

Kari Ingstad

## Hele og delte sykepleiere

En kvalitativ studie av sykepleieres  
arbeidsvilkår og arbeidstid i sykehjem

Avhandling for graden philosophiae doctor

Trondheim, april 2011

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse  
Institutt for sosiologi og statsvitenskap



**NTNU**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Doktoravhandling for graden philosophiae doctor

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse  
Institutt for sosiologi og statsvitenskap

© Kari Ingstad

ISBN 978-82-471-2710-0 (trykt utg.)

ISBN 978-82-471-2711-7 (elektr. utg.)

ISSN 1503-8181

Doktoravhandlingar ved NTNU, 2011:90

Trykket av NTNU-trykk

## **Innhold**

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>5</b>
<b>Artikkeloversikt</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>9</b>
1.1 Bakgrunn og idè .....	<b>10</b>
1.2 Den norske eldreomsorgen .....	11
1.3 Den komplekse arbeidstiden.....	15
1.4 Forskningsspørsmål .....	17
1.5 Organisering av avhandlingen .....	19
<b>2 Teoretiske innfallsvinkler til studiet av arbeidstid</b> .....	<b>21</b>
2.1 Innledning .....	21
2.2 Handling blir til struktur og struktur blir til handling .....	23
2.3 Konstruksjon av det kjønnete deltidsarbeidet.....	26
2.4 Fleksibilitet i turnusarbeid .....	29
2.5 Arbeidets intensitet i sykehjem .....	33
2.6 Tidsvelferd for sykepleiere som arbeider i sykehjem .....	35
2.7 Oppsummering .....	37
<b>3 Metodologi og praktisk metode</b> .....	<b>39</b>
3.1 Oppgavens metodologiske utgangspunkt .....	39
3.2 Praktisk metode .....	44
<b>4 Presentasjon av avhandlingens artikler</b> .....	<b>61</b>
4.1 Arbeidsvilkår i sykehjem .....	61
4.2 Sykepleieres arbeidstid og arbeidsvilkår .....	62
4.3 Arbeidstid og valgfrihet knyttet til pensjoneringsalder .....	64
<b>5 Diskusjon av funnenes implikasjoner</b> .....	<b>67</b>
5.1 Tidsvelferd for sykepleiere i sykehjem .....	67
5.2 Sykepleieryrket også et deltidsyrke i framtida? .....	69
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>73</b>
<b>Vedlegg 1: Informasjonsbrev</b> .....	<b>81</b>
<b>Vedlegg 2: Intervjuguider</b> .....	<b>85</b>
<b>ARTIKLER 1-4</b> .....	<b>95</b>
<b>Figuroversikt</b>	
Figur 1. Charles Ragins (1994) modell anvendt på studiet av sykepleieres arbeidsvilkår og arbeidstid .....	44
<b>Tabelloversikt</b>	
Tabell 1: Oversikt over informanter .....	47
Tabell 2: Eksempel på kategorisering .....	55



## Forord

Etter 4 år er dette prosjektet ved veis ende, og det er tid for å sette et avsluttende punktum. Mange har medvirket til at dette arbeidet kunne bli gjennomført, og jeg vil gjerne få takke alle som har vært med meg i denne prosessen. Jeg vil takke min arbeidsgiver Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT) for økonomisk støtte og praktisk tilrettelegging. Å kombinere stipendiatstillingen med en stilling ved sykepleierutdanningen i HiNT har vært flott. En spesiell takk til Christianne Nordbøe fordi du hadde tro på meg, og turte å satse på meg.

Takk til alle mine 22 informanter som tok seg tid til å dele sine opplevelser og erfaringer med meg. Uten dere ville ikke denne avhandlingen blitt realisert.

Jeg vil takke mine kolleger ved sykepleierutdanningen på Levanger som har vært gode støttespillere. Gjennom hele prosjektet har dere støttet, oppmuntret og vist interesse for prosjektet. En spesiell takk til gode kolleger i korridoren; Kristin, Anna og Karsten for deres begeistring og raushet. Takk til Hildfrid som har lest utkast og kommet med konstruktive tilbakemeldinger. Takk til Guro, det har vært veldig fint å gå denne veien sammen med deg.

En stor takk til min fantastiske veileder Elin Kvande. Hennes mange kvaliteter har bidratt til at denne prosessen har vært utfordrende, givende og ikke minst lærerik. Balansen mellom å bli faglig utfordret, få et spark bak eller et klapp på skulderen har gjort de siste 4 årene til fine år, uten alt for store frustrasjoner. Elins faglige tyngde har bidratt til å *løfte* dette prosjektet, takk for at du har øst av din kunnskap. Takk også for at du stort sett alltid har vært tilgjengelig og gitt kontinuerlige tilbakemeldinger. Det har bidratt til progresjon i arbeidet.

Familie og venner har vært viktige støttespillere under dette arbeidet. Takk til Trine og Gry som under hele prosessen har vist interesse og ”heiet” meg fram, men som også har bidratt til at disse 4 årene har bestått av mye annet enn bare arbeid med avhandlingen. En stor takk til mamma for all hjelp og omsorgsfulle oppfølging. Takk til pappa fordi du alltid har vært opptatt av likestilling i teorien, og til Frode fordi du har vært det i praksis.

Min ektemann Frode er den som har vært meg nærmest gjennom denne prosessen. Takk for mange timer med språkvask og korrektur, men aller mest takk fordi du alltid er en støttespiller som oppmuntrer, trøster, backer opp og gir rom. Takk også til våre tre jenter Ida, Tonje og Marie fordi dere hele veien har fått meg til å koble av, og oppleve de nære ting. Men også fordi dere har vist forståelse for at mammas har okkupert store deler av huset og tiden i arbeidet med ”sykepleiere på deltid”.

Stjørdal, 11. januar 2011

Kari Ingstad

## Sammendrag

Det overordnede temaet for denne avhandlingen er sykepleieres arbeidsvilkår og arbeidstid i sykehjem. Hensikten har vært å studere sykepleieres arbeidstid og arbeidsvilkår, og se hvordan disse henger sammen og påvirker hverandre. I tillegg har hensikten vært å vise hvilke konsekvenser sykepleieres arbeidstid har for pensjonsopptjening og valgfrihet knyttet til pensjoneringsalder. Avhandlingen bygger på 22 dybdeintervju med sykepleiere i alderen 56 – 69 år, hvor alle har eller har hatt arbeidstilknytning til sykehjem.

Avhandlingen består av fire artikler og en sammenbinding. Artikkelen belyser sykepleieres opplevelse av arbeidsforhold i sykehjem, og hvordan de mestrer arbeidssituasjonen. Sykepleiernes opplevelse av arbeidsforholdene studeres i lys av New Public Management (NPM) - inspirerte reformer. NPM er en samlebetegnelse for flere reformer i offentlig sektor hvor målet blant annet har vært å bruke ressursene mer effektivt. Artikkelen belyser hvordan sykepleiere opplever at de har fått en mer hektisk arbeidssituasjon, hvor de har fått delegert flere arbeidsoppgaver og mindre synlig ledelse. Sykepleiere bruker ulike mestringsstrategier i møte med store behov og begrensede ressurser.

Tema i den andre artikkelen er hvordan sykepleiere med ulik arbeidstid opplever arbeidsvilkårene i sykehjem. Sykepleiere som arbeider heltid, opplever på flere områder arbeidet som mindre belastende enn sykepleiere som arbeider deltid. Bakgrunnen for dette er at sykepleiere i hele stillinger opplever større kontinuitet og oversikt i arbeidssituasjonen. I tillegg har heltidsansatte lengre vakter, som innebærer at de får relativt færre oppmøtedager, og at de er på jobb også i roligere perioder av døgnet.

Artikkelen tre belyser hvordan sykepleiere forstår og forklarer utbredelsen av deltid innen sykepleieryrket. Til tross for at det mangler sykepleiere ved mange sykehjem, kan arbeidsgiver ofte ikke tilby hele stillinger. Det er behov for deltidsansatte for å få tilstrekkelig arbeidskraft i helgene, samt at deltidsansatte dekker arbeidsgivers behov for fleksibel og rimelig arbeidskraft. Det finnes alternative måter å organisere arbeidet på slik at flere får hele

stillinger. At arbeid i sykehjem *må* organiseres med mye deltid, er en myte som ikke har rot i virkeligheten.

Artikkel fire belyser hvordan arbeidstidstilpasninger sykepleiere gjør gjennom yrkeskarrieren påvirker deres pensjonsopptjening og mulighet for å velge når de skal gå av med pensjon. Lav pensjonsopptjening gir liten valgfrihet knyttet til pensjoneringsalder, men kan delvis kompenseres ved at man har en ektefelle eller samboer som er villig til å forsørge en. Høy pensjonsopptjening gir arbeidstakere stor økonomisk handlefrihet til å kunne velge når de skal gå av med pensjon.

Sykepleieryrket har utviklet seg til å bli et deltidsyrke. Bare halvparten av sykepleierne som arbeider i sykehjem arbeider i full stilling. Sykepleiere arbeider mer deltid enn andre yrkesgrupper med samme utdanningsnivå. Samtidig vet vi at det er behov for sykepleieres arbeidskraft. Dette er et behov som vil øke i årene som kommer som en følge av demografiske endringer. I tillegg til at mange sykehjem mangler sykepleiere, er det også mange sykepleiere som ønsker å arbeide mer. Ufrivillig deltid er utbredt blant sykepleiere.

Sykepleieres arbeidstid og arbeidsvilkår utformes i et samspill mellom aktører og strukturer. Deltid ble først vanlig innen sykepleieryrket på 1970-tallet, da redusert arbeidstid ofte var en forutsetning for at kvinner skulle kunne være yrkesaktive. Det var da sykepleiere selv som etterspurte reduserte stillinger. På 1980- og 90-tallet har imidlertid strukturelle endringer bidratt til å nærmest sementere sykepleieryrket som et deltidsyrke. I dag begrenser arbeidstidsorganiseringen sykepleieres mulighet til å få hele stillinger. Sykepleiere, ledere, politikere og fagforeninger kan imidlertid bidra til å endre disse strukturene. Flere kommuner har allerede gjort endringer i arbeidstidsorganiseringen slik at flere får hele stillinger. Nye måter å organisere arbeidet på er imidlertid i liten grad tatt i bruk. Det haster med å finne gode arbeidstidsordninger som ivaretar ansattes tidsvelferd, arbeidsgivers behov for sykepleiere og pasienters behov for kontinuitet og kvalitet i pleien. Det innebærer at stillingsstrukturen må endres, og at de ansatte må få fulle stillinger.



## Artikkeloversikt

Følgende fire artikler inngår i avhandlingen:

1. Ingstad, Kari (2010) Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter, *Vård i Norden* 30(2): 14-17.
2. Ingstad, Kari og Elin Kvande (2011) Arbeid i sykehjem – for belastende for heltid? Akseptert for publisering i *Søkelys på arbeidslivet*.
3. Ingstad, Kari og Elin Kvande (2011) Må sykepleieryrket være et deltidsyrke? Innsendt for vurdering til *Nordisk Sykepleieforskning*.
4. Ingstad, Kari (2010) Pensjonsalder – et reelt valg for sykepleiere? *Tidsskrift for velferdsforskning* 13(3): 153-165.



## 1 Innledning

Sykepleieryrket har utviklet seg til å bli et deltidsyrke. Bare halvparten av sykepleierne som arbeider i sykehjem arbeider i full stilling (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Bakgrunnen for at så mange sykepleiere arbeider deltid er sammensatt. Tradisjonelt har kvinners forhold til lønnsarbeid blitt forklart ut fra familieforhold, og ikke med forhold i arbeidslivet, som tilfellet er for menn (Ellingsæter 1995, 2009). Deltidsarbeid kan imidlertid ikke lenger bare forklares med kvinners arbeidsoppgaver knyttet til hus og hjem. Tall fra SSB viser at 14 prosent av sykepleierne ønsker å arbeide mer enn avtalt arbeidstid (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Erfaringer viser også at interessen for økt arbeidstid øker når tilbudet om heltid blir en realitet (Amble 2008a, 2008b, NOU 2008:17). Den senere tid har man sett en dreining i debatten om deltid, der strukturelle forhold som arbeidsbelastninger og arbeidstidsorganisering har fått større plass når man skal forklare deltidarbeid (Gullikstad og Rasmussen 2004, Amble 2008a, 2008b, Abrahamsen 2010). Sykepleiere arbeider mer deltid enn andre yrkesgrupper med tilsvarende utdanningsnivå, som for eksempel lærere, sosialarbeidere og førskolelærere (Abrahamsen 2002a, Helsedirektoratet 2008). På bakgrunn av dette er det viktig å se på sammenhengen mellom de arbeidsvilkår sykepleiere møter i arbeidslivet og deres arbeidstid. Hva gjør deltid så utbredt blant nettopp sykepleiere?

Sett fra pasientenes perspektiv innebærer mange deltidsansatte lite kontinuitet i pleien, samt at de får mange personer å forholde seg til. For arbeidsgiverne kan utbredt deltidarbeid innebære at de får flere ansatte å forholde seg til, svekket arbeidsmiljø, samt at det kan være vanskelig å rekruttere fagutdannet personell til små stillinger. Samtidig kan man få fleksible arbeidstakere som kan være villig til å stille opp på kort varsel ved ekstra behov (Gullikstad og Rasmussen 2004, Moland og Andersen 2007). For arbeidstakere som ønsker og har anledning til å kombinere jobb med andre gjøremål, kan et yrke med gode muligheter for deltidarbeid være en fordel. På den andre siden kan deltidarbeid være negativt for den enkelte når det ikke er selvvalgt. Stadig flere kvinner lever alene med eller uten barn, og er avhengige av hel stilling for å kunne forsørge seg selv (Ellingsæter og Leira 2004, Noack 2004). Samtidig oppdages uheldige konsekvenser av deltidarbeid ofte sent i yrkeskarrieren. Deltidsarbeid har negative økonomiske konsekvenser for arbeidstakernes pensjonsopptjening, og lav pensjonsopptjening kan igjen føre til redusert valgfrihet knyttet til valg av pensjonsalder, noe som belyses i artikkel 4 i avhandlingen.

Den demografiske utviklingen i Norge og store deler av verden for øvrig gir oss store utfordringer de nærmeste tiårene. Antall personer over 80 år og eldre i Norge er beregnet til å øke fra 190 000 i 2000 til nesten 320 000 i 2030 og 500 000 i 2050 (St.meld. nr. 47 2008-2009). Denne *eldrebølgen* vil medføre økt behov for pleie- og omsorgstjenester. Parallelt vil det bli en dramatisk reduksjon i aldersbæreevnen, det vil si forholdet mellom den yrkesaktive delen av befolkningen og den delen av befolkningen som er over 67 år (Helsedirektoratet 2009). Slik vil det bli færre hender til å behandle flere syke og gamle. For blant annet å imøtekomme denne utfordringen har det de siste 20 årene vært en sterk økning i studiekapasiteten ved sykepleierutdanningene, hvor studenttallet har økt med ca 70 prosent siden 1990. Likevel er det fram mot 2030 forventet en mangel på mellom 13 000-25 000 sykepleiere i Norge (Texmon og Stølen 2009). Mye oppmerksomhet har vært rettet mot å rekruttere nye sykepleiere. Derimot har det vært mindre fokus på hvordan man bedre kan benytte den arbeidskraften som allerede finnes. Sykepleiere i deltidsstillinger utgjør en betydelig ressurs, og sitter på verdifull kompetanse og erfaring som eldreomsorgen trenger. For å møte de store utfordringene i eldreomsorgen i årene som kommer, er det viktig å utnytte denne ressursen bedre enn hva tilfellet er i dag.

Det overordnede temaet for denne avhandlingen er sykepleieres arbeidsvilkår og arbeidstid i sykehjem. Hensikten er:

- *Å studere sykepleieres arbeidstid og arbeidsvilkår i sykehjem, og se hvordan disse henger sammen og påvirker hverandre.*
- *Å vise hvilke konsekvenser sykepleieres arbeidstid har for pensjonsopptjening og valgfrihet knyttet til pensjoneringsalder.*

## **1.1 Bakgrunn og idé**

Gjennom tidligere erfaring både som sykepleier og leder på sykehjem, samt arbeid som veileder for studenter i sykehjemspraksis, har jeg lenge vært opptatt av arbeidsvilkår i sykehjem. Sykepleiere som arbeider ved sykehjem møter både pasienter med komplekse medisinske tilstander og en rekke ulike sykdomshistorier. Sykehjem er både et hjem for

pasientene og en arbeidsplass for de ansatte, noe som innebærer faglige utfordringer for de ansatte. I mitt møte med sykepleiere i ulike sykehjem er det mange som gir uttrykk for at de er stolte av yrket sitt, og som synes de gjør en viktig jobb. Men jeg har også møtt frustrerte sykepleiere som er oppgitt over manglende ressurser og små stillinger. Fra flere hold får de høre at vi trenger sykepleiere, og at det er mangel på fagutdannet helsepersonell, samtidig som de ikke blir tilbudt hele stillinger. De som er avhengige av egen inntekt må gjerne jage ekstravakter for å kunne forsørge seg selv. Det betyr at de til enhver tid må være tilgjengelige for arbeidsgiver, og være villige til å møte på arbeid på kort varsel. Det er et paradoks at det er mangel på fagutdannet helsepersonell, parallelt med at det personellet som finnes ikke blir tilbudt hele stillinger.

Da Høgskolen i Nord-Trøndelag lyste ut stipendiatmidler så jeg det som en stor mulighet for å se nærmere på disse forholdene. Framtidas utfordringer innen eldreomsorgen med økende antall syke og gamle som trenger pleie og omsorg, kombinert med færre hender til å utføre disse oppgavene, krever nye løsninger. Det er derfor behov for kunnskap om hvordan arbeidet i sykehjem kan organiseres, slik at man i størst mulig grad kan møte behovene. I utformingen av framtidens eldreomsorg skal både pasientenes, arbeidstakernes og arbeidsgivernes behov ivaretas. I denne avhandlingen er det sykepleieres arbeidsvilkår og arbeidstid i sykehjem som studeres.

## **1.2 Den norske eldreomsorgen**

Hvor mye og hvilke former for omsorg fellesskapet versus familien har sørget for, har variert gjennom tidene, og er stadig et tilbakevendende spørsmål (Isaksen 2003a). Historisk sett er det familien som har hatt hovedansvaret for å yte omsorg, og det har først og fremst vært hjemmeværende kvinner som har hatt ansvaret for gamle eller syke familiemedlemmer. De siste 50 årene har imidlertid kvinner i stadig større grad beveget seg over fra ulønnet omsorgsarbeid i familien til lønnet arbeid, mens det offentlige i større grad har overtatt ansvaret for eldreomsorgen (St.meld. nr. 25 2005-2006). Slik har den omsorg og pleie kvinnene tidligere utførte i familienettverket, nå blitt omformulert til krav om offentlig omsorg (Isaksen 2003b).

I Norge ble sykehjem som helseinstitusjon formelt etablert på 1950-tallet (Hauge 2008), og har siden den gang vært gjenstand for diskusjon knyttet til dets plass og funksjon innen helse- og sosialvesenet (Nygaard 2002). Administrativ tilhørighet, bemanning, utbyggingstakt og dekningsgrad i forhold til den demografiske utviklingen er forhold som har vært diskutert (Nygaard 2002). Fra 1970 foregikk en storstilt utbygging av nye sykehjem over hele landet. Sykehjemmene ble bygd med sykehuset som ideal: store avdelinger med mange rom og lange korridorer (Hauge 2008).

Siden 1985 er den kommunale omsorgstjenesten målt i årsverk fordoblet. Denne veksten kan hovedsaklig tilskrives overføring av ansvar og oppgaver til kommunene, kombinert med økningen i antall eldre (St.meld. nr. 25 2005-2006). Sykehjemsdekningen har vært stabil de siste 20 årene. I 1989 var det 19,2 sykehjems plasser per 100 personer over 80 år, i 2001 var det 18,3 og i 2007 var det 18,5. Slik har tallet på sykehjems plasser økt i takt med veksten i antall eldre (St.meld. nr. 25 2005-2006). Den samlede dekningen av sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger var 32,5 prosent av antall eldre over 80 år i 2007 (St.meld. nr. 25 2005-2006).

Siden 1988 har sykehjem vært en del av den kommunale helsetjenesten, og man kan i dag si at sykehjem har to funksjoner; de skal være en behandlingsinstitusjon og de skal være bolig og hjem for de eldre (Hauge 2008). Slik har ansatte i sykehjem ansvar for å tilby helsetjenester til gamle med nedsatt funksjonsevne og komplekse medisinske tilstander, samtidig som de skal skape et hjemlig miljø der beboerne trives og blir ivaretatt som individer (Hauge 2008). Det har de siste 10-20 årene skjedd viktige organisatoriske endringer i sykehjemmene, hvor det blant annet har blitt lagt vekt på å bedre boforholdene. I dag er det slik at 95 prosent av rommene ved alders- og sykehjem er enerom, mot 79 prosent i 1991 (St.meld. nr. 25 2005-2006). Slik gir dagens boforhold større rom for privatliv.

Videre har utviklingen gått i retning av at store avdelinger med mange ulike pasientgrupper har blitt erstattet av små enheter for 8-10 pasienter, som i større grad samler pasienter med liknende lidelser/behov. Slik har sykehjemmene fått mer spesialiserte avdelinger (Hauge 2008). Det fins to hovedtyper avdelinger i sykehjem, avdelinger for langtidsopphold og avdelinger beregnet på midlertidige opphold. I avdelinger for langtidsopphold har man

somatiske avdelinger og skjermede enheter. I somatiske avdelinger er pasientene fysisk syke og har behov for heldøgnsstilbud. Skjermede enheter er beregnet på personer med demenslidelser. Ofte er beboerne her fysisk spreke, men har behov for heldøgnsstilbud på grunn av sin kognitive svikt (Hauge 2008). Korttidsavdelinger er beregnet på pasienter som har behov for midlertidig opphold på grunn av for eksempel rehabiliteringsbehov, avlastning, observasjon eller utredning (Hauge 2008). Organisering av arbeidet med mindre men mer spesialiserte enheter stiller nye krav ansattes kompetanse. For eksempel må ansatte ved skjermede enheter ha kompetanse på demensomsorg. Ansatte ved enheter for lindrende behandling må ha kunnskaper om smertelindring, terminal pleie med mer.

Siden 1980-tallet har det blitt et stadig sterkere fokus på effektivitet innenfor omsorgssektoren (St.meld. nr. 25 2005-2006), og det har vært gjennomført en rekke reformer i tråd med New Public Management (NPM) (Vabø 2005). NPM innebærer nye ledelses- og organisasjonsformer hvor målet har vært å bruke ressursene mer effektivt, samt tilpasse behovene bedre til brukerne. Slik har man ønsket å få bedre tjenester til en lavere kostnad (Gullikstad og Rasmussen 2004). Hva NPM innebærer, og hvordan disse reformene har påvirket arbeidsforholdene i sykehjem belyses i artikkel 1.

Sykehjemmenes pasientgrunnlag er også endret de senere årene. Pasientene har blitt eldre, og sykdomsbildene er i stadig endring (St.meld. nr. 25 2005-2006). Når samfunnet og pasientgruppen endres, betyr det at også arbeidssituasjonen for de ansatte endres (Tingvoll og Sæterstrand 2007). Dagens sykehjemspasienter er som gruppe karakterisert av både alvorlig funksjonshemming og dårlig helse, med høy forekomst av aktiv sykdom (Bakke 2004). Gjennomsnittspasienten er 84 år, ikke i stand til å gå, trenger hjelp til personlig hygiene, til å spise, til å kle seg og er inkontinent (Bakke 2004). Mange har komplekse og sammensatte lidelser og sykdommer, gjennomsnittspasienten har fire aktive diagnoser (Bakke 2004). De viktigste sykdomsårsakene til at personer blir innlagt på sykehjem er aldersdemens (42 prosent), hjerneslag (15 prosent), psykiske lidelser (9 prosent) og hjerte- og lungelidelser (8 prosent) (Statens helsetilsyn 2003). Aldersdemens er også den vanligste medisinske tilstand for beboere i sykehjem. Studier viser at mellom 70 og 80 prosent av beboerne i norske sykehjem har en demenssykdom (Eek og Nygård 2005). Til tross for dette har bare en fjerdedel av disse et tilrettelagt bo- og behandlingstilbud (Eek og Nygård 2005). Dette er en

utfordring som vil bli større i årene som kommer. Fordi antall eldre over 75 år og spesielt de eldste over 80 år vil stige de neste tiårene, vil antallet personer med demens i Norge kunne dobles til om lag 130 000 innen en periode på 30-40 år (St.meld. nr. 25 2005-2006).

Det er stor variasjon i antall årsverk per døgnplass i sykehjemsavdelinger. En studie av 29 sykehjem viste at det laveste antall årsverk per døgnplass var 0,62, mens den høyeste var 0,90. Gjennomsnittet var 0,79 pleieårsverk per døgnplass (Paulsen, Harsvik, Halvorsen og Nygård 2004). I tillegg viste denne studien at pleieårsverkene disponeres ulikt i avdelingene i forhold til tid på døgnet, hverdager og helg. For eksempel varierte antall pleiere per døgnplass på en tilfeldig dagvakt fra 0,21 til 0,46 (Paulsen et. al 2004).

Hvilken funksjon sykehjemmene skal ha i framtida er uklar (Tingvoll og Sæterstrand 2007). Kortere liggetid på sykehus har bidratt til at pasienter utskrives raskere, ofte med større hjelpe- og omsorgsbehov enn tidligere (Thorsen og Wærness 1999). En slik oppgaveforskyvning mellom 1. og 2. linjetjenesten innebærer at flere pleiefaglige oppgaver overføres til kommunene. En konsekvens av dette kan bli at sykehjemmene vil flytte faglig fokus fra langtidsopphold til aktiv behandling og rehabilitering (Tingvoll og Sæterstrand 2007). Overføring av spesialiserte oppgaver fra sykehus til kommuner vil også stille store krav til at kommunene må ha fagpersonell med høy kompetanse, for slik å sikre tjenestemottakerne den medisinske og behandlingmessige oppfølgingen de har behov for (Helsetilsynet 2003). Dette er en utvikling som kommer til å fortsette såfremt man lykkes med intensjonene i samhandlingsreformen, der det er en hovedmålsetting mål å overføre ansvar fra sykehusene til den kommunale helsetjenesten (St.meld. nr. 47 2008-2009). Flere kommuner arbeider allerede med planer om et mer avansert behandlingstilbud i sykehjemmene, ofte kalt halv-annenlinjetjeneste (Hauge 2008).

Endringer i sosiale mønstre, befolkningens forventninger og rettigheter er også forhold som vil kunne bidra til økt etterspørsel etter helsetjenester i årene framover (St.meld. nr. 47 2008-2009). Morgendagens eldre vil trolig være mer kravstore og mindre beskjedne enn dagens eldre. De vil i større grad ønske seg en tilværelse der de kan bruke sine evner, gjøre nye ting og bestemme selv. De vil være mindre konforme og i mindre grad være villig til å innordne



seg tradisjonelle normer (St.meld. nr. 25 2005-2006). Mange eldre som blir boende på sykehjem kan imidlertid forventes å ha en så dårlig helsetilstand at de i mindre grad klarer å stille krav på egne vegne. Derimot kan vi forvente at pårørende i større grad stiller krav på vegne av sine eldre og syke familiemedlemmer. Dette er trolig framtidige utfordringer ansatte i eldreomsorgen vil møte, og nye arbeidsmetoder vil være påkrevd for å møte disse.

### **1.3 Den komplekse arbeidstiden**

Heltid, deltid, kort deltid, lang deltid, ufrivillig deltid, avtalt arbeidstid, faktisk arbeidstid, ekstravakter, overtid, mertid, undersysselsatt, turnus. Begrepene som betegner sykepleieres arbeidstid er mange. Jeg vil her gjøre rede for noen av begrepene knyttet til sykepleieres arbeidstid som er relevant for avhandlingen.

Innenfor kommunal pleie- og omsorgssektor er arbeidet i hovedsak organisert med todelt turnus og egne nattevakter. Tredelt turnus, hvor ansatte arbeider både dag, kveld og natt, er mindre utbredt. Arbeidstiden i hel stilling er gjennomgående 35,5 timer pr uke for alle de ulike turnusordningene (NOU 2008:17).

Omtrent halvparten av sykepleierne i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene arbeider deltid (Sosial og helsedirektoratet 2006). Definisjonen av en deltidsstilling er: *"en permanent ansettelse i stilling med kortere arbeidstid en normal arbeidstid innenfor vedkommende bransje, tariffavtale eller liknende"* (NOU 2004:29:33). En kan skille mellom ulike deltidstilpasninger, nemlig kort og lang deltid. Kort deltid innebærer en arbeidstid på 1-19 timer pr uke, lang deltid innebærer 20-34 timer pr uke (Abrahamsen 2002a).

Tall fra SSB viser at den avtalte arbeidstiden for sykepleiere som arbeider i pleie- og omsorgstjenesten fordeler seg slik: 21 prosent arbeider kort deltid, det vil si under 19 timer i uken. 28 prosent arbeider 20-29 timer, mens 51 prosent arbeider 30 timer eller mer (Sosial og helsedirektoratet 2006). Med avtalt arbeidstid menes det antall timer per uke som den ansatte i følge arbeidskontrakten skal være på arbeid. Midlertidig fravær som følge av sykdom, permisjon eller lignende trekkes ikke fra (NOU 2008:6). Mange som er ansatt i

deltidsstillinger arbeider mer enn det som er avtalt ved at de arbeider ekstravakter. Slik blir den faktiske arbeidstiden ofte lengre enn den avtalte arbeidstiden. Faktisk arbeidstid gjelder arbeidstimer som faktisk blir utført, inklusive overtid og ekstraarbeid og eksklusive fravær ved sykdom, ferie, permisjon og lignende (NOU 2008:6). Mange trygdeordninger, som for eksempel sykepenger, uførepensjon og fødselspenger, er knyttet til inntekt som yrkesaktiv (NOU 2004:29). Å basere seg på å jobbe ekstravakter for å kunne forsørge seg selv vil derfor være risikabelt. Ansatte kan risikere å selv måtte bære mange av de økonomiske belastningene ved eksempelvis sykdomsfravær.

Mange av de som jobber deltid i dag har et ønske om lengre fast avtalt arbeidstid. Personer som ønsker å jobbe mer, blir ofte betegnet som sysselsatte med uønsket deltid eller undersysselsatte (NOU 2004:29). Undersysselsatte kan defineres som:

*Deltidssysselsatte som har forsøkt å få lengre arbeidstid ved å kontakte den offentlige arbeidsformidling, annonsere selv, ta kontakt med nåværende arbeidsgiver eller lignende. De må kunne starte med økt arbeidstid innen en måned (Helsedirektoratet 2009:18).*

Denne definisjonen kan oppleves som relativt streng, fordi den har en aktivitetskomponent (Amble 2008b). Kriteriet om at en må ha forsøkt å få lengre arbeidstid skiller Norge fra EUs praksis, hvor det holder med at den deltidsansatte ønsker større avtalt stilling og kan starte innen en måned (Likestillings- og diskrimineringsombudet 2009). Innen helsesektoren er det mange som ønsker mer arbeidstid uten at de aktivt forsøker på dette, fordi de erfaringsmessig vet at de ikke får utvidet sine stillinger. Dette fører til at mange sykepleiere som ønsker mer arbeidstid, ikke defineres som undersysselsatte (Helsedirektoratet 2009). Det betyr at definisjonen som benyttes i Norge trolig gir store mørketall (Likestillings- og diskrimineringsombudet 2009).

I en del forskningsrapporter og internasjonale undersøkelser benytter man en mindre streng definisjon. I Moland og Gautun (2002) defineres undersyssetting som gapet mellom faktisk

og ønsket arbeidstid. Her tas det ikke hensyn til om arbeidstakerne faktisk formelt har søkt om utvidet arbeidstid, og argumenter for dette er at man kan anta at flere ikke spør arbeidsgiver om økt stillingsprosent fordi de regner med å få avslag (Moland og Gautun 2002).

I følge tall fra SSB er det 14 prosent av sykepleierne som ønsker å arbeide mer (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Skift- og turnusutvalgets beregninger viser at tallet på undersysselsatte kan være opp mot 30 prosent av alle deltidsansatte (NOU 2008:17). Forskjellige undersøkelser viser ulike tall i forhold til hvor mange av de deltidsarbeidende innen pleie- og omsorgssektoren som er undersysselsatte (Moland og Gautun 2002, Amble 2008c, Drange og Amble 2008, Helsedirektoratet 2009). Det ligger ikke nødvendigvis noe motstridende i at ulike undersøkelser viser ulike tall. Bildet man får avhenger av hvordan man definerer begreper, samt at slike undersøkelser påvirkes av kontekst og spørsmålsutforming (Kjeldstad 2006, NOU 2008:17, Kitterød og Rønsen 2009). Et eksempel på dette er fra Kristiansand, hvor interessen for økt arbeidstid økte med 100 prosent da heltidsstillinger ble et reelt tilbud (Amble 2008b). En annen undersøkelse viser at flere vil jobbe mer dersom arbeidsmiljøet er godt og belastningene er tilpasset de ansattes yteevne (Moland 2009).

På bakgrunn av dette kan man si at det er knyttet usikkerhet til hvor stor arbeidskraftreserven blant deltidsansatte er. Samtidig tyder undersøkelser på at uønsket deltid konsentreres i turnusorganisert arbeid i helsesektoren, og at det er et økende fenomen (Amble 2008b, Moland 2009, Abrahamsen 2010).

#### **1.4 Forskningsspørsmål**

Det overordnede temaet for avhandlingen er sykepleieres arbeidsvilkår og arbeidstid i sykehjem. Studien består av fire artikler som tar opp ulike spørsmål, og som til sammen belyser dette overordnede temaet. Mer konkret er det følgende forskningsspørsmål som belyses i de fire artiklene:

Artikkel 1:

*Hvordan opplever sykepleiere at New Public Management (NPM) har påvirket arbeidsforholdene i sykehjem, og hvordan mestrer sykepleiere i sykehjem sin arbeidssituasjon?*

Artikkel 2:

*Hvordan opplever deltids- og heltidsansatte sykepleiere arbeidsvilkårene i sykehjem?*

Artikkel 3:

*Hvordan forstår og forklarer sykepleiere utbredelsen av deltid innen sykepleieryrket?*

Artikkel 4:

*Hvordan reflekterer sykepleiere over arbeidstidstilpasninger de har gjort gjennom yrkeskarrieren og de konsekvenser det har fått for deres pensjonsopptjening? Hvordan påvirker sykepleieres pensjonsopptjening deres valgfrihet knyttet til pensjoneringsalder?*

Disse problemstillingene belyser på hver sin måte det overordnede temaet for avhandlingen. Den første artikkelen ser på sykepleieres arbeidsforhold i sykehjem i lys av NPM-inspirerte reformer. Artikkel to og tre belyser sykepleieres arbeidstid i sykehjem. Der artikkel to ser på sykepleieres arbeidsvilkår i lys av deres arbeidstid, belyser artikkel tre sykepleieres forståelse av arbeidstidsorganiseringen i sykehjem, og diskuterer alternativer til tradisjonell turnus. Artikkel fire ser på hvordan sykepleieres arbeidstid gjennom yrkeskarrieren innvirker på deres pensjonsopptjening og mulighet for å velge pensjoneringsalder.

## 1.5 Organisering av avhandlingen

Avhandlingen består av to hoveddeler. De fire selvstendige artiklene presenteres i hoveddel to. Denne første introduksjonsdelen fungerer som en overbygning, og skal bidra til å binde prosjektet sammen. Hensikten med denne overbygningen er å presentere prosjektet nærmere, og gi en mer grundig oversikt over den teoretiske rammen og de metodiske valgene i forskningsdesignet.

Etter denne innledende presentasjonen av tematikken og av avhandlingens problemstillinger, vil jeg i kapittel 2 plassere studien i forskningsfeltet, samt gjøre nærmere rede for teoretiske innfallsvinkler avhandlingen er inspirert av og bygger på. I kapittel 2 belyses først det overordnede teoretiske perspektivet i avhandlingen, som er strukturasjonsteori. Videre i kapittel 2 belyses ulike teoretiske rammer som mer eller mindre eksplisitt brukes i artiklenes analyser. De ulike teoretiske rammene som belyses er: *deltidsarbeid som kjønnet arbeidstidskategori, arbeidstidsfleksibilitet, arbeidets intensitet og tidsvelferd*.

Kapittel 3 *Metodologi og praktisk metode* er todelt. Jeg gjør først rede for oppgavens metodologiske utgangspunkt, for deretter å beskrive forskningsprosessen og den praktiske metoden for prosjektet. I kapittel 4 presenteres et sammendrag av artiklene. Til slutt vil jeg i kapittel 5 diskutere funnenes implikasjoner. Her belyses først noen betingelser for tidsvelferd, samt tiltak som kan bidra til økt tidsvelferd for sykepleiere som arbeider i sykehjem. Avslutningsvis belyser jeg hvorvidt sykepleieryrket må være et deltidsyrke også i framtida.



## **2 Teoretiske innfallsvinkler til studiet av arbeidstid**

### **2.1 Innledning**

Jeg vil i dette kapittelet gjøre rede for teoretiske innfallsvinkler til studiet av arbeidstid, samt plassere studien i forskningsfeltet. Tematisk er avhandlingen forankret innenfor feltet arbeidslivsforskning, og retter fokus mot kvinners yrkestilknytning. Jeg har hatt som mål å belyse sykepleieres forståelse og opplevelse av arbeidsvilkår, arbeidstid og sammenheng mellom disse. Deler av avhandlingen kan også plasseres innenfor feltene kjønnsforskning og velferdsforskning. Blant annet belyser artikkel 4 hvordan sykepleieres arbeidstidstilpasninger gjennom yrkeskarrieren får konsekvenser for pensjonsopptjening og mulighet til å velge pensjonsalder. Jeg vil imidlertid i dette kapittelet legge vekt på å utdype avhandlingens overordnede teoretiske perspektiv, samt belyse teoretiske innfallsvinkler til studier av arbeidstid.

Det overordnede teoretiske perspektivet i avhandlingen er strukturasjonsteori. Bakgrunnen for dette var at jeg ønsket å studere hvordan arbeidstidsstrukturer formes og endres. Dette førte meg til Anthony Giddens' strukturasjonsteori, som bygger en bru mellom aktør- og strukturorienterte retninger (Giddens 1984, Aakvaag 2008, Martinussen 2008). I følge strukturasjonsteori bidrar mennesker til å skape strukturer, men strukturer skaper også mennesker (Giddens 1984). I et slikt perspektiv vil sykepleieres arbeidstidstilpasninger påvirke arbeidstidsstrukturer, men arbeidstidsstrukturer vil også påvirke sykepleieres arbeidstidstilpasninger. Slik blir menneskelig handling og sosial struktur gjensidig avhengige av hverandre. Dette vil jeg belyse nærmere i kap. 2.2.

I de fleste vestlige samfunn har det de siste 30 årene skjedd store endringer når det gjelder tidsbruk både i familien og i arbeidsmarkedet (Kvande 2001). Kvinner har i større grad blitt yrkesaktive, og tar dermed en større del av forsørgeransvaret for egen familie (Ellingsæter og Leira 2004). Det norske arbeidslivet har imidlertid et kjønnet mønster, hvor det er en overrepresentasjon av kvinner i offentlig sektor, spesielt i helse- og omsorgsykker (Håland og Daugstad 2003). Samtidig er kvinnearbeid i Norge tett forbundet med deltid. Over 40 prosent av alle sysselsatte kvinner arbeider deltid (Bø et al. 2008). Mange kombinerer deltidsarbeid med omsorgsansvar for små barn, og undersøkelser viser at halvparten av sysselsatte mødre

med barn under 16 år har deltid som sin avtalte arbeidstid (Rønsen og Kitterød 2009). Deltid er også utbredt blant kvinner med større barn og kvinner som ikke har barn. Deltidsandelen blant sysselsatte mødre med barn i alderen 7-15 år er tett oppunder 50 prosent (Rønsen og Kitterød 2009). For kvinner uten barn eller uten barn under 16 år, er det 42 prosent som arbeider deltid (NOU 2004:29). Et hovedbilde er imidlertid at kvinner i Norge ofte arbeider lang deltid i alle livsfaser (NOU 2008:17).

I tillegg til at kvinner i større grad har blitt yrkesaktive, har det de siste 20-25 årene blitt et sterkere fokus på effektivitet i offentlig sektor (Gullikstad og Rasmussen 2004, St.meld. nr 25 2005-2006). Målet har vært å oppnå bedre kvalitet på tjenestene og en bedre ressursutnyttning (Gullikstad og Rasmussen 2004). Dette har ført til at mange organisasjoner har blitt mindre byråkratiske. Hierarkier er bygd ned, organisasjonene har blitt flatere og mer fleksible, samtidig som ansatte i større grad er blitt myndiggjort (Kvande 2001, 2002, Gullikstad og Rasmussen 2004). De nye organisasjonene, ofte kalt post-byråkratiske organisasjoner, innebærer en overføring av makt og kontroll til arbeidstakerne (Ellingsæter 2009), parallelt med en sentralisering av strategisk ledelse (Kvande 2001, Vike 2004). Økte produksjonskrav uten tilsvarende økning i ressursene, har kombinert med myndiggjøring av ansatte gjennom desentralisering av ansvar, ført til en arbeidsintensivering for mange arbeidstakere (Vike 2004). Jeg har i avhandlingen vært opptatt av hvordan denne effektiviseringen i tråd med New Public Management har innvirket på sykepleieres arbeidsforhold i sykehjem.

Deltidsarbeid er et sammensatt fenomen, og kan studeres fra ulike perspektiver. Ofte har deltidarbeid blant kvinner blitt forklart med utgangspunkt i *kulturorienterte* eller *strukturorienterte* perspektiver. Kulturorienterte perspektiver tar utgangspunkt i kvinnens kulturelle rolle som omsorgsperson, og som sekundær inntektstaker i familien. Her forklares arbeidstid med utgangspunkt i et tradisjonelt kjønnsrollemønster, der kvinner arbeider deltid for å kunne kombinere dette med arbeidsoppgaver i hjemmet. Menn forventes derimot å være hovedforsørgere og arbeider derfor heltid (Skaar 1988, Sørensen 1992, Abrahamsen 2002b, Kjeldstad og Nymoen 2004). Strukturorienterte teorier fokuserer på arbeidstakeres arbeidsvilkår, og forklarer utbredelsen av deltid med arbeidsbetingelser man møter i arbeidsmarkedet. Deltidsarbeid er konsentrert i bestemte deler av arbeidsmarkedet, og derfor kan forhold som arbeidsbelastninger, arbeidstidsorganisering og arbeidsgivers behov for



fleksible ansatte bidra til å forklare fenomenet deltid (Kaul 1982, Skaar 1988, Sørensen 1992, Kvande 1998, Kjeldstad 2006, Abrahamsen 2009). Jeg har vært spesielt opptatt av å se på sammenhengen mellom sykepleieres arbeidstid og deres arbeidsvilkår, og benytter derfor strukturorienterte perspektiver. Deler av avhandlingen benytter også kulturorienterte perspektiver. Både i artikkel 3 og 4 belyses det hvordan kulturelle forventninger til kvinner som omsorgspersoner kan henge sammen med sykepleieres arbeidstid.

Videre i dette kapittelet vil jeg belyse strukturasjonsteori, som er det overordnede teoretiske perspektivet i avhandlingen. Deretter belyses avhandlingens *analytiske rammer*: konstruksjon av det kjønnede deltidsarbeidet, fleksibilitet i turnusarbeid, arbeidsintensitet og tidsvelferd (hva som menes med *analytiske rammer* beskrives nærmere i kapittel 3).

## **2.2 Handling blir til struktur og struktur blir til handling**

Tidlig i dette prosjektet så jeg at arbeidstidsstrukturer virker inn på sykepleieres arbeidstid, men også at sykepleieres arbeidstidsønsker har hatt innvirkning på arbeidstidsstrukturer. Dette gjorde meg nysgjerrig på hvordan strukturer formes og endres, og har altså ført meg til Giddens' strukturasjonsteori. I dette avsnittet skal jeg koble avhandlingens tema sterkere til teoretiske moment hentet fra strukturasjonsteori. Dette perspektivet vil bidra til å belyse hvordan sykepleieryrket har utviklet seg til å bli et deltidsyrke, og hvordan arbeidstidsstrukturer kan opprettholdes eller eventuelt endres.

Giddens' strukturasjonsteori dreier seg om forholdet mellom menneskers handlinger og sosiale strukturer. I følge Giddens (1984) kan ikke sosiale strukturer studeres adskilt fra sosiale aktører. Sosial struktur og menneskelig handling er gjensidig avhengige av hverandre, og eksisterer kun i relasjon til hverandre. Det betyr at all sosial handling forutsetter at det finnes strukturer. Samtidig forutsetter strukturer handling (Giddens 2001). På denne måten forsøker Giddens å forene aktør og struktur, og motsetningsforholdet mellom dem overskrides (Kaspersen 1995, Aakvaag 2008). For å kunne belyse hvordan sykepleieryrket har blitt et deltidsyrke betyr dette at man må studere både sykepleierne (aktørene) og strukturene i systemene de arbeider i og i samfunnet forøvrig.

Sosiale strukturer setter aktører i stand til å delta på en kompetent måte i samfunnslivet, men samtidig begrenser strukturer individers mulighet for handling. Slik gir strukturer individer både muligheter og begrensninger (Giddens 1984). Individers handlinger kan imidlertid påvirke strukturer. For sosiale strukturer eksisterer bare gjennom å bli anvendt av og derigjennom reproduisert av handlende aktører (Aakvaag 2008). Selve kjernen i strukturasjonsteori er nettopp at strukturen reproduseres i aktørens handlinger, og at aktørene påvirker strukturen gjennom sine handlinger (Martinussen 2008). Individer både skaper og skapes av strukturer, og strukturer blir både medium for og resultat av handling (Giddens 1984, Aakvaag 2008). Slik er aktør og struktur gjensidig betingende, og denne gjensidige avhengigheten kaller Giddens strukturens dualitet (Giddens 1984, Aakvaag 2008). I artikkel 3 belyser jeg hvordan sykepleiere på 1970 tallet etterspurte deltidsstillinger, og hvordan dette bidro til å endre arbeidstidsstrukturen i helsesektoren. Samtidig viser jeg at det i dag er mange sykepleiere som ønsker hele stillinger uten at arbeidsgivere kan tilby dette. Dette viser både at sykepleiere kan bidra til å skape arbeidstidsstrukturer, og at arbeidstidsstrukturer kan begrense sykepleieres muligheter for handling.

Samfunnet består av en rekke praksiser hvor strukturene ligger til grunn for aktørens handlinger. Disse praksisene eller handlingsmønstrene som kan observeres kaller Giddens sosiale system (Martinussen 2008). Slik skiller Giddens mellom struktur og system, hvor de sosiale systemene innebærer de empirisk observerbare sosiale mønstre som dannes når bestemte samhandlingsformer standardiseres og gjentas (Aakvaag 2008). Sosiale strukturer er allerede foreliggende, overindividuelle regler og ressurser som en handlende aktør forholder seg til (Giddens 1984, Aakvaag 2008).

Sosiale mønstre betraktes som et resultat av at menneskene gjennom sine handlinger gjendanner de sosiale formene som i neste omgang blir rammene for nye handlinger (Martinussen 2008). Giddens (1984) påpeker at individer kan handle i tråd med strukturene, men at de også kan velge å handle annerledes. Strukturasjonsteoriens strukturbegrep har altså en produktiv og muliggjørende karakter, og ikke primært en begrensende karakter (Aakvaag 2008). Når aktører går inn i sine roller i de ulike sosiale systemene, er de med på å reproducere dem og eventuelt endre dem. Denne strømmen av handlinger fra samfunnsmedlemmenes side er en del av en kontinuerlig strukturasjonsprosess (Martinussen

2008). Dette betyr at tilsynelatende fastlåste strukturelle mønster kan endres. I dag er det slik at det lyses ut mange små stillinger i helsesektoren, og det er relativt vanlig at det lyses ut stillinger under 20 prosent. Så lenge helsepersonell søker disse stillingene, kan denne stillingsstrukturen opprettholdes. Dersom ingen hadde vært interessert i disse små stillingene, ville det heller ikke vært noen mening i å ha slike små stillinger.

Giddens hovedpoeng er på mange måter det samme som Berger og Luckmanns, at struktur både er middel til og resultat av den praksisen som sosiale system utgjør (Martinussen 2008). I følge Berger og Luckmann (2006) konstrueres samfunnets virkelighetsforståelse gjennom en sosial interaksjon. Den sosiale konstruksjonen av virkeligheten skjer i en dialektisk prosess hvor medlemmene ikke bare skaper den selv, men også er produkter av sin sosiale virkelighet (Berger og Luckmann 2006). Slik foregår en gjensidig påvirkning mellom individ og samfunn, hvor mennesker er sosiale produkt, men hvor det også er viktig å poengtere at mennesket kan forandre samfunnet (op.cit.).

Strukturasjonsteori gir en fruktbar inngang til å forstå hvordan sykepleieryrket har utviklet seg til å bli et deltidsyrke, men også til å forstå hvordan arbeidstidsordninger opprettholdes og eventuelt kan endres. Strukturer i form av arbeidstidsordninger gir sykepleiere både muligheter og begrensninger knyttet til arbeidstid. I artikkel 2 og 3 belyser jeg hvordan sykepleiere i dag opplever at arbeidstidsstrukturer innen eldreomsorgen gir gode muligheter for deltidsarbeid, men samtidig gir de samme strukturene begrensninger i arbeidstakeres mulighet for heltidsarbeid.

Både sykepleieres arbeidstid og stillingsstrukturen i helseinstitusjoner har endret seg gjennom historien. Aktører har påvirket strukturer, men strukturer har også påvirket aktører. Strukturelle forhold som for eksempel tilgang til barnehageplass, foreldrepermisjon og arbeidstidsbestemmelser, kombinert med sykepleieres etterspørsel etter deltidsstillinger har formet sykepleieres arbeidstid. Slik har samspillet mellom aktører og strukturer resultert i at sykepleieryrket har blitt et deltidsyrke. I artikkel 3 belyser jeg den historiske utviklingen av sykepleieres arbeidstid, men ser også på hvordan aktører og strukturer i et samspill eventuelt kan bidra til å endre arbeidstidsstrukturer i framtida.

Sosiale strukturer er altså regler og ressurser aktører trekker på når de produserer og reproduserer samfunnet (Giddens 1984). Slik blir strukturer ytre rammebetingelser som virker begrensende for handlinger, samtidig som aktører kan bidra til å endre disse strukturene (op.cit.). Det betyr at selv om arbeidstidsstrukturer i eldreomsorgen i dag begrenser muligheten for ansatte til å arbeide i hel stilling, så må det ikke være slik i framtida. I følge Giddens strukturasteori vil disse strukturene kun eksistere dersom de reproduseres av handlende aktører. Når sykepleiere i dag i større grad ser ut til å etterspørre hele stillinger (Abrahamsen 2010), kan det på sikt innvirke på arbeidstidsstrukturene i helsesektoren.

### **2.3 Konstruksjon av det kjønnete deltidarbeidet**

Studier av arbeid og arbeidstidsorganisering i organisasjoner er ofte bygd på regler og uskrevne forventninger om en *normalarbeidstaker*. Denne normalarbeidstakeren er abstrakt og kroppsløs, uten seksualitet og uten ansvar for barn. Slik blir normalarbeidstakeren betraktet som atskilt fra resten av livet (Acker 1992, Kvande 2007). Kjønnforskningen har imidlertid vist hvordan kjønn i stor grad er styrende når det gjelder utforming av arbeidsoppgaver og arbeidsorganisasjoner (Acker 1992, 1998, Rasmussen 1999, Gullikstad og Rasmussen 2004). Dette gjelder også for utformingen og organisering av tjenestene i offentlig sektor (Gullikstad 2002, Gullikstad og Rasmussen 2004). Man snakker derfor om hvordan arbeid og arbeidsområder *kjønn*es og forutsetter arbeidstakere av et bestemt kjønn (Acker 1992, Kvande 1999).

Pleie- og omsorgstjenestene har vært dominert av kvinner, og omsorgsarbeid forstås først og fremst som kvinnelige oppgaver (Gullikstad 2002, Thorsen 2003). Det er også kvinner i lønnet arbeid som gir hjelp, omsorg og tjenester innenfor de områdene som tradisjonelt har vært kvinners ansvar – hus- og omsorgsarbeid i hjemmet (Solheim 2002, Thorsen 2003). Denne grunnleggende kjønnsarbeidsdelingen i samfunnet markerer et kjønnskille hvor menn tilskrives rollen som økonomiske aktører på markedet – som lønnsarbeidere og vare- og kapitaleiere, mens kvinner knyttes til familiens reproduksjon (Solheim 2002). Den symbolske kategoriseringen av menn og kvinner som henholdsvis *produsenter* og *reprodusenter* kan sies å være den overgripende kjønnskoden for det moderne industrisamfunn (Solheim 2002:119).

Deltid er en kjønnnet arbeidstidskategori, tett forbundet med ”den kvinnelige arbeider” (Ellingsæter 2009). Deltidsarbeid har i Norge vært sterkt konsentrert i bestemte deler av arbeidsmarkedet, i bestemte sektorer og yrker. De tunge deltidskulturene finnes i hovedsak der kvinner utgjør et flertall av de ansatte (Kjeldstad 2006). Deltidsarbeidets kjønnskarakter sier noe om de herskende forventninger til ulike arbeids- og familieroller (Ellingsæter 2009). Kvinners arbeidstid må forstås i lys av den grunnleggende kjønnsarbeidsdelingen i samfunnet og den kjønnede organiseringen av produksjon og reproduksjon. Denne kjønnsbestemte arbeidsdelingen innad i familien strukturerer kvinners yrkestilpassing (Solheim og Teigen 2006). Barn og familie øker også sannsynligheten for at norske kvinner arbeider deltid, til tross for at de oppgir at de gjerne skulle jobbet mer (Kjeldstad 2006). Så lenge omsorgsarbeid *klistres* til kvinnerollen, legger det føringer for kvinners arbeidstid. Deltid blir ofte en løsning for at de skal kunne innfri sine omsorgsforpliktelser. Kvinners deltidarbeid forutsetter imidlertid at de delvis forsørges av sin ektefelle/samboer, som forventes å ha full jobb (Ellingsæter 2009). Dette tematiseres i avhandlingens artikkel 4.

Tidskulturer er en del av organisasjonskulturen som inneholder normer, forventninger og krav til arbeidstakeres bruk av tid (Kvande 2007). Ulike yrker har forskjellige normer i forhold til hvilke arbeidstidsordninger som er akseptert og anerkjent. Når det i mannsdominerte yrker er en utbredt negativ holdning til deltidarbeid, blir det lite attraktivt både for kvinner og menn å jobbe deltid i disse yrkene. I typiske kvinneyrker er derimot deltid ofte anerkjent på linje med heltid (Epstein, Seron, Oglensky og Sautè 1999, Abrahamsen 2002a, Kjeldstad og Nymoen 2004). De negative konsekvensene av å arbeide deltid blir derfor mindre i yrker hvor deltid er vanlig. Der deltidarbeid er naturlig gjort ved arbeidsplassen, kan arbeidstakere også sosialiseres inn i en deltidskultur. Slik kan man si at omsorgstilpassede jobber i offentlig sektor bidrar til å sementere et mønster hvor det i hovedsak blir kvinners og omsorgsansattes arbeidsgivere som skal betale de sosiale kostnadene ved reproduksjon (Rasmussen og Kvande 2007, Johansen 2007).

Konstruksjoner av tidskulturer er ikke kjønnsnøytrale prosesser med abstrakte medarbeidere uten kropp og kjønn (Morgan, Brandth og Kvande 2005). I flere vestlige land har det vært en økende andel deltidstillinger i kvinnedominerte yrker. Mannsdominerte yrker har derimot

vært basert på overtid og nye skiftordninger som legger til rette for heltidsarbeid (Smith, Fagan og Rubery 1998). Dette viser at arbeidstidspraksiser ofte konstrueres forskjellig i tradisjonelle mannsdominerte og kvinnedominerte yrker.

Sykepleieryrket kan lett naturligjøres som et deltidsyrke fordi det er så *fullt av omsorg*. Med det mener jeg at sykepleieryrket er et omsorgsyrke, hvor arbeidsoppgavene i stor grad er knyttet til det å gi omsorg. På bakgrunn av det kan sykepleiere ses på som omsorgspersoner av familie, venner og andre. I tillegg er sykepleieryrket et kvinnedominert yrke, og som beskrevet over er det fortsatt knyttet tradisjonelle forventninger til kvinner som omsorgspersoner. Siden sykepleieryrket både er et omsorgs- og kvinnedominert yrke, kan det hefte ekstra sterke forventninger til sykepleiere som omsorgspersoner. Slik kan sykepleieryrket sies å være kjønnet, noe som igjen kan bidra til å forklare hvorfor det er et deltidsyrke.

Ulike teorier vektlegger i forskjellig grad hvorvidt kjønnsforskjeller i arbeidstid er stabile og vedvarende. Catherine Hakim (2000) forklarer kvinners arbeidstid med utgangspunkt i individuelle preferanser, og betegner preferansene som relativt stabile. Hun hevder at forskjeller i arbeidstid avspeiler arbeidstidspreferanser, og viser til at kvinner gjennomgående har lavere preferanser for lønnet arbeid enn menn (Hakim 2000).

Andre forskere viser til at kjønnsnormer endres og tilpasses i takt med samfunnsendringer, og at tidskulturer påvirkes av det som skjer på arbeidsplassene. Slik vil arbeidstid variere over tid og mellom ulike kontekster (Kjeldstad og Nymoen 2004, Abrahamsen 2010). I tillegg kan kjønnsnormer også utvikles og forsterkes gjennom deltakelse i arbeidslivet (Ellingsæter 1995, 2009). Eksempler på dette er hvordan normen for kvinners deltakelse i lønnet arbeid endrer seg i takt med behovet for arbeidskraft (Kjeldstad og Nymoen 2004, NOU 2004:29). I artikkel 4 belyser jeg hvordan sykepleiere gjennom yrkeskarrieren foretar ulike arbeidstidstilpasninger, hvor noen arbeider heltid mens andre arbeider deltid. Når de i slutten av yrkeskarrieren reflekterer over disse arbeidstidstilpasningene sier flere at de trolig ville valgt annerledes i dag. Dette bidrar til å underbygge forståelsen av arbeidstid som sosialt konstruert, og at deltidsarbeid ikke er noe statisk og evig som hefter ved kvinnerollen eller sykepleieryrket. I tråd med strukturasjonsteori vil kjønnsforskjeller slik kunne forklares som

sosialt konstruerte. Framfor å betrakte kjønnsforskjeller som en naturlig kjønnsorden, ses de som et resultat av en gjensidig påvirkning mellom individ og samfunn, eller mellom aktør og struktur.

Sykepleieres arbeidstid kan ikke forklares med utgangspunkt i bare ett perspektiv. Tvert imot er det flere forhold som til sammen innvirker på sykepleieres arbeidstid. I avhandlingen viser jeg at sykepleieres arbeidstid henger sammen med både kulturelle og strukturelle forhold. Jeg har imidlertid valgt å fokusere mer på sykepleieres arbeidsvilkår, og hvordan arbeidsvilkårene de møter i sykehjem henger sammen med deres arbeidstid, framfor kulturelle forhold. Slik har jeg i større grad valgt å belyse sykepleieres arbeidstid i et *strukturelt* perspektiv framfor et *kulturelt* perspektiv. Dette skyldes ikke at jeg mener at *kulturelle* forhold ikke kan belyse sykepleieres arbeidstidstilpasninger. Tvert imot mener jeg at tradisjonelle forventninger til kvinner som omsorgsperson og sekundære inntektstakere i familien kan bidra til å belyse sykepleieres arbeidstidstilpasninger. Jeg mener imidlertid at oppfatningene i samfunnets om at sykepleieres arbeidstid kan knyttes til kulturelle forhold er så sterke at man ofte overser strukturelle forhold. Fordi man antar at sykepleiere *ønsker* å arbeide deltid, ser man ikke på de arbeidsvilkårene de faktiske møter i arbeidslivet. Jeg ønsker å bryte opp denne forståelsen, og det er en av årsakene til at jeg velger å rette et hovedfokus på strukturelle forhold.

Sykepleiere arbeider i større grad deltid enn andre yrkesgrupper med samme utdanningsnivå. Derfor er det viktig å se på hvordan arbeidsvilkår innen sykepleieryrket henger sammen med sykepleieres arbeidstid. I tillegg viser studier at mange sykepleiere arbeider ufrivillig deltid, og at flere som arbeider *frivillig deltid* ønsker å arbeide mer når arbeidsmiljøet er godt og arbeidsbelastningene blir tilpasset de ansattes yteevne, jfr. kap 1.4. Dette er også en av årsakene til at jeg er opptatt av å belyse sammenhengen mellom de strukturelle forholdene innenfor sykepleieryrket og sykepleieres arbeidstid. Jeg vil videre i dette kapittelet belyse strukturelle innfallsvinkler til studiet av sykepleieres arbeidstid; fleksibilitet og arbeidsintensitet.

## **2.4** **Fleksibilitet i turnusarbeid**

Fleksibilitet er et sentralt begrep i avhandlingen, og kan bidra til å belyse forhold rundt både sykepleieres arbeidsforhold og arbeidstid. Fleksibilitet framstår gjerne som kjernen i det

postindustrielle arbeidslivet (Ellingsæter 2009), og har preget utviklingen i arbeidstidsmønsteret innen mange yrker. Den standardiserte tidsorganiseringen innenfor det industrielle tidsregimet hvor hovedprinsippet var standardisert arbeidstid, har vært i tilbakegang. Det har skjedd en dreining fra standardisering til økende differensiering i arbeidstid, mot det som er blitt kalt det *fleksible tidsregimet* (Ellingsæter 2009).

Fleksibilitet er blitt et honnørord i diskusjoner om nye organisasjonsformer (Kvande 2001). Begrepet brukes på forskjellige måter, både for å beskrive fleksibilitet i arbeidsprosessen, organisasjonsstrukturen og arbeidstiden (Kvande 2001, Ellingsæter 2009). Fleksibilitet settes ofte opp mot det som hevdes å være stivheter eller rigiditeter i arbeidslivet, som for eksempel hindringer i bruk av midlertidige ansettelser eller hindringer i form av tungvinte og byråkratiske strukturer (Gaupseth 2002). Individuell fleksibel arbeidstid innebærer at man kan bestemme over egen arbeidstid. Flere norske arbeidstakere har de siste årene fått større arbeidstidsfleksibilitet, men flertallet er fremdeles underlagt tradisjonell tidskontroll ved at de må møte til bestemte klokkeslett. Slik er fleksible arbeidstidsordninger svært ulikt fordelt i arbeidslivet (Ellingsæter 2009).

Sykepleiere som arbeider i turnus har tradisjonelt hatt liten mulighet for fleksibel arbeidstid (Jamieson, Williams, Lauder og Dwyer 2008). Ved sykehjem er arbeidstiden normalt organisert med en seksukers turnus hvor de ansatte har liten innflytelse og mulighet for selv å påvirke arbeidstiden. Deltid er sykepleieres mulighet til fleksibilitet. Deltid er imidlertid en type fleksibilitet som reproducerer kjønnete mønster. Når fleksibilitet brukes mer av kvinner enn menn for å tilpasse seg familiens behov, slik deltidsarbeidet gjør, vil den bidra til å videreføre kjønnete mønstre i arbeidsdeling og underbygge den skjeve forsørgermodellen (Johansen 2007).

Å kunne bestemme over egen arbeidstid, det vil si å ha individuell, fleksibel arbeidstid, regnes som et gode og har høy status (Ellingsæter 2009). Arbeidstidsordninger som avviker fra normalarbeidsdagen, og samtidig er arbeidsgiverstyrt har lav status (Ellingsæter 2009). Sykepleieres arbeidstid strekker seg utenfor normalarbeidsdagen. Noen arbeider to-delt turnus med arbeid dag og kveld samt helg, mens andre arbeider tre-delt turnus hvor de også arbeider



natt. Noen arbeider kun nattevakter. De har alle det til felles at de ofte arbeider når andre har fri. For noen sykepleiere kan denne arbeidsformen oppleves som fleksibel, blant annet fordi de har mulighet for å velge å arbeide netter. I tillegg kan det være fordeler knyttet til det å arbeide når andre har fri. Denne type arbeidstidsfleksibilitet har imidlertid ulike konsekvenser. Samtidig som det er fordeler ved å jobbe mens andre har fri, byr det også på problemer fordi fritid som faller utenom majoritetens arbeidstidsmønstre kan ha begrenset sosial verdi (Bondevik, Haukenes, Moen 2005, Ellingsæter 2009).

I avhandlingen ser jeg på hvordan arbeidstidsfleksibilitet kan innvirke på sykepleieres arbeidstid. Arbeidstakeres ønske om og behov for fleksibilitet belyses i artikkel 2 og 3. Fleksibel arbeidstid gjennom individuelt tilrettelagt turnus kan være en forutsetning for at sykepleiere skal kunne klare å gå i hel stilling. Hva den enkeltes turnusønsker innebærer, kan imidlertid variere. Noen ønsker flere kveldsvakter, andre flere dagvakter. Det finnes ikke en turnus som tilfredsstillende alle ønsker og behov. Større individuell fleksibilitet i arbeidstidsorganiseringen i sykehjem kan bidra til at flere kan arbeide mer. En omlegging av dagens turnussystem kan også bidra til å redusere uheldige helseeffekter. Flere studier viser at uregelmessig arbeidstid kan ha en rekke negative helseutfall (Fitzpatrick, While og Roberts 1999, Bondevik et al. 2006). Dagens turnusregime har imidlertid ikke inkorporert ny forskning knyttet til helseeffekter (Amble 2006).

En annen viktig innfallsvinkel til studiet av fleksibel arbeidstid i sykehjem, er å se situasjonen fra arbeidsgivers ståsted. Fleksibilitet i form av ansatte som arbeider deltid kan være et ønske og behov fra arbeidsgiver, noe jeg går nærmere inn på i artikkel 3. Stadige krav om effektivisering og reduksjon av kostnader har ført til at man har redusert bemanningen ved sykehjem til et minimum. Mange deltidsstillinger er preget av korte vakter hvor de deltidsansatte bare er på jobb i de mest arbeidsintense periodene av døgnet. Deltidsarbeid kan gi arbeidsgiver fordeler i form av økt produktivitet og intensitet i arbeidet (Delsen 1993, Maier 1994, Smith et al. 1998, Moland og Gautun 2002, Gullikstad og Rasmussen 2004). Deltidsansatte dekker også arbeidsgivers behov for billig og fleksibel arbeidskraft, fordi de er mer villige til å ta på seg ekstravakter samt stille på jobb på kort varsel (Gaupset 2002). Samtidig slipper arbeidsgiver å betale overtid når deltidsansatte går inn som vikarer (Moland

og Gautun 2002, Kjeldstad og Nymoen 2004). Slik kan sykepleieres arbeidstidsfleksibilitet styres av arbeidet og av arbeidsgivers ønske om og behov for å spare penger.

I regioner med god tilgang på fagpersonell (Trøndelag og Agder) er bruken av deltid mer omfattende enn i regioner med stramt arbeidsmarked. Dette viser at kommunene til en viss grad tilpasser seg arbeidsmarkedet med hensyn til arbeidstid for å kunne rekruttere, og at det ikke bare er turnustekniske forhold som er utslagsgivende (Helsedirektoratet 2009). I tråd med strukturasjonsteori viser dette at arbeidstidsmønsteret utformes i et samspill mellom aktører og strukturer.

Tidspraksiser innenfor de ulike yrkesgruppene konstrueres og formes altså gjennom et samspill mellom aktører og strukturer. Arbeidstidsordninger er ikke sementerte, og tilsynelatende fastlåste mønster kan endres. I artikkel 3 diskuteres alternative arbeidstidsordninger ved sykehjem, som kan bidra til å redusere antall deltidsstillinger. Nye arbeidstidsordninger innen eldreomsorgen kan grovt sett deles i to: De som rigidiserer (i større grad låser) rytmen i den tradisjonelle skjematurnusen og de som fleksibiliserer rytmen (Nordh og Eiman 2004, Amble 2008a, 2008b). 3-3 turnus er et eksempel på en arbeidstidsordning som rigidiserer skjemarytmen, samt øker helgefrequensen. Her jobber de ansatte tre dager med påfølgende tre dager fri i en kontinuerlig turnus. Denne organiseringen bidrar ikke til mer fleksibel arbeidstid, men gir fordeler som mer sammenhengende fritid og faste teamkollegaer. Samtidig skaper den økt kontinuitet i de tjenestene som leveres (Amble 2008b). Bevegelig arbeidstid/forhandlingsturnus er et eksempel på en arbeidstidsorganisering hvor ansatte i større grad får fleksibel arbeidstid (Amble 2008b).

Hvordan arbeidstiden organiseres, påvirker de ansattes arbeidstidsfleksibilitet. Sykepleiere har i dag liten grad av arbeidstidsfleksibilitet, med unntak av gode muligheter for deltidarbeid. Forsøk i forskjellige kommuner viser imidlertid at det finnes ulike måter å organisere arbeidet på som øker arbeidstidsfleksibiliteten, også for de som går i hele stillinger. Sykehjem har døgnkontinuerlig drift og dermed behov for arbeidskraft til alle døgnets tider, 7 dager i uka. Framfor å gjøre dette til et problem, kan det sees på som en mulighet for å legge til rette for at sykepleiere får en arbeidstid de ønsker. Noen ønsker nattarbeid, andre ønsker fri faste ettermiddager for å kunne delta på sosiale aktiviteter. Å arbeide intensivt i perioder, for så å få

lengre friperioder, kan også betraktes som et gode. Det finnes mange løsninger om man tør å tenke alternativt. Ikke alle ønsker kan innfris, da mange ønsker fri i helger og på helligdager. Likevel er det mye som tyder på at man i eldreomsorgen kan organisere arbeidet på måter som øker de ansattes arbeidstidsfleksibilitet. Nye løsninger fordrer imidlertid at partene i arbeidslivet er villige til å endre dagens arbeidstidspraksiser, og finne kompromisser som bidrar til gode løsninger for alle parter.

## **2.5 Arbeidets intensitet i sykehjem**

Deltidsarbeid kan ikke forstås isolert fra den sosiale konteksten den faktisk foregår i. Det er derfor viktig å se deltidarbeid i lys av arbeidsvilkårene som tilbys. Allerede tidlig på 80-tallet reagerte forskere på den ensidige fokuseringen på kulturelle forklaringer på kvinners deltidarbeid. Spesielt har arbeidsvilkårstradisjonen stått sterkt i forskningsmiljøet i IFIM (Institutt for industriell miljøforskning). Framfor bare å vise til familieforklaringsmodeller har strukturelle forhold ved arbeidsplassen blitt trukket fram som forklaringer på kvinners yrkesdeltakelse (Kaul og Lie 1980, Kaul 1982, Sørensen 1982, Skaar 1988).

Både internasjonalt og i Norge har det lenge vært snakk om at arbeidslivet er i endring og at arbeidslivet er blitt tøffere (Rønning 2006). Offentlig sektor har de siste 20 årene vært gjennom en rekke omstillingsprosesser i tråd med NPM, i den hensikt å øke effektiviteten (Gullikstad og Rasmussen 2004, Lian 2007, Ellingsæter 2009). Fokus på økt effektivitet fører til at produktivetskravene for de ansatte øker. Flere arbeidsoppgaver skal gjøres på samme eller kortere tid enn før, noe som øker presset på de ansatte (Kvande 2001, Gullikstad og Rasmussen 2004, Rasmussen 2004). Tendensen til økt arbeidspress har de siste årene flatet ut for mange yrkesgrupper, men ikke for ansatte i helse- og sosialsektoren. Studier tyder på at man innenfor denne næringen har hatt et økende arbeidspress over tid (Rønning 2006).

Hvor mye arbeid man utfører i løpet av arbeidstiden, *arbeidstidens intensitet*, har betydning for hvordan arbeidstiden oppleves (Ellingsæter 2009). Når sykepleiere strekker seg stadig lengre for å ivareta kvaliteten i pleien, kan det ha konsekvenser for deres helse og motivasjon for å stå i arbeid. Sykefraværet innenfor helse- og sosialtjenestene ligger langt over gjennomsnittet for alle andre større næringer. Sykefraværet innen helse- og sosialtjenesten

ligger på hele 9,6 prosent, mot gjennomsnittlig 7,6 prosent for alle yrkesgrupper (Berge 2010). Mange opplever å få slitasjeskader og mange blir utbrent. For sykepleiere er fysiske belastninger mest utbredt blant de som arbeider i somatiske sengeavdelinger og innenfor syke- og aldershjem (Abrahamsen 2000a). Enkelte undersøkelser viser at jobbelastninger er en viktig grunn til at mange arbeider deltid (Moland 2009). Deltid kan derfor være en måte ansatte setter grenser i en fysisk belastende arbeidssituasjon. Dette belyses nærmere i avhandlingens artikkel 1 og 2.

Arbeidsintensitet dreier seg ikke bare om *økt arbeidsmengde* og akselerasjon i tempo. Arbeidsintensitet handler også om virkningen av kvalitative aspekter som *krav til kvalitet* i arbeidsutførelsen og til *arbeidstakeres tilgjengelighet* (Ellingsæter 2009). Innen eldreomsorgen har det i økende grad blitt fokus på å heve kvaliteten på tjenestene (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Brukernes behov for tjenester skal imøtekommes gjennom individuelle, fleksible og helhetlige løsninger. Pasientene skal få sikret sine grunnleggende behov til rett tid. Tjenestene skal være virkningsfulle, trygge og involvere brukerne, og utformes slik at mottakerne opplever at de blir respektert og verdsatt (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Stadig nye kvalitetskrav bidrar til å sikre kvaliteten i pleien, men kan samtidig bidra til høyere arbeidsintensitet for de ansatte. Det er de politisk bevilgende organer i kommunene som har ansvar for å utforme rammene som gjør det mulig å drive sykehjemmene lovlig og forsvarlig. I møtet med den enkelte beboer er det imidlertid sykepleieren som har ansvar for å innfri kravene i lover og forskrifter (Hauge 2008).

Arbeid i sykehjem kan være fysisk tungt. Eldre og syke pasienter skal forflyttes, noe som kan innebære tunge løft. Undersøkelser viser at de ansatte er utsatt for belastningslidelser (Abrahamsen 2000a, 2002b). I tillegg til en fysisk belastende arbeidssituasjon, kan det å arbeide turnus være belastende. Studier viser at forskyvninger i døgnrytmen kan ha en rekke negative helseutfall (Fitzpatrick et al. 1999, Bondevik et al. 2006). Turnusarbeid kan også ha negative sosiale konsekvenser. En rullerende arbeidstidsordning kan gjøre det vanskelig å organisere familielivet og å delta på regelmessige aktiviteter (Bondevik et al. 2006, Jamieson et al. 2008). Der arbeidsgiver ikke klarer å ivareta individuelle hensyn i turnusplanleggingen, vil belastningene være større jfr. diskusjonen over om fleksibilitet i turnusarbeid.

I eldreomsorgen har pasientene de senere årene blitt eldre og de får stadig dårligere helsetilstand (Hauge 2008). Utviklingen i pasientenes helsetilstand innebærer ofte nye og mer komplekse arbeidsoppgaver for ansatte i sykehjem. Sykepleiere har en nøkkelrolle i dette arbeidet. Det er sykepleierne som har høyest kompetanse blant pleiepersonalet, og dermed ansvar for kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet. Dette gir sykepleiere ansvar på flere nivå. Foruten ansvar i det direkte møtet med pasienter og pårørende har de også ansvar for dokumentasjon, ledelse av pleieteamet og fagutvikling. I tillegg trenger ufaglærte ansatte opplæring og veiledning for å kunne fungere godt i arbeidet (Hauge 2008). Hvordan sykepleiere opplever at arbeidsintensitet henger sammen med stort ansvar og lite fagmiljø viser jeg i artikkel 2.

Jeg har i dette delkapittelet vist at arbeid i sykehjem er preget av høyt sykefravær, effektivitetskrav, kvalitetskrav, fysisk tungt arbeid, stadig eldre og dårligere pasienter og mye ufaglært arbeidskraft i små stillinger. Alle disse forholdene peker i retning av at det kan være *tungt* å arbeide i sykehjem. Jeg har i avhandlingen vært opptatt av å studere sykepleieres arbeidsvilkår og arbeidets intensitet. I avhandlingens første artikkel utforsker jeg hvordan sykepleier som arbeider i sykehjem opplever arbeidsforholdene. Jeg har samtidig vært opptatt av å studere hvordan sykepleiere med ulik arbeidstid opplever arbeidsvilkårene. I artikkel 2 belyser jeg dette, og diskuterer hvordan sykepleiere med ulik arbeidstid kan oppleve arbeidsvilkårene ulikt. Den paradoksale dobbeltheten jeg finner er at deltidsarbeid ofte kan oppleves som tyngre enn heltidsarbeid. Hvordan dette henger sammen belyses nærmere i artikkel 2.

## **2.6 Tidsvelferd for sykepleiere som arbeider i sykehjem**

Jeg har nå gått gjennom ulike kulturelle og strukturelle perspektiver som kan benyttes som innfallsvinkler til studiet av arbeidstid. Dette leder fram et nytt begrep nemlig *tidsvelferd*. Parallelt med diskusjonen rundt arbeidstakere og arbeidsmengde foregår en diskusjon rundt arbeidstidens kvalitative mening (Amble2008a). Det argumenteres med at det er behov for en flerdimensjonal tilnærming til arbeidstid, der arbeidets kvalitative og meningsbærende sider trekkes inn, i tillegg til dens lengde og organisering (Ellingsæter 2007).

Begrepet *tidsvelferd* belyses ikke direkte i noen av artiklene, men jeg mener det likevel fungerer som et overordnet og samlende begrep for temaet i avhandlingen. Tidsvelferd brukes om velferdskonsekvenser av lønnsarbeidets ulike tidsdimensjoner. Arbeidstakeres tidsvelferd oppstår i spennet mellom arbeidstidens strukturer og rytmer, subjektive erfaringer, prioriteringer og forventninger (Ellingsæter 2007, 2009). Slik blir arbeidstid en flerdimensjonal sosial kategori, som er kompleks, motsetningsfylt og vanskelig å måle (Amble 2008a).

Tidsvelferd for sykepleiere som arbeider i sykehjem handler ikke bare om hvor mange timer de faktisk arbeider. En utvidet forståelse av tidsvelferd innebærer at man må skifte fokus, og rette mer oppmerksomhet mot arbeidstidens innhold (Ellingsæter 2009). Det er mange faktorer som samvirker i å prege lønnsarbeidets tidsvelferd (Ellingsæter 2007). Det er ikke nødvendigvis slik at tidsvelferd henger sammen med redusert arbeidstid. Like viktig kan det være at man har et givende arbeid, at man mestrer arbeidet og at man opplever å ha en god turnus som ivaretar individuelle behov. Internasjonale studier viser også at god kontakt mellom leder og ansatte samt velfungerende team bedrer arbeidsvilkårene i eldreomsorgen (Wicke, Coppin og Payne 2004, Samaha, Lal, Amaha og Wyndham 2007, Kinjerski og Skrypnek 2008). I avhandlingen er jeg opptatt av å belyse ulike sider ved sykepleieres arbeid i sykehjem som gir økt/reduert tidsvelferd. Både i artikkel 1, 2 og 3 tematiseres arbeidsvilkår i sykehjem som kan innvirke på sykepleieres tidsvelferd.

Tidsvelferd innebærer også at det er en god balanse mellom arbeid og familie. Arbeid og familieliv er de to viktigste arenaene for de fleste voksne i det moderne samfunnet, og hvordan man takler samhandlingen mellom dem har stor innvirkning på liv og helse (Innstrand 2010). Tid er en begrenset ressurs, og familier må forholde seg til konkurrerende tidskrav (Kvande 2001). Hva som oppleves som god balanse mellom arbeid og familie varierer. I hvilken grad dette forholdet oppleves som konfliktfylt, påvirkes både av individuelle forhold, makrostrukturer og arbeidsorganisering (Ellingsæter 2007). Hva som oppleves som god balanse i tidsbruk mellom arbeid og familie vil også kunne endres og utvikles over tid, noe jeg går nærmere inn på i artikkel 4.

Siden informantene i denne studien er sykepleiere i slutten av yrkeskarrieren, egner de seg godt til å belyse hvordan kulturelle og strukturelle forhold endres over tid. Da mine informanter fikk barn på 1970- og 80-tallet var det for eksempel langt kortere foreldrepermisjon, samt at det var stor mangel på barnehageplasser. Samtidig var det sterke sosiale forventninger til kvinner som omsorgspersoner. Dette var forhold som innvirket på deres opplevelse av tidsvelferd i form av balanse mellom arbeid og familie. Noen av informantene valgte *familielinja* og var hjemme helt eller delvis store deler av yrkeskarrieren. Andre valgte *arbeidslinja* og arbeidet heltid det meste av yrkeskarrieren. Flere informanter blant de som valgte familielinja, sier at de ville valgt annerledes i dag. Dette viser at opplevelsen av hva som gir tidsvelferd er individuelt, men også at det kan variere over tid.

Hva den enkelte ansatte opplever som tidsvelferd i forholdet mellom arbeid og familie kan også påvirkes av bedriftens tidskultur. Med tidskultur mener jeg da den delen av arbeidstidskulturen som konstruerer normer og krav til ansattes tidspraksiser. Studier av tidspraksiser i enkelte kunnskapsbedrifter, har vist at den ideelle arbeidstakeren bruker mye tid på arbeid, og at det ofte kan eksistere uklare grenser mellom jobb og fritid (Børve og Kvande 2006). Her kan ansatte oppleve et press om å prioritere jobb foran familieliv. I omsorgsarbeid der deltidsarbeid er naturlig gjort, kan arbeidstakere heller trekkes mot familien og dermed jobbe mindre. Den subjektive opplevelsen av tid vil slik kunne påvirkes av bedriftens tidskultur.

## **2.7 Oppsummering**

Jeg har i dette kapittelet gjort rede for teoretiske innfallsvinkler som benyttes for å belyse avhandlingens tema. Disse teoretiske innfallsvinklene danner en faglig ramme for prosjektet, og brukes for å forankre avhandlingens problemstillinger. Avhandlingens overordnede mål er å belyse og drøfte sykepleieres forståelse og opplevelse av arbeidsvilkår, arbeidstid og sammenhengen mellom disse. Jeg har her vist til flere teoretiske perspektiver som jeg har brukt i mitt arbeid.

Strukturasjonsteori bidrar til å belyse både hvordan strukturer påvirker aktørens handlinger, og hvordan aktørens handlinger kan påvirke strukturer. Utviklingen av sykepleieres arbeidstid

kan sees som et samspill mellom sosiale strukturer og aktørenes handlinger. Jeg har i dette kapitlet også vist hvordan kulturelle forventninger til kvinner som omsorgspersoner, fleksibilitet i arbeidet og arbeidets intensitet kan være innfallsvinkler til å studere sykepleieres arbeidstid.

Til slutt i dette kapitlet har jeg gjort rede for begrepet tidsvelferd, et begrep som kan fungere som et overordnet og samlende begrep for tema i avhandlingen. Arbeidstakeres tidsvelferd henger sammen med både arbeidets intensitet, fleksibilitet og balanse mellom arbeid og familie. Opplevelse av tidsvelferd avhenger av at man mestrer arbeidet, og at man opplever en god balanse i sin bruk av tid på arbeid, familie og andre aktiviteter.

Flere teoretiske innfallsvinkler og empiriske studier kan belyse sykepleieres arbeidstid. Ingen teorier eller studier kan sies å belyse den hele og fulle *sannhet*, men hver for seg kan de belyse deler av *virkeligheten*. Gjennom en fenomenologisk, hermeneutisk tilnærming har jeg i denne studien innhentet sykepleieres beskrivelser av sin livsverden. Jeg har tatt utgangspunkt i sykepleiere som er i slutten av yrkeskarrieren, og som arbeider på sykehjem. Det er deres forståelse og opplevelse av arbeidsvilkår og arbeidstid som analyseres. Mange andre studier belyser kvinners arbeidstid, og viser hvordan fenomenet deltid er sammensatt. Informantene i denne studien egner seg til å belyse utviklingen av sykepleieres arbeidstid og arbeidsvilkår i et historisk perspektiv, da de mer eller mindre har vært yrkesaktive mens deltidskulturen har blitt etablert. De kan også belyse hvordan arbeidsvilkår og arbeidstid oppleves og forstås av kvinner som er i slutten av yrkeskarrieren, og som ikke lengre har omsorg for små barn.



### **3 Metodologi og praktisk metode**

Artiklene i denne avhandlingen bygger på kvalitative dybdeintervju med sykepleiere som er 56 år eller eldre, og har eller har hatt, arbeidstilknytning til sykehjem. Hensikten har vært å forstå fenomener, variasjoner og sosiale prosesser knyttet til arbeidsforhold, arbeidstid og pensjonering. Metodologiske valg baserer seg på problemstilling og hva slags kunnskap man ønsker å få frem (Fog 1994). Kvalitativ metode benyttes når en er mer opptatt av det spesielle enn det generelle. Kvalitative undersøkelser gir innsikt i grunntrekk og særpreg i et bestemt miljø, og gir slik et mer utfyllende bilde av prosessene bak et fenomen. Formålet er å oppnå dypere innsikt og forståelse (Repstad 1998, Schmidt og Dyhr 2003). Jeg har valgt å benytte kvalitative intervjuer fordi denne tilnærmingen egner seg spesielt godt når en ønsker å fange opp helheten ved et spesifikt fenomen. Alle artiklene bygger på hele datamaterialet.

I den første delen av dette kapitlet gjøres det rede for oppgavens metodologiske utgangspunkt. I andre del vil jeg beskrive forskningsprosessen og den praktiske metoden for prosjektet.

#### **3.1 Oppgavens metodologiske utgangspunkt**

Studien har en fenomenologisk, hermeneutisk tilnærming. En slik tilnærming innebærer å innhente fyldige beskrivelser med utgangspunkt i informantenes livsverden, og en tolkende lytting til det mangfold av betydninger som ligger i intervjupersonenes uttalelser. Analyse og fortolkning skjer som en dialektisk bevegelse mellom deler og helhet og mellom forforståelse og tekstens enkelte deler, helheten i teksten, refleksjon og teori (Kvale 1997, Gadamer 1999, Alvesson og Sköldbberg 2008).

Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer (Thagaard 2010). Dette innebærer å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter (Kvale og Brinkmann 2010).

Hermeneutikk er fortolkningsvitenskap og oppsto på 1500- tallet som et forsøk på å angi noen metoderegler for teksttolkning. Hermeneutikken tar utgangspunkt i den forforståelsen eller de fordommer forskere bringer med inn i forskningsprosessen (Fredslund 2003). Når forskere skal forstå, tolke, finne ut av mening og hensikt, kan man benytte den hermeneutiske sirkelen som metode. Med den hermeneutiske sirkel menes en sirkel av meningsdeler og meningshelhet. Betydningen av tekstens enkelte deler bestemmes av tekstens samlede betydning, og tekstens samlede betydning eksisterer kun i kraft av meningsdelene. Prosessen veksler mellom å se helheten og å studere enkeltdeler (Fredslund 2003). Å bruke sirkelen som bilde kan føre til misforståelser. En sirkel vender tilbake til utgangspunktet, og der tankene bare går i sirkel skjer det ingen vekst og utvikling. Derfor har mange justert dette bildet ved å kalle bevegelsen en hermeneutisk spiral (Aadland 2004). I en spiral går utviklingen videre, en ser delene i en helhet, deretter ser en delene i lys av en "ny helhet" før en igjen ser "den nye" helheten i lys av delene. Slik veksler en mellom å se helheten og delene, hvor målet er å få en dypere forståelse av delene.

Gjennom en fenomenologisk, hermeneutisk tilnærming har jeg innhentet sykepleieres beskrivelser av arbeidsvilkår og arbeidstid i sykehjem. Informantenes selvforståelse har igjen blitt tolket i et faglig perspektiv. For eksempel har jeg sett informantenes opplevelse av arbeidsforhold i lys av teorier om New Public Management (Jfr. artikkel 1 i avhandlingen).

Jeg har gått inn i intervjuutskriftene og tolket delene, vekselvis mellom å fokusere på delene og helheten. Det kan være flere tolkningsmåter på samme tekster, det er ikke nødvendigvis én tolkningsmåte som er riktig. Jeg har lagt vekt på å begrunne min tolkning fra mitt teoretiske og analytiske perspektiv, slik at andre kan se og vurdere min tolkningsprosess. I motsetning til positivistiske tradisjoner, krever ikke hermeneutikken at sannheten skal være målbar. Hermeneutikken er opptatt av betydning, en ser på hva som blir hevdet, og på hvilken måte de hevder at dette er gyldig.

Å forsøke å forstå fenomener er grunnleggende i menneskers tilværelse. All forståelse viser imidlertid tilbake på en forforståelse. Gjennom veksling mellom forforståelse og nye erfaringstolkninger bygger vi ut vår språkforståelse, våre grunnleggende trosposisjoner om hvordan verden henger sammen, og vi samler opp et reservoar av personlige erfaringer

(Aadland 2004). Forforståelsen bygger på egne erfaringer i forbindelse med forskningstemaet, teoretiske tankeganger, kvantitative data eller andre undersøkelser (Holter 1996). Jeg er selv sykepleier og har jobbet både som sykepleier og leder ved sykehjem. I tillegg har jeg vært politiker og sittet i kommunestyre og formannskap. Å ha kjennskap til organiseringen av arbeidet i sykehjem har vært positivt, fordi jeg kjenner igjen rutinene og arbeidsoppgavene sykepleierne beskriver og det begrepsapparatet de bruker. Taus kunnskap som ikke lar seg formidle gjennom intervju kan være lettere å forstå for en forsker som kjenner feltet godt. Men, det kan også innebære at ting forblir usagt fordi de tas for gitt, eller at forskeren ikke registrerer ulike forhold fordi hun er en del av kulturen, og disse forholdene er internalisert. Informantene visste at jeg var sykepleier, og tok noen ganger for gitt at det var ting jeg visste. For eksempel kunne de under intervjuer si: ”*Ja, men det vet jo du som er sykepleier*”. Jeg svarte da at selv om jeg kunne kjenne igjen situasjonen, så ønsket jeg at de beskrev den.

Min erfaring som leder, sykepleier og politiker har gjort at jeg tidligere har sett forskningsfeltet fra flere sider. Jeg har vært knyttet til feltet som yrkesutøver, samtidig som jeg som leder og politiker også har sett feltet utenfra og med andre ”briller”, hvor andre forhold kom i fokus. Når jeg nå som forsker studerer sykepleieres opplevelse av arbeidsforhold og arbeidstid i sykehjem, vet jeg samtidig noe om hvordan dette kan oppleves både fra arbeidsgivers og arbeidstakers ståsted. Samtidig har denne prosessen vist meg at ulike arbeidsgivere og arbeidstakere opplever og forholder seg til arbeidsforhold og arbeidstid svært ulikt.

Skjervheim (1976) beskriver samfunnsviteres forhold til de som studeres som et subjekt-subjekt-forhold. Han beskriver forskeren som et subjekt, et selvbestemmende, handlende og begrunnende vesen. Men også de som studeres er subjekter med vilje og bevissthet. Giddens (1984) har beskrevet dette som ”doppelthermeneutikk”. Forskeren registrerer og fortolker allerede foreliggende fortolkninger i den sosiale virkeligheten. Det betyr at begreper og innsikt kan flyte i begge retninger, fra forskningen til samfunnet og fra samfunnet til forskningen. Man kan stå overfor to problemer i slike dialoger. I samtale med andre kan vi komme til å over- eller underidentifisere oss med deres holdninger og synspunkter. Altså risikerer man ”for stor nærhet” (going native), eller ”for stor distanse”. Samtidig, dersom man ikke kommer tilstrekkelig nær de studerte aktørene, står en i fare for ikke å forstå dem på deres egne premisser (Kalleberg 1996).

Noe av kjernen i de kvalitative fremgangsmåter er forholdet mellom forskeren og informanten. Dette er et samarbeid der den kulturelle rammen for både forskeren og informanten må komme fram, og der man til dels forhandler seg frem til felles meningsrammer eller diskurser (Holter 1996). En av utfordringene mine som forsker har vært å veksle mellom tilstrekkelig nærhet og tilstrekkelig distanse. Min bakgrunn gjør at jeg som forsker kjenner feltet godt, og har en forståelse for meningsrammene og diskursene. Det å kjenne kulturen innebærer imidlertid også en fare for at en ikke stiller alle spørsmålene, at en tar ting for gitt. For å unngå å bli for nære (going native), har jeg sammen med en annen erfaren forsker, som ikke er sykepleier, diskutert intervjuguiden før intervjuene startet. I tillegg har denne forskeren gått gjennom to ferdigtranskriberte intervju, og gitt tilbakemelding på framgangsmåten under intervjuet. Samtidig har jeg underveis selv vært bevisst min rolle og bakgrunn. Jeg har forsøkt å bruke mine kunnskaper konstruktivt, og samtidig vært åpen for å forstå hver enkelt sykepleiers opplevelse av sin individuelle situasjon.

Jeg opplever selv at min hermeneutiske *sirkelspiral* gjennom forskningsprosessen har *skrudd* seg gjennom forforståelse, tekstens enkelte deler, helheten i teksten, refleksjon og teori. Jeg har altså brukt den hermeneutiske sirkel både i vekslingen mellom å se helheten i teksten og delene, men også i vekslingen mellom forforståelse og erfaringstolkning.

### *Retroduksjon*

De metodene som kalles for kvalitative, er mange og teknisk ulike. Jeg har som utgangspunkt at jeg ønsker å fortolke sykepleieres arbeidstid og arbeidsforhold i sykehjem ved hjelp av eksisterende samfunns-teori. Jeg ønsker å knytte teori og empiri sammen ved å benytte Ragins (1994) metodologi som representerer en tredje vei mellom induksjon og deduksjon, og kalles retroduksjon. Dette innebærer en kontinuerlig dialog mellom empiri- og teoriplanet gjennom hele forskningsprosessen, framfor å se disse som adskilt.

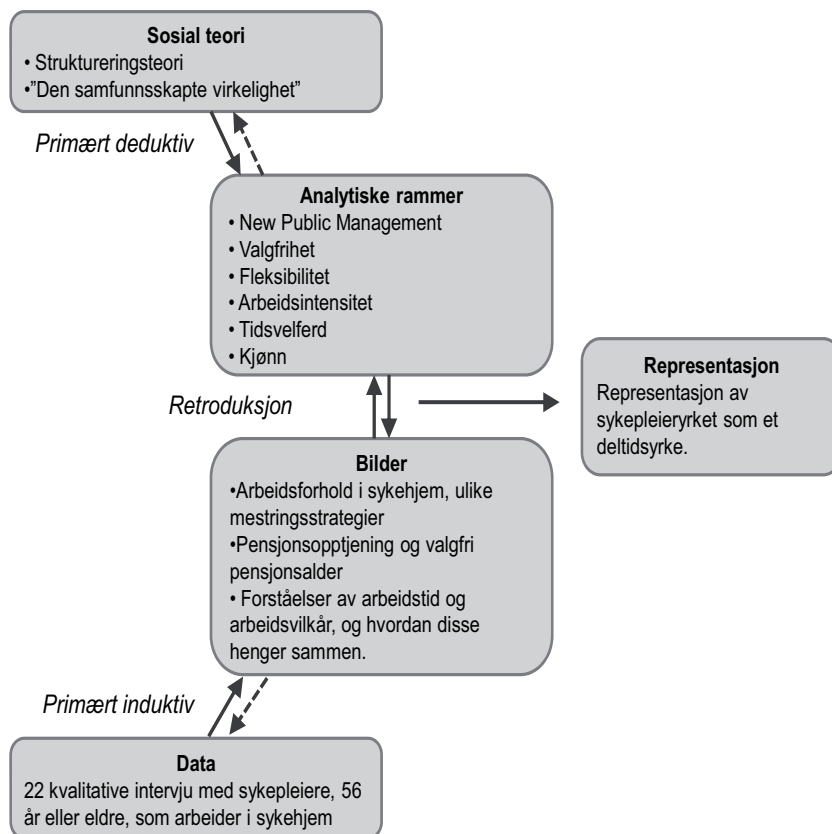
Ragin beskriver en modell i fire nivåer, de to ytterste nivåene er ideer (ideas/social theory) og data (evidence). Disse nivåene konkretiseres i de neste nivåene; konstruerte bilder og analytiske rammer for slik å bringe sammenheng i dataene. Dataene summeres, og slik prøver

en å relatere dataene tilbake til det som først motiverte for innsamling av data (Ragin 1994:68). Rammene på sin side oppstår gjennom konkretisering av teoretiske ideer, i forhold til det sosiale fenomen som studeres. Når bildene er beskrevet, vil en se disse i lys av rammene og beskrive det som Ragin kaller ”representations of social life” (Ragin 1994:72-73).

I analysen har jeg benyttet Ragins modell i den forstand at jeg har pendlet mellom bilder og rammer, eller det som Ragin beskriver som en dialog mellom rammer og bilder. Gjennom prosessen har bilder og rammer påvirket hverandre gjensidig og slik har jeg forsøkt å forklare fenomenene. For eksempel har jeg benyttet NPM som analytisk ramme i dialogen med ”det konstruerte bildet” av sykepleiernes arbeidsforhold. Til slutt kulminerer dialogen ved representasjon av sykepleieres arbeidsforhold i sykehjem. Representasjonene er teoretisk konstruerte og systematiske beskrivelser av empiriske fenomen (Ragins 1994). Det er bildene som er bygget opp fra dataene, som utgjør hoveddelen av representasjonen. De analytiske rammene bidrar til at bildene skapes og forstås i en sammenheng. De endelige representasjonene vil altså sammenfatte de ulike bildene som er konstruert og de analytiske rammene (Ragin 2004).

Elementene i Ragins modell er felles for flere typer samfunnsvitenskapelig forskningsdesign. Likevel foregår dialogen mellom bilder og rammer ulikt i kvalitative og kvantitative design. Mens de analytiske rammene er nokså låste i kvantitative studier, er de mer flytende og fleksible i kvalitative studier (Ragin 1994). Gjennom de 4 årene denne avhandlingen har blitt til, har de analytiske rammene endret seg kontinuerlig etter hvert som funn har blitt kategorisert og tolket. For eksempel har valgfrihet blitt relevant som ramme underveis i forskningsprosessen. Dette skjedde på grunn av funn omkring sammenhengen mellom sykepleieres arbeidstidstilpasninger gjennom yrkeskarrieren og deres mulighet til å velge pensjonsalder (Jfr. artikkel 4). Teorier omkring pensjonsalder har imidlertid blitt mindre relevant enn først antatt.

**Figur 1. Charles Ragins (1994) modell anvendt på studiet av sykepleieres arbeidsvilkår og arbeidstid**



### 3.2 Praktisk metode

Studien som ligger til grunn for avhandlingen, benytter et kvalitativt forskningsdesign og inneholder en analyse av dybdeintervju med 22 sykepleiere i aldersgruppen mellom 56 og 69 år. Alle informantene hadde arbeidstilknytning til et sykehjem. Dette ved at de arbeidet ved et sykehjem nå, eller de hadde gått av med pensjon siste 2 år, men før det arbeidet ved sykehjem.

### *Utvalg*

Kvalitative studier baserer seg på strategiske utvalg, noe som innebærer at man bevisst velger informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen (Thagaard 2010). På bakgrunn av problemstillingene i prosjektet satte jeg opp noen kriterier for utvalg av informanter. Disse kriteriene gikk ut på at jeg ønsket informanter som:

1. Enten arbeidet ved et sykehjem nå, eller de hadde gått av med pensjon siste 2 år, men før det arbeidet som sykepleier ved et sykehjem.
2. Var i aldersgruppen 56 år og eldre. (I utgangspunktet ønsket jeg informanter som var 57 år eller eldre. Jeg fikk imidlertid tidlig kontakt med en informant som var 56 år og arbeidet fulltid. Jeg valgte å intervju henne, og la dette inngå i datamaterialet).

Det er flere grunner til at jeg valgte å intervju sykepleiere som hadde arbeidstilknytning til sykehjem. For det første vil demografiske endringene de neste tiårene medføre en langt høyere andel eldre med behov for omsorg, noe som igjen fører til at behovet for sykepleiere innen eldreomsorgen vil øke. Dessuten sliter eldreomsorgen med å rekruttere sykepleiere. Andelen ansatte med høgscoleutdanning i helse- og sosialfag er lav, og omsorgstjenesten er fortsatt kjennetegnet ved å ha en svært høy andel personell uten formell helse- og sosialfaglig utdanning (St.meld. nr. 25 2005-2006). I tillegg er omfanget av deltid spesielt stort i eldreomsorgen (Amble 2008b).

En måte å rekruttere helsepersonell til eldreomsorgen er å satse på nyutdannede. Det er gjort flere undersøkelser omkring yngre sykepleieres yrkesvalg og årsaker til at yngre sykepleiere velger å slutte i yrket (Abrahamsen 2000a, 2002b, 2003). Andre strategier for å øke tilgangen på helsepersonell til eldreomsorgen, er å beholde de man allerede har, få flere til å arbeide mer og forlenge sykepleieres yrkeskarrierer. På bakgrunn av dette har jeg valgt å rette fokus mot sykepleiere i slutten av yrkeskarrieren. Målet har blant annet vært å frambringe ny kunnskap om eldre sykepleieres forståelse av arbeidsvilkår og arbeidstid og sammenhengen mellom disse.

En annen viktig grunn til at jeg valgte å fokusere på sykepleiere i slutten av yrkeskarrieren, er at de sitter på verdifull kunnskap om sykepleieryrkets utvikling. De har mer eller mindre deltatt i yrkeslivet gjennom de siste 30-40 årene, og har erfart både yrkesmessige og samfunnmessige endringer. Det er i denne perioden deltidskulturen innen sykepleieryrket har blitt etablert. Dette gjør utvalget godt egnet til å belyse problemstillingene i avhandlingen.

Et annet valg jeg har gjort er å intervjuer både sykepleiere som er i jobb, og sykepleiere som har gått av med pensjon siste 2 år. Bakgrunnen for dette er at jeg ønsket å se på beslutningsprosessen rundt valg av pensjonsalder, og da kan både de som fortsatt arbeider og de som nylig har gått av med pensjon bidra til å belyse dette. Jeg valgte å sette en grense på 2 år etter de hadde gått av med pensjon, fordi det var viktig at sykepleierne hadde beslutningsprosessen friskt i minne. Jeg hadde ingen øvre aldersgrense for valg av informanter, da jeg mener det er viktig å se på bakgrunnen for at sykepleiere velger å arbeide lengre enn fastsatt pensjonsalder.

23 sykepleiere ble forespurt om å delta i prosjektet, hvorav 22 ønsket å delta. Den ene som ble forespurt, men ikke deltok, hadde ikke anledning til å delta på det tidspunktet, og ba om at jeg skulle ringe tilbake etter noen måneder hvis det fortsatt var behov for flere informanter. Da jeg etter 22 intervjuer mente jeg hadde nok materiale, ble ikke dette gjort.

Jeg anså det som viktig at flest mulig av informantene som ble forespurt deltok. Derfor strakk jeg meg langt for å få gjennomført intervjuene, selvsagt innenfor informantenes egne ønsker. For eksempel var det flere sykepleiere som ikke hadde bil, og som derfor var avhengig av at intervjuene foregikk på et bestemt sted til et visst klokkeslett. En sykepleier mente det var vanskelig å komme seg til et egnet lokale utenfor arbeidstiden. Det endte med at intervjuet foregikk på natten, da hun hadde mulighet for å sette av tid til et intervju under nattevakten.

#### *Kjennetegn ved informantene*

Det kvalitative utvalg skal sikre at ulike typer respondenter, situasjoner, prosesser og sammenhenger er med i utvalget. Forskeren leter etter visse typer av begivenheter, ikke etter deres hyppighet (Holter 1996). Informantene var fra 13 ulike sykehjem og 19 forskjellige



avdelinger. De kom fra 3 ulike fylker fordelt på 7 forskjellige kommuner. Jeg valgte å finne flere informanter fra samme kommune og fra samme sykehjem der det var mulig. Dette for å se på hvorvidt ulike informanter fra samme kommune og eventuelt samme sykehjem vurderte arbeidsforholdene på samme måte. Jeg intervjuet både sykepleiere som var gifte, enslige og samboere. Dette har bidratt til at jeg har fått fram hvordan valg av pensjonsalder framstår for sykepleiere med ulik sivil status. Informantene hadde også hatt ulik arbeidstid gjennom yrkeskarrieren. Dette har ført til at jeg har kunnet beskrive hvordan sykepleiere med ulik arbeidstid opplever arbeidsforholdene, samt belyse hvordan ulik arbeidstilknytning gjennom yrkeskarrieren innvirker på pensjonsopptjening og valg av pensjonsalder.

**Tabell 1. Oversikt over informanter**

Informant	Alder	Yrkes-aktiv	Sivil status	Arbeids-sted	Barn	Barne-barn	Kommune*	Stillingsprosent
1	62	Ja	Gift	Somatisk	2	0	A	60 %
2	62	Nei	Gift	Somatisk	3	4	B	75 %.
3	56	Ja	Gift	Somatisk	3	2	C	75 % fast + 25 % vikariat.
4	62	Ja	Gift	Somatisk	3	5	A	80 %
5	59	Ja	Gift	Somatisk	4	0	D	50 % (sa frivillig opp 25 % pga helseplager)
6	60	Ja	Gift	Somatisk	5	8	C	80 %.
7	59	Ja	Gift	Skjermet	3	9	E	50 %.
8	62	Ja	Gift	Somatisk	2	2	E	100 %.
9	63	Ja	Skilt, ny samboer	Somatisk	3	5	E	35 %.
10	64	Nei	Gift	Somatisk/skjermet	3	4	E	50 %.
11	65	Nei	Skilt	Somatisk	4	3	F	100 %.
12	60	Ja	Gift	Skjermet	2	1	F	80 %.
13	60	Ja	Gift	Somatisk	2	2	F	100 %.
14	60	Ja	Gift	Skjermet	2	1	F	75 %.
15	59	Ja	Skilt	Somatisk	1	0	F	50 %.
16	69	Nei	Gift	Somatisk	4	7	C	75 %
17	65	Ja	Gift	Somatisk	3	2	G	75 %.
18	63	Ja	Gift	Somatisk	3	0	G	50 %.
19	68	Ja	Gift	Somatisk	5	8	G	75 %.
20	63	Nei	Gift	Skjermet	3	6	C	100 %.
21	64	Nei	Gift	Somatisk	3	4	C	59 %.
22	61	Ja	Gift	Somatisk	7	2	A	50 %.

\* D og G er små kommuner med under 10 000 innbyggere

A, B, C og E er mellomstore kommuner med 10-25000 innbyggere

F er en stor kommune med over 25 000 innbyggere

\*\*Innebærer stillingsstørrelse nå/eller da informanten gikk av med pensjon.

### *Tilgang til felt*

I mitt arbeid ved sykepleierutdanningen i HiNT, har jeg opparbeidet meg et stort kontaktnett av sykepleiere ved helseinstitusjoner i ulike kommuner. Gjennom oppfølging av studenter i praksis møter jeg og mine kolleger sykepleiere som arbeider i pleie og omsorgssektoren. Dette kontaktnettet har jeg brukt for å få tilgang til informanter. I tillegg har jeg kontakter ved Høgskolen i Sør-Trøndelag som har vært hjelpelige med å skaffe informanter.

Etter at intervjuene var i gang, tipset også mine informanter meg om andre sykepleiere som var aktuelle. Denne metoden kalles ofte snøballmetoden. Her rekrutteres informanter ved å forhøre seg om hvilke personer som vet mye om det temaet som undersøkes. Disse personene kan kanskje vise til andre informanter som det kan være aktuelt å ha med i undersøkelsen (Johannessen og Tufte 2002). 2 informanter ble rekruttert ved hjelp av snøballmetoden.

Underveis i prosessen så jeg at jeg manglet informanter fra en stor kommune og fra små kommuner. Da kontaktet jeg ulike ledere og administrativt ansatte ved ulike sykehjem og spurte om de hadde informanter som var i tråd med mine utvalgskriterier, og om de kunne være mellomledd mellom meg og mine informanter. Disse lederne distribuerte brev til aktuelle informanter. Etter 1-2 uker tok jeg igjen kontakt med de ulike lederne og administrativt ansatte for å høre om det var informanter som ønsket å delta i undersøkelsen. Deretter tok jeg kontakt med de informantene som hadde gitt samtykke.

### *Etiske refleksjoner*

En intervjuundersøkelse er et moralsk foretakende. Interaksjonen som skjer i intervjusituasjonen påvirker den intervjuede, og kunnskapen som produseres i intervjuet påvirker vårt syn på menneskets situasjon. I følge Kvale (1997) er det tre etiske regler for forskning på mennesker: Det informerte samtykke, konfidensialitet og konsekvenser.

Det var viktig å informere om prosjektet på en slik måte at potensielle informanter kunne føle seg frie til å delta. Et informert samtykke innebærer at intervjupersonene informeres om undersøkelsens overordnede mål, om hovedtrekkene i prosjektplanen og om mulige fordeler og ulemper med å delta i forskningsprosjektet. Informert samtykke betyr også at forskeren får

intervjupersonene til å delta på frivillig basis, og opplyse om at de kan trekke seg når som helst (Kvale 1997). Da jeg hadde navn på aktuelle informanter sendte jeg de et brev med informasjon om prosjektet med forespørsel om de kunne tenke seg å delta. Jeg la vekt på at det var helt frivillig å delta, og at de når som helst kunne trekke seg. Uken etter ringte jeg og spurte om de kunne tenke seg å delta.

I brevet informantene fikk tilsendt, ble de informert om at intervjuet kunne foregå på sykehjemmet der de jobbet eller en annen egnet plass, og at det var opp til informantene hvor de ville at intervjuet skulle foregå. 2 intervju foregikk hjemme hos informantene, 3 intervju ble gjort på et lokale knyttet til lokal høgskole og 17 intervju ble gjennomført på sykehjemmet der de arbeidet eller hadde arbeidet tidligere. Informantene ble opplyst om at de når som helst kunne trekke seg, noe ingen gjorde. Tvert imot ga de fleste uttrykk for at de syntes deltakelsen var spennende, og at det var spesielt viktig å beskrive arbeidsforholdene i sykehjem.

Konfidensialitet i forskningen medfører at man ikke offentliggjør personlige data som kan avsløre intervjupersonens identitet (Kvale 1997). Ved hjelp av diktafon ble alle intervjuene tatt opp, etter aksept fra informantene. Etter prosjektet er ferdig, vil jeg slette disse opptakene. I avhandlingen vil jeg beskytte intervjupersonenes identitet ved å ikke nevne navnene deres eller annen informasjon som kan være med på å avsløre deres identitet.

Konsekvensene av en intervjustudie bør vurderes med hensyn til mulig skade som kan påføres intervjupersonene (Kvale 1997). I min studie var det i utgangspunktet lite sensitiv informasjon som kunne komme fram under intervjuet. Men, noen av informantene fortalte om spesielle hendelser, både fra privatliv og arbeidssituasjon, som tydelig hadde preget dem. To av informantene gråt under deler av intervjuet. I slike intervjusituasjoner, hvor følelsesmessig informasjon kom, forsøkte jeg å la informantene prate ut i en lengre periode hvor jeg lyttet aktivt. Noen ganger informerte jeg om at de kunne stoppe intervjuet eller at de ikke behøvde å svare på spørsmålet. Ingen ønsket å stanse intervjuet, og flere informanter ga uttrykk for at de ønsket å få fram informasjonen, men at det var litt vanskelig å uttrykke seg. Løsningen ble at vi tok korte pauser, der informantene fikk hente seg litt inn og tenke gjennom hvilken informasjon de ønsket å gi. Flere informanter holdt tilbake informasjon i starten av intervjuet, men kom tilbake til beskrivelser av vanskelige opplevelser senere i intervjuet. Det var viktig å

unnå at informantene sa ting de senere kunne komme til å angre på. Informantene ga uttrykk for at selv om det var ting det var vanskelig å sette ord på, var det viktig for dem at det de ønsket å formidle kom fram.

### *Datainnsamling*

Ordet intervju dekker en lang rekke forskjellige metoder. I den ene enden av skalaen er det strukturerte, standardiserte, kvantitative intervju, hvor spørsmålene er formulert på forhånd og svarene innsettes i faste svaralternativer. I den andre enden er det helt åpne intervju, hvor verken temaene eller spørsmålene er formulert på forhånd (Schmidt og Dyhr 2003).

Datainnsamlingen påvirkes av forskerens bakgrunnskunnskaper, erfaringer og perspektiver, så vel som av den informasjonen informantene har kunnskaper om eller er villige til å formidle til forskeren (Downe-Wamboldt 1992).

På bakgrunn av problemstillingene, teoretisk utgangspunkt, egne erfaringer fra feltet og tidligere forskning omkring temaet utarbeidet jeg en semistrukturert intervjuguide. Jeg hadde et ønske om å komme nær informantene, og forstå forskningsfeltet gjennom deres beskrivelser. I halvstrukturerte intervjuer har forskeren en rekke temaer som skal dekkes, og forslag til spørsmål. Samtidig er det åpent for forandringer, både i rekkefølge og spørsmålsform slik at intervjueren kan følge opp svarene og historiene han eller hun får av intervjupersonen (Kvale 1997). Som grunnlag for intervjuene hadde jeg en liste med temaer med flere forberedte spørsmål til hvert tema (se vedlegg). Rekkefølgen på temaene var irrelevant, og det varierte i hvilken grad temaer og spørsmål ble belyst i det enkelte intervju. Denne intervjuformen ga informantene frihet til å fortelle sine historier med egne ord. Det virket som spørsmålene mine stimulerte informantene til å fortelle. Det var imidlertid jeg som definerte intervjusituasjonen, presenterte samtaletemaene og styrte intervjuene gjennom å stille spørsmål. Noen av spørsmålene var åpne, mens andre var lukket. For eksempel ba jeg informantene beskrive en vanlig arbeidsdag. Dette var et åpent spørsmål hvor jeg fikk mange ulike beskrivelser og erfaringer som sa noe om hvordan det er å arbeide på et sykehjem. I tillegg ba jeg informantene beskrive bemanningen på dag-, kveld- og nattevakter, i tillegg til belegget på sykehjemmet der de arbeidet. Dette er eksempel på mer lukkede spørsmål som ble stilt.

Fordelen ved å benytte en åpen, fenomenologisk tilnærming under intervjuet er at informanten står fritt til å utforme sine svar, og gjennom svarene vil informantene presentere kriterier for hvordan vedkommende forstår sin situasjon. Fordelen med en mer strukturert tilnærming er at svarene er mer sammenlignbare. Dette fordi intervjuene gir informasjon om de samme temaene, men fra forskjellige personer (Thagaard 2010). Jeg valgte å bruke en semistrukturert intervjuguide, fordi jeg på forhånd hadde flere emner jeg ønsket å belyse. Jeg ønsket å gå i dybden på disse emnene gjennom å la informantene fritt og med egne ord belyse de emnene jeg hadde valgt ut, samtidig som jeg hadde behov for å konkretisere noe gjennom mer lukkede spørsmål. Gjennom denne intervjuformen kom det også fram andre emner informantene mente var viktige, og som jeg ikke hadde hatt fokus på tidligere. For eksempel var det en informant som beskrev yngre og eldre arbeidstakere som forskjellige. Dette emnet tok jeg med meg videre og spurte senere informanter om hvordan de opplevde dette.

#### *Gjennomføring av intervjuene*

Intervjuene ble gjennomført fra desember 2007 til juni 2008. På bakgrunn av at jeg var opptatt av den enkelte sykepleiers familie- og yrkeshistorie, samt opplevelse av arbeidsvilkår, valgte jeg å intervju en person av gangen. Fordelen med å intervju informantene enkeltvis kan være at personen forteller om emner han eller hun ikke ville fortalt om dersom det var andre til stede (Kvale 1997).

Under intervjuet la jeg vekt på å lytte aktivt, og med bakgrunn i mine forutantakelser samtidig tolke det informantene sa. Samtidig dukket det opp nye momenter og perspektiver som gjorde at jeg måtte frigjøre meg fra intervjuguiden og min forforståelse. En hermeneutisk tilnærming medfører en tolkende lytting til det mangfoldet av betydninger som ligger i intervjupersonens uttalelser, med særlig vekt på muligheten for stadige omtolkninger innenfor intervjuets hermeneutiske sirkel (Kvale 1997).

Jeg startet med to pilotintervjuer som ble tatt opp på bånd. Her testet jeg om den semistrukturerte intervjuguiden fungerte slik at jeg fikk belyst de emnene jeg ønsket å belyse. Som nevnt over leste en erfaren forsker gjennom intervjuene etter de var transkribert. Hun ga konstruktive tilbakemeldinger og forslag til hvordan jeg kunne forbedre datainnsamlingen.

Begge pilotintervjuene inneholdt relevant informasjon, og jeg har valgt å la de inngå i datamaterialet.

Da jeg traff informantene hadde jeg på forhånd kommunisert med dem pr. brev og telefon. Likevel startet jeg intervjuene med å presentere meg og informere kort om prosjektet. Dette for å bidra til en avslappet stemning og la informantene bli kjent med- og trygg på meg. Jeg åpnet også for at de kunne stille spørsmål. Selve intervjuet startet etter denne åpningssamtalen. Alle informantene ga tillatelse til å ta opp intervjuet på diktafon. Intervjuene hadde ulik varighet, det korteste tok 55 minutter, mens det lengste var på 1 time og 50 minutter. De fleste var mellom 75 og 90 minutter.

Under selve intervjuene tilstrebet jeg å skape en avslappet stemning. Noen av informantene var innledningsvis urolige og nervøse. Dette gjorde at noen snakket raskt og mye om mange tema, mens andre svarte svært kort på spørsmålene. Etter hvert som de ble mer kjent med meg og intervjuformen, i tillegg til at vi hadde drukket litt kaffe, opplevde jeg at informantene ble tryggere, og vi etablerte en relasjon og et tillitsforhold. Dette gjorde at de etter hvert åpnet seg mer og fortalte utfyllende både om egen arbeidssituasjon og privatliv.

Når intervjuet nærmet seg slutten, informerte jeg om dette, og spurte om informantene ønsket å tillegge noe, eller om det var noe annet de ønsket å si om emner som ikke var berørt. Denne debriefingen fortsatte etter at diktafonen var avslått. Flere informanter ble da mindre formelle og fortalte friere om tema vi tidligere hadde snakket om under intervjuet.

Etter intervjuene var over brukte jeg noen minutter på å tenke gjennom og skrive ned det som hadde kommet fram i løpet av intervjuet og den personlige interaksjonen. Disse umiddelbare inntrykkene, basert på meg som intervjuers nære tilgang til meningene som ble uttrykt, har vært verdifulle og viktige gjennom analysen, og utgjør et materiale jeg stadig har kommet tilbake til.

Selve intervjusituasjonen var krevende. Ambisjonen om å skape en avslappet stemning, og legge forholdene til rette for at informantene åpent kunne beskrive sine erfaringer, var en

utfordring som satte på prøve alle de egenskaper jeg måtte ha av tilstedeværelse, lytteevne, kreativitet og konsentrasjon. Aktiv intervjuing er dessuten en kontinuerlig fortolkende praksis, noe som er en krevende øvelse (Gubrium & Holstein 2003). Særlig krevende opplevde jeg alle de avgjørelser og valg som, basert på fortolkningene, måtte tas underveis i samtalen. Blant annet dreide det seg om hvilke oppfølgingsspørsmål som skulle komme, når de skulle komme og hvilken form de skulle ha. Mye fortolkningsarbeid foregår under selve intervjuet. Alvesson og Sköldberg kaller det primærtolkning og mener med det alle de tolkninger som gjøres underveis og som fører til valg og retning i intervjuet (2008). Det som skjer under intervjuet, i det diskursive rommet som skapes, er helt klart av svært avgjørende betydning for det materialet jeg sitter igjen med etter intervjuet, og som danner fundamentet for hele det empiriske prosjektet.

### *Analyse*

Jeg foretok selv alle intervjuene og alle transkripsjonene. Jeg kondenserte alle intervjuene og har til sammen lest dem svært mange ganger. Gjennom hele prosessen har jeg hatt dataene lett tilgjengelig, og har stadig gått tilbake til *rådataene*. Jeg opplever at jeg kjenner materialet svært godt, og at det er et oversiktlig materiale.

Et fremtredende trekk ved den kvalitative forskningen er analysens fremtredende plass gjennom hele forskningsprosessen. Analysen er ikke noe som bare utarbeides i en eller to faser, den formes under intervjuet, materialbehandlingen og formidlingen (Holter 1996). Å analysere den informasjonen jeg fikk var en viktig del av arbeidet både underveis og i etterkant av intervjuene. Jeg har underveis reflektert over informasjonen, og fortløpende notert ulike funn både under intervjuene, transkripsjonen og kondenseringen.

Alle intervjuene ble transkribert i hele sin lengde etter hvert som de ble foretatt. Straks etter intervjuet laget jeg et sammendrag, hvor jeg beskrev hvordan jeg opplevde intervjusituasjonen og personen jeg intervjuet. I tillegg beskrev jeg hvordan jeg mente metoden fungerte, og hvordan jeg under intervjuet hadde tolket og analysert det informanten sa underveis. Dette var nyttige kommentarer som jeg brukte under kategoriseringen.

Når dataene var transkribert, gikk jeg videre i å analysere teksten og konstruere bilder med utgangspunkt i dataene jeg hadde. Det finnes ulike verktøy for å gjøre dette, de fem vanligste er fortetting, kategorisering, narrativ strukturering, tolkning og ad hoc-metoder (Kvale 1997). Jeg har i denne studien benyttet meningskategorisering som verktøy i analysen.

Meningskategorisering medfører at intervjuet kodes i kategorier. Koder er "linker" mellom de ulike dataene. Lange uttalelser reduseres til enkle kategorier, for eksempel som "+" eller "-", som indikerer forekomst eller ikke-forekomst av et fenomen. Kategorisering kan redusere og strukturere en lengre tekst i noen få tabeller og figurer. Kategoriene kan utvikles på forhånd, eller de kan oppstå under analysen. De kan tas fra en teori eller et fagspråk, eller de kan tas fra intervjupersonens eget ordforråd (Coffey og Atkinson 1996, Kvale 1997). "Codes represent the decisive link between the original "raw data", that is, the textual material such as interview transcripts and fieldnotes, on the one hand and the researcher's theoretical concepts on the other" (Seidel and Kelle 1995:52).

Når intervjuene var transkribert foretok jeg en naiv lesning av intervjuene. Jeg leste gjennom intervjuene 2 ganger for å danne meg et bilde av hva informantene sa. Deretter kondenserte jeg intervjuene, for å få fram en kortversjon. Allerede da hadde jeg begynt å danne meg et bilde av informantene og ulike funn jeg ville analysere videre. Videre gikk jeg gjennom intervjuene enda mer grundig og begynte å markere ulike tema med ulike farger. Slik ble dataene delt inn i ulike koder. Samtidig med at jeg kodet dataene, identifiserte jeg de avsnitt av dataene som var særlig relevante. Kategoriene er av ulik størrelse, og har utviklet og endret seg underveis i prosessen. De ulike kategoriene har også underkategorier.



**Tabell 2. Eksempel på kategorisering**

Kategorier	Underkategorier 1	Underkategorier 2
Kategori 1: <b>Arbeidsvilkår</b>	Arbeidsvilkår i lys av New Public Management	<i>Hektisk arbeidssituasjon</i>
		<i>Forhold til leder</i>
		<i>Arbeidsoppgaver</i>
Kategori 2: <b>Arbeidstid</b>	Naturliggjøring av deltid; <i>det må være slik</i>	<i>Hull i turnus</i>
		<i>Fleksible og rimelige arbeidstakere</i>
		<i>Sykepleiemangel, men sykepleiere får ikke hele stillinger</i>
	Arbeidstid og pensjon	<i>Absolutt valgfrihet</i>
		<i>Betinget valgfrihet</i>
		<i>Ingen valgfrihet</i>
	Kulturelle forklaringer på arbeidstid	<i>Omsorg for barn, barnebarn og foreldre.</i>
		<i>Sykepleiere som omsorgspersoner</i>
		<i>Kjønnsdelt arbeidsfordeling</i>

Kvalitative forskere kan starte analyseprosessen med et allerede eksisterende kodesystem, men det betyr ikke at dette nødvendigvis er kategoriene forskeren ender opp med i analysen. Forskeren må modifisere disse kategoriene og tilpasse dem til sitt forskningsmateriale. Kanskje blir hele kodesystemet omgjort til et nytt system fordi det ikke passer den empirien forskeren faktisk har fått. Forskeren må hele tiden forsikre seg om at kodene som velges passer best mulig til de dataene hun faktisk sitter med (Sandelowski 2000, Downe-Wamboldt 1992).

På forhånd hadde jeg noen temaer/kategorier jeg var ute etter å belyse. Etter intervjuene var unnagjort, og jeg hadde lest gjennom intervjuene flere ganger, videreutviklet og endret disse kategoriene seg, og ble i større grad tilpasset datamaterialet. For eksempel har jeg foreløpig ikke gått videre med kategorien pensjonsalder, og bakgrunn for valg av pensjonsalder. Derimot ble arbeidstid en langt mer sentral kategori enn først antatt, fordi det ble gjort

interessante funn knyttet til denne kategorien. Slik endret kategoriene seg, og det kom nye/andre kategorier som passet bedre.

Under arbeidet med å kategorisere og analysere datamaterialet er det en fare for at forskeren mister verdifulle data. Et middel for å hindre dette er at en hele tiden går tilbake til teksten i analysearbeidet, og sammenligner de kondenseringene en gjør med den opprinnelige teksten (Downe-Wambolt 1992). I tillegg til at teksten komprimeres, er det samtidig en del data som ikke passer inn under noen av kodene som er satt. For å unngå å miste vesentlige elementer i analysematerialet har jeg først og fremst brukt rådataene underveis i analysen. Selv om jeg kondenserte intervjuene, synes jeg det har vært mest hensiktsmessig å jobbe med den opprinnelige teksten. Bakgrunnen for dette er at jeg kjenner materialet godt, og fordi intervjuene i stor grad er inndelt i ulike tema.

Den største utfordringen under analysen er ikke å finne kodene, men heller anvendelsen av disse kodene. Det å finne fragmenter og konsepter i datamaterialet, og se hvordan disse igjen henger sammen med hverandre og annen teori, er utfordringen i analysen (Coffey og Atkinson 1996). Jeg har underveis rekontekstualisert dataene, ved at jeg har forsøkt å sette utdragene av dataene inn i en større sammenheng. Under dette ligger det å utvikle en forståelse for hva dataene handler om. Eller det som Ragin beskriver som en dialog mellom bilder og rammer (Ragin 1994), og som har resultert i en representasjon av ”sykepleieryrket som et deltidsyrke”.

#### *Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet*

For 15-20 år siden ble spørsmålet om kvalitative datas gyldighet og pålitelighet ofte sett på bakgrunn av definisjoner utviklet ved kvantitative undersøkelser. I dag har den kvalitative forskningen egne begreper. Det er blitt mer tydelig hvordan kvalitativ og kvantitativ forskning er ulike i sin forståelse av kunnskapsproduksjon (Holter 1996). Mens kvantitative studier ser på reliabilitet, validitet og generalisering, bruker kvalitativ forskning ofte begreper som troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet (Rubin og Rubin 1995, Thagaard 2010).

Tre kriterier som ifølge Rubin og Rubin (1995) er knyttet til troverdighet er gjennomsiktighet, konsistens og kommuniserbarhet. Med gjennomsiktighet menes at andre skal kunne evaluere hvert trinn i prosessen, valg av metode, presentasjon og tolkning. Leseren skal kunne se

datasamlingen i analysen. Forskeren bør, i følge Rubin og Rubin, ha en skriftlig versjon av alle intervju, slik at lesere som ønsker å se feltnotatene har tilgang til det (1995). Med bakgrunn i dette har jeg lagt vekt på å beskrive metoden og begrunne valg av metode, slik at andre kan se hva jeg har gjort og hvorfor jeg har tatt de valg jeg har gjort. Schmidt og Dyhr (2003) beskriver dette som intersubjektivitet. I et forskningsprosjekt skal det være mulig for leseren å følge forskningsprosessen hele veien fra forskningsspørsmålene, gjennom intervjuene og analysen til forskningsresultatene. Forskningsresultatene skal være forståelige og gi mening ut fra de innsamlede dataene, selv om fortolkningen kun er en av flere mulige. Av hensyn til taushetsplikt overfor mine informanter, vil jeg derimot ikke gi lesere tilgang til intervjuutskriftene.

For å imøtekomme kravet til konsistens må det være sammenheng i materialet (Miles og Huberman 1984). Dette betyr ikke at informantene må svare likt og være enige i alt. Tvert imot er det ønskelig å få fram ulike synspunkter og motsetninger i materialet. For eksempel var det noen sykepleiere som ga uttrykk for at det å arbeide på sykehjem var for belastende til å kunne arbeide heltid. Andre mente at det var mer belastende å arbeide deltid fordi man fikk mindre kontinuitet i arbeidet, samt tyngre vakter. Ved å se dataene i lys av teori har jeg forsøkt å forstå hvorfor det ikke er samsvar.

Det tredje kriteriet er kommuniserbarhet, og med det menes at deltakerne og leserne skal kunne få forståelse for undersøkelsessituasjonen (Rubin og Rubin 1995). Gjennom beskrivelse og begrunnelse av framgangsmåten har det vært et mål at leserne skal kunne få forståelse for undersøkelsessituasjonen.

Mens troverdighet er knyttet til framgangsmåten, er bekreftbarhet knyttet til tolkningen av resultatene. I tråd med det Rubin og Rubin (1995) skriver om bekreftbarhet må forskeren ha grunnlag for sine tolkninger. Resultatene må ha basis i de innsamlede dataene, og ikke stamme fra forskerens motiver, interesse eller perspektiver. For å kvalitetssikre at jeg tolker i tråd med det informantene sier, har jeg under analysen i stor grad forholdt meg til rådataene. Slik sikrer jeg i større grad at data ikke går tapt. Ved å gjengi mange sitater i artiklene, forsøker jeg også å vise at jeg tolker med utgangspunkt i det informantene sier. Det er et viktig steg i analysen å kontrollere dataene slik at en kan stole på konklusjonene en trekker (Miles og Huberman 1984). Det Rubin og Rubin (1995) beskriver som undersøkelsens bekreftbarhet innebærer også at den forståelsen forskeren kommer fram til skal kunne

bekreftes av annen forskning. Med bakgrunn i dette har jeg i artiklene vist til andre forskningsresultater som bekrefter eller er i strid med mine funn. Jeg har også lagt fram paper på konferanser, samt seminarer både ved HiNT og NTNU. Gjennom diskusjoner med, og tilbakemeldinger fra andre forskere som kjenner feltet, har jeg fått nyttige kommentarer, innspill og bekreftelse på mange av mine tolkninger i denne studien.

Noen forskere vektlegger krav om repliserbarhet (Rubin og Rubin 1995). I det ligger det at en annen forsker skal kunne gå inn å undersøke det samme, og komme til samme resultat. Repliserbarhet er knyttet til en positivistisk forskningslogikk som fremhever nøytralitet som forskningsideal, hvor resultatene sees som uavhengig av relasjoner mellom forsker og de som studeres (Thagaard 2010). Jeg mener dette vil være vanskelig å oppnå i denne studien. Temaene og aktørene jeg har undersøkt er ikke statiske over tid, og intervju situasjonen påvirkes av kjemien mellom informant og forsker. En annen forsker vil trolig kunne oppnå en annen kjemi med informanten, og vil da muligens kunne få et noe annet datamateriale. Som beskrevet over er det også flere tolkningsmuligheter, og en annen forsker vil kunne tolke dataene på en annen måte. På bakgrunn av dette vil jeg anta at jeg ikke vil innfri krav om repliserbarhet, men mener også at dette er et krav som ikke må innfris innen alle kvalitative forskningsopplegg, fordi aktørene og fenomenene vi studerer er dynamiske.

Generalisering på grunnlag av kvalitative data er et omdiskutert emne innenfor samfunnsforskningen. Det stilles spørsmål om det er mulig å generalisere funn på grunnlag av få informanter, som er typisk for kvalitativ forskning (Kvale og Brinkmann 2010). Konsekvente krav om at samfunnsvitenskapene skal produsere kunnskap som kan generaliseres, kan innebære en antakelse om at vitenskapelig kunnskap nødvendigvis må være universell og gyldig til alle steder og på alle tidspunkter, for alle mennesker og fra evighet til evighet (Kvale og Brinkmann 2010). Konstruksjonistiske tilnærminger oppfatter derimot sosial kunnskap som sosialt og historisk kontekstualiserte måter å forstå og handle i verden på (Kvale og Brinkmann 2010).

I kvalitative studier benytter man ofte begrepet overførbarhet framfor generalisering (Rubin og Rubin 1995). Overførbarhet er knyttet til at den forståelsen som utvikles innenfor rammen av et prosjekt, også kan være relevant i andre situasjoner (Thagaard 2010). En viktig målsetting med teoretisk orienterte studier er at tolkningen skal ha relevans ut over det enkelte

prosjekt. Forskeren må argumentere for at betingelsene som bidrar til en tolkning i èn studie også kan ha relevans i andre sammenhenger (Thagaard 2010). Denne overførbarheten kan knyttes til leserens gjenkjennelse, ved at tolkningen vekker gjenklang hos lesere med kjennskap til de fenomenene som studeres (Rubin og Rubin 1995, Thagaard 2010). Jeg mener, og har argumentert for, at forståelser jeg kommer fram til også kan gjelde i andre sammenhenger. Samtidig har jeg lagt vekt på å beskrive framgangsmåten og analysen så detaljert som mulig, så blir det også opp til leserne og de som kjenner feltet, å vurdere om de kjenner seg igjen i min presentasjon.



## 4 Presentasjon av avhandlingens artikler

Avhandlingen består av fire artikler. Tre av artiklene er publisert i tidsskrift med refereedordning, mens en artikkel er innsendt for vurdering til et tidsskrift med refereedordning. Den første artikkelen er publisert i *Vård i Norden*, den andre artikkelen er akseptert for publisering i *Søkelys på arbeidslivet*, den tredje artikkelen er innsendt for vurdering til *Nordisk Sykepleieforskning*, mens den 4. artikkelen er publisert i *Tidsskrift for velferdsforskning*. Artikkel 2 og 3 er skrevet i samarbeid med min veileder Elin Kvande. I begge disse artiklene er jeg førsteforfatter. I de øvrige artiklene står jeg som eneste forfatter. Jeg vil her gi en kort presentasjon av artiklene.

### 4.1 Arbeidsvilkår i sykehjem

#### Artikkel 1:

Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter

Norsk eldreomsorg har vært gjennom endringer og effektiviseringsprosesser de siste 20-30 årene, i den hensikt å oppnå økt effektivitet og å tilpasse behovene bedre til pasientene. Omstillingene i offentlig sektor har vært en del av en internasjonal reformtrend kalt NPM (New Public Management). I denne artikkelen studeres sykepleieres arbeidsforhold i sykehjem i lys av NPM-inspirerte reformer. Hensikten er å belyse hvordan sykepleiere opplever arbeidsforholdene i sykehjem, og hvordan de mestrer arbeidssituasjonen.

Analysen viser at reformene har påvirket arbeidsforholdene til sykepleiere i sykehjem ved at de har fått en mer hektisk arbeidssituasjon. Sykepleierne opplever at pasientene har mange og komplekse behov, kombinert med at pleierne har begrenset kapasitet til å imøtekomme disse behovene. Derfor må arbeidsoppgaver prioriteres, og mange opplever at de har dårlig samvittighet fordi de ikke klarer å utøve yrket i tråd med de standardene de ønsker. Det er spesielt pasientenes sosiale behov sykepleierne opplever at de ikke får dekket.

Reformene har medført en desentralisering og nedbygging av hierarkier. Dette har resultert i at sykepleierne har fått tildelt flere arbeidsoppgaver, kombinert med at de opplever å ha fått en mindre synlig og tilstedeværende ledelse.

Analysen viser at sykepleiere bruker ulike mestringsstrategier i sitt daglige møte med store behov og knappe ressurser. Noen sykepleiere strekker seg stadig lengre for å kompensere for lav bemanning. For eksempel er det flere som unngår å ta pauser og som regelmessig arbeider ut over normal arbeidstid, for i størst mulig grad å greie å utøve yrket i tråd med idealene. Andre sykepleiere har i større grad justert kravene til egen yrkesutøvelse i tråd med den faktiske ressurstilgangen. De har akseptert at begrensede ressurser fører til at de ikke lenger kan arbeide i tråd med sykepleieryrkets idealer.

#### **4.2 Sykepleieres arbeidstid og arbeidsvilkår**

Sykepleieryrket har utviklet seg til å bli et deltidsyrke, og sykepleiere arbeider mer deltid enn andre yrkesgrupper med samme utdanningsnivå. På bakgrunn av dette er det viktig å se sykepleieres arbeidstid i lys av deres arbeidsvilkår. I artikkel 2 og 3 belyses sykepleieres arbeidstid ut fra to forskjellige vinklinger. Artikkel 2 belyser hvordan sykepleiere med ulik arbeidstid opplever arbeidsvilkårene i sykehjem. Artikkel 3 belyser sykepleieres forståelse av arbeidstidsorganiseringen i sykehjem, og hvordan sykepleieres arbeidstid utvikler seg i et samspill mellom aktører og strukturer.

##### **Artikkel 2:**

Arbeid i sykehjem – for belastende for heltid?

I denne artikkelen rettes fokus mot sykepleieres arbeidsvilkår og arbeidstid i sykehjem. Hensikten er å belyse hvordan deltids- og heltidsansatte sykepleiere opplever arbeidsvilkårene i sykehjem, og hvordan arbeidsvilkår og arbeidstid henger sammen.

Analysen viser at det er ulike forhold ved sykepleieres arbeidsvilkår som oppleves som belastende. Høy arbeidsintensitet og liten grad av fleksibel arbeidstid er forhold som gjør yrket belastende, og som brukes som begrunnelse for at sykepleiere arbeider deltid. Analysen



viser imidlertid også at heltidsarbeid ikke nødvendigvis er mer belastende enn deltidsarbeid. Ansatte i store stillingsbrøker har større kontinuitet i arbeidet, fordi flere oppmøtedager gir bedre oversikt over arbeidsoppgavene. I tillegg har ansatte i store stillinger lengre vakter, noe som gir relativt færre oppmøtedager og som innebærer at man er på jobb også i perioder på dagen hvor arbeidsbelastningen er mindre. Ansatte i små stillinger har kortere vakter. Dette innebærer at de ofte er på jobb i de mest arbeidsintense periodene av døgnet, samtidig som det gir relativt sett flere oppmøtedager. Analysen viser at en god turnus som ivaretar individuelle ønsker, er en forutsetning for at ansatte skal klare å gå i store stillinger.

Hvordan sykepleiere opplever arbeidsvilkårene påvirkes også av hvilke kolleger de arbeider sammen med. Faglærte pleiere i store stillinger har god oversikt over arbeidsoppgavene i avdelingene, og kan fordele arbeidsbyrden i større grad mellom seg. Motsatt vil ufaglærte ansatte i små stillinger i mindre grad kjenne arbeidsoppgavene, og da vil en større arbeidsbyrde bli pålagt de som er faglærte og som kjenner arbeidsrutinene godt. Dette tyder på at en arbeidsstokk preget av faglærte ansatte i store stillinger vil bidra til å redusere belastningene for arbeidstakere i sykehjem.

### **Artikkel 3:**

Må sykepleieryrket være et deltidsyrke?

Hensikten med denne artikkelen er å belyse hvordan sykepleieres arbeidstid konstrueres i et samspill mellom aktører og strukturer, samt belyse hvordan sykepleiere i dag forstår organiseringen av arbeidstid i sykehjem. Før 70-tallet var sykepleieryrket et heltidsyrke, hvor det var vanlig at sykepleiere gikk ut av yrkeslivet når de giftet seg. Utbredelsen av deltidsarbeid kom på 70-tallet, og kan relateres til gifte kvinners etterspørsel etter deltidsarbeid. Få barnehageplasser og kort fødselspermisjon, kombinert med kulturelle forventninger til kvinner som omsorgspersoner, gjorde at deltidsarbeid var en forutsetning for mange sykepleieres yrkesdeltakelse på 70- og 80-tallet. Strukturelle forhold på 80- og 90-tallet har imidlertid bidratt til å nærmest sementere yrket som et deltidsyrke. Først ved arbeidstidsforkortelsen fra 1987 hvor helsesektoren valgte å ta ut den reduserte arbeidstiden som en ekstra frihelg uten å legge om turnusen. Deretter ved innskjerpingen av muligheten til å ansette arbeidstakere i midlertidige stillinger fra 1995, hvor flere av de midlertidige ansatte

fikk faste stillinger. Slik har sykepleieres arbeidstid utviklet seg i et samspill mellom aktører og strukturer.

Analysen tyder på at sykepleiere som arbeider i sykehjem har innfunnet seg med de mange deltidsstillingene innen sektoren, og at de har akseptert arbeidstidsorganiseringen. Slik virker deltid *normalisert* innen sykepleieryrket. Dette har skjedd til tross for det mangler sykepleiere ved flere sykehjem, og at mange sykepleiere ønsker større stilling. Bakgrunnen for at sykepleiere likevel ser ut til å ha innfunnet seg med at arbeidet må organiseres med mange deltidsstillinger, er at de ikke ønsker å arbeide mer enn hver tredje helg. Når ansatte i sykehjem kun arbeider 7-8 timers vakter hver tredje helg, må arbeidet organiseres med deltidsstillinger for å få turnusen til å gå opp. I tillegg gir sykepleierne uttrykk for at deltidsstillinger er nødvendig for å dekke arbeidsgivers behov for fleksibel og billig arbeidskraft som kan stille opp på kort varsel.

I artikkelen vises det til at mange kommuner har gjort ulike forsøk med endringer i turnus som har redusert omfanget av deltid. Dette viser at det finnes forskjellige løsninger på deltidsproblematikken. Sykepleieres arbeidstid varierer over tid, og konstrueres i et samspill mellom aktører og strukturer. Tilsynelatende fastlåste mønster kan endres, selv om sykepleieryrket nærmest virker sementert som et deltidsyrke i dag, trenger det ikke være det i framtida.

### **4.3 Arbeidstid og valgfrihet knyttet til pensjoneringsalder**

#### **Artikkel 4:**

Pensjonsalder – et reelt valg for sykepleiere?

Tema i denne artikkelen er sykepleieres valgfrihet knyttet til pensjoneringsalder. Hensikten er å belyse hvordan sykepleiere reflekterer over arbeidstidstilpasninger de har gjort gjennom yrkeskarrieren, og hvilke konsekvenser det har fått for deres pensjonsopptjening og mulighet for å velge pensjoneringsalder.

Noen sykepleiere har arbeidet heltid gjennom store deler av yrkeskarrieren, mens andre har vært hjemme helt eller delvis store deler av karrieren. De som i stor grad har arbeidet heltid, gjorde dette på tross av at strukturelle forhold ikke var særlig tilrettelagt for at mødre skulle kunne arbeide heltid. Få barnehageplasser og kort permisjonstid, kombinert med kulturelle normer rettet mot kvinner, gjorde at mange var helt eller delvis hjemme etter at de fikk barn.

Analysen viser at sykepleiere i ulik grad har økonomisk handlingsrom til å kunne velge tidligpensjonering. Deres økonomiske handlingsrom er avhengig av familieforhold og arbeidstilknytning gjennom yrkeskarrieren. Jeg bruker 3 begreper for å kategorisere deres valgfrihet knyttet til pensjonsalder; *Absolutt* valgfrihet, *betinget* valgfrihet, *ingen* valgfrihet.

Sykepleiere som har arbeidet heltid gjennom store deler av yrkeskarrieren har god pensjonsopptjening, og *absolutt* valgfrihet knyttet til pensjoneringsalder. De som har vært hjemme helt eller delvis store deler av yrkeskarrieren har lav pensjonsopptjening, og her virker familieforhold inn på hvorvidt de har valgfrihet knyttet til pensjoneringsalder. De som har ektemenn som tjener godt, har *betinget* valgfrihet, fordi de er avhengige av mannens inntekt for å kunne gå av med tidligpensjon. De som både er enslige og har lav pensjonsopptjening har *ingen* valgfrihet. Deres økonomiske situasjon tvinger dem til å stå lengre i yrkeslivet.



## **5 Diskusjon av funnenes implikasjoner**

Da jeg startet dette prosjektet var hensikten å utforske sykepleieres arbeidsvilkår og prosessen rundt valg av pensjonsalder. Underveis i prosessen gjorde jeg imidlertid flere interessante funn knyttet til arbeidstid, noe som har ført til at fokuset har endret seg, og arbeidstid har blitt mer sentralt enn først antatt. Informantenes forståelse av egen arbeidstidstilknytning, og arbeidstidskulturen i sykepleieryrket generelt, har utviklet og endret gjennom de årene mine informanter har vært yrkesaktive. Denne kontinuerlige sosiale konstruksjonen av arbeidstid og arbeidsvilkår har blitt hovedtema i avhandlingen.

Informantene i denne studien sitter på verdifull kunnskap om hvordan sykepleieryrket har utviklet seg til å bli et deltidsyrke. De har mer eller mindre deltatt i yrkeslivet gjennom de 30 årene hvor deltidskulturen innen sykepleieryrket har blitt etablert. I denne perioden har det blitt vanlig at kvinner er yrkesaktive gjennom hele yrkeskarrieren, også etter at de får barn. Samtidig har disse kvinnene opplevd at strukturelle forhold, som for eksempel tilgang på barnehageplass og fødselspermisjon, har gjort det stadig enklere å være yrkesaktiv. Dette er også en generasjon som har opplevd at samlivsbrudd har blitt mer vanlig, noe som har medført at mange kvinner i større grad har blitt avhengig av egen inntekt for å forsørge seg selv. Disse forholdene gjør informantene godt egnet til å belyse arbeidstidsutviklingen innen sykepleieryrket.

Formålet med avhandlingen har blant annet vært å forstå hvordan deltid som fenomen konstrueres i et samspill mellom aktører og strukturer. Med utgangspunkt i empirien dannet jeg meg ”bilder” av arbeidsvilkårene og arbeidstidstilknytningen hos informantene. Gjennom en dialog mellom disse ”bildene” og de analytiske rammene, belyser jeg sykepleieres arbeidstid og arbeidsvilkår, eller det Ragins kaller en representasjon av sosialt liv (Ragin 1994). I denne siste delen vil jeg diskutere noen av funnenes implikasjoner knyttet til tidsvelferd for sykepleiere som arbeider i sykehjem, og sykepleieres arbeidstid i framtida.

### **5.1 Tidsvelferd for sykepleiere i sykehjem**

Sykepleiere som arbeider i sykehjem har ansvar for å ivareta pasienter med komplekse behov. Disse behovene, kombinert med begrensede ressurser for å imøtekomme dem, gjør at

arbeidssituasjonen kan oppleves som grenseløs. Jfr artikkel 1 opplever sykepleiere at det i dag kan være vanskelig å jobbe med yrkets idealer som mål. Det er ikke mulig å ivareta alle pasientenes behov med dagens ressurser. Samtidig kan eldre pasienter med sammensatte lidelser nærmest ha utømmelige behov, og man kan aldri få *nok* ressurser til eldreomsorgen. Disse utfordringene vil trolig øke i årene som kommer, hvor det vil bli enda flere eldre som trenger pleie og omsorg. For å redusere gapet mellom forventningene og de ressursene man har til rådighet, må man finne nye måter å organisere arbeidet på. Endringer og tilpasninger i eldreomsorgen er derfor fortsatt nødvendig. Løsningen kan ikke lenger være å få ansatte til å løpe stadig raskere. Man må heller finne smartere måter å organisere arbeidet på, som ivaretar arbeidstakeres tidsvelferd.

En mulighet man har for å øke arbeidstakeres tidsvelferd i sykehjem er å gjøre endringer i forhold til arbeidstidsorganiseringen. Arbeidstiden i sykehjem kan organiseres på mange forskjellige måter (Se for eksempel Amble 2008b). Å tenke nytt og kreativt i forhold til dette vil være viktig for å ivareta sykepleieres tidsvelferd, men også for kunne møte morgendagens behov for sykepleiere. I artikkel 2 er et av funnene at sykepleiere har behov for *gode turnuser* for at de skal klare å gå i store stillinger. Fleksible turnuser vil kunne legge til rette for bedre å kombinere fulltid med andre "krav i livet" (Jamieson, Williams, Lauder og Dwyer 2008). Heltidsarbeid trenger ikke være mer belastende enn deltidsarbeid (jfr artikkel 2), men da må man utarbeide turnuser som ivaretar individuelle hensyn. Målet må være å finne løsninger som ivaretar pasientenes behov for pleie, arbeidsgivers behov for arbeidskraft, samt ansattes behov.

Hvorvidt sykepleiere skal oppleve tidsvelferd avhenger også av at det settes grenser i det grenseløse arbeidet. Spørsmålet er hvem som skal sette disse grensene. Er det sykepleierne selv, ledere, politikere eller andre? I artikkel 1 viser jeg hvordan noen sykepleiere selv setter disse grensene, og aksepterer at man *ikke kan gjøre alt for et menneske*. Andre strekker seg derimot stadig lengre for i størst mulig grad å kunne ivareta pasientenes behov. Hvilke tjenester sykehjem skal ha ansvar for, og hvilken kvalitet det skal være på tjenestene er en viktig debatt. Skal pasienter på sykehjem ha rett til et aktivt sosialt liv? Skal de ha mulighet for å komme seg ut hver dag? Hvor ofte skal eldre ha rett til å dusje? Er det pleierne på

sykehjem som skal ansvarliggjøres for kvaliteten i tjenestene, uten at det foreligger noen normer for bemanning?

Vi bruker mer penger og arbeidskraft på helserelatert aktiviteter enn vi noen gang har gjort. Likevel er det et forventningsgap mellom det befolkningen tror de kan få hjelp til fra helsevesenet, og det som helsevesenet har mulighet for å tilby (Haug 2009). Studier viser at arbeidspresset i helsevesenet øker (Rønning 2006, Haug 2009). De ansatte kan umulig klare et stadig høyere tempo. Med begrensede ressurser til rådighet er det nødvendig å prioritere og sette grenser. Spørsmålet er om det skal være opp til pleierne selv å prioritere, eller om andre skal bidra til å sette klarere normer for hva som er gjeldende standarder og krav.

## **5.2 Sykepleieryrket -også et deltidsyrke i framtida?**

Sosiale mønstre konstrueres i et samspill mellom aktører og strukturer (Giddens 1984). I et slikt perspektiv vil det sosiale mønstret *sykepleieres arbeidstid* konstrueres i et samspill mellom generelle utviklingstrekk i samfunnet, nasjonale lover, forhandlinger mellom partene i arbeidslivet, samt etterspørsel og behov fra arbeidstaker og arbeidsgiver. Mens sykepleieryrket på 60-tallet var et heltidsyrke, økte omfanget av deltidsstillinger utover 70-tallet. Strukturelle endringer på 80- og 90-tallet bidro til å sementere sykepleieryrket som et deltidsyrke. Nyere studier viser imidlertid at deltidsarbeid blant sykepleiere er på retur, og at flere ønsker å arbeide i hele stillinger (Abrahamsen 2010). Arbeidstid er en sosial konstruksjon, som til tross for tilsynelatende fastlåste mønstre kan endres. Sykepleieryrket kan igjen bli et yrke hvor normalarbeidstakeren arbeider heltid.

Spørsmålet om hvorvidt sykepleieryrket vil være et deltids- eller heltidsyrke i framtida skal jeg komme tilbake til. Først vil jeg si noe om bakgrunnen for at sykepleiere arbeider deltid. Forklaringer på den utstrakte bruken av deltid innenfor sykepleieryrket er sammensatt. Ulike måter å tilnærme seg deltidsarbeidsproblematikken kan gi ulike bilder av virkeligheten. Funnene presentert i artikkel 2, 3 og 4 viser at både en tradisjonell arbeidsdeling i familien og arbeidsvilkår bidrar til å forklare fenomenet deltid. Det er ingen tvil om at mange sykepleiere foretar valg knyttet til arbeidstid. Noen ønsker å arbeide deltid for å få tid til

omsorgsoppgaver, andre fordi de har ansvar for mye av arbeidet i hjemmet, fordi de ønsker mer fritid eller av andre årsaker.

Arbeids- og tidspraksisene er imidlertid ikke kjønnsnøytrale prosesser (Morgan et al. 2005). De individuelle valgene som gjøres skjer innen for klare rammer, og man kan stille spørsmål om hvor ”frivillig”, den frivillige deltiden er (NOU 2004:29). Rammene for de individuelle valgene som ender med deltid trenger ikke bare være et resultat av preferanser og valg av livsstil, men denne kategorien kan kobles til systematisk strukturell ulikhet. For eksempel kan det at kvinner i større grad arbeider deltid for å være hjemme med små barn være en logisk konsekvens av at kvinner tjener mindre enn menn. Når det er den som tjener minst som arbeider deltid, innebærer det minst økonomisk tap for familien.

Mange sykepleiere tvinges til å arbeide deltid fordi de ikke får hele stillinger. Ufrivillig deltid er utbredt blant sykepleiere. En av årsakene til at sykepleiere ikke får hele stillinger er arbeidsgivers behov for rimelige og fleksible arbeidstakere. I tillegg er det en utfordring å få nok arbeidskraft i helgene om alle skal arbeide i store stillinger, samtidig som de bare arbeider hver tredje helg (Jfr artikkel 2 og 4).

Hvis (når) sykepleieryrket skal bli et heltidsyrke i framtida, må arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner komme til enighet om nye arbeidstidsordninger. Det finnes flere alternative løsninger på hvordan turnuser kan ordnes slik at flere kan arbeide i hele stillinger (Jfr artikkel 3). Nye former for organisering kan imidlertid berøre eksisterende arbeidstidsordninger, som eventuelt vil måtte reforhandles. Arbeidsgiver må være villig til å legge ned de ressursene en ny arbeidstidsorganisering koster. Sykepleiere må være villig til å ta på seg andre arbeidsoppgaver, arbeide flere helger eller lengre vakter.

Endringer i arbeidstidsorganiseringen er utfordrende, og forutsetter forståelse av komplekse tiltak i organisasjoner og systemer (Amble 2008b). Det er behov for forskning om hvordan nye arbeidstidsordninger best mulig kan implementeres i organisasjonene. I tillegg kan videre forskning bidra til å finne flere løsninger på hvordan arbeidet kan organiseres med fulltid som arbeidstidsnorm. Eldreomsorgen må ikke organiseres med mange små stillinger.



Sykepleieryrket kan igjen bli et heltidsyrke. Å løse denne utfordringen er viktig for å sikre pasientene kontinuitet og kvalitet i pleien, og for å bidra til å redusere et framtidig underskudd på sykepleiere. Men det er også viktig for å gjøre sykepleieryrket attraktivt for de som i fremtiden skal fatte sine yrkesvalg.



## LITTERATURLISTE

- Abrahamsen, B. (2000a) "Deltid – en tilpasning til belastningene i yrket", *Sykepleien* 88(9): 52-56.
- Abrahamsen, B. (2000b) "Pleiemangel- et resultat av stor yrkesavgang?", *Søkelys på arbeidsmarkedet* 17(1): 13-20.
- Abrahamsen, B. (2001) "Kvinnens arbeidstid og arbeidsvilkår: Har deltidsarbeidende dårligere arbeidsforhold enn heltidsarbeidende?", *Søkelys på arbeidsmarkedet* 18(2): 151-159.
- Abrahamsen, B. (2002a) *Heltid eller deltid? Kvinnens arbeidstid i kvinne-dominerte og mannsdominerte yrker*. Rapport 6. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Abrahamsen, B. (2002b) *Hvorfor utdanne to pleiere for å få en? En studie av yrkesløpet til hjelpepleiere og sykepleiere*. Oslo: Unipax Forlag.
- Abrahamsen, B. (2003) *Yrkesavgang blant pleiepersonell*. Rapport 11. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Abrahamsen, B. (2009) "Forskjeller i kvinnens arbeidstid – et spørsmål om preferanser?", *Sosiologisk tidsskrift* 17(4): 311-332.
- Abrahamsen, B. (2010) "Deltidsarbeid på retur? En sammenlikning av tre kull sykepleiere utdannet i 1977, 1992 og 2003", *Søkelys på arbeidslivet* 27(1-2): 5-18.
- Acker, J. (1992) "Gendering Organization Theory", i A.J. Mills og P. Tancred (red) *Gendering Organizational Analysis* (s. 248-260). London: Sage.
- Acker, J. (1998) "The Future of "Gender and Organizations": Connections and Boundaries", *Gender, Work and Organization* 5(4): 195-206.
- Alvesson, M. og K. Sköldbberg (2008) *Tolkning og refleksjon – Vitenskapsfilosofi ock kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Amble, N. (2006) *Innspill – Forsøk med arbeidstidsordninger og arbeidstidsendringer i turnusarbeid*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Amble, N. (2008a) "Ikke fullt og helt, men stykkevis og delt – om det uønskede deltidens vesen", *Søkelys på arbeidslivet* 25(3): 367-380.
- Amble, N. (2008b) *Forsøk og erfaringer med arbeidstidsordninger som reduserer uønsket deltid i turnus – en oppsummering*. AFI-notat 4. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Amble, N. (2008c) *Evaluering av 3-3 turnus*. Harstad kommune. AFI-notat 2. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Bakke, H.K. (2004) "Nye tanker om bemanning i sykehjem", *Tidsskrift for Den norske legeforening* 124(21): 2807.

- Berge, C. (2010) ”Uendret sykefravær siden 2001”, *Samfunnsspeilet* 24(2): 16-23. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Berger, P.L. og T. Luckmann (2006) *Den samfunnsskapte virkelighet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bondevik, K., I. Haukenes og B. Moen (2006) *Er helsemessige og sosiale konsekvenser av helkontinuerlig skiftarbeid og turnusarbeid forskjellige? En litteraturstudie*. Rapport 1. Universitetet i Bergen: UNIFOB.
- Bø, T.P., R.H. Kitterød, T. Køber, S.M. Nerland og T. Skoglund (2008) *Arbeidstiden – mønstre og utviklingstrekk*. Rapport 12. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Børve, H.E. og E. Kvande (2006) ”Kjønnede tidskulturer i en global kunnskapsorganisasjon”, *Tidsskrift for kjønnsforskning* 3-4: 52-68.
- Coffey, A. og P. Atkinson (1996) *Making sense of qualitative data: complementary research strategies*. California: SAGE Publications.
- Delsen, L. (1993) “Part-time Employment and the Utilisation of Labour Resources”, *Labour* 7(3): 73-91.
- Downe-Wamboldt, B. (1992) “Content analysis; method, applications and issues”, *Health Care for Women International* 13(3): 313-321.
- Drange, I. og N. Amble (2008) *Kartlegging av deltidsarbeid i Drammen kommune – pleie og omsorgssektoren*. AFI-notat 3. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Eek, A. og A.M. Nygård (2005) *Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens i norske kommuner*. Tønsberg/Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Ellingsæter, A.L. (1995) *Gender, Work and Social Change. Beyond Dualistic Thinking*. ISF-rapport 95:14. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Ellingsæter, A.L. (2007) ”Postindustriell arbeidstid – nye realiteter, nye begreper?”, *Søkelys på arbeidslivet* 24(1): 15-23.
- Ellingsæter, A.L. (2009) *Vår tids moderne tider*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ellingsæter, A.L. og A. Leira (red) (2004) *Velferdsstaten og familien. Utfordringer og Dilemmaer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Epstein, C.F., C. Seron, B. Oglensky og R. Sautè (1999) *The part-time paradox. Time norms, Professional lives, Family and Gender*. New York og London: Routledge.
- Fitzpatrick, J.M., A.E. While og J.D. Roberts (1999) “Shift work and its impact upon nurse performance: current knowledge and research issues”, *Journal of Advanced Nursing* 29(1): 18-27.
- Fog, J. (1994) *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*.

København: Akademisk forlag.

Fredslund, H. (2003) ”Hermeneutisk analyse – forforståelsens betydning”, i L. Korch og S. Vallgård (red) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard.

Gadamer, H.G. (1999) ”Forståelsens historicitet som det hermeneutiske princip”, i J. Gulddal og M. Møller (red) *Hermeneutik – en antologi om forståelse* (s. 127-182). København: Gyldendal.

Gaupseth, S. (2002) ”Trenger vi offentlige reguleringer?”, i U. Forseth og B. Rasmussen (red) *Arbeid for livet* (s. 159-171). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Giddens, A. (1984) *The constitution of Society: Outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity Press.

Giddens, A. (2001) *Sociology*. Cambridge: Polity Press.

Gubrium, J.F. og J.A. Holstein (2003) *Postmodern interviewing*. California: Sage Publications.

Gullikstad, B. (2002) *Kvinnelig livsoppgave – mannlig lønnsarbeid? Kjønn og arbeid under velferdsstatens oppbygging ca. 1945-70*. Dr. art. avhandling. Trondheim: NTNU.

Gullikstad, B. og B. Rasmussen (2004) *Likestilling eller omstilling? Kjønnsperspektiver på modernisering av offentlig sektor*. Rapport. Trondheim: SINTEF Teknologiledelse IFIM.

Hakim, C. (2000) *Work-Lifestyle Choices in the 21st Century. Preference Theory*. Oxford: Oxford University Press.

Haug, K. (2009) ”Verdens beste helsevesen?”, i K. Haug, O.M. Kaarbøe og T.E. Olsen (red) *Et helsevesen uten grenser?* (s. 15-36). Bergen: Cappelen Akademisk Forlag.

Hauge, S. (2008) ”Sykepleie i sykehjem”, i M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 219-236). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Helsedirektoratet (2008) *Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006*. Rapport 4. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2009) *Utdanne nok og utnytte godt. Innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen*. Rapport 3. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsetilsynet (2003) *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Rapport 10. Oslo: Helsetilsynet.

Holter, H. (1996) ”Fra kvalitative metoder til kvalitativ samfunnsforskning”, i H. Holter og R. Kalleberg (red) *Kvalitative metoder i samfunnsforskning* (s. 9-25). Oslo: Universitetsforlaget.

Håland, I. og G. Daugstad (2003) ”Den kjønnsdelte arbeidsmarknaden”, *Samfunnsspeilet* 17(6): 15-21. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

- Innstrand, S.T. (2010) "Betydningen av en god balanse mellom arbeid og familieliv", *Søkelys på arbeidslivet* 27(1-2): 31-41.
- Isaksen, L.W. (2003a) "Penger som makt og symbol", i L.W. Isaksen (red) *Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked i velferdsstaten* (s. 11-21). Makt- og demokratiutredningen 1998-2003. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Isaksen, L.W. (2003b) "Omsorgskrise og globalisering", i L.W. Isaksen (red) *Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked i velferdsstaten* (s. 185-197). Makt- og demokratiutredningen 1998-2003. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jamieson, L., L.M. Williams, W. Lauder og T. Dwyer (2008) "The "realities" of part-time nursing: a grounded theory study", *Journal of Nursing Management* 16(7): 883-892.
- Johannessen A. og P.A. Tuft (2002) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Johansen, B. (2007). "Fleksibilitet – En utfordrer til mødres deltidsarbeid", i E. Kvande og B. Rasmussen (red) *Arbeidslivets klemmer. Paradokser i det nye arbeidslivet* (s. 196-220). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kalleberg, R. (1996) "Forskningsopplegget og samfunnsforskningens dobbeltdialog", i H. Holter og R. Kalleberg (red) *Kvalitative metoder i samfunnsforskning* (s. 26-72). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kaspersen, L.B. (1995) *Anthony Giddens – introduksjon til en samfundsteoretiker*. København: Hans Reitzels Forlag AS.
- Kaul, H. (1982) *Arbeid og fravær. Når fravær er nærvær. Småbarnsforeldres bruk av omsorgspermisjoner*. Rapport. Trondheim: SINTEF, NTH, IFIM.
- Kaul, H. og M. Lie (1980) *På hjemmebane i industrien. Kvinnens arbeidsvilkår i tre industribedrifter*. Trondheim: SINTEF, IFIM.
- Kinjerski, V. og B.J. Skrypnek (2008) "The Promise of Spirit at Work. Increasing Job Satisfaction and Organizational Commitment and Reducing Turnover and Absenteeism in Long-Term Care", *Journal of Gerontological Nursing* 34(10): 17-28.
- Kitterød, R.H. og M. Rønsen (2009) "Hvorfor er mødre mer fornøyde med full jobb i noen undersøkelser enn i andre?", *Søkelys på arbeidslivet* 26(1): 195-206.
- Kjeldstad, R. (2006) "Hvorfor deltid?", *Tidsskrift for samfunnsforskning* 47(4): 513-543.
- Kjeldstad, R. og E.H. Nymo (2004) *Kvinner og menn i deltidsarbeid. Fordeling og forklaringer*. Rapport 29. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Kvale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kvale, S. og S. Brinkmann (2010) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal

Akademisk.

Kvande, E. (1998) ”Konstruksjon av maskulinitet i organisasjoner under endring”, *Sosiologi i dag* 28(3): 29-58.

Kvande, E. (1999) *Paradoxes of Gender and Organizations. Gender, Organizations and Change*. Dr. Polit. avhandling. Trondheim: NTNU.

Kvande, E. (2001) ”Kjønn og makt i det nye arbeidslivet”, i *Makt og kjønn i offentlig omsorgsarbeid*, (s.110-132). Rapport 34. Bergen: Makt- og demokratiutredningen 1998-2003.

Kvande, E. (2002) ”Kvinnelige mellomledere i grådige organisasjoner”, i A. L. Ellingsæter og J. Solheim (red) *Den usynlige hånd? Kjønnsmakt og moderne arbeidsliv* (s. 315-332). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvande, E. (2007) *Doing Gender in Flexible Organizations*. Bergen: Fagbokforlaget.

Lian, O.S. (2007) *Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.

Likestillings- og diskrimineringsombudet (2009) *Saldo=2009 Et samfunnsregnskap for likestilling og diskriminering*. Oslo: Likestillings- og diskrimineringsombudet.

Lohne, Y. og E. Rønning (2004) ”Arbeid. Høy deltakelse i arbeidslivet”, *Samfunnsspeilet* 18(4): 38-43. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Maier, F. (1994) “Institutional Regimes of Part-time Working”, i G. Schmid (red) *Labour Market Institutions in Europe* (s. 151-182). New York: Sharpe.

Martinussen, W. (2008) *Samfunnsliv. Innføring i sosiologiske tenkemåter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Miles, M.B. og A.M. Huberman (1984) *Qualitative Data Analysis: a sourcebook of New Methods*. London: Sage.

Moland, L.E. (2009) *Ønsket og uønsket deltid – konsekvenser for arbeidstaker, arbeidsgiver og tjenestetilbud*. Fafo-rapport 15. Oslo: Fafo.

Moland, L.E. og R.K. Andersen (2007) *Hva gjør norske kommuner med deltid?* Fafo-rapport 25. Oslo: Fafo.

Moland, L.E. og H. Gautun (2002) *Deltid: bidrag eller hemske for fornyelse av pleie- og omsorgssektoren?* Fafo-rapport 395. Oslo: Fafo.

Morgan, D., B. Brandth og E. Kvande (2005) ”Thinking About Gender, Bodies and Work”, i D. Morgan, B. Brandt og E. Kvande (red) *Gender, Bodies and Work* (s. 1-15). Hampshire: Ashgate.

Noack, T. (2004) ”Familien i velferdsstaten: Fra støttespiller til trojansk hest?”, i A.L. Ellingsæter og A. Leira (red) *Velferdsstaten og familien. utfordringer og dilemmaer* (s. 39-

66). Oslo: Gyldendal Forlag AS.

Nordh, M.W. og R. Eiman (2004) *Nya arbetstidsmodeller i kommunernas äldreomsorg – för vem och varför? En rapport från åtta kommuner om visioner och verklighet*. Working Paper från HELA-projektet. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

NOU 1999:34 *Nytt millennium – nytt arbeidsliv? Trygghet og verdiskapning i et fleksibelt arbeidsliv*. Innstilling fra Arbeidslivsutvalget. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste.

NOU (2004:29) *Kan flere jobbe mer? – deltid og undersyssetting i norsk arbeidsliv*. Oslo: Utredning fra deltidsutvalget.

NOU (2008:6) *Kjønn og lønn. Fakta, analyser og virkemidler for likelønn*, Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.

NOU (2008:17) *Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Nygaard, H.A. (2002) "Sykehjemmet som medisinsk institusjon – et fatamorgana?", *Tidsskrift for Den norske legeforening* 122(8): 823-825.

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

Ragins, C. (1994) *Constructing social research – the unity and diversity of method*. California: Pine Forge Press.

Rasmussen, B. (1999) *Dehierarchization – Reorganizing Gender?* Dr. polit. avhandling. Trondheim: NTNU.

Rasmussen, B. (2004) "Between endless needs and limited resources: the gendered construction of a greedy organization", *Gender, work and organization* 11(5): 506-525.

Rasmussen, B. og E. Kvande (2007) *Arbeidslivets klemmer*. Bergen: Fagbokforlaget.

Repstad, P. (1998) *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rubin, H.J. og I. Rubin (1995) *Qualitative Interviewing: the art of hearing data*. London: SAGE Publications.

Rønning, E. (2006) "Få tegn på økt arbeidspress", *Samfunnsspeilet* 20(1): 37-45. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Rønsen, M. og R.H. Kitterød (2009) "Er kvinner fornøyd med arbeidstiden sin?", *Samfunnsspeilet* 23(4): 22-30. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Samaha, E., S. Lal, N. Samaha og J. Wyndham (2007) "Psychological, lifestyle and coping contributors to chronic fatigue in shift-worker nurses", *Journal of Advanced Nursing* 59(3): 221-232.



- Sandelowski, M. (2000) "Whatever Happened to Qualitative Description?", *Research in Nursing & Health* 23: 334-340.
- Schmidt L. og L. Dyhr (2003) "Det kvalitative forskningsinterview", i L. Korch og S. Vallgård (red) *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskab* (s. 27-52). København: Munksgaard.
- Seidel, J. og U. Kelle (1995) "Different functions of coding in the analysis of textual data", i U. Kelle (red) *Computer-aided qualitative data analysis. Theory, methods and practice* (s. 52-68). London: Sage.
- Skaar, S. (1988) *Mangel på spesialsykepleiere – et spørsmål om utdanningskapasitet eller arbeidsvilkår?*. Rapport. Trondheim: IFIM.
- Skjervheim, H. (1976) "Deltakar og tilskodar", i H. Skjervheim (red) *Deltakar og tilskodar og andre essays* (s. 71-85). Oslo: Tanum-Norli.
- Smith, M., C. Fagan og J. Rubery (1998) "Where and why is part-time work growing in Europe?", i J. O'Reilly og C. Fagan (red) *Part-time prospects. An international comparison of part-time work in Europe, North America and the Pacific Rim* (s. 36-56). London and New York: Routledge.
- Solheim, J. (2002) "Kjønn, kompetanse og hegemonisk makt", i A. L. Ellingsæter og J. Solheim (red) *Den usynlige hånd? Kjønnsmakt og moderne arbeidsliv* (s. 110-140). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Solheim, J. og M. Teigen (2006) "Det kjønnssegregerte arbeidslivet – likestillingens snublestein?", *Tidsskrift for kjønnsforskning* 3: 5-20.
- Sollund, M., S.C. Trygstad og B. Johansen (2004) *Myndiggjorte medarbeidere i pleie og omsorg – hvorfor og hvordan?* NF-rapport 11. Bodø: Nordlandsforskning.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004) *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven*. Veileder 11. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006) *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren*. Rapport. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Statens helsetilsyn (2003) *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Rapport 10. Oslo: Statens helsetilsyn.
- St.meld. nr. 25 (2005-2006): *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009), *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sørensen, A.B. (1992) *Evaluering av norsk arbeidslivs- og aksjonsforskning. Fokus på*

- Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) og Institutt for industriell miljøforskning (IFIM)*. NORAS evalueringsrapport 1. Oslo: NORAS.
- Sørensen, K.H. (1982) *Den vanskelige arbeidstida? Om levekårsvirkninger av turnusarbeid i helseinstitusjoner*. Norsk Institutt for sykehusforskning. Rapport 3. Trondheim: NTH.
- Texmon, I. og N.M. Stølen (2009) *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008*. SSB-Rapport 9. Oslo-Kongsvinger: SSB.
- Thagaard, T. (2010) *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thorsen, K. (2003) "Kjønn, makt og avmakt i omsorgstjenestene. Med perspektiv på brukerne", i L.W. Isaksen (red) *Omsorgens pris. Kjønn, makt og marked i velferdsstaten* (s. 128-161). Makt- og demokratiutredningen 1998-2003. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thorsen, K. og K. Wærness (1999) "Eldreomsorg i omforming", i K. Thorsen og K. Wærness (red) *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten* (s. 11-24). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Tingvoll, W.A. og T.M. Sæterstrand (2007) "Sykehjemmets rolle i fremtidens helsevesen", *Tidsskrift for Den norske legeförening* 127(17): 2274-5.
- Vabø, M. (2005) "New Public Management i nordisk eldreomsorg – hva forskes det på?", i M. Szebehely (red) *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt* (s. 73-111). Köpenhamn: TemaNord.
- Vike, H. (2004) *Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo: Akribe.
- Wicke, D., R. Coppin og S. Payne (2004) "Teamworking in nursing homes", *Journal of Advanced Nursing* 45(2): 197-204.
- Aadland, E. (2004) "Og eg ser på deg...": *vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aakvaag, G.C. (2008) *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

## **Vedlegg 1: Informasjonsbrev**



Kari Ingstad  
Sykepleierutdanningen i Levanger  
Høgskolen i Nord-Trøndelag  
7600 LEVANGER

Levanger 15. nov. 2007

NN

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt ”Pensjonsatferd”**

Jeg tar med dette kontakt med deg for å spørre om du kan tenke deg å delta på et forskningsprosjekt i regi av HINT, Høgskolen i Nord-Trøndelag. Tittelen på prosjektet er: *Pensjonsatferd – hva påvirker sykepleieres pensjonsalder?* Prosjektet er en del av doktorgradsarbeidet til undertegnede, hvor jeg i alt skal intervju 15 sykepleiere som arbeider innen eldreomsorg, og 15 sykepleiere som har arbeidet innen eldreomsorgen, men som nå har gått av med pensjon.

Hensikten med undersøkelsen er å belyse hvordan sykepleiere i aldersgruppen 57 år og eldre opplever sin situasjon. Hvorfor ønsker noen å gå av med pensjon så tidlig som mulig, mens andre velger å fortsette i jobben utover pensjonsgrensen? Og hvordan forholder arbeidsgivere seg til arbeidstakere som nærmer seg pensjonsgrensen?

Jeg er interessert i hvordan du og andre som er på din alder tenker omkring disse spørsmålene, og håper at du kan tenke deg å stille opp på et intervju. Intervjuet vil vare i 1-2 timer og du kan selv få velge tid og sted. Å delta i undersøkelsen er selvsagt frivillig, og du kan når som helst ombestemme deg dersom du finner ut at du likevel ikke vil delta. Informasjonen du gir i intervjuene vil bli anonymisert slik at du ikke skal kunne gjenkjennes i den ferdige rapporten. Ta gjerne kontakt med meg dersom det er noe du lurer på. Telefonnummer: 91 33 73 32

Jeg vil ta kontakt med deg pr tlf neste uke for å høre om du vil være med på undersøkelsen.

Med vennlig hilsen

Kari Ingstad



## **Vedlegg 2: Intervjuguider**





## INTERVJUGUIDE FOR YRKESAKTIVE SYKEPLEIERE

### Bakgrunn

- Alder, sivilstatus,
- Nåværende arbeidssituasjon (Avdeling, pasientgruppe, stillingsstørrelse).
- Partners yrke og arbeidssted.
- Barn/ barnebarn (Alder, bor de i nærheten)

### Karriereløp

- Kan du si litt om ditt karriereløp? (Utdanning, skifte av stilling, ulike arbeidssteder, permisjoner eller avbrekk i yrkeskarrieren)
- Har du noen videre- og etter utdanning?
- Hvor mange år har du hatt den stillingen du har nå.
- Kan du si litt om din arbeidstid gjennom ulike faser av karrieren? Kan du si litt om bakgrunnen for at du har arbeidet deltid/fulltid?
- Hvordan har det vært å kombinere jobb og familie? Hvordan har din ektefelles holdninger vært til at du har vært yrkesaktiv? Dine barn? Faser i karrieren hvor dere har diskutert deres/din yrkesdeltakelse?
- Har du i din yrkeskarriere veid din rolle som mor opp mot din yrkeskarriere? Hva har vært viktigst? Hva er det å være ei god mor for deg?
- Hvorfor ble du sykepleier?
- Hva har det betydning for deg å ha en sykepleierutdanning? Hva er fint med å være sykepleier? Hvis du skulle ha valgt yrke i dag, hva hadde du valgt da?

### Pensjonsalder

- Kan du si litt om dine tanker rundt det å bli pensjonist eller om du ønsker å fortsette å jobbe? Har du noen konkrete planer om pensjoneringstidspunkt eller nedtrapping?
- Har du kjennskap til dine pensjonsrettigheter?
- Kan du si litt om hva som gjør at du ønsker å jobbe/ønsker å benytte deg av muligheten til å gå av med tidligpensjon?
- Har økonomiske forhold noen innvirkning på din beslutning?
- Hvilke signaler får du fra andre rundt deg om når du bør gå av? Familie/Kollegaer/Venner/Leder. Har du diskutert egen og andres pensjonsalder med noen?
- Hva synes du om pensjonsordningen vi har i dag? (Er det bra at folk kan gå av når de er 62 år?)
- Har du begynt å planlegge pensjonisttilværelsen? (Vært med på kurs – forberedelse til pensjonsalderen?)
- Hvordan tror du det blir å være pensjonist/slutte å jobbe? Hva blir den største forandringen?
- Hva har vært vanlig i ditt kull fra sykepleierutdanningen/ sykehjemmet? Har folk ”stått løpet ut”? Hvilke forhold tror du det er som gjør at noen velger å gå av tidlig?
- Hva skal til for at du skal fortsette i jobb?

- Det er en diskusjon i samfunnet om å få arbeidstakere til å stå lengre i arbeidslivet, føler du at dette gjelder deg?
- Er dette et yrke en kan stå lenge i?
- Hvordan kan arbeidsgiver legge til rette for at det skal være et yrke som en kan stå lenge i?

## **Arbeidssituasjon**

### Trivsel og mestring:

- Kan du beskrive hvordan det er å jobbe på sykehjem? Hvordan trives du? (Hva gjør at du trives/mistrives? Positive og negative ved å jobbe ved sykehjem. Har dette endret seg? Før/nå?)
- Kan du si litt om arbeidsmiljøet på din arbeidsplass? Gi eksempler på ting som er vanskelig/fungerer godt?
- Er det noen forskjell mellom yngre og eldre arbeidstakere?
- Hvordan påvirker arbeidsmiljøet ditt valg av pensjonsalder?
- Er det noen spesielle ordninger for seniorer i kommunen?
- Legges arbeidsoppgaver til rette spesielt for seniorer? Har du spesielle ønsker om dette/formidlet dette?
- Hvordan opplever du din arbeidstid (Helg, kveld høytider)? Tas det hensyn til hva du ønsker når turnuser utarbeides? Kunne tilpasset arbeidstid påvirket ditt valg av pensjonsalder?
- Kan du si litt om ditt ansvar på jobb? Synes du at du gjør en god jobb? Er det viktig for deg å gjøre en god jobb? Hva er det å gjøre en god jobb?
- Kan du si litt om ditt forhold til pasientene? (Hvordan blir pasientene ivaretatt, får du tilbakemelding fra pasientene?)
- Hvordan vil du si at du mestrer arbeidssituasjonen din? Er det noe du opplever at du ikke mestrer?
- Hvordan opplever du belastningene i arbeidssituasjonen? (Tidspress, ressurser, hva skulle det evt vært mer penger til?)
- Media tegner ofte et bilde av helsevesenet som om at det er svært hektisk og travelt i hverdagen. Kjenner du deg igjen i dette?

### Organisering og endring (før- nå)

- Kan du si noe om endringer i organiseringen ved sykehjemmet gjennom de årene du har arbeidet her? Hvordan var det før, hvordan er det nå. (Bemanning, ledelse, arbeidstid).
- Hvilke konsekvenser har disse endringene hatt?
- Har dine arbeidsoppgaver og ansvarsområder blitt endret?
- Har endringene ført til noe positivt? Har disse endringene ført til noe negativt?
- Kan du beskrive en vanlig arbeidsdag? (Hektisk? Hvordan? Hele dagen/Periodevis). Hvordan har dette endret seg de årene du har jobbet her?

- Opplever du at du greier å innfri forventningene fra kollegaer, pasienter og leder? Hva prioriterer du/ hva blir nedprioritert? Tenker du noen ganger på jobb etter du har gått hjem? Har du noen gang dårlig samvittighet når du går hjem?
- Hvordan opplever du bemanningen i dag? Leies det inn ekstra personale når spesielle ting oppstår? (Utfordrende pasienter, terminale pasienter).
- Kan du si litt om hvordan din arbeidsplass holder seg oppdatert på fagfeltet? Er det muligheter for å dra på kurs? Når var du sist på kurs?
- Er det mange som jobber deltid på sykehjemmet?
- Kan du si litt om hvordan dette har utviklet seg, har det alltid vært slik? Hvorfor tror du det er så mye deltid i denne sektoren?
- Kan du si litt om hva du tenker om denne deltidskulturen?

### Individuelle forhold

- Kan du si litt om din egen helse? Har du plager som påvirker din arbeidshverdag? Er dette arbeidsrelaterte plager? Hva gjør du for å ivareta egen helse? Legger arbeidsplassen til rette for at ansatte skal ivareta egen helse?
- Hvordan er din ektefelles helse? Har dere felles planer for framtida når dere blir pensjonister?
- Er du opptatt av å holde orden i huset? (I forhold til andre, hva er din standard) Deltar din mann i husvask og matlaging? Hvordan vil du beskrive arbeidsfordelingen i forhold til husarbeid?
- Kommer dere til å "time" når dere skal gå av?
- Har du noen omsorgsforpliktelser overfor familien? (Barnebarn, foreldre) Hvordan er ditt forhold til dine barnebarn? Hvor ofte sees dere? Er du ofte barnevakt? Forventes det at du stiller opp for familien? Hvordan? Opplever du familieforpliktelser som noe positivt/negativt? Påvirker din familiesituasjon ditt ønske om å endre arbeidstida?
- Kan du si litt om ditt sosiale nettverk utenom familien? Når/hvor/hvor ofte treffes dere?
- Fritidsinteresser. Er det noe du ønsker å gjøre på fritida som du ikke har tid til/noe du skulle gjort mer av? Hindrer jobben din deg i å gjøre noe du gjerne skulle gjort mer av? Er det noe du ser fram til å gjøre mer av når du blir pensjonist?
- Kunne du tenke deg å fortsette å jobbe litt etter du har gått av med pensjon? (hvor mye)
- Kommer du til å savne noe med arbeidsplassen når du går av med pensjon? Hva?
- Hva kunne fått deg til å stå lengre i arbeidslivet?



## INTERVJUGUIDE FOR PENSJONERTE SYKEPLEIERE

### Bakgrunn

- Alder, sivilstatus,
- Partners yrke og arbeidssted.
- Barn/ barnebarn (Alder, bor de i nærheten)

### Karriereløp

- Kan du si litt om ditt karriereløp? (Utdanning, skifte av stilling, ulike arbeidsssteder, permisjoner eller avbrekk i yrkeskarrieren)
- Hvordan var din arbeidssituasjon ved siste arbeidsplass? (Avdeling, pasientgruppe, stillingsstørrelse). Hvor mange år arbeidet du der?
- Har du noen videre- og etter utdanning?
- Kan du si litt om din arbeidstid gjennom ulike faser av karrieren? Kan du si litt om bakgrunnen for at du har arbeidet deltid/fulltid?
- Hvordan har det vært å kombinere jobb og familie? Hvordan har din ektefelles holdninger vært til at du har vært yrkesaktiv? Dine barn? Faser i karrieren hvor dere har diskutert deres/din yrkesdeltakelse?
- Har du i din yrkeskarriere veid din rolle som mor opp mot din yrkeskarriere? Hva har vært viktigst? Hva er det å være ei god mor for deg?
- Hvorfor ble du sykepleier?
- Hva har det betydd for deg å ha en sykepleierutdanning? Hva er fint med å være sykepleier? Hvis du skulle ha valgt yrke i dag, hva hadde du valgt da?
- Når gikk du av med pensjon? Arbeider du noe nå?

### Pensjonsalder

- Hvordan er det å være pensjonist? Hva er den største forandringen?
- Kan du si litt om årsakene til at du gikk av med pensjon? Hva gjorde at du ville slutte? Var du i tvil/Brukte du lang tid på å ta en beslutning?
- Var det noe som gjorde at du ville fortsette?
- Har du kjennskap til dine pensjonsrettigheter?
- Hadde økonomiske forhold noen innvirkning på din beslutning?
- Diskuterte du egen og andres pensjonsalder med noen? Hvilke signaler fikk du fra andre rundt deg? Familie/Kolleger/Venner/Leder.
- Hva synes du om pensjonsordningen vi har i dag? (Er det bra at folk kan gå av når de er 62 år?)
- Planla du pensjonisttilværelsen før du gikk av? (Økonomiske konsekvenser, hva du skulle gjøre med mer) Var du på kurs – forberedelse til pensjonsalderen?
- Har det blitt slik du tenkte deg?
- Hva har vært vanlig i ditt kull fra sykepleierutdanningen/ sykehjemmet? Har folk ”stått løpet ut”? Hvilke forhold tror du det er som gjør at noen velger å gå av tidlig?
- Er det noe som kunne ha fått deg til å stå lengre i arbeidslivet/ arbeide mer nå?

- Det er en diskusjon i samfunnet om å få arbeidstakere til å stå lengre i arbeidslivet, føler du at dette gjelder deg?
- Er dette et yrke en kan stå lenge i?
- Hvordan kan arbeidsgiver legge til rette for at det skal være et yrke som en kan stå lenge i?

## **Arbeidssituasjon**

### Trivsel og mestring:

- Kan du beskrive hvordan det var å jobbe på sykehjem? Hvordan trivdes du? (Hva gjorde at du trivdes/mistrivdes? Positive og negative ved å jobbe ved sykehjem. Endret dette seg i den tiden du var yrkesaktiv)
- Kan du si litt om hvordan arbeidsmiljøet var på din siste arbeidsplass? Kan du gi eksempler på ting som fungerte godt/mindre godt?
- Hvordan påvirket arbeidsmiljøet ditt valg av pensjonsalder?
- Var det noen forskjell mellom yngre og eldre arbeidstakere?
- Var det noen spesielle ordninger for seniorer i kommunen?
- Ble arbeidsoppgaver spesielt lagt til rette spesielt for seniorer? Hadde du spesielle ønsker om dette/formidlet du dette?
- Hvordan opplevde du din arbeidstid (Helg, kveld høytider)? Ble det tatt hensyn til hva du ønsket når turnusene ble utarbeidet? Kunne tilpasset arbeidstid påvirket ditt valg av pensjonsalder?
- Kan du si litt om ditt forhold til pasientene? (Hvordan ble pasientene ivaretatt, fikk du tilbakemeldinger fra pasientene)
- Kan du si litt om det ansvaret du hadde på jobb? Synes du at du gjorde en god jobb? Var det viktig for deg å gjøre en god jobb? Hva er det å gjøre en god jobb?
- Hvordan vil du si at du mestret arbeidssituasjonen din? Var det noe du opplever at du ikke mestrer?
- Hvordan opplevde du belastningene i arbeidssituasjonen? (Tidspress, ressurser, hva skulle det evt vært mer penger til?)
- Media tegner ofte et bilde av helsevesenet som om at det er svært hektisk og travelt i hverdagen. Kjenner du deg igjen i dette?

### Organisering og endring (før- nå)

- Kan du si noe om endringer i organiseringen ved sykehjemmet gjennom de årene du har arbeidet der? (Bemanning, ledelse, arbeidstid).
- Hvilke konsekvenser hadde disse endringene?
- Ble dine arbeidsoppgaver eller ansvarsområder endret?
- Førte endringene til noe positivt? Førte endringene til noe negativt?
- Kan du beskrive hvordan en vanlig arbeidsdag var? (Hektisk? Hvordan? Hele dagen/Periodevis). Hvordan endret dette seg de årene du jobbet der?
- Opplevde du at du greide å innfri forventningene fra kollegaer, pasienter og leder? Hva prioriterte du/ hva ble nedprioritert? Tenkte du noen ganger på jobb etter du hadde gått hjem? Hadde du noen gang dårlig samvittighet når du gikk hjem?

- Hvordan opplevde du at bemanningen var? Ble det leid inn ekstra personale når spesielle ting oppsto? (Utfordrende pasienter, terminale pasienter).
- Kan du si litt om hvordan din arbeidsplass holdt seg oppdatert på fagfeltet? Var det rom for å dra på kurs?
- Var det mange som jobbet deltid på sykehjemmet?
- Har det alltid vært mye deltid i denne sektoren? Hvorfor tror du det er så mye deltid i denne sektoren? Må det være slik?
- Kan du si litt om hva du tenker om denne deltidskulturen?

### **Individuelle forhold**

- Kan du si litt om din egen helse? Hadde du plager som påvirker din arbeidshverdag? Er dette arbeidsrelaterte plager? Hva gjør du for å ivareta egen helse? La arbeidsplassen til rette for at ansatte skulle ivareta egen helse?
- Påvirket din helse ditt valg av pensjonsalder?
- Hvordan er din ektefelles helse? La du og din ektemann felles planer for framtida før dere ble pensjonister?
- Er du opptatt av å holde orden i huset? (I forhold til andre, hva er din standard) Deltar din mann i husvask og matlaging? Hvordan vil du beskrive arbeidsfordelingen i forhold til husarbeid?
- Gikk du og din mann av samtidig? Ga din mann/barn deg noen signaler for hva de mente om din pensjonsalder?
- Har du noen omsorgsforpliktelser overfor familien? (Barnebarn, foreldre) Hvordan er ditt forhold til dine barnebarn? Hvor ofte sees dere? Er du ofte barnevakt? Forventes det at du stiller opp for familien? Hvordan? Opplever du familieforpliktelser som noe positivt/negativt? Påvirket din familiesituasjon ditt ønske om å endre arbeidstida?
- Kan di si litt om ditt sosiale nettverk utenom familien? Når/hvor/hvor ofte treffes dere?
- Fritidsinteresser. Er det noe du nå gjør på fritida som du ikke hadde tid til da du var i arbeid? Var dette noe av grunnen til at du ble pensjonist?
- Jobber du noe ekstra? Kunne du tenke deg å gjøre det? (Hvor mye?)
- Savner du noe med arbeidsplassen?
- Hva kunne fått deg til å stå lengre i arbeidslivet?





## **Artikler 1-4**



## **Artikkel 1**



# Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter

Kari Ingstad, Høgskolelektor, PhD

WORKING CONDITIONS IN NORWEGIAN NURSING HOMES – IDEALS VERSUS REALITIES

## ABSTRACT:

Modernization of public services has put nurses in a new situation, with increasing demands and limited resources. The aim of this project is to describe how nurses' job situation in nursing homes has changed, and examine how older graduated nurses cope with the demands they are facing in their work situation. Data were collected through in-depth interviews with twenty-two nurses older than fifty-six years, either still working in a nursing home, or recently retired. I found that nurses working in nursing homes today have to deal with endless needs combined with limited resources. To cope with this situation, they use different strategies. Some nurses try to live up to the professions high ethical standards by working overtime and dropping breaks i.e. Others have accepted that limited resources reduce their ability to live up to these ethical standards. They no longer identify themselves with these standards, due to the lack of sufficient resources.

KEY WORDS: Nursing home, coping, nurses, New Public Management

## Innledning

Hensikten med denne artikkelen er å analysere hvordan endringer i tråd med New Public Management (NPM) har påvirket arbeidsforholdene ved norske sykehjem, og hvordan sykepleiere i slutten av yrkeskarrieren mestrer de nye arbeidsforholdene. Norsk eldreomsorg har vært under kontinuerlig forandring og utvikling helt siden den ble en del av den offentlige velferdspolitikken etter andre verdenskrig. I løpet av 1990-årene økte imidlertid omstillingstakten, da eldreomsorgen ble en del av en internasjonal reformtrend, etter hvert kjent som NPM (1). Reformene har hatt som mål å bruke ressursene mer effektivt, samt å tilpasse behovene bedre til brukerne, altså levere bedre tjenester til en lavere kostnad (2). Samtidig har NPM-relaterte reformer skapt bekymring for ressurskvis og forverring av arbeidsforhold for de ansatte. Dette fordi effektivitetskrav kan komme i konflikt med de normene sykepleiere har i sin rolle som profesjonelle yrkesutøvere (1,3). Et sykehjem tilbyr heldøgns helsetjenester til pasienter med sammensatte og komplekse behov. Å ivareta disse pasientenes grunnleggende behov på alle nivå, er krevende og utfordrende, da de fleste pasientene har behov for omfattende hjelp, både medisinsk og pleiemessig (4). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskriver forholdet mellom sykepleier og pasient slik: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» (5). Dette er idealer det kan være vanskelig å strekke seg mot når stadige omstillinger og effektiviseringer fordrer at ansatte skal få mer helse ut av hver krone. Framtidige demografiske endringer vil medføre et større behov for sykepleiere i eldreomsorgen, samtidig som organisatoriske endringer vil være nødvendig for å møte de nye og økende behovene. På bakgrunn av dette er det viktig med kunnskap om arbeidsforholdene ved sykehjem, og hvordan sykepleiere mestrer disse arbeidsforholdene.

Den internasjonale forskningslitteraturen om NPM-relaterte reformer er i hovedsak basert på data som er samlet inn blant administrative ledere og konsulenter. Data fra de personer som gir og mottar tjenestene har vært fraværende (1). Hensikten med denne artikkelen er å vise hvordan sykepleiere som arbeider i en sykehjemsavdeling opplever og mestrer endringene i arbeidssituasjonen, og tar utgangspunkt i følgende problemstillinger: Hvordan opplever sykepleiere at NPM har påvirket arbeidsforholdene i sykehjem, og hvordan mestrer sykepleiere i sykehjem sin arbeidssituasjon?

## NPM

Denne studien ser på arbeidsforhold i sykehjem i lys av NPM-inspirerte reformer. NPM er en samlebetegnelse for flere tiltak og organisasjonsformer som beskriver reformer i offentlig sektor siden 1980-tal-

let. Tanken var at elementer fra marked og private bedriftskulturer bevisst skulle bygges inn i offentlige institusjoner (2, 6). Hood (1991) peker på NPM som en doktrine med flere komponenter; Større vektlegging av mål og resultatstyring, profesjonell ledelse, desentralisering, bruk av styringspraksis fra privat sektor, bruk av standarder og prestasjonsmål, konkurranse og større vekt på sparsommelighet i bruken av offentlige ressurser (7). Reformene er i utgangspunktet abstrakte ideer som ikke lar seg installere i organisasjoner som ferdige forandringer. De må tolkes, konkretiseres og vinne aksept på ulike nivåer i organisasjonen før de gir utslag i endret praksis (1). Med utgangspunkt i de problemstillinger som drøftes i denne artikkelen vil jeg utdype hva som ligger i mål og resultatstyring, profesjonell ledelse og desentralisering.

Mål- og resultatstyring i offentlige tjenester fokuserer på hvilke mål tjenesten har og hvilke resultater som blir oppnådd. Tydelige mål og klare resultatkrav for hver enkelt virksomhet gjør det mulig å fastslå i hvilken grad resultater som er forutsatt oppnås. For å vurdere om målene oppnås, inngår perioderapporter, årsrapporter og andre evalueringsmetoder som en del av arbeidsprosessen. Det spesielle ved målstyring er ikke at man setter mål for virksomheten, men at man styrer ved hjelp av mål for derigjennom å nå virksomhetens mål (8, 9, 10).

Ledelsestjenkningen i NPM fokuserer på resultat- og endringsorientert ledelse. Lederen er den som skal drive gjennom endringer og sørge for måloppnåelse. Lederen har fått mer ansvar overfor personalet, samtidig som avdelingene ofte er organisert som selvstendige ramlestyrte enheter (11). Tanken er at gjennom å gi lederen makt til å lede og ansvar for organisasjonens resultater, vil evnen til å levere tjenester av god kvalitet øke. Profesjonelle ledere har mindre fokus på fag, og mer fokus på å være visjonære og innovative i møtet med effektivitetskrav (12).

Desentralisering har medført en flatere organisasjonsstruktur i kommunene. Hierarkier er bygd ned og arbeidsoppgaver og ansvar er forskjøvet fra sentrale ledd til de avdelinger som leverer tjenestene. Målet har blant annet vært å bruke mer av ressursene direkte på tjenestene framfor administrasjon, samt minske avstanden mellom beslutningstakere og brukere. Utforming av tjenestene har i større grad blitt overlatt til de som leverer tjenestene, og slik mener man at de ansatte har blitt myndiggjort (2, 11, 13). Målet med dette har blant annet vært å bedre arbeidssituasjonen og motivasjonen til de ansatte, i tillegg til å bedre tjenestene mot brukerne. Myndiggjøring kan gi en mer stimulerende arbeidssituasjon for mange sykepleiere, da det gir økt ansvar. Myndiggjøringsstrategier kan også ha problematiske sider. Når ansatte får ansvar for innholdet i og kvaliteten på tjenestene, uten å ha myndighet over arbeidsmengde og ressurser, kan det føre til at ansatte ikke greier å etterleve den kvaliteten de mener pleien bør ha (11, 14, 15).

## Metode

Studien omfatter totalt 22 kvalitative forskningsintervjuer med kvinnelige sykepleiere, og ble utført mellom høsten 2007 og våren 2008.

### Utvalg og gjennomføring

Strategisk utvalg ble benyttet for å sikre informanter som kunne bidra til å belyse problemstillingen. Inklusjonskriterier var sykepleiere i aldersgruppen 56 år eller eldre, og at de enten arbeidet innenfor pleien ved sykehjem, eller de hadde arbeidet i pleien ved et sykehjem siste 2 år, og deretter gått av med pensjon. 16 av informantene gikk i fast stilling, hvorav 7 hadde delpensjon. 6 av informantene var pensjonister, hvorav 2 fortsatt arbeidet ekstravakter. Informantene ble rekruttert ved at jeg kontaktet ledere og administrativt ansatte ved ulike sykehjem, som formidlet brev videre til aktuelle informanter. Deretter ble informantene oppringt en uke etter de hadde fått skriftlig invitasjon. Totalt ble 23 informanter forespurt, hvorav 22 deltok i undersøkelsen. Informantene valgte selv hvor intervjuene skulle foregå; 3 intervjuer foregikk på en lokal høyskole, 2 intervjuer hjemme hos informantene og 17 intervjuer foregikk på sykehjemmet der de arbeidet, eller hadde arbeidet tidligere. På bakgrunn av teori og tidligere forskning på feltet ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide som ble utprøvd og brukt som struktur for samtalen, som varte i 1–2 timer. Sentrale tema nedfelt i intervjuguiden var arbeidsforhold, endringer i arbeidsoppgaver og ansvarsområder, organisasjonsendringer og mestring av arbeidsforhold. Det ble vektlagt å stille enkle og åpne spørsmål som var klare og korte. Eksempel på spørsmål; Kan du beskrive en vanlig arbeidsdag? Hvordan har dine arbeidsoppgaver endret seg i løpet av den tiden du har arbeidet her? I tillegg ble det stilt oppfølgingsspørsmål og oppklarende spørsmål. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og fortløpende transkribert ordrett.

### Analyse

Studien har en fenomenologisk, hermeneutisk tilnærming, som innebærer en tolkende lytting til det mangfold av betydninger som ligger i intervjupersonens uttalelser. Analyse og fortolkning beskrives som en dialektisk bevegelse mellom deler og helhet og mellom forforståelse, tekstens enkelte deler, helheten i teksten, refleksjon og teori (16, 17, 18). Et fremtredende trekk ved den kvalitative forskningen er analysens fremtredende plass gjennom hele forskningsprosessen. Analysen er ikke noe som bare utarbeides i en eller to faser, den formes under intervjuet, materialbehandlingen og formidlingen (19). Jeg noterte fortløpende ulike funn jeg gjorde, både under intervjuet, transkripsjonen og analysen. Når dataene var transkribert, gikk jeg videre i å analysere teksten og finne intervjuenes mening. Den naive forforståelsen ble formulert ut fra en første lesing, og inneholdt en beskrivende del av arbeidsforholdene på sykehjem, og en foreløpig fortolkende del. I den påfølgende strukturelle analysen ble materialet analysert på nytt med spesielt fokus på hvordan informantene mestret sin arbeidssituasjon. Meningskategorisering ble benyttet som verktøy i analysen, noe som innebærer at man koder intervjuene i kategorier (16, 20). Jeg startet med et kodesystem jeg hadde utviklet på bakgrunn av teori og problemstilling. Utover i analysen endret disse kategoriene seg, og jeg tilpasset kodene til forskningsmaterialet.

### Etiske vurderinger

Informantene deltok frivillig og kunne når som helst trekke seg. Det var i utgangspunktet lite sensitiv informasjon som ville komme fram under intervjuet. Noen av informantene fortalte likevel om spesielle hendelser både fra privatlivet og arbeidssituasjonen som tydelig hadde preget dem. Konsekvensene av en intervjustudie bør vurderes med hensyn til mulig skade som kan påføres intervjupersonene (16). Under intervjusituasjoner jeg oppfattet som vanskelige for informantene, lot jeg informantene prate ut i en lengre periode, hvor jeg lyttet aktivt. Noen ganger informerte jeg om at de kunne stoppe intervjuet eller at de ikke behøvde å svare på spørsmålet. Ingen ønsket å stanse intervjuet, og flere informanter ga uttrykk for at de ønsket å få fram informasjonen, selv om det var vanskelig å uttrykke seg. Løsningen ble at vi tok korte pauser, hvor informantene fikk samlet seg, og tenkt gjennom hvilken informasjon de ønsket å gi.

## Funn og diskusjon

Funnene presenteres i to hovedkategorier «Arbeidsforhold i sykehjem» og «Mestringsstrategier». Den første hovedkategorien har tre underkategorier; hektisk arbeidssituasjon; lite tilstedeværende ledelse; flere nye arbeidsoppgaver. Den andre hovedkategorien har to underkategorier; med idealene som rettesnor; med realitetene som rettesnor. For å knytte empirien til en større helhet vil jeg videre i artikkelen se funnene i sammenheng med tidligere forskning og teori.

### Arbeidsforhold ved sykehjem

Sykepleiere som arbeider på sykehjem har i oppgave å ivareta pasientenes grunnleggende behov. I møtet med nye krav til omstillinger og effektiviseringer kan arbeidsforholdene for sykepleiere endres. Denne studien tyder på at NPM inspirerte reformer har påvirket arbeidsforholdene til sykepleiere i sykehjem ved at de har fått en mer hektisk arbeidssituasjon, en mindre synlig leder og flere nye arbeidsoppgaver.

### Hektisk arbeidssituasjon

Sykepleierne beskrev arbeidssituasjonen som hektisk, hvor det var mange og ofte komplekse arbeidsoppgaver som skulle utføres; «Pasientene som kommer inn er veldig dårlige, og det er mye med nesten hver enkelt. Vi skulle så gjerne vært flere hender, vi er så slitne etter en dag». Å gi god omsorg og pleie til sykehjems pasienter med gjennomsnittlig 3–4 medisinske diagnoser, er mer krevende enn de oppgavene pleie- og omsorgstjenestene tok seg av få år tilbake. Sykehusene skriver ut pasienter tidligere, og kommunene må ta imot pasienter med komplekse sykdomshistorier og pasienter i livets siste fase. Stor arbeidsmengde medførte at arbeidsoppgaver måtte prioriteres, og det meste av arbeidsdagene gikk med til å dekke pasientenes mest prekære behov, som for eksempel å ivareta deres personlige hygiene, dekke deres behov knyttet til ernæring og eliminasjon, medisintil levering og blodprøvetaking. En nylig pensjonert sykepleier beskriver det slik: «*Alt dreide seg etter hvert om å få pasientene opp, få i dem mat, kanskje en dorunde og så var det ny mat og legging. Det var toppene vi tok, og ikke noe trivsel*». Arbeidssituasjonen beskrives som at det ikke er rom for å ivareta pasientene utover deres mest grunnleggende behov. «*Det blir mer og mer oppbevaringsplass, og ikke hjem, og det er litt trist å se. Du får av og til dårlig samvittighet, særlig som sykepleier. For det er så lite ekstra tid*». Flere ga uttrykk for at de kunne tenkt seg å ta med pasientene mer ut på turer, på kafé eller på tur rundt i nrområdet, noe som var vanlig tidligere. I dagens arbeidssituasjon var det i liten grad rom for å gjøre dette. Flere studier viser at sykepleiere på sykehjem opplever et konstant tidspress som truer kvaliteten i pleien. I slike situasjoner blir det de medisinske kjerneoppgavene som prioriteres, mens det å dekke psykososiale behov nedprioriteres (21, 22).

Stadig eldre pasienter med mer komplekse sykdomsbilder, sammen med effektiviseringer og omstillinger, har ført til en hektisk arbeidsdag med høyt tempo og store fysiske og psykiske belastninger for sykepleiere (14, 23). En studie viser at effektiv bruk av ressurser har blitt en av de viktigste arbeidsoppgavene for sykepleierledere (12). Større fokus på effektiv ressursutnyttelse, kostnadskutt og budsjett disiplin gjør at det først og fremst er de økonomiske rammene som skal overholdes, mål knyttet til kvaliteten på tjenestene kommer i andre rekke.

### Lite tilstedeværende ledelse

Desentralisering og nedbygging av hierarkier har ført til at den tradisjonelle avdelingssykepleieren er borte. Tidligere var det vanlig med en avdelingssykepleier ved hver avdeling. Fordi antall ledernivå er kuttet har nå sykepleiernes nærmeste overordnede generelt fått et større ansvarsområde med flere administrative oppgaver. Dette har i større grad ført lederne bort fra avdelingene, noe sykepleierne opplevde som problematisk fordi de ikke ble sett og fordi de følte at deres arbeidsinnsats ikke ble verdsatt. «*Jeg har savnet å bli sett. En får høre bare negativt. Vi har fått for lite skryt og for lite oppbacking. Rett og slett har de ikke sett hva vi holder på med i hverdagene*». Kontinuerlig støtte gjennom karrieren er viktig for å mestre stadige krav om nedskjæringer og reorganiseringer (24). Det kan virke som reformer i tråd med NPM har økt kompleksiteten i arbeidsoppgavene for sykepleier-

ledere, og at de ikke klarer å ivareta alle sine roller som profesjonelle ledere (12).

Det blir også mindre kontinuitet i arbeidssituasjonen når det ikke er noen leder tilgjengelig på avdelingen. De fleste ansatte på institusjonene arbeider deltid, og alle arbeider turnus. Når lederne ikke er på avdelingen, er det ingen som har oversikt fra dag til dag. Til tross for at det er dokumentasjonssystemer som skal kvalitetssikre daglige endringer og gjøremål, hender det at informasjon går tapt. En sykepleier beskriver dette slik: «Vi savner en sykepleier som kan gå bare dagvakter, og være litt avdelingsleder, for det ramler ut beskjeder når alle går i turnus. Det hjelper ikke hvor flink en er til å rapportere eller dokumentere. Det glipper en og annen gang. Hvis vi hadde fått gjennomslag for dette, tror vi at hverdagen for alle sammen har blitt enklere».

#### Flere nye arbeidsoppgaver

Færre ledernivå har økt arbeidsmengden til mellomlederne, som igjen har resultert i at sykepleiere på avdelingen har fått delegert flere arbeidsoppgaver. «... Enhetslederne blir påført stadig flere oppgaver, og de skal helst dele seg i 4 eller i alle fall 2. Og da er det klart at man får delegert en del oppgaver som man prøver å løse på beste måte, men det kommer i tillegg til den direkte pasientkontakten. Det kan fort oppstå noen dilemmaer der. En blir strukket i begge ender». Eksempler på nye og utvidede arbeidsoppgaver sykepleiere sier de har fått er; henvendelser fra pårørende og sykehus, ansvar for teknisk utstyr, innleie av vakter, narkoregnskap, bestilling av utstyr, ansvar for trygghetsalarmer. Å få nye arbeidsoppgaver kan oppleves som positivt fordi ens kompetanse blir verdsatt, og større utfordringer kan gi økt motivasjon i arbeidet (2). De fleste sykepleierne var positive til de nye arbeidsoppgavene de hadde fått, problemet var bare at de ikke hadde fått mer tid til å utføre disse oppgavene. Slik kan man si at desentraliseringen har ført til et enda større arbeidspress for sykepleierne. En kvalitativ studie av sykepleiere på sykehjem i Australia viser lignende funn. Reformen har gitt økt arbeidsmengde ved at sykepleierne har fått flere administrative arbeidsoppgaver samtidig som de har samme pleieansvar overfor pasientene (25).

Stadig eldre pasienter, kombinert med omorganiseringer og effektiviseringer, har ført til at mange sykepleiere opplever et gap mellom pasientenes behov og ressursene de har til rådighet for å møte disse behovene. I møte med den enkelte beboer er det sykepleieren som har ansvar for å innfri lover og forskrifter (26). Jeg vil nå diskutere hvordan sykepleierne mestrer de nye arbeidsforholdene.

#### Mestringsstrategier

I kampen mellom profesjonsmål og produksjonskrav kunne jeg i denne studien se to ytterligheter av mestringsstrategier sykepleierne benyttet. På den ene siden var det sykepleiere som individualiserte ansvaret for å utøve god omsorg og pleie. Disse strakk seg langt for å utføre sykepleie i tråd med egne omsorgsidealer, samtidig som de ofte hadde dårlig samvittighet for ting de ikke fikk gjort. På den andre siden fant jeg sykepleiere som innfant seg med at idealet for sykepleie var et umulig mål å jobbe mot. Disse hadde i større grad god tatt at en måtte tilpasse aktiviteten til de ressursene en hadde til rådighet. Så lenge de gjorde det de kunne innenfor rammebetingelsene som var satt, var de fornøyde med egen arbeidsinnsats. En sykepleier beskriver denne forskjellen i holdninger slik: «Det er noen som bare flyter gjennom dagen og bare går hjem, «ha det». Og da står en igjen med masse arbeid. Det har vært veldig vanskelig. Det er noen som bare kommer og går. De gjør en god jobb når de er her, det er ikke det. Men det er litt mer enn det». Den ene ytterligheten strekker seg svært langt i forsøket på å utføre sykepleie i tråd med de idealer de har lært, mens den andre ytterligheten i større grad forholder seg til realitetene, og aksepterer at ressurstilgangen setter grenser for kvaliteten på deres arbeid.

#### Med idealene som rettesnor

For å unngå at tidspresst reduserte kvaliteten på tjenestene hadde flere sykepleiere en tendens til å forlenge vaktene både i forkant og etterkant. Dette uten at de nødvendigvis fikk kompensert for den ekstra tiden. I tillegg var det flere som unngikk å ta matpause: «Jeg prøver

å ta pause kl 12 hver formiddag. ... det kan være at noen er flinkere enn meg til å sette seg ned å ta en kopp kaffe. Men jeg er vel av den gamle sorten som ikke prioriterer det. Jeg prioriterer pasientene i stedet». Ved å arbeide ut over normal arbeidstid og unngå pauser i løpet av en dag, rekker en å gjøre flere arbeidsoppgaver og en tilfredsstillende grad pasientenes behov. På denne måten blir ikke de kortsiktige konsekvensene av de NPM-inspirerte omorganiseringene synlige, fordi sykepleierne individuelle omsorgsinnsats blir en buffer mellom sykepleieryrkets idealer og politikernes manglende prioritering av nødvendige ressurser for å jobbe etter disse idealene (2).

Flere sykepleiere arbeidet deltid for å ha overskudd til å mestre arbeidsdagen. En sykepleier på 60 år som arbeidet i 75 % stilling beskriver det slik: «Når jeg arbeider 75 % stilling har jeg mye mer å gi på jobben. Det er veldig krevende sånn psykisk sett her synes jeg. Demente er jo ganske intense i perioder, og jeg merker godt hvor bra jeg selv har det. Kommer du og har hatt fri noen dager så er det godt å komme på jobb. Har du hatt 4-5 vakter, så kjenner du at lunta er kort». Når arbeidsdagen er travel må en være uthvilt når en kommer på jobb, og en må yte 100 % innsats. Gjennom å arbeide deltid får sykepleierne mulighet til å restituere seg mellom vaktene, og begrenser dermed den fysiske og psykiske slitasjen. At deltid brukes som mestringsstrategi for ansatte i helse- og pleie-sektoren bekreftes i annen forskning (23). Periodevise sykemeldinger ble også benyttet som mestringsstrategi for å klare å møte kravene i arbeidssituasjonen. En sykepleier på 63 år som arbeidet 50 % stilling fortalte at hun regelmessig de siste årene hadde vært sykemeldt. Hun var blitt enig med sin lege om at hun skulle bli sykemeldt når hun trengte en pause fra arbeidslivet: «Legen sier at du må bare få deg sykemeldinger innimellom».

#### Med realitetene som rettesnor

Sykepleiere og deres forhold til sine arbeidsoppgaver påvirkes når de opplever stadig høyere krav til produktivitet. Arbeidsoppgavene har ikke noen fasit og en må gjøre etiske valg og prioriteringer gjennom arbeidsdagen. Lite ressurser gjør at en kanskje må fjerne seg fra idealene, og heller fokusere på å yte best mulig sykepleie med de ressursene en faktisk har. En sykepleier beskriver det slik: «Du får ikke drive den sykepleie som du lærte. Utviklingen er blitt slik at du må fire på kravene». Rammebetingelsene innenfor eldreomsorgen kan derfor begrense mulighetene til å utøve sykepleiefaget i tråd med omsorgsidealet. Ved å justere forventningene til eget arbeid slik at de er i overensstemmelse med rammebetingelsene, kan det bli lettere å oppleve at en mestrer arbeidet sitt. «Det er klart det er travelt. Jeg tror alle gir alt egentlig, det må vi. Men jeg har akseptert at kommunen ikke kan gjøre alt for et menneske».

Flere sykepleiere sier at de ikke lenger har dårlig samvittighet for det de ikke klarer å gjøre i løpet av en arbeidsdag. Så lenge de gjør det de kan innenfor de rammene som er satt er det ikke mer de kan gjøre. «Det er klart det er travelt, men jeg har ikke dårlig samvittighet. Du vinner det du må, det viktigste i alle fall. Er det noe du ikke kan gjøre, så kan du ikke gjøre noen ting, sånn er det.» Slik er det noen som distanserer seg fra ansvaret om å utøve yrket i tråd med idealene, og i stedet forholder seg til realitetene. De gjør det beste de kan ut fra de ressursene de faktisk har til rådighet.

Slik ser vi at endringer i tråd med NPM har ført til en travlere arbeidsdag for sykepleiere, hvor de må håndtere store behov med begrensede ressurser. For å mestre denne arbeidssituasjonen er det noen som strekker seg langt for leve opp til yrkets idealer, mens andre har akseptert at begrensede ressurser gjør at de ikke lenger kan arbeide helt i tråd med disse idealene.

#### Metodediskusjon

I kvalitative undersøkelser finnes det ingen metoder for å beregne hvor stort utvalget bør være, men et viktig kriterium er at utvalget kan avsluttes når inkluderingen av nye enheter i utvalget ikke tilfører vesentlig informasjon (27). Da jeg nærmet meg 20 informanter så jeg at nye deltakere ikke bidro med noe nytt, og jeg opplever at 22 informanter er et tilfredsstillende antall for den kohorten jeg intervjuet. Derimot kunne jeg ha fått andre data om jeg også hadde intervjuet

ynge sykepleiere. Sykepleiere over 56 år ble valgt for å si noe om arbeidstakere som er i slutten av sin yrkeskarriere, samtidig som de har deltatt i arbeidslivet over en lengre periode, og således kan si noe om utviklingen av arbeidssituasjonen over tid.

Informantene var fra tre fylker, sju kommuner, tretten sykehjem og nitten avdelinger. Dette for å få fram eventuelle variasjoner i arbeidsforhold og organiseringer ved ulike sykehjem, samtidig som sykepleiere fra samme sykehjem kunne oppleve arbeidssituasjonen ulikt. Utvalget søker på ingen måte å være representativt, men er valgt for å få tak i erfaringsbredde fra ulike sykehjem og informanter med ulik bakgrunn. Funnene som presenteres kan også gjelde andre sykehjem. Med tanke på leseregeneralisering har jeg lagt vekt på å beskrive framgangsmåten og analysen, slik at leserne og de som kjenner feltet kan vurdere om funnene kan overføres (16).

### Avslutning

Studien ser på sykepleieres arbeidsforhold i sykehjem i lys av NPM-inspirerte reformer. Sykepleiere som arbeider ved sykehjem opplever en hektisk arbeidssituasjon, hvor de har fått delegert flere oppgaver samtidig som de har fått en mindre tilstedeværende ledelse. Endringer og reformer i den hensikt å få mer helse ut av hver krone, kombinert med stadig eldre og sykere pasienter, har slik medført et større tidspress. Dette vil kunne utfordre omsorgsidealet i sykepleieryrket.

Denne kvalitative studien viste to ytterligheter i forhold til hvilke mestringsstrategier sykepleierne benyttet i møte med de nye kravene. På den ene siden var det sykepleiere som kompenserte for lav bemanning ved å strekke seg stadig lengre, mens på den andre siden var det sykepleiere som justerte kravene til egen yrkesutøvelse i tråd med den faktiske ressurstilgangen. Å fjerne seg fra yrkets idealer kan ha problematiske sider, fordi idealet da kan oppleves som en illusjon det er umulig å jobbe mot. I stedet for å øke sin kompetanse og jobbe med å utvikle sin arbeidsplass tilpasset framtidens utfordringer, kan fokuset bli alle oppgavene som «må» gjøres her og nå. En av erfaringene som er gjort i Storbritannia i forbindelse med endringer i tråd med NPM, har vært at etiske og moralske betraktninger ofte undertrykkes. Ansatte har ikke kunnet opprettholde ønsket kvalitet på tjenestene, og det har ført til en demoralisering for ansatte innen helsesektoren (28). Norge kom senere i gang med omstillingen i offentlig sektor, og endringene har vært mindre omfattende her. Dette på grunn av at Norge ikke har hatt så sterke økonomiske grunner til å spare, og fordi velferdsstaten har stått sterkere her (2). Når noen sykepleiere nå distanserer seg fra yrkets idealer, kan det tyde på at gapet mellom ressurser og oppgaver over tid har vært så stort at de ikke er villig til å strekke seg lengre. På denne måten kan de i større grad oppleve mestringsavkrav de møter i arbeidet, samtidig som man ikke kan utelukke at dette over tid vil påvirke deres holdninger og yrkesidentitet slik en har sett i Storbritannia.

Mange sykehjem sliter med å rekruttere sykepleiere, og det å jobbe på sykehjem forbindes av mange med lav status. For å få sykepleiere til å ønske og arbeide ved sykehjem er det en utfordring at de skal kunne oppleve mestringsavkrav av arbeidssituasjonen, uten at de skal tøyse grensene for hva de makter til det ytterste. I utformingen av det framtidige helsevesen bør en forsøke å forene idealene om god omsorg med økonomiske krav til effektivisering. En løsning kan være at det settes klarere normer for hva som er gjeldende standarder og krav innen eldreomsorgen, slik at arbeidet ved sykehjem får tydeligere grenser. Da kan en unngå at sykepleiere individualiserer ansvaret for å utøve yrket i tråd med idealene. Samtidig må det være rom for faglige vurderinger og individuell tilpasset pleie og omsorg til pasientene. Effektivitet handler om både produktivitet og kvalitet. I arbeidet med å forene disse to perspektivene kan forskning bidra ved å se på hvordan sykepleiere kan jobbe smartere framfor bare raskere.

Godkjent for publisering 13.2.2010

Kari Ingstad, Avdeling for Helsefag, Høgskolen i Nord-Trøndelag, NO – 7600 LEVANGER kari.ingstad@hint.no

### Referanser

1. Vabø M. New Public Management i nordisk eldreomsorg – hva forskes det på? I Szebehely M. editor. *Åldreomsorgsforskning i Norden. En kunnskaps-oversikt*. Köpenhamn: TemaNord; 2005;508:73–111.
2. Gullikstad B, Rasmussen B. Likestilling eller omstilling? Kjønnsperspektiver på modernisering av offentlig sektor. Trondheim: SINTEF Rapport, SINTEF Teknologiledelse IFIM; 2004.
3. Wærnes K. Omsorgens globalisering. I Makt- og demokratiutredningen 1998–2003. Makt og kjønn i offentlig omsorgsarbeid-rapport fra workshop. Rapportserien nr.34. Universitetet i Bergen: Senter for kvinne- og kjønnsforskning; 2001:14–42.
4. Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH. Geriatrik sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2008.
5. Norsk sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere; ICN's etiske regler; 2007.
6. Vabø M. Organisering av velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid. Oslo: NOVA-rapport 22/07; 2007.
7. Hood C. A Public Management for all seasons? *Public Administration* 1991;69:3–19.
8. Lian O. Når helse blir en vare. Kristiansand: Høgskoleforlaget; 2007.
9. Forseth U. Uten mål og mening? Målstyring av omsorgstjenesten. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning; 1998.
10. Kvande E. Kvinnelige mellomledere i grådige organisasjoner. I Ellingsæter AL, Solheim J, editors. *Den usynlige hånd? Kjønnsmakt og moderne arbeidsliv*. Makt- og demokratiutredningen. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2002:315–332.
11. Vanebo JO. NPM, ledelse og organisering. I Busch T, Johnsen E, Klausen KK, Vanebo JO, editors. *Modernisering av offentlig sektor. Utfordringer, metoder og dilemmaer*. Oslo: Universitetsforlaget; 2005:262–269.
12. Newman S, Lawler J. Managing health care under New Public Management. A Sisyphean challenge for nursing. *Journal of Sociology* 2009;45(4): 419–432.
13. Kvande E. Kjønn og makt i det nye arbeidslivet. I Makt- og demokratiutredningen 1998–2003. Makt og kjønn i offentlig omsorgsarbeid-rapport fra workshop. Oslo: Makt- og demokratiutredningen 1998–2003 i samarbeid med Unipub forlag; Rapportserien Nr 34; 2001:110–132.
14. Vike H. Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet. Oslo: Akribe as; 2004.
15. Rasmussen B. Hjemmesykepleien som grådig organisasjon. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 2000;41(1):38–57.
16. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1997.
17. Alvesson M, Sköldbäck K. *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Danmark: Studentlitteratur; 2008.
18. Gadamer HG. Forståelsens historicitet som det hermeneutiske princip. In Guldal J, Möller M, editors. *Hermeneutik – en antologi om forståelse*. Haslev: Gyldendal; 1999:127–182.
19. Holter H. Fra kvalitative metoder til kvalitativ samfunnsforskning. I Holter H, Kalleberg R, editors. *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget; 1996:9–25.
20. Coffey A, Atkinson P. *Making sense of qualitative data*. California: SAGE Publications Inc; 1996.
21. Bowers B, Laurant C, Jacobson N. How nurses manage time and work in long-term care. *Journal of Advanced Nursing* 2001;33(4), 484–491.
22. Teeri S, Välimäki M, Katjisto J, Leino-Kilpi H. Nurses perceptions of older patients integrity in long-term institutions. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2007; 21:490–499.
23. Halvorsen A, Lyngård HK, Olsen T. Når løsninger på arbeidsplassen blir nasjonale problemer. Om tidlig avgang fra arbeidslivet. Kristiansand: Aderforskning, FoU-rapport 4; 2002.
24. Hallin K, Danielson E. Registered nurses' experiences of daily work, a balance between strain and stimulation: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 2007; 44:1221–1230.
25. Venturato L, Kellett U, Windsor C. Nurses' experiences of practice and political reform in long-term aged care in Australia: implications for the retention of nursing personnel. *Journal of Nursing Management* 2007; 15:4–11.
26. Hauge S. Sykepleie i sykehjem. I Kirkevold M, Brodtkorb K, Høyen AR, editors. *Geriatrik sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2008:219–237.
27. Grønmo S. *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget; 2004.
28. Wray J, Watson R, Stimpson A, Gibson H, Aspland J. «A wealth of knowledge»: The employment experiences of older nurses, midwives and the NHS. UK: The University of Hull; 2006.



## **Artikkel 2**



**Kari Ingstad og Elin Kvande**

### **Arbeid i sykehjem – for belastende for heltid?**

**Halvparten av sykepleiere som arbeider i sykehjem arbeider deltid, noe som ofte forklares med belastningene i yrket. I denne artikkelen ser på hvordan hel- og deltidsansatte sykepleiere opplever arbeidsvilkårene i sykehjem. Resultatene viser at sykepleiere som arbeider heltid, på flere områder opplever arbeidet mindre belastende enn sykepleiere som arbeider deltid. Dette kan framstå som et paradoks, men kan forklares med at sykepleiere i hele stillinger opplever større kontinuitet og oversikt i arbeidssituasjonen. I tillegg har heltidsansatte lengre vakter, noe som innebærer at de får relativt færre oppmøtedager og at de er på jobb også i roligere perioder av døgnet. Studien viser også at en arbeidsstokk preget av mange ufaglærte ansatte i små stillinger øker arbeidsbelastningene for sykepleiere.**

I media ser vi jevnlig reportasjer fra sykehjem hvor pasienter og pårørende står fram med historier som viser at pasienter ikke får den oppfølging de har behov for. Det blir stilt spørsmål ved innholdet og kvaliteten på pleien i institusjonene. Disse pasientene utgjør den skrøpeligste delen av de eldre, og de har ofte nedsatt fysisk og/eller psykisk funksjonsevne. Samtidig medfører stadig tidligere utskrivning av pasienter fra sykehus økt ansvar og kompleksitet i arbeidsoppgavene ved sykehjem (Nygaard 2002, Hauge 2008). Å ivareta alle pasientenes behov kan derfor være utfordrende og krevende for de ansatte, og arbeidsvilkårene i sykehjem kan oppleves som belastende. Dette bekreftes av annen forskning som fokuserer på sykepleieres arbeidsvilkår (Abrahamsen 2000, Hegney et al. 2003, Jamieson et al. 2007, 2008, Ingstad 2010). Lav bemanning, høyt sykefravær og stort arbeidspress brukes ofte for å beskrive arbeidssituasjonen (Lapane og Hughes 2007, Moland 2009). Den store utbredelsen av deltid blant sykepleiere som arbeider i sykehjem, kan derfor være en tilpasning til krevende arbeidsvilkår.

Vi vet samtidig at eldrebølgen som kommer etter 2020, vil utløse større behov for pleie og omsorgstjenester (Texmon og Stølen 2008). Det blir da viktig med en bedre utnyttelse av den fagkompetansen samfunnet allerede har. Dette kan gjøres ved å øke andelen som arbeider heltid. Ser man på alle ansatte i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, er det kun en tredjedel som har hel stilling (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Hele 30 prosent av

hjelpepleierne og 21 prosent av sykepleierne arbeider under 19 timer i uken (St.meld. nr 25 2005-2006). Dette viser at vi står overfor en uutnyttet ressurs som trolig kan benyttes bedre.

Sykepleiere er en av yrkesgruppene som spiller en viktig rolle i eldreomsorgen, og det er forventet at man i Norge mangler 13 000 sykepleierårsverk fram mot 2030 (Texmon og Stølen 2008, Helsedirektoratet 2009). På bakgrunn av dette er det viktig å få kunnskap om hva som gjør at sykepleiere arbeider deltid, og hvordan man kan legge til rette for at flere kan arbeide i hele stillinger. For selv om sykepleieryrket har blitt et deltidsyrke, er det også sykepleiere som arbeider heltid. Derfor er det interessant å sammenligne sykepleiere som har like arbeidsoppgaver, men ulik arbeidstid. Denne artikkelen fokuserer nettopp på sykepleiere som har like arbeidsoppgaver, hvor noen arbeider heltid og andre arbeider deltid. Problemstillingen som belyses er: Hvordan opplever deltids- og heltidsansatte sykepleiere arbeidsvilkårene i sykehjem?

#### *Arbeidsvilkår i sykehjem*

Flere studier av sykepleieres arbeidsvilkår viser at de ofte har en fysisk og psykisk belastende arbeidssituasjon, hvor deltid kan være nødvendig for å få restituert seg mellom vaktene (Abrahamsen 2000, 2002, Halvorsen et al. 2002). Stadig flere eldre pasienter med sammensatte behov, kombinert med begrenset bemanning, stiller store krav til de ansatte. Mange som arbeider i omsorgsykker opplever et gap mellom pleiebehovene de møter og de knappe ressursene de har til rådighet for å møte behovene (Kvande 2001, Vike et al. 2002, Vike 2004). Lav bemanning fører til et arbeidspress hvor få klarer å stå i et heltidsarbeid over mange år (Moland 2009). Eldreomsorgen i mange norske kommuner har de siste 10-20 årene vært gjennom omorganiseringer i tråd med New Public Management prinsipper (Vabø 2005). Dette er endringer og reformer som har til hensikt å få mer helse ut av hver krone, noe som er utfordrende å forene med idealet om god sykepleie (Ingstad 2010). Når ansatte ansvarliggjøres for pleien, samtidig som bemanningen er begrenset og behovene nærmest utømmelige, kan arbeidet oppleves som grådig og grenseløst (Kvande 2001, Gullikstad og Rasmussen 2004, Rasmussen 2004). I en slik situasjon kan deltid bli en strategi for å mestre jobben.

Skiftarbeid i helsesektoren betegnes ofte som turnus, og de fleste ansatte innenfor eldreomsorgen har varierende arbeidstid. Noen arbeider kun natt, andre dag og kveld eller både dag, kveld og natt. Å arbeide i turnus kan oppleves som belastende fordi man får

forskyvninger i døgnrytmen, og dermed en uregelmessighet i forhold til søvn og matinntak. Forstyrret døgnrytme og endringer i kroppens fysiologiske prosesser kan ha en rekke negative helseutfall, som for eksempel tretthetsfølelse, mage/tarmplager og økt risiko for hjertekarsykdom (Fitzpatrick 1999, Bondevik et al. 2006). Samtidig kan turnusarbeid ha uheldige sosiale konsekvenser fordi man er på arbeid når andre har fri. Flere studier viser at turnusarbeid virker negativt på sykepleieres sosiale liv, direkte gjennom uregelmessige arbeidstider og indirekte gjennom at det påvirker søvnmønsteret (Bondevik et al. 2005, Jamieson et al. 2008). Uregelmessig arbeidstid begrenser også sykepleieres mulighet for deltakelse i fritidsaktiviteter og samvær med barn og familie. Deltid kan derfor være en strategi man benytter for å redusere belastningene knyttet til turnusarbeid, fordi deltid innebærer færre ubekvemme vakter (Jamieson et al. 2008).

Flere studier forklarer utbredelsen av deltid blant sykepleiere med utgangspunkt i arbeidstidsordninger innen helsesektoren (Abrahamsen 2002, 2010, Moland og Gautun 2002, Olsen 2002, Gullikstad og Rasmussen 2004, Amble 2008a, 2008b, Ingstad og Kvande 2010). Sykehjem har døgnkontinuerlig drift og dermed behov for arbeidskraft gjennom hele døgnet, 7 dager i uka. Når det normale er å arbeide hver tredje helg eller sjeldnere, kan deltid være en forutsetning for å få turnusplaner til å gå opp (Amble 2008b, Ingstad 2010). Sykehjem har behov for nesten samme bemanning i helgene som i ukedagene, og da må ansatte arbeide oftere enn hver tredje helg for at arbeidet skal kunne organiseres med bare hele stillinger. Det blir for få ansatte i helger, eller for mange i ukedagene dersom arbeidet organiseres med bare fulltidsstillinger med dagens arbeidstidsavtaler (Amble 2008b). Innføring av nye arbeidstidsforkortelser og arbeidsmiljøbestemmelser de siste 30-40 årene har ført til flere omorganiseringer av arbeidstiden, og gitt behov for mer fleksible arbeidstidsordninger. Varierende arbeidsmengde og (syke)fravær gjør at sykehjem har behov for fleksible arbeidstakere som kan gå inn som vikarer ved behov. Ansatte i deltidstillinger vil trolig i større grad være villig til å arbeide utover den avtalte arbeidstiden, i tillegg til at arbeidsgiver da unngår overtidsbetaling (Moland og Gautun 2002, Kjeldstad og Nymoen 2004). Deltidsarbeid kan gi arbeidsgiver flere fordeler i form av økt produktivitet og intensitet i arbeidet. Mange deltidansatte gjør at man kan organisere arbeidet med korte vakter som dekker de mest arbeidsintense periodene i løpet av døgnet. Slik blir deltidarbeid opprettholdt fordi det gir mulighet for økonomiske innsparinger (Delsen 1993, Maier 1994, Smith et al. 1998, Moland og Gautun 2002, Gullikstad og Rasmussen 2004).

Studier viser også at flere sykepleiere ønsker større stillinger, men at arbeidsgiver ikke kan tilby dette (Cleverley et al. 2004). Mange arbeider derfor ufrivillig deltid. I følge tall fra SSB ønsker 24 % av hjelpepleierne og 14 % av sykepleierne å arbeide mer (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Sett i et slikt perspektiv er deltidsarbeid blitt en arbeidsform som opprettholdes mer av arbeidsgivers behov enn av etterspørsel fra sykepleiernes side.

Dette viser at arbeidsvilkår preget av høy intensitet, uregelmessig arbeidstid og rigide arbeidstidsordninger kan innvirke på utbredelsen av deltid. Sykepleiere arbeider mer deltid enn yrkesgrupper med samme utdanningsnivå (Helsedirektoratet 2008, Abrahamsen 2010). På bakgrunn av dette er det viktig å differensiere mellom ulike typer arbeid, og se på hvordan arbeidsvilkår innvirker på arbeidstid. I denne artikkelen fokuserer vi på sykepleiere, og ser på hvordan sykepleiere med ulik arbeidstid opplever arbeidsvilkårene i sykehjem. Til forskjell fra flere andre studier fokuserer vi *både* på arbeidstakere som arbeider heltid, og på arbeidstakere som arbeider deltid. Dermed vil vi få fram eventuelle variasjoner i hvordan sykepleiere med forskjellig stillingsstørrelse opplever arbeidsvilkårene på sykehjem.

#### *Datamaterialet*

Datamaterialet er basert på 22 kvalitative dybdeintervju. Vi foretok et strategisk utvalg der alle informanter var kvinnelige sykepleiere 56 år eller eldre, og hadde arbeidstilknytning til sykehjem. Informantene hadde like arbeidsvilkår, ved at de alle jobbet i pleien, det vil si i nærkontakt med pasientene. Sykepleiere i ulike stillingsstørrelser ble valgt for å belyse eventuelle likheter og ulikheter i hvordan heltidsansatte og deltidsansatte opplever arbeidsvilkårene. 20 av informantene arbeidet turnus og hadde ubekvem arbeidstid. 2 av informantene hadde nylig fått tilrettelagt arbeidstid på grunn av helseproblemer. Alle de 5 som hadde 100 prosent stilling arbeidet to-delt turnus, med arbeid dag og kveld, i tillegg til at de arbeidet hver 3. helg. En av disse arbeidet på skjermet avdeling med demente, mens de 4 andre arbeidet i pleieavdeling. Årsaken til at sykepleiere med tilknytning til sykehjem ble valgt ut, er at utfordringen med mange deltidsstillinger er størst i den kommunale delen av helsesektoren (Amble 2008b). Informantene var fra 13 ulike sykehjem, fordelt på 7 forskjellige kommuner i 3 fylker. 16 av informantene var fortsatt yrkesaktive, mens 6 nylig hadde gått av med pensjon.

Informantene hadde noe ulik yrkeshistorie, hvor noen kun hadde arbeidet i sykehjem, mens andre også hadde arbeidet på sykehus eller i bolig for funksjonshemmede tidligere i

yrkeskarrieren. Flere informanter hadde vært hjemneværende i forbindelse med omsorg for barn. 21 av informantene hadde de siste 10 årene arbeidet i sykehjem, mens en informant hadde arbeidet de siste 4 årene i sykehjem, og før det arbeidet i bolig for funksjonshemmede.

**Tabell 1: Beskrivelse av informanter**

Antall informanter	22
Alder	56-69
Kvinner/Menn	22/0
Stillingsstørrelse	5: 100 % 3: 80 % 5: 75 % 2: 60 % 6: 50 % 1: Mindre enn 50 %
Arbeidsplass:	Pleieavdeling sykehjem: 16 Skjermet avdeling sykehjem: 5
Turnus nå/da de gikk av med pensjon:	Todelt turnus med arbeid kveld/dag/helg: 16 Nattevaktstilling: 4 Spesialtilpasset turnus på grunn av helseproblemer: 2

Informantene ble rekruttert via nettverk innenfor høyskolesystemet, i tillegg til at ledere og administrativt ansatte ved ulike sykehjem ble kontaktet og bedt om å bistå med å formidle kontakt med aktuelle informanter. En semistrukturert intervjuguide ble brukt som grunnlag for de individuelle intervjuene som varte 1-2 timer. Alle intervjuene ble tapet og fortløpende transkribert i sin helhet.

#### *Metodiske overveielser*

Utvalget består av sykepleiere i alderskategorien 56+. Yrkesaktive sykepleiere i denne aldersgruppen kan være en selektert gruppe, fordi mange slutter før de blir 56. Av de 699 sykepleierne som gikk av med pensjon i 2003, var det 55,9 prosent som ble uførepensjonert (Midsundstad 2004). Det er imidlertid mest vanlig å få delvis pensjon når en er

uførepensjonist. Hele 40 prosent av sykepleierne som ble uførepensjonert i 2003 mottok gradert pensjon (Midsundstad 2003). I vårt utvalg var 5 informanter delvis uførepensjonert. Slik representerer vårt utvalg sykepleiere med varierende helse.

Informantene hadde i lengre tid arbeidet i sykehjem, i tillegg til at de hadde varierende stillingsstørrelse. Dette gjør utvalget godt egnet til å belyse hvordan sykepleiere med ulik stillingsstørrelse opplever arbeidsvilkårene i sykehjem. Funnene blir presentert i tre kategorier; *Grenseløse jobber, turnusarbeid og kontinuitet i arbeidet.*

### *Grenseløse jobber*

Både sykepleiere som arbeidet heltid og sykepleiere som arbeidet deltid ga uttrykk for at arbeidet i sykehjem var fysisk og psykisk belastende. Flere ga også uttrykk for at en belastende arbeidssituasjon var årsaken til at de arbeidet deltid. To sykepleiere på henholdsvis 68 og 63 år som gjennom hele yrkeskarrieren hadde arbeidet deltid, og som nå begge arbeider i 75 % stilling med tunge pleiepasienter sier:

*Jeg går i 75 % stilling... Jeg har ikke vært interessert i noen større stilling, for det er såpass hardt yrke. Jeg synes egentlig 75 % stilling er nok på en slik plass, for en blir litt sliten.*

I arbeidet med eldre mennesker med sammensatte og komplekse sykdomsbilder kan arbeidsoppgavene oppleves som utømmelige. Å dekke pasientenes fysiske, psykiske og sosiale behov er tidkrevende og vanskelig. Samtidig kan forventninger fra pasienter og pårørende være større enn det de ansatte i sykehjem har mulighet for å innfri. Flere sykepleiere ga uttrykk for at arbeidssituasjonen var belastende nettopp fordi de ikke klarte å ivareta alle pasientenes behov. En sykepleier på 60 år som arbeider 80 prosent stilling fikk bytte arbeidssted til en skjermet enhet med demente, fordi arbeidet på pleieavdelingen ble for belastende. Hun beskriver arbeidssituasjonen på pleieavdelingen slik:

*Jeg greide ikke å fylle de forventningene som pasienter eller pårørende hadde... det ble veldig slitsomt og hele tiden stå mellom barken og veden, å forsvare et tilbud som man kanskje skulle ønske var mye bedre. Litt deprimerende å komme inn å se alle som sitter i den tause sirkelen og sover på dagen, og ikke klare å bidra til at de eldre får en bedre hverdag de siste årene.*

Sykepleiernes arbeidsdag går ofte med til å dekke pasientens mest grunnleggende behov, som personlig hygiene, ernæring og medisiner. På grunn av begrensede ressurser blir ofte pasientenes sosiale behov og behov for aktivitet nedprioritert. Mange sykepleiere opplever det som en belastning at de ikke klarer å sette seg ned å snakke med pasientene i løpet av en arbeidsdag.



Sykepleiere i både hel- og deltidstilling opplever ofte at det er et gap mellom det de ønsker å gjøre og det de faktisk klarer å gjøre i løpet av en arbeidsdag. Denne studien tyder imidlertid på at sykepleiere i hele stillinger i større grad arbeider på en måte som gjorde at de mestret arbeidsbelastningene. En sykepleier som arbeider i 100 prosent stilling sier det slik:

*Jeg har evnen til å gi ned. Du får gjort de tingene du skal. Det kan være fysisk tungt selvsagt, men da er det også vår fordømte plikt å bruke de hjelpemidlene vi har... det er noen pasienter som er tyngre å håndtere enn andre, man da får vi heller være to som holder på.*

En annen sykepleier som arbeidet ufrivillig deltid i 75 prosent stilling, men som alltid arbeidet ekstravakter for å fylle opp til 100 prosent stilling sier:

*Når det er overbelegg og mange som er dårlig så er det jo travelt, men jeg oppfatter det ikke som uoverkommelig nei. Det kommer jo ei vakt etter deg, så du får ta det som det kommer... men det er mange forskjellige oppfatninger, jeg vet det. Det er mange som synes det er fryktelig travelt, så dette er jo min mening.*

Vi ser her at det er variasjoner i hvordan sykepleiere mestrer arbeidsvilkårene. Noen sykepleiere, fortrinnsvis i store stillinger, setter grenser i det *grenseløse* arbeidet. Framfor å strekke seg stadig lengre og løpe litt raskere, har de akseptert at de ikke kan utøve yrket i tråd med idealene. De gjør det de rekker i arbeidstiden, så får heller resten overlates til neste vakt.

### *Turnusarbeid*

I tillegg til at arbeid i sykehjem kan oppleves som belastende fordi det er *grenseløst*, kan det oppleves belastende fordi man arbeider i turnus. Varierende arbeidstid og arbeid i helger og høytider gjør at man ikke får en jevn døgnrytme, samt at man må være på jobb når andre har fri. En sykepleier som arbeider i 75 prosent stilling på en pleieavdeling sier:

*Det er noe spesielt når du begynner å bli gammel. Sein vakt, tidlig vakt og helg... når du kommer fra sein vakt og det har vært full jobbing, og så skal du legge deg ned og sove, så sover du litt urolig. Så skal du tidlig opp. Det kan merkes det ja...*

Informantene hadde forskjellig oppfatning av hva som opplevdes belastende ved turnusarbeid. Noen syntes det var tungt å arbeide dagvakt etter å ha hatt kveldsvakt kvelden før. Andre ville gjerne ha mange vakter på rad, kombinert med en lengre friperiode før eller etter. Noen ønsket flere senvakter for å kunne sove lengre på morgenen, mens andre ønsket flere dagvakter fordi det var slitsomt å få sove etter senvakt. En sykepleier som arbeider i 100 prosent stilling sier:

*... for at vi skal kunne jobbe i full stilling så er det veldig viktig med en god turnus. At det ikke er så mange oppmøtedager, men at du får tid til å ta deg igjen i forbindelse med helg og i uka og slik.*

Hva enkeltindivider opplever som en god turnus varierer, og det kan være en utfordring for arbeidsgiver å innfri alle ønsker. Samtidig tyder denne studien på at belastningene ved å arbeide i turnus kan reduseres om arbeidsgiver klarer å ivareta individuelle ønsker.

Et noe overraskende funn i denne studien var at sykepleiere i store stillinger opplevde fulltidsturnus som mindre belastende enn deltidsturnus. En sykepleier som økte sin stillingsandel fra 75 til 100 prosent beskriver dette slik:

*Jeg hadde 75 prosent stilling, for å utnytte oss maksimalt fikk vi kortere dager, men flere oppmøtedager. Da jeg gikk opp i full stilling fikk jeg bare 3 eller 4 oppmøtedager mer i løpet av 6 uker.*

Denne sykepleieren økte altså sin arbeidstid med en kvart stilling, noe som medførte en oppmøte dag mer annenhver uke. Dette skyldes at deltidsstillinger ofte har kortere vakter enn heltidsstillinger. For å utnytte arbeidskraften maksimalt er deltidsturnuser ofte preget av mange kortvakter som legges til de mest arbeidsintensive periodene på dagen. Sykepleiere som arbeider full stilling i turnus, har gjennomsnittlig 35,5 timers arbeidsuke<sup>1</sup>. Med 8 timers arbeidsdag innebærer dette omtrent 4,5 oppmøtedager pr uke. De som arbeider deltid får ofte kortere vakter. Slik kan deltidsansatte ende opp med nesten like mange oppmøtedager som de i hel stilling. En sykepleier som arbeider 100 prosent sier:

*... små stillinger har kortere dager, og da blir det flere oppmøtedager... Jeg er heldig som ikke har så mye kortvakter som mange har. Jeg har vanlige arbeidsdager.*

Kortvakter innebærer at man er på arbeid i de mest arbeidsintense periodene på døgnet. De som arbeider full stilling kan oppleve arbeidsbelastningene som mindre fordi de også er på jobb i perioder av døgnet hvor arbeidsbelastninger er mindre.

#### *Kontinuitet i arbeidet*

Vi har nå sett at heltidsarbeid kan være mindre belastende enn deltidarbeid fordi heltidsansatte i større grad setter grenser i arbeidet, samtidig som de har en mindre belastende turnus. Denne studien viser også at heltidsansatte kan ha en mindre belastende arbeidsdag fordi de har større kontinuitet i arbeidet. De fleste informantene opplever at de har et stort ansvar på jobb. Fagmiljøet er begrenset, og ofte er de alene som sykepleier på vakt på kvelder og i helger. For å oppleve at en mestrer arbeidssituasjonen er det viktig at en har oversikt og kontinuitet i arbeidet. Sykepleiere i stillinger med lang deltid eller heltid opplever større grad av kontinuitet og oversikt i arbeidet. En sykepleier som arbeider i 80 prosent stilling sier:

*Når en får for liten stillingsprosent får en ikke den samme oversikten, og da er det ikke morsomt å være på arbeid lengre. Når jeg går i 80 % har jeg kontinuitet i jobben. Det er veldig mye artigere å være på jobb når du har oversikt.*

En annen sykepleier som tidligere arbeidet i 50 prosent stilling, men som nå arbeider 80 prosent stilling sier:

*Når du går i liten stillingsandel så er det vanskeligere å holde kontinuiteten og holde oversikt over det som skjer i avdelingen... jeg opplevde at det skjedde mye de dagene jeg ikke var til stede, og at jeg måtte bruke en del ressurser på å holde meg oppdatert. En mister mye når en har flere fridager.*

Kombinasjonen av stort ansvar på jobb og liten oversikt over pasientsituasjonen kan gi en opplevelse av manglende mestring. De som er på jobb 4-5 dager i uka opplever en større kontinuitet i arbeidet, samtidig som de kan bruke mindre tid og ressurser på å holde seg oppdatert enn de som går i deltidstillinger. Slik kan små deltidstillinger oppleves som relativt mer belastende enn heltidstillinger.

I en hektisk arbeidssituasjon er det avgjørende at ansatte er kjent med pasientene og de arbeidsoppgavene som skal utføres i løpet av en vakt. Har man stabile ansatte som kjenner arbeidet godt, blir arbeidet mer effektivt. Hvis arbeidsstokken derimot preges av mange vikarer og ansatte i små stillinger som sjelden er på jobb, vil arbeidet bli tyngre. To sykepleiere som begge går i 75 prosent stilling beskriver dette slik:

*Det har veldig mye å si hvem som er på jobb. At ikke jeg som sykepleier må være med inn til alle pasientene, fordi vikarene ikke kan ta opp den pasienten, de har aldri gjort det, og tørr ikke og sånne ting. Og da bruker du mye av den tida som du skulle bruke til andre ting.*

*Det er mange ufaglærte her. Hvis du kommer på jobb og det bare er ufaglærte og de kanskje er litt ukjente, så gjør det noe med meg. For da har du ansvar og må ha oversikt over ikke bare min gruppe, men den andre også... Hvis du ikke har med deg kjente folk, så har du ansvar for alt. Har du erfarne hjelpepleiere så er det et helt annet arbeidsmiljø med en gang.*

Fagutdannede pleiere i store stillinger kjenner rutinene og pasientene i avdelingen godt.

Ufaglærte pleiere i små stillinger kjenner i mindre grad til arbeidsrutinene, og bidrar til en mer krevende arbeidshverdag for sine medarbeidere. Slik kan man si at en arbeidssituasjon hvor ansatte har store stillinger og er fagutdannede, bidrar til økt kontinuitet i pleien og reduserte arbeidsbelastninger for den enkelte.

#### *Arbeid i sykehjem for belastende for heltid?*

Denne studien viser at mange sykepleiere som arbeider i sykehjem, opplever arbeidsvilkårene som belastende. Når vi sammenligner sykepleiere med ulik arbeidstid, ser vi imidlertid at heltidsarbeid kan oppleves mindre belastende enn deltidarbeid. Heltidsansatte gir uttrykk for at de har en mindre belastende arbeidsdag fordi de har større kontinuitet og oversikt i arbeidet. Ansatte som er på jobb 4-5 dager i uken kjenner pasientenes situasjon, og kan bruke mindre tid og ressurser på å få oversikt over arbeidet. Deltidsarbeid medfører mindre kontinuitet og oversikt i arbeidet på grunn av færre møtepunkter mellom pleiere og pasienter. Flere studier viser at deltidansatte bruker mer tid og krefter på å oppdatere seg når de kommer på jobb (Jamieson et al. 2008, Batch et al. 2009). Sykepleiere som arbeider deltid opplever at de

mangler informasjon og at de har mindre innflytelse på sin arbeidsplass (Abrahamsen 2001, Jamieson et al. 2008).

I en rutinepreget jobb hvor pasientenes situasjon er stabil, vil det være mindre problematisk å holde seg oppdatert for deltidsansatte. Arbeidsoppgavene i sykehjem har imidlertid de siste tiårene blitt mer komplekse, fordi man har fått eldre pasienter med mer sammensatte lidelser (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Slik har sykehjem utviklet seg til å bli *B-sykehus*, hvor pasientenes helsetilstand er i kontinuerlig endring og ofte krever tverrfaglig behandling. Dette er en utvikling som kommer til å fortsette dersom man lykkes med intensjonene i samhandlingsreformen om å overføre ansvar fra sykehustjenesten til den kommunale omsorgssektoren (St.meld. nr. 47 2008-2009). Kontinuitet og oversikt i arbeidet er en forutsetning for å oppleve mestring. Her har heltidsansatte et fortrinn fordi de i større grad enn deltidsansatte kjenner pasientenes utvikling. Omsorgstjenesten er også kjennetegnet ved å ha en svært høy andel personell uten formell helse- og sosialfaglig utdanning (St.meld.nr. 25 2005-2006). Når sykepleiere i sykehjem arbeider sammen med ufaglærte og uerfarne pleiere i små stillinger, blir arbeidet tyngre for sykepleierne (Moyle et al. 2003).

Sykehjem har vært preget av stadige omorganiserings- og effektiviseringsprosesser de siste årene (Ingstad 2010). Dårlig kommuneøkonomi har medført et sterkt fokus på å redusere utgiftene. En måte å gjøre dette på har vært å redusere bemanningen til et minimum, og justere bemanningen i forhold til arbeidsintensiteten i løpet av dagen. Som et resultat av dette organiseres arbeidet på sykehjem med ulik lengde på vaktene. Deltidsansatte arbeider ofte 5-6 timers vakter, mens heltidsansatte ofte har 7-8 timers vakter. Det fører til at deltidsansatte har relativt flere oppmøtedager, og tyngre vakter. Hvor mye arbeid man utfører i løpet av arbeidstiden, arbeidstidens intensitet, har betydning for hvordan arbeidstiden oppleves (Ellingsæter 2007). De som primært er på jobb i de mest arbeidsintense periodene på dagen har færre pustehull og tyngre jobber enn de som har lengre vakter. Slik kan deltidsarbeid bli relativt sett tyngre enn heltidsarbeid.

Arbeid i turnus kan oppleves som belastende. Skiftende arbeidstid med arbeid kveld, dag, natt og høytider innebærer at man er på jobb når andre er fri. Intervjuene våre viser at det er ulike sider ved turnusarbeid som oppleves slitsomt. Noen synes det er bekvemt å arbeide kveldsvakter, mens andre ønsker flere dagvakter. Sykepleiere har individuelle ønsker og behov. Andre studier viser at belastningene knyttet til turnus kan reduseres dersom ansatte får innflytelse over egen turnus (Wilson 2002, Jamieson et al. 2008). De tradisjonelle arbeidstidsordningene som de fleste sykehjem benytter i dag, har kun deltid som virkemiddel

for ansatte som vil ha mer kontroll over arbeidstid og fritid (Moland 2009). Med større fleksibilitet i arbeidstidsordningene, der ansatte har større innflytelse på egen arbeidstid, kan belastningene knyttet til turnusarbeid reduseres.

Det er kommunens helsefaglige ledelse som er overordnet ansvarlig for tjenestetilbudet. Men i møte med den enkelte beboer er det helsepersonell som har ansvar for å innfri kravene i lover og forskrifter. Mange sykepleiere opplever et gap mellom pasientenes behov og deres mulighet til å ivareta disse behovene, og slik kan arbeidet oppleves som grenseløst. Denne studien tyder på at sykepleiere i hele stillinger i større grad arbeider på en måte som gjør at de reduserer arbeidspresset. De har færre fridager å restituere seg på, og kan derfor ikke tøyne grensene for hva de klarer i arbeidet. Framfor å løpe raskere og strekke seg stadig lengre setter de grenser i eget arbeid. Annen forskning viser at deltidsansatte sykepleiere i større grad enn heltidsarbeidende kolleger oppgir at jobben er svært belastende (Abrahamsen 2002). Dersom flere arbeidet heltid, ville man måtte finne måter å organisere arbeidet på slik at arbeidsmengden oppleves som overkommelig. I dagens situasjon er ansvaret for å sette grenser i arbeidet individualisert til den enkelte pleier. Ledere og sentrale myndigheter bør komme på banen og signalisere klarere normer for hva som er gjeldende standarder og krav, og slik bidra til at arbeidet i sykehjem får klarere grenser. Kanskje må man innse at det ikke er mulig å ivareta alle pasientenes behov, i alle fall ikke uten at bemanningen og ressursene til eldreomsorgen økes betraktelig. Med klarere grenser blir belastningene mindre og dermed kan flere arbeide heltid.

Når man studerer både deltids- og heltidsansatte sykepleiere i sykehjem, ser man at deres arbeidsvilkår henger sammen med deres arbeidstid på flere måter. Arbeidsvilkårene de møter i sykehjem innvirker på deres arbeidstid, men deres arbeidstid påvirker også hvilke arbeidsvilkår de har. Slik blir deltid er et tveegget sverd. De som arbeider deltid fordi belastningene i yrket er store, kan samtidig få en mer belastende jobbsituasjon når de arbeider deltid fordi de får flere oppmøtedager, tyngre vakter og mindre kontinuitet i arbeidet.

### *Konklusjon*

Utgangspunktet for denne artikkelen var å utforske hvordan sykepleiere med ulik arbeidstid opplever arbeidsvilkårene i sykehjem. Vi finner at både hel- og deltidsansatte sykepleiere opplever arbeidsforholdene i sykehjem som belastende, men også at heltidsarbeid ikke nødvendigvis er mer belastende enn deltidarbeid. Deltidsarbeid kan relativt sett være mer belastende fordi man som deltidarbeidende får mindre kontinuitet og oversikt i arbeidet. I

tillegg får deltidsarbeidende kortere vakter som innebærer at man er på jobb i mer arbeidsintense perioder. Merarbeidet heltidsansatte gjør i forhold til deltidsansatte, oppleves som mindre belastende arbeid og bidrar til følelse av økt mestring. Deltidsansatte har også relativt flere oppmøtedager, fordi de har kortere vakter. Dette kan vi kalle deltidens paradoksale dobbelhet.

Å redusere belastningene ved arbeid i sykehjem dreier seg ikke bare om å øke grunnbemanningen med dagens turnussystem. Like viktig er det å legge om turnusplanene, slik at man får fleksible arbeidstidsordninger tilpasset den enkeltes ønsker og behov. I tillegg vil en arbeidsstokk preget av faglærte og stabile ansatte i store stillinger redusere belastningene for hver enkelt, fordi ansatte som er kjent med arbeidsrutinene i større grad kan fordele arbeidsoppgaver og ansvar mellom seg. Derfor må flere arbeide heltid for at arbeidsvilkårene for sykepleiere i sykehjem skal bli mindre belastende.

#### *Noter*

1. Fra 1. desember 2010 blir arbeidstiden for sykepleiere som arbeider 3 delt turnus noe redusert. Hvor mye arbeidstiden reduseres avhenger av mengden ubekvem arbeidstid den enkelte har i sin turnus. Hofstad, E. (2010) *Skift og turnus ikke likestilt likevel*. *Sykepleien*10 (98): 12-15.

#### *Referanser*

- Abrahamsen, B. (2000), "Deltid – en tilpasning til belastningene i yrket". *Sykepleien*, 88(9):52-56.
- Abrahamsen, B. (2001), "Kvinnens arbeidstid og arbeidsvilkår: Har deltidsarbeidende dårligere arbeidsforhold enn heltidsarbeidende?". *Søkelys på arbeidsmarkedet*, 18:151-159.
- Abrahamsen, B. (2002), *Heltid eller deltid? Kvinnens arbeidstid i kvinne-dominerte og mannsdominerte yrker*. Rapport 2002:6. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Abrahamsen, B. (2009), "Forskjeller i kvinnens arbeidstid – et spørsmål om preferanser?". *Sosiologisk tidsskrift*, 4:311-332.

- Abrahamsen, B. (2010), ”Deltidsarbeid på retur? En sammenlikning av tre kull sykepleiere utdannet i 1977, 1992 og 2003”. *Søkelys på arbeidslivet*, 1-2(27):5-18.
- Amble, N. (2008a), ”Ikke fullt og helt, men stykkevis og delt – om det uønskede deltidsarbeidets vesen”. *Søkelys på arbeidslivet*, 25:367-380.
- Amble, N. (2008b), *Forsøk og erfaringer med arbeidstidsordninger som reduserer uønsket deltid i turnus – en oppsummering*. AFI-notat 2008:4. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Batch, M., A. Barnard og C. Windsor (2009), “Who’s talking? Communication and the casual/part-time nurse: A literature review”. *Contemporary nurse*, 33(1):20-29.
- Bondevik, K., I. Haukenes og B. Moen (2006), *Er helsemessige og sosiale konsekvenser av helkontinuerlig skiftarbeid og turnusarbeid forskjellige? En litteraturstudie*. Rapport 2006:1. Universitetet i Bergen: UNIFOB:
- Cleverley, K., A. Baumann, J. Blythe, D. Grinspun og C. Tompkins (2004), *Educated and Underemployed*. Interim Report. Hamilton, ON: Nursing Health Services Research Unit.
- Delsen, L. (1993), “Part-time Employment and the Utilisation of Labour Resources”. *Labour*, 7(3):73-91.
- Ellingsæter, A.L. (1984), ”Kjønn og arbeidstid”. I: T. Rødseth og K.D. Titlestad, red., *Kvinner i arbeid, s. 154-184*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ellingsæter, A.L. (1995), *Gender, Work and Social Change. Beyond Dualistic Thinking*. Rapport 95:14. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Ellingsæter, A.L. (2007), ”Postindustriell arbeidstid – nye realiteter, nye begreper?”. *Søkelys på arbeidslivet*, 1(24):15-23.
- Ellingsæter, A.L. (2009), *Vår tids moderne tider*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Epstein, C.F., C. Seron, B. Oglensky og R. Sautè (1999), *The part-time paradox. Time norms, Professional lives, Family and Gender*. New York og London: Routledge.

- Fagan, C. og J. O'Reilly (1998), "Conceptualising part-time work: the value of an integrated comparative perspective". I: J. O'Reilly og C. Fagan, red., *Part-time Prospects. An international comparison of part-time work in Europe, North America and the Pacific Rim*, s. 1-31. London and New York: Routledge.
- Fitzpatrick, J.M., A.E. While og J.D. Roberts (1999), "Shift work and its impact upon nurse performance: current knowledge and research issues". *Journal of Advanced Nursing*, 29(1):18-27.
- Forssell, J. og I. Jonsson (2005), *Deltidsarbetsløshet och deltidarbete i Europa. Forklaringsmodeller och statistikk*. Rapport 2005:30. Working Paper från HELA-prosjektet. Arbetslivsinstitutet.
- Gullikstad, B. og B. Rasmussen (2004), *Likestilling eller omstilling? Kjønnsperspektiver på modernisering av offentlig sektor*. Rapport. Trondheim: SINTEF Teknologiledelse IFIM.
- Halvorsen, A., H.K. Lysgård og T. Olsen (2002), *Når løsninger på arbeidsplassen blir nasjonale problemer. Om tidlig avgang fra arbeidslivet*. FoU-rapport 2002:4. Kristiansand: Agderforskning.
- Hauge, S. (2008), "Sykepleie i sykehjem". I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff, red., *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*, s. 219-236. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hegney, D., A. Plank og V. Parker (2003), "Nursing workloads: the results of a study of Queensland Nurses". *Journal of Nursing Management*, 11: 307-314.
- Helsedirektoratet (2008), *Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006*. *Rekruttering for bedre kvalitet*. Rapport 2008:4. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2009), *Utdanne nok og utnytte godt. Innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen*. Rapport 2009:3. Oslo: Helsedirektoratet.
- Ingstad, K. (2010), "Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter". *Vård i Norden*, 30(2):14-17.



- Ingstad, K. og E. Kvande (2010), *Må sykepleieryrket være et deltidsyrke?* Under vurdering.
- Iversen, G. (1986), "Roller i endring". I: K. Skrede og K. Tornes, red., *Den norske kvinnerevolusjonen. Kvinners arbeid 1975-85*, s. 142-159. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Jamieson, L.N., L.M. Williams, W. Lauder og T. Dwyer (2007), "Nurses` Motivators to Work Part-Time". *Collegian*, 14(2):13-19.
- Jamieson, L.N., L.M. Williams, W. Lauder og T. Dwyer (2008), "The "realities" of part-time nursing: a grounded theory study". *Journal of Nursing Management*, 16:883-892.
- Kaul, H. (1982), *Arbeid og fravær. Når fravær er nærvær. Småbarnsforeldres bruk av omsorgspermisjoner*. Rapport. Trondheim: Institutt for industriell miljøforskning, SINTEF, NTH.
- Kjeldstad, R. (2006), "Hvorfor deltid?". *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 4:513-543.
- Kjeldstad, R. og E.H. Nymoen (2004), *Kvinner og menn i deltidarbeid. Fordeling og forklaringer*. Rapport 2004:29. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Kvande, E. (2001), "Kjønn og makt i det nye arbeidslivet". I: *Makt og kjønn i offentlig omsorgsarbeid*, s. 110-132. Rapport 34. Bergen: Makt- og demokratiutredningen 1998-2003.
- Lapane, K.L. og C.M. Hughes (2007), "Considering the Employee Point of View: Perceptions of Job Satisfaction and Stress among Nursing Staff in Nursing Homes". *Journal of the American Medical Directors Association*, 8:8-13.
- Maier, F. (1994), "Institutional Regimes of Part-time Working". I: G. Schmid, red., *Labour Market Institutions in Europe*, s. 151-182. New York: Sharpe.
- Midtsundstad, T. (2004), *En beskrivelse av sykepleiernes pensjoneringsmønster i 2003 med utgangspunkt i registerdata fra KLP*. Fafo-notat 17. Oslo: Fafo.
- Moland, L.E. og H. Gautun (2002), *Deltid: bidrag eller hemske for fornyelse av pleie- og omsorgssektoren?*. Fafo-rapport 395. Oslo: Fafo.
- Moland, L.E. (2009), *Ønsket og uønsket deltid – konsekvenser for arbeidstaker, arbeidsgiver*

- og tjenestetilbud. Fafo-rapport 15. Oslo: Fafo.
- Moyle, W., J. Skinner, G. Rowe og C. Gork (2003), "Views of job satisfaction and dissatisfaction in Australian long-term care". *Journal of Clinical Nursing*, 12:168-176.
- Negrey, C. (1993), *Gender, Time, and Reduced Work*. New York: State University of New York Press.
- Nygaard, H.A. (2007), "Sykehjemmet som medisinsk institusjon – et fatamorgana?". *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 122:823-825.
- Olsen, T. (2002), "Deltid i helsesektoren: Ingen enkle svar". *Søkelys på arbeidsmarkedet* 19:125-133.
- Rasmussen, B. (2004), "Between Endless Needs and Limited Resources: The Gendered Construction of a Greedy Organization". *Gender, Work & Organization*, 11(5):506-527.
- Skrede, K. (2004), "Familiepolitikken grense – ved "likestilling light?". I: A. L. Ellingsæter og A. Leira, red., *Velferdsstaten og familien. Utfordringer og dilemmaer*, s. 160-200. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skaar, S. (1988), *Mangel på spesialsykepleiere – et spørsmål om utdanningskapasitet eller arbeidsvilkår?* Rapport. Trondheim: Institutt for industriell miljøforskning.
- Smith, M., C. Fagan og J. Rubery (1998), "Where and why is part-time work growing in europe?". I: J. O'Reilly og C. Fagan, red., *Part-time prospects. An international comparison of part-time work in Europe, North America and the Pacific Rim*, s. 35-56. London and New York: Routledge.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006), *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren*. Rapport. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Stortingsmelding nr.25 (2005-2006), *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stortingsmelding nr.47 (2008-2009), *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Sørensen, A.B. (1992), *Evaluering av norsk arbeidslivs- og aksjonsforskning. Fokus på Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) og Institutt for industriell miljøforskning (IFIM)*. Rapport 1992:1. Oslo: NORAS.
- Texmon, I. og N.M. Stølen (2008), *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008*. Rapport 2009:9. Oslo-Kongsvinger: SSB.
- Vabø, M. (2005), "New Public Management i nordisk eldreomsorg – hva forskes det på"? I: M. Szebehely, red., *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt*, s. 73-111. Köpenhamn: TemaNord.
- Vike, H. (2004), *Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo: Akribe.
- Wilson, J.L. (2002), "The impact of shift patterns on healthcare professionals". *Journal of Nursing Management*, 10:211-219.
- Vike, H., R. Bakken, A. Brinchmann, H. Haukelien og R. Kroken (2002), *Maktens samvittighet: Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wilson, J.L. (2002), "The impact of shift patterns on healthcare professionals". *Journal of Nursing Management*, 10(4):211-219.



### **Artikkel 3**



**Kari Ingstad og Elin Kvande**

## **MÅ SYKEPLEIERYRKET VÆRE ET DELTIDSYRKE?**

### **ABSTRACT**

#### **Does nursing have to be a part-time profession?**

Fifty percent of Norway's nursing workforce in elderly care work part time. This article investigates how part-time employment has been normalized within the nursing profession in Norway, and it discusses whether nursing needs to be a part-time profession also in the future.

We find that nurses seem to accept that work has to be organized with several part-time employees. The nurses argue that a high share of part-time positions are necessary to meet the demand for nursing personnel on weekends. Further, it is argued that employers need a flexible workforce, available on short notice to fill gaps suddenly arising in the shift plan due to illness, etc. In this way the professional culture justifies a high rate of part-time employees.

Several research projects point at different ways of organizing the workforce in such a way that more nurses work full time. This article therefore suggests that employers and employees need to compromise to solve this problem.

Key words:

English: Part-time employment, nursing work time, nursing workforce, nursing home

Norwegian: Deltid, sykepleie, arbeidstid, sykehjem

## INTRODUKSJON

Bare halvparten av sykepleierne som arbeider innenfor pleie- og omsorgstjenesten har full stilling, og den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen for alle kvinnelige sykepleiere i Norge er 83 prosent (Sosial- og helsedirektoratet, 2006; Texmon & Stølen, 2009). Vi ser derfor at sykepleieryrket i stor grad preges av deltidsarbeid, og man kan si at deltid har blitt *normalisert* innenfor yrket. Dette er problematisk fordi det er behov for sykepleieres arbeidskraft. En økende andel eldre fram mot 2050 vil utløse større behov for pleie og omsorgstjenester. Parallelt vil veksten i arbeidsstyrken avta fordi årskull som kommer inn på arbeidsmarkedet de nærmeste tiårene er mindre enn de årskullene som er i ferd med å forlate arbeidsmarkedet (St.meld. nr. 25, 2005-2006; Helsedirektoratet, 2009). Slik vil behovet for sykepleiere øke, samtidig som tilgangen på arbeidskraft reduseres. Den høye andelen sykepleiere som arbeider deltid utgjør en arbeidskraftreserve, og for å utnytte arbeidskraften bedre har regjeringen et mål om å øke andelen som arbeider heltid i pleie- og omsorgstjenesten (NOU, 2008:17). På bakgrunn av dette er det behov for kunnskap om hvilke tiltak som kan bidra til å redusere omfanget av deltid.

21 prosent av sykepleierne i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten arbeider mindre enn 19 timer i uken, mens bare 53 prosent arbeider mer enn 30 timer. For alle yrkesgruppene innenfor pleie- og omsorgssektoren samlet, er det kun 35 prosent som arbeider over 30 timer i uken (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Deltid er mer utbredt innenfor sykepleieryrket enn andre yrkesgrupper med tilsvarende utdanningsnivå, eksempelvis lærere, sosialarbeidere og førskolelærere (Abrahamsen, 2002; Helsedirektoratet, 2008).

Hvor stor arbeidskraftreserven blant sykepleiere er, kan være vanskelig å tallfeste fordi mange arbeider mer enn den faste avtalte arbeidstiden og fordi mange ønsker å arbeide deltid (Olsen 2002). Tall fra SSB viser at 14 prosent av sykepleierne ønsker å arbeide mer (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Trolig kan også flere motiveres til å arbeide mer, dersom visse



endringer gjennomføres (Olsen 2002). Hensikten med denne artikkelen er å sette søkelys på hvordan deltid i sykepleieryrket har oppstått, og hvordan sykepleiere forstår deltid som fenomen. Problemstillingen som diskuteres er: *Hvordan forstår og forklarer sykepleiere utbredelsen av deltid innen sykepleieryrket?*

Flere kommuner har gjennomført endringer i turnus, i den hensikt å øke andelen hele stillinger. Funnene i denne studien vil sees i sammenheng med disse forsøkene, for slik å belyse hvor vidt framtidig arbeidstidsorganisering i sykehjem må baseres på bruk av mange deltidsstillinger.

## **SYKEPLEIERYRKET BLIR ET DELTIDSYRKE**

Selv om svært mange sykepleiere i dag arbeider deltid, har ikke sykepleieryrket alltid vært et deltidsyrke. Arbeidstiden til sykepleiere har forandret seg i takt med samfunnsendringer og endringer innenfor helsesektoren. Slik kan vi si at arbeidstiden til dagens sykepleiere er et resultat av en historisk utvikling. Gjennom en analyse av denne utviklingen ønsker vi å peke på hvilke prosesser som har ført til at deltid er normalisert innenfor sykepleieryrket.

På 1950- og 1960-tallet var det først og fremst de ugifte sykepleierne som arbeidet. Den gang var det vanlig at sykepleiere forlot arbeidslivet når de giftet seg eller fikk sitt første barn. Det vil si at mange sykepleiere sto utenfor arbeidslivet på denne tiden. Ved årsskiftet 1958-1959 var det registrert nesten 15 000 sykepleiere i Helsedirektoratets register. Under 10 000 av disse var yrkesaktive. Disse tilpasningene gjenspeiles i de restriksjonene som gjaldt innen sykepleieryrket. Før 1958 hadde for eksempel sykepleierelevne ved Røde Kors-skolene ikke anledning til å gifte seg (Melby, 1990). Andelen sykepleiere som ikke var yrkesaktive økte til over halvparten av alle utdannede sykepleiere fram til midten av 1960-årene (Melby, 1990). Det er uklart hvor utbredt deltidsarbeid var blant sykepleierne i 50- og

60-årene, men mye tyder på at det gradvis ble flere deltidsarbeidende utover 1960-årene (Melby, 1990; Fause & Micaelsen, 2002).

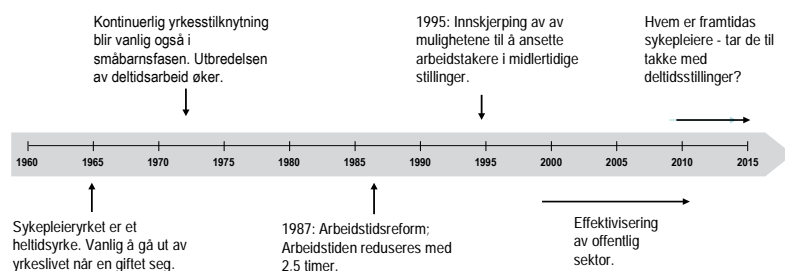
Sykepleiere født midt på 1950-tallet eller senere er den første generasjonen hvor det er relativt vanlig å ha en kontinuerlig yrkestilknytning, også i den fasen av livet hvor man har små barn (Abrahamsen, 2002). Imidlertid arbeidet mange deltid som en tilpasning mellom hjem og arbeid. At flere sykepleiere gikk ut i yrkeslivet, kan ha en sammenheng med at det ble mer sosialt akseptert å arbeide selv om man hadde barn, parallelt med at det skjedde en utbygging av daginstitusjoner for barn ved mange sykehus (Fause & Micaelsen, 2002). Siden slutten av 70-årene har yrkesaktiviteten blant sykepleierne vært høy, og over 80 prosent har vært registrert som yrkesaktive. Mange av disse har imidlertid arbeidet deltid, i 1985 hadde bare halvparten full stilling (Melby, 1990).

I 1987 ble det gjennomført en arbeidstidsreform hvor den normale arbeidstiden ble redusert med 2,5 timer per uke. Mens de fleste arbeidsplassene i industrien valgte å legge om skiftordningene, slik at ansatte fikk fulle stillinger, valgte helsesektoren å ta ut den reduserte arbeidstiden som en ekstra frihelg, uten at turnusene ble lagt om (Amble, 2006). Slik gikk man i helsesektoren fra å arbeide annenhver helg til å arbeide hver tredje helg. Dette etterlot mange hull i arbeidsplanene, hull som ble bemannet med midlertidig arbeidskraft i små stillinger. Før arbeidstidsreformen i 1987 hadde turnusene i helsesektoren i stor grad vært basert på 100-, 75- og 50 prosent stillinger, og det var først etter denne reformen det ble vanlig med mindre stillinger (NOU, 2004:29; Amble, 2008).

Sykepleiere i små stillinger ble ofte ikke regnet med når man snakket om deltidsstillinger på dette tidspunkt, siden de ikke var faste ansatte. I 1995 kom det imidlertid en innskjerping av mulighetene til å ansette arbeidstakere i midlertidige stillinger, og dermed fikk flere av de midlertidig ansatte faste stillinger. På bakgrunn av dette, ser vi nå et konglomerat av stillingsbrøker i helsevesenet, hvor det lyses ut stillinger helt ned til 3,7

prosent (Kjeldstad & Nymoen, 2004; NOU, 2004:29; Amble, 2008). En undersøkelse blant sykepleiere i Trondheim kommune i 1998 viste at 53 prosent av sykepleierne var deltidsarbeidende og at 52 prosent av utlyste stillinger var deltidsstillinger. Dette til tross for politikernes og Sykepleierforbundets intensjon om fortrinnsvis å ansette sykepleiere i heltidsstillinger (Mathisen, 2006). Den historiske utviklingen av sykepleieres arbeidstid kan oppsummeres i følgende figur:

**Figur 1: Sykepleieres yrkestilknytning i et historisk perspektiv.**



Sykepleieres arbeidstid utformes altså i et samspill mellom generelle utviklingstrekk i samfunnet, nasjonale lover og forhandlinger mellom partene i arbeidslivet. På 60-tallet var sykepleieryrket et heltidsyrke hvor det var vanlig at sykepleiere gikk ut av arbeidslivet da de giftet seg. Det økte omfanget av deltidsstillinger utover 70-tallet kan tyde på at deltidsarbeid startet som kulturelle tilpasninger. I denne perioden var det få eller ingen barnehager i det norske samfunnet (Ellingsæter & Gulbrandsen, 2005), og muligheter for deltidsarbeid var en forutsetning for at sykepleiere skulle ha mulighet til å kombinere arbeid med familieliv. Etter hvert virker det som strukturelle endringer på 80- og 90-tallet bidrar til å sementere og normalisere sykepleieryrket som et deltidsyrke. Arbeidstidsreformen i 1987 var starten på utbredelsen av småstillinger. Helsesektorens tilpasning til denne reformen resulterte i økt bruk

av midlertidig arbeidskraft i små stillinger. Disse småstillingene har vist seg å bli utgangspunktet for mye uønsket deltidsarbeid (Amble, 2008). Flere kommuner har imidlertid endret arbeidstidsorganiseringen i sykehjem slik at flere arbeider i hele stillinger.

### **FORSØK MED ENDRINGER I TURNUS**

Undersøkelser fra flere norske kommuner viser alternative måter å organisere arbeidet på, slik at flere kan arbeide i hele stillinger (Amble, 2008). For eksempel har både Harstad og Bærum kommune gjort forsøk med 3+3 turnuser, der alle ansatte jobber tre dager, for så å ha tre dager fri. Prinsippet bak denne løsningen er at vaktlengden økes, slik at ansatte får flere hele fridager (Nicolaisen & Olberg, 2005; Sørensen & Wathne, 2007; Amble, 2008). En annen løsning er en jevnere fordeling av arbeidshelger mellom alle ansatte. Ved å fjerne små stillinger som kun innebærer arbeid annenhver helg, må alle ansatte arbeide flere helger. Et eksempel er Karmøy kommune som har endret turnusen slik at ansatte jobber to av fem helger, framfor en av tre som tidligere avtalt (Moland & Andersen, 2007; Amble, 2008). Når ansatte arbeider flere helger, reduseres behovet for små deltidsstillinger.

Andre løsninger kan være heling av stillinger, noe som innebærer å slå sammen stillinger ved å kombinere arbeid på flere arbeidssteder slik at arbeidstakere oppnår ønsket arbeidsmengde. En kan også foreta en "heling" av stillinger gjennom økt bemanning slik Kristiansand kommune har gjort. Der ønsket kommunen å heve kvaliteten på tjenesten i omsorgssektoren gjennom å ansette folk i deltid på heltid. De økte ressursene skulle primært brukes til å aktivisere pasienter og beboere, men målet var også at dette initiativet ville redusere behovet for vikarer ved fravær (Amble, 2008).

En annen mulighet er å gi ansatte i deltidsstillinger en fast stillingsbrøk i en vikar-/ressursbank ved siden av turnusstillingen. Sagt på en annen måte: ansette folk i en

stillingsprosent som tilsvarer det de faktisk jobber. Ved å tilby ansatte en større fast stillingsprosent, får de ansatte hver måned betalt for en viss stillingsstørrelse, uten at arbeidstiden er fastlagt. Reststillingen legges i en ressurspool. Denne banken eller "poolorganiseringen" innebærer at de ansatte i samarbeid med arbeidsgiver må "plukke" vakter fortløpende, som arbeidsgiver så trekker fra i vikarbanken. Fordelen med dette er at den enkelte ansatte får en garantert inntekt, mens ulempen er flytende arbeidstid (Moland & Andersen, 2007; Amble, 2008).

Flere kommuner har gjort forsøk med Ønsketurnus, Bevegelig arbeidstid (BAT) og Virksomhets- og individtilpasset turnus (VITT). Disse tre arbeidstidsordningene har til felles en målsetting om at ansatte i større grad skal få bestemme når de vil jobbe, sammenlignet med når ansatte følger tradisjonell turnus (Gautun 2002).

## **DESIGN OG METODE**

Datamaterialet for denne artikkelen baseres på 22 kvalitative dybdeintervju. Studien har en hermeneutisk, fenomenologisk tilnærming. Dette innebærer å innhente fylldige beskrivelser med utgangspunkt i informantenes livsverden, samtidig som det vektlegges å forstå denne i en sosial og kulturell sammenheng (Ellingsen & Dragset, 2008). I studien fokuserer vi på informantenes opplevelse og forståelse av deltid som fenomen i sykehjem, og ser dette i lys av både den historiske utviklingen av sykepleieryrket som deltidsyrke, samt nyere forskning om deltidsarbeid generelt og mer spesifikt i forhold til deltidsarbeid blant sykepleiere. Analysen og fortolkningen kan beskrives som en dialektisk bevegelse mellom deler og helhet og mellom forforståelse, tekstens enkelte deler, helheten i teksten, refleksjon og teori (Kvale, 1997; Alvesson & Sköldbberg, 2008).

### Utvalg og gjennomføring

Vi foretok et strategisk utvalg der alle informanter var kvinnelige sykepleiere i aldersgruppen 56-69 år, med arbeidstilknytning til sykehjem. Disse var enten på slutten av- eller hadde nylig avsluttet sin yrkeskarriere. Årsaken til at sykepleiere med tilknytning til sykehjem ble valgt ut, er at utfordringen med mange deltidsstillinger er størst i den kommunale delen av helsesektoren (Amble, 2008). Vi ønsket videre stor variasjonsbredde blant informantene. Informantene var fra 13 ulike sykehjem, fordelt på 7 forskjellige kommuner i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. Ved å intervju informantene fra ulike sykehjem, kunne vi få fram eventuelle variasjoner mellom ulike måter å organisere arbeidet på.

**Tabell I: Beskrivelse av informanter**

Antall informanter	22
Alder	56-69
Kvinner/Menn	22/0
Pensjonister/Yrkesaktive	6/16
Stillingsstørrelse nå/da de gikk av med pensjon	5: 100% 3: 80 % 5: 75 % 2: 60 % 6: 50 % 1: Mindre enn 50 %

Informantene ble rekruttert via nettverk innenfor høgskolesystemet, i tillegg til at ledere og administrativt ansatte ved ulike sykehjem ble kontaktet og bedt om å være behjelpelig med å formidle kontakt med aktuelle informanter. En semistrukturert intervjuguide ble brukt som

grunnlag for de individuelle intervjuene, som varte 1-2 timer. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og fortløpende transkribert ordrett. Det ferdig transkriberte materialet besto av 330 sider.

### **Analyse**

Analysen gjennomsyrrer hele intervjuundersøkelsen, og formes både under intervjuene, materialbehandlingen og formidlingen (Holter, 1996; Kvale, 1997). Funn ble notert fortløpende gjennom hele prosessen. Meningskategorisering ble benyttet som verktøy i analysen, noe som innebærer at man koder intervjuene i kategorier (Kvale, 1997; Coffey & Atkinson, 1996).

### **Etiske overveielser**

For å forhindre utilbørlig påvirkning og tvang er det viktig at forskeren får intervjupersonen til å delta på frivillig basis (Kvale, 1997). Alle informantene fikk tilsendt brev en uke før de ble kontaktet pr telefon med forespørsel om å delta. Slik ble de informert om hovedtrekkene i undersøkelsen før de ble oppringt. 23 informanter ble forespurt, hvorav 22 ønsket å delta. Det ble tydelig formidlet at intervjuet var frivillig og at informantene når som helst kunne trekke seg. Ingen informanter trakk seg underveis, og flere ga uttrykk for at det var viktige tema som ble tatt opp, og at de var glade for å kunne bidra i et slikt forskningsprosjekt.

### **Metodiske overveielser**

Utvalget består av sykepleiere i alderskategorien 56+. Nyutdannede og yngre sykepleiere kan ha en annen forståelse av arbeidstidspraksisen enn denne generasjonen sykepleiere. Eldre sykepleiere sitter imidlertid på viktig informasjon om hvordan sykepleieryrket har utviklet seg

til å bli et deltidsyrke, ettersom de har deltatt i yrkeslivet i perioden da deltidskulturen ble etablert. Eldre sykepleieres forståelse av arbeidstidspraksisen i sykehjem kan derfor sees i en historisk sammenheng. I det følgende belyses sykepleieres forståelse og forklaring på utbredelsen av deltid.

## **FUNN**

Informantene beskriver ulike forhold som belyser arbeidstidspraksisen i sykehjem. Funnene presenteres i tre kategorier; ”Ansatte får ikke hele stillinger”, ”Hull i turnus” og ”Fleksible og rimelige arbeidstakere”.

### **Ansatte får ikke hele stillinger**

Flertallet av informantene kjente til sykepleiere som ønsket større stilling i sykehjemmene de arbeidet. Tre av informantene ønsket selv større stilling, uten at arbeidsgiver kunne tilby dette. En informant uttrykker det slik: ”Jeg ville egentlig ha 100 prosent, men det er håpløst å få 100 prosent stilling. Derfor tok jeg den 75 prosent stillingen”. Få hele stillinger ved sykehjem gjør at mange må ta til takke med en mindre stillingsprosent enn de egentlig ønsker. Dette skjer samtidig med at det kan være mangel på sykepleiere ved de samme sykehjemmene. En informant sier:

”Jeg vet det er forholdsvis nyutdannede sykepleiere som ønsker større stillinger. De får halv, kanskje trekvart stilling. De får ikke mer for det er ikke faste stillinger... Men så sier de [ledelsen] at det mangler folk”.

Samtidig som arbeidsgiver mangler kvalifisert personale til å ivareta arbeidsoppgavene, er det paradoksalt nok mange kvalifiserte ansatte som ikke får tilbud om hele stillinger.



## Hull i turnus

I følge informantene var *helgebemanning* den viktigste begrunnelsen for at arbeidet måtte organiseres med deltidsstillinger. Når sykepleiere kun arbeider tredjehver helg, blir det for få ansatte i helger, eller for mange i ukedagene dersom alle arbeider i 100 prosent stillinger. Slik blir det behov for flere ansatte i mindre stillinger for å få dekket vaktturnus i helgene. To informanter sier det slik:

”Da jeg begynte her i 1985 var det to 50 prosent stillinger, resten var 100 prosent stillinger. Nå da jeg ble sykemeldt sist, var det bare jeg som hadde 100 prosent stilling og en hjelpepleier... Veldig mange vil ha heltidsstillinger, men det skal jo ikke være hull i turnusen. Skal vi klare å holde 3. hver helg så blir det slik”.

”Det kan være vanskelig å ha kun 100 prosent stillinger... det er det med helgene”.

Det virker som informantene betrakter ”tredjehver-helg-regelen” som eneste løsning på arbeidstidsorganiseringen. Så lenge ansatte kun arbeider tredjehver helg, blir arbeidsgiver avhengig av en viss andel deltidsstillinger for å få turnusen til å gå opp. I en kommune hvor de aktivt hadde jobbet med å høyne ansattes stillingsprosent, hadde de fått et økende problem med å skaffe personale i helgene. En informant sier: ”De fleste som har utdanning har fått den stillingsprosenten de ønsker. Men da har det blitt sårbart i helgene, for før så måtte disse arbeide ekstra i helgene, men nå er de ikke interessert”. En annen informant som arbeider 75 prosent stilling ved et sykehjem hvor mange ønsker større stillingsprosent sier: ”Unge sykepleiere og hjelpepleiere vil ha opp stillingene, i alle fall til 80 prosent. Men så vil de ikke gå mer helger, de vil ha fri i helgene”. Å skaffe nok personale i helgene kan være vanskelig å kombinere med store stillingsbrøker med dagens arbeidstidsavtaler.

Noen sykepleiere har også spesialavtaler i forbindelse med helgearbeid. For å rekruttere og beholde sykepleierne har arbeidsgiver tilbudt avtale om sjeldnere helgejobbing.

En informant sier: ”Da jeg gikk nattevakt, gikk vi bare hver 4. helg, og det var jo kjempefint”. For i større grad kunne øke stillingsbrøkene for ansatte, kan det være nødvendig å endre slike avtaler og få en jevnere vaktbelastning blant ansatte. Dette kan igjen skape misnøye blant ansatte som må arbeide flere helger. En pensjonert sykepleier på 64 år måtte etter en omorganisering arbeide hver 3. helg i stedet for hver 4. helg som tidligere avtalt: ”Det var fryktelig å gå fra å jobbe fra hver 4. til hver 3. helg. Jeg skjønner ikke hvorfor det ble så stor forskjell, men vi syntes at vi jobbet helg hele tida”. Få hele stillinger er hovedsaklig et problem for ansatte som arbeider deltid og samtidig ønsker økt stillingsprosent. Sykepleiere som arbeider i store stillingsbrøker, samtidig som de kun arbeider tredjehver helg, kan være fornøyd med arbeidstidspraksisen.

### **Fleksible og rimelige arbeidstakere**

Flere informanter begrunnet arbeidstidspraksisen ved sykehjemmene med arbeidsgivers behov for fleksible og rimelige arbeidstakere. De ga uttrykk for at høyt sykefravær og varierende arbeidsmengde, medførte et behov for personale som kunne stille opp på kort varsel. En informant som arbeider 75 prosent fast, samtidig som hun arbeider en del ekstravakter sier:

”Her på sykehjemmet er det to 100 prosent stillinger, ellers er det bare deltid... Det er jo fordi de skal spare. Også er det vel greit å ha en del gående på gress også, til tilkalling. Egentlig synes jeg det er helt tulle at det skal være slik, men det er nå slik da”.

Samtidig som arbeidsgiver har behov for vikarer som kan stille på jobb på kort varsel, blir det billigere å la deltidsansatte arbeide ekstravakter, framfor å gi ansatte i full stilling overtidsbetaling. Selv om sykepleierne gir uttrykk for at dette er en uønsket situasjon, virker det som de har akseptert at det må være slik.

Sykehjemsansatte arbeider med mennesker som har behov for pleie og omsorg døgnet rundt, 7 dager i uka. Samtidig varierer arbeidsbelastningen gjennom døgnet. På morgenen er det behov for flere pleiere, fordi pasientene skal stelles og gis mat og medisiner. Utover ettermiddagen kan behovet for pleiere i avdelingen være mindre, før det igjen øker på kvelden når pasientene skal legge seg. For å spare penger har kommuner redusert lengden på vaktene, slik at arbeidstakere ikke arbeider fulle dager. I stedet for at alle arbeider 7-8 timers vakter, benyttes 4-6 timers vakter. To informanter beskriver dette slik:

*”Det er litt dumt med disse kortvaktene, har du flere kortvakter så tar du bort en fridag. Hva er vitsen med å gå klokka to, når du mister en fridag når du like godt kan stå til klokka tre...”*

*”Pleiere i små stillinger har kortere dager, og da blir det flere oppmøtedager. Det er jo sparing slik de gjør det. Jeg er heldig som ikke har så mye kortvakter som mange har. Jeg har vanlige arbeidsdager”*

Ved å organisere arbeidet med kortere vakter, utnyttes arbeidskraften maksimalt fordi pleiere er på arbeid i de mest arbeidsintensive periodene på døgnet. Dette øker antall oppmøtedager for de ansatte, og deltidsansatte kan risikere å ha like mange oppmøtedager som ansatte i 100 prosent stillinger. Samtidig begrenser dette deltidsansattes mulighet til å kombinere arbeidet med andre jobber.

## **DISKUSJON**

Mange sykehjem mangler kvalifisert personale. På tross av dette kan det virke det som sykepleiere har akseptert arbeidstidspraksisen med mye deltid. Sykepleierne i denne studien argumenterer med at små stillinger er nødvendig for å få dekket opp turnus i helger og at arbeidsgiver har behov for fleksible og billige arbeidstakere som kan stille opp på kort varsel. Slik er deltid normalisert og naurliggjort blant sykepleiere i sykehjem. Sammenligner vi Norge med andre nordiske land, er det interessant at denne forståelsen har fått fotfeste her.

Norge er det landet i Norden med lavest andel hele stillinger innen eldreomsorgen (Amble 2008). Innenfor eldreomsorgen i Finland har for eksempel 90 % av de fagorganiserte heltidsstillinger (Amble, 2008; NOU, 2008:17).

Informantene argumenterer med at deltidsstillinger er en nødvendighet for å dekke arbeidsgivers behov for fleksible arbeidstakere, samt at det er kostnadsbesparende med deltidsansatte. Trolig er det slik at deltidsansatte som ønsker/eller er økonomisk avhengig av å jobbe mer enn sin faste deltidsstilling, er mer villig til å stille på jobb på kort varsel og jobbe ubekvem arbeidstid enn de som har full stilling. Flere studier viser at deltidsansatte sikrer arbeidsgiver en arbeidskraftreserve, og reduserer kostnadene til overtidsarbeid (Bollè 1997; Kjeldstad & Nymoene, 2004; Gregory 2004). Andre studier viser derimot at økt andel heltidsansatte sykepleiere effektiviserer driften. Dette fordi heltidsansatte har et større engasjement i jobben, gir lavere turnover, mer effektiv kommunikasjon, mer kontinuitet i pleien og mer stabile relasjoner både blant personalet og i tverrfaglige team (Blythe, Baumann, Zeytinoglu, Denton & Higgins 2005; Batch, Barnard & Windsor 2009). En studie viser at avdelingsledere med ansvar for den daglige driften i større grad enn overordnede ledere ønsker å organisere arbeidet med flere deltidsansatte. Mens overordnede ledere så fordelene med mange heltidsansatte, var avdelingsledere opptatt av å ha tilgang på fleksible arbeidstakere som kunne stille opp på kort varsel (Blythe et al. 2005). Dette kan skyldes at det er avdelingsledere som har ansvar for innleie av vikarer, og som opplever dette som et problem.

Informantene betrakter også deltidsstillinger som en nødvendighet for å få turnusplaner til å gå opp med ”tredjehverhelg-praksisen”. Så lenge ansatte kun arbeider tredjehver helg, blir arbeidsgiver avhengig av en viss andel deltidsstillinger for å unngå hull i turnusen. Det blir for få ansatte i helger eller for mange i ukedagene, om alle skal ha hele

stillinger og samtidig bare arbeide tredjehver helg. Deltidsstillinger blir slik nødvendig for å unngå mer helgearbeid.

### **Må sykepleieryrket være et deltidsyrke?**

Som vist innledningsvis har flere kommuner lagt om turnusen slik at flere arbeider i hele stillinger. Noen av disse endringene innebærer at ansatte arbeider flere helger eller lengre vakter. I følge arbeidsmiljøloven kan arbeidstakere arbeid hver andre søndag, mens vanlig praksis innenfor sykehjem er at de faste ansatte ikke jobber mer enn hver tredje helg (NOU, 2004:29). En mer solidarisk deling av helgearbeid kan være nøkkelen til å løse utfordringen med mye deltid i sykehjem. En av årsakene til at man i Finland har klart å organisere arbeidet med mer heltid, er at turnus innebærer mer helgearbeid (NOU, 2008:17).

Sykepleiere som i dag arbeider i hele stillinger og kun hver tredje helg kan imidlertid være lite villige til å arbeide flere helger. En løsning kan da være å organisere arbeidet med 10-12 timersvakter i helger. Da kan det være tilstrekkelig med arbeid hver 4.-5. helg. Dersom pleiere heller ønsker lengre friperioder kan det være aktuelt å organisere arbeidet med såkalt oljeturnus, hvor de ansatte jobber intensivt i perioder med påfølgende lengre friperioder. For å dekke behovet for arbeidskraft ved fravær, er en mulighet å ansette sykepleiere i ”flytendestillinger”, hvor arbeidstid og sted varierer med behovene (Blythe et al. 2005). Det finnes mange løsninger om man tør å tenke alternativt. I eldreomsorgen har man behov for pleiere 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. Framfor å gjøre dette til et problem, kan man se det som en mulighet for å tilpasse arbeidstiden til både pasientenes, arbeidsgiveres og arbeidstakeres behov. 6-ukers turnus med arbeid tredjehver helg har vært en sementert løsning i mange institusjoner i alt for lang tid.

Arbeidstakere, arbeidsgivere og pasienter har ulike behov, og det er ikke nødvendigvis slik at én løsning passer alle. Derimot må hvert sykehjem finne løsninger best mulig tilpasset sine behov. De som klarer å finne gode løsninger vil ha konkurransefortrinn i kampen om arbeidskraften.

## **KONKLUSJON**

Sykepleieres arbeidstid i Norge konstrueres i et samspill mellom generelle utviklingstrekk i samfunnet, nasjonale lover og forhandlinger mellom partene i arbeidslivet. Den historiske utviklingen av sykepleieres arbeidstid, viser at arbeidstidspraksisen er dynamisk og varierer over tid. Dette innebærer at tilsynelatende fastlåste strukturer og kulturer kan endres.

Ansatte i eldreomsorgen gir uttrykk for at arbeidet *må* organiseres med mye deltid. Mye tyder på at dette er en myte som ikke har rot i virkeligheten. Det finnes mange eksempler på ulike måter å organisere arbeidet slik at flere får hele stillinger. Nye former for organisering av arbeidstiden kan imidlertid berøre eksisterende arbeidstidsordninger, som eventuelt vil måtte reforhandles. Arbeidsgiver må gjennomføre strukturelle endringer som legger til rette for at sykepleiere skal kunne arbeide i hele stillinger. Samtidig må også sykepleiere være villige til å endre dagens arbeidsavtaler, som for eksempel ta på seg andre arbeidsoppgaver, arbeide flere helger eller lengre vakter.

Yngre sykepleiere er trolig bærere av normer som er mer ambisiøse i forhold til egen karriere enn de som fullførte utdanningen 20-30 år tidligere. Når 60-tallets husmødre går av med pensjon og de unge ikke lenger tar til takke med en deltidsstilling, kan partene i arbeidslivet bli tvunget til å finne løsninger på deltidsproblematikken. Nyere forskning tyder på at deltidsarbeid blant sykepleiere er på retur (Abrahamsen 2010). Når vi samtidig vet at mangelen på sykepleiere forventes å øke i årene fram mot 2050, vil trolig flere hele stillinger i

eldreomsorgen være ønskelig for alle parter. Dette krever imidlertid at man er villig til å se på deltidsproblematikken med nye øyne, og at partene er løsningsorienterte. Løsninger på deltidsproblematikken finnes, arbeidsgivere og arbeidstakere må i fellesskap finne kompromisser og gjennomføre dem. Sykepleieryrket behøver ikke være et deltidsyrke i framtida.

## REFERANSELISTE

- Abrahamsen, B. (2002). *Heltid eller deltid? Kvinners arbeidstid i kvinne- og mannsdominerte yrker*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning, Rapport nr. 6.
- Abrahamsen, B. (2010). Deltidsarbeid på retur? En sammenlikning av tre kull sykepleiere utdannet i 1977, 1992 og 2003. *Søkelys på arbeidslivet*, 27(1-2), 5-18.
- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Danmark: Studentlitteratur.
- Amble, N. (2006). *Innspill – Forsøk med arbeidstidsordninger og arbeidstidsendringer i turnusarbeid*. Oslo: Fornyings og administrasjonsdepartementet.
- Amble, N. (2008). Ikke fullt og helt, men stykkevis og delt – om det uønskede deltidsarbeidets vesen. *Søkelys på arbeidslivet*, 25(3), 367-380.
- Batch, M., Barnard, A., & Windsor, C. (2009). Who's talking? Communication and the casual/part-time nurse: A literature review. *Contemporary nurse*, 33(1), 20-29.
- Blythe, J., Baumann, A., Zeytinoglu, A., Denton, M., & Higgins, A. (2005). Full-Time or Part-Time Work in Nursing: Preferences, Tradeoffs and Choices. *Healthcare Quarterly*, 8(3), 69-77.
- Bollè, P. (1997). Part-time work: Solution or trap?. *International Labour Review*, 136(4),

557-579.

Coffey, A., & Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data*. California: SAGE Publications Inc.

Ellingsen, S., & Drageset, S. (2008). Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning. *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning* 10, 23-39.

Ellingsæter, A. L., & Gulbrandsen, L. (2005). Den lange veien - barnehage som reell valgmulighet. In B. Brandth, B. Bungum, & E. Kvande (Ed.), *Valgfrihetens tid. Omsorgspolitik for barn møter det fleksible arbeidslivet* (pp. 159-182). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fause, Å., & Micaelsen, A. (2002). *Et fag i kamp for livet. Sykepleiens historie i Norge*. Bergen: Fagbokforlaget.

Gautun, H. (2002). *Når fleksibilitet fremmer fellesskap. Nye arbeidstidsordninger innen pleie og omsorg*. Oslo: Fafo-rapport 399.

Helsedirektoratet (2009). *Utdanne nok og utnytte godt. Innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen*. Oslo: Helsedirektoratet, Rapport nr. 3.

Helsedirektoratet (2008). *Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006. Rekruttering for bedre kvalitet*. Oslo: Helsedirektoratet, Rapport nr. 4.

Holter, H. (1996). Fra kvalitative metoder til kvalitativ samfunnsforskning. In H. Holter & R. Kalleberg (Ed.), *Kvalitative metoder i samfunnsforskning* (pp. 9-25). Oslo: Universitetsforlaget.

Kjeldstad, R., & Nymoene, E. H. (2004). *Kvinner og menn i deltidsarbeid. Fordeling og forklaringer*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, Rapport nr. 29.



- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- McGregory, R.C. (2004). *Motivations for employing part-time nurses*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy in Economics. USA: The University of Wisconsin-Milwaukee.
- Nicolaisen, H., & Olberg, D. (2005). *Nye arbeidstidsordninger. Forsøk med 3+3 turnus og tillitstid i Bærum kommune*. Oslo: Fafo, Fafo-notat nr.15.
- Mathisen, J. (2006). *Sykepleiehistorie. Ideer-mennesker-muligheter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Melby, K. (1990). *Kall og kamp. Norsk sykepleierforbunds historie*. Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Moland, L. E., & Andersen, R. K. (2007). *Hva gjør norske kommuner med deltid?*. Oslo: Fafo, Fafo-rapport nr. 25.
- Moland, L. E., & Gautun, H. (2002). *Deltid: Bidrag eller hemsko for fornyelse av pleie- og omsorgssektoren? En studie av arbeidstid og undersysselsetting blant hjelpepleiere og omsorgsarbeidere*. Oslo: Fafo-rapport 395.
- NOU (2004:29). *Kan flere jobbe mer? – deltid og undersysselsetting i norsk arbeidsliv*. Oslo: Utredning fra deltidsutvalget.
- NOU (2008:17). *Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid*. Oslo: Utredning fra Skift/turnusutvalget 2007-2008.
- Olsen, T. (2002) *Arbeidskraftreserven blant deltidsansatte. Arbeidskraftreserven blant deltidsansatte sykepleiere og hjelpepleiere i sykehussektoren*. Kristiansand: Agderforskning, FoU-rapport nr. 3.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Utviklingstrekk i helse og sosialsektoren*. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet, Rapport.
- St.meld. nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas*

*omsorgsutfordringer*. Oslo: Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement.

Stone, P. W., Du, Y.L., Cowell, R., Amsterdam, N., Geffrich, T. A., Linn R.W., Gladstein, A., Walsh, M. & Mojica, L. A. (2006). Comparison of nurse, system and quality patient care outcomes in 8-hour and 12-hour shifts. *Medical Care*, 44(12), 1099-1106.

Sørensen, B. A., & Wathne, C. T. (2007). *Bærekraftig arbeidsliv: arbeidslivsutvikling i Norden*. København: Nordisk Ministerråd.

Texmon, I., & Stølen, N. M. (2009). *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, Rapport nr. 9.

## **Artikkel 4**



# Pensjonsalder – et reelt valg for sykepleiere?

Kari Ingstad

## Retirement age: Individual choice for nurses?

The Norwegian pension system gives nurses the option of retiring at the age of 62. This study examines how nurses' income conditions influence their retirement decisions. The findings indicate that nurses, who follow the traditional path of combining part-time work with childcare, accumulate fewer retirement benefits, which limits their freedom to choose early retirement. Nurses who are married are better off financially, while divorced nurses may need to continue working after the age of 62, because their economic situation does not allow them to retire early.

*Kari Ingstad  
PhD-Stipendiat ved NTNU/ høyskolelektor  
Høgskolen i Nord-Trøndelag  
E-post: kari.ingstad@hint.no*

*Artikkelen analyserer hvordan arbeidstilpasninger sykepleiere gjør gjennom yrkeskarrieren påvirker deres pensjonsopptjening og mulighet for å velge når de skal gå av med pensjon. Noen følger arbeidslinja og arbeider heltid gjennom store deler av yrkeskarrieren, mens andre følger familielinja og er hjemmeværende eller arbeider deltid. Hvilke arbeidstilpasninger den enkelte gjør henger sammen med kulturelle og strukturelle forhold. Kort foreldrepermisjon, få barnehageplasser samt sosiale forventninger til kvinner som omsorgspersoner, gjorde at mange kvinner som fikk barn på 70- og 80- tallet fulgte familielinja. Konsekvensen av dette er at de har lav pensjonsopptjening, og mindre valgfrihet knyttet til pensjonsalder enn de som har fulgt arbeidslinja.*

Fleksibilitet og valgfrihet er blitt honnørord i dagens velferds-Norge, og brukes ofte som begrunnelser for politiske reformer. Blant annet har stor grad av fleksibilitet og valgfrihet vært viktige og ønskede trekk ved ny alderspensjon (Ot.prp. nr. 37 2008–2009). Arbeidstakere skal kunne velge om de ønsker å jobbe noen år ekstra, eller om de skal gå av ved 62 år. Noen velger å arbeide fullt helt til pensjoneringstidspunktet, mens andre trapper ned gradvis med redusert daglig arbeidstid eller ved å arbeide færre arbeidsdager. Pensjonssystemet legger til rette for at arbeidstakere skal ha frihet til å velge den løsning som passer. Samtidig gjør systemet det lønnsomt å stå lengre i jobb.

Tanken bak ordningen med AFP var å gi slitne arbeidstakere i tunge yrker mulighet til å gå av før Folketrygdens ordinære pensjonsalder på 67 år, samt gi arbeidstakere som trengte det en verdig avslutning på yrkeskarrieren (Midtsundstad 2002). Fysisk tunge yrker finner man for eksempel i industrien hvor den typiske arbeidstaker er mann som har arbeidet fulltid gjennom yrkeskarrieren.

Men det kan også være arbeidstakere i omsorgsykker, hvor de fleste er kvinner og hvor mange har kombinert yrket med ulønnet arbeid hjemme. Disse yrkesgruppene kan være like *litne* og ha samme ønske og behov for å gå av med tidligpensjon. Deres økonomiske forutsetninger for å velge tidligpensjon kan imidlertid være svært forskjellige. På bakgrunn av dette vil det være interessant å utforske hvordan arbeidstakeres valgfrihet knyttet til pensjonsalder arter seg for kvinner i typiske deltidsyrker.

Forenklet kan man si at hvor mye man får i pensjon avhenger av to forhold; hvor mye du har tjent og hvor mange år du har i arbeidslivet (Plahte 2009). Det betyr at arbeidstakeres pensjonsrettigheter varierer. En sykepleier som starter i arbeidslivet som 25-åring, vil i teorien kunne ha en opptjeningsstid på 40 år ved fylte 65 år, hvis hun eller han har stått i arbeid uavbrutt. Gjennomsnittlig opptjeningsstid for yrkesaktive sykepleiere ved fylte 65 år i 2003 var imidlertid bare 19 år, og kun 5–6 prosent hadde 35 eller flere år i arbeid (Midtsundstad 2004). I tillegg har mange sykepleiere redusert pensjonsopptjening fordi de har arbeidet deltid. Bakgrunnen for at mange sykepleiere arbeider deltid er sammensatt (Ingstad og Kvande 2010), men en av grunnene er at Norge har hatt en implisitt mannlig hovedforsørgernorm, som i en viss grad fritar kvinner for økonomisk ansvar (Ellingsæter og Solheim 2002). Det synes å være en ambivalens til mødres yrkesaktivitet i Norge. Dette fremgår av både holdningsundersøkelser og studier av familiepolitikens historie som viser at Norge har lagt stor vekt på deltidsbarnehager og deltidsmødre (Ellingsæter 2003; Ellingsæter og Leira 2004). I den offentlige debatten om mødres og fedres yrkesdeltakelse versus samvær med barn, er det viktig å få fram konsekvenser av de ulike tilpasningene familier gjør. Som jeg skal vise senere i artikkelen, kan deltidsarbeid få konsekvenser for arbeidstakeres mulighet til å velge når de skal gå av med pensjon.

Denne artikkelen retter fokus mot sykepleiere i slutten av yrkeskarrieren. Arbeidstidstilpasninger de gjorde 20, 30 og 40 år tilbake ble gjort innenfor datidens rammebetingelser og de opptjeningsre-

glene som gjaldt da. Artikkelen tar utgangspunkt i to problemstillinger: Hvordan reflekterer sykepleiere over arbeidstidstilpasninger de har gjort gjennom yrkeskarrieren og de konsekvenser det har fått for deres pensjonsopptjening? Hvordan påvirker sykepleieres pensjonsopptjening deres valgfrihet knyttet til pensjoneringsalder?

Før vi ser nærmere på empirien, skisseres det teoretiske bakteppet for drøftingene. Jeg redegjør først for hva som ligger i begrepet valgfrihet, og noe av kritikken som er kommet mot økt fokus på valgfrihet i velferdspolitikken. Deretter plasseres studien i sammenheng med tidligere forskning som belyser yrkesløp, familiesituasjon og pensjoneringsalder. Til slutt redegjør jeg kort for sykepleieres pensjonsordning.

### Valgfrihet

Denne artikkelen ser på sykepleieres valgfrihet knyttet til pensjoneringsalder. Mer individuell frihet i form av flere rettigheter og muligheter til å velge synes å være en viktig verdi i de fleste offentlige diskurser om hvilken utvikling som er ønskelig (Wærness 2003). Valgfrihet er et begrep som gir assosiasjoner til frihet. Vi skal skape vår egen praksis og identitet i frihetens navn, det vil si at vi skal organisere vår hverdag og ha innflytelse over egne liv (Brandth, Bungum og Kvande 2005). Det å ha frihet til å velge innebærer at man foretar et handlingsvalg hvor man kunne handlet annerledes (Aakvaag 2005). Valgfrihet knyttet til pensjoning kan relateres til at man selv skal kunne bestemme ved hvilken alder man vil forlate arbeidslivet (Hvinden 2005). Pensjonsordninger som gjelder for dagens sykepleiere (se under) gjør at de har mulighet til å gå av fra 62 år. Valgfrihet knyttet til pensjoneringsalder for sykepleiere betyr at de skal kunne velge om de vil gå av når de er 62 år, eller om de vil fortsette å arbeide lengre.

Arbeidstakere kan ha ulike forutsetninger for å foreta valg. Blant annet forutsetter valgfrihet at personen har tilstrekkelig tilgang til informasjon av betydning for å veie ulike valgalternativer opp mot hverandre (Hvinden 2005). Mange vil ha manglende evne til å forstå rekkevidden av de aktuelle alternativene knyttet til pensjon, blant annet fordi

kompliserte pensjonsregler gjør det vanskelig å finne ut av egne pensjonsrettigheter. I tillegg må de teoretiske valgalternativene faktisk være åpne for at personer skal ha frihet til å kunne velge. Helse, yrke, inntekt og formue er eksempler på forhold som påvirker individers valgmuligheter (Hvinden 2005). Noen valgalternativer kan være uaktuelle fordi de forutsetter økonomiske eller helsemessige ressurser vedkommende ikke har. Slik kan arbeidstakere ha ulike forutsetninger for å utøve valgfrihet.

Flere kritiserer ensidig vektlegging av valgfrihet i velferdspolitikken fordi det vil kunne bidra til å forsterke sosiale ulikheter i samfunnet (Hvinden 2005; Sejersted 2007). Det argumenteres med at valgfrihet gjennomgående vil være til størst fordel for de gruppene i befolkningen som har mest ressurser, det vil si de med best helse og funksjonsevne, høyest utdanning, inntekt og formue (Hvinden 2005; Sejersted 2007; Nilsen, Guerreiro og Brannen 2002). Fordi det fokuseres så mye på valgfrihet i velferdspolitikken, er det viktig å få fram hvilke konsekvenser denne valgfriheten har på ulike områder og for ulike arbeidstakere.

#### **Pensjonsopptjening og pensjoneringsalder**

Ambivalensen til mødres yrkesaktivitet i Norge, gjenspeiles i to spor i familiepolitikken. På den ene siden har man *arbeidslinja* der det legges vekt på yrkesarbeid, og hvor individer tjener opp rettigheter til ytelser gjennom yrkesarbeid. Foreldrepenger i forbindelse med fødsel er eksempel på en slik ordning. På den andre siden har man *familielinja* som støtter opp om familien som omsorgsprodusent, der mor er den primære omsorgsperson og far er forsørger. Kontantstøtten er et eksempel på en slik ordning, hvor familier får økonomisk kompensasjon for ikke å ha barnet i barnehage (Brandth og Kvande 2005; Ellingsæter 2003). Begrepene *familielinja* og *arbeidslinja* betegner i utgangspunktet politiske ordninger. Jeg bruker imidlertid også disse begrepene på individnivå, hvor de betegner individers praksis. Arbeidstakere som i hovedsak arbeider heltid eller lang deltid gjennom yrkeskarrieren følger *arbeidslinja*, mens arbeidstakere som er hjemmeværende eller arbeider deltid gjennom store deler av yrkeskarrieren følger *familielinja*.

I dag er det slik at norske kvinner er yrkesaktive i nesten samme grad som menn. Men mens menn i stor grad jobber heltid, arbeider ca 40 prosent av kvinnelige arbeidstakere deltid (Kjeldstad og Ny-moen 2004). Både nasjonale og internasjonale studier viser at kvinners arbeidstidsmønster med mye deltid har uheldige konsekvenser for deres pensjonsopptjening, og at mange kvinner ender opp med lav pensjon (Evandrou og Glaser 2003; Nagel 2004; Jefferson 2005:2009). Slik er arbeidstid en ulikhetsskapende mekanisme. Hvorvidt lav pensjonsopptjening påvirker arbeidstakeres pensjeringstidspunkt kan variere. Noen studier viser at avkortning i pensjon får mange til å stå lengre i yrkeslivet, mens andre studier viser at pensjonister tillegger inntektsforhold liten betydning når de begrunner sin avgang (Hernæs, Røed og Strøm 2002; Lien og Grambo 2007; Midtsundstad 2006). Bakgrunnen for dette kan være at eldre arbeidstakeres økonomiske situasjon er ulik. Noen har tilgang på alternative inntekter, samtidig som deres økonomiske forpliktelser varierer (Solem 2001). Slik trenger noen inntektene fra arbeidet mer enn andre. Familiensituasjonen og familieforpliktelser innvirker også på pensjonsmønsteret. Skilte og enslige kvinner har en høyere forventet pensjoneringsalder enn gifte og samboere (Dahl, Nilsen og Vaage 2003; Storey, Cheater, Ford og Leese 2009). En forklaring på dette kan være at enslige kvinner er selvsørgende, og at økonomiske forhold tvinger dem til å stå lengre i yrkeslivet. Mange kvinner har brudd i yrkeskarrieren og færre opptjeningsår (Jefferson 2009; Stefansen 2000). Lav pensjonsopptjening kan tvinge arbeidstakere til å fortsette i yrkeslivet fordi de ikke har råd til å slutte (Onyx og Benton 1996; Solem 2001).

Forskningstilnærmingen som dominerer forskningsfeltet er kvantitative tilnærminger på aggregert nivå. Slik rettes fokuset mot seniorerne som gruppe, og gir gode beskrivelser av mønstre i pensjoneringsatferd. Men en slik tilnærming bidrar også til at man betrakter seniorer som en ensartet gruppe (Steinum, Hilsen og Bull 2007). Få studier er gjort omkring sykepleieres pensjonsalder spesielt, og hvordan økonomiske forhold påvirker sykepleieres intensjon om å forlate yrket er lite kjent

(Storey mfl. 2009). Ved å foreta dybdeintervju med sykepleiere i slutten av yrkeskarrieren ønsker jeg å se på enkeltindivider innenfor en yrkesgruppe hvor deltid er utbredt. Sykepleiere i slutten av yrkeskarrieren kan si noe om hvordan intensjonen om valgfri pensjonsalder faktisk arter seg for kvinnelige arbeidstakere som har fulgt enten arbeidslinja eller familielinja.

### *Sykepleieres pensjonsordning*

De fleste sykepleiere kan i teorien velge når de vil gå av med pensjon mellom fylte 62 og 70 år. Aldersgrensen er 70 år for overordnede sykepleiere, sykepleiere i administrative stillinger og undervisningsstillinger, og 65 år for underordnede sykepleiere. Hvor stor den enkeltes pensjon blir, beregnes ut fra tre forhold: 1. *Pensjonsgrunnlaget* som er den lønnen du har når du går av med pensjon. Har man full opptjening vil alderspensjon utgjøre 66 prosent av sluttlønnen. 2. *Pensjonsprosenten* som er gjennomsnittlig stillingsprosent. Dersom en har hatt varierende arbeidstid, vil pensjonsgrunnlaget bli regnet ut etter en gjennomsnittlig stillingsprosent. Hvis gjennomsnittlig stillingsprosent er beregnet til 60 prosent, blir pensjonsgrunnlaget 60 prosent av pensjonsgrunnlaget til en som har full stilling. 3. *Pensjonsgivende tjenestetid* som er antall år en har vært medlem av pensjonsordningen. For å få full pensjon må den pensjonsgivende tjenestetiden være 30 år eller mer. Pensjonen avkortes med 1/30 for hvert år som mangler på 30 år (KLP 2007).

Alderspensjonene baseres på arbeidsinntekt, og innsats i ulønnet omsorgsarbeid er ikke tilsvarende sikret i trygden (Koren 2003). For å kompensere de som er helt eller delvis hjemme i forbindelse med omsorgsarbeid, ble det fra 1992 innført pensjonspoengopptjening for omsorgsarbeid for barn under 7 år, syke, eldre og funksjonshemmede (Ot.prp. nr. 37 2008–2009).

### *Særaldersgrense og 85-årsregelen*

Det er fastsatt særaldersgrense for stillinger som medfører uvanlig fysisk eller psykisk belastning på arbeidstakere, slik at de normalt ikke makter å utføre arbeidet forsvarlig til fylte 70 år. Særalders-

grensen for sykepleiere hvis deres arbeid medfører regelmessig fysisk kontakt med pasienter eller klienter i mer enn 50 prosent av stillingen, er 65 år (KLP 2008). I tillegg kan de fratre med pensjon fra KLP inntil 3 år før denne aldersgrensen, dersom summen av alder og samlet medlemstid i KLP (og andre offentlige tjenestepensjonsordninger) er minst 85 år (KLP 2008).

### *Avtalefestet pensjon (AFP)*

AFP er en tidligpensjonsordning som gir rett til å gå av med pensjon fra 62 år. Hensikten er å gi eldre arbeidstakere større valgfrihet til å gå av med hel eller delvis pensjon før ordinær pensjonsalder. Sykepleiere som går av med AFP får fram til de er 65 år en pensjon som er like stor som alderspensjonen de ville fått fra folketrygden ved fortsatt arbeid fram til 67 år, i tillegg til et årlig tillegg på 20 400 kroner. Samlet pensjon er begrenset til 70 prosent av tidligere inntekt (KLP 2008).

Pensjon er sammensatt og komplisert, og for de fleste er det vanskelig å forutse hvilke pensjonsrettigheter en vil få ved pensjonsalder. Samtidig er det ulike ordninger for ulike aldersgrupper. Sykepleiere har en gunstigere pensjonsordning enn mange andre yrkesgrupper, spesielt i privat sektor. Dette fordi sykepleiere har egen særaldersgrense, i tillegg til at de har 30 års opptjeningstid. Flere andre yrkesgrupper må ha stått 40 år i arbeid for å kunne ta ut full tjenestepensjon.

### **Metode**

Datamaterialet til denne undersøkelsen består av kvalitative dybdeintervju med 22 kvinnelige sykepleiere. Strategisk utvalg ble benyttet for å sikre informanter som kunne bidra til å belyse problemstillingene. Informantene var i aldersgruppen 56 år og eldre, 16 var fortsatt yrkesaktive mens 6 hadde gått av med pensjon siste to år. Bakgrunnen for dette utvalget var at jeg ønsket informanter som var nært inntil aldersgrensen for pensjon, og på bakgrunn av det hadde tanker og meninger omkring egen pensjonsalder. I tillegg ble denne aldersgruppen valgt fordi den kan si noe om hvordan yrkesløp påvirker pensjonsrettigheter og muligheter for å velge når man kan gå av med pensjon. Jeg intervju-



et sykepleiere som var gifte, enslige eller samboere for å få fram hvordan valg av pensjonsalder framstår for sykepleiere med ulik sivil status. Sykepleierne som nå var samboere eller enslige, hadde tidligere vært gift. I tillegg intervjuet jeg sykepleiere som hadde ulik arbeidstid gjennom yrkeskarrieren for å se på hvordan dette innvirket på pensjonsopptjening og valg av pensjonsalder. Alle informantene hadde arbeidstilknytning til sykehjem, enten ved at de arbeidet ved et sykehjem nå, eller de had-

de arbeidet ved et sykehjem før de ble pensjonister. Bakgrunn for valg av sykepleiere i denne kategorien var at omfanget av deltid har vært spesielt stor i eldreomsorgen (Amble 2008), og at jeg ønsket å få fram sammenhengen mellom arbeidstid gjennom yrkeskarrieren og valgfrihet knyttet til pensjonsalder. 23 sykepleiere ble forespurte, hvorav 22 ønsket å delta. Informantene var fra 13 ulike sykehjem, fordelt på 7 forskjellige kommuner i 3 fylker.

Tabell 1: Beskrivelse av informanter

Antall informanter	22
Alder	56-69 år
Kvinner/Menn	22/0
Pensjonister/Yrkesaktive	6/16
Stillingsstørrelse nå/da de gikk av med pensjon	5: 100 % 3: 80 % 5: 75 % 2: 60 % 6: 50 % 1: Mindre enn 50 %
Sivilstatus	Gift: 19 Skilt: 3 (hvorav 1 har ny samboer)
Antall barn:	1-7

Informantene ble rekruttert via nettverk innenfor høyskolesystemet, i tillegg til at ledere og administrativt ansatte ved ulike sykehjem formidlet brev videre til aktuelle informanter. Alle informantene fikk tilsendt brev en uke før de ble kontaktet pr telefon med forespørsel om å delta. En semistrukturert intervjuguide ble brukt som grunnlag for intervjuene som varte 1-2 timer. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og fortløpende transkribert ordrett.

Analyseprosessen startet allerede under intervjuene, og funn ble fortløpende notert under intervjuet, transkripsjonen og analysen. Meningskategorisering ble benyttet som verktøy i analysen,

hvor jeg startet med et kodesystem jeg hadde utviklet på bakgrunn av teori og problemstilling. Utover i analysen endret disse kategoriene seg, og jeg tilpasset kodene til forskningsmaterialet. Etter hvert i prosessen ble det tydelig at valgfrihet knyttet til pensjonsalder var en av kategoriene jeg ville studere mer inngående. I artikkelen presenteres funn som diskuteres fortløpende. Først belyses sykepleieres refleksjoner over arbeidstidstilpasninger de har gjort gjennom yrkeskarrieren og de konsekvenser dette har fått for deres pensjonsopptjening. Deretter ser jeg på hvordan pensjonsopptjeningen innvirker på sykepleieres valgfrihet knyttet til pensjonsalder.

### **Arbeidstid og pensjonsopptjening**

På bakgrunn av arbeidstid gjennom yrkeskarrieren kunne sykepleierne i denne studien deles i to grupper. Den ene gruppen hadde fulgt *arbeidslinja* og arbeidet heltid gjennom store deler av yrkeskarrieren. Den andre gruppen hadde i større grad fulgt *familielinja*, og følgelig vært hjemmевærende og deltidsarbeidende gjennom yrkeskarrieren.

#### *Arbeidslinja*

Sykepleierne som hadde arbeidet fulltid gjennom store deler av yrkeslivet ga uttrykk for at dette var et resultat av at de hadde et sterkt ønske å være yrkesaktive eller at familien hadde behov for inntekten. To sykepleiere sier:

Jeg hadde lyst til å arbeide skikkelig når jeg først skulle arbeide. Og ungene begynte å bli store, og jeg hadde ikke behov for så mye fritid synes jeg, så det var veldig greit å gå i 100 prosent stilling.

Jeg har trivdes med å jobbe, men det er klart at lønna også har betydd en del. Du får unger og bygger hus, og du skal svare for lån.

Ingen ga uttrykk for at pensjonsopptjening var noe de tenkte på da de vurderte stillingsprosent. Derimot var barnepass en viktig forutsetning for at de skulle kunne arbeide fulltid. Denne generasjonen kvinner fikk barn da velferdsordninger ikke var så godt utbygd som i dag. Blant annet var fødselspermisjonen fram til 1977 bare 12 uker, mens den etter 1977 ble 18 uker. Samtidig var tilbudet av barnehageplasser langt mindre enn etterspørselen (NOU 1996:13). En sykepleier som har fulgt arbeidslinja beskriver sin situasjon slik:

Gutten vår kom til i desember, og jeg begynte i 100 prosent stilling igjen i februar. Men jeg var heldig, jeg fikk tak i dagmamma.

Kort permisjonstid og liten mulighet for å få barnehageplass gjorde foreldre avhengig av andre barnetilsynsordninger for at de i det hele tatt skulle ha mulighet til å arbeide. Slik har arbeidstakere som har fulgt arbeidslinja gjort det til tross for at det i

liten grad var utbygde velferdsordninger som tilrettela for at de skulle kunne kombinere fulltidsarbeid med omsorgsoppgaver. Resultatet av dette er at de i slutten av yrkeskarrieren har opparbeidet seg langt bedre pensjonsrettigheter enn de som har hatt redusert arbeidstid.

#### *Familielinja*

Det er få av dagens sykepleiere i 60 års alderen som har en kontinuerlig yrkestilknytning gjennom karrieren. En undersøkelse av Midtsundstad (2004) viste at under 40 prosent av sykepleierne som var 60–61 år og i arbeid ved inngangen til 2003 kunne forventes å oppnå en tjenestetid på 30 år eller mer. En sykepleier på 68 år som fortsatt arbeider i 75 prosent stilling sier:

Jeg kommer ikke opp i mer enn 20 års ansenitet, for jeg var veldig lite bevisst. Du tenkte mer hjem og familie da, og jeg vet de ringte til meg da de startet opp med barnehager, om jeg var interessert å ha mine barn der, og da takket jeg nei, men det har jeg ikke gjort i dag... det var en annen mentalitet.

Arbeidstid henger sammen med kulturelle normer i samfunnet. Kvinnene på 1950- og 60-tallet hadde husmorrollen å forholde seg til. På 70-tallet ble det mer vanlig at kvinner kombinerte omsorgsoppgaver med deltakelse i yrkeslivet, men fortsatt sto den mannlige forsørgernormen sterkt (Jensen 2000; Onyx og Benton 1996). Sosiale forventninger til kvinner om at deres primære rolle var knyttet til omsorg, gjorde at mange var hjemmевærende eller arbeidet deltid. Disse kvinnene har ikke tjent opp pensjonsrettigheter for de årene de var hjemme. Ordningen med pensjonsopptjening for omsorgsarbeid kom først i 1992, og hadde ikke tilbakevirkende kraft (Ot.prp. nr. 37 2008–2009). Slik har den ingen betydning for den generasjonen kvinner som faktisk var lengst hjemme. Samtidig viser undersøkelser at sykepleiere fortsetter å arbeide deltid også når barna blir større, noe som gjør at pensjonsopptjening for omsorgsarbeid har begrenset effekt (Abrahamsen 2000). En sykepleier som var hjemmевærende i mange år sier:

Vi som har gått i omsorg for barn har ikke hatt noen uttelling for det. Det at vi tok oss av barn i flere år, teller ikke for pensjonene. Slik har karene hatt en bedre ordning enn oss som har gått hjemme. De har arbeidet, det er de som har hatt lov til det. Og vi diskuterte det vi, jeg og mannen min, om hvem som egentlig skulle være hjemme. For egentlig hadde jeg lyst til å jobbe, men vi så jo det at en av oss måtte ta seg av det som var hjemme, ellers ble det ikke noe tid til ungene våre. Og han tjente jo bedre enn meg, og da ble det naturlig at han jobbet.

Par fordeler ofte familiens inntektsgivende arbeid og husholdsarbeid seg imellom. Samtidig som det er mer sosialt forventet og akseptert at kvinner er hjemme med barna, er det ofte slik at menn tjener mer enn kvinner. Det kan være en forklaring på at det som oftest er kvinnen som er helt eller delvis hjemmeværende, mens mannen arbeider fulltid. Det er viktig å huske på at hans store arbeidsinnsats ofte bare vil være mulig fordi hun har tatt seg av barneomsorg og husstell (Koren 2003). Slik tilpasser kvinner sin arbeidstid ut fra familiens behov der og da, uten at man tenker på de økonomiske konsekvensene deltidsarbeid har for pensjonsopptjening. En sykepleier beskriver dette slik:

Vi greide oss økonomisk med min halve og hans hele. Og den gangen tenkte en ikke framover til pensjonstid og penger slik. Nei, det var mer om det å være hjemme og ta seg av det som var der. Jeg straffes økonomisk for det nå.

En tradisjonell arbeidsfordeling innad i familier fører til at menn opparbeider fulle pensjonsrettigheter, mens kvinner ender opp med langt lavere pensjoner. Når vi samtidig vet at tradisjonelle mannsyrker har høyere lønn enn tradisjonelle kvinneyrker, vil denne ulikheten i pensjonsrettigheter forsterkes ytterligere (NOU 2008:6).

Det at kvinner var hjemmeværende på 70- og 80-tallet skyldtes i stor grad forhold de ikke hadde kontroll over (Nagel 2004). Strukturelle forhold som kort foreldrepermisjon og liten tilgang på barnehageplass, kombinert med kulturelle normer

rettet mot kvinner, resulterte i at mange var helt eller delvis hjemme etter at de fikk barn. Denne studien tyder på at sykepleiere i liten grad tenkte på pensjonsopptjening da de foretok arbeidstidstilpasninger. På slutten av yrkeskarrieren opplever de derimot konsekvensene av de arbeidstidstilpasningene de har gjort. De som har fulgt arbeidslinja har god pensjonsopptjening. De som har fulgt familielinja sitter igjen med langt lavere pensjonsopptjening. Jeg vil nå se på hvilke konsekvenser pensjonsopptjeningen har for deres valgfrihet knyttet til pensjoneringsalder.

#### Tidligpensjon – et reelt valg for alle?

Analysen viste at sykepleiere i ulik grad har økonomisk handlingsrom til å kunne velge tidligpensjon. Deres økonomiske situasjon er avhengig av pensjonsopptjening samt familiesituasjon. Jeg har valgt å dele sykepleierne inn i 3 kategorier etter hvor stor grad av valgfrihet de har; absolutt valgfrihet, betinget valgfrihet, ingen valgfrihet.

#### Absolutt valgfrihet

Denne studien viser at det kun er en gruppe kvinner som på bakgrunn av pensjonsopptjening har absolutt valgfrihet knyttet til pensjonsalder. Absolutt valgfrihet gjelder for de som har arbeidet heltid gjennom store deler av yrkeskarrieren, og følgelig har gode pensjonsrettigheter. Disse har, uavhengig av andre, økonomisk frihet til å kunne velge å gå av med tidligpensjon. En sykepleier som har arbeidet fulltid store deler av yrkeskarrieren, men som ved 62 års alder velger å kombinere AFP med 30 prosent stilling sier det slik:

Pensjonen som jeg får og 30 prosent stilling utgjør ikke mer enn 1000 kroner mindre i måneden i lønn, så godt kommer jeg ut av det. Men jeg har jo stått i pensjonskassen i 40 år. Jeg gleder meg til å få mer fri, for da skal jeg gjøre slik som jeg ikke har orket og gjort når jeg har vært i jobb.

En annen sykepleier som har arbeidet fulltid gjennom store deler av yrkeskarrieren valgte å gå av med AFP da hun var 62 år sier:

Jeg regnet ut hvor mye jeg skulle få, og når jeg oppdaget at jeg fikk ganske mye, ikke like mye, men nesten, så var det ikke noe spørsmål.

Sykepleiere som har fulgt arbeidslinja og arbeidet fulltid gjennom store deler av yrkeskarrieren har god pensjonsopptjening, og de opplever økonomisk handlefrihet til å kunne velge når de skal gå av med pensjon.

#### **Betinget valgfrihet**

Flere sykepleiere ga uttrykk for at de kunne gå av med pensjon tidlig til tross for at de hadde lav pensjonsopptjening. De hadde menn som tjente godt og som hadde gode pensjonsordninger, og så lenge de hadde felles økonomi ble ikke ulikhetene i pensjonsopptjening sett på som noe problem. Disse sykepleierne ga uttrykk for at økonomien hadde liten innvirkning på deres valg av pensjonsalder:

Det økonomiske hadde ikke noen påvirkning... jeg hadde jo tegnet en privat pensjon også, så jeg hadde litt utenom. Og mannen min har en veldig bra pensjon, så jeg vet jo at vi kommer til å klare oss godt.

Det blir jo litt mindre penger selvfølgelig, for jeg har jo ikke jobbet fullt bestandig, og jeg har jo ikke så mange år opptjening. Men han får vel betale han som tjener penger. Det kan han gjerne gjøre ja.

Lønn og pensjon ses ofte i sammenheng med inntekt for hele husholdningen. Ektefeller som har delt arbeidsinntekt og husholdsproduksjon fortsetter ofte med dette etter de har gått av med pensjon. Ofte er det menns inntekt som i de fleste tilfeller utgjør husholdets hovedinntektskilde. Han forsørger henne på sin pensjon slik han før har gjort med sin lønn og hun fortsetter å gjøre husarbeidet. Slik blir familien fortsatt en arena for omfordeling mellom kvinner og menn, hvor kvinnen er økonomisk avhengig av mannen (Koren 2003; Midtsundstad 2006). Selv om ekteskapet varer livet ut, er det ingen garantier for at ektefeller deler sin pensjon. Hvordan ulike familier vurderer og fordeler «mine», «dine» og «våre» penger varie-

rer, og det enkelte par må diskutere seg fram til hvordan de skal handtere dette. Den som har lavest pensjon er avhengig av velvilje fra den som tjener mest for å utjevne den økonomiske ulikheten mellom ektefellene. Forskning fra Sverige viser at det ofte ikke forekommer en jevn fordeling av husholdningenes samlede ressurser (SOU 2004:70:58–63). Det betyr at den som er økonomisk avhengig av partneren har betinget valgfrihet knyttet til pensjonsalder. Deres valgfrihet er betinget av at partneren er villig til å forsørge en. Samtidig synes det å være et dominerende ideal i dag at individer skal være selvforsørgende og klare seg selv på egen inntekt, det er ikke like legitimt å forsørges av mannen (Syltevik og Wærness 2004). Følelsen av å tjene og ha egne penger var også noe flere informanter ga uttrykk for var viktig:

Det er jo veldig greit å ha sine egne penger altså, det er viktig. Bare følelsen av det.

Sykepleiere som arbeider deltid er ofte avhengige av mannens inntekter, og slik kan deltidarbeid være et hinder for økonomisk selvstendighet. Denne avhengigheten fortsetter når de blir pensjonister, fordi de fortsatt er avhengig av mannens inntekter for å opprettholde sin levestandard. Deres valgfrihet blir slik betinget av at mannen fortsatt er villig til å forsørge dem når de blir pensjonister. Hvilke utslag dette gir i hverdagslivet, og hva det betyr for opplevelser av forpliktelser partnere imellom vil variere mellom familier. For noen kan det bety at man må stå lengre i arbeidslivet fordi man er avhengig av å tjene egne penger.

#### **Ingen valgfrihet**

Familiesituasjonen for mange av dagens 60-åringer er ofte annerledes enn den tradisjonelle kjernefamilien. En generasjon kvinner med beskjeden yrkestilknytning og høyere skilsmissefrekvens er kommet til pensjonsalderen, og skilsmissen utelukker dem fra noen andel av mannens pensjonsopptjening. Flere er skilt, enslig eller samboende med eller uten felles barn, en tendens som også vil øke i årene som kommer. Mange vil riktignok finne seg en ny ektefelle eller samboer, men neppe i så

stort omfang at det kompenserer for økningen i samlivsbrudd generelt (Noack 2004). Slik kan man si at kvinner ikke lengre har en livslang økonomisk sikring gjennom den mannen de gifter seg og får barn med. Skilte sykepleiere argumenterte i større grad med at økonomi var en viktig faktor som påvirket deres beslutning om pensjonsalder. En 63 år gammel sykepleier som var plaget med dårlig helse og mye smerter, arbeidet 35 prosent stilling og var 65 prosent ufør. Hun forklarer sin situasjon slik:

Jeg tok utdanningen sent fordi jeg ble skilt, og da måtte jeg ha meg arbeid... Jeg kan ikke pensjonere meg heller, jeg kommer så dårlig ut økonomisk. Jeg har ansiennitet bare fra 1992. Jeg skal prøve å holde på så lenge jeg greier det så får jeg se hvor lenge det går.

Denne sykepleieren var blitt skilt i voksen alder etter å ha vært hjemmевærende i mange år. På grunn av dårlig økonomi og lav pensjonsopptjening, opplever hun ingen mulighet til å gå av med tidligpensjon. Til tross for at hun nå hadde ny samboer, følte hun seg tvunget til å holde ut i så stor stillingsprosent hun maktet for å tjene opp egne pensjonsrettigheter. En annen sykepleier som er skilt og bor alene sier:

Det økonomiske er viktig for meg ja. For hvis jeg går av med pensjon nå, så blir det veldig lite. Derfor prøver jeg å holde på det jeg får til... jeg arbeider til jeg ikke greier å jobbe mer.

Den økonomiske situasjonen for enslige er ofte langt dårligere enn for gifte (Koren 2003), noe som betyr at lav pensjonsopptjening kan få større konsekvenser for enslige enn for gifte. Sykepleiere som har fulgt familielinja, står igjen med lav pensjonsopptjening og ofte lite økonomisk handlingsrom til å kunne velge tidligpensjon dersom de skilles. Ved skilsmisse opphører retten til forsørgelse, og det er bare unntaksvis at noen får tilkjent bidrag etter separasjon og skilsmisse (Brækhus 2006). Slik får noen sykepleiere ingen mulighet til å velge å gå av med pensjon når de er 62 år.

Økonomiske forhold tvinger dem til å stå lengre i yrkeslivet.

### Diskusjon og konklusjon

Valgfrihet synes å være en dominerende verdi i den politiske debatten. Det virker imidlertid som mange ikke er oppmerksomme på frihetens mulighetsbetingelser. Flere faktorer spiller inn når arbeidstakere skal velge pensjoneringsalder. Denne artikkelen ser på sykepleieres pensjonsopptjening, og hvordan deres økonomiske handlingsrom innvirker på muligheten til å kunne velge pensjoneringsalder. Jeg finner at den reelle valgfriheten arter seg forskjellig for ulike arbeidstakere, avhengig av om de har fulgt arbeidslinja eller familielinja. Sykepleiere som har fulgt arbeidslinja og arbeidet heltid gjennom store deler av yrkeskarrieren har opparbeidet seg gode pensjonsrettigheter. God pensjonsopptjening gir igjen økonomisk frihet til å kunne velge tidligpensjon. Flere studier viser at fulltidsarbeid er viktig for å bygge opp pensjonsrettighetene, noe som igjen gir større økonomisk handlingsrom knyttet til valg av pensjonsalder (Andrews, Manthorpe og Watson 2005; Ginn og Arber 2002).

Sykepleiere som har fulgt familielinja har lav pensjonsopptjening. Det er først og fremst deltidsarbeid som strekker seg over lang tid som har negative økonomiske konsekvenser for kvinners pensjon og økonomiske uavhengighet, og arbeidstakere vil måtte kompensere dette ved å arbeide desto flere år dersom man skal få samme pensjon (Nagel 2004; Price 2007). En tradisjonell fordeling av arbeidsoppgaver i familien hvor kvinner avstår helt eller delvis fra inntektsgivende arbeid over en lengre periode, kan være en forutsetning for at mannen skal kunne arbeide fulltid og bygge opp sin karriere. Å basere seg på ektefelles inntekter gjør imidlertid kvinner avhengig av mannens inntekter for å opprettholde sin levestandard, samtidig som det innebærer en risiko for økonomiske problemer ved en eventuell skilsmisse eller dersom mannen faller fra. Når vi vet at halvparten av alle inngåtte ekteskap ender med skilsmisse, er den statistiske risikoen for samlivsbrudd relativt høy. Ved skilsmisse vil kvinner som i mange år har arbeidet deltid ha

dårligere mulighet til å forsørge seg selv (NOU 2004:29).

Folketrygden gir visse basisrettigheter i forhold til omsorgsarbeid og gir en grunntrygghet for alle samfunnsborgere. Men ved en skjev arbeidsdeling i et parforhold vil den som har arbeidet heltid ha bedre pensjonsrettigheter, og ektefellerrettighetene er ofte begrenset, spesielt om ekteskapet blir oppløst før pensjonsalder (Skrede 2004). De fleste pensjonsrettighetene holdes utenfor delingsgrunnlaget ved skilsmisse, også den pensjonen som tjenes inn under ekteskapet (Fæhn 2006). I denne studien var det tydelig at lav pensjonsopptjening hadde store konsekvenser for de sykepleierne som var skilt, de opplevde rett og slett at de ikke hadde økonomisk mulighet til å velge å gå av med tidligpensjon. Slik blir ikke nødvendigvis valgfrihet gjeldende for alle. Enslige med lav pensjonsopptjening sin mulighet til å velge tidligpensjon blir illusorisk fordi deres økonomiske vilkår ikke tillater dette. Det er spesielt kvinner som straffes, fordi de i langt større grad enn menn tilpasser sin arbeidstid til familiens behov, og på grunn av dette ender opp med langt lavere pensjoner enn sine ektemenn eller tidligere ektemenn.

Denne studien viste også at noen sykepleiere ikke opplevde at lav pensjonsopptjening begrenset deres valgfrihet knyttet til pensjonsalder. Så lenge de hadde en ektefelle med gode inntekter, påvirket økonomiske forhold i liten grad pensjonsbeslutningen. I parforhold hvor kvinner har tjent mindre enn sine menn, vil imidlertid inntektsfordelingen være ulik også i pensjonsalderen, og hun vil fortsatt være avhengig av ektefelle og ektefelles lønn for å opprettholde sin levestandard. Slik kan man si at kvinner som har lav pensjonsopptjening, men menn som tjener godt, har en betinget valgfrihet knyttet til egen pensjoneringsalder. Så lenge mannen er villig til å forsørge henne også inn i pensjonsalderen, kan hun velge å gå av tidlig selv om hun vil få en lav pensjon. Statistikken viser imidlertid at ekteskap også opphører etter at personer blir 60 år (SSB 2009), og en sivilstatus som i utgangspunktet bidrar til økonomisk trygghet kan raskt endres. Dette gjør kvinner med lav pensjonsopptjening sårbare, fordi deres inntektsgrunnlag er betinget av andre.

Økt fokus på valgfrihet knyttet til pensjoneringsalder kan bidra til å forsterke de sosiale ulikhetene i samfunnet. De fleste valg avhenger av tilgang på økonomisk og kulturell kapital (Nilsen mfl. 2002), og arbeidstakeres muligheter for å velge pensjoneringsalder henger sammen med deres pensjonsopptjening. Valgfrihet vil først og fremst være en fordel for de arbeidstakerne som har fulgt en mannlige forsørgernorm som heltids lønnsarbeider, framfor de som har fulgt familielinja og redusert lønnsarbeidet til fordel for ubetalt barnepass og husarbeid. Taperne er de enslige med lav pensjonsopptjening. Også forskning på andre felt viser at valgfrihet kan bidra til økte sosiale ulikheter. Valgfrihet knyttet til barnetilsyn vil for eksempel opprettholde ulikheter mellom barn, mens en universell barnehageordning vil redusere de sosiale forskjellene i barnehagebruk (Ellingsæter og Gulbrandsen 2005). En studie av foreldres bruk av tidskonto viser at klassebakgrunn er avgjørende for hvilke omsorgsordninger kvinner velger, og en klar overvekt av de som benytter tidskonto har utdanning på høyskole- og universitetsnivå (Holter og Brandth 2005).

Valg foretas ikke i vakuum. Frihet er alltid situert innenfor rammen av sosiale grupper og strukturelle føringer. Jeg har studert sykepleiere i slutten av yrkeskarrieren, og de hadde ikke samme mulighet til å velge arbeidslinja som dagens yngre kvinner har. I tillegg hadde de liten mulighet for å se konsekvensene av de arbeidstidstilpasningene de gjorde. Da kan det virke utrettferdig at de sitter igjen med langt lavere pensjon enn sine ektemenn. Selv om det i dag er bedre lagt til rette for at kvinner skal arbeide heltid, arbeider halvparten av alle sykepleiere deltid (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Bakgrunnen for dette er sammensatt, og kan skyldes både kvinners kulturelle rolle som omsorgsperson, belastende arbeidsforhold og arbeidsgivers behov for deltidsansatte (Abrahamsen 2000; Ingstad og Kvande 2010). Slik kan man også i dag diskutere hvor frivillig deltidsarbeid faktisk er. Og selv om man karakteriserer kvinners deltidsarbeid som frivillig, er det da rettferdig at de i framtida skal ha mindre økonomisk handlingsrom til å kunne velge tidligpensjon enn sine ektemenn?

For å unngå at den ene i ekteskapet blir sittende igjen med en mye lavere pensjon, kan én løsning være at den som arbeider heltid betaler en privat pensjonsforsikring for den som er hjemmeværende/eller arbeider deltid. Slik vil ektefellers pensjonsrettigheter bli mer like. Dette individualiserer imidlertid ansvaret for at den som bruker flere av sine arbeidstimer til ubetalt omsorg framfor lønnsarbeid, skal ha like rettigheter til pensjon som ektefellen som arbeider heltid. Andre argumenterer for å fordele pensjonsrettigheter mellom ektefeller, også der kvinner og menn forblir i parforhold. Dette fordi det også i bestående parforhold er prinsipielt riktig å kunne disponere egen inntekt, uavhengig av ektefellers gavmildhet eller eventuelt manglende sådan (Nordstoga og Plathe 2003). Ny pensjonsordning legger imidlertid ikke opp til deling av pensjonsrettigheter, og sykepleiere som har fulgt familielinja må selv bære de økonomiske konsekvensene dette medfører.

Hvis sykepleiere i framtida skal ha økonomisk handlingsrom til fritt å kunne velge når de skal pensjonere seg, må de bruke flere av ukens arbeidstimer på lønnet arbeid. Bare ved å være økonomisk selvstendig vil de uavhengig av andre kunne velge når de skal gå av med pensjon.

## Litteratur

- Abrahamsen, B. (2000) Deltid – en tilpasning til belastningene i yrket, *Sykepleien*, 88(9):52–56.
- Amble, N. (2008) Ikke fullt og helt, men stykkevis og delt – om det uønskede deltidsarbeidets vesen, *Søkelys på arbeidslivet*, 25:367–380.
- Andrews, J., J. Manthorpe og R. Watson (2005) Employment Transitions for Older Nurses: A Qualitative Study, *Journal of Advanced Nursing*, 51(3):298–306.
- Brandth, B., B. Bungum og E. Kvande (red.) (2005) *Valgfrihetens tid. Omsorgspolitik for barn møter det fleksible arbeidslivet*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brækhus, H. (2006) Ekteskap, kjærlighet og likestilling, *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernsrettslige spørsmål*, 2:73–88.
- Brandth, B. og E. Kvande (2005) Fedres valgfrihet og arbeidslivets tidskulturer, *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 1:35–54.
- Dahl, S.Å., Ø. Anti Nilsen og K. Vaage (2003) Gender Differences in Early Retirement Behaviour, *European Sociological Review*, 19(2):179–198.
- Ellingsæter, A.L. (2003) Når familierpolitikk ikke virker... Om kontantstøttereformen og mødres lønnsarbeid, *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 4:499–528.
- Ellingsæter, A.L. og L. Gulbrandsen (2005) Den lange veien – barnehage som reell valgmulighet, i Brandth, B., B. Bungum og E. Kvande (red.), *Valgfrihetens tid. Omsorgspolitik for barn møter det fleksible arbeidslivet*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ellingsæter, A.L. og A. Leira (red.) (2004) *Velferdsstaten og familien. Utfordringer og dilemmaer*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ellingsæter, A.L. og J. Solheim (2002) Makt – kjønn – arbeidsliv: Teoretiske landskap, i A.L. Ellingsæter og J. Solheim (red.), *Den usynlige hånd? Kjønnsmakt og moderne arbeidsliv*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Evandrou, M. og K. Glaser (2003) Combining Work and Family Life: The Pension Penalty of Caring, *Ageing and Society*, 23:583–601.
- Fæhn, S.M.H. (2006) Modernisert folketrygd og deling av pensjonsrettigheter på skifte mellom ektefeller, *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernsrettslige spørsmål*, 3:194–212.
- Ginn, J. og S. Arber (2002) Degrees of Freedom: Do Graduate Women escape the Motherhood Gap in Pensions?, *Sociological Research Online*, 7(2), hentet på [http://www.socresonline.org.uk/7/2/ginn\\_arber.html](http://www.socresonline.org.uk/7/2/ginn_arber.html), 9.6.2010.
- Hernæs, E., K. Røed og S. Strøm (2002): *Yrkesdeltakelse, pensjoneringsatferd og økonomiske insentiver*, Rapport 4/2002, Oslo: Frischsenteret.
- Holter, T. og B. Brandth (2005) Tidskonto: Valgfrihet for elitemødre?, i B. Brandth, B. Bungum og E. Kvande (red.), *Valgfrihetens tid. Omsorgspolitik for barn møter det fleksible arbeidslivet*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hvinden, B. (2005): Fra likhet til valgfrihet?, i B. Brandth, B. Bungum og E. Kvande (red.), *Valgfrihetens tid. Omsorgspolitik for barn møter det fleksible arbeidslivet*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ingstad, K. og E. Kvande (2010) Normalisering av deltid i sykepleieryrket – myter og realiteter, Under publisering.



- Jefferson, T. (2005) Women and Retirement Incomes in Australia: A Review, *Economic record*, 81(254):273–291.
- Jefferson, T. (2009) Women and Retirement Pensions: A Research Review, *Feminist Economics*, 15(4):115–145.
- Jensen, R.S. (2000) *Kvinner og jobb etter småbarnsfasen*, Rapport 2000:10, Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Kjeldstad, R. og E.H. Nymo (2004) *Kvinner og menn i deltidsarbeid. Fordeling og forklaringer*, Rapport 29/2004, Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- KLP (2007) Dine rettigheter i KLP. Med lov om pensjonsordning for sykepleiere, [http://www.klp.no/web/klpmm.nsf/lupgraphics/F\\_031\\_offentlig\\_tjenestepensjon\\_dine\\_rettigheter.pdf?file/F\\_031\\_offentlig\\_tjenestepensjon\\_dine\\_rettigheter.pdf](http://www.klp.no/web/klpmm.nsf/lupgraphics/F_031_offentlig_tjenestepensjon_dine_rettigheter.pdf?file/F_031_offentlig_tjenestepensjon_dine_rettigheter.pdf)
- KLP (2008) Alderspension/AFP. For dagene som kommer, hentet på: [http://www.klp.no/web/klpmm.nsf/lupgraphics/F\\_012\\_offentlig\\_tjenestepensjon\\_ap\\_afp\\_brosjyre.pdf?file/F\\_012\\_offentlig\\_tjenestepensjon\\_ap\\_afp\\_brosjyre.pdf](http://www.klp.no/web/klpmm.nsf/lupgraphics/F_012_offentlig_tjenestepensjon_ap_afp_brosjyre.pdf?file/F_012_offentlig_tjenestepensjon_ap_afp_brosjyre.pdf), 9.6.2010.
- Koren, C. (2003) Folketrygdens alderspensjon og kvinners forsikringsbehov, *Søkelys på arbeidsmarkedet*, 20(2):159–168.
- Lien, O.C. og A.C. Grambo (2007) *Pensjonsreform på trappe: Hva vet befolkningen om pensjon?*, NAV-rapport 1/2007, Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Midsundstad, T. (2002) AFP-pensjonisten: Sliten – eller frisk og arbeidsfør? Analyse av førtidspensjonering og bruk av AFP i privat sektor, Fafo-rapport 385, Oslo: Fafo.
- Midsundstad, T. (2004) En beskrivelse av sykepleienes pensjoneringsmønster i 2003 med utgangspunkt i registerdata fra KLP, Fafo-notat 17/2004, Oslo: Fafo.
- Midsundstad, T. (2006) Hvordan bidra til lengre yrkeskarrierer. Erfaringer fra norsk og internasjonal forskning om tidligpensjonering og seniortiltak, Fafo-rapport 534, Oslo: Fafo.
- Nagel, H.W. (2004) Pensjon – innsats etter kjønn?, *Nytt Norsk Tidsskrift*, 1:48–60.
- Nilsen, A., M.d.D. Guerreiro og J. Brannen (2002): 'Most Choices Involve Money': Different Pathways to Adulthood, i J. Brannen, S. Lewis, A. Nilsen og J. Smithson (red.), *Young Europeans, Work and Family: Futures in Transition*, London og New York: Routledge.
- Noack, T. (2004) Familien i velferdsstaten: Fra støttespiller til trojansk hest?, i Ellingsæter, A.L. og A. Leira (red.), *Velferdsstaten og familien. Utfordringer og dilemmaer*, Oslo: Gyldendal Forlag AS.
- Nordstoga, H. og A. Plathe (2003) Kvinner og pensjon, *Praktisk økonomi og finans*, 4:83–90.
- NOU 1996:13 *Offentlige overføringer til barnefamilier*, Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- NOU 2004:29 Kan flere jobbe mer? – deltid og undersysselsetting i norsk arbeidsliv, Oslo: Arbeids- og administrasjonsdepartementet.
- NOU 2008:6 Kjønn og lønn. Fakta, analyser og virkemidler for likelønn, Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Onyx, J. og P. Benton (1996) Retirement: A Problematic Concept for Older Women, *Journal of women & aging*, 8(2):19–34.
- Ot.prp. nr. 37 (2008–2009) *Om lov om endringer i folketrygdloven (ny alderspensjon)*, Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- Plahte, A. (2009) *Din og min pensjon*, Senter for seniorpolitikk, hentet på <http://www.seniorpolitikk.no/nyhet/arbeidsliv/pensjoneringsatferd/betydningen-for-deg-og-meg>, 9.6.2010.
- Price, D. (2007) Closing the Gender Gap in Retirement Income: What Difference Will Recent UK Pension Reforms Make?, *Journal of social Policy*, 36:561–583.
- Sejersted, F. (2007) Frihetsrevolusjonen, *Nytt norsk tidsskrift*, 3:256–267.
- Skrede, K. (2004) Familiepolitikens grense – ved «likestilling light?», i A.L. Ellingsæter og A. Leira (red.), *Velferdsstaten og familien. Utfordringer og dilemmaer*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Solem, P.E. (2001) For gammel? Kunnskapsstatus om aldring, arbeid og pensjonering, NOVA-rapport 4/01, Oslo: NOVA.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006) *Utviklingstrekk i helse og sosialsektoren*. Rapport fra Sosial- og helsedirektoratet. SOU 2004:70 *Tid og pengar – dela likt?*, Bilag 13 till LU 2003/04, Stockholm: Fritzes.
- SSB (2009) *Skilsmisserater for menn og kvinner, etter ulike aldersgrupper*, hentet på [http://statbank.ssb.no/statistikbanken/Default\\_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilsid=selectvarval/define.asp&Tabellid=05702](http://statbank.ssb.no/statistikbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilsid=selectvarval/define.asp&Tabellid=05702), 9.6.2010.



- Stefansen, K. (2000) Beslutningen om tidligpensjonering i lys av fortid og framtid: Spiller kjønn noen rolle?, HiO-rapport 14/2000, Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Steinum, T., A.I. Hilsen og H. Bull (2007) Kunnskapsstatus for programmet FARVE (forsøksmidler arbeid og velferd). Tema: å øke den gjennomsnittlige avgangsalderen, AFI-notat 10/2007, Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Storey, C., F. Cheater, J. Ford og B. Leese (2009) Retention of Nurses in the Primary and Community Care Workforce After the Age of 50 Years: Database Analysis and Literature Review, *Journal of Advanced Nursing*, 65(8):1596–1605.
- Syltevik, L.J. og K. Wærness (2004) Rasler i lenker? Forsørgernormer i endring, i A.L. Ellingsæter og A. Leira (red.), *Velferdsstaten og familien. Utfordringer og dilemmaer*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Wærness, K. (2003) Noen refleksjoner om det velgende individ, feministisk omsorgsetikk og den sosiologiske tradisjonen, *Sosiologisk tidsskrift*, 1:12–22.
- Aakvaag, G. (2005) Sosiologi og frihet, *Sosiologisk tidsskrift*, 2:157–180.