



Eldreomsorgens bemanningskrise

Budsjett- eller personalpolitikk?

Crisis in the Manning of Nursing Homes

Manpower – or Budget Policy?

Bente Rasmussen

Professor emeritus, Institutt for sosiologi og statsvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

bente.rasmussen@ntnu.no

Ingrid Kjevik-Wycherley

Master i sosiologi, Institutt for sosiologi og statsvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

ingridkjevik15@gmail.com

Sammendrag

Artikkelen undersøker hvordan en mellomstor norsk kommune håndterer problemene med mangel på sykepleiere i det daglige arbeidet. Studien finner at sykepleiere på nattevakt måtte dekke to sykehjem når det manglet nattevakt. Hjelpepleiere og helsefagarbeidere ble dessuten opplært til å kunne overta sykepleieroppgaver. Eldre hjelpepleiere var skeptiske til å overta ansvar, mens unge helsefagarbeidere var ivrige etter å avlaste sykepleierne. Når unge helsefagarbeiderne bare fikk små deltidsstillinger uten utsikt til heltidsstilling, førte det til at de ikke så noen framtid i jobben, og planla å slutte. Artikkelen konkluderer med at dersom helsefagarbeiderne blir behandlet som en utgift og ikke som en ressurs som det skal investeres i, blir det vanskelig å rekruttere og beholde nok fagutdannet arbeidskraft for å møte behovet i eldreomsorgen.

Nøkkelord

eldreomsorg, sykepleiemangel, helsefagarbeidere, deltid, sosial kontrakt

Abstract

This paper examines how the shortage of nurses was dealt with in the daily practices of nursing homes in a medium-sized Norwegian municipality. The study found that nurses on night duty were made responsible for a second nursing home to cover their need for a nurse on duty. The care workers were also systematically trained in procedures so that they could take on nursing tasks. While older care workers were reluctant to take on responsibility for nurses' tasks, young care workers were eager to do so. However, when the care workers were only offered part-time jobs and used to fill the holes in the schedule with no perspective of a full-time regular job, they saw no future in the organization and planned to leave. The paper concludes that when workers are treated as costs that should be minimized rather than resources to be invested in, it is difficult to recruit and keep the number of competent employees that is needed to adequately meet the requirements for qualified workers in elderly care.

Keywords

elderly care, nursing shortage, care workers, part-time employment, social contracts

Innledning

Det har lenge vært et problem å rekruttere fagutdannet personale til eldreomsorgen, og siden en økende andel av befolkningen blir eldre og trenger pleie og omsorg, er behovet for varme hender i eldreomsorgen stort. Alle framskrivninger viser underdekning av fagutdannet personale (se f.eks. Holmøy, Haugstveit & Otnes, 2016; Kalstø & Sørbø, 2018; Texmon & Stølen, 2009). I denne artikkelen ser vi på hvordan sykehjem håndterer mangelen på sykepleiere i sitt daglige virke, og hva de gjør for å avhjelpe problemet.

Sykehjem rammes særlig av sykepleiermangelen siden eldreomsorgen er omorganisert for at eldre skal kunne bo i egen bolig så lenge som mulig og motta omsorgstjenester i hjemmet eller i omsorgsbolig. Dermed er de som får sykehjems plass, sykere og trenger mer pleie (Ingstad, 2010, s. 15). Samhandlingsreformen som ble innført i 2012 og skulle motivere kommunene til å ta ansvar for forebygging av helseplager, har også ført til press på sykehjemmene som mottar ferdigbehandlede pasienter fra sykehus under trussel om bøter på 4000 kr per døgn til kommunen dersom de blir liggende og oppta en sykehusseng (Torjesen & Vabo, 2014).

I en situasjon med stort behov for sykepleiere i norsk helsevesen, er det få av de nyutdannede sykepleierne som velger å jobbe i sykehjem. De begrunner dette med at det er en ensom jobb med stort ansvar uten kolleger som kan veilede dem (Abrahamsen, 2010; Orupabo, 2016). Resultatet er mangel på sykepleiere i norske sykehjem.

Økende behov for omsorgstjenester for eldre har ført til økt press på kommunenes budsjett for helse- og omsorgstjenester. De fleste kommunene har organisert offentlige tjenester som resultatenheter (Torsteinsen, 2012) og innført bestiller–utførermodellen for å kontrollere utgiftsveksten og fordele tjenestene rettferdig. Med organisering av tjenestene som resultatenheter blir enhetslederen gjort ansvarlig for å levere god kvalitet på tjenester innen budsjettet. Dermed må lederne styre ressursene stramt for å holde budsjettet (Rasmussen, 2012; Rasmussen & Vabø, 2014). De fleste fast ansatte i sykehjem er hjelpepleiere og helsefagarbeidere. I tillegg brukes ufaglærte vikarer, f.eks. studenter. Den største utgiften i helse- og omsorgstjenesten er personalet, og lønnsutgifter spares gjennom bruk av deltid og ekstravakter uten overtidsbetaling (Dahle, 2016). Mens deltid tidligere ble forklart med at det var kvinner med små barn som trengte kortere arbeidstid for å kombinere jobben med omsorgsansvar, er det i dag særlig arbeidsgivers behov som er bakgrunnen for at ansatte i eldreomsorgen blir tilbudt deltidsstillinger og ikke hele stillinger (Ingstad, 2011).

Sykehjem som gir heldøgnspleie, er derfor preget av deltidsstillinger. På tross av en offentlig politikk for å rekruttere sykepleiere og helsefagarbeidere til heltidsstillinger, får sykepleiere ofte tilbud om halve stillinger eller i høyden 75–80 %-stillinger, og helsefagarbeidere blir tilbudt stillinger på under 20 %, som dekker to helgevakter i måneden (Abrahamsen, 2014; Næss, 1997). Til gjengjeld er ansatte i deltidsstillinger etterspurt som ekstravakter i helger og på kveldstid og kan dermed komme opp i 70–80 % og tjene nok til å leve av det.

Artikkelen undersøker hvordan sykehjem håndterer problemet med sykepleiemangel i heldøgns eldreomsorg i sin daglige praksis. Hvordan dekker ledelsen behovet for sykepleierkompetanse når det blir for få på vakt? Hvilke strategier bruker de for å avlaste sykepleierne i det daglige arbeidet?

I artikkelen diskuterer vi først hvorfor det er vanskelig å rekruttere sykepleiere til eldreomsorgen. Vi ser på bruken av deltidsstillinger i sektoren og hvordan denne er påvirket av organisasjonsendringer. Etter en presentasjon av metoden og datagrunnlaget for undersøkelsen analyserer vi funnene og avslutter med en diskusjon og konklusjon.

Bakgrunn

Sykepleiestudenter har sjelden eldreomsorg som sitt førstevalg når det gjelder arbeidsplass. Oppgaver med barn og jordmoryrket er svært populært, men det er også de teknisk orienterte oppgavene i intensiv- og operasjonssykepleie. Arbeid med eldre har derimot lav status blant sykepleiere (Bergland & Lærum, 2002; Christensen, 1998; McCracken, Fitzwater, Lockwood & Bjørk, 1995; Orupabo, 2016). Sykepleiestudenter som ikke ønsket å jobbe med eldre, begrunnet dette med forholdene i eldreomsorgen. De la vekt på at det var knapt med ressurser og begrenset mulighet for å yte faglig forsvarlig pleie, og få muligheter for fagutvikling (Bergland & Lærum, 2002). Lav bemanning i eldreomsorgen medførte også at arbeidet var ensomt med stort ansvar for mange pasienter uten kollegial støtte (Orupabo, 2016).

En studie viste at sykepleiestudentene syntes arbeidsbelastningen var for stor fordi bemanningen generelt var for lav. De som var på vakt, måtte gå inn i pleien og bruke tid ved telefonen for å ringe etter personale, og dette gikk ut over de egentlige sykepleieoppgavene og ga dem dårlig samvittighet. Høyere lønn, kurs og faglig oppdatering og økning av grunnbemanningen var nødvendig for å gjøre yrket mer attraktivt. Vaktordningen med én sykepleier som var ansvarlig for flere avdelinger, opplevde de som faglig uforsvarlig for andre enn svært erfarne sykepleiere. Det var derfor ikke arbeidet i seg selv som var problemet, men arbeidsforholdene og ressursene som ikke var gode nok (Johannessen, 2004). En sentral del av arbeidsforholdene er arbeidstida.

Sykepleieryrket var et heltidsyrke fram til 1970-tallet (Melby, 1990). I kvinnebevegelsens kjølvann kjempet sykepleierne for muligheten til deltid for å kunne kombinere et tungt yrke med omsorg for barn i en tid da det var dårlig tilgang til barnehage (Dahle, 2016). En vanlig familietilpasset deltid som ga relativt høy inntekt, var en halv nattevaktstilling.

Institusjonaliseringen av deltid i helseinstitusjonene har ført til at deltid ble normen for å løse problemene med tungt omsorgsarbeid, barneomsorgskabal og tid til familien. Dermed ble også en forståelse av årsakene til deltid som kvinners valg og preferanse institusjonalisert (Dahle, 2016).

Abrahamsen, som har fulgt utviklingen av sykepleieres valg og yrkeskarrierer, fant at sykepleierne lenge oppga mulighetene til deltid som viktig for valg av yrke. Etter årtusenskiftet har arbeidstidsønskene imidlertid endret seg, og de nyutdannede sykepleierne velger ikke lenger yrket på grunn av mulighetene til deltid. I denne perioden ble barnehageløftet gjennomført, og mulighetene til å kombinere jobb og barn ble bedre og endret behovet for deltidsstilling (Abrahamsen, 2010). Tall fra 2012 viste en videre nedgang i andelen sykepleiestudenter som ønsket deltid, og Abrahamsen konkluderte med at det ikke lenger var sykepleierne som ønsker deltid, men at de ufrivillig jobbet deltid fordi de ikke fikk hele stillinger (Abrahamsen, 2014).

Det er ikke nok å ønske en hel stilling, det må også være praktisk mulig å få det til, og det viser seg å være vanskelig i en organisasjon som etter hvert har basert seg på mange deltidsstillinger og tilpasset arbeidstida til de deltidsansatte for å dekke opp de travleste tidspunktene på dagen (Amble, 2008; Ingstad, 2011). Når institusjonen har basert seg på et puslespill av deltidsstillinger, er det ikke nok heltidsstillinger. Ellingsæter (2009, s. 141) argumenterer derfor for at stillingsstrukturen i sykepleieryrket «produserer» deltidsarbeid.

En studie utført av Fafo, viste at de som arbeidet deltid i sykehjem, hadde søkt på en deltidsstilling fordi det bare var det som var utlyst. I starten hadde deltid vært uønsket, men ulempene ved deltid ble dempet av at det var god tilgang på ekstravakter slik at de kunne tjene mer, men også mulighet til å si nei når de ble spurt. Etter småbarnsfasen hadde de ofte fått en 70–80 %-stilling og oppfattet etter hvert denne stillingsandelen som ønsket. Gjennom alle livsfasene hadde de tatt på seg ekstravakter (Nicolaysen, 2013, s. 154). Dette peker på et

sentralt poeng for opprettholdelsen av deltidsstillinger i eldreomsorgen og særlig i sykehjem: behovet for fleksible arbeidstakere som kan ta ekstravakter og dekke opp ved fravær når det er nødvendig.

Fram til 1987 var turnusen i helsesektoren basert på at de ansatte arbeidet annenhver helg, og helgebelastningen er sannsynligvis en grunn til at de har ønsket deltid. Arbeidstidsforkortelsen i 1987 reduserte helgevaktene fra hver annen til hver tredje helg. Det medførte en stor gevinst for de ansatte, som fikk mer tid sammen med familie og venner når disse hadde fri. Problemet var at turnusen ikke ble endret ved arbeidstidsreduksjonen, slik at det oppstod hull i forbindelse med helger og senvakter. For å løse problemet ble ufaglærte vikarer, ofte studenter, ansatt i små midlertidige stillinger, f.eks. 16,7 og 21,3 %, for å dekke opp helger og senvakter (Næss, 1997).

I 1995 ble midlertidige ansettelser for permanente oppgaver forbudt i arbeidsmiljøloven. Næss undersøkte hvordan sykehjem håndterte forbudet mot midlertidige stillinger, og fant at de ikke hadde problemer med slike stillinger fordi de hadde gjort disse om til faste, og ansatt nyutdannede hjelpepleiere med utsikt til større stillinger når noe ble ledig. Hjelpepleierne tok på seg ekstravakter for å få en inntekt å leve av mens de ventet på en større stilling med fast arbeidstid. De små stillingene disiplinerte hjelpepleierne til å si ja til alle ekstravakter for å komme høyt på lista over de som skulle få større stillinger (ibid.).

Sykepleiere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere som arbeider i små stillinger, fyller behovet for ekstravakter uten overtidsbetaling. Ledelsen har derfor lite å tjene på å gjøre om stillinger til hele så lenge de kan økonomisere med vaktene slik at de som går i deltid, settes inn i de periodene det er mye å gjøre, men ikke arbeider når det er rolige perioder. Det fører til arbeidsintensivering og flere oppmøtedager for de deltidsansatte, som får en arbeidssituasjon som er mer slitsom enn de heltidsansatte (Ingstad & Kvande, 2011). Forskning viser også at heltidsansatte sykepleiere i eldreomsorgen har mindre sykefravær enn deltidsansatte (Ose, Haus-Reve, Mandal & Pettersen, 2011).

For å forstå hvorfor ansatte i sykehjem blir i sektoren eller vurderer å slutte, er begrepet *den sosiale kontrakten i arbeidslivet* nyttig (Schein, 1965). Den består av det som de ansatte opplever at forventes av dem, og hva de på sin side kan forvente av arbeidsgiveren dersom de oppfyller kravene. Dette er en implisitt og uskreven kontrakt som omfatter de gjensidige forpliktelsene i arbeidsforholdet som den ansatte og organisasjonen forholder seg til, og som gir forutsigbarhet for begge parter. De ansattes oppfatning av hva som forventes i arbeidsforholdet, består ikke bare av det som er kontraktfestet eller sagt eksplisitt, men også av det som er implisitt, og som de opplever gjennom praksisen i organisasjonen (Rousseau, 1995). For at den sosiale kontrakten skal virke, må den være balansert i forhold til gjensidighetsprinsippet (Gouldner, 1960), dvs. at det må være balanse mellom de krav som stilles fra organisasjonen, og de belønninger de ansatte kan forvente, i form av framtidige muligheter til faglig utvikling, karriere osv.

Cappelli (1999) skiller mellom relasjonelle og transaksjonelle kontrakter for å forstå endringene i sosiale kontrakter. Relasjonelle kontrakter er karakterisert ved at partene har et langsiktig perspektiv på forholdet og investerer i det, f.eks. gjennom utdanning og ved at bedriften satser på den ansatte og legger til rette for kompetanseutvikling. I en relasjonell kontrakt skapes lojalitet, og de ansatte kan være villig til å vente på belønning på lang sikt. Terskelen for at de forsvinner, er dermed høy. En transaksjonell kontrakt er i idealtypisk form kortvarig som et vikaroppdrag eller en håndverkertjeneste; personen kommer, utfører tjenesten, får betaling og forsvinner. I denne kortvarige relasjonen kommer belønningen umiddelbart, og den kan ikke utsettes slik som i den relasjonelle kontrakten. For å beholde de ansatte i eldreomsorgen må de derfor oppleve at de er ønsket, og at det er framtidsmu-

ligheter for dem ved at de får muligheter til å lære og utvikle seg, og at de kan få en stilling som gir en lønn de kan leve av.

NPMS styringsreformer

Når eldreomsorgen er dominert av deltidsstillinger, handler dette også om økonomi og endringer i styringsstrukturen i offentlige tjenester (Askildsen, Baltagi & Holmås, 2002). Et stadig økende behov for pleie og omsorg har lagt sterkt press på kommunal økonomi. New Public Management (NPM) med sitt utspring i nyliberalt tankegods fra anglosaksiske land har fått innpass i Norge (Abram, 2007) med sin ideologi om innføringen av «markedsprinsipper» for å kontrollere utgiftene i offentlig sektor og ledelsesprinsipper fra næringslivet.

En viktig endring inspirert av NPM var innføring av skillet mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste som bestiller av velferdstjenester og sykehjem og hjemmesykepleiesoner som utfører disse tjenestene (bestiller–utfører-modellen, BUM). Sammen med systemer for å vurdere behovene for pleie- og omsorgstjenester (IPLOS) er dette midler for å fordele tjenestene etter behov (Rasmussen, 2012; Rasmussen & Vabø, 2014; Tøndel, 2013, 2014). En annen viktig endring var organiseringen av velferdstjenestene som økonomiske resultatenheter. Lederne av enhetene i eldreomsorgen fikk ansvar for å levere tjenester av god kvalitet innen budsjettet, formalisert gjennom en lederavtale (Rasmussen, 2012; Torsteinsen, 2012). Kun etter avtale med kommuneledelsen kan budsjettet økes.

Ansvar for den økonomiske styringen ble med dette delegert til enhetslederne (leder av sykehjem eller hjemmesykepleiesone). De fikk frihet til å disponere midlene så lenge de leverte tjenester av god kvalitet innen budsjetttrammene. Dette endret lederoppgavene i eldreomsorgen fra å være den daglige, faglige lederen for personalet til å bli en administrativ og økonomisk leder med hovedansvar for ressursene i institusjonen (Rasmussen, 2012). I denne prosessen ble enhetslederne fjernet fra sykehjemsavdelingene og plassert på et kontor. På den måten mistet de den daglige oversikten over hva som skjedde på avdelingene (Rasmussen & Vabø, 2014). Med endringene i styringsstrukturen ble arbeidsoppgavene forskjøvet fra faglig ledelse av personalet i sykehjemmet til økonomistyring. Oppdraget er å levere tjenester av god kvalitet innen budsjettet (Rasmussen, 2012). I denne situasjonen må det alltid være budsjettdekning for å utvide stillinger, og når lederen vet at det alltid oppstår behov for ekstravakter og overtid, kan økningen av antallet hele stillinger true budsjettbalansen ved å utløse overtidsbetaling for ekstravakter (Dahle, 2016, s. 181).

Hvordan håndterte ledere og ansatte i sykehjem situasjonen med mangel på sykepleiere i sin daglige praksis for å få til en faglig forsvarlig eldreomsorg?

Metode

For å svare på problemstillingen ble praksisen i eldreomsorgen i en mellomstor norsk by undersøkt i forbindelse med masteroppgaven til andreforfatter (Kjevik-Wycherley, 2017). Denne hadde arbeidet som omsorgsarbeider i kommunens sykehjem i feriene over mange år, og kontaktene hun hadde etablert, ga tilgang til informantene. For å belyse problemstillingen om hvordan mangel på sykepleiere ble håndtert av sykehjemmene, ble det gjort et strategisk utvalg av informanter. Det var for det første distriktslederne, som hadde hovedansvaret for eldreomsorgen i kommunen, og dernest avdelingslederne, som hadde ansvar for den daglige ledelsen og bemanningen i sykehjemmene. I tillegg ble hjelpepleiere og helsefagarbeidere intervjuet fordi det er de som må overta sykepleieoppgaver når det ikke er nok sykepleiere.

Kommunen hadde tre distriktsledere, og disse ble kontaktet via telefon og fulgt opp av en e-post som beskrev prosjektet og temaene i intervjuet. To av dem var tilgjengelige og villig til å la seg intervju. At forskeren var kjent for dem og hadde arbeidet i sektoren, var avgjørende for at de satte av tid til intervju (distriktsleder 1 og 2). De fire avdelingslederne i kommunen ble kontaktet gjennom bekjenskaper og telefonnumre fra kommunens sentralbord, og alle sa seg villig til å bli intervjuet (avdelingsleder 1–4).

Hjelpepleierne ble kontaktet gjennom bekjenskaper og ved snøballmetoden; de ble spurt via kjente om de ville stille til intervju. I alt seks hjelpepleiere og helsefagarbeidere ble rekruttert. Flertallet av informantene var middelaldrende og hadde jobbet i sektoren i minst seks år, mens to av informantene var nyutdannede helsefagarbeidere som hadde jobbet deltid i sykehjem i kommunen mens de fullførte fagutdanningen (hjelpepleier 1, 3, 5 og 6 og ung helsefagarbeider 2 og 4).

Intervjuene var konsentrert rundt informantenes opplevelser av og oppfatninger om organiseringen av arbeidet på sykehjemmet der de jobbet. Formen var dybdeintervju med en semistrukturert intervjuguide med spørsmål om yrkeshistorien og motivasjonen for jobben og yrket. Intervjuguide ble brukt under alle intervjuene og fungerte som en ledetråd for samtalen. Det ble brukt litt ulike intervjuguider avhengig av informantenes stilling. Intervjuet med distriktslederne fokuserte på organisatoriske spørsmål og hvilke utfordringer lederne sto overfor i sin jobb, hvordan de opplevde sitt handlingsrom, og på hvilken måte de kunne bidra til en god arbeidsstab i sykehjemmet. Spørsmålene til avdelingsledere var mange av de samme, men fokuserte dessuten på samspillet mellom yrkesgruppene i eldreomsorgen (sykepleiere, hjelpepleiere/helsefagarbeidere og assistenter). Hjelpepleierne og helsefagarbeiderne ble intervjuet om sin arbeidssituasjon og sine planer framover, bl.a. om videreutdanning og kompetanseutvikling, og om arbeidsfordelingen og arbeidssituasjonen ved sykehjemmet.

Informantene kunne velge hvor de ville bli intervjuet: hjemme hos seg selv, hos intervjuer eller på et annet sted. Lederne ble intervjuet på sine kontorer. Avdelingslederne var svært travle og ble forsinket og avbrutt under intervjuet for å løse problemer i avdelingen. De eldre hjelpepleierne ble intervjuet hjemme og i ett tilfelle i intervjuerens hjem. Tre av de ansatte kjente hverandre, jobbet sammen og gikk godt overens, og der ble et gruppeintervju valgt. Det fungerte etter hensikten. Gruppeintervjuet, der blant annet de to unge helsefagarbeiderne deltok, foregikk på arbeidsplassen der de fikk et eget rom og ikke ble forstyrret. Gruppeintervjuet gjorde det mulig for informantene å diskutere erfaringene seg imellom. Det var fruktbart siden det kom opp temaer som intervjueren ikke hadde tenkt på, og som ellers ikke ville blitt tatt opp. Intervjuene tok ca. halvannen time. Det ble brukt lydopptaker, og intervjuene ble transkribert ordrett. Sykehjemmene er kvinnedominert. Av anonymitets-hensyn ble det derfor ikke brukt navn, men nummer på informantene i hver kategori (Kjevik-Wycherley, 2017, s. 19).

Datamaterialet ble analysert ved bruk av koding og tematisering, der deltemaer ble sortert og gruppert etter mange runder med analyse av empirien. Teorien til analysen er valgt ut fra dette og har foregått som en pendling mellom empirien og teorien. Studien startet med utgangspunkt i forskningen om sykepleiemangel, men betydningen av å investere i de ansatte i et langsiktig perspektiv for å avhjelpe problemene er et resultat av analysen og basert på erfaringene til de unge helsefagarbeiderne som ønsket å lære mer og overta sykepleieroppgaver, men opplevde at de ikke ble prioritert av avdelingsledelsen når det gjaldt større stillinger. Analysen gjorde begrepene sosiale/psykologiske kontrakter (Cappelli, 1979; Rousseau, 1995; Schein, 1965) og Gouldners (1960) resiprositetsprinsipp sentrale.

Sykepleiemangel og praktiske løsninger

Som ansvarlige for sykehjemmene måtte avdelingslederne sørge for forsvarlig bemanning dag og natt. Dette innebar at de både måtte sørge for å ha nok kompetanse og nok bemanning. Den kroniske mangelen på sykepleiere var derfor et stort problem for dem.

Både distriktslederne og avdelingslederne i sykehjemmene var frustrert over hvor vanskelig det var å rekruttere sykepleiere, særlig til nattskift. Det førte til at det var vanskelig å sørge for at det alltid var en sykepleier til stede. De hadde innsett at de ikke klarte å ha en sykepleier på hvert sykehjem hver natt, så de måtte ha en på bakvakt på et annet sykehjem som kunne nås hvis noe skulle skje: «Det er noen endringer som bare tvinger seg fram. Det er ingen som kan trylle» (distriktsleder 2). En løsning på problemet var at de kunne ringe til sykepleieren på det andre sykehjemmet, som var bakvakt, hvis det var nødvendig. Da tok denne sykepleieren drosje til sykehjemmet som manglet en sykepleier, mens en hjelpepleier tok drosje den andre veien for å dekke bemanningsbehovet der.

Hjelpepleierne syntes ikke det var godt nok å sende en sykepleier på en 20 minutters drosjetur fra ett sykehjem til et annet og overlate ansvaret til hjelpepleieren som hadde ansvarsvakt. Distriktslederen hadde imidlertid gitt beskjed til avdelingslederne om at det var slik de måtte gjøre det. Denne delingen på sykepleiere mellom to sykehjem på nattevakt var ifølge distriktslederen nødvendig, iallfall i mindre sykehjem. En avdelingsleder mente at i samarbeid med andre sykehjem klarte de å løse behovet for sykepleiere på vakt:

Det er klart at i ferieavviklinga er det ikke like lett, men i stedet for å utlyse helgestillinger så lyser vi nå ut 40 % helsefagarbeiderstillinger. Vi har flere fagarbeidere i helga i 40 %-stillinger og noen i helgestillinger som da jobber ekstra, så vi klarer oss. Men så er vi et stort sykehjem, så vi hjelper hverandre og er bakvakt for hverandre, så jeg kan ikke si at det er uforsvarlig. (avdelingsleder 2)

Strategien til sykehjemmene var å utvikle kompetansen til hjelpepleierne og helsefagarbeiderne slik at de kunne overta sykepleieoppgaver. Ifølge distriktsleder 1 fikk de ikke økte bevilgninger, så de måtte fokusere på de ansatte de hadde og lære opp disse. Alle avdelingslederne fortalte at de nå fokuserte på å oppgradere de ansatte ved å kurse hjelpepleierne og helsefagarbeiderne internt og eksternt slik at de kunne håndtere pasientene som var atskillig sykere enn tidligere. Avdelingsleder 2 trakk fram demenskurs for å lære hvordan de skulle håndtere demente. Det hadde vært nyttig og også ført til at de endret de fysiske forholdene i avdelingen for å skape bedre ro rundt demente pasienter. Det var imidlertid ikke så lett å sette det de hadde lært ut i praksis:

Ta demenskurset, vi var jo lokalt sammen flere ganger i løpet av året, store samlinger med folk fra andre steder. Der var det gode råd om hvordan man skulle skjerme en person og sånt, hva man skulle gjøre i forskjellige situasjoner. Det hørtes jo kjempeflott ut, men du har jo ikke folk til det ... Det er jo snakk om å fly hele dagen. (hjelpepleier 5)

At hjelpepleiere og helsefagarbeidere hadde fått kurs og ansvar for medisindeling, utgjorde en stor forskjell i avdelingene. Ifølge en avdelingsleder gjorde det alt mye lettere og reduserte presset på sykepleierne, som hadde mange andre oppgaver de hadde ansvar for. Det var imidlertid ikke alle som hadde fått kurs, som også var villig til å ta ansvar for medisindeling. En av dem fortalte at i hennes avdeling var det bare hun som delte ut medisin på tross av at de andre hjelpepleierne også hadde godkjenning for medisindeling. Hvis hun ikke gjorde det, måtte sykepleieren trå til. Det var særlig de eldste hjelpepleierne som ikke likte å få økt ansvar. En av dem fortalte:

Jeg liker ikke å ha mer (ansvar), for hvis jeg gir medisiner og går ansvarsvakt og har rapport, hvis jeg har gått hjem om kvelden, tenker jeg på om alle har fått medisinen sin, og da ringer jeg og sjekker. En gang ringte jeg kl. 2 om natta for å sjekke med nattevakten om en dame hadde fått medisinen sin. Det er litt ansvar, så du kan ikke ta deg helt fri. Så jeg vil ikke ha mer ansvar (ler). (hjelpepleier 3)

En av avdelingslederene trodde at framtida kom til å bli slik at det ville bli færre sykepleiere, og at fagarbeidere, helst med videreutdanning i eldreomsorg, kom til å stå for resten. Det var særlig eldre hjelpepleiere som kviet seg for å ta mer ansvar, mens de unge helsefagarbeiderne gjerne ville ha ansvarsvakt, iallfall der de som var på vakt, samarbeidet godt. De unge ville gjerne ha nye oppgaver og lære mer. De likte å «skygge» sykepleierne når disse hadde tid, og var villig til å lære bort sykepleieoppgaver: «Noen av sykepleierne er gode til å la oss fotfølge dem og se hvordan de håndterer et sårskift eller skifter kateter» (helsefagarbeider 2). Helsefagarbeider 4 fortalte at sykepleierne ville at de skulle ta mer ansvar, f.eks. sårskift og bruk av Clexane. De ventet på å få et kurs for å lære å bruke Clexane. De hadde tatt initiativ gjennom å spørre avdelingsleder om de kunne få det. Siden avdelingslederens arbeid med å motivere de eldre hjelpepleierne til å ta mer ansvar var tung og ikke ga så mange resultater, var det desto viktigere å støtte de unge helsefagarbeiderne som gjerne ville ha nye utfordringer.

Tilpasse bemanningen til budsjettet

Avdelingslederene var ansvarlig for å holde budsjettet og kunne selv disponere det. En av avdelingslederene fortalte at hennes strategi overfor de ansatte var å ha et fast grep på budsjettet. Hun brukte ikke hele lønnsbudsjettet, men sparte nok til å kunne leie inn ekstra vakter når det virkelig var behov for det. Ved å ha slakk i økonomien og ikke bruke opp lønnsbudsjettet gjennom planlagt minimumsbemanning kunne hun sette inn ekstra personell når det var krise. Alle ble fornøyd når hun leide inn ekstravakter. Andre, som brukte hele budsjettet på lønn og måtte redusere bemanningen når det ikke var mer penger, fikk kritikk av de ansatte.

Selv om noen alltid klaget over at det var for få folk på jobb, var avdelingslederene enige om at det noen ganger virkelig var for lav bemanning. Budsjettet var ikke alltid tilpasset pasientenes behov. Når det kom inn krevende pasienter som trengte mye pleie, hadde de for få ressurser. Det var stadig færre pasienter som kunne klare det meste selv.

De unge helsefagarbeiderne som gjerne ville lære sykepleieoppgaver, arbeidet opprinnelig i en liten fast stilling (16,9 %), som dekket vakter annenhver helg. De var derfor avhengig av ekstravakter for å klare seg økonomisk og arbeidet i praksis oppimot hel stilling. De fortalte at de gjennom ett år hadde jobbet så mye de kunne og sagt ja til alle ekstravakter for å kunne kreve større stilling etter arbeidsmiljøloven. Det medførte at de ikke hadde hatt noe sosialt liv det året. Selv om de hadde planer med venner, hadde de prioritert jobb for å kunne få en større fast stilling som de kunne leve av. De hadde oppnådd å få 70 % stilling, men siden den opprinnelige stillingen innebar vakt annenhver helg, måtte de fremdeles jobbe annenhver helg. De unge helsefagarbeiderne som startet i små stillinger, var dermed de som fikk de mest ugunstige skiftene.

De fortalte at dette hadde stor innvirkning på deres muligheter til sosialt liv: «Alle venner kommenterer jo at, jammen, du kommer jo ikke. Vi vet allerede at du skal jobbe.» Særlig i helgene når vennene hadde fri og de ble spurt om de ville være med ut og spise, måtte de svare at de jobbet. Vennene svarte at de tenkte vel det, men de måtte jo spørre.

De hadde snakket med avdelingslederen for å få endret vaktene slik at de kunne jobbe hver tredje helg, men de fikk inntrykk av at de ikke ble prioritert. En av dem hadde tatt opp saken

med avdelingslederen og fått beskjed at hvis det ble en stilling ledig, sto hun på førsteplass for å få den. Da det ble en hel stilling ledig med vakt hver tredje helg, trodde hun at hun skulle få den. Den stillingen ble imidlertid gitt til en annen.

Den andre sa det slik: «Jeg synes det er mye å jobbe 70 % og annenhver helg, det blir ganske mye. Jeg føler at jeg lever på jobb. Det er liksom mitt første hjem og hjemme er liksom det andre.» (helsefagarbeider 4).

Det kan se ut som om avdelingslederen ikke skjønnte behovene til de unge helsefagarbeiderne: hva som var viktig for dem i deres liv, og som gjorde livet godt. Grunnen kan være at det tradisjonelt har vært mest oppmerksomhet om familiers behov for å være sammen i helgene. Det kan ha ført til at arbeidsgiveren, her representert ved avdelingslederne, ikke hadde særlig forståelse for unge menneskers behov for sosialisering med jevnaldrende i helgene:

Jeg synes ikke det tas hensyn til mine helger. Før kunne jeg jo jobbe for eksempel dag på lørdag og kveld på søndag, og så hadde jeg lørdagskvelden til å møte venner. Nå jobber jeg dag–dag eller kveld–kveld og får ikke gjort noen ting i helgene mine, dvs. halvparten av alle helgene i løpet av et år. Det er ganske mye. Og så har jeg en uke der jeg bare jobber kvelder, og så kan jeg ha en uke etterpå med bare dager. Før hadde jeg mer varierte vakter, men det er jo fordi jeg har tatt ekstra(vakter). (helsefagarbeider 4)

Da de ble spurt om framtida som helsefagarbeidere i sykehjemmet, var de skjønt enige om at hvis det ikke ble noen forandring når det gjaldt helgearbeid, ville de slutte: «Det er ikke verd det.»

Dette var unge helsefagarbeidere som likte jobben og gjerne ville utvikle seg og ta på seg flere oppgaver og mer ansvar, og som dermed kunne avlaste sykepleierne. En av distriktslederne snakket i intervjuet om at de trengte friske nyutdannede og entusiastiske helsefagarbeidere i sykehjemmene: «Vi trenger noen som er villig til å lære seg nye ting og ta mer ansvar» (distriktsleder 2). Når det kom til praksisen i sykehjemmene, var det imidlertid det motsatte som skjedde. De unge nyutdannede ble tilbudt bittesmå stillinger for å dekke opp helgevakter og ta ekstravakter der det var behov for det. Ved å bruke de unge til å løse bemaningsproblemene innen budsjettet stod sykehjemmene i fare for å miste unge, entusiastiske, nyutdannede helsefagarbeidere.

Alle avdelingslederne fortalte at de ikke hadde mange hele stillinger; de fleste var på 70–80 %. De påpekte at det var et mål å tilby sykepleiere 100 % stillinger for å klare å rekruttere dem, men hjelpepleiere og helsefagarbeidere ble ikke tilbudt 100 %. Alle hjelpepleierne og helsefagarbeiderne i denne studien hadde stillinger på mellom 15 og 70 %, men mange jobbet i realiteten 100 % ved å ta ekstravakter for å dekke opp for fravær o.l.

Diskusjon

Vi kan forstå sykehjemmenes praksis med å holde budsjettet ved å «spare» penger på å ansette sykepleiere og helsefagarbeidere (hjelpepleiere) i mindre enn 100 % stilling slik at de kan ta ekstravakter uten at dette utløser overtidsbetaling. Avdelingslederne var imidlertid villig til å gi 100 %-stillinger til sykepleiere for å kunne rekruttere dem i en situasjon med mangel på sykepleiekompetanse. Siden de på tross av dette manglet sykepleiere, var en annen strategi å oppfordre helsefagarbeidere og hjelpepleiere til å ta kurs slik at de ble sertifisert til å overta sykepleieroppgaver slik som medisintildeling, sette kateter og andre prosedyrer. Når eldre hjelpepleiere syntes ansvaret for slike oppgaver ble en for stor belastning, var det

de unge som kunne mobiliseres. Vi ser av denne studien at de unge helsefagarbeiderne som ble intervjuet, var interessert og gjerne ville lære og ta mer ansvar. Når sykehjemmene likevel kan ende opp med mangel på unge og entusiastiske krefter som vil og kan overta sykepleieoppgaver, er det fordi arbeidsforhold og arbeidstid ble opplevd utilfredsstillende, og det ikke ble lagt til rette for at de skulle trives i arbeidet. Det handlet særlig om at helsefagarbeiderne bare fikk tilbud om små stillinger for å dekke annenhver helg slik at de måtte ta så mange ekstravakter som mulig over ett år for å få rett til en større stilling. De klarte da å komme opp i 70 % stilling. Helgebelastningen ble imidlertid ikke mindre selv om stillingsandelen økte; de måtte fremdeles jobbe annenhver helg. Prioriteringen av den mest etterspurte arbeidskraften – sykepleiere – når det gjaldt tilrettelegging, gjaldt ikke for de som kunne avlaste dem. Slik arbeidsforholdene ble for de unge helsefagarbeiderne, så de seg ikke i stand til å fortsette i jobben på sikt.

I sykehjemmene var det å holde budsjettet blitt så viktig at arbeidskraften som organisasjonen var avhengig av, ikke så seg i stand til å fortsette i jobben. Når arbeidskraften de var avhengig av, ble salderingsposten for avdelingslederen, klarte ikke sykehjemmet å beholde de unge og entusiastiske helsefagarbeiderne som både ville og kunne ta på seg mer ansvar. Vi kan forstå dette i lys av den sosiale kontrakten i arbeidet (Schein, 1965; Rousseau, 1995). Faste heltidsstillinger signaliserer at arbeidsgiveren satser på de ansatte og ønsker å beholde dem. De unge helsefagarbeiderne gjorde det de kunne for å få en fast hel stilling i sykehjemmet, og den ene fikk også muntlig løfte om å bli prioritert når det ble ledig en hel stilling med vakt hver tredje helg. Så viste det seg likevel at stillingen gikk til en annen. Uten utsikt til forbedring av arbeidssituasjonen tvilte de på at de kunne forvente endringer til det bedre, og da ble svaret at de vurderte å slutte.

Ansettelsesforholdet til de unge helsefagarbeiderne var blandet; på den ene siden var det en relasjonell kontrakt der de fikk opplæring i sykepleieoppgaver som kvalifiserte dem til mer interessante oppgaver, og som antydte at det ble satset på dem. På den andre siden ble de behandlet som en utgift der innsparingene var å ikke gi dem full stilling og levelige arbeidsforhold. Når de ansatte blir brikker i en turnus der det gjelder å få mest mulig ut av deres arbeidskraft til en lavest mulig pris, står dette i motsetning til målet om å satse på de unge og investere i dem for at de skal bli i sykehjemmet og overta oppgaver fra sykepleierne, slik at organisasjonen kan ivareta sine forpliktelser på tross av mangel på sykepleiere.

Konklusjon

Politikken med å få mest mulig ut av de ansatte ved å gi dem deltidsstillinger, både svært korte eller lange, slik at sykehjemmet kan bruke dem til ekstravakter uten overtidsbetaling for å holde et knapt budsjett, innebærer at de ansatte først og fremst blir behandlet som en kostnad som det gjelder å minimere, og ikke som en ressurs det skal investeres i for å få god kvalitet på pleie og omsorg. Dette er ikke spesielt for sykehjemmene i denne kommunen, men en nasjonal tendens. Våren 2017 var det i de største byene i Norge ti ledige heltidsstillinger for helsefagarbeidere og 51 deltidsstillinger. For sykepleiere var tallene 72 heltids- og 44 deltidsstillinger (Grimsrud, 2017). For sykepleiere gis det noen konsesjoner for å følge opp myndighetenes heltidspolitik overfor sykepleierne, men fremdeles dominerer et instrumentelt syn på arbeidskraften når det utlyses mange deltidsstillinger for sykepleiere, og helsefagarbeidere blir behandlet som brikker i puslespillet med å få turnusen til å gå opp. Da kan ikke arbeidsgiverne forvente at de ansatte vil satse på arbeidsplassen, utvikle kompetansen og være lojale over tid.

Dersom målet er å løse bemanningsproblemene i eldreomsorgen på sikt, er deltid ikke en

løsning for kvaliteten på pleie- og omsorgen. Heltidsarbeid med forutsigbar arbeidstid for alle ansatte, både sykepleiere og helsefagarbeidere, vil kunne gi bedre bemanning og bedre arbeidsforhold, mindre sykefravær og behov for vikarer og bedre muligheter til opplæring og kollegial støtte.

Litteratur

- Abram, S. (2007). Loyalty and politics in Norway. I S. Ardener & F. More (red.), *Professional Identities: Policy and Practice in Business and Bureaucracy*. N.Y./Oxford: Berghahn Books.
- 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.
- Abrahamsen, B. (2014). Klar for heltid? *Sykepleien*, 18, 92–93.
- Amble, N. (2008). Ikke fullt og helt, men stykkevis og delt. *Søkelys på arbeidsmarkedet*, 25(3), 367–380.
- Askildsen, J.E., Baltagi, B.H. & Holmås, T.H. (2002). *Will increased wages reduce shortage of nurses? A panel data analysis of Nurses' labour supply*. Working paper 27-2002, Bergen: Stein Rokkan Centre for Social Studies.
- Bergland, Å. & Lærum, H. (2002). Norske sykepleiestudenters syn på eldreomsorgen som arbeidsplass etter utdanning. *Vård i Norden*, 22(2), 21–16.
- Cappelli, P. (1999). *The new deal at work*. Boston: Harvard Business School Press.
- Christensen, K. (1998). *Omsorg og arbejde. En sociologisk studie af ændringer i den hjemmebaserede omsorg*. Bergen: Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.
- Dahle, R. (2016). Heltidssykepleieren som forsvant. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 40(2–3), 168–185. DOI: <http://doi.org/10.18261/issn.1891-1781-2016-03-04-03>.
- Ellingsæter, A.L. (2009) *Vår tids moderne tider*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gouldner, A.W. (1960). The norms of reciprocity: A preliminary statement. *American Sociological Review*, 25 (April), 161–178.
- Grimsrud, S.A. (2017). *Kommunene lyser ut nesten bare deltidsstillinger*. Hentet 2. juni 2017 fra <http://fagbladet.no/?app=NeoDirect&com=6%2F91%2F444647%2F0b57d=fa3c>.
- Holmøy, E., Haugstveit, F.V. & Otnes, B. (2016) *Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren mot 2060*. Rapport 2016/20. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Ingstad, K. (2010). Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter. *Vård i Norden*, 30(2), 14–17.
- Ingstad, K. (2011). *Hele og delte sykepleiere. En kvalitativ studie av sykepleieres arbeidsvilkår og arbeidstid i sykehjem*. Doktoravhandling NTNU.
- Ingstad, K. & Kvande, E. (2011). Arbeid i sykehjem – for belastende for heltid? *Søkelys på arbeidslivet*, 28(1–2), 42–55.
- Johannessen, A. (2004). Rekruttering av sykepleiere til sykehjem – Sykepleieres tanker og erfaringer. *Vård i Norden*, 24(4), 45–47.
- Kalstø, Å.M. & Sørbø, J. (2018). *NAV's bedriftsundersøkelse 2018*. <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/attachment/538356?download=true&ts=1632b0a7258>.
- Kjevik-Wycherley, I. (2017). *The quandaries of department leaders. A qualitative study of the dilemmas department leaders face when working to ensure good quality care in nursing homes*. Masteroppgave i sosiologi. Trondheim: NTNU.
- McCracken, A., Fitzwater, E., Lockwood, M. & Bjørk, I.T. (1995). Comparison of nursing students' attitudes towards the elderly in Norway and the United States, *Educational Gerontology*, 21, 67–180.
- Melby, K. (1990). *Kall og kamp. Norsk Sykepleierforbunds historie*. Oslo: Cappelen.

- Nicolaysen, H. (2013). Løsninger på deltidsutfordringen – ingen «quick fix». *Søkelys på arbeidslivet*, 30(1–2), 151–157.
- Næss, B. (1997). *Fleksibel arbeidskraft – helsesektorens B-lag?* Hovedoppgave i sosiologi. Trondheim: NTNU.
- Orupabo, J. (2016). *Kvinnejobber, mannjobber og innvandrerjobber*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Ose, S.O., Haus-Reve, S., Mandal, R. & Pettersen, I. (2011). Sykefravær i kommunale tjenester. *Søkelys på arbeidslivet*, 28(4), 335–354.
- Rasmussen, B. (2012). New public management: Constructing a new management identity in care for the elderly. I A. Kamp & H. Hvid (red.), *Elderly care in transition. Management, meaning and identity at work. A Scandinavian perspective*. København: Copenhagen Business School Press.
- Rasmussen, B. & Vabø, M. (2014). Inneklemte ledelse. I M. Vabø & S. Vabø (red.), *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rousseau, D. (1995). *Psychological contracts in organizations*, Thousand Oaks: Sage.
- Schein, E. H. (1965). *Organizational Psychology*. Edgewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Texmon, I. & Stølen, N.M. (2009). *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030*. Rapport 2009/9. Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå. https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200909/rapp_200909.pdf
- Torjesen, D.O. & Vabø, S. (2014). Samhandlingsreformen – virkemidler for koordinering. I S.I. Vabø & M. Vabø (red.), *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Torsteinsen, H. (2012). *Resultatkommunen. Reformen og resultater*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tøndel, G. (2013). Mening og myndighet: Produksjonen av styringstall i helse- og sosialtjenesten. *Sosiologisk tidsskrift*, 21(1), 65–90.
- Tøndel, G. (2014). *Øyeblikkenes autoritet. Om tall som styringsteknologi i de kommunale helse- og sosialtjenestene*. Doktoravhandling 2014:7. Trondheim: NTNU.