

Sykepleiernes turnus - ledernes hodepine?

Elin Nerdahl

Veileder

Dag Olaf Torjesen

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Forord

Høsten 2010 startet jeg som student på Universitetet i Agders erfaringsbaserte masterprogram i helseledelse. De tre første årene bestod av seks ulike fag, to fag var spesialiseringfag. Alle var på sin måte interessante og lærerike og har bidratt til å øke mitt refleksjonsnivå. Snart fire år etter avsluttes studiet med denne masteroppgaven.

Masteroppgaven har vært omfattende, krevende og ikke minst utfordrende. Særlig har det å veksle mellom nærhet og distanse til forskningsfeltet vært spennende, men også arbeidet med kategorisering og diskusjon har vært en prosess. Masteroppgaven har bidratt til å øke min forståelse og gitt mer og ny kunnskap om temaet.

Takk til veileder Dag Olaf Torjesen som både har gjort meg sikker og usikker gjennom prosessen. Men det har vært nyttig for refleksjonen. En stor takk til informantene som har gjort denne undersøkelsen mulig.

Min arbeidsgiver har lagt til rette for at jeg i en periode har kunnet arbeide konsentrert med masteroppgaven, det har jeg satt pris på. En stor takk til min kollega May Lisa Spjelkevik for hennes tålmodige støtte, inspirasjon, veiledning og kritiske røst. Jeg vil også takke min medstudent Åse Kari Kringlåk for diskusjoner og faglige innspill. Også takk til noen av mine kollegaer som vet hvordan det er å arbeide i turnus og kjenner hva som passer dem best. Alle har bidratt til en kvalitetssikring av studien.

Helt til slutt vil jeg takke mannen min for hans tålmodighet. Han har vært en god diskusjonspartner og oppmuntret meg i prosessen.

Elin Nerdahl
Juni 2014

Sammendrag

Masteroppgaven tar for seg hvilke forhold lederne tar hensyn til i deres beslutninger i utarbeidelsen av arbeidstidsordninger. Formålet med oppgaven er å undersøke hva som ligger til grunn for og er av betydning for ledernes beslutninger. Undersøkelsen er foretatt ved seks medisinske avdelinger i to sykehus i Norge.

Kapittel 2 består av teoretisk rammeverk. Først beskrives beslutningsteori med fokus på *konsekvenslogikk* og *passendelogikk*, to former for rasjonalitet side om side. Videre beskrives den organisasjonsmessige sammenhengen som lederne opererer i og påvirkes av.

I kapittel 3 presenteres studiens kvalitative metode.

Kapittel 4 inneholder presentasjon og diskusjon av funn. For å forstå hva lederne er ansvarlig for og påvirkes av har jeg presentert sykehusenes arbeidstidsordninger og hvordan disse utformes. Empirien er kategorisert i seks forhold lederne tar hensyn til: 1) organisasjonsmessig forhold: *tilpasning av arbeidstiden, økonomi og lov- og avtaleverket*, 2) *forhold ved lederen selv* og 3) trekk i situasjonen: *tilgjengelig kompetanse og sykefravær*. Her drøftes hvilke handlingslogikker som er fremtredende.

Kapittel 5 er konklusjoner og avsluttende kommentarer.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	6
1.1	PRESENTASJON AV TEMA	6
1.2	VALG AV PROBLEMSTILLING	7
1.3	OPPGAVENS OPPBYGGING	7
2	TEORETISK RAMMEVERK	8
2.1	BESLUTNINGSTEORI	8
2.1.1	Rasjonalitet	9
2.1.2	Rasjonalitet i organisasjonen; Konsekvenslogikk og passendelogikk	10
2.1.3	Beslutningsprosesser i organisasjoner	12
2.2	SYKEHUS SOM KONTEKST	14
2.2.1	Sykehus som organisasjon	14
2.2.2	Endringer i organisering og styring i sykehus de siste årene	16
2.2.3	Hvordan ledelse kommer til uttrykk i sykehus	18
2.2.4	Sykepleielederen- funksjon og ansvar	19
2.2.5	Profesjonens særegenhet	20
2.3	ARBEIDSTIDSORDNINGER	21
2.3.1	Arbeidstidsordninger	21
2.3.2	Målsetting med arbeidstidsordninger	23
2.3.3	Arbeidsmiljøloven og avtaleverket	23
2.3.4	Arbeidstidsreduksjon og fleksibilitet i lov og avtaleverk	24
3	METODE	26
3.1	KVALITATIV METODE	26
3.2	PLANLEGGING OG GJENNOMFØRING	27
3.2.1	Forberedelser	27
3.2.2	Utvalget	27
3.2.3	Pilotintervju	29
3.2.4	Gjennomføringen og bearbeiding av intervjuene	29
3.3	VURDERING AV KVALITET	31
3.4	ETISKE OVERVEIELSER	32
4	PRESENTASJON OG DISKUSJON AV FUNN	33
4.1	SYKEHUSENES ARBEIDSTIDSORDNINGER	33

4.2	SEKS FORHOLD LEDERNE TAR HENSYN TIL I KONSTRUKSJON AV TURNUS	38
4.3	ORGANISATORISKE FORHOLD	39
4.3.1	Tilpasning av arbeidstiden	39
4.3.2	Økonomi	48
4.3.3	Lov og avtaleverkets rammer	55
4.4	FORHOLD VED LEDEREN SELV	60
4.4.1	Forhold ved lederen selv	60
4.5	TREKK VED SITUASJONEN	64
4.5.1	Tilgjengelig kompetanse	64
4.5.2	Sykefravær	72
5	KONKLUSJONER OG AVSLUTTENDE KOMMENTARER	76
	LITTERATURLISTE	78
	VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV TIL RESPONDENTEN	82
	VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE	83

1 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Jeg har i oppgaven valgt å se på hvilke forhold lederne tar hensyn til i deres beslutninger om arbeidstidsordninger. Arbeidstidsordninger er komplekst og mange hensyn skal veies opp mot hverandre. Ledere skal ta mest mulig kvalitetssikrede og kunnskapsbaserte beslutninger. Men på hvilken måte fremkommer beslutningene og hvilke beslutninger tas? I tillegg har sykepleierne medbestemmelse i utformingen av arbeidstidsordningene, samtidig som formelle normer som lov- og avtaleverket setter skranker for arbeidstiden. I sykehus er ledere ansvarlig for beslutningene som gjelder både utforming og planlegging av arbeidstidsordningene.

Bakgrunn for valg av tema er at sentrale politikere, arbeidsgivere, arbeidstakere og fagorganisasjonene i dag står i et motsetningsforhold når det gjelder arbeidstidsproblematikk og virkemidler. Det fremkommer blant annet i Aftenposten 29.oktober 2013 fra Spekters¹ styreleder Dag Mejdell som sa at det er uheldig at arbeidstakerne gjennom de tillitsvalgte i dag har ”vetorett på turnus”. Spekters intensjon er økt styringsrett der arbeidstidsbestemmelsene blir bedre tilpasset de ansatte og virksomhetens behov. Sykepleiere og tillitsvalgte uttrykker derimot det motsatte av det Speker gjør både i medier og fagtidsskrift. De erfarer blant annet tidspress, økt belastning, lite forutsigbarhet, økt merarbeid og overtid og mer ubekvem arbeidstid.

Andelen som arbeider i turnus øker. Forskning på turnusarbeid viser konsekvenser både for helse og velferd (Flo m.fl. 2011, Hippe og Trygstad 2012, Flo m.fl. 2013, Lie m.fl. 2014). Det har skjedd en intensivering av arbeidsoppgavene til sykepleiere i sykehus som et resultat av New Public Management reformer. Dette resulterer i et misforhold mellom effektivitetskrav og produksjon versus ressurser og arbeidsoppgaver (Olsvold 2010). Samtidig viser erfaringstall at sykefraværet er høyere i kvinnedominerte yrker sammenlignet med mannsdominerte yrker (Mykletun og Vaage 2012), og arbeidstiden er i stor grad fordelt på deltidsansatte sykepleiere (Aune 2013). Dette utfordringsbilde bidrar til at lederne har flere forhold de må ta hensyn til i utformingen og planleggingen av arbeidstidsordninger.

¹ Arbeidsgiverforeningen Speker. Alle sykehus er medlemmer i Speker.

Formålet med oppgaven er å undersøke hva som ligger til grunn for, og er av betydning for lederes beslutninger i utformingen og planleggingen av arbeidstidsordninger. Kunnskapen vil sannsynligvis gi en annen type oppmerksomhet på arbeidstidsordninger og de forhold ledere tar hensyn til.

1.2 Valg av problemstilling

Jeg har valgt følgende problemstilling: *Hvilke forhold påvirker lederes beslutninger ved utforming og planlegging av arbeidstidsordninger i sykehus?*

For å få svar på min problemstilling har jeg valgt ledere ved seks medisinske avdelinger i to sykehus. De er ledere på det laveste vertikale nivået og er beslutningstakere ved utforming og planlegging av arbeidstidsordninger. Lederne påvirkes av mange ulike forhold. Denne oppgaven begrenses til organisasjonsmessige forhold, forhold ved lederen selv og trekk ved situasjonen.

Med arbeidstidsordninger menes her at arbeidstiden legges til ulike tider av døgnet i en gitt periode. Sykepleierne i sykehus arbeider i hovedsak tredelt arbeidstidsordning og benevnes enten ønsketurnus eller tradisjonell turnus.

Jeg har valgt to sykehus og seks medisinske avdelinger som kontekst for studien. Endringer, reformer og økt vekst gir sykehus noen utfordringer i hvordan beslutninger tas og utvikles i arbeidstidsordninger. Jeg har valgt medisinske avdelinger fordi avdelingene er mest ukjent for meg, dermed er det lettere å få distanse til forskningsfeltet.

1.3 Oppgavens oppbygging

I neste kapittel redegjøres det for det teoretiske rammeverket. Kapittel 3 inneholder metode, kapittel 4 presentasjon og diskusjon av funn. Til slutt konklusjon og avsluttende kommentarer.

2 Teoretisk rammeverk

Innledning

En avklaring av begreper vil være viktig for å sikre en felles forståelse. Først beskriver jeg beslutningsteori og beslutninger som er rettet mot det indre liv i organisasjonen; konsekvenslogikk og passendelogikk. Så beskriver jeg den organisasjonsmessige sammenhengen som beslutningstakere opererer i og påvirkes av.

For å forklare sykehus som en ekspertorganisasjon har jeg tatt utgangspunkt i Mintzberg (1983). Problemstillingen min betinger at særtrekkene ved ekspertorganisasjon er kjent. Først vil jeg kort beskrive hva sykehus som organisasjon består av, hva en ekspertorganisasjon er og dens særpreg, før jeg kort sier noe om de siste reformene og konsekvenser. Så presenterer jeg hvordan ledelse kommer til uttrykk, sykepleielederen - funksjon og ansvar og profesjonens særegenhet i lys av reformer. Til slutt beskriver jeg arbeidstidsordninger i lov og avtaleverket.

2.1 Beslutningsteori

I etterkrigstiden utviklet det seg en egen teoriretning basert på analyser av rasjonalitetens former i organisasjoner. Retningen kalles beslutningsteori og fikk stor betydning. Herbert Simon kritiserte den rasjonelle tenkemåten i boken *Administrative behavior* (1976). Han skrev en oppfølger sammen med James March i boken *Organizations*. Her beskriver de at rasjonalitet har begrensninger. De mener at mennesker og organisasjoner velger ut fra begrenset rasjonalitet. Menneskers begrensede oppfattelsesevner sammen med organisasjoners rutiner gjør det vanskelig å bryte ut av den begrensede rasjonaliteten (Strand 2007).

Beslutninger foretas overalt i organisasjonen, hurtig, automatisk, eller store og små. Beslutninger dreier seg om å ta stilling til informasjon og forstås som valg mellom ett eller flere alternativer, der valget fremkommer som en handling og vises i praksis. Handlingen er iverksettingen av det endelige valget. En beslutning kan også være det endelige utfallet av en prosess, der flere vurderinger av ulike alternativer fører frem til et valg og en handling (Jacobsen & Thorsvik 2013). Ved utforming og planlegging av arbeidstidsordninger er det flere forhold ledere tar hensyn til, for eksempel: selvbestemmelse av arbeidstiden,

kompetanse som er ønskelig og mulig, tilrettelegging og rammer for å nevne noen. Hvordan sluttproduktet blir vil være avhengig av ledernes vurderinger av flere alternativ underveis og fører til slutt frem til en endelig arbeidstidsordning - en beslutning, før den implementeres.

2.1.1 Rasjonalitet

I klassisk beslutningsteori innebærer den rasjonelle modellen at mennesket handler perfekt fornuftig; ”economic man”- modellen. Dette innebærer at mennesket har klare mål, vet hva en foretrekker, at alle alternativ kan sammenlignes og har full informasjon før det foretas et valg mellom alternativene og blir implementert. Dette er et ideal. I praksis er det mange forhold som gjør det problematisk å handle etter perfekt rasjonalitet (Jacobsen & Thorsvik 2013). March og Simon (1958) kritiserer den rasjonelle modellen. De mener mennesket ikke har fullstendig kunnskap om alternativer og konsekvenser av disse. De understreker at i beslutninger og beslutningsprosesser vil mennesket stå overfor ufullstendig informasjon og vanskelige problemer som kan skape usikkerhet. I tillegg mener de at menneskets kognitive evne til å bearbeide all informasjon er begrenset, samtidig som tid også kan være en knapp ressurs. Dette kan medføre at mennesket ikke vet hva en vil foretrekke når det gjelder målet. Nyere psykologisk forskning uttrykker også hvor komplisert det er å handle etter det perfekte og beskriver flere realiteter som for eksempel: lettere å legge merke til kjente problemer fremfor nye, leter etter informasjon der den er lettest å finne og mål utarbeides for å legitimere beslutninger (Jacobsen & Thorsvik 2013).

Dette innebærer at mennesket ikke kan handle perfekt rasjonelt; ”administrativ man”- modellen. Begrenset rasjonalitet handler om innskrenkninger som gjør seg gjeldende når beslutninger skal tas. Disse innskrenkningene kan være uklare mål, enkelte alternativer og konsekvenser vurderes av disse, kapasiteten der og da, og det første alternativet som dukker opp kan velges. Begrepet *satisfierende* dekker begrenset rasjonalitet. Det betyr at mennesket velger det som er ”godt nok” uten å vite om det er det beste. Mennesket forsøker i hvert fall å oppnå et minimum, men streber ikke etter å oppnå maksimal verdi (Simon 1976, Jacobsen & Thorsvik 2013). Dette dekker det faktum at beslutninger sjeldent er optimale eller ideelle, men derimot er beslutninger tilfredsstillende.

2.1.2 Rasjonalitet i organisasjonen; Konsekvenslogikk og passendelogikk

Når mennesker skal fatte beslutninger i en organisasjon er det er rekke forhold knyttet til det indre livet som tas hensyn til, for eksempel plass i hierarkiet, rutiner, lover, avtaler og mål. I organisasjoner forekommer to former for rasjonalitet side om side: *konsekvenslogikk* og *passendelogikk*.

Konsekvenslogikken er konsekvensorientert og innebærer at mennesket vurderer hvilke muligheter som foreligger og hvordan oppnå de best mulige konsekvenser.

Konsekvenslogikken har et instrumentelt perspektiv. Det betyr at målene er definert av politikerne og fremkommer i sykehusenes oppdragsdokument eller hos foretaksledelsen. I det instrumentelle perspektivet er organisasjoner et verktøy som står til ledernes disposisjon (Christensen m.fl. 2009). Det vil si at lederne utfører sine handlinger ut fra en rasjonell vurdering av hvilket alternativ som vil bidra til måloppnåelse. March (1994) beskriver dette ut fra fire spørsmål: 1) Alternativer: Hvilke handlinger er mulige? 2) Forventninger: Handler om de fremtidige konsekvensene av alternativene. 3) Preferanser: Hvor verdifulle er de fremtidige konsekvensene av alternativene for den som skal beslutte? 4) Beslutningsregel: Hvordan velge mellom alternativer? Enkelt sagt kan konsekvenslogikk forstås som hvilke konsekvenser denne beslutningen får.

Innenfor det instrumentelle perspektivet finnes to varianter av konsekvenslogikken: 1) hierarkisk variant og 2) forhandlingsvariant. Ut i fra den hierarkiske varianten betraktes organisasjonen som enhetlig. Her vil målene og den innsikten ledelsen har i mål- og middel-sammenhenger være av avgjørende betydning for om organisasjonen effektivt skal kunne brukes som et instrument. Gjennom sin kunnskap og myndighet kan ledelsen foreta ulike grep for at organisasjonen skal nå de mål som er satt (Christensen m.fl. 2009). I motsetning til den hierarkiske varianten tar forhandlingsvarianten høyde for organisasjoner som er mindre samstemte og komplekse. Organisasjoner kan bestå av mange ulike klinikker og ulike roller, hvor hver av disse kan ha motstridende mål og interesser, og/eller hvilke virkemidler som bør brukes for å nå målene. For å forstå prosessene og utfallet vil det være nødvendig å forstå styrkeforholdet mellom beslutningstakerne og fagpersonene. Det sentrale er at selv om partene har ulike interesser er det viktig at de ikke er helt motstridende, for å komme frem til en enighet. Det skilles mellom to typer forhandlinger: 1) Fordelingsforhandlinger som er en

vinn-tap-situasjon og 2) integrasjonsforhandlinger som er en vinn-vinn-situasjon (Jacobsen & Thorsvik 2013). Forhandlinger er nedfelt både i lov- og avtaleverket og medvirker til at forhandlinger er utbredt i sykehus. Avdelingene har ulike arbeidstidsordninger. Noen har for eksempel såkalt ”ønsketurnus”. I utformingen av denne type turnus brukes forhandlinger mer sammenlignet med tradisjonelle turnuser. Forhandlingsmodellen kan bære preg av mer satisfiering enn av det optimale. Dermed vil også konsekvenslogikkens handlinger bære preg av begrenset rasjonalitet. Videre i oppgaven velger jeg ikke å skille disse to variantene.

Logikk om hva som er passende, passendelogikk, handler om hva som er ”riktig” å gjøre i en gitt situasjon eller hvilke forventninger som stilles til ledernes adferd og beslutninger. (Jacobsen & Thorsvik 2013). Med utgangspunkt i et kulturperspektiv, vil offentlige organisasjoner kunne finne en annen handlingslogikk enn den instrumentelle og formåls-rasjonelle som jeg redegjorde for i avsnittet over.

Passendelogikk har et institusjonelt perspektiv. Det betyr at målene i større grad utvikles lokalt. Organisasjonen bruker de uformelle normene som handlingsregler for å matche ulike situasjoner og spesifikke kulturelle identiteter. Konsekvensen er at organisasjoner vil være trege og reformendringer vil skje gradvis, være stabile eller skje ved et radikalt brudd. Det innebærer at lederne har sine egne regler og verdier (Christensen m.fl. 2009). Dette bidrar til at lederne har selvstendig innflytelse på adferd og beslutninger som kan gjøre det problematisk å innrette seg etter styringssignaler fra foretaksledelsen eller innspill fra fag-organisasjoner. March (1994) beskriver dette ut fra tre spørsmål: 1) hva som er passende i enhver situasjon, 2) spørsmål om identitet og 3) uformelle og formelle normer eller regler. March utdyper identitet både til å være individet og organisasjonen og handler om hvilken handlingsregel som skal koble situasjon og identitet. Identitet skapes over tid i et fellesskap der ansatte jobber mot det samme målet, identifiserer sine roller og hvilke relasjoner de har til hverandre (Jacobsen & Thorsvik 2013). Hvilke verdier og normer som er dominerende og etablert i organisasjonen er avgjørende for hva som er en passende handling. Er avdelingen opptatt av rettferdighet vil det være kulturelt passende å handle ut fra normer og verdier som bygger opp under likhet. I andre sammenhenger kan det være passende å handle ut fra en rasjonell logikk som er mer orientert mot mål- middel orientering. Å løse et problem med utgangspunkt i denne handlingslogikken innebærer å bruke de kulturelle normene som beslutningsregler, og ta en beslutning som er i overensstemmelse med organisasjonens kulturelle profil.

En organisasjonskultur kan være preget av konsistens i både normer og identiteter, men også inkonsistens. Inkonsistente beslutninger innebærer at organisasjonen har konkurrerende definisjoner av normer og handlinger om hva som er kulturelt passende. Dette kan skape utfordringer, men samtidig gi fleksibilitet. Ledernes utfordring kan være uenighet om prioriteringer av hvilke vaksammensetninger som gir best helse. Fleksibilitet kan innebære flere handlingsmuligheter som kan innfri flere hensyn og interesser samtidig.

En organisasjon kan utvikle institusjonelle trekk og gi seg utslag i sti-avhengighet. Sti-avhengighet refererer til hvordan en organisasjon kan ha problemer med å endre seg, fordi den i møte med usikkerhet vil støtte seg på tryggheten i sin kulturelle identitet. Med dette utgangspunktet vil en organisasjon kunne oppfattes som sti-avhengig. Organisasjonen følger de kulturelle normer og verdier som organisasjonen er befestet med når den står overfor organisatoriske veivalg. Ved sti-avhengighet vil en organisasjon kunne forstås som en kontinuitetsbærer, og dermed fremstå som endringsresistent. Organisasjonen kan derfor fremstå som lite fleksibel. Dette vil kunne bli et problem hvis avstanden mellom den interne kulturen og de eksterne omgivelsene blir for stor. Samtidig vil sti-avhengighet også være en fordel, ved at ansatte i organisasjonen forstår de kulturelle rammene de skal forholde seg til, og hva som er passende adferd (Christensen m.fl. 2009).

Når lederne tar beslutninger befinner de seg i skjæringsfeltet mellom disse to handlingslogikkene; konsekvenslogikken og passendelogikken. Det kan innebære kryssende hensyn og krav. Passendelogikk går på akkord med de teoretiske forutsetningene for instrumentell formålsrasjonalitet, fordi handlingsvalgene ikke gjøres på grunnlag av rasjonell kalkulasjon av fremtidige konsekvenser, men derimot på grunnlag av kulturelle normer som preger organisasjonen.

2.1.3 Beslutningsprosesser i organisasjoner

Beslutningstakeren påvirkes av tre forhold: 1) organisasjonsmessige forhold, 2) personlige forhold og 3) trekk i situasjonen. Disse tre forholdene gjør ulike beslutningssituasjoner komplekse ved at de virker inn enkeltvis eller sammen og kan styrke og svekke både konsekvenslogikken og passendelogikken. Det gjør at en kan se ulike typer beslutningsprosesser innenfor samme organisasjon, men også når en sammenligner flere organisasjoner.

Organisatoriske forhold omfatter mål og strategier, formell struktur, organisasjonskultur, makt og IKT. Personlige forhold består av ulike identiteter, personlige behov, ulike personligheter og beslutningsadferd. Trekk i situasjonen kan være tidspress, uklarheter, usikkerhet, ressurser og informasjon (Jacobsen & Thorsvik 2013).

Organisasjonens mål og strategier gir signaler til beslutningstakeren hva som vil være det beste alternativet for organisasjonen. Begrepet formålsrasjonalitet viser til at organisasjonen har full oversikt over alternativer og konsekvenser om mål. Utfordringen vil være ufullstendige og utydelige mål og strategier. Da kan resultatet av beslutningen bli vanskelig å forutse og organisasjonen velger et alternativ som er godt nok (Christensen m.fl. 2009, Jacobsen & Thorsvik 2013).

Formell struktur handler om spesialisering og samordning og kommer til syne i organisasjonskart, stillingsinstrukser, rutiner, regler og lover. I en organisasjonsstruktur er det flere beslutningsarenaer i det vertikale nivået, for eksempel sykehusstyret eller en leder på sengeavdeling. Ofte har ulike beslutningsarenaer et mandat. Leder på en sengeavdeling skal konstruere turnus og iverksette, mens en klinikkjef kan avgjøre om det skal iverksettes et turnusprosjekt. I tillegg kommer deltakelsesrettigheter og -plikter i den operative kjernen. Dette omhandler hvilke aktører som deltar på beslutningsarenaer og er sentralt for hvilke beslutninger som fattes (Christensen m.fl. 2009, Jacobsen & Thorsvik 2013). Rasjonaliteten ligger i den formelle strukturen, noe som både kan legge begrensinger på handlingsvalgene samtidig som den kan gi kapasitet til å realisere mål.

Ut fra en instrumentell handlingslogikk er mål og strategier ofte gitt, og formell struktur og normer er virkemidler for å oppfylle målene (Christensen m.fl. 2009).

Organisasjonskultur handler om at organisasjonen søker etter passende informasjon og avviser det som ikke passer. På den måten kan organisasjonen tillegge større vekt på at ting skal være slik de er, og mindre vekt på å endre seg eller ta en risiko (Jacobsen & Thorsvik 2013). Hvilken kultur og praksis sykehus har på arbeidstidsordninger kan forstås som at de fortsetter med det de alltid har gjort, fremfor å prøve noe nytt og/eller ha ulike arbeidstidsordninger i samme avdeling. Her er passendelogikken fremtredende.

Maktforhold handler om ulik tilgang til kunnskap og informasjon både ned- og oppover i organisasjonen. Det kan medføre at beslutninger tas på feile premisser. Maktforhold kan bero på uenighet om beslutningsarena eller beslutningsform (Jacobsen & Thorsvik 2013).

IKT kan defineres som beslutningsstøtte. I de fleste tilfellene er dette et system som integrerer IKTs muligheter og menneskelige evner i beslutningsprosessen (Ruland, 1993, Jacobsen & Thorsvik 2013). IKT forbedrer og forenkler, men erstatter ikke beslutninger. Begge sykehusene i min undersøkelse bruker elektronisk turnussystem som beslutningsstøtte i konstruksjon av turnus.

2.2 Sykehus som kontekst

2.2.1 Sykehus som organisasjon

Mintzberg (1983) beskriver enhver organisasjon med fem strukturer som består av ulike kombinasjoner i størrelse og hvordan organisasjonen styres. De fem hoveddelene er: toppledelse, mellomledelse, operativ kjerne, støttestab og analysestab. De tre første hoveddelene forstås som linjeledelsen og de to sistnevnte forstås som stab- og støttefunksjoner. I den operative kjernen foregår det arbeidet som må utføres for å nå organisasjonens mål, for eksempel medisinsk behandling og pleie. Mellomledelsen har ansvaret for tilsyn og koordinerer produksjonen, samtidig er de bindeleddet mellom toppledelsen og den operative kjernen. Toppledelsen har det øverste ansvaret (Mintzberg, 1983). Strand (2007) påpeker at Mintzberg beskrivelse av organisasjoner sier lite om subjektive forhold, kultur, spenninger, endringer og dilemmaer.

Mintzberg (1983) har definert flere ulike organisasjonstyper, deriblant det profesjonelle byråkratiet. Sykehusene betraktes som ekspertorganisasjoner og er en del av det profesjonelle byråkratiet. Sykehus er kunnskapsintensive organisasjoner som produserer tjenester og løsninger for pasienter og pårørende. Sykehusene utgjør en stor forskjell sammenlignet med de andre byråkratimodellene, med behov for og standardisering av kompetanse hos de ansatte. Organisasjonene kjennetegnes ved bl.a. ulike arenaer for stor fagspesialisering i den operative kjernen, komplekse problemer og de ansatte har stor grad av autonomi. Beslutningsprosesser er desentralisert gjennom opplæring, rutiner, regler og standarder (Mintzberg 1983).

Mintzberg (1983) skiller mellom vertikal og horisontal desentralisering i organisasjoner. Vertikal desentralisering delegerer myndighet nedover i ledelseshierarkiet og makten består av å gjøre valg og iverksette dem. Horisontal desentralisering flytter makt utover i organisasjonen til fagpersonene selv. Det profesjonelle byråkratiet er i hovedsak horisontalt- og vertikalt desentraliserte organisasjoner. Mintzberg (1983) hevder at det i ekspertorganisasjoner foregår mest horisontale beslutninger i den operative kjernen. Her har fagekspertene en nøkkelrolle. De har høy utdanning, stor grad av autonomi og mye av arbeidet er standardisert. Kontroll av arbeidet skjer på to måter, både gjennom hierarkiet, men også gjennom kollegakontroll. Erfarne fagekspertene påser at behandling og prosedyrer er utført riktig og til pasientens beste (Mintzberg 1983). Strand (2007) gir uttrykk for at sykehus i større grad er underlagt et hierarkisk administrativt styringssystem utenpå den operative kjerne. Den operative kjerne kjenner godt til budsjettammer og målstyring sammen med administrative styringssystemer som for eksempel internkontroll og total kvalitetsledelse. I sykehus er det særlig helsepersonell som utfordres av inntjeningskrav og økt produktivitet. Denne organiseringen gir to ulike lederroller: kollegial- og hierarkisk styring, som lever i en ikke problemfritt kontekst. Kollegial styring utøves i rollen som sykepleieleder og går i hovedsak på profesjonens premisser. Hierarkisk styring utøves av den administrative ledelsen og ivaretar styring og kontroll. Strand (2007) mener i likhet med Mintzberg (1983), at flere av de vanligste lederoppgavene i ekspertorganisasjoner er overflødige. Dette fordi fagpersonene er selvgående samtidig som administrativ ledelse blir vanskelig, og for fagpersoner lite ønskelig. Dette handler om hvordan lederen styrer og leder, og hva lederen gjør for organisasjonen og de ansatte. Forenklet handler ledelse i ekspertorganisasjoner om å la de ansatte gjøre det de er gode på, mens lederen skal legge til rette slik at alle går i samme retning og innfrir organisasjonens mål (Strand 2007).

Sykehus er store organisasjoner og splittes opp i horisontal- og vertikal spesialisering. Horisontal spesialisering betyr ulike funksjoner (avhengig av fagspesialisering), disse defineres som serviceavdelinger, mens andre er behandlingsavdelinger. Behandlingsavdelingene er inndelt etter spesialområder som kirurgi og medisin. Avdelinger kalles seksjoner eller klinikker, som igjen er inndelt i mer eller mindre spesialiserte sengeavdelinger. Sengeavdelingene er godt rustet til å ivareta pasienter med definerte diagnoser og problemstillinger. Fordelen til sykepleiere som har et tilholdssted er at de får mer trening og erfaring i undersøkelser og behandling innenfor et gitt spesialfelt. Ulempen er at mange pasienter innlegges med diffuse problemstillinger og at inneliggende pasienter kan få en

forverring eller en komplikasjon. Dette kan medføre dårlig kontinuitet og mangel på helhet i pasientoppfølgingen fordi klinikkene er avhengig av hverandre og må fungere sammen til pasientens beste (NOU 2005:3). Vertikal spesialisering innebærer flere hierarkiske nivåer (Jacobsen & Thorsvik 2013). Sengeavdelingene har det laveste vertikale ledernivået og utgjør den operative kjerne.

Pasienter som innlegges i sykehusene sorteres etter diagnosens alvorlighetsgrad. Elektive innleggelse er planlagte, og øyeblikkelig hjelp er pasientene som blir innlagt i sykehuset på kort varsel. Øyeblikkelig hjelp utgjør flertallet av innleggelsene i sykehus med akutt-funksjoner, og utgjør også flertallet av pasientene i de medisinske avdelingene som er med i undersøkelsen min. Pasientgruppen er svært differensiert, fra livstruende sykdom med aktiv behandling, palliativ behandling og til utredning (Sveri 2004).

2.2.2 Endringer i organisering og styring i sykehus de siste årene

Strand (2007) gir uttrykk for at endringer og reformer i offentlig sektor har aktualisert lederspørsmålet fordi lederne fremheves som selve nøkkelen til forbedring. Årsakene er samfunnsendringer og ikke minst innholdet i reformer. I rapporten "Pasienten først" skulle sykehusenes totalansvar bli knyttet til en profesjonsnøytral leder på alle nivå (NOU 1997:2). Endringen resulterte i at sykehusene gikk fra to-delt ledelse; parallelle sykepleierfaglige- og medisinske ledelseshierarkier, til enhetlig hierarki (Torjesen 2007, Hippe og Trygstad 2012, Kjekshus m.fl. 2013). Fra januar 2002 ble Helseforetaksreformen innført. Sykehusene fikk et eierskapsskifte fra et fylkeskommunalt forvaltningsnivå til statlige helseforetak og det ble lagt opp til mer bemyndiget og ansvarlig ledelse. På den ene siden er myndigheten sentralisert gjennom at staten overtok eierskapet, og samtidig er myndigheten desentralisert til helseforetakene. Bakgrunnen for reformen kom klart til uttrykk i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001): "... sykehussektoren har mer enn ett ressursproblem." Helseforetaksreformen er et ønske om endring fra forvaltning til mer bedriftsorientert organisering og forsterket forventninger til ledelse. Reformen er bygd på styrings- og organiseringsideologi fra privat sektor. Med New Public Management (NPM) menes reformer som omfatter en rekke styringsprinsipper og ledelsesidealer som skal bidra til å gjøre offentlig sektor mer effektiv og bedre kvaliteten på tjenestene (Hippe og Trygstad 2012).

Disse reformene har bidratt til en endring fra fagprofesjonell- til organisatorisk logikk med økt fokus på ledelse, økonomi og hierarkisk kontroll. På alle ledernivåene og blant de faglige ansatte har dette medført sterkere styring og et økt press på en mer forsiktig pengebruk (Fjellbraathen 2010). Dette har skjedd gjennom flere indirekte styringsverktøy som for eksempel mål- og resultatstyring og aktivitetsbaserte finansieringssystem (Diagnose relaterte grupper og Stykkprisfinansiering). I sykehusene fremkommer den hierarkiske kontrollen ved klinikkorganisering. De fleste sykehusene har i dag et vertikalt hierarki på fire nivåer, men det er en økende trend på fem nivåer. Tall viser at det er 22 prosent av helseforetakene i 2012 som har fem nivåer. Årsaken til økt hierarkisering er sammenslåingen av flere geografiske enheter som igjen medfører at toppledelsen forholder seg fra fire til åtte divisjoner/klinikker (Kjekshus og Bernstrøm 2013). Altså en større avstand til overordnet ledelse og økt byråkratisering. Helseforetakenes interne organisering og ledelse, INTORG 2012, viser at det er medisinerne i hovedsak som er de øverste lederne i helseforetakene, og antallet har vært stabilt over tid. Sykepleierne er den yrkesgruppen som er nest mest representert blant de øverste lederne. Siden topplederne med medisinskfaglig bakgrunn fortsatt i dag er i flertall, tyder det på at ledelse i sykehus fortsatt er preget av medisinskfaglig tankegang (Kjekshus og m.fl. 2013). Noe av årsaken til at det fortsatt er fagprofesjonelle som bekler lederstillinger kan være økte krav til kvalitetsstyring, noe som også utfordrer Helseforetaksreformen. Kvalitetskrav bidrar til at det fortsatt er legene som ivaretar medisinsk kvalitet, noe som også er lovregulert.

Årene etter foretaksreformen har vært preget av en stor ressurs- og aktivitetsvekst og økende byråkratisering. Liggetiden er blitt kortere, samtidig som behandlingsaktiviteten er økt, større grad av inn- og utskriving. Det vil si at pasientstrømmen i sykehusene bidrar til å endre driftsutfordringene (Fjellbraathen, 2010, Hippe og Trygstad, 2012). Ser vi på foretakenes driftsresultatet i perioden 2002 - 2008 var det et negativt resultat. Først fra 2009 rapporterte helseforetakene om positive driftsresultater. Forbedringen kan ha flere årsaker som økte rammer og mulig bedre rapportering (Hippe og Trygstad, 2012).

Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for at spesialisthelsetjenesten drives effektivt. Det er de regionale helseforetakene som har ansvar for å samordne virksomheten i de helseforetakene de eier, med sikte på best mulig rasjonell ressursutnyttelse. Når det gjelder økt behandlingsproduktivitet, viser statistikken at det er poliklinisk virksomhet som har økt mest. Antall behandlerårsverk fra 2009, leger og psykologer, har økt med 10 prosent, mens

helsepersonell i pasientrettet arbeid har hatt en økning på 2 prosent (Statistisk Sentralbyrå 2012).

Riksrevisjonens rapport fra 2013 viser store produktivitetsforskjeller mellom helseforetakene fra 2009 og til 2013. Undersøkelsen stilte spørsmål ved om det er mulig å effektivisere pasientbehandlingen for å oppnå bedre ressursutnyttelse? Noen av konklusjonene var; muligheter å redusere antall liggedøgn for kirurgiske og ortopediske pasienter, bedre utnyttelse av operasjonskapasitet og bedre internkontroll med styring, kontroll og læring. Mitt case er medisinske sengeavdelinger og preges av høy andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser og redusert liggetid. Disse pasientene bruker i noen grad operasjonsavdelingen til innleggelse av pacemaker og ulike typer røntgen undersøkelser. Hvis det blir bedre kapasitet på serviceavdelingene, vil det være mulig å redusere antall liggedøgn ytterligere.

I mitt case utgjorde øyeblikkelig hjelp innleggelser fra 80- til 98 prosent og lederne beskriver at liggetiden ved døgnopphold går ned. Statistikk fra Statistisk Sentralbyrå (2012) viser at gjennomsnittlig liggedøgn var 4,7 dager i 2007 til 4,1 dager i 2012. Tallene viser at nedgangen var større enn vanlig fra 2011 til 2012, noe som kan tenkes å ha sammenheng med at Samhandlingsreformen ble innført i 2012 og forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Men reduksjonen følger også en trend.

2.2.3 Hvordan ledelse kommer til uttrykk i sykehus

Helseforetakenes interne organisering og ledelse viser at økende ansvar og myndighet tillegges ledere på avdelingsnivå der fagpersonell fortsatt er godt representert i ledelsen (Kjekshus og Bernstrøm 2013). Studier gjort i Norge viser at sykepleierne og legene utøver ledelse ulikt. Legene har et mer uavklart forhold til ledelse. De har en todeling i sin funksjon, både klinisk arbeid og ledelse. Mens sykepleierne hovedsakelig utøver ledelse. (Torjesen 2007, Fjellbraathen 2010). Strand (2007) hevder at et dilemma for legene i ekspert-organisasjoner er valget mellom en karriere innenfor ledelse eller fag. Velges en lederkarriere kombinerer de lederstillingene med klinisk arbeid. En viktig grunn for at leger velger som de gjør handler er deres sterke identifisering med legeprofesjonen og medisin som fag. Karrieremulighetene innenfor det medisinske faget er i stor grad knyttet til spesialisering innenfor det medisinske fagområdet (Fjellbraathen 2010).

Sykepleierne er blitt legenes konkurrent til lederstillinger i sykehusene (Torjesen 2007). For sykepleierne er lederstillinger en karrierevei, det gir høyere lønn og er et godt alternativ til klinisk arbeid. Sykepleiernes lønnsnivå er lavere enn legenes, og en lederstilling bidrar til økt lønn. Sykepleiernes fagspesialisering sammenlignet med legenes gir ikke lik status, dermed vil sykepleiernes posisjon ikke bli særlig endret. Med dette som bakteppe har ikke sykepleierne den samme drivkraften sammenlignet med legene til å bevare og opprettholde den faglige identiteten (Fjellbraathen 2010). Hva kommer dette av? Både Fjellbraathen og Torjesen (2006) mener at lege- og sykepleieledere identifiserer seg ulikt med organisasjonen eller sin fagprofesjon. Legene betrakter ledelse i en kombinasjon med faglig arbeid og pasientkvalitet, derimot betrakter sykepleierne ledelse som et eget fag og opptrer uavhengig av sin profesjon. Dermed er sykepleielederne mer lojale til ledelsen og organisasjonen. Vil sykepleieledernes lojalitet til ledelsen og organisasjonen komme til uttrykk ved at lederne handler formålsrasjonelt i utformingen og planleggingen av arbeidstidsordninger?

2.2.4 Sykepleielederen- funksjon og ansvar

Sykepleielederne i min undersøkelse er ledere i det operative nivået. Lederne er fagkyndige, særlig på de laveste ledernivåene (Strand 2007). Deres funksjon og ansvar innebærer å koordinere og planlegge den operative virksomheten samtidig å være bindeledd oppover og nedover i organisasjonen. De er ansvarlig for sykepleiernes arbeid samtidig som de skal påvirke deres adferd gjennom beslutninger utfra en konsekvenslogikk og passendelogikk. Paulsen (2009) hevder at mellomlederne på den ene siden er i en unik posisjon til å samordne kunnskap og ideer, mens de på den annen side daglig må leve med skiftende krav og rollestress. Dilemmaene oppstår fordi de kjenner dette på kroppen og de tester ut gyldigheten av sine beslutninger i møte med sykepleierne og foretaksledelsen. Dette utfordringsbilde sammen med endringer i sykehusenes formelle struktur, som for eksempel at sengeavdelinger slås sammen og blir større enheter, betyr en reduksjon i antall lederstillinger og at lederne får ansvar for flere ansatte. Strand (2007) beskriver at mellomledere saneres på grunn av at effektive informasjons- og kommunikasjonssystemer overtar for ledernes koordinerings- og informasjonsoppgaver. Vikkelsø og Vinge (2004) stiller spørsmål ved hva det vil si at effektive informasjonssystemer sparer lederne for oppgaver. De sier at vi aksepterer slike utsagn uten å stille ytterligere spørsmål. For hva endrer seg? Sykehusene i min undersøkelse bruker elektronisk turnussystem. Dette systemet gjør utformingen og planleggingen av arbeidstidsordningene enklere, men overtar ikke ledernes vurderinger av alternativer, konsekvenser og beslutninger.

I mitt case har begge sykehusene fire vertikale nivåer. De seks avdelingene består av fra en til fire spesialområder, og fire av avdelingene har også en eller to poliklinikker. Alle de seks lederne er fast ansatt og har vært ledere fra 4 til 22 år. De har egne budsjetter og fullmakter.

2.2.5 Profesjonens særegenhet

Arbeidsdelingen mellom leger og sykepleiere

Hovedsakelig er produksjonen i sykehus basert på ressurser som er leger og sykepleiere. Arbeidsorganiseringen er kjennetegnet av en kjønnet struktur, der det kvinnelige er representert ved pleien og det mannlige er representert ved behandlingen. Det innebærer at spesifikke arbeidsoppgaver og kompetanseområder fremstår som mannlige og kvinnelige. Ansvarsområdet er kvinnelig befestet i sykepleierrollen og ansvarsområdet er mannlige befestet i legerollen² (Olsvold, 2010).

Vikkelsø og Vinge (2004) beskriver at legenes og sykepleiernes arbeid er sammenfiltret og det forekommer gråsoner hvem som gjør hva. Denne utviskingen av faggrensene, oppgavedeling, bidrar til at arbeidsoppgaver utføres og gir sykehus en større organisatorisk fleksibilitet. Mange sykepleieoppgaver er usynlige og finner formelt sett ikke sted. Ikke desto mindre er det oppgaver som må gjøres for å få tingene til å gå rundt. Det er noe av dette som innebærer at noen arbeidsoppgaver har lavere status enn andre.

Sykepleier og faget

Det er gjort mye forskning på sykepleiernes yrkesrolle og ulike trekk ved organiseringen. Olsvold (2010) presenterer i sin doktorgrad hvordan pleiekulturen i sykehus, der verdier som samarbeid, felles ansvar og oversikt trues av kravet til økonomisk effektivitet og nye arbeidsmåter. Vilårene endres og preges i stor grad av omorganisering og strengere økonomisk styring. Dette bidrar til en intensivering av sykepleiernes arbeid og til et misforhold mellom oppgaver og tilgjengelige ressurser. Det forventes at sykepleiere skal være lojale, samtidig har de liten innflytelse på organisasjonens rammebetingelser og egen arbeidssituasjon. Flere av de medisinskfaglige oppgaver delegeres til sykepleierne og gir økt travelhet. Dette bidrar til at de ikke får anledning til å utøve sykepleie. Det er ganske

² Denne kategoriseringen er både ideologisk og hierarkisk. Ideologisk i den forstand hvordan arbeidet både oppfattes og verdsettes. Hierarkisk er medisinen overordnet sykepleien.

stor enighet i forskningen at sykepleiere kompenserer for en uhensiktsmessig organisering av sykehus (Olsvold 2010). Sykepleiernes innflytelse på egen arbeidssituasjon vil diskuteres under *tilpasning til arbeidstiden* på side 39.

Sykepleiernes arbeidstidsordninger

Sykepleiere er uunnværlig i sykehuset og de organiseres og fordeles gjennom døgnet ut fra pasientenes behov, og tjenestene leveres i direkte samspill med pasientene. På tross av skiftende personell er det lederens ansvar å koordinere de sykepleiernes arbeidstid til en best mulig sammenhengende kjede der konsekvenser for se og pasientene blir best mulig for å sikre kompetanse og kontinuitet i pasientbehandlingen. For å få det til har sykepleierne en forhåndsbestemt vaktordning eller arbeidstid, som er preget av daglig arbeidstid, spisepauser, helger, ferier og høytider. Lederen må forholde seg til formelle lover, ulike hensyn, normer og verdier i beslutningen av arbeidstidsordninger basert på handlingslogikkene konsekvenslogikk og passendelogikk. Hvilke forhold tar lederne hensyn til og hvilke er de mest sentrale? Dette presenteres og diskuteres i kapittel 4.

Alle posisjonene i arbeidstidsordningen fylles av sykepleiere med en gitt kompetanse.

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). Kompetanse er det den enkelte ansatte besitter, og er et potensial og en avgjørende ressurs i sykehus som bidrar til måloppnåelse og verdiskapning (Lai 2013).

2.3 Arbeidstidsordninger

Innledning

Først vil jeg definere arbeidstidsordninger og beskrive målsettingen med arbeidstidsordningene. Så vil jeg si noe om hva som er regulert i arbeidsmiljøloven og avtaleverket. Jeg vil kort forklare historien om arbeidstidsreduksjon og når fleksibilitet i arbeidstidsordninger kom inn i arbeidsmiljøloven fordi det har konsekvenser for hvordan turnus konstrueres i dag.

2.3.1 Arbeidstidsordninger

En arbeidstidsordning betyr at arbeidstiden legges til ulike tider av døgnet i en gitt periode. Hovedsakelig arbeider sykepleiere i sykehusene tredelt arbeidstidsordning. Det innebærer at

de dekker dag-, aften- og nattevakter over et antall uker som rullerer over tid. En type arbeidstidsordning er *turnus* som brukes i stor grad i helsevesenet.

En definisjon av turnus fremkommer ikke i arbeidsmiljøloven, men derimot i en dom i Arbeidsretten (ARD 1994-50):

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

Turnus viser arbeidstiden for arbeidstakerne, er rullerende og strekker seg over et hvis antall uker. Turnus brukes om ordninger der det er mindre dekningsbehov om natten og kvelden enn om dagen (Lie m.fl. 2014). Det er en forutsetning at den rullerende turnusplan er av en viss lengde fordi den gjennomsnittsberegnes³ (Trana, 2011). Normen for helgehyppigheten i sykehus er tredje hver helg, det betyr at turnusplan for eksempel kan gå over seks -, ni - eller tolv uker. Turnus inkluderer et stort mangfold av ulike arbeidstidsordninger. Noen arbeider bare på natt, andre har 3 delt turnus som innebærer at de skifter mellom tre ulike vakter, mens andre har individuell fleksibel turnusarbeid, ofte kalt ønsketurnus. I min undersøkelse praktiseres kun ønsketurnus ved ett av sykehusene. Ved det andre sykehuset praktiserer en avdelingen fleksiturnus, mens de andre to har natt, 2 delt- og 3 delt turnus.

Det ikke vanlig å tilhøre noe fast arbeidslag eller team når det arbeides i turnus sammenlignet ved skiftarbeid i industrien. Skiftordninger anvendes der bemanningsbehovet er stabilt og jevnt gjennom døgnet og hele uken, arbeidstakerne som utgjør faste skiftlag roterer regelmessig. Turnus derimot anvendes der bemanningsbehovet varierer. Det er ikke like faste regler på rotering som ved skiftordning, og varierer fra person til person. Denne arbeidstids-

³ Gjennomsnittsberegning betyr en annen fordeling av arbeidstiden. I perioder jobber en mer enn grensen for alminnelig arbeidstid, mot tilsvarende mindre i andre perioder. I gjennomsnitt skal ikke arbeidstiden overstige lovens grenser.

ordning er et særnorsk fenomen. Internasjonalt omtales alle slike arbeidstidsordninger som ”shift work” (Lie m.fl. 2014). Turnusarbeid er typisk for virksomheter innen helsesektoren og kvinnedominerte arbeidsplasser (NOU 2008:17, Ervik 2008, Lie m.fl. 2014). Det er størst bemanning på dagtid i ukedagene og færre på kveld. Bemanningen er minst på natt, i helger og høytider og er samtidig mer eller mindre lik. Turnusene i min undersøkelse er også organisert slik. Hvorfor bemanningen varierer slik i døgnet presenteres og diskuteres under *tilgjengelig kompetanse* i kapittel 4.

2.3.2 Målsetting med arbeidstidsordninger

Utforming og planlegging av turnus er en prosess. En kjede av flere hensyn i flere trinn, handlinger og beslutninger. Turnus blir et produkt av disse hensynene, handlingene og beslutningene.

Målsettingen med turnusplaner kan sorteres i tre deler. For det første å sikre sykehuset produktivitet og effektivitet, ivareta pasientenes behov og kvalitet på tjenesten. Samtidig er turnus et viktig verktøy i budsjettarbeidet med en fornuftig ressursutnyttelse. For det andre er det et viktig styringsverktøy som sikrer organisering av arbeidet. Det innebærer å beregne og fordele personalet i døgnet ut fra arbeidsoppgaver og aktiviteter som skal løses. For det tredje skal lov- og avtaleverk overholdes slik at turnusene blir ”lovlige”. Arbeidstakerne skal sikres et forsvarlig arbeidsmiljø, og det skal tas hensyn til arbeidstakernes behov og ønsker. I tillegg vil fleksibilitet myntet på arbeidsgivers- og arbeidstakers behov ivaretas (Trana, 2011).

2.3.3 Arbeidsmiljøloven og avtaleverket

Arbeidsmiljøloven regulerer arbeidstiden for ansatte i Norge og danner grunnlaget for turnus. Loven er en vernelov som sikrer at ansatte ikke utsettes for fysiske og psykiske belastninger, og muligheter for å ivareta sikkerhetshensyn. Loven regulerer hovedregler for antall timer ansatte kan jobbe per døgn og per uke, gjennomsnittsberegning av arbeidstiden, natt- og søndagsarbeid, pauser, overtid, fritid og hviletid mellom to arbeidsperioder. Samtidig begrenser den adgangen til arbeid på helge- og høytidsdager. Loven åpner for at tillitsvalgte og arbeidsgiver kan inngå skriftlige avtaler om unntak fra hovedreglene. Et eksempel er muligheten til å inngå avtale om gjennomsnittsberegning av arbeidstiden, noe som er grunnlaget for å etablere en turnus. Intensjonen med unntakene i loven er å sikre forsvarlige, men også fleksible turnuser til beste for arbeidsgiver, arbeidstakere og pasienter.

Når arbeidet utføres til ulike tider av døgnet skal det utarbeides en turnus som viser hvilke uker, dager og tider hver enkelt skal arbeide. Arbeidsgiver er ansvarlig for å både utforme, planlegge og iverksette arbeidstidsordningene i samarbeid med sykepleierne og tillitsvalgte.

Avtaleverket; hovedavtalen og overenskomsten mellom Spekter og Unio⁴, gir supplerende regler på arbeidstid og turnus med bakgrunn i arbeidsmiljøloven. Forholdet mellom lov- og avtaleverk kan fremstilles slik, der loven er overordnet og det som avtales i avtalene kan kun være bedre enn loven:



2.3.4 Arbeidstidsreduksjon og fleksibilitet i lov og avtaleverk

Europa og Skandinavia har hatt ulik motivasjon med arbeidstidsreduksjonene. I Europa var arbeidstidsreduksjonen motivert av «harde» verdier som reduksjon av arbeidsledigheten og økt produktivitet, mens det i Skandinavia er de «myke» verdiene som økt trivsel, redusert sykefravær og et inkluderende arbeidsliv (Bjørnstad m. fl., 2008).

Arbeidstiden i Norge er redusert flere ganger både i loven og tariffavtalene.

Arbeidervernloven kom i 1956. I 1976 ble lovens arbeidstid for turnusarbeid redusert fra 40- til 38 timer pr. uke. I 1986 inngikk partene i arbeidslivet en avtale om ytterligere nedkorting av arbeidstiden gjeldende fra 1987. Det innebar en reduksjon fra 38 til 35,5 timer pr. uke. I helsevesenet medførte arbeidstidsreduksjonen at arbeidstiden ble organisert slik at sykepleierne begynte å arbeide 3.hver helg. Til sammenligning omarbeidet industrien hele skiftplanen (Amble 2008). Fra 2009 ble ytterligere en arbeidstidsreduksjon for 3 delt turnus vedtatt og arbeidsmiljøloven endret. Hvor stor arbeidstidsreduksjonen blir, er avhengig av

⁴ Arbeidstakerorganisasjonens medlemsorganisasjon

omfanget av ubekvem arbeidstid. Det betyr at sykepleiere med en svært belastende arbeidstidsordning får kortere arbeidstid, men aldri mindre enn 33,6 timer pr. uke. En reduksjon i arbeidstiden øker timelønnskostnadene og de økte kostnadene må dekkes inn i sykehusenes budsjetter (Bjørnstad m. fl., 2008).

Fleksible arbeidstidsordninger og økt selvbestemmelse av arbeidstiden ble vedtatt i arbeidsmiljøloven med virkning fra 2005. Den åpnet for å kunne konstruere andre og mer fleksible turnuser sammenlignet med de turnuser som sykehusene har praktisert i en årrekke. Lovendringen har medført et utall av ulike fleksible turnusløsninger.

3 Metode

Metoden er en fremgangsmåte og et redskap til å fremskaffe informasjonen som jeg samler inn og er data om virkeligheten. Hvilken metode jeg velger er avhengig av hvordan jeg best mulig kan få frem kunnskap om det jeg ønsker å belyse og den virkelighet jeg skal beskrive (Jacobsen 2005). I kapitlet beskriver jeg mitt valg av kvalitativ metode, planlegging og gjennomføring, vurdering av kvalitet og etiske overveielser.

3.1 Kvalitativ metode

Jeg valgte kvalitativ metode begrenset til seks individuelle intervjuer. Kvalitativ metode brukes for å *forstå* noe eller se på en eller flere hensikt(er) ut fra en sammenheng. Metoden er en åpen tilnærming med nærhet til informantene, der forskeren forsøker å legge lite føringer eller begrensninger på informasjonen som samles inn (Jacobsen 2005). Kvalitativ metode er fleksibel i den forstand at fasene i problemstillingen; undersøkelsesopplegget, datainn-samlingen og analysen kan endres underveis. Dermed blir skillet mellom fasene i prosessen mer flytende. Dette viser metodens åpne tilnærming, selv om den vanlige gangen i forskningsprosessen er å følge fasene (Jacobsen 2005). Jeg fulgte i stor disse, men korrigerste problemstillingen noe mot slutten.

Jeg valgte individuelle intervjuer for å sikre god kontakt, nærhet og åpenhet. Denne kontakten vil lettere fornemme stemninger og være mer konsentrert i tilfeller der jeg kan stille oppfølgende spørsmål om ytterligere fordypning. Jeg kan spørre etter informantens mening og betydning for å forstå mer om informantens egenskaper som erfaringer, opplevelser, motiver, vilje og holdninger. Jeg får frem informasjon som ikke lar seg tallfeste og måle, men det enestående ved informantens forståelse av virkeligheten og vedkommendes kontekst (Jacobsen 2005). Metoden er ressurskrevende, noe som gikk på bekostning av antall informanter.

3.2 Planlegging og gjennomføring

3.2.1 Forberedelser

I forberedelsen av intervjuene utarbeidet jeg det teoretiske rammeverket for studien. I følge Jacobsen (2005) hjelper det teoretiske rammeverket meg til å sette mine funn og resultater inn i en større sammenheng. Slik kan jeg forstå hvorfor fenomenene fremstår slik de gjør og hvilke forklaringer og konsekvenser det kan gi som jeg tidligere ikke var klar over.

Rammeverket består i hovedsak av pensumlitteratur, relevant forskning, offentlige rapporter og lovverk. Jeg har benyttet bibsys, nå oria, samt anbefalinger veileder og fagpersoner har kommet med. I tillegg har jeg anvendt referanser i den forskningen jeg har brukt.

Ved hjelp av det teoretiske rammeverket utarbeidet jeg en pre-strukturert intervjuguide. Pre-strukturering handler om at jeg før intervjuene valgte temaer jeg skulle ha fokus på. En pre-strukturering kan opprettholde en stor grad av åpenhet, hvis ikke spørsmålene har faste svaralternativer (Jacobsen 2005). Intervjuguiden hadde to formål. For det første inneholdt det en informasjon til informantene om bakgrunnsforståelse, forberedthet og forutsigbarhet. For det andre ga det intervjuet struktur. Spørsmålene i intervjuguiden ble utformet etter flere gjennomganger av det teoretiske rammeverket og problemstillingen som bakteppe og justert. Det sikret at jeg fikk belyst tema, samtidig var spørsmålene åpne. Til spørsmål definerte jeg aktuelle forhold som en huskeliste for å få med temaer som jeg ønsket å dekke og sikre mer helhet. Intervjuguiden⁵ ble sendt til informantene i forkant av intervjuet, og på den måten var de forberedt.

3.2.2 Utvalget

For å generere kunnskap er utvalget mitt seks medisinske sengeavdelinger ved to ulike sykehus i hvert sitt fylke. Fordelingen er tre medisinske sengeavdelinger ved hvert sykehus. Begge sykehusene har et vertikalt hierarkisk nivå på fire. De seks medisinske sengeavdelingene har relativt lik innleggelse av øyeblikkelig hjelp pasienter; 98 prosent ved fem av avdelingene og den sjettede avdelingen⁶ har fra 80 til 98 prosent. Fem av avdelingene har nokså lik liggetid, bortsett fra den sjettede avdelingen der liggetiden er noe lenger.

⁵ Intervjuguide, vedlegg x

⁶ Denne avdelingen har rehabilitering. Det betyr at liggetiden er lengre for disse pasientene og dermed blir gjennomsnittlig liggetid lavere sammenlignet med de andre fem avdelingene.

Årsaken til at valget falt på to sykehus i østlandsområdet var for å forstå fenomenet og få et bredt inntrykk gjennom intervjuene. Sykehusene ble også valgt ut fra undersøkelsens praktiske gjennomførbarhet og at sykehusene lå i rimelig nærhet til mitt bosted.

Jeg valgte medisinske sengeavdelinger fordi medisinske sengeavdelinger er ukjent for meg og dermed lettere å få distanse til feltet og på grunn av oppgavens begrensning. Selv om jeg valgte medisinske sengeavdelinger ved begge sykehusene, antok jeg at forholdene jeg ønsket å utforske ville variere noe, som for eksempel type arbeidstidsordning, og hvilke forhold lederne mente var mest sentralt. Variasjonen vil mulig påvirkes av organisasjonsmessig kontekst, forhold ved lederen selv og trekk i situasjonen. Hensikten med variasjonen var å få innsikt i om, og i så fall hvordan, forskjeller i planlegging og utforming av arbeidstidsordninger kan bidra til å fremme noen beslutninger og til å hindre eller vanskeliggjøre andre.

Jeg valgte enhetsledere/seksjonsledere som informanter. Det er fordi lederne er ansvarlig for planlegging og utforming av arbeidstidsordninger og beslutninger som tas. De er ledere på avdelingsnivå og det laveste vertikale ledernivået. Alle informantene er kvinner og sykepleiere i alderen fra 45 til 60 år. De har vært ledere fra 4 til 22 år. Deres erfaring bidrar til god kunnskap om fenomenet.

Jeg henvendte meg via e-post til de to personalsjefene. Jeg etterspurte en oversikt over enhetslederne/seksjonslederne ved medisinske sengeavdelinger og kontaktinformasjon. Dette mottok jeg fra ett sykehus, mens det andre sykehuset oppgav at de ikke hadde tid. Jeg tok da kontakt med en jeg kjenner som hjalp med kontaktinformasjon. Henvendelsen til informantene ble gjort muntlig per telefon. Jeg presenterte meg selv og klargjorde bakgrunn for undersøkelsen. I samtalen spurte jeg om tillatelse til å sende dem en skriftlig forespørsel⁷ på e-post. Tre av informantene fikk jeg ikke tak i per telefon, og kontakten ble derfor opprettet via e-post. Informasjonen som ble sendt var innholdsmessig den samme. Informantene svarte skriftlig på e-posten at de var villige til å delta. Her oppgav de også tidspunkt for intervju og sted. Noen dager før intervjuet sende jeg dem intervjuguiden.

⁷ Informasjonsskriv, vedlegg x

Jeg henvendte meg totalt til åtte informanter. To takket nei, den ene fordi hun var ny i stillingen og ikke hadde ledererfaring. Den andre begrunnet avslaget med for mye å gjøre. Dermed hadde jeg i alt seks informanter.

I oppgaven bruker jeg betegnelsen *avdeling* i stedet for medisinsk sengeavdeling. Videre har jeg valgt å bruke begrepet *leder* på avdelingsnivå i stedet for enhetsleder eller seksjonsleder. Jeg har også i oppgaven brukt benevnelsen *sykepleier* på ansatte fordi det hovedsakelig er den største gruppen.

3.2.3 Pilotintervju

Jeg hadde ett pilotintervju som ble tatt opp via en opptaksfunksjon på iPad. Formålet med pilotintervjuet var å teste ut intervjuguiden og intervjutiden, samtidig få intervjutrening og bevissthet på forskerrollen. Pilotintervjuet foregikk på sykehuset og varte i 1 time og 23 minutter. Intervjuet ble transkribert ut samme dag. Jeg lyttet til opptaket samtidig som jeg leste det transkriberte materialet. Da oppdaget jeg at jeg hadde stilt noen ledende spørsmål og ble flere ganger så ivrig at jeg brøt inn i informantens tale. Etter en ny og litt mer kritisk gjennomlesning hadde svarene på de ledende spørsmålene ingen konkret nytte, fordi de ikke berørte områder i problemstillingen. Pilotintervjuet bevisstgjorde meg som forsker. For det første kunne jeg holde meg til intervjuguiden. For det andre utarbeidet jeg åpne oppfølgings-spørsmål til hensynene til spørsmål fire i intervjuguiden; *vil du fortelle litt mer...?*, *hva betyr det når du sier...?*, *kan du utdype det litt mer...?*, *eller hvordan skal jeg forstå det du sier...?* Til sist ble jeg vår på å lytte bedre og la informanten snakke ferdig. På den måten ville jeg bedre følge opp det som ble sagt.

Dataene fra pilotintervjuet er tatt med i undersøkelsen.

3.2.4 Gjennomføringen og bearbeiding av intervjuene

Jeg gjennomførte tre intervjuer ved hvert sykehus, totalt seks intervjuer. Intervjuene ble gjennomført i perioden fra 11. til 27. februar. Intervjuene ble foretatt på ledernes arenaer.

Alle intervjuene ble tatt opp på iPad. Som uerfaren intervjuer gav det meg trygghet i situasjonen å vite at intervjuene ble tatt opp på lydfil. Det gav meg mulighet til å konsentrere

meg om samtalene og lytte oppmerksomt. De fire neste intervjuene varte fra 53 til 59 minutter, og det siste intervjuet 1 time og 18 minutter.

Før det første intervjuet var jeg skeptisk til om jeg klarte å skape en trygg ramme, og om samtalen ble åpen og skapte rom for det uventede. Jeg erfarte i prosessen at det å intervju gikk lettere enn forventet. Jeg ble en bedre lytter for hvert intervju ved at respondenten fikk snakke ferdig og jeg avbrøt mindre. Dermed stilte jeg oppfølgende spørsmål på temaer de kunne utdype bedre. Informantene var pratsomme, reflekterte og fremstod som lite nervøse. Jeg ante en liten skepsis fra to av informantene i begynnelsen av intervjuene på om de gav meg ”riktig” eller ”gale” svar. Jeg forklarte at det er de som kjenner praksis best, har relevant informasjon, og at de må bruke sin kunnskap og erfaring. I ettertid har jeg lurt på om det var rollen min som forsker, og den autoriteten som virket inn på intervjusituasjonen. Jeg var bevisst på å skape en trygg ramme, og opplevde at intervjuene ble til samtaler og at vi var jevnbyrdig. Kunnskap ble produsert aktivt under alle intervjuene, noe som både handler om refleksjon og fortolkning underveis og ble uoppfordret bekreftet fra to av lederne. Jeg erfarte at intervjuene førte til at jeg ble mer fokusert, fikk ny innsikt og refleksjon.

Etter hvert intervju og gjennomlesning reflekterte jeg over nye temaer jeg burde berøre i neste intervju, for eksempel kompetansesammensetningen av sykepleiere i avdelingen, sykepleiere og legers organisering og hvilken betydning dette har for arbeidstidsordningen. Intervjuguiden ble ikke endret underveis, men til spørsmål fire ble noen nye hensyn etterspurt etter hvert som intervjuene ble gjennomført.

De første tre intervjuene ble transkribert ferdig samme dag som intervjuene. Etter hver transkribering avspilte jeg lydfilen samtidig med en gjennomlesning. Dette var svært nyttig. De tre siste intervjuene ble transkribert etter det sjette og siste intervjuet var gjennomført.

Dataene ble analysert i lys av det teoretiske rammeverket. Denne prosessen tok lang tid. Seks forhold ble definert i; 1) organisatoriske forhold, 2) forhold ved lederen selv, og 3) trekk i situasjonen. I analyseprosessen brukte jeg veileder og kollegaer for å kvalitetssikre kategoriseringen.

3.3 Vurdering av kvalitet

Undersøkelsens reliabilitet handler om hvordan informantene påvirkes av meg som forsker og om jeg som forsker påvirkes av det som skjer i selve intervjuet (Jacobsen 2005). Jeg kjente ingen av informantene. Intervjuene var planlagt, intervjuguiden ble sendt ut på forhånd og intervjuene ble foretatt i deres kontekst.

Frem til 2000 arbeidet jeg i sykehus som spesialsykepleier, leder i spesialavdelinger og lærer. Nå arbeider jeg som rådgiver i Norsk Sykepleierforbund. Noen av arbeidsoppgavene mine er blant annet arbeidstid, arbeidstidsordninger og undervisning om arbeidstid. Bakgrunnen min gjør at jeg har kunnskap om arbeidstid og arbeidstidsordninger, noe kjennskap til informantenes rolle og utfordringer. Denne kunnskapen gjør at jeg lettere kan forstå informantenes hverdag, og forstå noen av svarene. Det kan både være en fordel og ulempe. Fordel fordi det informantene forteller har jeg noe innsyn i. Det kan bidra til at jeg kan improvisere og få frem mer data, og jeg kjenner «stammespråket». Ulempe fordi jeg ikke er åpen nok i intervjusituasjonene, kan være forutinntatt og kan tolke dataene bevisst eller ubevisst. En risiko kan være å bli opptatt med det som samsvarer med mitt syn og glemme å være nøytral i intervjusituasjonen. Jeg var bevisst på og gå ut av rollen som rådgiver og inn i forskerrollen. I rollen som forsker ville jeg være åpen, lyttende, nysgjerrig og ikke forutinntatt. Jeg var ikke ute etter beste praksis fordi arbeidstidsordninger er komplekst. Jeg ønsket heller ikke fremstå som en dommer på hvilke arbeidstidsordninger som er best. Jeg har tidligere ikke jobbet i medisinsk sengeavdeling. Dette kan bidra til at jeg stiller med ”blanke ark”. Målet mitt var å fremstå profesjonelt, samtidig som jeg var våken for ulempene i intervjusituasjonene og i analysen.

Analysen vil naturlig være preget av valgene jeg har gjort og min posisjon. Det vil si de erfaringer jeg er bærer av vis a vis mitt utvalg og på måten jeg har analysert dataene. I tillegg er jeg preget av mine verdier og forståelsesrammer noe som kan ha betydning for hvordan jeg forstår og fortolker.

For å vurdere undersøkelsens validitet vil en test av resultatene overfor andre mennesker og om de omfattes riktig være av betydning (Jacobsen 2005). For å sjekke ut gyldigheten av dataene stilte jeg informantene kontrollspørsmål underveis i intervjuene. Jeg har sjekket ut om

det er gjort forskning på problemstillingen min og har ikke funnet forskning på det, men tilgrensende områder.

Det er vanskelig å si at vi kan generalisere resultater fremkommet gjennom kvalitativ metode fordi det er få enheter som undersøkes ut fra et bestemt formål (Jacobsen 2005).

3.4 Etiske overveielser

Før jeg startet med intervjuene sendte jeg inn meldeskjema til Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD). Etter en gjennomgang av NSD medførte min undersøkelse verken meldeplikt eller konsesjonsplikt fordi det i undersøkelsen ikke ville fremkomme sensitiv informasjon.

Informantene har gitt samtykke til å bli intervjuet og informert om at de når som helst kunne trekke seg. Jeg har valgt å holde både sykehusene og avdelingene anonyme for å sikre konfidensialitet. Informantene ble informert om det før intervjuet startet. Opptakene blir slettet når oppgaven er ferdig.

4 Presentasjon og diskusjon av funn

Innledning

Undersøkelsen har fokus på hvilke forhold lederne tar hensyn til i konstruksjon av turnus. For å forstå dette, og hva som påvirker lederne beslutninger i utarbeidelsen av arbeidstidsordningene i avdelingene, velger jeg se nærmere på hvordan turnusene fremkommer i praksis og får betydning for beslutningsadferden. For å kunne gjøre det har jeg først valgt å trekke frem de ulike arbeidstidsordningene avdelingene i undersøkelsen min har og hvordan disse turnusene konstrueres. Det som vi kanskje ikke tenker så mye over er turnuskonstruksjon generelt og forhold lederne tar spesielt hensyn til og hvilken handlingslogikk som kommer til uttrykk. Så vil jeg presentere og diskutere hver av de seks forholdene kategorisert i: 1) organisatoriske forhold, 2) forhold ved lederen og 3) trekk ved situasjonen.

4.1 Sykehusenes arbeidstidsordninger

Sykehusene holder sin virksomhet gående døgnet rundt hele året. Det krever koordinering av sykepleierne arbeidstid for å ivareta pasientbehandlingen på tross av skiftende personell. Ved de seks avdelingene er arbeidstiden og arbeidstidsordningene varierte blant annet fordi avdelingene har ulike stillinger. Ulike stillinger betyr i denne sammenheng at noen sykepleiere dekker kun deler av døgnet eller deler av uken, for eksempel arbeidstid kun på natt eller arbeidstid kun i helger. Hovedsakelig følger sykepleierne den arbeidstidsordning som avdelingen har. Hvilke *type* arbeidstidsordning avdelingene velger å praktisere kan ha flere årsaker. Det kan handle om at avdelingen har praktisert de samme arbeidstidsordningene i flere år, de kan ha problemer med å rekruttere til stillinger på grunn av arbeidstiden stillingen har, eller lederne mener alle sykepleiere må dekke hele døgnet. Når alle sykepleierne dekker hele døgnet betyr det at de har lik arbeidstidsordning for å sikre kompetansen og fleksibiliteten i avdelingen. En av lederne beskriver dette:

”Driften er så kompleks at det krever at man er en del av de daglige rutinene for å ha en mer helhetlige forståelse for hvordan man jobber på nevro og geriatri. Det er veldig mye akutt. De kommer også på natten.... flere på dag og kveld. Det er også å ta del i de vanlige oppgavene vi gjør her, kjenne driften bedre..... større fleksibilitet i arbeidsgruppene.”

Denne lederen går nå gradvis over til 3 delt turnus for å oppnå best mulig kontinuitet og tilgjengelig kompetanse i døgnet.

I *tabell 1* presenteres avdelingenes arbeidstidsordninger. Sykehus 1 har praktisert ønsketurnus i avdelingene i flere år, og som kan defineres som *forhandlingsturnus*. Sykehus 2 praktiserer 2 delt-, 3 delt -, helgeturnus og nattturnus ved to av avdelingene. Dette er turnuser som tradisjonelt har vært praktisert i mange år i sykehus og kan beskrives som *tradisjonelle turnuser*. Den tredje avdelingen praktiserer fleksiturnus som er en mellomting mellom ønsketurnus og tradisjonell turnus.

Tabell 1: Oversikt over avdelingenes ulike arbeidstidsordninger/turnus

Arbeids- tids- ordning:	Turnus: 2 delt: dag- og aftenvak- ter	Turnus: 3 delt: dag-, aften- og nattevakter	Ønsketurnus/ fleksiturnus (grunnturnus i ”bunn”) Ønsketurnus ⁸ utarbeides i 3 faser. Fase 1: Vaktønsker fra ansatte. Fase 2: Samordning av turnuslinjene med alle ansatte. Fase 3: leder ferdigstiller turnus. Ansatte er bundet til et antall helger, aften- og nattevakter. Fleksiturnus: noe mer begrensning enn ønsketurnus. Praktiseres som en hjelpeturnus der få endrer vaktene sine. Flere går sin ordinære grunnturnus. Grunnturnus utarbeides og ligger som en skygge bak ønsketurnusen. Grunnturnus trer inn for dem som er i svangerskaps- permisjon og sykemeldte.	Helge- stillinger Fre-, lør- og søndag	Natt- stillinger Kun netter	Hjelpeturnus: Arbeids- og fridager kan flyttes på i hjelpeturnusen. Utarbeides for kortere perioder, eks: påske og sommerferie.
Sykehus 1						
Avd.: 1			x	x		
Avd.: 2			x	x		
Avd.: 3			x			
Sykehus 2						
Avd.: 4	x	x			x	x
Avd.: 5	x			x	x	x
Avd.: 6			x			x

Endringer i arbeidsmiljøloven⁹ i 2005 vektlegger selvbestemmelse av arbeidstiden og åpner for fleksible arbeidstidsordninger dersom det kan gjennomføres uten ulempe for arbeidsgiver. Undersøkelsen min viser allerede en forskjell i at sykehus 1 anvender mer ”moderne” turnuser

⁸ Ønsketurnus utarbeides i tre faser. Fase 1 er etter vaktønsker fra ansatte. Fase 2 er en samordning av alle turnuslinjene for alle ansatte og fase 3 er den siste fasen der arbeidsgruppe og leder ferdigstiller turnus. I fase 1 kan ansatte markere vakter med ”veto”, det betyr at de bruker oppsparte poeng til å låse en eller flere vakter. I fase to kan ansatte flytte sine ønsker fra fase 1, mot å få poeng som de opparbeider seg som kan brukes til ”veto” vakter. Ansatte har en timebank med underskudd eller overskudd av timer som disponeres fleksibelt.

⁹ Endringer i arbeidsmiljøloven §§ 4-2 (2) og 10-2 (3)

enn sykehus 2. Betyr det at lederne ved sykehus 1 har mer fleksible turnuser sammenlignet med sykehus 2, og hvilken handlingslogikk er fremtredende?

Konstruksjon av turnus

Utforming og planlegging av turnus benevner jeg videre i oppgaven som *konstruksjon* av turnus. Det første lederne starter med er å utarbeide en bemanningsplan¹⁰ ut fra avdelingenes årsverk. Her fordeles antall sykepleiere på alle vaktene (dag-, aften- og nattevakt) hele uken. Bemanningsplan er et styringsverktøy og en standard lederne følger *før* konstruksjon av turnus starter. En leder forteller: *”Jeg legger føringer for hvordan jeg vil ha turnusen, legger føringer i forhold til bemanningsplaner....jeg har liksom en grunnleggende rolle i bemanningsplanen.”* Leder er med andre ord underlagt en konsekvenslogikk. Begge sykehusene har elektronisk turnussystem som tidligere nevnt. I det elektroniske turnus-systemet legger lederne først inn bemanningsplanen.

Turnus- en matematisk logikk?

Når turnus legges inn i det elektroniske turnussystemet vil lederen raskt se samsvar mellom bemanningsplan og turnus:

”Gat-systemet er et smart system, du kan jo få fram så mye tall..... og når vi skal se på hvor mange som er på jobb, og behovene som er lagt inn i grunnturnusen, så ruller du ned.... så kommer det fram et rødt tall hvis du har for lite og blått eller grønt hvis det er litt for mye..... Når du sitter med de rutene og de tallene så ser du det med en gang. Oi, der har jeg ikke nok på den helga.”

Dermed kan det virke ”enkelt” å overvåke vaktene og ressursfordelingen i døgnet. Den matematiske turnuslogikken innebærer at nattevakter plasseres først i det samme antall som er definert i bemanningsplanen, for eksempel fire nattevakter hver natt hele uken. Så plasseres et antall på helgevaktene og til sist antallet på dag- og aftenvakter. Det er stillingsstørrelsen til

¹⁰ Bemanningsplanen beskriver ressursfordelingen; kompetanse og antall personer på alle vakter og vaktens lengde, start- og sluttidspunkt. Bakgrunn for bemanningsplan er aktiviteter og pasientens behov i døgnet og er en standard lederen har. En bemanningsplan kan være gjenstand for diskusjon fordi forskjellen på optimal- og forsvarlig bemanning kan være stor. Det er likevel arbeidsgiver v/leder som legger premissene (Thrana, 2011).

sykepleierne som er avgjørende for antall vakter de har i gjennomsnitt¹¹ over antall uker turnusen rullerer, for eksempel 6 uker. Når alle vaktene er lagt inn i det elektroniske turnussystemet er turnus ferdig konstruert.

I praksis viser konstruksjon av turnus å være mye mer komplisert og tidkrevende sammenlignet med den matematiske turnuslogikken. En av lederne er opptatt av: ”*Den største reguleringen inn i turnus er at jeg har riktig fagkompetanse innen de felt jeg skal serve.*” Lederne har et systemansvar som skal sikre forsvarlig drift (Helsepersonelloven 1999). Det betyr å organisere tjenesten slik at helsepersonell kan utøve tjeneste faglig forsvarlig. For å oppnå dette er ledernes strategi forskjellig. Her forstår jeg at personlige forhold er rådende i valg av strategi. Har avdelingen ønsketurnus legger sykepleierne sine ønsker inn i fase 1 i turnus. I fase 2 sendes turnusen tilbake til sykepleierne som forhandler og justerer sine ønsker for å innfri bemanningsplanen. En leder som praktiserer ønsketurnus beskriver hva som kan skje i fase 3: ”*den siste fasen, da hender det at jeg må flytte litt på de ansatte selv om de ønsker seg noe annet.*” Dette innebærer at lederen endrer vakter for å tilpasse best mulig for flest mulig. Her sikrer leder kompetansesammensetningen i døgnet og tilpasser arbeidstiden for sykepleierne. Dette understrekes også av en annen leder: ”... *hele tiden en dialog fordi jeg har personalansvaret.*” Avhengig av hvor mange uker arbeidstiden er fordelt over, repeteres denne prosessen enten hver 6. eller 12. uke.

Lederens strategi ved 2 delt- eller 3 delt turnus, tradisjonell turnus, er at leder først utarbeider et turnusforslag. Turnusen henges så opp for gjennomsyn og sykepleierne kommer med tilbakemeldinger ut fra deres ønsker, forventninger og krav, før ny samordning og ferdigstillelse. Tradisjonell turnus kan gå over for eksempel 6 uker. Til forskjell fra ønsketurnus fortsetter derimot tradisjonell turnus igjen på uke 1, det vil si at den rullerer hver 6. uke. Denne turnusen har en forutsigbarhet og varer over en tidsperiode, for eksempel ett år. I valget mellom disse to strategiene påvirkes ledernes beslutninger av personlige forhold sammen med organisatorisk kontekst og trekk i situasjonen. Alle tre forholdene virker inn sammen.

Uavhengig av type turnus har sykepleierne medbestemmelse¹². Det vil si at sykepleierne har påvirkning på sin arbeidstid og fritid og deres interesser og ønsker kommer til uttrykk overfor

¹¹ Antall vakter pr uke kan variere fra uke til uke. Gjennomsnittsberegning av arbeidstiden innebærer at arbeidstiden i den avtalte turnusperioden i gjennomsnitt gjenspeiler stillingsstørrelsen, jf. arbeidsmiljøloven § 10-5 (2).

lederen. Medbestemmelsen ivaretas av lederen, samtidig som hun skal sikre et forsvarlig og meningsfylt arbeidsmiljø og en faglig forsvarlig¹³ organisering (Helsepersonelloven 1999).

Det viktigste forholdet lederne tar hensyn til i konstruksjon av turnus

Lederne ble spurt om å prioritere det forholdet de mener er det mest sentrale hensynet i konstruksjon av turnus. Dette fremkommer i *tabell 2*. Tre ledere mener det viktigste forholdet de tar hensyn til er tilpasning av arbeidstiden, to av dem mener tilgjengelig kompetanse og den sjette lederen mener å få dekket bemanningen på natt er mest viktig.

Tabell 2: Det mest sentrale forholdet lederne tar hensyn til ved konstruksjon av turnus

Sykehus 1	
Avd.: 1	Bemanne nattevakter
Avd.: 2	Tilpasning av arbeidstiden
Avd.: 3	Tilpasning av arbeidstiden
Sykehus 2	
Avd.: 4	Tilgjengelig kompetanse
Avd.: 5	Tilgjengelig kompetanse
Avd.: 6	Tilpasning av arbeidstiden

I *tabell 3* presenteres det mest sentrale forholdet lederne tar hensyn til sammen med ledernes strategivalg av type turnus. Fire av seks ledere praktiserer ønsketurnus. Tre av disse fire har tilpasning av arbeidstiden som det viktigste hensynet. Har så dette og valg av turnus en sammenheng med hvilken handlingslogikk lederne anvender? Det kan se ut til at konsekvenslogikk og forhandlinger er det som er mest fremtredende hos lederne som praktiserer ønsketurnus. Samtidig kan disse handlingene ha begrenset rasjonalitet og allikevel ha preg av konsekvenslogikk. Mulig årsak kan være at ønsketurnus gir bedre måloppnåelse i organisasjonen. To av de seks lederne praktiserer tradisjonell turnus. Det kan tolkes som at passendelogikk er mest fremtredende ved tradisjonelle turnuser. En mulig årsak kan være at lederne handler etter det som er kulturelt passende, det de kjenner best og har mest tro på. Allikevel kan det skapes kapasitet til å nå organisasjonens mål. En refleksjon i denne sammenligningen kan være at passendelogikk som følger de uformelle og kulturelle normene er rettet mot fortiden. Mens konsekvenslogikken og forhandlinger er mer fremtidsrettet.

¹² Ansattes medbestemmelse er regulert i arbeidsmiljøloven § 10-3.

¹³ Faglig forsvarlighet omhandler pasientens rett til helsehjelp og omsorgsfull hjelp, jf. Helsepersonelloven § 16.

Tabell 3: Avdelingenes mest sentrale forhold lederne tar hensyn til og valg av turnus

Sykehus 1	Mest sentrale forhold som tas hensyn til	Turnus
Avd.: 1	Bemanne nattevakter	Ønsketurnus
Avd.: 2	Tilpasning av arbeidstiden	Ønsketurnus
Avd.: 3	Tilpasning av arbeidstiden	Ønsketurnus
Sykehus 2	Mest sentrale forhold som tas hensyn til	Turnus
Avd.: 4	Tilgjengelig kompetanse	Tradisjonell turnus
Avd.: 5	Tilgjengelig kompetanse	Tradisjonell turnus
Avd.: 6	Tilpasning av arbeidstiden	Fleksiturnus (ønsketurnus)

Oppsummering

Bemanningsplanen er et styringsverktøy, noe som betyr at lederne er underlagt en konsekvenslogikk. I konstruksjon av turnus og uavhengig av type turnus er beslutningsmulighetene mange både for sykepleierne og lederne. Ledernes strategivalg av type turnus kan bære preg av hvilke forhold de mener er det mest sentrale hensynet, men også hvilken handlingslogikk.

4.2 Seks forhold lederne tar hensyn til i konstruksjon av turnus

Innledning

Jeg har kategorisert dataene i seks forhold: **tilpasning av arbeidstiden, økonomi, lov og avtaleverkets rammer, forhold ved lederen selv, tilgjengelig kompetanse og sykefravær.** I tabell 4 er disse plassert inn i organisatoriske forhold, forhold ved lederen selv og trekk ved situasjonen som gjør ulike beslutningssituasjoner komplekse ved at de virker inn enkeltvis eller sammen. Dette kan styrke og svekke konsekvenslogikken og/eller passendelogikken. Under hvert av de seks forholdene lederne tar hensyn til vil jeg samtidig med presentasjon av dataene diskutere funn opp mot empiri, forskning og teorien jeg har valgt.

Tabell 4: Oversikt over kategoriseringen

Organisatoriske forhold: <i>Funn:</i> <ul style="list-style-type: none">• Første forhold: Tilpasning av arbeidstiden• Annet forhold: Økonomi• Tredje forhold: Lov og avtaleverkets rammer
Forhold ved lederen selv: <i>Funn:</i> <ul style="list-style-type: none">• Fjerde forhold: Forhold ved lederen selv
Trekk ved situasjonen: <i>Funn:</i> <ul style="list-style-type: none">• Femte forhold: Tilgjengelig kompetanse• Sjette forhold: Sykefravær

4.3 Organisatoriske forhold

Her beskrives tre forhold lederne tar hensyn til: tilpasning av arbeidstiden, økonomi og lov og avtaleverkets rammer.

4.3.1 Tilpasning av arbeidstiden

Tilpasning av arbeidstiden er det forholdet tre av lederne tar mest hensyn til ved konstruksjon av turnus. Men hvilken handlingslogikk er mest fremtredende blant lederne?

Intensivering av arbeidet

Helseforetaksreformen har bidratt til økt aktivitet. Øyeblikkelig hjelp innleggelser og redusert liggetid bidrar til større arbeidspress, som igjen gjør det komplisert å planlegge aktiviteten og bemanningen i avdelingene. I undersøkelsen kommer lederne med utsagn om: *"Det er ikke som før, da pasientene sov. Det er så stor behandling på natta, det er nesten ikke til å tro..... Det har endret seg veldig de siste årene."* En annen sier: *"Vi får inn "satellittpasienter" - pasienter fra andre poster som renner over av pasienter. Det er ikke plass på infeksjonsposten fordi de har 4 korridorpatienter, og på nevro er det 2 ledige senger. Da kan de ta den."* Hun

fortsetter: *”Arbeidsbyrden er blitt stor, de har ikke nok kompetanse.”* En tredje leder sier: *”Det er akutt syke mennesker og et veldig trykk på avdelingene.”* Jeg forstår ut fra det lederne gir uttrykk for at en intensivering av arbeidet har skjedd i økende grad de siste årene. Dette handler både om den høye andelen øyeblikkelig hjelp pasienter, økt pasientgjennomstrømning, sykere pasienter, pasientbehandlingen er mer aktiv 24 timer i døgnet, og dette krever kompetent personell.

I følge Ellingsæter (2009) og Hippe og Trygstad (2012) har offentlig sektor vært gjennom flere New Public Management inspirerte omstillinger, med blant annet skjerpede effektivitets- og produktivitetskrav. Produktivitetsveksten og skjerpede effektivitetskravet har bl.a. skapt en intensivering av arbeidet¹⁴ og større arbeidspress. Trenden ser ut til å ha stabilisert seg for andre yrkesgrupper, men viser en fortsatt økning for helse- og sosialyrker. I følge Ellingsæter (2009) vil en økning av arbeidsintensitet for arbeidsgiver innebære en forlengelse av arbeidstiden. Hun beskriver hvis arbeidstidens ”porer” fylles igjen, vil konsekvensene ikke bare gjelde arbeidstakernes opplevelse av jobben, men også kvaliteten på tiden utenom jobben. Sett i lys av reformene i offentlig sektor og arbeidstidsreduksjonene, jf. pkt. 2.3.1, er den tiden som brukes til lønnet arbeid fallende over tid, mens den avtalte og vanlige arbeidstiden er uendret. Den nærliggende strategi er dermed intensivering av arbeidet. Sett i lys av det lederne også beskriver har sykepleierne fått flere arbeidsoppgaver og mer krevende pasientbehandling. På hvilken måte kan intensivering av arbeidet løses av sykepleierne innenfor deres fastsatte arbeidstid og til sykepleierens beste? Både Ellingsæter (2009) og en systematisk litteraturstudie om arbeidstid og helse (Lie m.fl. 2014) viser at arbeidsintensitet får kroppslige konsekvenser som stress og psykiske plager, og at lav innflytelse på egen arbeidstid ser ut til å gi dårligere psykisk helse. På hvilken måte tilpasses arbeidstiden når arbeidet preges av et stort arbeidspress og hvilken handlingslogikk preger beslutningene?

Tilpasning av arbeidstiden, en vinn-vinn situasjon?

Intensivering av arbeidet medfører at lederne har et stort fokus på å tilpasse arbeidstiden etter sykepleierens ønsker. En av lederne som har ønsketurnus forteller: *”Det er kjempeviktig å ha*

¹⁴ Intensiveringsbegrepet skrives seg fra Marx og er influert av 1)kvantitet; flere arbeidsoppgaver presses inn i arbeidstiden og 2)kvalitet; i arbeidsutførelsen og arbeidstakers tilgjengelighet. Dette bidrar til økt arbeidspress (Ellingsæter 2009).

en turnus som passer i deres liv, eller at det passer med de tingene de skal gjøre på fritiden sin.... etter å ha jobbet mye med å få en tilrettelagt turnus, så har korttidsfraværet gått ned.” Slik jeg forstår dette kan det tyde på at arbeidsintensiteten sammen med arbeidstakernes selvbestemmelse av arbeidstiden som praktiseres ved ønsketurnus, er fra lederens side en måte å ”veie opp for” arbeidsintensiteten. Ønsketurnus tilpasser i stor grad sykepleiernes individuelle strategier og forventninger til sin arbeids- og fritid. Det skjer ved at sykepleierne fritt kan velge vakter i fase 1. Lederen utdyper dette: *”Hvis jeg får en dårlig arbeidsplan og høyt korttidsfravær, er det veldig dyrt for driften, og da tjener jeg på å ha arbeidstakere som er fornøyd.”* Det er grunn til å tro at lederen balanserer mellom arbeidstakernes selvbestemmelse av arbeidstiden og økonomi. Det er med andre ord god økonomi å ha en ”god” turnus. Lederens økonomiske resultatansvar sammen med sykepleiernes autonomi handler om det økonomiske ansvaret lederen har. Dette kan tolkes som hennes handlingslogikk er basert på erfaringslæring om hva som er mest lønnsomt, og handlingen bærer preg av konsekvenslogikk. På en annen side er det uklart om hvordan effektivitetskravene påvirker sykepleierne og får konsekvenser for pasientenes medisinske behandling og helhetlige pleie, se fra side 63.

Gir selvbestemmelse av arbeidstiden bedre mestring?

Lederne erfarer i avsnittet over at selvbestemmelse av arbeidstiden gir fornøyde sykepleiere. Har det en positiv effekt på mestring av arbeidshverdagen? En rekke studier som er sammenlignet i rapporten til Lie m. fl. (2014) viser at de negative virkningene av turnusarbeid reduseres når arbeidstakerne tilbys fleksible løsninger, for eksempel ønsketurnus. Dette bidrar til autonomi hos sykepleierne. I følge Ellingsæter (2009) øker arbeidstidsfleksibiliteten i samfunnet. Det betyr at lederne overlater mer styring av arbeidstiden til arbeidstakerne. Hun sier videre at mange og særlig kvinner i sykehus, er underlagt en tidskontroll. Det betyr å møte på arbeid til bestemte tidspunkt. Selv om sykepleierne må møte til gitte tidspunkt, mener hun at etablering av ønsketurnus i sykehus bidrar til økt selvbestemmelse av arbeidstiden. Arbeidstilsynets «God Vakt»-kampanje som ble gjennomført i flere sykehus i 2008 viste at ønsketurnus er et tiltak som er individuelt rettet for å tilrettelegge og forhåpentlig øke evnen til mestring i arbeidet. Stor grad av arbeidsintensitet betyr nødvendigvis ikke at sykepleierne har en negativt belastende arbeidssituasjon. Det som fremkommer i rapporten er at det fortsatt er mulig å ha mange og store krav i arbeidet, og samtidig ha en overkommelig, utviklende og helsefremmende arbeidssituasjon. En av lederne gir imidlertid uttrykk for at noen sykepleiere velger å redusere stillingen sin pga arbeidsbelastningen, en annen leder sier: *”Vi ser at nyutdannede jobber i mindre og mindre stilling. De vil ikke ha full stilling. Det er for mye, det*

er for slitsomt..... det er mye å gjøre på alle vakter.” På bakgrunn av ledernes erfaringer er det grunn til å tro at grensen for produktivitsveksten og effektivitetskravet er nådd. Foretaksledelsen og leder er ansvarlig for et forsvarlig og meningsfylt arbeidsmiljø, allikevel reduserer sykepleierne sin stilling. Sykepleierne sier de er opptatt av å gjøre en god jobb. I møte med pasientene er sykepleierne ansvarlig for å innfri krav i lover og forskrifter og det å sette grenser individualiseres. Jeg forstår dette som en desentralisering av ansvar og reduksjon av stillingen blir en mestringsstrategi. Det samme som jeg har beskrevet under Sykepleier og faget side 20. Denne mestringsstrategien bekreftes i en rapport fra Arbeidsforskningsinstituttet av Egeland og Drange (2014). For å ha en god helse blir deltid et tiltak for å unngå sykefravær og kunne stå i arbeidslivet i flere år. Dette fastslår også en av lederne: *”De som tar ekstravakter er de har stor stilling, det slår ikke feil. De med små stillinger, de plukker kanskje vakter... og velger seg de vaktene de ser er ledig fram i tid, og det som passer inn i deres system.”* Selv om deltidsansatte tar ekstravakter, velger de blant flere ledige vakter frem i tid, og ikke på kort varsel: *”Du kan sende ut sms, du kan ringe dem, men de tar ikke telefonen fordi de har ikke lyst å jobbe.”* Det kan se ut til at sykepleiernes behov for større forutsigbarhet bidra til at de tilpasser arbeidstiden til sin sosiale situasjon og kanskje også helsesituasjon. Derimot sier en leder at de i 80-, 90- eller 100 prosent stillinger tar ekstravakter på kort varsel. Slik jeg forstår dette blir redusert deltid individets beslutning på grunn av intensivering av arbeidet, til tross for selvbestemmelse av arbeidstiden. For individet løses problemet og er en målrettet beslutning. Det som er etablert og utviklet underveis av normer og regler i sykehuset farger ledernes adferd og beslutninger. Ut fra en passendelogikk bærer ledernes handlinger preg av både kulturelle og systematiske trekk.

Ønsketurnus – selvbestemmelse av arbeidstiden og bedre mestring?

Ønsketurnus bidrar til selvbestemmelse av arbeidstiden og økt jobbtilfredshet (Bratås 2002). Allikevel ivaretar sykepleierne sin medbestemmelse og velger de vaktene som passer dem best:

”Det jeg pleier å si er at de kan bruke ønsketurnusen og fase 1 til å kvitte seg med de overgangene... noen vil ha samlet fri og vil ikke ha seinvakt før en fridag. Noen vil ha seinvakt før fridag, fordi de ikke trenger å stå opp tidlig. Ønsketurnussystemer åpner for mange muligheter for de ansatte slik at de kan velge måter å jobbe på.”

Det kan synes som om lederne ser litt mellom fingrene på hvilke beslutninger sykepleierne gjør. Er det slik at selvbestemmelse av arbeidstiden får forrang fremfor en ”god” turnus? Warpe m. fl. (2013) gir uttrykk for i en forskningsartikkel at sykepleiere besitter en viss kunnskap om helsemessige konsekvenser av turnusarbeid. Til tross for dette er det åpenbart at kunnskapsnivået kunne vært betydelig høyere. Sykepleierne velger vakter ut fra hva som passer deres sosiale situasjon best, og mindre ut fra helsekonsekvenser. I Lie m.fl. sin rapport (2014) fremkommer søvnproblemer som konsekvens av turnusarbeid og særlig på grunn av nattarbeid og overganger¹⁵. Søvnproblemer er en ugunstig helsekonsekvens over tid. Disse overgangene opprettholdes i ønsketurnus også av lederne. Hva kan årsaken være? Det kan virke som organisasjonene har utviklet et institusjonell trekk som gir seg utslag i sti-avhengighet. Dermed kan lederne og sykepleierne ha problemer med å endre seg, fordi de støtter seg til tryggheten i sin kulturelle identitet. Beslutninger bærer preg av sti-avhengighet selv om forskning viser at sykepleierne har liten kunnskap om helsekonsekvenser. I denne sti-avhengigheten vil organisasjonen kunne forstås som en kontinuitetsbærer og lite fleksibel. Samtidig vil sti-avhengigheten kunne gi stabilitet. Dermed blir det enklere å avgjøre hva som er passende handlinger.

Lederne har god kjennskap til sykepleierne og vet hva som fungerer best for den enkelte. Til gjengjeld får sykepleierne aksept for sine beslutninger på tross av en ugunstig helsekonsekvens. Slik utvikles et sterkt sosialt fellesskap og bidrar til å løse arbeidspresset på en god måte. Beslutningene bærer preg av en passendelogikk. Selv om lederne kjenner til konsekvensen av kort hviletid mellom to vakter, forhandler sykepleierne seg til en arbeidstid som gir ugunstig helsekonsekvens, men allikevel løses oppgavene. Dette viser at organisasjonen blir mindre fleksibel og tilpasningsdyktig overfor ny kunnskap. Passendelogikken bidrar i dette tilfelle heller ikke til at utfordringen løftes oppover i hierarkiet for å diskutere virkemidler organisasjonen kan iverksette for å bli mer formålstjenlig over tid. Kan årsaken være utydelige og lite operasjonaliserte mål i foretakene? Eller kan manglende kompetanse og innsyn i forskning om arbeidstid og helse hos ansatte og ledere være en årsak?

¹⁵ En overgang er tiden mellom en aften- (kl. 15.00- 23.00) og dagvakt (kl. 07- 15.30). 8 timer og er den laveste grensen en kan ha mellom to arbeidsperioder, jf. arbeidsmiljøloven § 10-8. Det er så få timer at det kan gi søvnproblemer. Har du i tillegg tidlig start på morgenskiiftet, øker risikoen for søvnproblemer. Velger ansatte aften-, dag-, aften- og dagvakt fremfor dag-, dag, aften- og aftenvakt betyr det å gi seg selv to overganger fremfor en.

Tilpasses arbeidstiden det sosiale livet eller er det motsatt?

En av lederne stiller spørsmålsteget om sykepleiernes ønsker skal gå foran leders ansvar om et forsvarlig arbeidsmiljø: *”er det sånn i dag at arbeidsgiver skal tilpasse jobben etter ditt privatliv eller er det motsatt? Du vil gjerne ha en jobb, men det må ikke gå på bekostning av noe annet.”* Jeg forstår dette som at lederen er opptatt av å innfri sykepleiernes ønsker og behov når det gjelder arbeidstid, samtidig er hun kritisk til hva økt selvbestemmelse av arbeidstiden gjør. Er utviklingen gått for langt? Intensivering av arbeidet kan gi seg utslag i stress og psykiske plager, samtidig som selvbestemmelse av arbeidstiden kan bidra til å håndtere dette på en bedre måte (Ellingsæter 2009, Lie m.fl. 2014). Dette kan forstås som et toegget sverd, det ene får konsekvenser for det andre. En av lederne bekrefter dette: *”Jeg tror at hvis du har en arbeidsplan som passer godt med ditt liv, og alle har jo forskjellig liv, så er det mye lettere å komme på vakt. Du trenger ikke rydde i hele familien din, og barnevakter for å få ting til. Da har vi nok folk på jobben, og da blir driften bra også.”* Slik forstår jeg at målet med ønsketurnus blir et virkemiddel som både bidrar til at sykepleierne mestrer arbeidet og gir organisasjonen kapasitet til å realisere sine mål. Slik fremstår handlingslogikken som en konsekvenslogikk. Slik kan rasjonaliteten styrkes gjennom bruk av ønsketurnus og muliggjør lederens formålsrasjonelle beslutninger.

Er selvbestemmelse av arbeidstiden mulig ved tradisjonell turnus?

Hvordan løser de to avdelingene som har tradisjonell turnus dette med selvbestemmelse av arbeidstiden? En av de to lederne uttrykker:

”Jeg synes de ansatte har det så fleksibelt som det er mulig å få til innenfor det lovverket vi har. Vi bytter vakter, de får ikke lov til de doble vaktene, men jeg lar de bytte i helger også, selv om det ikke er så populært, og hjelper til hvis det er en som får noe uforutsett ved at de bytter vakter. Kommer det fort på, så får de stort sett det de vil.”

Det gir sykepleierne en form for selvbestemmelse av arbeidstiden som er annerledes sammenlignet med ønsketurnus. Denne daglige tilpasning av arbeidstiden betinger forhandlinger mellom leder og sykepleierne og beslutninger skjer kontinuerlig. Kanskje gir bruk av tradisjonell turnus mer eller mindre usammenhengende og tilfeldige beslutninger? Når tradisjonell turnus konstrueres blir fordelingen av sykepleierne ut fra deres kompetanse satt sammen. Lederne deltar direkte i beslutningene og målet blir den ”ideelle turnus”. Men

for å tilpasse arbeidstiden etter sykepleiernes ønsker og behov byttes vakter etter at turnus er ferdig. Mange sykepleiere i avdelingen og kort varsel på vaktbytter kan resultere i endringer i kompetansesammensetningen og gi lederne mindre forutsigbarhet. Det kan medføre at leder får problemer med å skaffe seg oversikt, styre beslutningsprosesser og utfallet.

Sammenlignes tradisjonell turnus med ønsketurnus innebærer ønsketurnus svært få vaktbytter i en turnusperiode på 6 eller 12 uker. Bratås (2002) hevder i sin studie at ønsketurnus ivaretar jobbtilfredshet på en bedre måte enn tradisjonell turnus. Dermed fremstår ønsketurnus som et resultat av en mer strategisk rasjonell beslutning blant lederne.

Rettferdig fordeling av arbeidstiden og tilpasning av arbeidstiden

Selvbestemmelse av arbeidstiden har høy prioritet blant lederne. Samtidig er noen av lederne opptatt av en rettferdig fordeling av vaktene. Bakgrunnen er fordi vaktene har ulik popularitet, og vaktbelastningen skal fordeles blant sykepleierne. En leder forteller om vaktenes ulike popularitet: *”det enkleste er dagvakter i uka...så aftenvakter i uka....nattevakter..., helg er det som er verst og det skjønner jeg.”* En leder sier at ubekvemme vakter¹⁶ fordeles: *”vi har en regel på at de må jobbe 2 helger på 6 uker”*. En av lederne gir uttrykk for at det vanskeligste er å dekke nattevakter. Avdelingen har ønsketurnus og hun forklarer: *Jeg har jo forsøkt å fordele de nattevaktene sånn antallsmessig. De som går i full stilling må ha så mange, og så gradert det nedover. 75 % har så mange.”* Lederen kan fortelle at problemet er like reelt uansett tiltak. Situasjonen vanskeliggjøres også av at flere sykepleiere har fritak fra nattevakter. To avdelinger løser utfordringen med å få dekket nattevakter med egne nattstillinger. Konsekvensen er færre nattevakter for de i tradisjonell turnus. En av disse lederne sier: *”da er det lett å dekke inn nattevaktbehovet uansett om det er helg eller hverdag.”* På en annen side er konsekvenser av egne nattstillinger at de ikke har samme oversikt og kontinuitet sammenlignet med sykepleierne som dekker hele døgnet. Dette temaet blir diskutert under forholdet – tilgjengelig kompetanse fra side 63. To av sitatene over forteller at lederne er opptatt av en ”rettferdig” fordeling av vaktene. Det er ingen regler i lov- og avtaleverket, men en kultur i avdelingene.

¹⁶ Ubekvemme vakter: Arbeid på aften (17.00- 22.00/23.00), natt (21.00- 06.00) og helgevakter (fra lørdag 18.00- til søndag 22.00). Dette gjelder også helgedagene 1.mai, kristi himmelfartsdag og skjærtorsdag. Jul-, påske- og pinseaften er søndagsarbeid definert fra 15.00 dagen før (arbeidsmiljøloven).

Både lederne og forskning (Lie m.fl. 2014) hevder at fornøyde sykepleiere ikke opplever turnus så tungt. Hvorfor er da ”rettferdig” fordeling et viktig prinsipp? På den ene siden er de opptatt av ”rettferdig” fordeling av arbeidstiden for å fordele vaktbelastningen. På den annen side er intensjonen med ønsketurnus, og til dels tradisjonell turnus, at sykepleierne har mer eller mindre selvbestemmelse over arbeidstiden. Hvis ”rettferdig” fordeling betyr at alle må ha et vist antall vakttyper for å dekke bemanningsplanen, vil handlingslogikken være formålstjenlig. Min forståelse av ”rettferdig” handler om et likhetsprinsippet som betyr å forskjellsbehandle. Hvis denne begrepsforståelsen legges til grunn vil sykepleierne kunne få innfridd flere av sine arbeidstidsønsker. Begrepet «rettferdig» blir da også mer i tråd både med lederne intensjonen av ønsketurnus og at lederne prioriterer sykepleiernes ønsker. Lederne utfordringer derimot er når bemanningsplanen ikke blir dekket. Det er kanskje derfor begrepet «rettferdig» fordeling er oppstått fordi det brukes som kjøreregler.

For å få sykepleierne til å velge mer ubekvemme vakter prøver en avdeling som har ønsketurnus en type premiering for å øke sykepleiernes fleksibilitet. Denne premieringen bidrar til økt verdsetting. Målet til lederen er at sykepleierne kommer mer på banen og tar et større ansvar for å konstruere turnusen selv og sikre bemanningsplanen. Lederen deltar ikke direkte i beslutningene, men påvirker valgene til sykepleierne gjennom forhandlingslogikken og verdsetting. Lederen forteller at det er for tidlig å si noe om resultatene. Alt i alt dreier dette seg om et tiltak som kan bidra til å utvikle en ønsket organisasjonskultur. Det handler om en lederadferd som våger nye tiltak og gir rom for medbestemmelse og forhandlinger, der velvillighet og vinn-vinn situasjoner er med på å nå organisasjonens mål gjennom ledelse av individualister. Slik jeg forstår dette tiltaket treffer lederen en beslutning ut fra konsekvenslogikken.

Tilrettelegging ved redusert arbeidsevne

En avdeling med ønsketurnus praktiserer en prioriteringsliste som definerer kriterier for hvem leder først skal tilrettelegge for, for eksempel helsemessig årsak, barn med særskilte behov og seniorer. Leder er samtidig opptatt av:

” Det er forventninger om at arbeidsgiver skal tilrettelegge for at jeg skal klare å leve livet mitt, uten at man kanskje tenker på at det er andre ting på hjemmebane man bør justere på. Da kan man ivareta det en periode, man at det ikke er en livslang kontrakt.”

Bakgrunn for tiltaket er en kollektiv forståelse av at belastningen for de andre ikke skal bli for stor og konstant over tid. Flere av tilretteleggingene er tidsbegrenset. Eksempler kan være graviditet eller redusert arbeidsevne pga. vond rygg. Leder forteller at det kreves god oppfølging fra henne og hun erfarer gode resultater. En av de andre lederne som har ønsketurnus, har derimot ikke tidsbegrensede tilrettelegginger og får problemer med å få dekket alle nattevaktene. Denne lederen mener også det mest sentrale forholdet hun tar hensyn til er å få bemannet nattevaktene. Her kan det foregå flere omkamper mellom leder, sykepleiere med tilrettelegging og sykepleiere uten tilrettelegging. Avdelingen kan dras i ulike retninger.

En tidsbegrensning av disse tilretteleggingene øker fokuset og bevissthet både på individet og systemet, og vil være et gode for begge parter. På en annen side viser også dette at lederne står i mange dilemmaer de skal ta beslutninger på. Jeg tror at lederen som fokuserer på tidsbegrensede tilrettelegginger er et eksempel som i noen tilfeller er mulig og kanskje til og med riktig. Beslutningene fremstår mer som strategisk rasjonelle. Lederen ønsker og streber etter å oppnå maksimal effekt og velger ikke bare en *satisfierende* – ”godt nok” – beslutning.

Lederne som praktiserer ønsketurnus gir samtidig uttrykk for at ønsketurnus gir dem et større handlingsrom for å tilrettelegge ved redusert arbeidsevne. I tillegg bidrar ønsketurnus til mer individuelle forhandlinger mellom sykepleieren og lederen, og de oppnår en vinn-vinn situasjon. Personlige forhold og organisasjonens kontekst virker inn sammen og styrker konsekvenslogikken.

Oppsummering

Ønsketurnus bidrar til økt jobbtilfredshet og bedre mestring. Når ønsketurnus og tradisjonell turnus konstrueres kan de beskrives etter forhandlingsmodellen. I noen av tilfellene må allikevel sykepleiernes valg vike for ledernes beslutninger, mens andre igjen inngår kompromisser med lederne. På denne måten ivaretas de strategiske målene på en rasjonell måte.

Ønsketurnus ivaretar selvbestemmelse av arbeidstiden som betyr færre eller ingen vaktbytter sammenlignet med tradisjonell turnus. Slik vil tradisjonell turnus bli mindre forutsigbart og passendelogikken blir mer fremtredende, vi gjør slik vi pleier, men ikke fordi det lønner seg.

4.3.2 Økonomi

Innledning

Avdelingene har fra 35 til 51 årsverk, fordelt på ca. 48 til 100 ansatte, se tabell 5.

Avdelingene består av en til fire spesialiteter. To av avdelingene har ikke poliklinikk, mens fire har en eller to poliklinikker. Avdelinger som har poliklinikk er merket med stjerne*. De ansatte er assisterende leder, teamledere, fagutviklingssykepleiere, hovedsakelig sykepleiere, noen få hjelpepleiere og sekretærer. Den gjennomsnittlige deltidsandelen er opplyst fra lederne.

Tabell 5: Oversikt over årsverk, antall ansatte og gjennomsnittlig stillingsstørrelse

Avdeling	Antall årsverk	Antall ansatte	Gjennomsnittlig stillingsstørrelse
Sykehus 1			
1	35	48	73 %
2*	51	ca. 100	54 %
3	36,40	64	56 %
Sykehus 2			
4*	41,44		70-75 %
5*	50	75	60 %
6*	43,46	67	75 %

Jeg diskuterer hvordan økonomi påvirker beslutninger i bemanningsplanen, ledernes ressursbruk i konstruksjon av turnus, budsjettdisiplin og om deltidsarbeid er god økonomi.

Bemanningsplan

Bemanningsplan viser ledernes ressursfordeling og er et viktig styringsverktøy. Når lederne uttaler seg om bemanning og økonomi uttrykker de: ”Jeg må lage turnusen ut fra den rammen jeg har. Det er jeg nødt til. Jeg kan ikke lure til meg noen linjer. Det går ikke.” En annen leder sier: ”Det er den eneste måten jeg kan styre økonomien på, det er bemanning.” En tredje sier: ”Det gjør at du faktisk må gå med for lite folk på jobb på grunn av budsjettet.” Den fjerde sier:

”De økonomiske rammene er kjempeviktig. Det er styrende. Jeg kunne godt tenkt meg å kunne hatt litt mer slakk i turnusen, slik at noen dager hadde jeg hatt litt flere folk på, men det er det ikke rom for. Det er akkurat det vi skal ha, hele tiden, aldri noen for mye, aldri.”

Lederne beskriver at bemanningsplan er et sentralt styringsverktøy når det gjelder økonomi. Lederne er underlagt en konsekvenslogikk som her vises gjennom etablerte rutiner. Fordeling av bemanningen viser at alle avdelingene har flest sykepleiere på dagtid, fra 4 til 11. På aftenvakt er bemanningen 3 til 7 og på nattevakt 3 til 4. I helgene er bemanningen fra 3 til 7 på dagtid, 3 til 7 på aftenvakt og 3 på nattevakt.

Lederne beskriver at bemanningen er marginal på ubekvemme vakter. Derfor er behovet for vikarer på ubekvem arbeidstid stort ved permisjon, ferie og sykdom. En av lederne som har ønsketurnus sier imidlertid: *”I ønsketurnusen kan vi legge inn bemanningsplanen i forhold til en lavdriftsperiode. Da legger man opp bemanningen og turnusen i forhold til det.”* Her forstås at lederne endrer bemanningsplanen til et færre antall på vaktene i lavdriftsperioder som er ferietid og høytider. Ved ønsketurnus ”sparer” lederne timer, mens sykepleierne får færre timer sammenlignet med ordinær drift. Når avdelingen går tilbake til opprinnelig bemanningsplan, må sykepleierne ta igjen de tapte timene. Sykepleiernes pluss og minus-timer plasseres i en ”bank”. Dette ”bank” systemet bidrar til økt fleksibilitet og større handlingsrom for lederne i form av økonomisk sparing i lavdriftsperioder, men også fleksibilitet for sykepleierne når det er lavdrift på sommeren. Dette fordi noen ønsker mindre arbeidstid i sommerferieperioden. Dermed gir ønsketurnus i lavdriftsperioden på sommeren mindre arbeidsbelastning og økt mulighet for sosial frihet. Slik fremstår ønsketurnus som et redskap rettet mot å oppnå en økonomisk gevinst, og beslutningsregelen gir stor grad av måloppnåelse for begge parter, en vinn-vinn situasjon. Når det gjelder lavdriftsperioder på høytider vil økonomiens fortrinn utfordre sykepleiernes lovmessige fri på helge- og høytidsdager. I stedet for fri med lønn på slike dager får sykepleierne fri, men må innarbeide dagen(e). På denne måten blir det en vinn-tap-situasjon i sykepleiernes disfavør.

Reduksjon i bemanningsplanen ved lavdriftsperioder i avdelinger med tradisjonell turnus løses ved bruk av hjelpeturnus, jf. tabell 1 side 34. Beslutningsprinsippet i lavdriftsperioder blir det samme, uavhengig av ønsketurnus eller tradisjonell turnus. Forskjellen er at lederne oppnår en mer rasjonell beslutning, en maksimering, ved ønsketurnus, og en mer tilfredsstillende

beslutning ved tradisjonell turnus. Årsaken er fordi arbeidsgiver oppnår at oppsparte timer ved ønsketurnus flyttes til perioder med ordinær aktivitet, dermed har arbeidsgiver flere timer å gå på sammenlignet med tradisjonellturnus. Begge beslutningsreglene mener jeg allikevel har preg av konsekvenslogikk selv om den ene handlingen har en mer begrenset rasjonalitet.

Ressursbruk i konstruksjon av turnus

Innledningsvis beskrev jeg konstruksjon av turnus for å tydeliggjøre hvor komplisert det er å få puslespillet til å ”gå opp”. En av lederne som har ønsketurnus sier: ”fase 3 prøver vi å ha ferdig på en uke. Så da ordner de 2 jentene det på to dager, og da går det bort 4 dager... så sitter jeg og min assisterende og gjør den ferdig, så må jeg godkjenne den etterpå.”

Avdelinger med ønsketurnus har i tillegg grunnturnus som justeres. Grunnturnusen sikrer sykepleiernes lønnsrettigheter ved sykdom og foreldrepermisjon. En annen leder som har ønsketurnus sier: ” jeg lager ny grunnturnus faktisk hver tredje måned...noen er i permisjon, så er det litt opp og litt ned i stilling. Det er ikke så store endringer som skal til, men jeg må ha riktig navn.” Lederne beskriver at konstruksjon av turnus er tids- og ressurskrevende uavhengig av type turnus. Tidsbruken ved konstruksjon av ønsketurnus er ca. 8. Tidsressurser som brukes i fase 1 og 2 og tillitsvalgtes godkjenning av turnus er ikke tatt med. Det ser ut til at det investeres mye tid og ressurser for å innfri selvbestemmelse av arbeidstiden. På en annen side kan investeringen være formålstjenlig på grunn av økt jobbtilfredshet og mestring (Bratås 2002, Lie m.fl. 2014). Sykepleierne handler formålsrasjonelt av egen interesse, uten at lederne deltar direkte selv. Lederne erfarer at sykepleiernes rettigheter i beslutningsprosesser i fase 1 og 2 brukes systematisk som et virkemiddel for måloppnåelse og at deres samordning i fase 3 bygger på rasjonelle beslutninger.

Budsjett disiplin - ”evne og vilje til å balansere budsjett”

Lederne styres og måles på økonomi. En leder beskriver hvilket økonomisk ansvar hun har:

”Jeg opplever at de økonomiske rammene er til får å justere oss inn på et spor som sykehuset har råd til, rent overordnet.... Vi har stor kontroll hele tiden, med controller som er på meg hvis det er røde tall. Det er rapporteringer hver eneste måned, og ansvarliggjørelse på konfrontasjon om hvordan tallene ser ut nå. Hva kan du gjøre med det? Og sykefravær, korttidsfraværet, er om å gjøre å holde lavt.”

Sitatet beskriver hva foretaksledelsen har fokus på, samtidig som budsjettdisiplin er viktig. I doktoravhandlingene til Olsvold (2010) og Fjeldbraaten (2010) kommer de frem til at lederes beslutninger er rettet mot budsjettdisiplin og de forholder seg lojalt til budsjettet. Dette underbygger at lederne identifiserer seg mer med organisasjonen enn sin fagprofesjon, også sammenlignet med legelederne. Lederne står daglig i situasjoner der de må vurdere om det er tilstrekkelig ressurser til å utføre arbeidet faglig forsvarlig. Olsvold (2010) påpeker videre at pleiearbeidet oppfattes å tilhøre utgiftssiden, som medfører at det underlegges strengere økonomisk styring, ikke minst bemanningsmessig. Kan dette ha noe med at sykepleierne har en lavere status sammenlignet med legene? Det kan se ut til at dette gir lederne økonomiske utfordringer med bemanningsplan og konstruksjon av turnus på den ene siden og faglig forsvarlig drift på den andre siden.

Olsvold (2010) uttaler at det er økonomi og medisinske målsettinger som styrer postarbeidets vilkår. Det konstrueres et hierarki som legger føringer på prioriteringer i og utformingen av de ansattes arbeid og ansvar. Dette er knyttet spesielt til budsjettansvar, bemanning og pasientenes liggetid. Disse føringene har blitt styrket gjennom NPM reformene. I rapporten til Hippe og Trygstad (2012) viser kommentarer fra lederne at helseforetaksreformen har gitt stramme økonomiske rammer, økt byråkratisering og mindre handlingsrom på lavere ledelsesnivåer. Situasjonen varierer etter hvor i organisasjonshierarkiet en er leder, type fagavdeling, men at det er mellomlederne som i økende grad presses. Slik jeg forstår dette presses lederne i en retning der økonomi har forrang fremfor det faglige. Lederne forteller: ”Så må jeg se hvem som er på jobb. Det er jeg nødt til. Noen er gravide. Da tenker jeg at jeg kanskje må leie en inn likevel, selv om det antallsmessig ikke hadde vært nødvendig.” En annen leder forteller: ”Vi har egentlig en avtale om at vi ikke skal ta noen inn på første sykefraværsdag. Men jeg er nødt å se an i avdelingen. Har jeg 2 – 3 pasienter på gangen.....så tar jeg inn. Det må jeg styre.” En tredje leder forteller:

”Det er jo innleie som er problemet med tanke på økonomien. Det er den variable lønnen man bruker mye penger på.... og da blir det to lønninger som må ut. Kanskje du må forskyve folk, eller så blir det overtid. Og det hadde det ikke blitt dersom vi hadde flere i fast turnus.”

Dette er ledernes hverdag. Bemanningen er på et minimum allerede før sykefravær oppstår. De vurderer nesten daglig behov for innleie av vikarer samtidig som foretaksledelsen har

innført en regel om at innleie av vikarer ikke skal skje på første fraværsdag. Det er grunn til å tro at regelen er innført for å ha kontroll på økonomien. Det vil si at lederne er underlagt en økonomisk konsekvenslogikk fremfor å sikre sykepleierne et forsvarlig arbeidsmiljø, pasientene en faglig forsvarlig helsehjelp og lederen en økonomisk fleksibilitet. Allikevel vurderer lederne hver situasjon når sykefravær oppstår for å ivareta sykepleiernes arbeidsvilkår. Lederens beslutningsadferd er mer preget av problemløsning fremfor regelstyring. Ser jeg dette i lys av konsekvenslogikken er ledernes ulydighet mot budsjettdisiplin og foretaksledelsens regel om ingen innleie første fraværsdag nedtonet. Hensynet til pasientene og sykepleierne vinner frem. Lederne ved avdelingene er lavest i hierarkiet og styrkeforholdet mellom de øvrige lederne er i disfavør av dem. Når foretaksledelsen styres av den medisinske faglige tankegangen, er det kanskje ikke så underlig at regelstyringen opprettholdes fordi pleiesiden tilhører utgiftssiden. Ledernes beslutninger påvirkes og styres av økonomi og en regel definert av foretaksledelsen. Allikevel ser det ut til at lederne tar selvstendige beslutninger basert på alternativer og konsekvenser i ulike situasjoner.

En av lederne beskriver hvordan sykehusets struktur oppfattes: ”*Jeg har jo mine faste møter med min nærmeste leder, og så har jo hun sine møter med sin leder. Klinikksjefen er jo i direktørens ledergruppe. Og det blir vel diskutert videre.*” Dette forteller noe om kulturen, men også hvordan problemer og dilemmaer rundt økonomiske spørsmål ser ut til å være ledernes ansvar alene og ikke i dialog med foretaksledelsen. Når beslutningsmyndigheten er desentralisert til det operative nivået, virker både hierarkiet og rutiner disiplinerende på ledernes beslutningsadferd, og kan se ut til å bære mer preg av å følge regler fremfor en problemløsning. Lederne i undersøkelsen min vektlegger både inkludering og deltakelse fra sykepleierne i beslutninger for å oppnå legitimitet. Samtidig vektlegger de lojalitet vertikalt i organisasjonen. Organisasjonsstrukturen kan derfor gi både begrensninger og muligheter til beslutninger. På denne måten kan strukturen bidra til ulik rasjonalitet i beslutninger.

Vil nytt system bedre budsjettdisiplinen?

Nye systemer i ett av sykehusene er utviklet for å bedre kontrollen og oversikten på innleie av vikarer. Et system viser og kontrollerer antall timer en leder kan disponere til innleie:

”Vi har fått en modul.....her har vi lagt inn alt av stillingsbudsjett. Og for hver uke, ser vi hvor mange timer vi har til disposisjon for å kunne leie inn. Og det gir et godt

verktøy for å kunne følge med for å kunne ivareta den økonomiske biten, og se hvor mye vi faktisk har å rutte med ut over det ordinære... sånn at vi har en jevn flyt på det og ikke har veldig sårbare perioder. Men helgene løser vi jo.”

Modulen er utviklet for å sikre budsjettdisiplin på faste og variable kostnader, samtidig gir den en kontinuerlig oversikt over avdelingens ”timer til disposisjon”. Slik fremstår modulen som et godt styringsverktøy fordi den gir oversikt og kontroll hver uke, uavhengig av aktivitetsnivå. Systemet bidrar til formålstjenlige beslutninger, fordi driften tilpasses budsjettet og ikke omvendt. Men ivaretar den aktivitetsnivået med mange øyeblikkelig hjelp innleggelser og det reelle behovet for innleie av vikarer? Kravet til økonomistyring er regulert i helsepersonelloven (1999): *”Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift”*. Det er nødvendig å foreta prioriteringer av pasienter med hensyn til om behandling skal gis, type behandling og når. Budsjettet krever at foretaksledelsen og lederen må prioritere. Pasienter har krav og forventninger til behandling, og sykepleiere og leger vil gjøre det beste for dem. Derfor vil en prioriteringsdebatt bidra til bedre styring og bære preg av en konsekvenslogikk.

Bemanningsenhet

Et av sykehusene har en bemanningsenhet i sin klinikk som server avdelingene ved fravær. Det er variable kostnader som er brukt til å ”finansiere” årsverkene. En av lederne sier: *”enheten dekker ikke hele mitt behov for ekstravakter, særlig de på kort varsel.”*

Helseforetakenes interne organisering og ledelse viser en vekst i etableringen av vikarenheter ved landets sykehus. Fra 10 prosent i 2010 til 37 prosent i 2012 (Kjekshus og Bernstrøm 2013). Hvordan etableringen av vikarenheter utvikler seg, og ser ut til å øke i omfang, er vanskelig å spå. Men dekker de det reelle behovet for vikarer? Er dette en god fremtidig måte å bemanne avdelingene ved fravær? Hva med kontinuitet og pasientsikkerhet? Helse Bergen startet en bemanningsenhet i 2003, og ser hele sykehuset under ett. Bemanningenheten håndterer all rekruttering. Hovedsakelig utlyses alle faste stillinger i 100 prosent. Andelen 100 prosent stillinger er økende, samtidig som behovet for deltidsansatte og merarbeid er redusert. I år er det første året foretaket ikke har behov for å leie inn personell for å avvikle sommerferien (Norsk Sykepleierforbund 2014). Forskjellen ved sykehuset i min undersøkelse er at bemanningenheten er innenfor egen klinikk, og ser ut til å ha begrensninger for å løse akutt sykefravær. Er det fordi bemanningenheten dekker et for lite område? På en annen side vil vikarer som brukes kun i en klinikk sannsynligvis bli bedre kjent i avdelingene, sammenlignet

vikarer fordelt på hele sykehuset. Prosjektet Helse Bergen startet har lykket. Kan det være fordi hele sykehuset er involvert og prosjektet er forankret i foretaksledelsen? De har satt bemanningsutfordringene på agendaen. Jeg tror dette bidrar til at flere får et eieforhold til endringene, dermed kan det bli enklere og lykket. Slik evalueringen tilsier fremstår prosjektet som en strategisk rasjonell beslutning.

Er deltidsarbeid god økonomi?

Begge sykehusene organiserer arbeidstiden med deltidsarbeid, se tabell 5. En av lederne beskriver utviklingen av deltidsarbeid og hvordan bemanningen utformes:

”Jeg hadde veldig mange store stillinger her for noen år siden, men har ikke fått lov på grunn av strammere og strammere økonomi. Det har spist av de store stillingene. Når noen har sluttet eller gått av med pensjon, har jeg gjort om en del til småstillinger for å få mest mulig på fastlønn av det behovet jeg har i turnus, og ikke så mye på variabel lønn.”

Sitatet kan tolkes som at de økonomiske krav medførte en økning av deltidsarbeid i avdelingen. Lederen underlegger seg dermed en konsekvenslogikk. Statistikk som Ramsdal m. fl. (2009) viser til, tilsier at deltidsarbeid i offentlig sektor er svakt stigende, til tross for politiske signaler og lov- og avtaleverkets føringer på å redusere deltidsarbeid. Aune (2013) hevder i sin bok at deltidsarbeid har vært og er en gjeldende praksis i sykehusene. Det er både et kulturelt og strukturelt problem. Hun hevder det gir lederne et stort rom for fleksibilitet i turnus og økonomiske besparelser. De økonomiske besparelsene betyr ved at arbeidet fordeles på flere, unngår arbeidsgiver overtidsgodtgjørelse så lenge merarbeidet ikke overstiger 100 prosent stilling. Aune (2013) hevder at systemet er konstruert for å spare penger gjennom økonomisk drift, derfor kan ikke deltidsansatte oppnå full stilling. Denne praksisen opprettholdes av lederne for å få turnusene til å ”gå opp”, og særlig fordi turnusene konstrueres med arbeid hver tredje helg. Amble (2008) og Egeland og Drange (2014) hevder at deltidsarbeid opprettholdes fordi arbeidsgivere mener det blir en opphopning av arbeidskraft i ukedagene hvis stillingene økes og 3. hver helg opprettholdes. Ingstad (2011) bekrefter at deltidsarbeid er arbeidsgivers ønske om og behov for å spare penger. Hun mener systemet er nokså sammensatt fordi det i regioner med god tilgang til fagpersonell er deltidsarbeid mer omfattende sammenlignet med liten tilgang til fagpersonell.

Det er med andre ord ikke bare turnustekniske forhold som er utslagsgivende for en slik praksis. Lederne i undersøkelsen min sier at det ikke bare er helgene som er deres utfordring. De sier de har minimumsbemanning på aften- og nattevakter, og at det er nattevaktene som er vanskeligst å dekke. I sitatet jeg innledet dette temaet med sier lederen at stillingene ble redusert for å spare penger. Det er et relevant spørsmål å stille om det *er* mulig å konstruere turnuser der det døgkontinuerlige behovet for arbeidskraft dekkes. For hvorfor er dette mulig i typisk mannsdominerte arbeidsplasser? Er det kun fordi deres arbeid konstrueres med skiftarbeid, jfr. s. 22? I sykehus kan det se ut til at turnuskonstruksjon tilpasses det økonomiske systemet ut fra en passendelogikk. Mye av årsaken er som Aune (2013) påpeker at praksisen opprettholdes av kultur og struktur. Den økonomiske konsekvenslogikken tilsier at deltidsarbeid inntil 100 prosent er økonomisk rasjonelt og dermed formålstjenlig. Sett fra et juridisk synspunkt er den økonomiske konsekvenslogikken ikke holdbar. På mange av de ledige vaktene leies vikarer inn. Juridisk teori tilsier at denne praksisen er et brudd på midlertidig ansettelser¹⁷. Det kan se ut til at beslutninger foretas uten nok oppmerksomhet på de eksisterende problemene med deltidsarbeid og det stabile sykefraværet. Samtidig vil intenderte politiske beslutninger ikke innfris. Derfor vil problemet med deltidsarbeid knytte seg til nye beslutningsmuligheter.

Oppsummering

Det kan det se ut til at økonomi styrer bemanningen og ikke motsatt. Lederne er lojale til organisasjonen, og deres beslutninger viser at de er underlagt en økonomisk konsekvenslogikk.

4.3.3 Lov og avtaleverkets rammer

Innledning

Lov- og avtaleverket setter skranker for ledernes myndighetsutøvelse. Lederne forvalter lov- og avtaleverket og skal sikre sykepleierne et forsvarlig og meningsfylt arbeidsmiljø. Lederne skal sammen med sykepleierne og tillitsvalgte sikre lovlige turnuser i beslutningsprosesser. Men overholdes lov- og avtaleverket? Hvorfor skjer det eventuelt brudd?

¹⁷ Arbeidsmiljøloven § 14 regulerer midlertidig ansettelser. Høyesterettsdommer (HR) 1989-10-13-Rt 1989-1116 (394-89), HR- 2005-1028-A-Rt2005-826

Betydning og praktisering av lov- og avtaleverket

For å overholde lov- og avtaleverket må lederne både ha kjennskap og kunnskap om dette. Alle lederne mener lov- og avtaleverket er viktig. Ledere innrømmer at de kan det de må, samtidig som de ikke har nok kunnskap. Derfor bruker flere av lederne sykepleiere i avdelingene som er kompetente til å rådføre seg med. En leder begrunner kunnskap om lov- og avtaleverket som viktig fordi: *"det er ikke så mange som kan det."* Det er grunn til å tro at sykepleiere har fagkompetanse til å utføre arbeidet, men ikke nødvendigvis lov- og avtalekompetanse (Bratås 2002). Samtidig har sykepleierne tillit til at lederne ivareta deres rettigheter fordi det er lederne oppgave.

Lederne tar hensyn til lov- og avtaleverket i beslutningssituasjoner: *"Ikke for mye nattevakter i strekk. Noen ønsker det selv. Folk skal oppleve trygghet, nok kompetanse. Ikke være redd for å komme på jobb. Hverdagen skal gå opp."* Alle hensynene kombineres i konstruksjon av turnus og fører frem til en beslutning. Tre av lederne uttaler at noen sykepleiere vil jobbe flere helger. De sier at loven begrenser dette fremfor at sykepleiernes selvbestemmelse og sosiale situasjon innfris. En leder som praktiserer ønsketurnus sier:

"Noen vil jo bare jobbe helger. Nesten hver helg, og er fornøyd med det. Vil ha fri midt i uka. Det er det samme for meg. Men vi har det ikke fast i turnus. Kan ikke lage det. Vi kan heller ikke ansette en fra en annen etasje som jobber helg i en annen turnus som bryter det med hver tredje helg."

Lederne ønsker å begrense helgearbeidet og ivareta velferdshensynet, fordi helgene er av stor sosial verdi for sykepleierne. Arbeidstidsreduksjonen i 1986 bidro til å konstruere turnus i sykehus med 3. hver helg. Selv om arbeidsmiljøloven begrenser søn- og helgedagsarbeid¹⁸ nettopp på grunn av velferdshensynet¹⁹ til sykepleierne, åpner loven også for hyppigere arbeid på søn- og helgedager. Det kan se ut til at lederne ikke benytter seg av lovens muligheter. Hvis lederen ansetter en deltidsansatt fra en annen avdeling, ville hun hatt to arbeidsavtaler. En ved hver avdeling, men innenfor samme sykehus. Hun ville jobbe to av tre helger fordi arbeid på en avdeling innebærer 3. hver helg. Lederen ønsker ikke dette fordi hun opplever det bryter med normen 3. hver helg. Strukturen bidrar til å opprettholde deltidsarbeid, men hvorfor skal arbeidstiden organiseres slik? Det er kjent at avdelingen har minimums-

¹⁸ Søn- og helgedagsarbeid er hjemlet i arbeidsmiljøloven §§ 10-10 (1) og 10-8 (4).

¹⁹ Velferdshensynet betyr å få sosial tid med familie og venner

bemanning i helgene. Samtidig er leder opptatt av rettferdig fordeling av ubekvemme vakter og selvbestemmelse av arbeidstiden ved bruk av ønsketurnus. Fagorganisasjonene Delta og Norsk Sykepleierforbund har en politikk på 3. hver helg. Men fagorganisasjonene er fleksible og ønsker å ivareta individuelle behov. Arbeidsmiljøloven åpner for hyppigere søn- og helgedagsarbeid. Sitatet beskriver at systematiske normer og regler er fremtredende i beslutningene. Sykepleierne og lederne lærer av og er bærere av en kultur om hva som er passende. Kan standardiseringen av hva som er passende allikevel bidra til fleksibilitet? Arbeidstiden kan organiseres etter sykepleiernes selvbestemmelse ved at lederne inngår individuelle avtaler om hyppigere helgearbeid. Dette er fordelene til ønsketurnus sammenlignet med tradisjonell turnus. Tradisjonell turnus kompliserer dette noe fordi den konstrueres mer etter den matematiske turnuslogikken. Hvis også rettferdig fordeling av vakter ”kastet delvis på båten”, vil det kunne være mulig å vurdere flere handlingsmåter ved konstruksjon av turnus. Fleksibiliteten vil kunne være mer formålstjenlig for både sykepleierne, lederne og organisasjonen. Eksempler på handlingsmåter: hyppigere helger, flere timer i uken enn lovens grense for å få lengre friperioder, flere ubekvemme vakter for noen og mindre ubekvemt for andre.

Lovbrudd

Hvorfor skjer arbeidstidslovbrudd og hva gjøres med dem? I det elektroniske turnussystemet legges arbeidstiden til hver enkelt inn som avtalt og fremforhandlet mellom partene. Dermed er turnusene lovlige. Noen eksempler kan være; ni timers hviletid mellom to vakter, 10 timers lengde på nattevakter, hyppigheten av helgearbeid og maks 12 timer sammenhengende arbeid. Brytes disse fremforhandlede spillereglene fremkommer det som brudd på arbeidsmiljøloven i det elektroniske turnussystemet. I tradisjonell turnus er det lagt inn null-toleranse i det elektroniske turnussystemet på å arbeide flere helger på rad. En av lederne forteller: ”*Det kan man ikke gjøre ute i grunnturnusen*”. Arbeider en sykepleier hyppigere enn 3. hver helg utløses brudd, selv om loven tilsier at man kan jobbe to søndager på rad. Doble vakter på grunn av sykdom på kort varsel utløser også brudd, selv om loven kan gi dispensasjon. Grunnturnus kan også tilpasses lov- og avtaleverket bedre ved forhandlingslogikk. Hvorfor gjøres ikke det? En leder som har tradisjonell turnus uttrykker: ”*du kan lage en spesialavtale, og det har jeg mange ganger ikke tid til. Jeg glemmer det. Da blir det brudd. Det hender at det ikke blir gjort. Det tror jeg også er en del av sannheten.*” For å unngå eller redusere

lovbruddene kan leder forhandle frem lokal avtale med tillitsvalgte²⁰ eller sentral avtale²¹ med tillitsvalgtes organisasjon. Men årsaken kan også være at de organisatoriske forholdene tillegges større vekt. Det kan være maktforhold, eller kultur, og det legges mindre vekt på endring. Etablerte regler bidrar til at det både er kulturelt og strukturelt passende, samtidig som leder sparer tid og ressurser. Denne fremtredende passendelogikken bidrar til mindre bruk av mulighetsrommet som er i dagens lov- og avtaleverk.

Undersøkelsen min viser at lederne som praktiserer ønsketurnus benytter seg mer av dette mulighetsrommet i lov- og avtaleverket: *”Nå kan du lage en del regler i ønsketurnussystemet. Du kan bestemme at man kan jobbe 2 søndager på rad.”* Det innebærer at flere regler legges inn i det elektroniske turnussystemet ved ønsketurnus. Konsekvensen er færre lovbrudd ved ønsketurnussystemet sammenlignet med tradisjonell turnus. Lederne benytter seg mer av konsekvenslogikken. Ut fra mine kunnskaper og erfaringer er ikke konstruksjon av ønsketurnus ”mer” lovlig enn konstruksjon av tradisjonell turnus og motsatt. Men det kan virke som: 1) organisatoriske forhold: system, kultur, lov- og avtaleverk og teknologi, 2) trekk i situasjonen: tidspress og 3) forhold ved lederen selv: kunnskap, er hindre. Hindrene medfører flere lovbrudd fremfor å legge inn flere fremforhandlede spilleregler i det elektroniske turnussystemet som reduserer slike. Ramsdal (m.fl. 2009) hevder det elektroniske turnussystemet er teknologi som gir rom for mer eller mindre alternative strategier, de kan gi mer eller mindre rom for fleksibilitet og dermed tilpasning. Den kulturelle passendelogikken bidrar her til en mindre tilpasningsdyktig organisasjon i henhold til lov- og avtaleverket.

Tilrettelegging av nattevakter

Sykepleierne har rett til tilrettelegging på grunn av redusert arbeidsevne så langt det er mulig for virksomheten. I tillegg kan sykepleiere over 50-55 år fritas fra nattevakter av helsemessige årsaker som er nedfelt i avtaleverket. Disse får spesialturnus²² så langt det går, til tross for at de ikke har rett til det: *”De som er over 50 og som ikke vil ha nattevakter, slutter med det så langt det går. De har jo ikke krav på det. Vi har greid det fram til nå. De får spesialturnus.”* Lederen mener denne tilretteleggingen er viktig, og er en vinn-vinn situasjon for begge parter. Sykepleierne vil stå lenger i arbeid, og leder får benytte vedkommendes kompetanse. En av

²⁰ Tillitsvalgt er medlemmenes talsperson og innehar kompetanse til å inngå skriftlige avtaler om unntak fra loven på arbeidstid .

²¹ Lokal arbeidsgiver og lokal tillitsvalgt eller sentral avtale med en fagorganisasjon kan inngå skriftlig avtale som fraviker fra hovedreglene og unntaksreglene, jf. arbeidsmiljøloven § 10-12 (4).

²² Spesialturnus forstås som tilrettelagt turnus

lederne er opptatt av å tidfeste spesialordninger, også for å redusere belastningen og forebygge for de andre sykepleierne. En annen leder erfarer at alderssammensetningen i avdelingen kan bli problematisk når flere får spesialturnus:

”Vi går jo 3-delt turnus.... jeg skulle ha sånn seniorpolitikk, sånn at etter 55 år skulle de få slippe nattevakter. Det fikk jeg til i flere år, men jo flere eldre du har i turnussystemet, jo vanskeligere blir det så det kan jeg faktisk ikke få til lenger. Så prøver jeg å finne ut om noen liker å ha flere nattevakter, så får de kanskje et par mer enn de seniorenene. Men det er ikke lett å få til lenger.”

En av lederne fortalte at denne utfordringen ble diskutert på et ledermøte. Diskusjonen gikk på hvem som har krav på fritak og hvor tydelig avtaleverket er. Jeg etterspurte ikke om et fritak ville redusere sykefraværet, heller ikke hvorfor foretaksledelsen beslutter konkrete tiltak. Eksemplene viser at lederne har vilje og strekker seg svært langt for å tilrettelegge, selv om de ser at vaktbelastningen i turnus krever at: *”ansatte er på høyden.”* Ledernes handlingsrom for ytterligere tilrettelegging kan være begrenset på grunn av en marginal bemanning, sykefravær, høy gjennomsnittsalder og kravet til effektivitet. Samtidig kan sykepleierne fungere bedre i avdelingen fordi det legges stor vekt på institusjonelle sider. Konsekvensene av tilrettelegging viser at lederne tar flere hensyn og at beslutningsregelen er formålstjenlig.

Tillitsvalgtes godkjenning av turnus

Lovens krav er at arbeidsgiver og tillitsvalgte må drøfte konstruksjon²³ av turnuser, forhandle seg frem til skriftlig avtale om spilleregler og godkjenne turnuser. På spørsmål om hvordan samarbeidet med tillitsvalgte fungerer svarer en av lederne: *”Han har ikke vært så lenge i tillitsvalgtjobben, men jeg er vant til å ha tillitsvalgt på avdelingen og det fungerer veldig fint.”* Hun beskriver at kjennskapet til rollen gjør at hun har tillit til han. En av hennes tidligere tillitsvalgte bruker hun nå til å utarbeide sommerturnus fordi hun har kunnskap om lov- og avtaleverk. Det kan virke som et godt samarbeid bidrar til enklere turnusprosesser. Hippe og Trygstad (2012) uttaler at samarbeidet om arbeidstidsplanlegging mellom tillitsvalgte og lederne på det laveste nivået er preget av tillit og gjensidig respekt. Lederne vurderer dette samarbeidet mer positivt enn lederne oppover i hierarkiet. Rapporten påpeker at lederne på det laveste nivået savnet lederstøtte og de tror tillitsvalgte i noen grad fungerer

²³ Drøfting av turnuser skjer som oftest når helt nye turnuser skal konstrueres, ikke nye ønsketurnuser hver 6. eller 12. uke og etter 52 uker, jf. arbeidsmiljøloven § 10-3.

som en slik støtte. Hippe og Trygstad (2012) skriver at lederne på lavere nivå mener omkamper er nødvendig for å kvalitetssikre beslutningene. Leder og tillitsvalgt vet hvilke utfordringer de står i og det er de som erfarer og ser resultater av den ”gode turnus.” Sett i lys av forhandlingslogikken er leder og tillitsvalgt likeverdige parter i forhandlingene. Lederens rolle er å sikre organiseringen av arbeidet, forsvarlig arbeidsmiljø og faglig forsvarlighet. Tillitsvalgtes rolle bidrar med en konstruktiv og kritisk røst og kunnskap om lov- og avtaleverket, noe som også bekreftes av lederne. Målet er det samme, men det kan være at de har ulike veier til målet. Stort sett blir partene alltid enige. I presentasjon av tema viser jeg til at administrerende direktør Anne Kari Bratten i Spekter vil fjerne tillitsvalgtes ”vetorett” på turnus. Sett i lys av forhandlingslogikken og Hippe og Trøgstad (2012) kan det se ut til at lederne opplever både samarbeidet og forhandlingene konstruktive og at beslutninger om turnus kvalitetssikres.

Oppsummering

Arbeidsmiljøloven åpner for fleksibilitet og inngåelse av avtaler mellom leder og tillitsvalgte eller tillitsvalgtes organisasjon. Lovens mulighetsrom er flerfoldig, men det krever at lederne har kunnskap om denne for å nyttiggjøre seg dette mulighetsrommet. Forhandlingslogikken brukes i stor grad fordi leder er avhengig av tillitsvalgte for å kunne iverksette turnus. Det kan også se ut til at leder har god nytte av tillitsvalgte for å kvalitetssikre beslutninger.

4.4 Forhold ved lederen selv

Her beskrives forhold ved lederen selv.

4.4.1 Forhold ved lederen selv

Innledning

I undersøkelsen fremkommer ledernes adferd gjennom relasjoner, holdninger, kunnskap, lojalitet og vilje i hvordan de konstruerer turnus. Selvbestemmelse av arbeidstiden handler om lederens behov for variasjon i bruken av arbeidskraften, men kanskje også like mye om arbeidstakeres behov og deres aksept fra lederen. Denne dragkampen resulterer i ulike vurderinger, kompromisser og beslutninger, blant annet spørsmål mellom helse og arbeidstid og mellom effektivitet og lønnsomhet. Disse endringene stiller krav til ledernes kompetanse.

Under dette forholdet diskuterer jeg lederens verdier, relasjon til sykepleierne og anvendelse av forskning på arbeidstid og helse.

Ledernes verdier

Ledernes interesser, vilje og holdninger kommer frem i intervjuene og bidrar til å danne beslutningsgrunnlaget for turnus. Disse verdiene er gode utgangspunkt for handling. Lederne sier: *"Fordi jeg ønsker at alle skal ha hver tredje helg," "Jeg skal bidra til at det blir en ønsket situasjon," "Du må vite styrker og svakheter,"* og *"da er det ikke så viktig at jeg har kontroll på alt."* Dette beskriver på mange måter at lederne tar i bruk sine personlige evner og ressurser for å få oppslutning fra sykepleierne, koordinere dem slik at driften sikres, og at sykepleierne behandles ulikt etter deres forutsetninger og kunnskap. Dette blir en vinn-vinn situasjon mellom lederne og sykepleierne, men styrker også organisatoriske forhold og trekk i situasjonen. Jeg tror dette henger sammen med at mange av sykepleierne i ekspertorganisasjoner er autonome og selvgående. Det siste sitatet beskriver at leder gir slipp på kontroll og henger sammen med lederens kjennskap til sykepleierne. På den annen side vil det å ha gode relasjoner til alle sykepleierne virke uoverkommelig i en hektisk avdeling. Jeg forstår dataene slik at det virker som lederne bruker ulike hendelser i det daglige til å bli bedre kjent med hver enkelt sykepleier. Derfor tolker jeg at mye av kontakten mellom leder og sykepleier har betydning for måloppnåelse og fremstår som formålstjenlig.

Tidligere beskrev jeg at lederne har to ulike strategier på konstruksjon av turnus ; ønsketurnus og tradisjonell turnus, og at deres strategivalg kan se ut til å ha med forhold ved lederen selv. Hva har de mest tro på? Er turnus standardisert? Vektlegges verdiene ulikt og avveiningen mellom dem? Det er kompliserte spørsmål. Men hvis for eksempel målet er høyere stillinger, er tradisjonell turnus det minst rasjonelle valget fordi det teknisk er vanskeligere å kombinere med alternative løsninger. Dette fremkommer også i Moland (2013) sin rapport. På en annen side sier lederne at de har den kunnskapen de må ha om turnus og lov- og avtaleverket. Er det deres kunnskap om komplekse turnussystemer som blir en begrensning?

Relasjoner til sykepleierne

Da jeg stilte spørsmål om hvilke hensyn lederne tar i konstruksjon av turnus var god kjennskap til sykepleierne svært sentralt for dem: *"Jo mer du kjenner folk, jo bedre er det"*. En annen sier: *"Det er viktig å kjenne ansatte veldig godt, du vet hvordan hver enkelt vil ha det, selv om de er mange"*. En tredje leder sier: *"Jeg kjenner sykepleierne så godt at jeg vet*

jeg kan spørre henne om det, og den kan jeg spørre om det.” Jeg fikk en opplevelse av at de kjente sykepleierne godt til tross for at lederne har et lederspenn fra ca. 50 til 100 ansatte. Dette kan bidra til det Ellingsæter (2009) beskriver som mestringsorientert ledelse. En type ledelse som bidrar best til høy kompetansemobilisering, hensiktsmessige holdninger og gode resultater blant ansatte. Hun beskriver at autonomi sammen med mestring, er av betydning i hvilken grad ansatte klarer å håndtere arbeidshverdagen. Jeg spurte ikke lederne om de vektla støtte til sykepleiernes mestring. Derfor kan jeg ikke være sikker på om de kjenner til effekten av dette. Men lederne fortalte om viktigheten av gode relasjoner, erfaringskjennskap, viktigheten og nytten av å ha gode rollemodeller og være opptatt av kompetanseutvikling. Dette er verdier som Ellingsæter (2009) beskriver og som bidrar til mestringsorientert ledelse. Mintzberg (1983) hevder at ansatte i den operative kjernen har stor grad av autonomi. Strand (2007) og Mintzberg (1983) mener ledelse i ekspertorganisasjoner av den grunn er overflødig. Strand (2007) sier videre at lederne skal legge til rette for de ansatte slik at organisasjonens mål innfris. Det kan se ut til at ledernes støtte til sykepleiernes mestring er en betydningsfull oppgave i det horisontale nivået, noe det ser ut til at de gjør og lykkes med. God kjennskap til sykepleierne bidrar til å innrette tiltak mer målrettet. Dette gir bedre kompetansesammensetning i turnus og mestring som er rasjonelle og formålstjenlige. Samtidig er selvbestemmelse av arbeidstiden med på å bidra til at sykepleierne tar initiativ og selvstendige beslutninger, samtidig som de forhandler med sin leder. Viktige beslutninger tas av sykepleierne i den operative kjernen og erstatter på mange måter de formelle beslutningsveiene. Men har sykepleierne kompetanse utover sin fagkompetanse, til å ta de rette beslutningene og ivareta sin helse? Eller styres sykepleierne av det som passer seg her og nå fremfor å tenke langsiktig og helsefremmende? Bratås (2002) sin forskning viser at sykepleierne ikke har nok kunnskap om helsekonsekvenser av turnus. Både lederne og organisasjonene har ufullstendig informasjon om alternativer og konsekvenser, noe som betyr at både forhold ved lederne selv, organisatoriske forhold og trekk ved situasjonen ikke gir god nok måloppnåelse.

Bruk av forskning ved konstruksjon av turnus og bevisstgjøring av sykepleierne

Alle lederne gir uttrykk for at de anvender lite forskning for å sikre sykepleiernes helse og velferd i konstruksjon av turnus. Mangel på tid er en årsak de oppgir. Noen av lederne er bevisst på hvor viktig hviletiden mellom vaktene er, men i ønsketurnussystemet velger sykepleierne selv:

”Hvis de vil selv, kan de ta vekk nesten alle overganger. Kan jobbe D D A. Tradisjonelt tenker de A A D for å få lenger fri. Gjør de det omvendt slipper de overganger. En del velger redusert stilling. Noen går A-A- fri onsdag -D-D. Folk velger selv i ønsketurnussystemet.”

Jeg stiller oppfølgingsspørsmål om de kjenner til at sykepleierne har kunnskap om konsekvenser av turnusarbeid. Lederen svarer: *”Vi snakker om det.”* Det er grunn til å tro at lederne ikke er bevisst at forskning er et grunnlag for endring av praksis. På den måten blir beslutningsgrunnlaget noe løst fundert, særlig når det gjelder forholdet *tilpasning av arbeidstiden*. Jeg tror en tydeligere ansvarliggjøring av hver enkelt sykepleier og en konkretisering av hva den enkelte sykepleier legger i sin egen helse vil kunne bidra til å endre deres adferd.

En av årsakene til at forskning ikke brukes kan også være at lederne i min undersøkelse er voksne og utdannet for noe tid tilbake. Da var mye av praksisen ikke basert på forskningsresultater. Mine funn støttes også av Lindberg (2003) som beskriver at sykepleierne er positive, men opplever en avstand til forskningen og dermed ikke benytter seg av den. Hun sier også at det er samsvar mellom hennes funn og andres funn. Siden dette er et kjent fenomen vil det være grunnlag for å iverksette tiltak for å endre situasjonen. Kapasitetsbegrensninger og mangel på kunnskap ser ut til å gi lederne mindre innsikt i konsekvenser av turnusarbeid. Denne kulturen underbygger en passendelogikk, som bidrar til tilfredsstillende beslutninger.

Oppsummering

Grunnlaget for beslutninger i konstruksjon av turnus er basert på ledernes verdier og relasjoner til sykepleierne, og mindre på anvendelse av forskning. På denne måten får beslutninger ikke en god nok vurdering og fremstår som begrenset rasjonelle. Forhold ved lederne selv påvirkes av et mangfold som gjør beslutningssituasjoner komplekse.

4.5 Trekk ved situasjonen

Her presenteres de siste to forholdene ledere tar hensyn til; tilgjengelig kompetanse og sykefravær.

4.5.1 Tilgjengelig kompetanse

Innledning

Sykepleiernes tilgjengelig kompetanse er organisasjonens viktigste ressurs. Kompetansen organiseres via sykepleierne i ulike vakttyper i døgnet, hovedsakelig på ett fast tilholdssted, en avdeling. Pasientene som innlegges i avdelingene er hovedsakelig øyeblikkelig hjelp. En avdeling har fra 80 prosent og høyere, og de resterende fem har gjennomsnittlig 98 prosent øyeblikkelig hjelp. Pasientenes liggetid er redusert etter Samhandlingsreformen, pasientene er sykere, de lever lenger og har flere og sammensatte diagnoser. Når tilgjengelig kompetanse er sentralt for lederne, hvordan fremkommer organiseringen av kompetanse i turnus?

Til pasientens beste?

På spørsmål om fokus på kompetanse svarer en av lederne: ”*Ja, det er egentlig det. Så lenge ikke alle har den samme kompetansen, så må jeg se på det.*” Den samme lederen ga i intervjuet uttrykk for at den aktive behandlingen har endret seg mye til nå å gjelde hele døgnet. Jeg spør hva dette krever og hun svarer: ”*Kanskje ikke nødvendigvis mer bemanning, men i hvert fall veldig høy kompetanse.*” En annen leder forteller: ”*Vi er avhengig av spesialistene som har lang erfaring, som har vært borti diagnosen. De kjenner progresjon, vet hva de skal se etter, fanger opp dette tidligere. Være i forkant og forebygge.*” Selv når ferien planlegges er kompetansen fordelt og ivaretatt i de ulike ferieperiodene på sommeren: ”*Når vi tildeler ferien, har vi et system som kartlegger kompetansen, slik at jeg vet at jeg har god kompetanse i alle bolkene.*” Leder organiserer kompetansen i turnus på denne måten:

”Vi har lagt inn i Gat'en hvilke sykepleiere som har den kompetansen, slik at turnusen ivaretar den kompetansen.....som ivaretar kontinuitet innen de ulike fagområdene. Det ligger til grunn. Vi er avhengig av spesialistene med spesialistkompetansen og som har det kliniske blikket, som kjenner diagnosene, hva man skal se etter og progresjon i sykdom og så videre, samtidig som vi trenger generalistene som kan ivareta god grunnleggende sykepleie.”

Slik jeg tolker dette viser lederne at de både prioriterer og til enhver tid vet hvilken kompetanse de har i døgnet for å dekke pasientenes behov. Jacobsen og Sjetne (2009) sier at ledernes prioriteringer og fordeling av kompetanse har med at mange sykepleiere utfører oppgavene selvstendig, noen med støtte og tilsyn, mens andre utfører avgrensede oppgaver. De tror noe av årsaken kan være at sykepleiere gjør oppgaver som tidligere ble ivaretatt av andre, som for eksempel blodprøvetaking og venepunksjoner. Pasientenes fordel er at de får færre å forholde seg til, samtidig er det tidsbesparende. Derimot kan ulempen for sykepleierne være at oppgavene gjøres så sjeldent at disse neste gang må gjøres under tilsyn eller av andre sykepleiere.

Lederne sikrer kompetanse når de konstruerer turnus: *”Det er helt nødvendig at det på vaktene er en grunnstamme. Det er viktig for de nye, at de har noen å lære av, som kan hjelpe de til å innhente den forståelsen og kompetansen.”* Erfarne sykepleiere og seniorer med spesialkompetanse er av stor verdi: *”De utgjør en ballast i avdelingen. De andre er trygge på de... de representerer også en tyngde innenfor faget. Det er jo det det handler om.”* Lederen blir her en premissleverandør for at den enkelte sykepleier skal oppleve mestring i arbeidet. Slik jeg forstår det er fokuset å utvikle kompetanse, samtidig som tilgjengelig kompetanse og samarbeid er avgjørende for å oppnå resultater. Lederne beslutter i samsvar med erfaringsbaserte regler og de vet hva som fungerer best og passendelogikken fremstår som rasjonell.

En av lederne ser viktigheten av gode relasjoner til de sykepleierne for å disponere spesialkompetansen der behovet er:

”Jeg kjenner de ansatte godt..... Du må vite styrker og svakheter fordi da får du det meste ut av de fleste, tror jeg, og du får de til å yte mest, de som egentlig ikke kanskje er de beste heller. Hvis jeg kjenner de, da vil jeg kunne gi de de oppgaver de fungerer best i, og de opplever at de mestrer oppgavene veldig fint.... når det gjelder hensyn i turnus, så er det overordnede at det skal jobbe folk med den fagkompetansen de har..... mange har spesialkompetanse i ”slag”, mange har videreutdanning innen generell nevrologi, nevrologiske sykepleiere har tatt kliniske stiger, kan masse om, de er kjempegode på det. Derfor må de være der de pasientgruppene er.”

Leder gir uttrykk for en bevissthet på organisering av kompetansen til beste for pasienten. Lai (2013) gir i sin forskning uttrykk av at behovet for autonomi er en helt sentral driver for kompetansemobilisering, slik at oppgaver blir gjennomført på en effektiv måte. Den samme lederen gir signal på effekten av å benytte høy kompetanse:

”Jeg skjønner at det er behov for at vi skal ha litt bredde, men jeg tror at pasienten har det best når vi har den høyeste fagkompetansen..... Jo fortere behandler vi pasienten, jo fortere får vi pasienten ut, og jo bedre økonomisk balanse får du.”

Lederen er opptatt av sammensetning og fordeling av høy kompetanse på vaktene. Det gavner spesielt uerfarne sykepleiere og nyutdannede. Dette er til pasientens beste og bidrar til god økonomi. Det kan synes som om sykepleierne som har varierende arbeidsoppgaver, må ha stor autonomi for å være effektive. Som Lai (2013) påpeker vil stor variasjon av arbeidsoppgaver og lav autonomi være ineffektivt. Hun mener tillit og tro på sykepleiernes kompetanse er sentralt for lederne for å mobilisere kompetansen som en innsatsfaktor til å nå organisasjonens mål. Autonomi, slik jeg ser det, er knyttet til det faglige ansvaret i møte med pasientens tilstand og er avhengig av tid til adekvat behandling, pleie og omsorg. Blir tiden knapp kan det true den faglige autonomien. Viktige verdier i pasientomsorgen står på spill. Et eksempel kan være bruk av bleie fremfor å følge pasienten på toalettet. Ikke fordi pasienten har et rettmessig krav til det, men fordi det løser et ressursproblem. Som Larsen (2003), Jacobsen og Sjetne (2009) og Olsvold (2010) påpeker, er det legelige arbeidet som prioriteres fremfor sykepleie. På side 20 skrev jeg *”at spesifikke arbeidsoppgaver og kompetanseområder fremstår som mannlige (legearbeid) og kvinnelige (sykepleierarbeid).”* Det medisinske arbeidet fremstår med høyere status, og lar seg lettere skille ut i synlige og spesialiserte enkeltoppgaver som har en ”pris”. Medisin har dermed bedre vilkår enn sykepleie i sykehus.

Mintzberg (1983) hevder sykehus er profesjonelle byråkratier. Mange av arbeidsoppgavene til sykepleierne er repeterende, rutinepreget og kan standardiseres, samtidig mener lederne at autonomi er sentralt. Den sikrer at sykepleierne gjør faglige beslutninger og arbeidet gjennomføres på en effektiv måte. Når fire avdelinger praktiserer ønsketurnus bidrar dette, slik jeg forstår det, også til autonomi. Noe som underbygger at sykepleiernes arbeidstid har trekk av et profesjonelt byråkrati. De to avdelingene med tradisjonell turnus ivaretar

sykepleiernes autonomi ved å tillate vaktbytter. Dette er et trekk som jeg forstår korresponderer med et profesjonelt byråkrati.

Kontinuitet

Intensjon med turnus er å ivareta kontinuitet, det vil si større grad av stabilitet blant sykepleierne som bidrar positivt i behandlingen. Alle lederne opplyser at sykepleierne har 3 til 5 sammenhengende²⁴ vakter i turnus. Nattevakter plasseres ofte for de i 3 delt turnus med kun 1 og maks 3 (i helg), for å redusere søvnproblemer (Lie m.fl. 2014). Har avdelingen egne nattevaktstillinger kan antallet være opptil 5 sammenhengende vakter. Sammenligner jeg gjennomsnittlig liggedøgn for pasientene med antall sammenhengende vakter sykepleierne har, er dette ganske likt. En leder med tradisjonell turnus sier: *”Det at de ikke har en vakt en uke og en vakt den neste uken. At du prøver å lage en turnus som gir en viss sammenheng, også de mindre stillingene. At du ikke har løse vakter i hytt og pine bare for å dekke hull.”* Dette kan forstås som at lederen tilstreber kontinuitet, selv ved høy grad at deltid, og selv om lederen har enkelte ”hull”- ledige vakter - i bemanningsplanen. Amble (2008) sier det er en ulempe når arbeidet organiseres i stor grad av deltidsarbeid. Konsekvensen er en fragmentering og større oppsplitting av vaktene som utfordrer kontinuitet i arbeidet. For en annen leder innebærer kontinuitet: *”det betyr jo at personalet er mer fornøyd. Og jeg er avhengig av at de som kommer hit på jobb har lyst å komme og at det er greit å komme på jobb.”* Lederen erfarer at sykepleierne er mer tilfreds ved kontinuitet i arbeidet. En tredje leder ivaretar kontinuiteten sykepleier-pasientforhold ved å organisere en pasientansvarlig sykepleier: *”vi har pasientansvarlig sykepleiere, så en sykepleier har kanskje 3-4-5 pasienter og de jobber jo for så vidt alene og selvstendig med de pasientene.”* Bratås (2002) uttaler at pasientansvarlig sykepleier sørger for oppfølging og gjennomføring av behandling og sykepleie, og det kan se ut til at dette i noen grad ivaretar pasientkontinuiteten. Men i hvor stor grad er dette mulig når arbeidet organiseres mye med deltidsarbeid? Det kan tolkes som at pasientkontinuitet vil være vanskelig å tilstrebe på grunn av deltidsarbeid. Mens det på en annen side kan være mulig så lenge antall vakter i strekk er mellom 3 til 5 og for de med høyere deltidstilling.

Ingstad (2011) gir uttrykk for at de som er på arbeid 4 til 5 dager i uka opplever større kontinuitet i arbeidet. Videre konkluderer hun med at ansatte i store stillinger bidrar til økt

²⁴ Sammenhengende betyr et antall enkeltstående vakter, med hviletid mellom hver vakt. Et eksempel er: aftenvakt- dagvakt- aftenvakt- dagvakt.

kontinuitet, samtidig som arbeidsbelastningene reduseres. Lederne bekrefter at sykepleierne opplever bedre oversikt og mestring på grunn av kontinuitet i arbeidet: *”at du hvert fall har noen vakter etter hverandre, at du har mulighet til å følge opp pasienten og få litt utbytte av det, og ikke bare bli en som gjør en jobb og går igjen.”* Sykepleierne er organisert hovedsakelig på én avdeling sammenlignet med legene som er på flere avdelinger og poliklinikker. Det kan se ut til at dette bidrar til økt kontinuitet, stabilitet og kan gi en bedre pasientoppfølging for sykepleierne sammenlignet med legene. Men siden arbeidet organiseres i stor grad av deltidsarbeid og sykefraværet er relativt høyt, kan effekten av oversikt og mestring bli begrenset. Sammenhengende vakter i turnus kan se ut til å handle mer om kontinuitet i arbeidet fremfor pasientkontinuitet. Dette innebærer at kontinuitet i arbeidet har bedre vilkår enn pasientkontinuitet. På den annen side tilstrebes også pasientkontinuitet ved at sykepleierne har de samme pasientene når de har sammenhengende vakter. Kontinuitet i arbeidet ser ut til å bidra til mer formålsrasjonelle beslutninger og bærer preg av konsekvenslogikk. Kontinuitet og stabilitet blir også i noen grad ivaretatt av leder, assisterende leder og fagutviklingssykepleier, som alle jobbet ordinær dagarbeidstid.

Teamorganisering- bedre kontinuitet?

Det er hovedsakelig i helgene sykepleierne går sammen i team. Lederne uttrykker at de som arbeider godt i team er effektive. Sykepleierne gir overfor lederne uttrykk for at de sjeldent vil bytte vakter den helgen de arbeider: *”Teamene blir tette. De ønsker jo det selv. De vet hvordan det er når det blir travelt.”* Den samme lederen svarer på spørsmål om hun ser forskjell på teamene: *”De er effektive og flinke. De som har jobbet noen år. Når det er mange ferievikarer ser vi at det ikke fungerer så bra.”* En annen leder forteller at hun må ta hensyn til de menneskene som skal arbeide tett sammen og at de må fungere: *”Det er nå en gang sånn at vi er veldig forskjellig. På dagtid merker du ikke det så godt, men du merker det veldig godt på helga.”* En tredje leder har konstruert tradisjonell turnus i tre team som rullerer en gang pr år. Selv om intensjonen er team, gir hun uttrykk av at det ikke alltid er det som skjer i praksis: *”Men i praksis er det vel vanskelig fordi hvis jeg får sykefravær på det ene teamet, så må jeg bytte over, og så bytter de vakter, så vi klarer ikke å få til de gode samla teama.* For å tilstrebe team ut fra erfaringslæring besluttet lederen å redusere intervalltiden fra ett år til hver fjerde måned:

”Til jul bestemte vi at vi skal rullere hver fjerde måned. De føler at de blir for fjerne for hverandre..... De som jobber her vil også jobbe sammen med de som jobber der.

Og når det går ett år i mellom, synes de at de mister kontakten, at det blir to avdelinger i stedet for en.”

Slik jeg forstår teamorganisering fremmer det kontinuitet blant sykepleiere der kjennskap til hverandre og pasientene gir organisatorisk effektivitet. Teamorganisering gir også mulighet for bedre samarbeid mellom sykepleiere og leger. Mange av arbeidsoppgavene i avdelingene er oppgaveavhengig, det vil si at leger og sykepleiere må kommunisere og samarbeide. Samtidig gir lederne uttrykk for at teamorganisering i praksis er komplisert både på grunn av fravær, vaktbytter, men også arbeidsorganiseringen. I ønsketurnus er ikke teamorganisering det vesentligste. Det primære er selvbestemmelse av arbeidstiden. Kollektive arbeidsrelasjoner i sykehus har lite fokus sier Olsvold (2010). Hun erfarte at ledelsen opprettholdt avstanden mellom sykepleierne og legene og heller ikke jobbet for et bedre samarbeid. Arbeidsorganisering rommer i følge Vinge (2004) så mange rutiner og systemer enn hensynet til kontinuitet i profesjon-pasient forholdet. Vinge er opptatt av å utvide forståelsen av kontinuitetsbegrepet utover profesjon-pasient forholdet, til også å omfatte kontinuitet i arbeidsrelasjonene legene imellom og i relasjonen til for eksempel sykepleierne. Kontinuitet i arbeidsrelasjonene innad og mellom yrkesgruppene har konsekvenser både for ressursutnyttelse, det psykososiale arbeidsmiljøet, for fleksibilitet og kvalitet. Jeg er langt på vei enig med Vinge (2004) i at kontinuitet handler om mye mer enn at pasientene daglig treffer den samme legen eller sykepleieren. Jeg tror det er vanskelig å knytte pasienter til de samme legene og sykepleierne på grunn av arbeidsorganiseringen og nødvendigheten av å sikre bemanning gjennom døgnet. I forlengelsen av dette blir det dermed viktig å ha gode informasjons- og kommunikasjonsprosesser for å sikre oppfølgingen av pasientbehandlingen. Samtidig må avstanden mellom legene og sykepleierne og deres samarbeid ikke forbli taust og tradisjonelt og fortsette å være underlagt en passendelogikk

Tilgjengelig kompetanse på dagtid- styrt etter medisinsk behandling?

Bemanningen på avdelingene er størst på dagtid sammenlignet med de ubekvemme vaktene. Dagvakten starter kl. 7:00 eller 7:15, og gjøremålene sikrer oversikt over pasientene og klargjøring til legevisitten som starter kl. 9:00: ”*De har veldig strukturert tid. De kommer til avdelingen og jobber fra 9 til 14:30 hver dag. Vi har en veldig travel avdeling på dagtid.*” Slik jeg forstår dette ivaretar sykepleierne pasientkontinuiteten hele døgnet, også for å oppdatere legene på legevisitten om behandlingen og status. Observasjonene Olsvold (2010) gjorde viser at det er sykepleierne som har oversikt over pasientens tilstand, målinger og

behandling, og de gir en oppsummering til legen om utviklingen i løpet av det siste døgnet. Sykepleierne på sin side ønsket først og fremst en videre plan for pasientens behandlingsforløp og diskutere ulike problemstillinger knyttet til pasientens situasjon og behandling. Olsvold (2010) mener derfor at sykepleierne er en viktigere informasjonskilde for legene enn omvendt. Samtidig mener hun at både legene og sykepleierne bare delvis har en felles forståelse av hva de ønsker med visitten.

Siden det er stor medisinsk behandlingsaktivitet på dagtid i avdelingene kan det tyde på at konstruksjon av turnus styres av når legene er i avdelingene, noe følgende utsagn vitner om: *”De må begynne 7:15. De må være litt klare når de begynner med målinger, forberedelser til previsitt. Så da kan vi si at de har en påvirkning, for ellers kunne de ha jobbet fra 7:30.* Jeg oppfatter refleksjonen fra lederen at hun endrer synspunkt fra å mene at legene ikke hadde noen påvirkning, til å ha det. Larsen (2000) påpeker at medisinsk aktivitet er høyest på dagtid. Det er på det tidspunkt det er flest sykepleiere og leger i avdelingene. Han konkluderer med at det er den medisinske aktiviteten, og ikke det som beskrives med pasientens behov (helhetlig omsorg) som avgjør antall ansatte på dagtid. Sykepleie, slik arbeidstidsmønsteret viser, indikerer at sykepleie får betydning som en profesjonell aktivitet *bare* i forhold til legenes praksis i stedet for pasienten. Denne konklusjonen styrkes også av en omfattende sykepleier-survey fra sykehus i Norge av Jacobsen og Sjetne (2009). Sykepleieroppgaver som sykepleierne vurderte som nødvendige hadde de ikke tid til å utføre. Mens smertebehandling var en oppgave sykepleierne prioriterte. Dette kan også forstås slik at effektivitetskravet og organiseringen går på bekostning av helhetlig omsorg, men ikke medisinsk behandling. På en annen side er sykepleien historisk en hjelpedisiplin til medisinsk behandling.

Det interessant å høre en av lederne fortelle om sine refleksjoner av bemanningen på dagtid:

”Det er jo et under om du vet hvem som kommer på jobb, de har en helt annen kultur for det..... hvilken lege skal ha ansvar for pasientgruppen? Er det en ny uerfaren lege eller ass. lege, så vet vi at det blir lite utskrivninger. Ideelt sett kunne vi si at vi trenger mer folk de dagene. Men når du vet at ”han” går visitt, da skjer det ting.

Lederen erfarer hvilke konsekvenser en dårlig organisering av legevisitten har for trekk i situasjonen, organisatoriske forhold og forhold ved lederen selv. Samtidig beskriver hun den ideelle situasjonen ved å utvise større fleksibilitet. Det innebærer både å tilpasse seg og

kompensere for en utilstrekkelig legeorganisering. Nærmest daglig er det nye leger og sykepleiere på legevisitten påpeker Olsvold (2010). Dette bidrar til at de er fremmede for hverandre og for pasientene. Dette får konsekvenser for arbeidshverdagen og det faglige. Vikkelsø og Vinge (2004) viser at kjennskap mellom lege og sykepleier i visitten bidrar til bedre effektivitet og gir ”tid til overs”. Hva er det som gjør at konstruksjon av turnus for sykepleierne i avdelingene ikke sees i sammenheng med legenes arbeidstid og motsatt? Kanskje er årsaken til høyere bemanning på dagtid i avdelingene ikke bare på grunn av den legenes status og inntektsbringende side, men en konsekvens av en tradisjonell og utilstrekkelig legeorganisering. Utilstrekkelig legeorganisering kan også handle om trekk i situasjonen som antall øyeblikkelig hjelp innleggelser og fravær av legene. Høy bemanning av sykepleiere på dagtid medfører en sårbar og marginal bemanning på ubekvemme vakter og helger. Beslutningene fremstår som lite rasjonelle og kanskje heller ikke tilfredssettende sett ut fra et pasient- og sykepleierfokus. Arbeidsorganiseringen fremstår som en etablert praksis fordi organisatoriske forhold, forhold ved lederne selv og trekk ved situasjonen påvirkes og har stor innflytelse på beslutningene. Dermed blir ledernes muligheter til å styre beslutningsprosessen begrenset.

Konstruksjon av turnus er ulik for sykepleiere og leger. Vinge (2003) beskriver at konstruksjon av turnus for legene er betinget utfra posisjoner og funksjoner. Sammenlignet med sykepleierne er tilpasning av arbeidstiden og tilgjengelig kompetanse to av de viktigste forholdene lederne tar hensyn til. Alle forhold og hensyn som ivaretas ved konstruksjon av turnus er kanskje en medvirkende årsak til at arbeidstiden blir fragmentert og ikke sees i sammenheng for legene og sykepleierne. Slik kan legenes og sykepleiernes turnus sees på som to beslutningssystemer. Sykepleierne er organisert i avdelinger, noe legene i mindre grad er, dermed har sykepleierne et fast tilholdssted. Disse organisatoriske disponeringene får betydning for hva de gjør og hvordan de gjør det. I organisasjoner er formålet som Vinge (2003) påpeker det, å skape sammenheng og koordinasjon i den samlede organisasjonen og ikke for den enkelte som utfører arbeidet. Slik jeg forstår dette kan det være et ”usynlig”-, men også et kjent potensialet som bør settes på dagsorden. Det er viktig å artikulere sider ved medisinsk behandling og pleiefaglig omsorg for å ivareta pasientene på best mulig måte. Det er viktig overfor foretaksledelsen og bevilgende myndigheter å synliggjøre dette slik at tilstrekkelig organisering, ressursmessig og økonomisk handlingsrom nå og i fremtiden utnyttes best mulig.

Når dagvakter er ferdig går den medisinske behandlingsaktivitet ned. Det vises ved færre sykepleiere på aften-, natt- og helgevakter. Da ivaretas legens oppgaver av turnusleger og assistentleger i bakvakt. Inntil ganske nylig er legenes arbeidstid endret ved begge sykehusene til økt tilstedeværelse også i helgene. Hvordan dette vil virke inn på sykepleiernes arbeidstid er for tidlig å si, men følger jeg resonnetet til Larsen (2003) om at antall sykepleiere på vakt er bestemt ut fra graden av medisinsk aktivitet, og ikke ut fra pasientens behov for tilsyn og pleie, er det grunn til å tro at bemanningen i helgene vil øke. Dette vil kunne løses ved at flere går over til 2. hver helg. Det vil i så fall bety at det vil bli færre timer å fordele på dag-, aften- og nattevakter. Eller må lederne vurdere og prioritere arbeidsoppgaver og arbeidsorganisering på en annen måte, i så fall hvilke?

Oppsummering

Lederne vurderer sykepleiernes kompetanse når de konstruerer turnus for å sikre pasientene god behandling og effektiv drift. Kontinuiteten i arbeidet ser ut til å gå foran pasientkontinuitet. Tilgjengelig kompetanse styres av medisinsk behandling fremfor pasientomsorg. Ser jeg på forholdet: *Tilpasning av arbeidstiden* sammen med *tilgjengelig kompetanse*, fremstår arbeidstidsordningene for sykepleiere og legene side om side som to beslutningssystemer. Passendelogikken utfordrer ikke foretaksledelsen om hvordan arbeidstidsorganiseringen skal fremme pasientbehandlingen, organisatorisk effektivitet og forsvarlig arbeidsmiljø. Dette vanskeliggjør strategisk rasjonelle valg som kreves i komplekse organisatoriske kontekster.

4.5.2 Sykefravær

Innledning

Sykefraværet i avdelingene varierer fra ca. 5,4 til 8,5 %. Ved å multiplisere sykefraværsprosenten med antall ansatte i hver avdeling utgjør sykefraværet i *sykehus 1* fra 2,3 til 3,1 årsverk og ved *sykehus 2* fra 1,9 til 3,5 årsverk. Tallene innebærer ett gjennomsnitt som ”permanent” er borte fra avdelingene. Sykefraværet sammen med marginal bemanning på aften, natt og helg kan bety at bemanningen allerede er sårbar. Viser lederne strategier i valg av turnus en forskjell i sykefravær?

I konstruksjon av turnus er det særlig to forhold lederne tar hensyn til; tilpasning av arbeidstiden og tilgjengelig kompetanse. Når sykefravær oppstår får det konsekvenser: *”når det blir fravær på en nattevakt, må det leies inn folk, og hvis jeg må bruke noe av det faste personellet jeg har, så jobber de gjerne en av de andre vaktene, enten dagen før og dagen etter, så mister jeg kanskje både dagen før og dagen etter.* Eksemplet viser noe av lederens dilemma ved sykefravær. Først vurderer hun om kan forskyve en person som har to vakter i turnus til den ledige nattevakten. Ulempen vil da bli redusert bemanning på disse to vaktene. Eller må hun leie inn en vikar? Slik jeg forstår dette blir det på en måte å ”gamble litt”. Hensyn som blant annet antall pasienter i avdelingen, øyeblikkelig hjelp, beredskap til mottak av pasienter og hvilken kompetanse som er og eventuelt blir igjen i avdelingen, vurderes før hun gjør et valg. I tillegg kan hun risikere ytterligere fravær, brudd på arbeidsmiljøloven og det alternativet hun velger vil koste mer enn et annet. En annen leder bekrefter noe av dilemmaet, samtidig gir hun uttrykk av at dette gjøres daglig: *”på sykmeldinger må du jo leie inn akutt, eller når du vet at vedkommende er sykmeldt lenge, men i prinsippet er det dag for dag. Det er det som er virkeligheten... Det er vanskelig, og det genererer jo faktisk brudd.* Denne situasjonen lederen beskriver viser at sykefravær er kjent, men utløser også lovbrudd i det elektroniske turnussystemet. I innledningen skrev jeg om avdelingenes permanente fravær. Amble beskriver (2008) sykefravær som sårbart fordi bemanningen er lavest på ubekvemme vakter.

En leder forteller om hensynet til budsjettet, behovet for vikarer og om hun har noen å leie inn:

”Jeg må jo vurdere om jeg skal leie inn. Det må jeg jo nesten bestandig. Man har jo ikke så mange folk til overs. Klart at det noen ganger går greit med én mindre, men det er sjelden det gjør det i helger, på kveld og natt, men dagvakter hender det at det går. Stort sett har vi bra bemanning på dag hvis alle kommer.”

Erfaringen til lederen viser at fravær dekkes sjeldent på dagvakter, men oftere på ubekvemme vakter. Det kan synes som om tilgjengelig kompetanse har vanskelige kår i avdelingen. Både ved at lederen er underlagt en økonomisk konsekvenslogikk og forholder seg til et kjent sykefravær. Samtidig uttrykker hun at: *”må jo vurdere”*. Kontekstuellet kan dette forstås som at lederen er lojal, samtidig som hennes ”ulydighet” gjør at hun i noen sammenhenger velger å leie inn vikarer som erstatter den som er syk.

Formålsrasjonelle handlinger i eksisterende organisasjonsstruktur skjer i en avdeling ved ett av sykehusene. Avdelingen har det laveste sykefraværet sammenlignet med de andre. Lederen har lang erfaring og forteller hun arbeider strategisk med konflikthåndtering i egen avdeling. Lederen gir uttrykk for at hun identifiserer uenigheter raskt og stuper rett inn i dem og får ryddet dem av veien: ”*Det er jo de tilbakemeldingene jeg får at de ansatte sier det er lite gnisninger. Vi er ikke vant til at det snakkes stygt om hverandre i krokene. Ikke vant at det murrer.*” Lederen forteller også at avdeling har lite utskiftninger av personalet. Forskningen til Bernstrøm (2012) viser når ledere tar opp problemer og løser dem på en god måte reduseres sykefraværet.

En av avdelingene ved sykehus 2 har det høyeste sykefraværet, mens en avdeling ved samme sykehus har det laveste. Dette sykehuset har ved to avdelinger tradisjonell turnus og ved den tredje ønsketurnus. Ut fra de dataene jeg har fått er det de to avdelingene med tradisjonell turnus som har lavest sykefravær sammenlignet med de fire andre som har ønsketurnus og høyest sykefravær. Ut fra lederne strategi på valg av turnus kan det se ut til at type turnus betyr noe for sykefraværet, selv om selvbestemmelse av arbeidstiden som praktiseres ved ønsketurnus er viktig for å meste arbeidssituasjonen. Kan den høye andelen av deltidsarbeid være en årsak? Eller kan det å ikke anvende forskning på arbeidstid være en årsak? Uansett årsak, er sykefraværet problematisk for lederne å håndtere. Håndteringen av sykefraværet kan se ut til å bli styrt etter en passendelogikk.

Hippe og Trygstad (2012) har spurt lederne om hvor mye sykefravær, inkluderende arbeidsliv og helse, miljø og sikkerhet diskuteres på personalmøter. 29 prosent har svart at de ikke diskuterer dette. 23 prosent av lederne diskuterer ikke saker som har med organisering av arbeidet å gjøre. Dette kan reise spørsmål om innholdet i samarbeidet, ikke om omfanget av samarbeidet. På bakgrunn av lederne erfaringer og slik jeg forstår det som fremkommer i rapporten til Hippe og Trygstad (2012) kan det se ut for at det er behov for å diskutere sykefravær og konsekvenser for turnus i foretaksledelsen. Sykefravær og lovbrudd i det elektroniske turnussystemet er viktig styringsinformasjon som ”tar pulsen” på organisasjonene. Blir tall viktigere å registrere fremfor å dypdykke ned i hvordan sykefraværet og lovbrudd kan håndteres? Sykefravær, intensivering i arbeidet, økonomi og tilgjengelig kompetanse er i mange sammenhenger nært relatert, det ene får konsekvenser for det andre. Et av sykehusene har løst noe av utfordringen ved sykefravær ved å etablere en

bemanningsenhet i klinikken. Formålsrasjonelle handlinger fremkommer ved utforming av en ny organisasjonsstruktur – bemanningsenhet.

Oppsummering

Sykefraværet er kjent og oppstår nesten daglig. Samtidig vurderer lederne daglig hvordan dette skal løses. Sykefravær er en lokal utfordring, men kommer til uttrykk nokså likt. Tilgjengelig kompetanse som er ett av de to viktigste hensynene lederne vurderer i turnus, motvirkes av et høyt sykefravær. Antall sykepleiere som er igjen i avdelingen styrer hvordan arbeidsdagen blir og hva som er mulig å gjøre innenfor vaktens lengde. Dermed henger organisatoriske forhold, trekk i situasjonen og forhold ved lederen selv sammen. En beslutning i et forhold får konsekvenser i de andre.

5 Konklusjoner og avsluttende kommentarer

Ledernes beslutninger ved konstruksjon av turnus påvirkes av seks forhold de tar hensyn til. Forholdene påvirkes i stor grad av hverandre. Lederne er lojale til organisasjonen, og deres beslutninger viser at de er underlagt en økonomisk konsekvenslogikk. Den økonomiske konsekvenslogikken har forrang, spesielt sammenlignet med bemanning med dertil tilgjengelig kompetanse, sykefravær og at arbeidet organiseres i stor grad av deltidsarbeid. Dette belyser at budsjett disiplin innfris, og vil kunne ha negative effekter.

Forhold ved lederen selv som påvirker strategivalget av enten ønsketurnus eller tradisjonell turnus. Ved å sammenligne ønsketurnus og tradisjonell turnus fremstår ønsketurnus som mer formålsrasjonelt sammenlignet med tradisjonell turnus. Ønsketurnus fremstår som en mer moderne form for turnus fordi den ivaretar selvbestemmelse av arbeidstiden, bidrar til økt jobbtillfredshet og bedre mestring. Mens tradisjonell turnus opprettholdes av ”vi gjør slik vi pleier”, altså en etablert norm.

Kompetanse er sentralt og sikrer at organisasjonens mål nås, samtidig som lederne prioriterer flere ansatte på dagtid sammenlignet med ubekvemme vakter. Årsaken er den medisinske behandlingen som hovedsakelig foregår på dagtid. Så blir sykepleierne færre og mer overlatt til seg selv på ubekvemme vakter. Kontinuitet i arbeidet prioriteres fremfor pasientkontinuitet, og ivaretas av flere sammenhengende vakter og til dels teamorganisering ved tradisjonell turnus.

Jeg vil betegne de fire lederne som praktiserer ønsketurnus mer som ”entreprenører”. De ser nytten av hva som skjer i praksis når arbeidsorganiseringen og reformer møtes i hverdagen for sykepleierne og organisasjonen. Årsaken til at disse kan tituleres som entreprenører, er kanskje fordi sykepleierne har en fagtradisjon der problembasert tenkning og løsningsfokus er målet. Samtidig handler sykepleierne i spennet mellom menneskers liv og død.

Oppgaven viser fem områder som bør få større oppmerksomhet ved konstruksjon av turnus. For det første benyttes ikke mulighetsrommet i arbeidsmiljøloven fullt ut. For det andre bør anvendelse av forskning på helsekonsekvenser ha et større fokus. For det tredje vil bedre informasjon om handlingsalternativer og konsekvenser av det kjente og stabile sykefraværet

føre til en endring av nåværende praksis. For det fjerde vil økt fokus på samarbeidet mellom legene og sykepleierne sikre strategisk rasjonelle beslutninger, som vil kunne styrke organisatorisk effektivitet og holdnings- og kulturarbeid. Til slutt vil en bevissthet og kunnskap om hvordan konsekvenslogikk og passendelogikk gjensidig påvirker hverandre, men også virker sammen, kunne bidra til bedre rasjonalitet. Hvis disse fem områdene får en større oppmerksomhet og prioriteres, vil det kunne dukke opp flere løsninger som bidrar til en maksimering av beslutningene.

Oppgaven har endret mitt syn på hvor genialt ønsketurnus faktisk er. Samtidig er jeg bekymret for at arbeidet i stor grad organiseres av deltidsarbeid.

Etter seks intervjuer fikk jeg et stort datamaterialet. I meningsfortetningen utkrystalliserte det seg rimelig raskt seks forhold lederne tar hensyn til. Jeg prioriterte å ta med alle seks. Det har derimot betydd at jeg kanskje har gått mer i bredden i presentasjon og diskusjon av funn enn i dybden. Samtidig er ledernes kompleksitet i konstruksjon av turnus viktig å belyse for å forstå hvordan beslutninger fremkommer. Sykepleiernes turnus - ledernes hodepine? Svaret er ja fordi mange hensyn må analyseres og vurderes før beslutninger tas.

Litteraturliste

Arbeidsmiljøloven (2005). Hentet 25.05.14, fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

Amble, N. (2008). *Forsøk og erfaringer med arbeidstidsordninger som reduserer uønsket deltid i turnus- en oppsummering*. AFI-notat 4/2008.

Amble, N. (2008). *Ikke fullt og helt, men stykkevis og delt- om det uønskede deltidsarbeidets vesen*. Søkelys på arbeidslivet 3/2008, årgang 25, 367-380. ISSN 0800-6199, Institutt for samfunnsforskning.

Arbeidsrettsdom. ARD 1994-50 (KS/Asker kommune).

Arbeidstilsynet (2008). *God vakt kampanje*. Hentet 06.04.14, fra <http://www.arbeidstilsynet.no/artikkel.html?tid=78766> - Hovedfunn fra tilsynene i 2008

Aune, H. (2013). *Deltidsarbeid, Vern mot diskriminering på strukturelt og individuelt grunnlag*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 1.utgave.

Bernstrøm, V. (2012). *Mellomledere kan forbygge sykefravær*. Hentet 06.03.14, fra [Mellomledere kan forebygge sykefravær](http://www.forskning.no/artikler/2012/oktober/338208)
<http://www.forskning.no/artikler/2012/oktober/338208>

Bratås, O. 2002. Tilpasset turnus, gode kolleger og variasjon genererer jobb-tilfredshet. Hentet 21.05.2014, fra <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/120980/tilpasset-turnus,-gode-kolleger-og-variasjon-genererer-jobb-tilfredshet>

Bjørnstad, R., Hammersland R. og Holm, I. (2008). *Arbeid og fritid – prioriteringer i det 21. århundre Makroøkonomiske konsekvenser ved redusert arbeidstid*, Statistisk sentralbyrå, Oslo–Kongsvinger.

Christensen, T, Lægreid, P., Roness, P. G. og Røvik, K. A. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*, 2.utgave 3.opplag, Oslo: Universitetsforlaget.

Egeland, C. og Drange, I. (2014). *Frivillig deltid- kun et spørsmål om tid?* Arbeidsforskningsinstituttets rapportserie, rapport 4/2014.

Ellingsæter A. L. (2009). *Vår tids moderne tider*. Det norske arbeidstidsregimet. Universitetsforlaget.

Ervik, R. (2008). *Bruk av skift og turnus i ulike virksomheter: En kartlegging*. Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, Universitetsforskning i Bergen. ISBN 978-82-8095-059-8.

Fjeldbraaten, E. M. (2010). *Mellom idealer og praksis: en casestudie av leger og sykepleiere i møte med reformer i spesialisthelsetjenesten*. Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet.

Fjeldbraaten, E. M. and Torjesen, D. O. (2006). *Changing Roles and Identities among clinical managers - do unitary management and health enterprises make any difference?* Paperpresented at the Nordic Workshop on Health Management and Organization.

Flo, E. m.fl. (2011). *Nattarbeid gir helseproblemer*. Hentet 18.05.14, fra <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/769939/nattarbeid-gir-helseproblemer>

Flo, E. m.fl. (2013). *Skiftarbeid gir søvnproblemer*. Hentet 18.05.14, fra <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/1122547/skiftarbeid-gir-sovnproblemer>

Helsepersonelloven (1999). Hentet 06.03.14, fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hippe, J. M. og Trygstad S. C. (2012). *Ti år etter*. Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus. Fafo-rapport 2012:57.

Ingstad, K. (2011). *Hele og delte sykepleiere*. En kvalitativ studie av sykepleieres arbeidsvilkår og arbeidstid i sykehjem. Doktoravhandling ved NTNU 2011:90.

Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser*, 2.utgave, Bergen: Fagbokforlaget.

Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*, 4. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Jacobsen, P.og Sjetne, I. S. (2009). *Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus. Resultater etter en landsomfattende undersøkelse blant sykepleiere i 2009*. Oslo: Kunnskapssenteret.

Kjekshus, L. E., Bernstrøm, V. (2013). *Helseforetakenes interne organisering- INTORG 2012*. Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Helseøkonomisk forskningsprogram. Skriftserie 2013:8.

Kjekshus, L. E. m. fl. (2013). *Har NPM-inspirerte reformer i norsk helsevesen lagt grunnen for hybridledelse?* Kapittell: Organisering og ledelse av sykehus etter NPM- legenes tilbaketrekning? Primus Mile Beta.book.

NOU-Norges offentlige utredninger 1997:2. *Pasienten først*. Ledelse og organisering i sykehus. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-2.html?id=140689>

NOU-Norges offentlige utredninger 2005:3. *Fra stykkevis og delt*. En sammenhengende helsetjeneste; [NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt](#)

NOU-Norges offentlige utredninger 2008: 17 *Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid*, Skift/turnusutvalget 2007–2008.

Thrana, S. A. (2011). *Turnusplanlegging, arbeidstid, ferie og lovverk*, Nordby grafisk.

Torjesen, D. O. (2007). *Foretak, management og medikrati*. En sektorstudie av helseforetaksreformen og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten. Dr. Polit-avhandling.

- Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse*. Bergen: Fagbokforlaget 3.utgave.
- Larsen, K. (2003). *Outline of nursing in medical field. About inclusion and exclusion of concepts and practice*, i Petersen, K. A., et.al: *The network society and the demand of educational changes*, Uppsala: Uppsala University.
- Lie, J-A. S m.fl. (2014). *Arbeidstid og helse*. Oppdatering av en systematisk litteraturstudie. STAMI-rapport Nr. 1 2014: ISSN nr 1502 0932.
- Lindberg, A. K. (2003). Hvor leser sykepleierne om ny forskning? *Sykepleien 2003 91(9)*: 42-45.
- March, J. G. og Simon, H.A. (1958/1992). *Organizations*. New York, Wiley.
- March, J. G. (1994). *A Primer on Decision making*. New York: Free Press.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives: Designing effective organizations*. Pretence –Hall, Inc.
- Moland, L. E. (2013). *Heltid-deltid- en kunnskapsstatus*. Fafo-rapport 2013:27. Oslo: Allkopi AS.
- Mykletun, A. og Vaage, K. (2012). *Hvorfor har kvinner høyere sykefravær enn menn*. Hentet 08.05.14, fra <http://www.velferd.no/hvorfor-har-kvinner-hoeyere-sykefravaer-enn-menn.5086443.html>
- Norsk Sykepleierforbunds hjemmeside (NSF), (2014). *Helse Bergen viser vei for mindre deltid*. Hentet fra 02.05.14, fra <https://www.nsf.no/vis-nyhet/1523204/Helse-Bergen-viser-vei-for-mindre-deltid>
- Olsvold, N. (2010). *Ansvar og yrkesrolle*. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus. Avhandling for philosophiae doctor (ph. d. graden) Universitetet i Oslo.
- Ot.prp.nr. 66 (2000- 2001). *Om lov om helseforetak m.m.* <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20002001/otprp-nr-66-2000-2001-.html?id=165010>
- Paulsen, J. M. (2009). Mellomlederen - den undervurderte endringsagenten, *Bioingeniøren 12* Tidsskrift for NITO Bioingeniørfaglig institutt.
- Ramsdal, H., Skorstad E. J. og Strøm, Ø. (2009). *Fleksible organisasjoner: alternative strategier og arbeidsmiljømessige konsekvenser*. Høgskolen i Østfold, Rapport 2009:1.
- Riksrevisjonen (2013). *Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus*. Dokument 3:4 (2013–2014).
- Ruland, C. og Hoy, D. (1993). *Datateknologi og sykepleie*. Ad Notam Gyldendal.
- Simon, H. A.(1945/1976). *Administrative behaviour*. New York: Free press.

Statistikk Sentralbyrå (2012). *Pasienter på somatiske sykehus*. Hentet 15.03.14, fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient/aar/2013-12-16#content>

Strand, T. (2007). *Ledelse organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget 2.utgave.

Sveri, T. (2004). *Strukturer og reformer*, En kvalitativ analyse av reformen «enhetlig ledelse» sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering, Stein Rokkan Senter for flerfaglige samfunnsstudier, Universitetet i Bergen, notat 25- 2004.

Vinge, S. (2003). *Organisering og reorganisering af Medicinsk Arbeida på Sykehuse*. Handelshøjskolen i København, Ph. d. serie 9.2003.

Vikkelsø, S. og Vinge, S. (2004). *Hverdagens arbejde og organisering i sunhetsvæsenet*. Randers: Handelshøjskolens Forlag.

Warpe, H. m. fl. (2013). *Vet lite om helsefarene ved turnusarbeid*. Hentet 28.04.14, fra <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/1316476/vet-lite-om-helsefarene-ved-turnusarbeid->

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til respondenten

Forespørsel om deltakelse i et kvalitativt studie –

Hva påvirker sykepleielederes beslutninger i utarbeidelsen av arbeidstidsordningen i sykehus?

Jeg skal skrive en masteroppgave i helseledelse ved Universitet i Agder.

Masteroppgaven skal belyse hva som påvirker dine valg som leder i og underveis i prosessen frem til ferdig turnus. Målet med oppgaven er å utvikle kunnskap som kan synliggjøre forbedringspotensialet i arbeidstidsordningen.

Med denne bakgrunn ønsker jeg å invitere deg til å delta i et intervju. Spørsmålene jeg ønsker å stille deg er åpne, og spørsmålene har ulike temaer, nettopp for å kunne belyse problemstillingen. Intervjuet vil foregå på sykehuset der du jobber og vil ha en varighet på 1- til 1,5 time.

Undersøkelsen er anonym, og svarene vil bli behandlet og oppbevart konfidensielt.

Jeg vil sette stor pris på om du vil bidra med din kunnskap og erfaring om arbeidstidsordninger i denne undersøkelsen og ser frem til et positivt svar.

Har du ytterligere spørsmål vedrørende intervjuet eller masteroppgaven må du gjerne ta kontakt med meg.

Kontaktinformasjon: Elin Nerdahl, student elinn10, mobiltf.: 911 04 501.

E-post: enerdahl@online.no

Vedlegg 2: Intervjuguide

Innledning og informasjon før intervjuet

Kort presentasjon av meg og prosjektet:

- tema/problemstilling

Intervjuet og bruk av data:

- bruk av båndopptaker
- frivillighet
- anonymisering og bruk av materialet (sitater)
- mulighet for gjennomlesing og kommentering av intervjuutskriften, fortrolighet, taushetsplikt og varighet

Opplysninger om informanten

- alder
- stillingstittel
- hvor lenge har du hatt den jobben du har nå?

Opplysninger om avdelingen

- antall årsverk
- fordelt på antall ansatte
- gjennomsnittlig stillingsprosent, evt. oversikt på stillingsstørrelsen til ansatte

Spørsmål:

- 1) Hva slags type arbeidstidsordning har dere i avdelingen?
- 2) Hvem utarbeider turnus hos dere og hvilken rolle har du i dette arbeidet?
- 3) Når dere utarbeider turnus, hvordan **gjør** dere det?
- 4) Hvilke **hensyn** må du ta i prosessen til ferdig turnus/i utarbeidelsen av turnus?
- 5) Av de ulike **hensynene** du har nevnt, erfarer du at noen er mer sentrale enn andre?
- 6) Utfra din erfaring, hva kunne vært annerledes?
- 7) Er det andre forhold i turnusplanleggingen vi ikke har vært inne på i intervjuet som du mener har betydning og vil trekke frem?