mer kunnskap og erfaringer ved at de jobber på hele sykehjemmet og nå må forholde seg til flere ulike pasienter og forskjellige slags avdelinger. Her er eksempel på en uttalelse: «Tenk på kunnskapen de får, det å gå rundt på avdelinger, ja alt dem får med seg, så jeg tror

det bare er positivt». Det er nok ikke grunn til å tvile på at de lærer nye ting ved å jobbe på denne måten. Samtidig kan det også hende at strukturen i denne modellen gjør at de får mer stereotype oppgaver siden de ikke kan ha den samme oversikten over pasienter og oppgaver som de ansatte i avdelingene. Kanskje får de derfor tildelt enklere oppgaver? Det blir uansett mer fragmentert. Jeg utdyper dette mer under punkt 5.2.3.

Hvordan ønsker virksomheten å bruke ressursene? Virksomhetens kompetansekrav og kompetansebehov er viktig å kartlegge når man skal sikre nødvendig kompetanse til rett tid og på rett sted. Det vil si finne ut hva man trenger for å nå målene og hvilken kompetanse man har behov for å skaffe, utvikle, mobilisere og eventuelt avvikle for å imøtekomme kravene (Lai, 2013). Hva er viktig å gjøre for å kunne nå målet om å utvikle den nødvendige kompetansen på sykehjemmet? I følge Lai (2013), bør kompetansekartleggingen være direkte knyttet opp til virksomhetens kompetansekrav for at det skal bli meningsfylt.

Kompetansemobilisering er et begrep Lai (2013) beskriver og som er interessante teorier å se på i forhold til modellen med det ambulante teamet. Hun hevder at kompetansemobilisering er noe av det aller viktigste når man skal jobbe strategisk med kompetanse. Det å satse på økt kompetansemobilisering av en gruppe medarbeidere, vil påvirke de andre ansatte i virksomheten, samt også påvirke pasientgruppen. Det er også muligheter for at det vil kunne føre til økning i rivalisering dersom noen grupper kjenner seg nedprioritert (Lai, 2013). Funn i undersøkelsen tyder på at noen av dem som fortsatt jobber som tilkallingsvikarer, er misfornøyd med at de nå får tildelt færre vakter. Her er et eksempel: «Også blir det litt sånn, nå må jeg søke meg ny jobb, også blir det litt fokuset istedenfor at man er på jobb den dagen». Modellen tvinger frem at noen av tilkallingsvikarene ikke har fått forlenget avtale. Andre tilkallingsvikarer jobber nå langt mindre, kanskje kun i helgevakter. Her kan det ligge en kime til konflikt og det kan medføre at noen av disse slutter slik at det får ringvirkninger i forhold til fleksibilitet og tilgjengelighet på tilkallingsvikarer. Det kan bety at virksomheten blir mer sårbar blant annet i perioder med fraværstopper slik at mange dimensjoner rundt fleksibilitet blir påvirket. Arbeidsmiljøet kan også bli

skadelidende. Dette er et eksempel på at mye påvirkes og det er komplekse mekanismer i sving.

Det kom også frem i funnene at det er tanker og planer om at det ambulante teamet skal kunne bidra inn i avdelingene med kvalitative oppgaver som dreier seg om å øke kvaliteten på tjenestene overfor pasientene på nye måter. Det kan sees på som kompetansemobilisering. Dette henger blant annet sammen med evaluering av modellen og blir belyst i neste underkapittel.

### 5.1.6. Evaluering og måling av effekt

Hva man ser etter for å kontrollere og evaluere effekten av en ny organisering, er viktig å være bevisst på. Undersøkelsen til Dziuba-Ellis (2006) som nevnt under punkt 1.3.1., slo fast at kunnskapen om effekten av denne type modeller er liten. Virksomhetsleder sa at de skal måle effekten av det ambulante teamet ved å prøve å få ut noen indikatorer knyttet til fleksibilitet og kvalitet. I tillegg vil de måle økonomiske effekter selv om dette ikke har vært hovedårsaken til opprettelsen av teamet. Det er tross alt nødvendig å følge med på resultatene økonomisk sett.

En tanke bak det at de har satt inn en fagleder for teamet som er sykepleier, er at hun skal bidra til å sikre kvalitet og teamopplevelse. Hun skal veilede dem i forhold til arbeidsoppgaver og det er et mål at teamet skal være over gjennomsnittlig ressurssterke i sammenlikning med tilkallingsvikarer generelt:

«Altså den lederen var den som trakk i tråden og plasserte ut, mens her er lederen den som skal sikre kvalitet og sørge for en teamopplevelse. Så det å ha en dyktig fagperson som leder som kan veilede de i forhold til arbeidsoppgaver også.»

Virksomhetsleder sa at mange av de vikarpoolene hun har lest om hadde en leder som var mer av den merkantile typen enn det å være faglig leder.

Videre kom det frem at det er lettere for de stedfaste i personalgruppa å fylle inn «rommene», det vil si de periodene hvor det er mindre avtalte aktiviteter som stell og måltider, enn for det ambulante teamet. Dette fordi de avdelingsfaste kjenner beboerne (langtidspasientene) godt og derfor kan gjøre flere ting sammen med

dem. Slike ting hadde de planer om å se mer på sammen. Dette handler om organisatorisk selvbevissthet (Klemsdal, 2008) (Forklart under punkt 2.1.4.)

Det er et mål at det ambulante teamet skal bidra mer inn for eksempel på ettermiddagene: «Men det har vi tenkt å se litt på, at ambulante teamet kan få litt kompetanse og ideer og tanker rundt sånne typer aktiviteter de kan gjøre i de periodene». Kanskje kan aktiviteter av mer type «gyldne øyeblikk» defineres som kvalitetsindikatorer slik at de lettere kan måle kvalitet, ble det sagt. Håpet er at de kanskje kan oppnå bedre ivaretagelse av pasientenes behov for sosiale aktiviteter ved å sette dette i system i samarbeid med det ambulante teamet. Dette vil kunne gi positive ringvirkninger også inn i den avdelingsfaste ansattgruppa. Ressursene vil i så fall bli utnyttet bedre og flere «hull blir tettet» ved at kompetansekapitalen kommer mest mulig til sin rett. (Kompetansekapital (Lai, 2013) er beskrevet under punkt 5.1.4).

Det er slett ikke vanskelig å se de positive effektene ved at det ambulante teamet kan jobbe med å sosiale aktiviteter og skape «gyldne øyeblikk». Samtidig er det interessant å reflektere over det at alle slags organiseringer har noen konsekvenser, som regel både positive og negative samtidig. Ved å være bevisst på dette, er det forhåpentligvis lettere å vurdere hva man ønsker å satse på og hvilke konsekvenser man mener er viktigst å fremme eller hemme. De avdelingsfaste kan kanskje ikke ta seg tid til å prioritere like mange «gyldne øyeblikk» som det ambulante teamet, noe som kan gi en potensiell fare for mistriivsel, stress eller negative utslag i arbeidsmiljøet. På den annen side kan nettopp dette bidra til at de får frigjort tid til andre oppgaver som også er viktige, noe som kan gi mange fordelaktige effekter i form av det motsatte. Det ambulante teamet kan bli oppfattet som en positiv ressurs både av de andre ansatte og ikke minst pasientene. Det kan medføre et bedre arbeidsmiljø og økt trivsel.

Jeg vil tro at det her er ulike variabler som kan slå inn siden det er veldig komplekse tjenester som ytes på et sykehjem. Et ambulante team skaper naturligvis en annen dynamikk og struktur; samtidig er ressursene totalt sett de samme som før siden det ikke er tilført noe ekstra i budsjettet. Det betyr like fullt at ved å satse mer på noe, satser man mindre på noe annet. Kvantitativ og kvalitativ fleksibilitet er tett sammenvevd som beskrevet under punkt 2.1.4. (Klemsdal, 2008).

Man kan kanskje se på det som, eller i alle fall sammenlikne det med, «Lean»-tankegang. Det at man «fyller tomrommene» i størst mulig grad slik som Toyota er kjent for. Denne bedriften innførte en organisasjonsform som har fått betegnelsen «lean», noe som betyr slank. Enkelt sagt betyr dette at man fjerner alle typer «slakk», det vil si lagre og pusterom. Dette fører til at avhengigheten mellom ulike ledd øker. Det gir igjen redusert autonomi slik at valgmulighetene blir færre både for enkeltansatte og for virksomheten. Denne type slanke organisasjonsløsninger bidrar til å skape systemtvang i forhold til beslutninger. Den enkelte ansatte kan ikke selv velge ut fra egne vurderinger og prioriteringer. Dersom man ikke følger systemets logikk blir det forstyrrelser og kaos (Skorstad, 2004). Selv om Toyota-fabrikken og sykehjemmet har enormt mange ulikheter, mener jeg det gir mening og dypere forståelse å se de faktorene som synes å kunne likne. Det ambulante teamet er ment å fylle «tomrommene» og de blir i stor grad styrt i forhold til hva de skal gjøre når og hvor. Det hersker det ingen tvil om. Ved å utvikle måten teamet bidrar med kvalitative oppgaver som skaper flere «gyldne øyeblikk», kan flere «hull tettes» og fleksibiliteten fungerer bedre både i kvalitativ og kvantitativ betydning (Klemsdal, 2008). Effekten av dette er antagelig mest positiv. Sammenlikningen med Toyotas struktur er kanskje å dra det litt langt. Samtidig kan det belyse kravet om effektivitet, noe som også kan føre med seg gode resultater.

Jeg har i denne kategorien, «vekting av kompetanse», belyst og drøftet funn knyttet til hva riktig kompetanse kan innebære. Det er også en form for balansekunst å mobilisere og utvikle den og ulike personer og faggrupper vektlegger forskjellige ting.

Jeg vil nå gå over til analysen av den tredje hovedkategorien som jeg har valgt å kalle «tetting av hullene»

## 5.2. Tetting av hullene

Denne kategorien handler om hva som skjer når fast ansatte i avdelingene er fraværende og det oppstår «hull» som må fylles med en eller annen form for

kompetanse. Ut fra funnene i undersøkelsen har jeg vurdert at det som dreier seg om «tetting av hullene» er en viktig hovedkategori. Det kan dessuten være ulike syn på hvilke «huller» som er viktigst «å tette igjen», det vil si hvilke behov skal prioriteres. Det handler om å sikre nødvendig kompetanse for å kunne yte god pasientbehandling til rett tid og på rett sted. Hvordan kan dette ivaretas? Dette dreier seg også om veldig konkrete aspekter ved fleksibilitet og det å dekke behov som inntreffer. Kategorien handler om det å sørge for at behov som oppstår fra dag til dag blir håndtert etter hvert som de dukker opp.

Det ambulante teamets rolle går i hovedsak ut på å trå til for å «tette hullene» der hvor de oppstår. De ansatte i teamet må inneha tilstrekkelig kompetanse og samtidig klare å stille opp i tide der hvor det er behov for dem. Er det mulig å fylle kompetansebehovet på tilfredsstillende måte? Hvordan være i stand til å gjennomføre og opprettholde kapasiteten og evnen til å være fleksibel nok? Er dette i praksis mulig å få til? Som jeg beskrev under 4.3., er strukturen preget av at de jobber mer med å gjøre enkeltoppgaver overfor flere pasienter fremfor å jobbe mer helhetlig og langvarig med færre pasienter. Det er ikke dermed sagt at dette er en enklere måte å jobbe på, men annerledes er det. Så hva innebærer dette i forhold til å sikre kompetanse og hvilke utslag kan det få i forhold til fleksibilitet? Uansett arter det seg annerledes både for teamet, de avdelingsfaste, ledere og pasienter.

Det ser ut til at de har tro på at det er mulig å få modellen med teamet til å fungere samtidig som det hersker en spenning rundt det. Det er ulike syn på hva som må til for å lykkes. Jeg vil her komme mer inn på hva respondentene har uttrykt av holdninger og tanker om disse aspektene ved bemanningsløsningen siden dette kan ha en spesielt stor effekt på hvordan fleksibiliteten utvikler seg og på hvilken måte kompetansen blir benyttet og utviklet for å «tette hullene». Slike forhold har stor betydning for fleksibiliteten, i følge Skorstad & Ramsdal (2009). I neste underkapittel vil jeg derfor se på dette ved hjelp av teorier om «den psykologiske kontrakt».

### 5.2.1 Teorier om «Den psykologiske kontrakt»

Som Jacobsen skriver (2009), vil endringer i en virksomhet som regel også innebære endringer i forholdet mellom mennesker, noe som ikke behøver å bli oppfattet positivt selv om det også kan gjøre det. Teorier om «den psykologiske kontrakt» går ut på at mennesker som arbeider sammen over tid, utvikler noe man kan kalle psykologiske kontrakter. Dette dreier seg om en ikke-skriftlig, det vil si uformell, avtale mellom ansatte som er gjensidig avhengige av hverandre for at arbeidet skal fungere. Utvikling av denne kontrakten skjer over tid gjennom samhandling mellom ansatte. Motstand kan komme som følge av brudd på den psykologiske kontrakten. Det kan derfor være aktuelt å se på dette i sammenheng med innføringen av ambulant team, siden dette medfører at ansatte må arbeide mer på tvers av de kjente rammene. Hva kan forandringene ved undersøkelsesenheten si oss om det å kunne oppnå en «avtale» om fleksibilitet gjennom «den psykologiske kontrakten»?

I følge Ramsdal et al. (2009), så er en positiv innstilling ikke nok, siden det også er viktig at de ansatte er i stand til å utføre arbeidet, noe som innebærer at de må ha den nødvendige kompetansen til å kunne klare å møte utfordringene. Kompetanse kan innebære mye forskjellig, som beskrevet under kapittel 5.1.1. For å kunne ha fleksibilitet i arbeidsstokken må de ansatte ha riktige kvalifikasjoner slik at de har evnen til å kunne omorganisere seg raskt etter varierende behov. Her kommer igjen kompetansebegrepet inn, siden de må være i stand til å «tette hullene» slik det der behov for og slik det forventes i «den psykologiske kontrakten». Et nødvendig spørsmål å stille er derfor: Hvordan kan forventninger og uskrevne avtaler avklares og utvikles? Dette ser jeg nærmere på i neste underkapittel.

### 5.2.2. Utvikling av «den psykologiske kontrakten»

Uskrevne regler og uskrevne avtaler må jobbes med over tid for å kunne utvikle seg til såkalte «psykologiske kontrakter», i følge Jacobsen (2009). Det innebærer å bli kjent med hverandre og utvikle et samarbeid.

Både merkantile, ledere, avdelingsfaste og ambulante team, sa at teamfølelse er viktig. Navnet på ambulant team har også ordet «team» i seg. Det er bevisst valgt, i følge respondentene. Hvordan får man et team til å fungere? Dette er et meget stort emne i seg selv som jeg ikke kan gå dypt inn i her av hensyn til begrensninger i oppgaven, men det er naturlig å komme litt inn på det.

I følge Orvik (2015, s. 329-331), kjennetegnes et team av det bygger på ulikheter som krever samhandling. Det han kaller «virkelige team» fungerer ved at teammedlemmene har komplementær kompetanse, det vil si at de utfyller hverandre. De har felles ansvar for resultatene. Det han kaller «høyttelsesteam», skjer når de også kjenner ansvar for hverandres utvikling og viser omsorg for de andre i teamet. Dette dreier seg også om kultur og utvikling av fleksibilitet slik som beskrevet under punkt 2.1.1. (Skorstad & Ramsdal, 2009). Teambygging er av stor betydning for at organisasjoner skal kunne håndtere stadig større krav til endringer i omgivelsene og denne type organisasjonsform utvikler seg fordi ansattes kompetanse øker. Det er interessant å ha i tankene i forbindelse med opprettelsen av dette nye teamet.

Det ambulante teamet har felles pause og egen fagleder/koordinator. Intensjonen er at dette skal bidra til å bygge opp en sterkere teamfølelse og at de skal oppleve tilhørighet. Undersøkelser viste samtidig at noen er skeptiske til at de har pause for seg selv og at det kan skape økt avstand til avdelingene. Det kom frem at flere møtepunkter mellom avdelingene og det ambulante teamet antagelig vil kunne føre til bedre samarbeid og mer utveksling av erfaringer. Dette på bakgrunn av blant annet behov for å snakke sammen for å trygge pasientoppfølgingen. Nye



typer «hull» kan oppstå dersom samhandlingen ikke fungerer godt nok. Det er behov for å utvikle «psykologiske kontrakter» også mellom det ambulante teamet og avdelingene siden den nye formen for fleksibilitet krever at man tenker nytt om denne «kontrakten». Det kom frem at samhandling i det daglige er veldig viktig nå som de er i gang. Det er også stort behov for å samarbeide tett med blant annet fagleder/koordinator for teamet.

Jeg tolker det slik at organiseringen av separate pauser for teamet, kan gi utfordringer i forhold til samhandlingen og kompetansedelingen mellom avdelingene og teamet. Det er i alle fall ulike synspunkter på hvordan dette bør gjennomføres og et eksempel på at en organisasjonsløsning gjerne byr på både fordeler og ulemper. Det er en utfordring både å skulle utvikle et fellesskap innad i det nye teamet, men også klare å utvikle godt samarbeid mellom alle de ulike aktørene.

I et komplekst sosialt system som undersøkelsesenheten (et sykehjem) utgjør, så vil man aldri kunne styre konsekvensene av endringsprosesser fullt ut. Det vil alltid dukke opp noe man ikke kunne planlegge (Jacobsen, 2009). Endringene undersøkelsesenhetene har gjort, påvirker og forandrer «den psykologiske kontrakten» siden det er en ny måte å jobbe på. Kan en av faktorene for hvor vellykket modellen ender med å bli i forhold til både fleksibilitet og kompetanseutnyttelse, være at endringer av «kontrakten» er startet på forhånd eller i tidlig fase av endringene? I følge Jacobsen (2009), vil endringer i organisasjonen medføre at «den psykologiske kontrakten» må utarbeides på nytt, noe som krever innsats og tar tid.

Andre faktorer som har betydning for utviklingen av «den psykologiske kontrakt» kan være: Hvordan bemanningsmodellen med det ambulante teamet virker inn på forhold som fleksibilitet knyttet til når ansatte skal arbeide, hvordan de skal arbeide og samarbeide med hverandre. Ved ekstra stort fravær i avdelingen, merkes det godt at strukturen har endret seg i forhold til vikarbruken, i følge funn: «Når det er fravær, så går vi alltid ubemannet, da, eller en i minus».

Her er det også viktig å være oppmerksom på at eventuelle forventinger om at det

ambulante teamet skal være tilgjengelig når behov oppstår, kanskje ikke kan innfris. Hvis de forventes å være tilgjengelige uten å være det, så kan «kontrakten» lettere komme til å bli brutt. Dette handler også mye om økonomiske hensyn. Skorstad & Ramsdal (2004) hevder at offentlige virksomheters måter å organisere på og arbeidsvilkårene for offentlig ansatte, er i ferd med å likne mer på slik det gjøres i private bedrifter. Teoretiske modeller om effektivisering som har sitt utspring fra privat sektor, i mange sammenhenger kalt New Public Management, benyttes også i offentlig sektor. (NPM er litt beskrevet i kapittel 1.). Det kom frem tanker om økonomiske besparelser knyttet til innføringen av modellen: «Det har på en måte litt med sparing å gjøre og, ikke sant. Sett under ett, fordi at vi var såpass mange som hadde krav på høyere stilling. Og de visste at det kom til å komme, så de var oss litt i forkjøpet og det har de vært ærlige på».

I følge Skorstad (2011), er det midlertidig ansatte og deltidsansatte og særlig de av dem som ønsker fast stilling, som er ekstra utsatt for det han kaller raffinerte former for tvang og tilpasning til andre. De må finne seg i å gjøre de arbeidsoppgavene de får og utføre mer rutinearbeid enn andre. Fleksibilitet kan også dreie seg om slike forhold. Man kan være mer eller mindre enig i at de ansatte i det ambulante teamet kan sammenliknes med disse gruppene som Skorstad beskriver. Jeg synes uansett at det er viktig å reflektere over dette. Det kan være nyttig for å forstå hva slags prosesser som kan foregå.

En i ambulans team sa om det å kunne fungere best mulig i denne type stilling: «Jeg tenker at, hvis du er vikar da må du ta det som det innebærer.» Det kom også frem at det var avgjørende å være tilpasningsdyktig og innrette seg etter den funksjonen man har fått ved å jobbe som vikar eller i denne type team. Hun sa at man får det bedre hvis man gir av seg selv og ikke bare skylder på de som er i avdelingen. Jeg tolker dette som et tydelig eksempel på at «den psykologiske kontrakten» for ambulans team i stor grad dreier seg om tilpasningsevne og service-innstilling.

Det behøver slett ikke være bare negativt selv om Skorstad retter et kritisk blikk mot sider ved dette. Hele spekteret av mulige nyanser blant negative og positive sider kan være nyttig å være bevisst på, inkludert Atkinsons modell som jeg har beskrevet under punkt 2.1.5. I følge funnene, så er det viktig at den kvantitative

fleksibiliteten og oppgaver som lett kan telles ikke går på bekostning av den faglige kvaliteten. Pasientbehandlingen må holdes på et akseptabelt nivå, og god samhandling er en av forutsetningene for at den skal ivaretas. Kanskje betyr det at den kvantitative fleksibiliteten må reduseres noe (Kvantitativ fleksibilitet er beskrevet under punkt 2.1.4.)

Det vil uansett være en del «hull som ikke blir tettet» og det er ulike måter å «tette igjen hull» på. Jeg vil nå drøfte hvordan bemanningsløsningen påvirker avdelingene i forhold til dette.

### 5.2.3. Økt ansvar for ansatte i avdelingene

Som jeg har beskrevet under 4.4.3., har den nye modellen medført at ambulante team jobber på en annen måte ved at de nå hyppig veksler mellom pasienter og avdelinger. Det er ingen tvil om at det ambulante teamet påvirker rollen og arbeidsoppgavene de stedfaste har. De som har totaloversikten i sin avdeling, er nettopp disse. Det som har kommet frem i undersøkelsen, er at når de jobber sammen med noen som ikke har oversikt over pasientene i avdelingen, så hviler et større ansvar på dem. Dette skaper et større krav til de avdelingsfaste ved at de blant annet må ta ansvar for å koordinere oppgavene. Koordineringsbehovet har blitt større. Om dette sa en respondent: «Det blir veldig mye belastning, da». Funn viser at når faste ansatte i avdelingene ikke er flinke til å koordinere, jobber alle tyngre, både ambulante team og avdelingsfaste. Det er tross alt ulik kompetanse mellom ansatte også innenfor mer administrative oppgaver. Det kan sees på som økt behov for fleksibilitet på den måten at alle må jobbe annerledes og innrette seg etter denne nye strukturen. For å sikre rett kompetanse til rett tid og i tilstrekkelig omfang overfor pasientene, må de avdelingsfaste bidra konstruktivt i koordineringen av tjenestene.

De ansatte i ambulante team gjør i stor grad oppstykkede enkeltoppgaver istedenfor å ha ansvar for oppfølging av pasientene over tid. De er færre igjen i avdelingene til å ta seg av den mer helhetlige pasientoppfølgingen:

«Det blir mere på oss, da. Oss faste, fordi at det ambulante teamet tar ikke for seg de daglige rutinene. Vi har en dagbok over alt som skjer i løpet av dagen og det ansvaret er ikke deres ansvar. Sånn at de er her og hjelper til i stell.»

Undersøkelsen til Buchan og Thomas (1995) som jeg har vist til under punkt 1.5., konkluderte med at en av de største ulempene med vikarpooler var av hensyn til kontinuitet. Videre fant de ut at en vikarpool har størst mulighet til å fungere effektivt når den er organisert på en systematisk og formalisert måte. De konkluderte også med at det er viktig å sørge for en fleksibel «bottom-up» prosess som er fleksibel og mottagelig for ulike lokale behov i avdelingene.

Det kom også frem at det hender ambulante team er i den samme avdelingen gjennom hele vekten, men at det er større arbeidsmengde også på de vaktene for de faste i avdelingen enn da de hadde før. Så langt i prosessen, viser funn at det er et merkbart større press nå, med unntak av de aller første dagene. Da hendte det oftere at det ambulante teamet gikk «på topp», kanskje fordi sykefraværet var lavere akkurat da. Den kvantitative fleksibiliteten vil være varierende og er kontekstavhengig, med andre ord. Det samme gjelder den kvalitative og disse forholdene viser at de i praksis er umulige å skille fra hverandre.

Atkinsons kjernegruppe (Se illustrasjon og forklaring under punkt 2.1.5.) som kan defineres som de faste i avdelingen, har i følge denne modellen flere av de attraktive og karrieremessig utviklende arbeidsoppgavene. En utfordring med strukturen i bemanningsmodellen er at det kan se ut til å gi kjerne gruppen et høyere stressnivå. Dette funnet samsvarer med funn i undersøkelsen jeg viste til under punkt 1.5. (Buchan & Thomas, 1995) hvor de viste til at vikarpooler ga de fast ansatte økt arbeidsmengde.

Avdelingene er dessuten ganske forskjellige. Det er utvilsomt stor ulikhet mellom somatiske langtidsavdelinger, demensavdelinger, rehabiliteringsavdeling og korttidsavdeling, noe som betyr behov for ulik kompetanse fra sted til sted. Det kommer frem i intervjuet med respondenter fra ambulante team at det er ganske stor forskjell mellom avdelingene på hvilke typer oppgaver vedkommende får utdelt. En i ambulante team sa: «Men her er veldig forskjell oppe og her fordi her er sykepleieroppgaver». Det at sykehjemmet har en blanding av svært forskjellige avdelinger betyr antagelig at det er ulikheter i hva de trenger av kompetanse.

Kan hende det er en viktig årsak til at ambulante team opplever å få litt ulike oppgaver fra avdeling til avdeling? Erfaringene deres så langt tilsier at kjennskap til avdelingen har også stor innvirkning på hva slags oppgaver som blir delegert til dem når de kommer. Kanskje dette har med «den psykologiske kontrakten» å gjøre (Jacobsen, 2009). (Denne teorien er beskrevet under punkt 5.2.1.) De sier de tror at det har med kjennskap til hverandre å gjøre siden de ansatte i avdelingene som er kjente for teamet fra før, ser ut til å stole mer på dem. De vet mer om kompetansen deres der. Det ambulante teamet er foreløpig nyopprettet og dette kan forandre seg etter hvert, men så langt kan det se ut til at det er noen utfordringer knyttet til kompetanseutnyttelsen, spesielt i de avdelingene hvor de fleste i teamet er ukjente fra før. Om kjennskap til hverandre er hele årsaken, er imidlertid respondentene ikke helt sikre på. Det kan også være ulike kompetansebehov avdelingene imellom; undersøkelsen til Buchan & Thomas (1995) konkluderte med at lokale tilpasninger var viktig. (Se punkt 1.5.)

Det kom frem at spesielt demensavdelinger og korttidsavdelingen skiller seg ut med tanke på hvordan det ambulante teamet kan benyttes eller hvordan de bør jobbe. Her er eksempel på en uttalelse fra ambulante team om dette: «Men det er litt forskjell på somatikk og demens, ikke sant. Fordi at på en somatisk avdeling, så er de, der kan du kommunisere.» Overfor «somatiske» (ikke-demente) pasienter, kom det fram at det var mye lettere for dem å jobbe med denne type fleksibilitet. Da krever det noe annet og mer av dem, blant annet at de leser tiltaksplaner og orienterer seg mer om pasienten innen de begynner å stelle. Det kan ha mye å si for at pasienten skal kunne kjenne trygghet. Når de er på korttidsavdelingen må de få veldig klare beskjeder om hva de konkret skal gjøre: «I hvert fall sier jeg at, fortell meg hva jeg skal gjøre, fordi at du rekker jo ikke å bli kjent med de pasientene. Så da blir det på en måte at du gjør det du får beskjed om.»

Funnene i intervjuet med ambulante team og med de avdelingsfaste samsvarer med hverandre i forhold til at det er en del forskjellige hensyn å ta ut fra type pasient og avdeling. Utfordringene med vikarbruk på korttidsavdelingen ble også nevnt fra lederhold: «Det er jo vanskelig, men det er jo vanskelig for alle å bli kjent der for der skifter såpass mye.» Det at de hittil (før innføringen av ny modell) har hatt kjente vikarer ble nevnt som en viktig årsak til at det har fungert bra. Det ble også,

både av fast ansatte og avdelingsleder ved korttidsavdelingen, vektlagt som medvirkende faktor til at de opplever så godt arbeidsmiljø. Den nye strukturen kan føre med seg ulemper som oppleves verre ved noen avdelinger enn ved andre. Flexibiliteten er som beskrevet under punkt 2.1. kontekstavhengig (Ramsdal & Skorstad, 2009).

Et av funnene i undersøkelsen var at noen i avdelingene mener at det ambulante teamet burde vært delt inn i grupper slik at de ansatte i teamet kan utvikle den kompetansen de trenger innenfor sitt hovedområde. For eksempel ved at noen av dem stort sett jobber i avdelinger innenfor demens og psykiatri, andre innenfor korttid og rehabilitering og resten i somatiske langtidsavdelinger. Det ble hevdet at det antagelig ville ha god innvirkning på måten det ambulante teamets kompetanse ble brukt på og at det sannsynligvis ville bidratt til mer kontinuitet både for de avdelingstilhørige, ambulant team og ikke minst for pasientene. Strukturen i en bemanningsmodell kan med andre ord ha stor innvirkning på hvordan kompetansen blir brukt og utviklet og for flexibiliteten (Skorstad & Ramsdal (2009). Det vil alltid kunne finnes alternative måter å gjøre ting på og enhver modell vil uansett by på både fordeler og ulemper.

Jeg har i denne kategorien som heter «tetting av hullene», belyst at det er mange ulike typer «hull» og at det kan være krevende å få til en god fordeling av kompetanse og oppgaver. Alle opplever endringer i sin funksjon. Samhandling er et viktig aspekt for å oppnå størst mulig grad av rett kompetanse på rett sted.

I neste underkapittel vil jeg drøfte den fjerde kategorien, «balansegang mellom trygghet og uro». Den handler blant annet om det at man ikke kan få til alt på en gang.

### 5.3. Balansegang mellom trygghet og uro

Forholdene jeg har drøftet ovenfor, blant annet hvordan og om «hullene blir tettet» og hva det kan bety for de ulike aktørene, kan skape mye uro og engstelse. Det vil naturlig nok også kunne gi trygghet. Store følelser og mye engasjement kan settes i sving – på godt og vondt. Den kategorien jeg her skal presentere og

drøfte, har jeg kalt «balansegang mellom trygghet og uro». Den handler om faktorer som det «å gi og ta» og det å finne en form for balanse. I neste underkapittel skriver jeg om ansattes behov for tilhørighet og hva det kan bety i en slik bemanningsmodell.

### 5.3.1. Behov for tilhørighet og fellesskap

Ansattes behov for trygghet, tilhørighet og fellesskap, var momenter som kom frem under alle intervjuene. Slike forhold kom frem som viktige faktorer med tanke på at en bemanningsmodell for vikarer skal fungere. Ordet «tilhørighet» ble konkret nevnt av mange av respondentene og er et viktig aspekt ved funn i undersøkelsen. Tilhørighet og fellesskap kan være to ord for samme behov. Fellesskap på arbeidsplassen har avgjørende betydning for trivsel. I følge Klemsdal (2008), er konkrete oppgaver vi samarbeider om i arbeidslivet svært effektive for å danne fellesskap. Videre beskriver han at samhandling og samarbeid gir felles opplevelser og erfaringer som er med på å forsterke oppgavens bindingseffekt.

Hvordan skape tilhørighet også for det ambulante teamet som forflytter seg så mye rundt? Som virksomhetsleder sa: « Ja, for det var en utfordring, hvor skal de høre til hen?» Måten de har valgt å løse dette på, er at det ambulante teamet har en felles, betalt pause hvor de kan treffe hverandre, og at de har en fagansvarlig sykepleier som skal ha en lederfunksjon. Det er tenkt at fellesskapet og tilhørigheten er noe de skal kunne oppleve å få seg i mellom innad i teamet.

I følge funn i undersøkelsen kom det også frem motargumenter for nettopp denne strukturen, siden det oppleves at det er for få felles møtepunkter mellom det ambulante teamet og de ansatte i avdelingene. Det kom frem at det ambulante teamet og avdelingene har behov for å ha mer dialog og samhandling seg imellom. Denne type utfordringer kan sees som en følge av stramme økonomiske rammer slik jeg har beskrevet under 5.2.2. Funn kan tyde på at det er behov for å finne en akseptabel balansegang mellom effektivitetskrav og krav til kvalitet i tjenestene og at tilstrekkelig tid for teamet sammen med avdelingsansatte må til

for å oppnå ivaretagelse av oppgavene. Tjenestene og pasientoppgavene er mange og komplekse slik at samhandling krever en del tid. Dette handler også om å sikre felles forståelse for pasientenes behov og sørge for at de ulike pasientene har den riktige kompetansen til rett tid. Det vil igjen skape økt trygghet for alle aktørene inkludert pasientene.

En avdelingsleder sa i intervjuet at hun ofte kan se at ansatte i det ambulante teamet blir sittende litt alene. Hun bruker selv ekstra tid på å være i dialog med dem når de er i avdelingen hennes og er opptatt av å møte dem på en fin måte. Hun sier hun er glad for at de har sin felles pause hvor de kan snakke sammen og ha tilhørighet. Det at de avdelingsfaste er opptatt av samhandling og dialog med det ambulante teamet, tolker jeg dithen at kan være et signal man bør ta på alvor. Det kan behov for å utvikle en felles kultur for at både kvantitativ og kvalitativ fleksibilitet skal fungere hensiktsmessig (Se punkt 2.1.1. om kulturelle forhold og holdninger.) Kan hende er strukturen med felles pause for det ambulante teamet på mange måter bra for at de kan oppleve fellesskap innad i teamet, men det er behov for strukturer som sikrer dialog med avdelingene også.

I følge Klemsdal (2008) er det viktigste og mest sentrale grunnlaget for å jobbe godt sammen at man har en gjensidig forståelse. Det betyr ikke det samme som at man må være enig i alt, men at man utvikler en bevissthet om virksomhetens mangfold av oppfatninger og perspektiver. For å oppnå dette, må den enkelte gå enda lenger og være ekstra tydelig for at andre som gjør andre ting enn de som jobber i samme avdeling, skal forstå hva man driver med. Dette fordi det krever mer å forstå folk som ikke har nøyaktig de samme oppgavene, hevder han. Dette kan være et viktig moment for å kunne lykkes med å sikre at denne type bemanningsløsninger fungerer og sikrer at den nødvendige kompetansen blir brukt på en god måte. Det handler mye om funksjonell eller kvalitativ fleksibilitet, som jeg har beskrevet under 2.1.3. og 2.1.4. Det krever ekstra mye av alle parter.

Fellesskap og sosial støtte er i tillegg en stressreducerende faktor (Theorell, 2012). Dette kan bidra til å forebygge sykefravær. Jeg vil nå drøfte hva fraværet kan ha å si i forhold til bemanningsmodellen.



### 5.3.2. Sykefraværets innvirkning på fleksibiliteten

Fraværssituasjonen er naturligvis av stor betydning for hvordan det ambulante teamet kan klare å sørge for tilstrekkelig kompetanse til enhver tid i avdelingene. I følge respondentene er det til dels store forskjeller i sykefravær mellom de ulike avdelingene på sykehjemmet og det vil lett kunne bli ubalanse og for liten fleksibilitet, både kvantitativt og kvalitativt. Høyt sykefravær oppleves naturlig nok som mer krevende enn lavt, noe som sier seg selv, og det skaper større uro og uforutsigbarhet for alle. Slike forhold kan sette følelsene i sving og det kan være fort gjort å kjenne på at «her skal det spares penger» hvis det ikke settes inn ekstra tilkallingsvikarer i de periodene det ambulante teamet ikke har kapasitet til å dekke fraværet. Misnøye med strukturen i bemanningsmodellen kan lettere få grobunn, siden høyt fravær skaper en sårbar situasjon ressursmessig. Slike forhold kan skape motstand og hindre fleksibilitet (Ramsdal et al., 2009). En kan lett tenke seg at det kan spre seg en utrygghet blant de ansatte knyttet til uvissheten om at det ved fravær ikke nødvendigvis vil bli leid inn vikar. Det er komplekse mekanismer og mye som kan henge sammen med hverandre i en kompetansevirksomhet. Det er likevel essensielt å vurdere hva slags effekt denne type bemanningsmodell har på ulike avdelinger, ved lavt kontra høyt sykefravær, og om modellen kan påvirke endringer i sykefraværet i positiv eller negativ retning. Avdelinger kan i perioder med høyt sykefravær oppleve at de er underbemannet som følge av kombinasjonen høyt fravær og modellen med det ambulante teamet, siden det nå leies inn færre tilkallingsvikarer enn før. Da strekker ikke den kvantitative fleksibiliteten til, slik at det også rammer den kvantitative fleksibiliteten. Konsekvensen kan bli at det ikke oppnås tilstrekkelig kompetanse overalt. Den numeriske fleksibiliteten for sykehjemmet sett under ett, har endret seg siden en betydelig del av vikarbudsjetten brukes på det ambulante teamet. (Numerisk fleksibilitet er forklart under punkt 2.1.2) Jeg vil drøfte dett nærmere i neste underkapittel.

### 5.3.3. Hva skjer med den numeriske fleksibiliteten?

Det er grunn til å se på bemanningsmodellen i forhold til den «tallmessige» fleksibiliteten. Teorier om numerisk fleksibilitet er beskrevet under punkt 2.1.2. (Ramsdal et al. 2009). Det at ambulante team er ganske jevnt fordelt i turnus gjennom dager, uker og måneder i kombinasjon med at cirka 70 % av vikarbudsjetten går med, tilsier at det på noen vakter ved sykehjemmet vil være «overtallige» og på andre vakter «undertallige». For at budsjettet skal gå i balanse, må det nødvendigvis bli slik.

Fraværssituasjonen vil naturlig nok ikke kunne vært forutsigbar eller styrt. I perioder med høyt sykefravær, vil det antagelig være mange vakter hvor det er færre på vakt enn det man vurderer som nødvendig og ønskelig. De merkantile har ut fra sin erfaring forsøkt å lage en turnus til det ambulante teamet som er best mulig tilpasset fraværssituasjonen. De gir uttrykk for at nettopp dette er ekstra spennende, siden fraværet tross alt ikke er forutsigbart annet enn at man vet at «ting skjer» ut fra historiske data. Her er en uttalelse om det å planlegge turnus for det ambulante teamet:

Det er selvfølgelig ikke lett, men vi prøver å få det til, også prøver vi å se på sjølve sammensetninga av gruppa. Hvem som skal passe sammen, for det har naturlige ledertyper og vi har sånne som er litt mer forsiktige, også skal vi prøve å spleise dem sammen så teamene blir så gode som mulig, da.

Innføringen av det ambulante teamet går med andre ord ut over den numeriske, eller den kvantitative, fleksibiliteten, og det å planlegge turnus har vært utfordrende. Muligheten til å variere antall ansatte øker en virksomhets spillerom i forhold til forandringer. Dette gjør at man lettere kan balansere utgifter og inntekter og bli mer overlevelsedyktig (Klemsdal, 2008, s.101).

Undersøkelsenheten har tatt en risiko ved å minimere den numeriske fleksibiliteten. I de siste årene har de økt antall tilkallingsvikarer for å oppnå en større fleksibilitet, i følge de merkantile. Det de nå gjør, er det motsatte, siden de må redusere antallet tilkallingsvikarer på grunn av det ambulante teamet.

De merkantile uttrykte at det ideelle for fleksibiliteten er å ha mange tilkallingsvikarer som er tilgjengelige etter behov. Merkantile sier om det å ha fleksible tilkallingsvikarer: «Det er det som gjør at vi får det til å gå rundt. Vi har jo fått et mye større antall vikarer enn vi hadde for noen år siden. Vi har utvida det ganske mye for å ha mere fleksibilitet.»

Innføringen av det ambulante teamet har som nevnt under punkt 5.3.2. skapt forandringer ved at det ikke leies inn så mange vikarer på timebasis lenger. De teamansatte har hver sin faste turnus mens fraværet svinger fra dag til dag og uke til uke. Det er noe paradoksalt ved at de reduserer den kvantitative fleksibiliteten som de tidligere har jobbet så sterkt med å bygge opp og øke. Årsaken er som beskrevet innledningsvis, at de må tilpasse seg lovverket (Arbeidsmiljøloven, 2005). Her er funn knyttet til dette: «Det er noe vi gjør for å være i forkant av det vi ser kommer.» De mener med «ser kommer», er flere og flere krav om faste stillinger eller økte stillingsbrøker fra tilkallingsvikarene og de som jobber mange vakter utover sin deltidstilling. Denne type krav skaper uansett en mindre fleksibel situasjon, siden virksomheten blir tvunget til å ansatte flere fast enn det de mener å ha behov for. Virksomheten kan også komme til å måtte ansette folk som ikke har den kompetansen de trenger. Fagforbundene er sterkt opptatt av at flest mulig skal ansettes i faste stillinger (Klemsdal, 2008). Virksomhetsleder sier at de ikke har brukt tilkallingsvikarene som om de hadde en vanlig stilling. Det byr derfor på problemer å gjøre om summen av timene de bruker på vikar til passende faste turnuser og stillingsbrøker tilsvarende dette. Hun illustrerer dette godt i følgende utsagn:

«Vi kan ikke dele det ut i en turnus også er det ikke behov for noe mer. Men det er nettopp den fleksibiliteten som vi er litt avhengige av å ha.»

Minimal grunnbemanning er et resultat av knappe budsjetter (Bakken, 2009). Lovverket som gir ansatte styrket rett til fast stilling, er en stor utfordring for helse- og omsorgssektoren siden de er så avhengige av å erstatte ansatte som er fraværende med vikarer. Forsvarlige tjenester avhenger av at det er tilstrekkelig kompetanse og kombinasjonen lav grunnbemanning og høyt fravær, tilsier svært stort forbruk av tilkallingsvikarer. Det er en «ond sirkel». Behovet for kvantitativ fleksibilitet som undersøkelsenheten beskriver, står i «kollisjonskurs» med

Arbeidsmiljøloven (2005). Det er et dilemma for ledelsen som har ansvar både for å følge lovverket, men også for å holde budsjettet. Den numeriske fleksibiliteten totalt på sykehjemmet vil kunne bli sterkt rammet ved denne modellen, for eksempel hvis behovet for tilkallingsvikarer på toppen av det ambulante teamet blir større enn budsjetttrimmen gir rom for.

Dette er hentet fra Arbeidstilsynets nettsider:

I utgangspunktet vil det være lov å ansette en vikar i et nytt vikariat når det forrige er over. Dette gjelder likevel ikke hvis det er et konstant vikarbehov i virksomheten. Da vil vikaren kunne ha krav på fast ansettelse i det omfang det konstante vikarbehovet gjelder. Særlig i større virksomheter vil fravær på grunn av sykdom, permisjoner og liknende, samlet kunne gi et vedvarende behov for visse typer arbeidskraft, selv om det dreier seg om ulike vikariater. For eksempel vil en større kontorbedrift kunne ha et konstant vikarbehov for sekretærer og saksbehandlere. Hvis en virksomhet har et permanent behov for ekstrahjelp, for eksempel lørdagshjelp i varehandelen eller helgevakter i helsevesenet, skal disse ansettes i fastedeltidsstillinger. (<http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=220966>)

Lovverket tilsier altså at en virksomhet som et sykehjem av undersøkelsesenshetens størrelse må ansette en del i faste stillinger for å dekke inn det permanente behovet for ekstrahjelp. Virksomhetsleder ga uttrykk for at hun har vært oppriktig bekymret i forhold til utfordringer rundt krav om faste stillinger og at hun syntes det er rart at ikke flere ser ut til å være opptatt av disse utfordringene. Kan det bety at en del ledere fremdeles ikke har tatt problematikken innover seg? På grunn kombinasjonen tilkallingsvikarers rettigheter gjennom arbeidsmiljøloven og gjennomgående store innsparingskrav i mange kommuner som betyr lav grunnbemanning, mener jeg at sannsynligheten er stor for at flere virksomheter ser seg nødt til å foreta liknende grep som undersøkelsesensheten nå har gjort.

I neste underkapittel vil jeg se nærmere på den kvalitative fleksibiliteten og samspillet mellom den og den kvantitative.

#### 5.3.4. Stor kvantitativ fleksibilitet gir mindre kvalitativ fleksibilitet?

Ovenfor har jeg fokusert på fleksibilitet i lys av «tall». Den kvantitative fleksibiliteten kan som beskrevet både under punkt 2.1.4. og analysen ikke egentlig løsrives fra den kvalitative fleksibiliteten i en kompetansevirksomhet som et sykehjem. I en teoretisk verden og i denne type analyse er det imidlertid nyttig å skille mellom dem. Samtidig er det minst like viktig å se alt i sammenheng for å forstå helheten. Det kom frem under intervjuet med de merkantile at det har vært og er et veldig stort flertall av tilkallingsvikarene som er ufaglærte. Sykehjemmet har fortsatt tilkallingsvikarer i tillegg til det ambulante teamet og vil fortsette å være avhengig av dem, men i mindre målestokk enn før.

En merkantil sa: «Det er for få faglærte vikarer som sitter hjemme og venter på telefon.» Dette høres rimelig ut også med tanke på at det er mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere (Som beskrevet under punkt 1.1.) En bemanningsmodell med minimal grunnbemanning og stort behov for tilkallingsvikarer slik undersøkelsesenheten har hatt, har etter deres erfaring ført til at andelen ufaglærte har vært høyt. En mer stabil og god faglig dekning med en større andel fast ansatte som det ambulante teamet gir, kan gi en større grad av kvalitativ fleksibilitet. Det kan gi økt kompetanse og samtidig bidra til å sikre tilgang på mer riktig kompetanse.

De oppgavene som ikke er like lett målbare og som kan kalles kvalitative og som kan sees i sammenheng med kvalitativ fleksibilitet, var noe sykepleierne viste stor oppmerksomhet. (Se punktene 4.4.4. og 5.2.3.) Den helhetlige oppfølgingen av pasienter og pårørende, for eksempel den omsorgen man gir i terminalfasen, eller «de gyldne øyeblikkene» man kan oppleve at en dement pasient har i løpet av en dag fordi en pleier kjenner til hva som fungerer i kommunikasjonen med nettopp denne pasienten. Kompetansen dette krever, vil kunne by på problemer å innfri fra det ambulante teamet slik som de er organisert. Tidligere hadde de jobbet målrettet mot å ha faste vikarer tilknyttet de ulike avdelingene. Det kan derfor oppleves som et paradoks å opprette ambulant team, spesielt med denne type struktur.

Helse- og omsorgstjenester som et sykehjem yter, er helhetlige tjenester. Denne type tjenester er utfordrende å organisere siden alle elementer i tjenesteytingen er sterkt avhengig av å fungere sammen for at tjenesten skal bli helhetlig. Graden av og kvaliteten på samordningen er avgjørende for effektiviteten og resultatet (Repstad, 2004, s. 76).

Jeg har her drøftet den fjerde kategorien, «balansegang mellom trygghet og uro» som handler om at det ikke er mulig å få til alt samtidig. Et av funnene viser at behovet for tilhørighet er en ekstra utfordring ved en slik bemanningsmodell. Det vil hele tiden være en kamp for å opprettholde en best mulig balanse blant annet i forhold til ulike typer fleksibilitet. Kvalitativ og kvantitativ kvalitet har svært mange dimensjoner som det er en utfordring «å fange». Økt bevissthet om disse faktorene kan forhåpentligvis bidra til å velge riktige strategier for bemanningsmodeller for vikarer.

Nå vil jeg ta med meg de viktigste funnene og refleksjonene fra analysekapitlene videre til kapittel 6 for å oppsummere og drøfte disse i forhold til forskningsspørsmålene.

## 6. Konklusjon: Hva betyr alt dette for fleksibilitet og kompetanse?

Det har vært fokus på to nivåer i studien min: Det ene nivået er det konkrete eksempelet og situasjonen jeg har undersøkt. Det andre nivået er hva dette eksempelet i seg selv kan fortelle oss om fleksibilitet og kompetanse, og hvor målet er å komme frem til noen prinsipper som kan overføres til andre situasjoner og sammenliknes med andre teorier.

I dette kapittelet vil jeg oppsummere og diskutere det jeg har funnet ut på begge disse nivåene. Jeg vil også si noe om hva dette kan bety i praksis og for praksis i fremtiden. Jeg vil samtidig gjøre rede for hva undersøkelsen ikke gir svar på og si litt om hvilke områder som det kan være nyttig å studere i fremtiden. Hva har undersøkelsen bidratt med å gi svar på og hva har den ikke gitt svar på? Hva kan funnene tilføre av eventuell kunnskap og dypere forståelse?

For å svare på dette, henter jeg funn på tvers av de fire kategoriene, siden alle kategoriene berører disse faktorene. Jeg ser på det som har kommet frem i analysen og drøfter dette i forhold til forskningsspørsmålene. Jeg vil også vise til andres undersøkelser. I denne diskusjonen vil de to ovennevnte nivåene være flettet inn i hverandre.

Forskningsspørsmålene er som nevnt under punkt 4.1. disse:

- Hvilke faktorer bidrar til å få en virksomhets bemanningsløsninger for vikarer til å fungere og motsatt; hvilke faktorer virker hemmende?
- Er det mulig å komme frem til strategier for å sikre nødvendig kompetanse ved å opprette interne og fleksible bemanningsløsninger (for «vikarer»)?
- Hvordan kan en virksomhets egen interne bemanningsløsning med fast ansatte vikarer virke inn på fleksibiliteten?
- Er det mulig å identifisere forhold som kan motvirke mangel på tilstrekkelig fagkompetanse i betydningen riktig kompetanse på rett sted og til rett tid?

Jeg vil ta for meg disse forskningsspørsmålene i hvert sitt underkapittel. Begge nivåer, både det spesifikke eksempelet jeg har undersøkt og det mer generelle nivået knyttet til fleksibilitet og kompetanse, er tatt med i diskusjonen under hvert forskningsspørsmål.

## 6.1. Fremmende og hemmende faktorer

*Hvilke faktorer bidrar til å få en virksomhets bemanningsløsninger for vikarer til å fungere og motsatt; hvilke faktorer virker hemmende?*

Gjennom analysen har jeg kommet frem til at følgende faktorer kan se ut til å bidra til at slike bemanningsløsninger fungerer og virker fremmende:

Grundig rekrutteringsarbeid ved utvelgelse av ansatte til slike ordninger. Det er viktig å kartlegge motivasjonsfaktorer, samt forsikre seg om at kandidater til denne type bemanningsløsninger forstår hva denne type stilling går ut på. En FAFO-rapport beskriver at det ser ut til å være en ganske utbredt kultur blant ansatte innen helse- og omsorgssektoren for at man ikke ønsker å jobbe ved flere avdelinger (Moland & Bråthen, 2012). Den samme rapporten viser også til at det bør være mulig å få det til ved hjelp av tilrettelegging og god ledelse. For å fungere i slike strukturer bør de ha over gjennomsnittet fleksible evner og ikke minst vilje til å jobbe fleksibelt, viser funn i min studie. De bør trives med at oppgavene i høyere grad blir tildelt og delegert til dem av andre og må tåle en del uforutsigbarhet, samt mer fragmentering av oppgaver. Dette har jeg redegjort for blant annet under punkt 4.4.3. og 5.1.3. Funn viser at det dreier seg mye om innstilling (hvordan man tenker om dette), informasjon og samarbeid. Det å være vant til og fortrolig med å jobbe ved flere avdelinger virker å bidra godt til å klare å fungere fleksibelt. Disse funnene samsvarer på mange måter godt med undersøkelsen til Linzer et al. (2011) som jeg har skrevet om under punkt 1.5. Den konkluderte med at personlige egenskaper var avgjørende.

Undersøkelsen min hadde jobbet grundig med utvelgelsen av ansatte og vektla dette med motivasjon og fleksibilitet og ser derfor ut til å gjøre mye av det Linzer et al. (2011) anbefaler i forhold til rekruttering. Respondentene i



ambulantteam virket fornøyd med mange av sidene ved det å jobbe i en slik struktur og vektla mye av det de så som positivt ved modellen. Det handlet om forhold som variasjon og utviklingsmuligheter, samt godt arbeidsmiljø. Dette viser også at de har utviklet kvalitativ fleksibilitet. Jeg viser til punkt 4.4.3. hvor jeg har beskrevet dette nærmere.

Det er også nødvendig å innse at de øvrige ansattes fleksibilitetsevner har stor innvirkning på resultatene, siden samspillet er viktig. Det kom frem i undersøkelsen at de ansatte i avdelingene strekker seg svært langt for å opprettholde god omsorg og behandling for pasientene. Jeg har skrevet om det under punkt 4.4.4. De utgjør grunnstammen i forhold til ivaretagelsen av en helhetlig pasientbehandling. Fremmede faktorer er derfor at det er et tilstrekkelig antall faste i avdelingene som er i stand til å ta ansvar for et mer totalt behandlingsforløp, inkludert helhetlig omsorg, og samtidig koordinere dette. Kultur og struktur virker inn på fleksibiliteten (Disse teoriene er beskrevet under 2.1.1.) Atkinsons modell for den fleksible bedrift er også aktuell å se dette i lys av for å vurdere graden av ulik type fleksibilitet og kompetanse (Se punkt 2.1.5.)

Det er grunn til å være oppmerksom på situasjoner og perioder ved ekstra høyt sykefravær og hvordan strukturen på denne type bemanningsløsninger da virker. Samhandling er en viktig del av dette. En organisasjonskultur som er preget av åpenhet og tett dialog fremmer fleksibiliteten til alle aktører. Informasjon og kommunikasjon rundt hva man kan forvente å få til – og hva man ikke kan forvente å få til – øker forståelsen og bidrar i positiv retning til å akseptere en slik bemanningsløsning. Dette fremmer et godt samarbeid og hjelper det ambulante personalet til å «passe inn», spesielt det å ha en dialog rundt hvordan kompetansen deres skal bli brukt og hvordan de skal bli behandlet for å ha det bra. Absolutt alle har ansvar for at dette skal fungere. Dette viser at fleksibilitet har mange dimensjoner og at kvantitativ og kvalitativ fleksibilitet er tett sammenfiltret (Klemsdal, 2008), som beskrevet under punkt 2.1.4.

Slike bemanningsløsninger krever at lederne er tilgjengelige nok og at de følger tett opp underveis. Det er avgjørende at lederne ikke bare tenker at jobben deres er gjort fordi vikarene er på plass siden det handler om mye mer enn de kvantitative aspektene. Funn tyder på at det krever mer oppfølging fra lederne enn det

«ordinære» løsninger med kun tilkallingsvikarer gjør. Samtidig er det ikke sikkert at det samlet sett tar mer tid enn det gjør å måtte ringe etter vikarer til stadighet. En annen viktig faktor som kan virke hemmende, er at det blir økt belastning på de avdelingstilhørige. Dette kan skape uheldige ringvirkninger som det er en fordel å være oppmerksom på. Undersøkelsen til Buchan & Thomas (1995) støtter opp under disse funnene og den viste at de mest vellykkede vikarpoolene var de som hadde godt integrerte rutiner for hyppig og jevnlig dialog mellom aktørene. Dette dreier seg om utvikling av en selvbevisst organisasjon, noe som er fremmede for at kvantitativ og kvalitativ fleksibilitet totalt sett fungerer bra (Klemsdal, 2008). For å lykkes med slike bemanningsløsninger er det nødvendig å ta høyde for at man også må bruke tid på samhandling. Det dreier seg om kulturelle forhold som beskrevet under punkt 2.1.1. (Skorstad & Ramsdal, 2009). Jeg har redegjort for dette i analysen. Det vil i neste omgang kunne bidra til å spare tid i andre sammenhenger og ikke minst sørge for bedre kvalitet på pasientbehandlingen. Helse- og omsorgstjenester er så mye mer komplekst enn bare å gjennomføre en rekke enkeltoppgaver, så det krever ofte helhetlig tenkning og tett tverrfaglig samarbeid.

Hemmende faktorer kan blant annet være det motsatte av de fremmede faktorene selv om dette ikke er en regel uten unntak, siden også dette er komplekst sammensatt. Det at offentlige etater er inne i stadige omstillingsprosesser (Skorstad, 2011), kan også virke hemmende siden det er ressurskrevende. (Se punkt 3.3.)

For øvrig er det viktig å prøve å unngå ansettelse av personer som ikke passer til å jobbe i denne type struktur. Dette sier seg selv, men på grunn av at noen virksomheter velger å opprette slike bemanningsløsninger på bakgrunn av krav om faste ansettelse, kan antagelig flere nærmest på forhånd være dømt til å mislykkes. Da er det i utgangspunktet høy risiko for feilansettelse. Ved at ansatte får stillinger som er tvunget gjennom ut fra lovverket istedenfor at det er en bevisst rekrutteringsprosess hvor det stilles krav til kvalifikasjoner overlates for mye til tilfeldighetene. Personlig egnethet er kanskje et mer kritisk punkt i utvelgelsen av ansatte til slike bemanningsløsninger enn til mer «ordinære» stillinger.

Samtidig er det antagelig grunn til å forvente høyere turnover blant ansatte i denne type stillinger enn i ordinære stillinger. Funn viser at de aller fleste ansatte ideelt sett helst vil jobbe ved en eller få avdelinger fremfor mye rotasjon. Likevel kan det være spennende og lærerikt å jobbe ved flere avdelinger. Ansatte i ambulant team vektla også det positive ved variasjon som beskrevet under punkt 4.4.3. Det samme gjorde sykepleiere ved italienske og franske sykehus som måtte arbeide ved flere avdelinger (Skorstad & Ramsdal, 2009). Begge undersøkelsene viser at det også handler om hvordan man ser på denne måten å jobbe på. Ved å jobbe fleksibelt på slike måter, følger det med en del ulemper, men samtidig er det også noen fordeler, blant annet det å lære andre ting. Funn i undersøkelsen til Buchan & Thomas (1995) viste at noen steder satset de på nyutdannede sykepleiere i vikarpoolene. Det kan være en spennende måte å utvikle seg på som nyutdannet og kan være en måte hvor man får anledning til raskt å lære mye innen flere områder. Kanskje kan man se på slike løsninger som egnede rekrutteringsstillinger? Ved å bruke nettverket kan også fleksibiliteten påvirkes, for eksempel ved å jobbe med rekruttering av sykepleierstudenter. Nettverket er også en viktig faktor for fleksibiliteten som beskrevet under 2.1.1. (Skorstad & Ramsdal, 2009). Det vil antagelig kunne fungere bra dersom det organiseres fornuftig og følges tett opp.

Hemmende faktorer kan også være at pasientgrupper og avdelinger er svært forskjellige, for eksempel viser funnene at er det ekstra utfordrende i korttidsavdelinger og avdelinger for demente. Demente har ekstra stort behov for forutsigbarhet og det kan være vanskelig på ta hensyn til, i hvert fall med den type struktur undersøkelsenheten har valgt. Korttidsavdelinger med hyppig utskiftning av pasienter byr også på utfordringer med denne type stadig rotasjon av vikarer. Det er ikke så enkelt at det finnes en struktur som passer overalt. Dette viser at fleksibiliteten er svært kontekstavhengig og dette må tas hensyn til. Teori om dette er beskrevet under punkt 2.1. (Ramsdal & Skorstad, 2009). Kanskje kan en tettere dialog som jeg har nevnt ovenfor bidra til å demme opp for noen av utfordringene, eventuelt en forandring i organisasjonsstrukturen. Dette kommer jeg mer inn på i neste underkapittel.

Interne bemanningsløsninger for vikarer viser seg å være noe mange kommunale virksomheter har forsøkt seg på og funn tyder på at nesten like mange erkjenner at

de har mislykkes med disse. Det virker meget utfordrende å klare å få til slike løsninger; dette kan også hindre at nye virksomheter tør å prøve det ut. Disse bemanningsløsningene kan ha mange benevnelser: Vikarpool, ressursbank, ambulanseteam, ressursteam, flåte, bemanningsenhet og flere andre varianter. Erfaringer med hva som fungerer godt og mindre godt, finnes «der ute» i kommunene. Likevel ser det ikke ut til å være satt i system noen oversikt over faktorer som virker fremmende og hemmende på slike løsninger, samt hvorfor det fungerer eller ikke. Det hadde vært nyttig for ledere om det var et tilgjengelig informasjonssystem slik at man kunne slippe å ringe rundt på leting etter gode råd. For øvrig er det en viktig dimensjon å jobbe aktivt for å utvikle organiseringen av sykepleiefaget. Det administrative påvirker hvordan faget kan utøves.

Jeg vil nå ta for meg neste forskningsspørsmål.

## 6.2. Strategier for å sikre nødvendig kompetanse

*Er det mulig å komme frem til strategier for å sikre nødvendig kompetanse ved å opprette interne og fleksible bemanningsløsninger (for «vikarer»)?*

På bakgrunn av funnene i denne undersøkelsen og andre undersøkelser jeg har funnet som har tatt for seg emner innen liknende områder, mener jeg det er mulig å komme frem til noen strategier som kan bidra til å sikre nødvendig kompetanse ved hjelp av interne bemanningsløsninger. Jeg mener samtidig å ha kommet frem til at det er viktig å lytte til ansatte i avdelingene og tilpasse til lokale behov. Slike bemanningsmodeller må antagelig tilpasses den enkelte virksomhet og avdeling dersom avdelingene er veldig ulike. Strukturen i bemanningsløsningen bør også tilpasses de lokale behovene i den enkelte type avdeling. (Jeg har belyst dette under punkt 5.2.3. ) Dette er eksempel på at bemanningsformer påvirker fleksibiliteten (Skorstad & Ramsdal, 2009). Undersøkelsen til Buchan & Thomas gir støtte til dette (1995). Et råd er å tenke: «One size doesn't fit all». Såkalte oppskrifter for organisasjonsløsninger trenger å bli oversatt til den spesifikke konteksten i den enkelte virksomhet, siden det ellers kan bli mislykket å innføre ideer hentet fra andre. Røvik (2009, s.324) sier følgende: «Mye tyder på at

organisasjoners kapasitet og kompetanse til å oversette ideer blir en stadig viktigere strategisk ressurs for å lykkes med kunnskapsoverføring». Det kan være avgjørende for resultatet ved overføringer av såkalte «beste praksiser» at disse oppskriftene oversettes og tilpasses lokale forhold i den enkelte virksomhet. Slike oppgaver krever dyktige oversettere – translatører – i organisasjonene (Røvik, 2009). Dette er også viktige momenter å ta hensyn til i vurderingen av om man bør innføre en bemanningsmodell for vikarer: Har vi den kompetansen vi trenger for å forstå hva som skal til for å lykkes med å oversette slike ideer til vår spesifikke kontekst?

Ved å innføre denne type modeller med mål om å sikre nødvendig kompetanse, er det i tillegg avgjørende å ha en god oversikt over kompetansebehovet. Det innebærer å utvikle en kompetansestrategi som viser hvordan og i hvilken grad en organisasjon skal satse på kompetanse ved å anskaffe, utvikle, mobilisere og eventuelt avvikle kompetanse (Lai, 2013).

Kompetanse er et nøkkelbegrep og det å kjenne til og definere hva en virksomhet trenger for å ivareta krav til forsvarlig (og «god nok») pasientbehandling, må med andre ord være utgangspunktet. Funn i undersøkelsen viser at det er ulike måter å tenke om kompetanse på og aktørene kan vekte kompetansebehovet forskjellig. Hva innebærer det å ha rett kompetanse på rett sted og til riktig tid? Teoretisk sett er det for eksempel mulig å skille mellom kvalitative type oppgaver og kvantitative oppgaver, men det er avgjørende viktig å være bevisst på at disse egentlig er nært sammenkoblet. Såkalt kvalitative oppgaver kan dreie seg om blant annet kommunikasjon med pasienter, det å skape trygghet og vise empati. De er gjerne vanskelige å telle og måle. Såkalt kvantitative oppgaver er lettere å telle og kan dreie seg om antall «stell» av pasienter eller antall gitte injeksjoner. I en presset arbeidshverdag med stramme budsjetter, kan oppgaver som er vanskelige å telle og som gjerne er mindre konkrete og fysiske, lettere bli nedprioritert. Strategier for å sikre nødvendig kompetanse innen kommunale helse- og omsorgstjenester, må også innebære de oppgavene som er vanskelige å telle. Respondentene i undersøkelsenheten var opptatt av disse forholdene og erkjente at de er viktige å bringe frem i lyset, ikke minst på vegne av de svakeste, det vil si pasientene.

På bakgrunn av slike faktorer, mener jeg at strategiene må innebære betydelig fokus på riktig kompetansemobilisering og bevissthet i forhold til det å rekruttere og beholde nødvendig kompetanse. Det innebærer at en virksomhet må ha kontroll på bruken av tilkallingsvikarer og deltidsansattes merarbeid. Dette for å unngå at man må ansette personer med feil eller manglende kompetanse på bakgrunn av at de har opparbeidet seg krav på faste stillinger. Det kan ikke overlates til «tilfeldighetene» hvem man velger å ansette på fast basis. Det er skummelt kun å tenke numerisk fleksibilitet (punkt 2.1.2.) i form av «antall hender». Sykehjem trenger den formen for fleksibilitet som innebærer langt mer enn det i form av kombinasjonen kvalitativ og kvantitativ fleksibilitet (Klemsdal 2008). Ansettelsespraksis som beskrevet under punkt 2.1.1. er nødvendig å vurdere (Skorstad & Ramsdal, 2009), at samt Atkinsons modell gir perspektiver i relasjon til dette. (Beskrevet under punkt 2.1.5.) For eksempel kan man aktivt søke etter kandidater som synes det er spennende å lære mer i bredden ved å jobbe i ulike avdelinger, noe som vil kunne bidra til å sikre kompetanse i hele virksomheten.

Funnene viser at det er svært få utdannede sykepleiere og helsefagarbeidere som sitter parat og venter på å få en telefon med spørsmål om de kan påta seg en vakt (på kort varsel). Dette er fakta som støtter opp under at virksomheter bør jobbe frem interne bemanningsløsninger som sikrer kompetanse i en langt større prosent av fraværssituasjonene. Det handler om å ivareta et svært viktig samfunnsoppdrag: Sørge for gode (i det minste «gode nok») og forsvarlige tjenester overfor pasientene. Så hvorfor gjøres ikke dette i høyere grad? Jeg antar at mye av årsaken til dette handler om fleksibilitet og frykt for å overskride budsjetter. Det går jeg nærmere inn på i neste underkapittel.

## 6.3. Innvirkninger på fleksibiliteten

*Hvordan kan en virksomhets egen interne bemanningsløsning med fast ansatte vikarer virke inn på fleksibiliteten?*

Ovenfor har jeg antydnet at en viktig grunn til at de fleste virksomheter ikke har valgt å opprette interne løsninger for vikarer, kan være frykten for at det ikke vil fungere fleksibelt nok og da gjerne i betydning numerisk fleksibilitet. Dette til tross for at kompetansekrevende virksomheter som sykehjem i tillegg har et meget stort behov for kvalitativ fleksibilitet, som beskrevet ovenfor. Flexibilitet er utvilsomt et sentralt tema i tilknytning til denne type organisasjonsløsninger og det er et begrep som ofte blir benyttet i et altfor smalt perspektiv. Her er det nyttig å se på Klemsdals (2008) teorier om kvantitativ og kvalitativ fleksibilitet (Se punkt 2.1.4.) Disse faktorene har jeg jeg drøftet flere steder i analysen. Ved å ansette flere i faste stillinger, binder man opp en større andel av de økonomiske midlene. Risikoen for budsjettoverskridelser kan komme til å øke dersom man for eksempel i perioder med høyt fravær må leie inn flere vikarer. Det er ingen tvil om at det kan være sårbart ved høyt fravær. (Dette er blant annet belyst under punkt 5.3.2.) Kanskje er det samtidig flere på jobb av og til enn det man strengt tatt har behov for, slik at disse ressursene heller kunne vært benyttet de gangene fraværet er på et høyere nivå. Denne type dilemmaer viser funnene at undersøkelsesenheten har utfordringer med og som det er behov for å følge tett opp.

For øvrig er ikke minst dette med sykefravær en svært viktig dimensjon: En større svensk undersøkelse som nylig er gjennomført har hatt fokus på kvinners arbeidsmiljø og sammenhenger dette har for sykefraværslisiko (Arbetsmiljöverket 2011-2014, 2015). Den viser til at kvinner innen helse- og omsorgssektoren er mer utsatt for belastninger både fysisk og psykisk enn menn er enten menn jobber innenfor samme sektor eller i andre sektorer. Rammevilkårene for kvinner innen denne sektoren er generelt dårligere enn den er innen mannsdominerte sektorer. Sannsynligvis gjelder det samme her i Norge og den svenske undersøkelsen er blitt fokusert på også i norske media og av Arbeidstilsynet her i landet. Mye kan

tyde på at kvinner, og spesielt innen helse- og omsorgssektoren, arbeider så fleksibelt i bred betydning at det «går på helsa løs».

Forhold som naturligvis må tas på alvor ved bemanningsløsninger for vikarer, er blant annet å kartlegge fraværsmønstre, samt at noe av vikarbudsjetten bør holdes utenom for å ha en buffer når fraværstoppen kommer. Jeg har ikke undersøkt de økonomiske sidene ved denne type løsninger. Likevel har jeg fått en formening om at ved å vurdere nøye hvor stor del av vikarbudsjetten som må holdes utenom, samt blant annet jobbe grundig med strategier, så kan det være mulig å lykkes med å oppnå god nok fleksibilitet i betydning ulike former for fleksibilitet. Det å jobbe med å finne en balanse ved å følge med på fraværssituasjonen og vurdere hvor stor kapasiteten bør være i en slik bemanningsløsning etter hvert, er antagelig viktig av økonomiske hensyn. Kanskje blir det nødvendig å justere underveis. Undersøkelsen til Buchan og Thomas (1995) viste at det å vurdere størrelsen på vikarpoolen jevnlig var en faktor som også bør være med for å ivareta den kvantitative fleksibiliteten.

I analysen har jeg belyst det at fleksibilitet kan innebære veldig mange faktorer, samt at det er mange måter å tenke om fleksibilitet på. I hovedtrekk kan man dele inn fleksibilitet i kvalitativ og kvantitativ type (Klemsdal 2008). Funn i undersøkelsesenheten viser at bemanningsløsninger for vikarer påvirker begge disse typene fleksibilitet. (Dette er belyst i stor grad i analysen.) Den kvantitative er antagelig mest innlysende, siden man har bundet opp flere ansatte i en fast turnus, det vil si til forhåndsbestemte og planlagte vakter. Det betyr at den kvantitative fleksibiliteten på sykehjemmet sett under ett, er mindre fleksibel. Samtidig kan den kvantitative fleksibiliteten være svært elastisk mellom avdelingene. En avdeling kan for eksempel ha fire ansatte på plass i en periode og en annen avdeling kan samtidig ha kun to, mens senere på dagen eller en annen dag, er mulighetene store til å kunne fordele antall ansatte på en annen måte. Den store undersøkelsen til Buchan & Thomas (1995) støtter opp under dette siden en av hovedfordelene med vikarpooler respondentene beskrev, var nettopp det at man oppnådde bredere tilgang til kompetanse og samtidig kunne ansatte fordeles enda mer ut fra de skiftende ressursbehov.



I perioder eller på enkeltvakter hvor fraværet er høyt, kan ansatte være nødt til å være det de gjerne kaller «underbemannet» ved at det ambulante teamet ikke er mange nok til å dekke opp, i følge funnene. ( Beskrevet under punkt 5.2.2.)

Undersøkelsesenheten viste også til at de har hatt vakter hvor fraværet har vært lavt, slik at det ambulante teamet har kunnet avlaste avdelingene med oppgaver og gitt dem mer pusterom. Dette viser at både bemanningsform, organisasjonsstruktur og –kultur påvirker fleksibiliteten (Skorstad & Ramsdal, 2009). (Disse teoriene er beskrevet under punkt 2.1.1.)

Den kvalitative formen for fleksibilitet kan være vanskeligere å være bevisst på. Det er behov for å se og tenke på fordeling av oppgaver og bruk av kompetanse på nye måter. Det denne undersøkelsen også viser, er at også mange avdelingsfaste jobber svært fleksibelt, kanskje mest i den kvalitative betydningen, men også mye kvantitativt sett. Sykepleierne bistår for eksempel andre avdelinger, spesielt i helgene hvor sykepleierdekningen er lav. Et annet aspekt som kom frem, er det at de som jobber i avdelingen må bruke tid på andre oppgavetyper, for eksempel det å koordinere. En respondent sa: «Så må jeg også bruke tid på å tilpasse ting som ikke jeg burde brukt tid på». Med det mente hun at denne bemanningsløsningen krever mer av de fast ansatte, både ved at de må jobbe mer med å koordinere og med å følge opp pasientene helhetlig. Undersøkelsen til Buchan & Thomas (1995) som tok for seg sykehus med vikarpooler, viste også at de fast ansatte fikk økt arbeidsbelastning. Både i min undersøkelse og i den jeg henviser til her, viser at de ansatte i avdelingene må jobbe mer fleksibelt når man har denne type bemanningsløsninger.

Spørsmålene Skjælaaen (2010) reiste og som hun mente det kunne være grunnlag for å forske mer på, var blant annet om det ville etablere seg et mønster vedrørende oppgavefordeling mellom fast ansatte og innleide sykepleiere. Et annet spørsmål hun reiste, var hvordan dette eventuelt ble oppfattet av sykepleierne. (Jeg har skrevet om spørsmålene hun syntes aktuelle under punkt 1.3.1.) Disse spørsmålene er spennende å se på i lys av funnene i min undersøkelse selv om jeg har hatt fokus også på andre enn sykepleierne. Til det vil jeg si at det er et klart fordelingsmønster i undersøkelsesenheten jeg har forsket ved: Det går mye på grad av kvantitativ og kvalitativ fleksibilitet og ikke minst forskjeller i form av fragmenterte oppgaver (mer kvantitative) og mer helhetlig

pasientansvar (mer kvalitative oppgaver). Opplevelsen av det var noe delt. Disse funnene har jeg beskrevet og drøftet under punkt 5.2.3.

I tillegg må ledere og eventuelle merkantilt ansatte jobbe med administrative oppgaver på en annen måte, ikke minst i forhold til koordinering og samhandling. Så endring i oppgaver og behov for ulike typer fleksibilitet påvirker alle.

Jeg går nå over til det siste forskningsspørsmålet.

## 6.4. Forhold som kan motvirke mangel på fagkompetanse

*Er det mulig å identifisere forhold som kan motvirke mangel på tilstrekkelig fagkompetanse i betydningen riktig kompetanse på rett sted og til rett tid?*

Det er en kjensgjerning at behovene strengt tatt er større enn de tilgjengelige ressursene. Dette danner et slags «bakteppe» for hele problemstillingen. Derfor er det virkelig en utfordring å sikre riktig kompetanse på rett sted og til rett tid. Som jeg beskrev under punkt 1.1., er det å sørge for tilstrekkelig og riktig fagkompetanse en hovedutfordring innen helse- og omsorgstjenesten (St. meld. nr. 16, 2011-2015).

Det faktum at ressursene ikke strekker til for fullstendig å dekke alle behov, gir grobunn for konflikter siden prioritering av noe innebærer nedprioritering av noe annet. Samtidig innebærer en god ressursutnyttelse av at man samarbeider, siden en del behov er avhengig av at de dekkes i fellesskap med andre (Ringstad, 2007). Dette er spesielt viktig innenfor helse- og omsorgstjenester og undersøkelsesenheten er et klart eksempel på dette. Hverdagen dreier seg i stor grad om å minimere behovet for tjenester og hele tiden søke etter å løse utfordringene som kontinuerlig dukker opp på effektive måter.

Samarbeid og samhandling er grunnleggende faktorer for å sikre en fornuftig fordeling av kompetanse. Holdninger og kulturen i arbeidsmiljøet er viktig (Skorstad & Ramsdal, 2009). (Se punkt 2.1.1.) De forholdene jeg har belyst med tanke på det å fremme sikring av kompetanse, samt det å bygge opp tilstrekkelig

fleksibilitetsevne i en virksomhet, er også avgjørende faktorer. Jeg mener at det å se på helhetlige og nye måter bruke ulike typer fleksibilitet på, vil kunne bidra i riktig retning. Det å tenke annerledes om fleksibilitet, både kvantitativt og kvalitativt sett, er faktorer som man bør jobbe bevisst og målrettet med.

Ved at en virksomhet bevisst satser på hva slags kompetanse man trenger og ansetter på grunnlag av kompetanse også når det gjelder bruk av vikarressursene, vil man antagelig komme et godt stykke på vei. Helse- og omsorgssektoren bruker enorme summer på vikarressurser. Det er viktig å spørre seg hva man får ut av disse ressursene. Hva får man igjen for vikarressursene i en modell som i undersøkelsenheten kontra en tradisjonell modell med kun tilkallingsvikarer? Det ligger et potensiale i det å opprette en bemanningsløsning med faste vikarer siden det da er lettere å rekruttere riktig kompetanse. Følgende funn tydeliggjør dette: «Det er for få faglærte vikarer som sitter hjemme og venter på telefon». En undersøkelse jeg viste til under punkt 1.6. viste at det er var stor forskjell på faktisk og planlagt bemanning (Econ-rapport 2009-072, Utarbeidet for Norsk Sykepleierforbund). Det foregår sannsynligvis mye «sløsing» med disse ressursene innen helse- og omsorgssektoren ved at en stor del av fraværet dekkes av vikarer med manglende kompetanse. Ved å utvikle en sterk bevissthet rundt disse forholdene og ta grep for å få kontroll på hvilken type arbeidskraft man benytter seg av, kan man motvirke mangel på kompetanse. Ideene til Atkinson for den fleksible bedrift er aktuelle å lære av (Ramsdal et al., 2009). Det er behov for både kjernegruppe og periferigruppe som beskrevet under punkt 2.1.5. Viktige spørsmål å stille er hvilken kombinasjon av ansatte man trenger.

Dette er et stort ansvar å ivareta for ledere innen helse- og omsorgssektoren, noe som støttes av følgende amerikanske forskningsrapport: En undersøkelse foretatt av Goodman-Bacon & Ono (2007) hvor de så på bruk av faste og midlertidig ansatte sykepleiere, konkluderte med at sykepleiestabens grad av fleksibilitet er viktig siden den har direkte innvirkning på tjenestekvaliteten. Den viser tydelig at tilstrekkelig sykepleierdekning er en viktig faktor både for å øke effektiviteten og produktiviteten i helsetjenesten. Disse funnene er antagelig også overførbare til norske forhold. Samme undersøkelse refererte til en undersøkelse foretatt av The Agency for Healthcare and Quality (2004) som fant ut at lav sykepleierdekning hadde sammenheng med dårlige resultater for pasientbehandlingen. Det resulterte

i komplikasjoner som blant annet urinveisinfeksjoner, lungebetennelser, sjokktilstander og hjerteinfarkt. Disse funnene førte til at staten California valgte å innføre lovbestemte pleiefaktorer i sykehusene og en rekke andre stater vurderer tilsvarende. Andre har påpekt viktigheten av å tilpasse bemanningsnivået basert på ulike faktorer som blant annet pasient-typer, pasientenes behov, tilgjengelig teknologi, antall liggedøgn (grad av utskifting av pasienter i avdelingen) og hva slags sammensetning personalet skal ha i forhold til ulike faggrupper. Slike faktorer er også av høy verdi å se nærmere på. Hvordan sette sammen en godt fungerende blanding av ulike faggrupper? Det er ikke bare et høyt antall sykepleiere som teller for å sikre kompetanse, men også andre kvalifiserte ansatte som blant annet helsefagarbeidere. Spørsmålet om hvem som skal gjøre hva er hele tiden viktig å stille. Slike spørsmål kan også bidra til at man klarer å gå et skritt i riktig retning for å motvirke mangel på fagkompetanse. Det er for øvrig interessant å sammenlikne den ovennevnte lovendringen i California med forhold her i landet. Kanskje kunne en ny lovhjemmel ha bidratt til å motvirke mangel på tilstrekkelig fagkompetanse? Jeg vil gjerne trekke frem en lovhjemmel som er blitt innført i en helt annen sektor, eiendomsbransjen. Jeg beskriver den i neste underkapittel for å belyse at det har skjedd store endringer i kompetansesammensetningen i den sektoren på bakgrunn av nytt lovverk.

## 6.5. En digresjon... eller sammenlikning

Lovverket har naturlig nok stor innvirkning på utviklingen også av helse- og omsorgstjenestene. Som beskrevet under punkt 1.2. og 3.3.2 har både samhandlingsreformen og Arbeidsmiljøloven på hver sin måte ført til store forandringer for kommunale virksomheter som blant annet sykehjem. Kanskje burde det være grunnlag for å vurdere også et nytt lovverk for å sikre tilstrekkelig kompetanse?

Det er uansett interessant å trekke frem lovendringen som ble innført overfor eiendomsmeglingsbransjen i 2010. Dette var en politisk styrt endring for å sikre økt kvalitet og trygghet ved kjøp og salg av eiendom. Gjennom nytt lovverk skulle det fra 1. juli 2010 være krav om utdanning for å jobbe som eiendomsmegler

(Eiendomsmeglingsloven, 2007) I en overgangsfase kunne de som allerede jobbet innen bransjen, få anledning til å utdanne seg ved å ta en noe kortere meglerutdanning og fullføre denne innen en konkret frist.

I forskriftens § 2-8 (2) står det: Fagansvarlig skal påse at foretaket har en skriftlig oversikt over utdanning og praksis samt etterutdanning for alle ansatte og personer med tilsvarende tilknytning som utfører arbeid som ledd i eiendomsmegling. Oversikten skal vurderes og oppdateres løpende. Fagansvarlig skal påse at utdanning, praksis og etterutdanning oppfyller kravene i lov og forskrift. Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2007-11-23-1318>

Jeg synes det er interessant å sammenlikne dette med kommunal pleie- og omsorgssektor hvor det i følge Bakken (2009) arbeider 30 % ufaglærte. Er det først og fremst økonomiske årsaker til at en tilsvarende lov ikke er iverksatt innen helse- og omsorgssektoren? Det er vanskelig å finne holdbare argumenter for å kunne forsvare at ikke arbeid med ansvar for alvorlig syke mennesker skal være underlagt et tilsvarende krav om utdanning og etterutdanning som eiendomsbransjen har. Selv ikke Samhandlingsreformen har medført denne type formaliserte krav til tross for at det er godt kjent at det jobber svært mange ufaglærte i kommunehelsetjenesten.

Det er naturligvis ikke slik at endringer i lovverket alene vil forandre noe hvis ikke andre grunnleggende ting er på plass. Faktorer som utdanningskapasitet og rekruttering av egnede personer til yrker innen helse- og omsorgssektoren, vil også bidra, blant annet. Bakken (2009) skisserer at hovedutfordringene er at denne sektoren har gjort seg avhengig av at kvinner er villig til å fortsette å arbeide som de hittil har gjort for å redde den. Dette bildet mener han at er i ferd med å snu på bakgrunn av forandringer i kvinnerollen. Færre er villige til å jobbe under de rammevilkårene som tilbys. Han skriver: «Når kapasitetskrise innebærer at en som ansatt står overfor mer faglig krevende situasjoner enn det er kompetanse til på arbeidsplassen, blir resultatet ekstra lidelse for pasientene og merarbeid for ansatte. Dette har ført pleie- og omsorgssektoren inn i onde spiraler» (Bakken, 2009, s. 53). Det sier seg selv at den enkelte virksomhet eller kommune ikke kan

klare å løse denne type utfordringer uten at nødvendige grep på ulike nivåer gjøres fra statlig hold.

## 6.6. Begrensninger i studien og anbefalinger for videre forskning

Som enhver studie er også denne sterkt avgrenset. Det er naturligvis en rekke forhold som hadde vært aktuelle å undersøke i tilknytning til problemstillingen, men styrken ved denne undersøkelsen er at den er en kvalitativ dybdeundersøkelse. Den kan bygges videre på av andre.

Det å forske på andre alternative strukturer og bemanningsløsninger for vikarer, ville gitt ytterligere dybdeforståelse og ikke minst større bredde. Ulike kontekster kan gi forskjellige utslag. Jeg har kun holdt meg til ett eksempel på bemanningsløsning, men det at jeg har valgt å gjennomføre intervjuer med ulike typer aktører bidrar likevel til å gi dybdeforståelse og samtidig noe bredde ved at flere vinklinger er tatt med.

Undersøkelsen min er gjennomført i startfasen av innføringen av det ambulante teamet. Det begrenser også resultatene. Konteksten endrer seg over tid og undersøkelsesenheten ville sannsynligvis ha bydd på andre innsikter senere i forløpet. Ved å undersøke i tidlig fase fremkommer det samtidig andre faktorer som man ved et senere tidspunkt ikke reflekterer på samme måte. Det ville selvfølgelig vært interessant å gjøre begge deler, men dette masterstudiet kan ikke favne det. Kvalitative undersøkelser som denne kan gi grunnlag for å bygge teorier og ideer som i neste omgang kan generaliseres til andre situasjoner, slik Merriam (2009) beskriver. Hun sier blant annet: «Working hypotheses that take account of local conditions can offer practitioners some guidance in making choices – the results of which can be monitored and evaluated in order to make better decisions in the future» (Merriam, 2009, s. 225). Undersøkelsen har bidratt til refleksjon rundt praksis for meg og jeg håper den kan gi innsikt og skape grobunn til refleksjon også for andre.

Jeg ser for meg at det kunne vært interessant å undersøke hvordan slike bemanningsløsninger kan fungere mer spesifikt avhengig av forskjellige pasientgrupper. Type avdeling og ulike pasientgrupper virker åpenbart inn på både kompetansebehovet og på hvilken grad og type fleksibilitet som fungerer. Det å foreta undersøkelser direkte rettet mot pasienter og pårørende ville gi ytterligere økt innsikt i disse forholdene. Et viktig aspekt er også slike bemanningsløsningers eventuelle påvirkning av sykefraværet. Det ville være aktuelt å finne ut mer om dette ikke minst fordi sykefravær er en av hovedårsakene til stort forbruk av vikarer. Høyt sykefravær skaper store – egentlig enorme - utfordringer med det å sikre tilstrekkelig kompetanse til enhver tid, slik jeg har beskrevet i kapittel 1.

For øvrig har jeg fått styrket tro på at en økt grunnbemanning vil være verdt å prøve ut mer. Respondentene i avdelingene sa og at de så for seg at det ville gitt positive ringvirkninger både på sykefravær, arbeidsmiljø og ikke minst kvalitet på tjenestene. Økt grunnbemanning ville sannsynligvis innebære at man må jobbe med at alle ansatte bidrar mer fleksibelt enn det som ellers er vanlig å praktisere. Jo flere som kan avlaste hverandre og bistå ved spesielle behov, jo mindre blir belastningen på den enkelte. Da vil alle ha mer lik rolle i forhold til fleksibilitet. Kanskje kan det være riktig at noen er utpekt til å være mer fleksible enn andre, for eksempel ved å lyse ut noen stillinger hvor det legges opp til at enkelte roterer noe mer mellom avdelinger enn andre. Jeg har en formening om at det er viktig å jobbe med fleksibilitetsevnen – i bred betydning - generelt for alle ansatte.

Samtidig kan det være mest hensiktsmessig at noen jobber mer ved en ekstra avdeling (eller flere) enn andre, både av hensyn til personlige egenskaper og av hensyn til pasientenes behov for kontinuitet. Vi vet at egenskaper som trygghet og trivsel i forhold til variasjon er ulikt fordelt. Det passer bedre for noen enn for andre. Noe jeg ser for meg er at noen av stillingene er ambulerende ved at de byttes med stillinger i andre avdelinger etter for eksempel noen måneder. Det kan tenkes å bidra til å øke både den kvantitative og den kvalitative fleksibiliteten i virksomheten over tid. Jeg ser for meg at forhold knyttet til kvantitativ og kvalitativ fleksibilitet er et område som kunne ha vært forsket videre på. Dette er et spennende tema med tanke på sikring av kompetanse. Det er det «kampen» dreier seg om dypest sett, som beskrevet i innledningen under punkt 1.

## 6.7. Avslutning

Det har vært spennende å gå inn i dybdene ved å gjennomføre denne kvalitative undersøkelsen. Det er en kompleks oppgave og mange dimensjoner har vist seg etter hvert. Undersøkelsen bidrar til å gi noen svar samtidig som den kan reise nye spørsmål. Problemstillingen dreier seg tross alt overordnet sett om å sikre rett kompetanse på rett sted og til riktig tid innen helse- og omsorgssektoren som beskrevet i kapittel 1. Det er ingen enkel oppgave og utfordringene krever store ressurser og innsats i alle ledd fra statlige myndigheters side og ut i kommuner og til den enkelte arbeidstager. Denne kompleksiteten gjør at det er desto mer viktig å reflektere og dele erfaringer med hverandre. Ulike organisasjoner trenger også det nettverket de til sammen utgjør. Dette store nettverket kan sees på som en av de fire nøkkelfaktorene Skorstad og Ramsdal (2009) beskriver som viktig for organisasjoners fleksibilitetsevne. Så stort kan og bør man tenke for å forstå hva fleksibilitet kan dreie seg om i vid forstand. Det å samhandle på en innovativ måte om å utvikle nye måter å gjøre ting på, kan bidra til en forandring i riktig retning i form av en god og helhetlig måte å være fleksibel på. Det kan igjen føre til at rett kompetanse på rett sted og til rett tid skjer i høyere grad. Samhandlingsreformens «tittel» er: «Rett behandling – på rett sted – til rett tid» (St.meld. nr. 47, 2008-2009). For å komme i nærheten av å oppnå dette, kreves fleksibilitet og kompetanse som er tilpasset konteksten.





## Litteraturliste:

Alsos, K., Berge, Ø. M. og Ødegård, A. M: (2012): *Kampen om vikarene.*

*Arbeidskraftstrategier i kommunesektoren* FAFO-rapport 2012:06

Arbetsmiljøverket (2015): *Kvinnors arbeidsmiljø* , Sluttrapport, 2011-2014

Hentet fra: [http://www.av.se/dokument/publikationer/rapporter/RAP2015\\_06.pdf](http://www.av.se/dokument/publikationer/rapporter/RAP2015_06.pdf)

Arbeidsmiljøloven (2005): *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.*

Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_14#KAPITTEL_14)

[62/KAPITTEL\\_14#KAPITTEL\\_14](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_14#KAPITTEL_14)

Bakken, R. (2009): *Englevakt*

Oslo: Forlaget Manifest

Blåka, G. og Filstad, C. (2007): *Læring i helseorganisasjoner*

Oslo: Cappelen Forlag

Buchan, J. og Thomas, S. (1995): *Managing temporary nursing staff:*

*Nurse banks in Scotland*

UK: National Health Service

Creswell J.W.(2014): *Research Design*

Thousand Oaks: Sage (4th edition)

Dahle, R. og Østbye, M. M. (2007): *Medisinske vikarbyråer: En sikkerhetsventil i et sårbart system?*

NOVA rapport 4/2007

Dziuba-Ellis, J. (2006) *Float pools and resource teams: A review of the Literature*

*Journal of Nursing Care Quality*: October/December 2006 – Vol. 21 Issue 4, p352-359 (Article)

Econ-rapport 2009-072 (2009): *Bemanning i kommunal pleie og omsorg*  
Oslo: Econ Pöyry, Utarbeidet for Norsk Sykepleierforbund

Eiendomsmeglingsloven (2007): *Lov om eiendomsmegling*

Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2007-06-29-73?q=eiendomsmeglingsloven>

Forskrift om endring i forskrift 23. november 2007 nr 1318 om eiendomsmegling

Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/Forskrift-om-endring-i-forskrift-23-november-2007-nr-1318-om-eiendomsmegling/id594013/>

Gartun, H. (2012): «*Planlagt og faktisk bemanning i sykehjem og hjemmesykepleie*» FAFO-rapport 2012:05

Flick, U. (2011): *Introducing Research Methodology. A Beginners Guide to Doing a Research Project*

London: Sage

Goodman-Bacon, A. og Ono, Y.(2007): *Who are temporary nurses?*

Economic Perspectives, 10/2007, Federal Reserve Bank of Chicago

Haukelien, H., Vike, H. og Bakken, R. (2009):

*Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene. Evaluering av prosjektet Etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten (EVUK)*

TF-rapport nr. 252

Hesse-Biber, S. N. og Leavy, P. (2011): *The Practice of Qualitative Research*

Thousand Oaks: Sage, Second Edition

Hofstad, G. (2003): *Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*

SINTEF Hentet fra:

<http://www.sintef.no/home/publications/publication/?pubid=SINTEF+A6364>

Jacobsen, D. I. (2011): *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*

Kristiansand: Høyskoleforlaget (2. utgave)

Jacobsen, D. I. (2009): *Organisasjonsendringer og endringsledelse*

Bergen: Fagbokforlaget

Klemsdal, L. (2008): *Den intuitive organisasjonen. Forny organisasjonen med de samme menneskene*

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Kvale S. & Brinkmann, S. (2009): *Interviews*

Thousand Oaks: Sage

Lai, L. (2013): *Strategisk kompetanseledelse*

Bergen: Fagbokforlaget (3. utgave)

Liamputtong, P. (2011): *Focus Group Methodology. Principles and Practice*

London: Sage (3rd Edition)

Liamputtong, P. og Ezzy, D. (2005): *Qualitative Research Methods*

Oxford University Press

Linzer, P., Tiley, A. og Williamson, M. W. (2011): *What Floats a Float Nurse's Boat?*

Creative Nursing, Volume 17, Issue 3, 2011

Merriam, S. (2009): *Qualitative Research. A guide to Design and Implementation*

San Franscisc: Jossey-Bass

Moland, L. E. og Bråthen, K. (2012) *Hvordan kan kommunene tilby flere heltidsstillinger?* Oslo: FAFO-rapport 2012: 14

Morse, J. M. (2008): *Deceptive simplicity of qualitative research*  
Sage Publications

Hentet fra: <http://ezproxy.hiof.no:2856/content/18/10/1311.full.pdf>

Nilssen, V. (2012): *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*  
Oslo: Universitetsforlaget

Orvik, A. (2015): *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*  
Oslo: Cappelen Damm (2. utgave)

Ose, S., Jiang, L. og Bungum, B. (2014): *Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse*  
SINTEF, Rapport 2014

Patton, M. Q. (2002): *Qualitative Research and Evaluation Methods*  
Thousand Oaks: Sage (3rd edition)

Paulsen, B., Harsvik, T., Halvorsen, T. og Nygård, L. (2004): *Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem*  
SINTEF, Rapport 2004 (Sintef Helse)

Ramsdal, H. og Skorstad, E. J. (2004): *Privatisering fra innsiden. Om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering*  
Bergen: Fagbokforlaget

Ramsdal, H., Skorstad, E. J., og Strøm, Ø. (2009): *Fleksible organisasjoner: alternative strategier og arbeidsmiljømessige konsekvenser*  
Halden: Høgskolen i Østfold. Rapport 2009:1

Ringstad, (2007): *Samfunnsøkonomi og sunn fornuft*  
Oslo: Cappelen Akademisk

Roksvåg, K. og Texmon, I. (2012): *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035*. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012

Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå

Røvik, K. A. (2009): *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*

Oslo: Universitetsforlaget

Silverman D. (2010): *Doing Qualitative Research*

London: Sage (3<sup>rd</sup> edition)

Skorstad, E. (2011): *Omstillinger i arbeidslivet. Importerte moter og nasjonale tradisjoner*

Oslo: Gyldendal

Skorstad, E. (2002): *Organisasjonsformer. Kontinuitet eller forandring?*

Oslo: Gyldendal akademisk

Skorstad, E. J. og Ramsdal, H. (2009): *Flexible Organizations and the New Working Life. A European Perspective.*

Surrey: Ashgate

St. melding nr. 16 (2010-2011), Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

(2011) Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/?docId=STM201020110016000DDDEPIS&ch=1&q=>

St. melding nr. 47, 2008-2009 (2009): *Samhandlingsreformen*

*Rett behandling – på rett sted – til rett tid*

Hentet fra: <http://www.helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/Sider/default.aspx>

Theorell, Töres (2012): *Psykosocial miljö och stress*

Lund: Studentlitteratur AB (2. opplag)

# Vedlegg 1

## Intervjuguide

Alle intervjudeltagere får i starten av intervjuet muntlig informasjon om undersøkelsen av intervjuer.

Informasjonsskrivet har de fått utdelt på forhånd. Intervjuer sørger for å få underskrift på samtykke til deltagelse i studien senest ved avslutningen av intervjuet.

### **1. Type bemanningsmodell og kunnskap om denne modellen :**

Kan du/dere forklare meg noe om den bemanningsmodellen dere har og hvordan den fungerer i hovedtrekk?

Kan du/dere si noe om bakgrunnen for og årsaker til at denne modellen ble valgt?

Hvordan har innføringen/utviklingen av den har vært gjennomført?

Hvordan har du/dere eventuelt vært involvert i arbeidet med denne modellen?

### **2. Arbeidsmiljøet:**

Kan du/dere si noe om hvordan bemanningsmodellen virker inn på arbeidsmiljøet?

Hvorfor mener du/dere at den virker påvirker arbeidsmiljøet på en slik måte?

Hvilke faktorer kan øke/reducere denne effekten?

Hva bidrar til at bemanningsmodellen fungerer godt for miljøet?

Hvilke faktorer gjør at modellen ikke virker bra for arbeidsmiljøet?

### **3. Bemanningsmodellen og pasientbehandlingen:**

Har bemanningsmodellen virket inn på pasientbehandlingen, i så fall på hvilken måte?

Kan du/dere fortelle meg om fordeler modellen har for pasientene?

Hvilke ulemper kan modellen ha for pasientene?

**4. Bemanningsmodellen og tjenesteutøvelsen:**

Kan du/dere si noe om hvordan denne modellen virker inn på arbeidsoppgaver og rutiner?

Hvordan påvirker den gjennomføringen av arbeidet?

**5. Bemanningsmodellen og driften:**

Hvordan virker bemanningsmodellen inn på virksomhetens drift?

Har modellen innvirkning på organisasjonens effektivitet? I så fall på hvilken måte?

**6. Bemanningsmodellen og deg/dere personlig:**

Kan du/dere si noe om hvordan bemanningsmodellen påvirker deg/dere profesjonelt?

Kan du/dere si noe om hvordan bemanningsmodellen påvirker deg/dere privat?

**7. Læring gjennom modellen/Råd til andre:**

Hva har du/dere lært av denne modellen?

Hvilke råd vil du/dere gi til andre som jobber for å finne gode løsninger som sikrer tilstrekkelig kompetanse/bemannings?

Kan du/dere si noe mer om fordeler og ulemper ved modellen?

**8. Eventuelle andre innspill:**

Er det noe mer du/dere ønsker å si noe om som er relevant for temaet?



## Vedlegg 2

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

«Ansattes og lederes persepsjon og erfaringer med ulike bemanningsløsninger som skal sikre nødvendig kompetanse»

#### **Bakgrunn og formål**

Dette prosjektet er et masterstudium som gjennomføres av Ine Heiberg ved Høgskolen i Østfold, Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag.

Iflg Nasjonal helse- og omsorgsplan er det spesielt viktig å ha tilstrekkelig tilgang på personell med nødvendig kompetanse for å nå målene i samhandlingsreformen.

Prosjektets formål er å identifisere eventuelle strategier som kan bidra til at en kommunal virksomhet som helsehus og sykehjem lykkes med å sikre tilstrekkelig kompetanse gjennom interne bemanningsløsninger som økning i grunnbemanning og/eller intern vikarpool eller liknende. Identifisere fordeler og ulemper ved ulike bemanningsløsninger inkludert den mer «tradisjonelle» løsningen med utstrakt bruk av tilkallingsvikarer. Hvordan påvirker ulike bemanningsløsninger forhold som pasientbehandling, tjenestekvalitet, arbeidsmiljø og fleksibilitet? Er det mulig å komme frem til noen prinsipper som gjør at interne bemanningsløsninger for vikarbruk organiseres slik at både pasientbehandling og arbeidsforhold fungerer mest mulig optimalt?

Følgende personer skal forespørres om å delta: Avdelingsledere, fast ansatte sykepleiere/fagarbeidere med tilhørighet til en avdeling (eller liknende) og sykepleiere/fagarbeidere som jobber som vikarer på timebasis, vikarpool eller har arbeidssted ved mer enn en avdeling ved et helsehus/sykehjem. Deltagerne i forskningsprosjektet er valgt ut på bakgrunn av organiseringen virksomheten har for vikarer.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Spørsmålene vil omhandle bemanningsmodellen ved arbeidsstedet. Datainnsamlingen vil skje gjennom enkeltintervjuer av ledere og fokusgruppeintervjuer av ansatte. Data registreres ved hjelp av notater og lydopptak. Intervjuene vil vare ca. 1-1,5 time. Innsamling av opplysninger vil også skje via offentlige dokumenter.

**Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og i følge personvernombudets retningslinjer. Lydopptakene vil kun være tilgjengelig for student og veileder. Etter at opptakene er transkribert og studiet er gjennomført og vurdert, vil opptakene bli slettet. De transkriberte tekstene vil være fullt anonymiserte. Deltagerne eller arbeidsstedet deres vil ikke kunne bli gjenkjent i publikasjoner.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2015.

**Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil ingen opplysninger fra deg bli benyttet i studien.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med student Ine Heiberg, mobil 91384902 eller veileder Julianne Cheek, mobil 47388268.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

**Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hørfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr: 985 321 884

Julianne Cheek  
Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag Høgskolen i Østfold  
Remmen  
1757 HALDEN

Vår dato: 20.10.2014

Vår ref: 40308 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.10.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

40308	<i>Hvilken effekt kan ulike bemanningsløsninger for vikarer ha og hva slags erfaringer kan høstes fra dem?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Østfold, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Julianne Cheek</i>
Student	<i>Ine Heiberg</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*



## Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 40308

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Østfold sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 30.06.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak