



NHH

NORGES HANDELSHØYSKOLE

Bruken av innleide vikarer i norske sykehus

Hva er driverne bak etterspørselen etter innleide vikarer i norske sykehus, hvordan fortøner bruken seg, og er kostnadene høyere enn nytten ved slik bruk?

Sissel Riise og Thor-Håkon Larsen

Veileder: Fred Schroyen

Masteroppgave i Økonomisk Styring, Høst 2009

NORGES HANDELSHØYSKOLE

Dette selvstendige arbeidet er gjennomført som ledd i masterstudiet i økonomi- og administrasjon ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at Høyskolen innestår for de metoder som er anvendt, de resultater som er fremkommet eller de konklusjoner som er trukket i arbeidet.

SAMMENDRAG

Formålet med denne utredningen, er å foreta en velbegrunnet diskusjon av sykehussektorens bruk av innleide vikarer. Med utgangspunkt i dette, er det identifisert drivere bak den eksisterende vikarbruken, og gjort et forsøk på å kartlegge omfanget av denne. Til sist er det gjort en analyse av nytten versus kostnaden ved å leie inn eksterne vikarer. I utredningen legges det et økonomisk perspektiv til grunn.

Innsamlet empiri benyttet i analysen består av dybdeintervju med ulike aktører fra både sykehus og bemanningsbyråer, supplert med kvantitative data der disse har vært tilgjengelig.

Utredningen konkluderer med at bruk av eksterne vikarer er et verdifullt bidrag til sykehussektorens bemanningsutfordringer, da innleie av eksterne vikarer er med på å skape en dynamikk i markedet for helsetjenester. Utfordringen, slik vi ser det, ligger i et potensielt overforbruk av vikartimer. Dette er knyttet til incentivstruktur og organisasjonskultur ved de ulike avdelingene i det enkelte sykehus.

FORORD

Denne masteroppgaven er skrevet som avslutning på våre masterstudier i økonomi og administrasjon ved Norges Handelshøyskole, og markerer således slutten på en fin og innholdsrik studietid.

Arbeidet med utredningen har vært interessant, men samtidig utfordrende. Vi har lært at prosessen ved å skrive en slik oppgave er mer tidkrevende enn hva man gjerne tror i forkant, og at våre forskjellige arbeidsmetoder har krevd høy grad av koordinering. Det har vært spennende å jobbe med en problemstilling vi føler har vært lite behandlet tidligere. Likevel har dette krevd noe større arbeidsinnsats med hensyn til innhenting av relevant empiri. Vi håper utredningen er interessant for leseren, og at den kan skape inspirasjon for eventuelt videre arbeid rundt temaet.

Vi vil benytte anledningen til å takke de personene vi har vært i kontakt med i forbindelse med arbeidet med utredningen. En spesielt stor takk til de som har latt seg intervju, og til Even Hagelien ved NHO Service for hans bidrag til datamateriale. Vi vil videre rette en takk til vår veileder, Fred Schroyen, som har besvart våre henvendelser fort, og ikke gitt oss opp underveis. Takk også til Mariann Rekstad for korrekturlesing. Til sist vil vi også takke våre nærmeste, som har støttet oss gjennom en flott studietid ved NHH.

Bergen, 16. desember 2009

Sissel Riise og Thor-Håkon Larsen

INNHold

SAMMENDRAG.....	2
FORORD.....	3
INNHold	4
TABELLOVERSIKT	6
FIGURLISTE	6
DEL I - INNLEDNING.....	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Problemstilling	7
1.3 Avgrensning og formål	8
1.4 Struktur og oppbygning	9
1.5 Forventninger til empiriske funn	10
2. DEL II – TEORETISK RAMMEVERK.....	11
2.1 Markedsteori.....	11
2.1.1 Etterspørsel etter arbeidskraft.....	11
2.1.2 Tilbud av arbeidskraft	12
2.1.3 Imperfekte markeder	13
2.1.4 Arbeidskraft som en kvasi-fast faktor	15
2.1.5 Fleksibilitet og fleksibilisering av arbeidskraften	18
2.2 Økonomistyring	19
2.2.1 Budsjettstyring og resultatansvar	19
2.2.2 Produktivitet og kostnadseffektivitet.....	19
2.2.3 Kameralregnskapet versus forretningsregnskapet.....	21
2.3 Prinsipal – agent-teori	21
2.3.1 PA-modellen	21
2.3.2 Motstridene interesser	22
2.4 Outsourcing som fenomen.....	24
2.5 Overordnede perspektiver for håndtering av bemanningsoppskrifter	26
2.5.1 Nyinstitusjonalisme	26
2.5.2 Verktøyperspektivet.....	26
2.5.3 Symbolperspektivet.....	27
2.5.4 Organisasjonskultur	28
3. DEL III – METODE.....	29
3.1 Primærdata.....	30
3.1.1 Valg av intervjuobjekter og tilgang til forskningsfeltet	31
3.2 Sekundærdata.....	32
3.3 Metodekritikk	32
4. DEL IV HOVEDDEL.....	36
4.1 Bakteppe for diskusjonen	36
4.1.1 Begrepsavklaring.....	36
4.1.2 Lovverk, og andre føringer på inn- og utleie av arbeidskraft.....	38
Arbeidsmarkedsloven	39
Forskrift om bemanningsforetak	39
Regulering av innkjøp (LOA/FOA og HINAS).....	39
Helsepersonelloven	40
4.1.3 New Public Management – en styringsfilosofi i offentlig sektor.....	40

4.1.4	Motiv og behov for bruk av atypisk arbeidskraft - herunder innleide vikarer.....	42
4.1.5	Bruk av eksterne vikarer i Norge – omfang og utbredelse	44
4.2	Vikarene og markedet for helsetjenester.....	47
4.2.1	Motiv for bruk av helsevikarer – interne drivere.....	47
4.2.2	Motiv for bruk av helsevikarer – eksterne drivere	49
4.2.3	Omfanget av vikarinneleie i sykehus.....	53
4.2.4	Sykehusene som monopsonier i markedet for helsetjenester	56
4.2.5	Myndighetenes styringssignaler til markedet	59
4.2.6	Vikarbyråene og markedet - et uttrykk for samfunnsnytte?.....	61
4.3	Økonomistyring ved norske sykehus.....	61
4.3.1	Styringsutfordringer.....	61
4.3.2	Hva koster vikaren, og hva koster alternativet?.....	65
4.3.3	Kostnadseffektivitet i sykehus	70
4.3.4	Rapporteringsutfordringer og incentiver til kostnadseffektivitet.....	74
4.3.5	Principal-agentrelasjonen ved et sykehus	76
4.4	Vikarbyråene som uttrykk for outsourcing?	79
4.4.1	Interne vikarbyrå	80
4.5	Fleksibilitet og fleksibilisering	82
4.5.1	Vikarene og de fast ansatte – ulikheter med hensyn på fleksibilitet	87
4.6	Organisasjonskulturelle forhold ved sykehuset.....	90
4.6.1	Sykehuset som et omvendt hierarki	92
4.7	Konkluderende betraktninger.....	94
4.7.1	Anbefalinger til videre arbeid	95
5.	LITTERATURLISTE	97
5.1	Bøker	97
5.2	Avisartikler, tidsskrift og rapporter.....	99
5.3	Lover og Forskrifter.....	103
5.4	Stortingsmeldinger.....	104
5.5	Internettkilder	105
6.	VEDLEGG I.....	107

TABELLOVERSIKT

Tabell 1: Antall virksomheter som benytter disse ordningene i prosent av alle virksomheter	43
Tabell 2: Omsetning bemanningsbransjen etter yrkesområde, 1.-3.kvartal 2009.....	55
Tabell 3: Tall på kostnadseffektivitet i sykehus, i perioden 2004-2008	72
Tabell 4: OECDs rangering av medlemsland etter virksomhetskostnader ved å redusere og/eller skifte ut arbeidstakere enkeltvis eller kollektivt	84
Tabell 5: Budsjettunderskudd regionale helseforetak i perioden 2002-2007.....	107
Tabell 6: Beregnet mangel på arbeidskraft, for næringer og utvalgte yrker	107
Tabell 7: Yrkesområdenes prosentvise andel av bemanningsbransjens virksomhet, 2008....	108

FIGURLISTE

Figur 1: Partial production function	12
Figur 2: Likevekt i arbeidsmarkedet	13
Figur 3: Monopsoni.....	14
Figur 4: Syklisk justering av arbeidskraft	17
Figur 5: Utfakturerte timer per kvartal, over alle yrkesområder	45
Figur 6: Bemanningsbransjen, vikarenes nasjonalitet.....	46
Figur 7:Utfakturerte timer i yrkesområdet Helse og Omsorg	54
Figur 8: Illustrasjon av problemer ved intern organisering ved et sykehus	63
Figur 9: Utvikling i kostnadseffektivitet, 2003-2008 for helseregioner.....	73
Figur 10: Utfakturerte vikartimer i helse – og omsorgsbransjen, per fylke	108
Figur 11: Penetrasjonsgrad bemanningsbransjen, over alle yrkesområder, per fylke.....	109

DEL I - INNLEDNING

1.1 *Bakgrunn*

Bakgrunnen for oppgaven er motivert av interesse for økonomistyring ved norske sykehus. Særlig med tanke på offentlige sykehus – og de store budsjettunderskuddene som har manifestert seg i denne sektoren de senere år. Ettersom offentlige sykehus ikke er profittenheter, er ikke nødvendigvis incentivene til høy lønnsomhet og høy avkastning til eiere like sterk som i privateide virksomheter. Media spiller en stadig større rolle i formidlingen av tilstanden i helsesektoren. Helsesektoren preger ofte førstesiden i avisen, og omtalen synes å konsentrere seg om mangelfulle aspekter ved helsetjenestene, som for eksempel budsjettunderskudd og lange ventelister. Ett av områdene som har utpreget seg, er bruken av midlertidige ansatte ved norske sykehus. I 2001, ble Lov om Helsepersonell vedtatt, hvilket også åpnet for bruk av *innleide vikarer* fra vikarbyrå. Etter denne lovendringen, var markedsforsholdene for slike vikarbyråer gode, - og flere aktører kom på banen. De siste 8 årene har bemanningsbransjen opplevd sterk omsetningsvekst, og omsatte i 2008 for opp mot 1 mrd kr i vikartjenester formidlet til helsevesenet (NHO Service). Bruken av innleide vikarer, kan gi opphav til høyere kostnader for sykehusene. Et annet forhold som har vært diskutert i denne sammenhengen, er at bruken av innleide vikarer bidrar til lite kontinuitet – og således lav grad av kompetanseheving på det enkelte sykehus. Bruk av vikarbyrå som et ledd i personalplanleggingen, gir sykehusene rom for fleksibilitet, men kan samtidig gi opphav til økte kostnader. I tillegg til medieoppmerksomheten, har myndigheter og andre interessenter satt søkelyset på kostnaden, og har kritisert forbruket som overdrevent. Vi ønsker i denne utredningen å rette søkelyset på nettopp denne bruken av ekstern vikarinnleie, og håper på å komme med noen velbegrunnede innspill til debatten.

1.2 *Problemstilling*

I en utredning som studerer ekstern vikarinnleie, er det flere forhold som er interessante å behandle; kostnadseffektivitet, bemanningsløsninger, endringer i kvalitet, endringer i fleksibilitet, konsekvenser for arbeidsmiljø og integrering, samt grad av sykehusenes måloppnåelse ved slik bruk. I denne utredningen vil det imidlertid ligge et økonomisk fokus til grunn, herunder kostnadseffektiviteten ved medisinske vikarers inntog i norske sykehus. En

slik vurdering vil blant annet omfatte de eksterne vikarenes bidrag til personalplanleggingen, samt en diskusjon rundt hva alternativene til vikarbruk er. Vi vil forsøke å definere hvilke faktorer som er av økonomisk betydning, og dermed vil bli behandlet her. Vi vil også nevne hvilke faktorer som er av mindre økonomisk betydning, og således mindre relevant for akkurat denne oppgaven. Det kan synes rart at vi skiller disse forholdene, da de fleste aspektene ved vikarbruk på en eller annen måte berører det økonomiske perspektivet. For å gjøre oppgaven mest mulig interessant, har vi likevel valgt å gjøre denne avgrensingen. Arbeidsmiljøforhold, integrering og psykologi samt forhold som berører medisinfaglig kvalitet, har vi ikke forutsetninger for å si noe velbegrunnet om, og overlater dermed dette til andre studier. Fokuset er altså det økonomisk- administrative, mens ikke-pekuniære forhold kun vil nevnes kort.

I utredningen har vi derfor valgt å jobbe ut i fra følgende problemstilling:

Hva er driverne bak etterspørselen etter innleide vikarer i norske sykehus, hvordan fortøner bruken seg, og er kostnadene høyere enn nytten ved slik bruk?

Målet for oppgaven er, med bakgrunn i kvalitativ empiri, å få til en velbegrunnet diskusjon rundt hvilke *motivasjonsfaktorer* som ligger til grunn for å bruke vikarer, hvilke *alternativer* finnes der, har tilgangen til bruk av eksterne vikarer fungert som en *effektiv* løsning på norske sykehus sine bemanningsutfordringer, eller er bruken *for dyr* sammenlignet med *nytt* som kommer ut av denne. Med dette menes at kostnadene blir høyere enn nytten. For å knytte dette bedre opp mot en overordnet interesse for økonomistyring ved norske sykehus, vil oppgaven også berøre forhold som økonomistyring og incentiver til kostnadskontroll. Målet er således å knytte en kost-nytte-vurdering av ekstern vikarbruk opp mot den helhetlige styringskulturen i sykehussektoren.

1.3 Avgrensning og formål

Det er viktig å presisere at oppgaven fokuserer på *innleie* til sykehus og ikke utleie fra vikarbyrå. Det vil si at vi analyserer bruken av eksterne vikarer sett fra et lederspesspektiv, - altså fra sykehusenes side.

Denne rapporten er en mastergradsutredning, og vil derfor inneha en del begrensninger i omfang og dybde. Tidsperspektivet gjør det vanskelig å grave så dypt ned i materien som ønskelig, og det lar seg ikke gjøre å komme over hele den norske sykehussektoren. Formålet med oppgaven er likevel best mulig å belyse vikarinneleie i tråd med problemstillingen, samt få til en velbegrunnet diskusjon rundt karakteristika ved bruk av eksterne vikarer.

1.4 Struktur og oppbygning

Opgaven vil struktureres på følgende måte;

DEL II – Teoretisk rammeverk

Her vil relevant teori presenteres. Problemstillingen er utarbeidet med utgangspunkt i en et praktisk fenomen. Teorien som er presentert, er dermed valgt for å forsøke å skape en referanseramme for de empiriske resultatene, og knytte dette sammen i en relevant diskusjon.

DEL III – Metodevalg

I denne delen vil valg av metode forklares og forsvares. Det vil redegjøres for hvordan vi har gått frem i arbeidet med å samle inn data, samt bruk av primær-/sekundærkilder.

DEL IV – Oppgavens hoveddel.

I denne delen av oppgaven, vil vi starte med å danne et bakteppe analysen. Dette omfatter begrepsavklaringer og en presentasjon av de ulike føringene på bemanningsbransjen. En generell presentasjon av motiver for bruk av atypisk arbeidskraft, samt omfanget av dette, er også naturlig å inkludere i denne delen.

Hoveddelen fortsetter med en mer spesifikk diskusjon av vikarinneleie i sykehussektoren. Hoveddelen vil omfatte både deskriptiv og empirisk analyse, med utgangspunkt i problemstillingen. Til sist vil vi avslutte med en konklusjon, samt anbefalinger for videre arbeid.

1.5 Forventninger til empiriske funn

I forkant av arbeidet med oppgaven er forventningen at bruk av eksterne vikartimer er en fordyrende, og ineffektiv løsning på bemanningsproblemer i norske sykehus. Det er vel for så vidt ingen tvil om at timeprisen for en innleid vikar er høyere enn timeprisen for en fast ansatt, isolert sett. Hvorfor brukes så denne bemanningsløsningen? Hvilke andre aspekter enn en isolert timepris kommer inn i bildet når vi skal vurdere bruken av innleide vikarer, og hvilke holdninger eksisterer til fenomenet? Er det bevissthet rundt bruken? Det er denne type spørsmål vi ønsker å få besvart, blant annet ved bruk av kvalitativ empiri.

2.DEL II – TEORETISK RAMMEVERK

Denne utredningen vil forsøke å belyse problemstillingen ut fra både et samfunnsøkonomisk og et bedriftsøkonomisk standpunkt. Nærmere bestemt er ambisjonen å trekke frem kostnadene for samfunnet generelt, og for sykehusene spesielt, samt kryssningen mellom disse. Hensikten er å diskutere nytte og kostnader i et avveingsforhold. Det vil dermed være formålstjenlig å presentere teori som tar utgangspunkt i markedsøkonomisk teori, for dernest å gå inn på teori som dreier seg i retning av et bedriftsøkonomisk syn.

2.1 *Markedsteori*

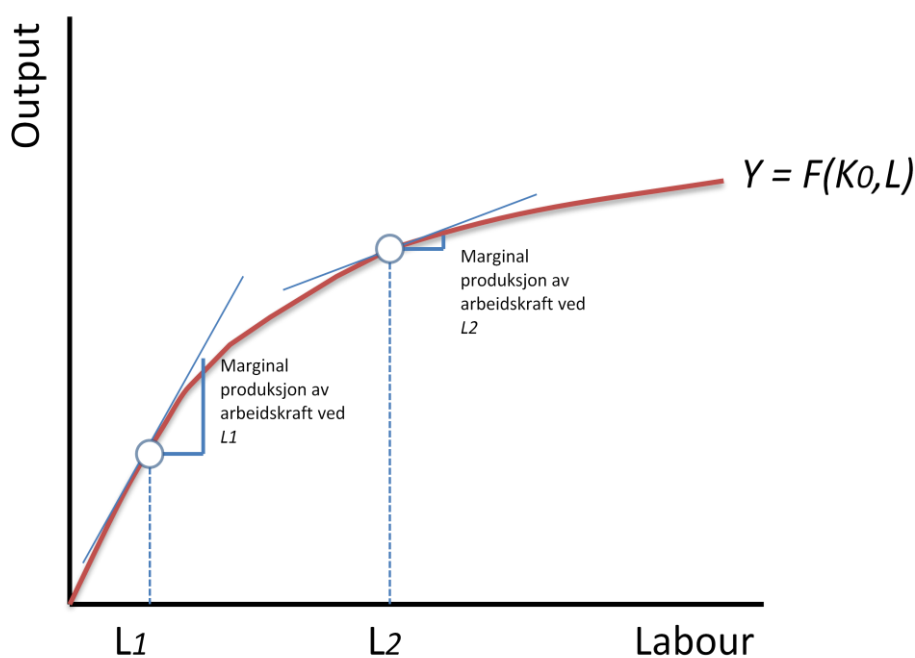
I følge Pindyck & Rubinfeld (2000), defineres et marked som; ”En samling av kjøpere og selgere som, gjennom deres faktiske eller potensielle interaksjon, bestemmer prisen på ett eller flere produkter”.

Når et marked er i likevekt, finner man det potensielle produksjonsnivå, - en tilstand, hvor ingen ressurser blir stående ubrukt, men heller utnyttet til sitt maksimale.

Arbeidsmarkedet kan sees som hvilket som helst annet marked. Varene det forhandles om i dette markedet er arbeidskraft. På tilbudssiden står potensielle arbeidstakere, mens etterspørselen styres av ulike bedrifter. Prisen på varen, timelønnen, justeres slik at tilbud og etterspørsel er i likevekt. I arbeidsmarkedet konsentrerer vi oss om hva som skjer på tilbudssiden.

2.1.1 *Etterspørsel etter arbeidskraft*

Vi begynner med å se på etterspørselen etter arbeidskraft. Bedrifter etterspør én ekstra enhet arbeidskraft så lenge de tror dette vil medføre mer inntekt enn kostnad. Den partielle produksjonsfunksjonen forteller oss hvor mye output som blir produsert med en bestemt input av arbeidskraft. Helningen på produksjonsfunksjonen indikerer hvor mye output stiger dersom man tilfører en ekstra enhet med arbeidskraft. Økningen i output som følge av en relativt liten økning i arbeidskraft L måles av stigningen til produksjonsfunksjonen.



Figur 1: Partial production function (Gärtner, 2006)

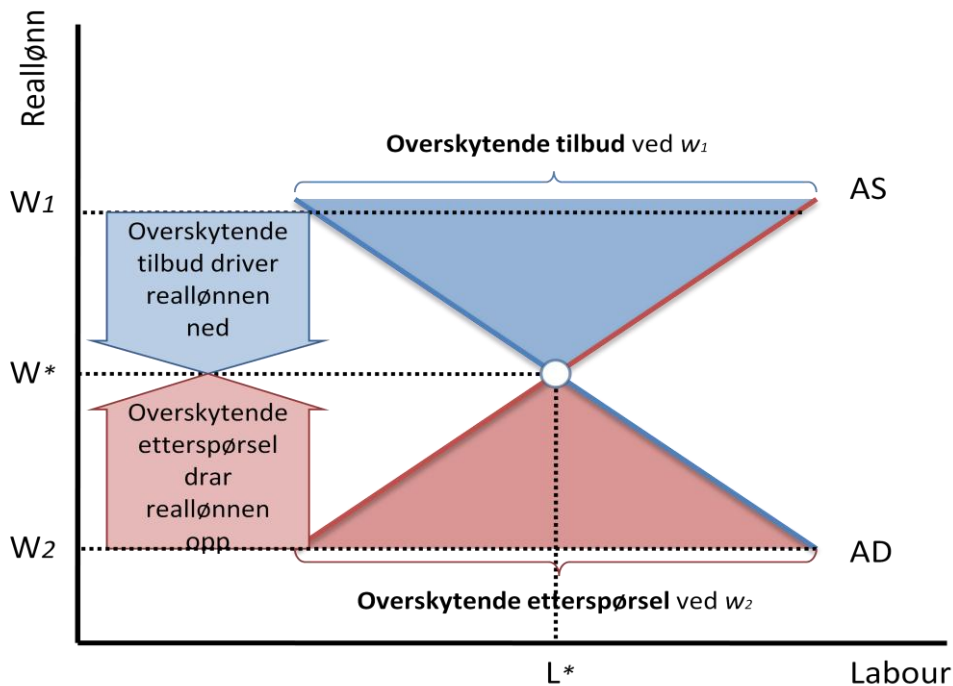
En slik partiell produksjonsfunksjon viser oss hvor mye inntekt en bedrift kan generere ved en gitt mengde arbeidskraft. Hvis vi da setter opp en enkel ligning for å illustrere en bedrifts overskudd, $overskudd = output - lønnskostnader$, er det lett å se for seg at etterspørselen faller ettersom prisen (lønnen) stiger.

$$\Pi = F(K_0, L) - w * L$$

Følgelig vil etterspørselen etter arbeidskraft ha en fallende kurve sammenlignet med lønnskostnaden. Hvis lønnskostnaden stiger vil virksomheten etterspørre mindre arbeidskraft.

2.1.2 Tilbud av arbeidskraft

Videre ser vi nærmere på tilbudssiden av arbeidsmarkedet. En stigende tilbudskurve reflekterer antagelsen om at mer arbeidskraft tilbys ved økende lønn, ettersom arbeid blir mer attraktivt gjennom høyere reallønn. Kombinerer vi kurven for etterspørsel med kurven for tilbud får vi en likevekt hvor markedet engasjerer L^* til en lønn lik w^* .



Figur 2: Likevekt i arbeidsmarkedet (Gärtner, 2006)

Ved en reallønn lik w_1 vil arbeidsmarkedet tilby mer arbeidskraft enn hva bedriftene ønsker. De som da ikke finner seg arbeid vil by lønnen ned til den igjen er w^* . Hvis lønnen er w_2 , vil bedrifter ønske å engasjere mer arbeidskraft enn hva markedet tilbyr. Konkurransen mellom bedrifter vil da presse lønnen opp til den igjen når likevekt i w^* . Bare ved reallønn lik w^* vil tilbud være lik etterspørsel, og arbeidsmarkedet er i likevekt.

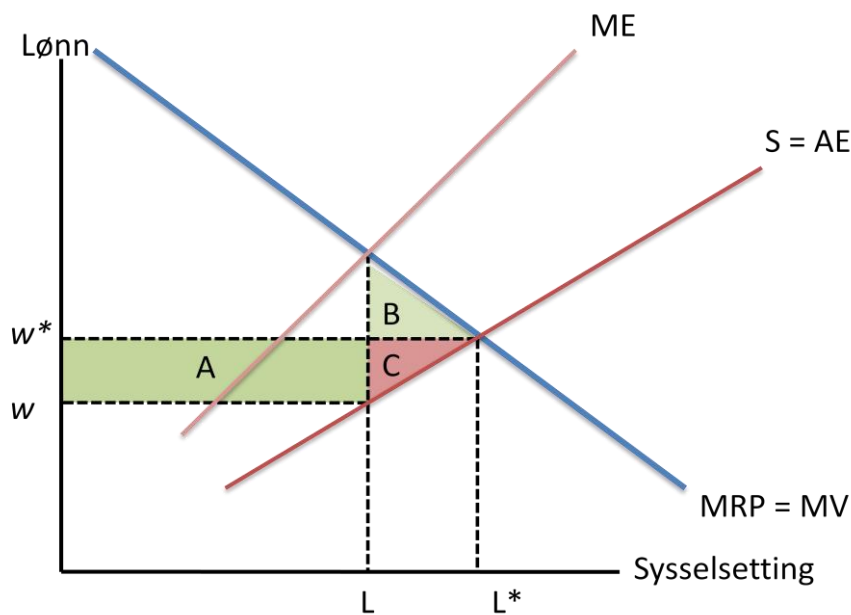
Det kan være nyttig å merke seg arbeidstakernes tilbud av arbeidskraft avhenger av reallønnen $w = W/P$, som er lønn dividert på generelt prisnivå. For bedriften er den relevante kostnaden $c = W/P_i$, hvor P_i er prisen på varen/tjenesten som bedriften selger. Videre kan det påpekes modeller for arbeidskraft som innstasfaktor, tar utgangspunkt i at arbeidskraften er mer variabel jo lenger horisont man legger til grunn.

2.1.3 Imperfekte markeder

Det perfekte markedet er et marked der ingen kjøper eller selger har nok markedsrett til alene å påvirke prisen. Resultatet blir at tilbudet møter etterspørselen i et punkt hvor alle ressurser blir brukt på en effektiv måte og til en pris som er i balanse. Monopol og monopsoni er det motsatte av perfekte markeder. I et monopol har man bare én selger og flere kjøpere. Monopsoni som markedsform er den rakte motsetningen, hvor man har et marked med mange

selgere men bare én dominerende kjøper. I denne utredningen velger vi å fokusere på forholdet mellom staten (sykehusene), som kjøper av arbeidskraft, og vikarbyråer som tilbydere. Sykehusene vil i den sammenheng være en så dominerende kjøper i markedet for kjøp og salg av helsevikarer, at det vil være naturlig å betrakte sykehusene som monopsonist.

Som eneste kjøper i markedet kan monopsonisten selv bestemme den mengden av varer eller tjenester som kjøpes i markedet. Når en kjøper av arbeidskraft har monopsonimakt vil marginalkostnadskurven (ME) ligge over gjennomsnittskost-kurven (AE) ettersom avgjørelsen om å sysselsette én ekstra vil medføre økt lønn til alle, ikke bare for den siste ansatte. En monopsonist i arbeidsmarkedet maksimerer profitt med sysselsetting L , som er lik etterspørsel, i krysningen mellom MRP -kurven og ME -kurven. Lønnen blir deretter bestemt på tilbudskurven (AE), og er lik w . Til sammenligning ville et frimarked oppnådd likevekt i krysningen mellom MRP og S , til høyere lønn (w^*) og sysselsetting (L^*).



Figur 3: Monopsoni (Pindyck & Rubinfeld, 2000)

De fargede firkantene og trekantene i figuren over viser endring i konsument- og produsentoverskudd når vi går fra sysselsetting og lønn i fri konkurranse, w^* og L^* , til en monopsonists pris og sysselsetting, w og L . Det at monopsonisten nå kan kjøpe til en lavere pris, gir han et overskudd lik $A - B$. Arbeidstakeroverskuddet faller med $A + C$. På denne måten vil monopsonisten skape ekstra profitt. Monopsonisten trenger ikke å betale prisen (w^*) fra punktet hvor etterspørsel er lik marginalkostnad, men heller den lavere prisen (w). Men vi har også et dødvektstap ($B + C$) som representerer den sysselsetting som hadde funnet sted

dersom monopsonisten ikke hadde valgt en lavere sysselsetting til lavere lønn (Pindyck & Rubinfeld, 2000).

Dersom man introduserer en sterk markedsrett på tilbudssiden i modellen, vil man havne i en situasjon med *bilateralt monopol*. Bilateralt monopol er en markedsform med både monopol (én tilbyder) og monopsoni (én etterspørter) i samme marked. Begge aktører har markedsrett, men er samtidig svært avhengig av hverandre for å sørge for fremtidig drift (Pindyck & Rubinfeld, 2001). I en slik situasjon vil det være vanskelig å forutsi både pris på og mengde av varen det forhandles om. Både kjøper og selger er nå i forhandlingsposisjon. Prisene i et slikt marked avhenger da av partenes forhandlingsrett og vil normalt ligge på et nivå som begunstiger begge parter til en viss grad. En hovedregel er at monopsonimakt og monopolmakt vil motvirke hverandre. Med andre ord vil monopsonimakten til kjøper redusere effekten av monopolmakten til selger, og motsatt. Dette betyr ikke at man vil havne tilbake i en situasjon med perfekt konkurranse, men monopsonimakten vil presse prisene nærmere marginalkostnaden, og en monopolmakt vil presse prisene nærmere marginalverdien (Pindyck & Rubinfeld, 2001).

2.1.4 Arbeidskraft som en kvasi-fast faktor

Arbeidskraft har generelt vært ansett som en variabel faktor, hvorpå det antas at bedrifter har muligheten til en hver tid å justere den mengden arbeidskraft den betaler slik at profitt optimaliseres. Dette ville eksempelvis vært tilfellet for en produsent som kun baserte seg på innleie fra eksterne vikarbyrå, uten noen egne faste ansatte. Dette er imidlertid en uvanlig, og ulovlig organisering av forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. I virkeligheten er det slik at man har faste kostnader forbundet med rekruttering, ansettelse, opplæring og oppsigelsestid. Marginalproduktiviteten til arbeidskraft bør derfor ikke bare ta hensyn til variable kostnader som lønn, men også omfatte slike mer faste kostnader. Følgelig er ikke bedrifter ut fra et økonomisk perspektiv tjent med å ansette og si opp arbeidskraft i proporsjon med variasjoner i etterspørselen etter deres varer og variasjoner i output (Hénin, 2003). Arbeidsmiljøloven og press fra fagforeninger bidrar til å øke disse kostnadene og ytterligere begrense mulighetene for tilpasninger. Arbeidskraft bør som en følge av dette, heller sees på som en kvasi-fast faktor, eller en faktor hvor de totale kostnadene er både dels variabel og dels faste. (W. Oi, 1962).

Ved å merke strømmen av arbeidskraft som går inn og ut av en bedrift med henholdsvis N^+ og N^- , kan vi sette opp følgende likning for totale lønnskostnader, C_t :

$$C_t(N, N^+, N^-) = wN_t + vN_t^+ + uN_t^-$$

w er lønnskostnader for ansatte i arbeid. v betegner kostnaden som forløper med *nyansettelser*. Dette er kostnader i forbindelse med rekruttering, kontraktsforhandlinger, opplæring, oppfølging etc. u betegner kostnader forbundet med "avtroppende" ansatte. Dette kan være kostnader som lønn i oppsigelsestid og kostnader forbundet med eventuelle tvister og lignende. I følge Hénin (2003) vil dette rettferdiggjøre en asymmetrisk tilpassning av arbeidskraft i forhold til om hvorvidt de påkrevde justeringer er positive eller negative.

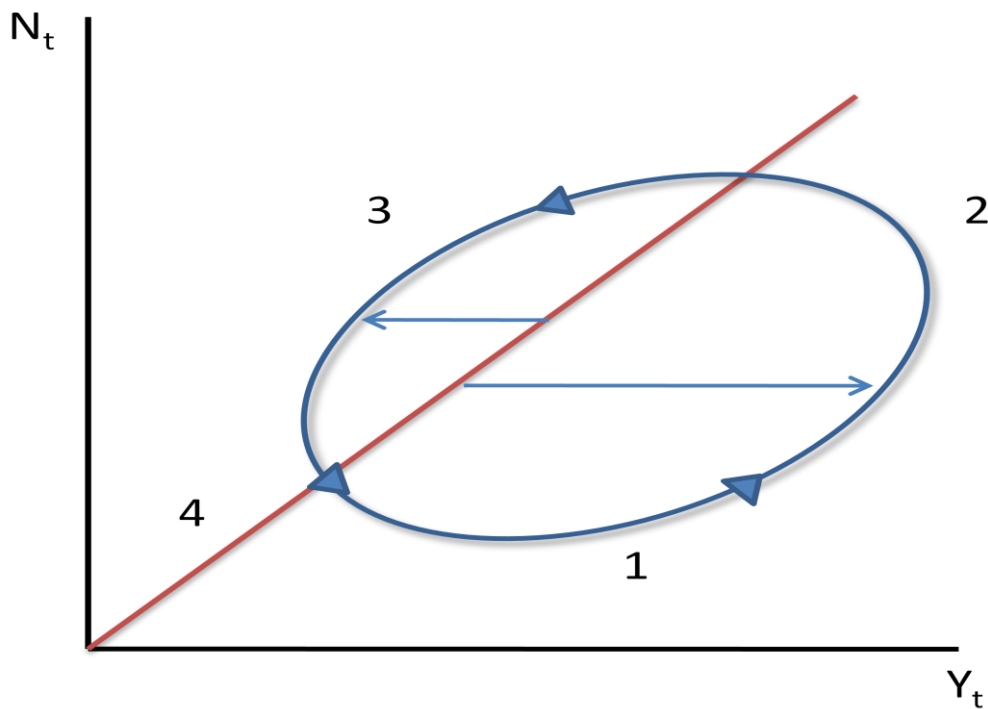
$$N_t = b^+(N_t^* - N_{t-1})^+ + b^-(N_t^* - N_{t-1})^-$$

Her vil $^+$ betegne at påkrevde justeringer kommer som følge av positiv markedsutvikling, mens $^-$ betegner at påkrevde justeringer kommer som et resultat av behov for kostnadsbesparelser. (N_{t-1}) står for faktisk bemanning i periode t-1. (N_t^*) står for ønsket bemanning i periode t. Da denne ikke er direkte observerbar, framholder flertallet av de empiriske studier av temaet (Hénin, 2003), et klassisk format med partiell justering, hvor koeffisienten, b , holdes uendret både for vekst og tilbakegang. Koeffisienten, b , representerer således forholdet mellom endring i bemanning og endring i påkrevd justering.

Formelen for ønsket bemanning N_t^* , kan utledes fra produksjonsfunksjonen, hvor lønnsraten introduseres som en ekstra variabel W . P_i står for den inflasjonsjusterte prisen på varen bedriften selger. a er en koeffisient som illustrerer produksjonens (Y_t), påvirkning på ønsket bemanning. Kapital -arbeidskraft bytteforholdet ivaretas ved å introdusere en trendfaktor T . (Hénin, 2003). Sammenhengen blir da som følger:

$$N_t^* = aY_t + bT + W/P_i$$

Ufullstendige justeringer medfører en faseforskyvning mellom output og arbeidskraft: Nyansettelser kommer sent i gang i perioder med vekst og ekspansjon, på samme måte som reduksjon i arbeidskraften skjer tregere og mer forsiktig i tilfeller av tilbakegang. Som en følge av dette vil den gjennomsnittlige produktiviteten til arbeidsstokken N_t/Y_t følge et syklisk mønster som påvirker bedriftens overskudd.



Figur 4: Syklisk justering av arbeidskraft (Héinin, 2003)

N representerer her bemanning, mens Y representerer produksjon (output).

Dette mønsteret kjennetegnes ved fire faser:

1. Ekspansjonsfasen, karakteriseres ved en betydelig økning i produktivitet som følge av vekst i output vokser mer enn arbeidsstokken.
2. Slutten av ekspansjonen og deselerasjon, som medfølges av en forskyvning i produksjonsforholdene som følge av lavere produktivitet og utnyttelse av mindre produktivt utstyr.
3. Veksten i output blir mindre, de ansattes produktivitet faller.
4. Rasjonalisering og tilbakegang, hvor arbeidsstokken reduseres og man kvitter seg med det minst effektive produksjonsutstyret. Dette tillater en innhentning i produktivitet som går forbi den reelle innhentning i etterspørsel.

Hénin (2003) illustrerer med dette hvordan forsinket tilpasning i den kvasi-faste faktoren arbeidskraft, medfører treghet og en syklisk effekt på en bedrifts overskudd. Det poengteres at kostnader med ansatte ikke begrenses til den variable lønnskostnaden. Man må samtidig ta høyde for de mer faste kostnader som rekruttering, kontraktsinngåelse, opplæring og kostnader som forløper ved avslutning av et arbeidsforhold. Samlet utgjør de ansatte en kvasi-fast faktor som igjen medfører treghet i forholdet mellom kostnad og behov for sysselsetting.

2.1.5 Fleksibilitet og fleksibilisering av arbeidskraften

Vi skiller gjerne mellom numerisk, funksjonell og finansiell fleksibilitet (Skjælaen 2005). *Numerisk fleksibilitet* innebærer å redusere antallet heltidsansatte, og utvide antallet midlertidige kontrakter. Slik varierer en tilgangen på arbeidskraft etter behovet for arbeidskraft. Her tenker man ofte på konjunkturelle forhold – det vil si; virksomheten trenger flere ansatte ved oppgangskonjunkturer, og færre når økonomien er inne i en resesjon (NOU 1999:34). Dette kan sees opp mot avsnittet ovenfor om arbeidskraften som en kvasifast faktor. Behovet for arbeidskraft trenger imidlertid ikke å dreie seg om konjunkturtelt betonte svingninger. Numerisk fleksibilitet kan sees opp mot numerisk stabilitet, som går på ønsket om å opprettholde et stabilt antall arbeidstakere (Nesheim 2002, Atkinson 1984). Økt innslag av numerisk fleksibilitet konverterer arbeidskraften til en mer variabel kostnad.

Funksjonell fleksibilitet dreier seg om organiseringen av arbeidet, med tanke på jobbrotasjon, arbeidsgrupper og kompetanseplaner. Dette kan oppnås gjennom å gi de ansatte tilstrekkelig opplæring til at en ansatt kan fungere i flere forskjellige avdelinger som følge av mer kunnskap. På denne måten utnytter man den eksisterende arbeidsstokken på en best mulig måte. *Finansiell fleksibilitet* handler om avlønningssystemet, - og en fleksibilisering av denne. Dette innebærer at de ansatte kan få individuelt baserte bonuser, eller akkordlønn (Atkinson 1984). Finansiell fleksibilitet vil imidlertid ikke behandles utfyllende i utredningen.

2.2 Økonomistyring

2.2.1 Budsjettstyring og resultatansvar

Et økonomistyringsystem kan defineres som: “(...) *the process by which managers assure that resources are obtained and used effectively and efficiently in the accomplishment of the organization's objectives*” (Anthony, 1965)

Budsjettet er et styringssystem som fremstiller en oversikt over forventede inntekter og kostnader i løpet av en budsjettperiode. Budsjettet som styringsverktøy er hyppig diskutert, og tidvis kritisert i økonomisk styringslitteratur (Se blant andre H.T. Johnson & R.S. Kaplan (1987) og Bergstrand (2007)). Dette blant annet fordi budsjettet ofte er preget av rigiditet, da ressursene for perioden allerede er fordelt og vanskelig kan omfordeles. I tillegg representerer budsjettet en unøyaktighet, fordi prognosene i et styringsperspektiv gjerne strekker seg for langt inn i fremtiden. Dermed har man til en viss grad låst seg på forhånd, og kan vanskeligere tilpasse seg interne og eksterne endringer som kan oppstå i den gjeldende budsjettperioden. I lys av dette, har flere private virksomheter valgt å gå vekk fra budsjettet som styringsverktøy. I stedet er fokuset å bevege seg i retning av styringsprinsipper som ligger tettere opp mot virkeligheten, og nærmere mot definerte mål, eller prestasjonsindikatorer.¹ I offentlig sektor derimot, fungerer budsjettet som en ramme for midler tilgjengelig i den aktuelle budsjettperioden, og kan derfor vanskelig forkastes. utfordringen her ligger da i å formulere tydelige mål for driften, og å håndtere eventuelle styringsutfordringer som eksisterer i offentlig sektor.

2.2.2 Produktivitet og kostnadseffektivitet

Produktivitet defineres som forholdet mellom *output og input* – eller mellom produksjon og innsatsfaktorbruk (Magnussen, 2005). Tar vi utgangspunkt i produktfunksjonen, kan vi gjøre følgende visualisering:

$P = Y/X$,der P betegner produktivitet, Y er output og X er ressursene som går med i produksjonen.

¹ Statoil Hydro og Telenor er eksempler på slike (Bjarte Bogsnes Project Manager - Beyond Budgeting Statoil Hydro)

I mange sammenhenger er det imidlertid vanlig å benytte begrepet effektivitet – noe som i praksis er en normering av produktivitetens målet – altså forholdet mellom faktisk produktivitet og best oppnåelige produktivitet.

$E = P/P^*$,der E er effektivitet, P er produktivitet og P^* er høyeste mulige produktivitet.

Snakker vi om innsatsfaktorbruk målt i kostnader, blir gjerne begrepet *kostnadseffektivitet* benyttet. Diskuterer vi ressursbruk målt i fysiske innsatsfaktorer (arbeidskraft, kapital), betegner vi gjerne dette som *teknisk effektivitet* (ibid). En virksomhet er teknisk effektiv dersom en reduksjon i én eller flere innsatsfaktorer resulterer i at aktiviteten også går ned (Bjørnenak et.al 2008). Dersom en virksomhet er teknisk effektiv, men ikke kostnadseffektiv, betyr det at det ikke sløses med ressursene, men at de samme ressursene kunne vært sammensatt mer effektivt – og dermed gitt lavere kostnader. Ved effektivisering av ressursene til den best mulige sammensetningen, oppnår vi *priseffektivitet* (ibid).

Teknisk effektivitet betegner altså hvorvidt man bruker tilgjengelige ressurser effektivt. Har vi i tillegg informasjon om prisene på disse ressursene, kan vi beregne et uttrykk for *priseffektivitet*, som gir opphav for å finne en optimal kombinasjon av innsatsfaktorene. Samlet sett gir dette et mål på kostnadseffektivitet. Praktisk bruk av effektivitetsmål og informasjonen de gir, er knyttet til økonomisk styring i virksomheter. Kvaliteten av denne informasjonen er imidlertid tett knyttet til kvaliteten på effektivitetsmålene.

Graden av kompleksitet kan ha noe å si for hvorvidt forholdene ligger til rette for å produsere effektivt. Vi skiller mellom to ulike typer av *kompleksitet*: Den ene dreier seg om intensiteten i gjennomføringen av en tjeneste. Dette vil, eksempelvis i et sykehus, dreie seg om hvor ressurskrevende pasientbehandlingen er. Dette kalles dybdekompleksitet, og omfatter, dette eksempelet, blant annet forskjeller i medisiner og liggetider. Den andre dimensjonen er drevet av omfanget og sammensetningen av et tilbud, og kalles breddekompleksitet. Igjen i lys av sykehuseksempel; kan dette være antallet typer sykdommer/tilstander som behandles, beredskapsnivå og spesialisering (Bjørnenak et al., 2008).

2.2.3 Kameralregnskapet versus forretningsregnskapet

Virksomheter i privat og offentlig sektor driver med bakgrunn i veldig forskjellige mål. Virksomheter i privat sektor har gjerne som formål å maksimere lønnsomhet, og forbruke kostnader for å skape inntekter. Selve budsjetteringen er i dette perspektivet ansett som et internt styringsdokument, som skal indikere hvilken ressursbruk og inntjening som er forventet. Regnskapet viser det reelle, økonomiske resultatet. I offentlig sektor derimot, disponerer den enkelte virksomhet midler for å dekke et felles behov eller en tjeneste. Budsjettene er bindende vedtak om ressursbruk, mens regnskapet benyttes for å kontrollere om midlene er benyttet i henhold til vedtak. Økonomisk overskudd er dermed irrelevant (Monsen og Jensen, 2009).

I lys av dette, har det historisk vært benyttet to ulike regnskapstradisjoner for de to sektorene. Privat sektor har benyttet *forretningsregnskap* i henhold til Regnskapsloven, mens i offentlig sektor var lenge en regnskapstradisjon kalt *kameralregnskapet* praksis. Forskjellen mellom de to typene av regnskap, er fokuset som ligger til grunn i rapporteringen. Forretningsregnskapet legger til grunn et lønnsomhetsfokus, mens kameralregnskapet er et pengeregnskap som brukes til å kontrollere budsjettutførelsen. Med dette menes at utgifter og inntekter rapporteres med den hensikt å sammenligne med *budsjetterte* inntekter og utgifter (Monsen, 2009).

2.3 Prinsipal – agent-teori

2.3.1 PA-modellen

En standard presentasjon av et forhold med motstridende interesser og asymmetrisk informasjon er en principal-agent-modell. I sin enkleste utforming, består et principal-agent-forhold av to personer. Hendrikse (2003) definerer en principal-agent relasjon slik:

”En person (principalen) ansetter en annen (agenten) for å gjøre en bestemt oppgave. Forholdet dem imellom styres av en kontrakt, som er valgt og utarbeidet av principalen.”

Følgelig er det agenten som avgjør om hvorvidt han ønsker å godta kontrakten eller ikke. Det er også agenten som bestemmer hvilket nivå av innsats han skal legge ned i oppgaven.

Motivasjonen bak samarbeidet er bygget på at agenten har komparative fortrinn ved utøvelsen av oppgaven for prinsipalen.

Et slikt forhold er ikke helt uproblematisk. Principalen kan riktignok observere resultatet av agentens innsats, men agenten har vanligvis overlegen informasjon vedrørende innsatsen som er blitt lagt ned i, og omstendighetene rundt arbeidsprosessen. Det er derfor vanskelig for principalen direkte å observere agentens aktiviteter, hvilket medfører at principalen til en viss grad mister kontroll over agentens arbeid.

Når agenter benyttes på vegne av principalen, vil det påløpe agentkostnader. Jensen og Meckling (1976) definerer agentkostnader som ”summen av kostnadene ved overvåking, kostnadene forbundet med incentivordninger for å lede agenten mot ønsket handling, og et residual-ledd som dekker det faktum at det generelt er umulig å få agentens og principalens interesser til å samsvare helt”. Slike kostnader inkluderer kostnaden ved strukturering, overvåkning og implementering av kontrakter mellom principalen og agenten.

2.3.2 Motstridene interesser

Ledelse (av agenten) og eierskap (av principalen) er i de fleste bedrifter separert. For en offentlig virksomhet, vil ledelsen (agenten) handle på vegne av staten (principalen). Avdelingsledere må ivareta eierens interesser. De blir kontrollert av et sammensatt styre valgt av eierne. Dette styret er gitt autorisasjon til å foreta avgjørelser i viktige spørsmål, og til å fastsette for eksempel lønnsstrukturen. Dette forholdet kan også overføres til å gjelde sammenhengen mellom toppledelse og ledere på lavere nivåer. En slik separasjon av eierskap og ledelse trenger nødvendigvis ikke være negativt, men et vanlig problem er at lederen (agenten) jobber mot mål som spriker med målet om å maksimere verdi for eierne. Dette kan for eksempel handle om en leder som kjemper for sin egen økonomiske gevinst, makt, prestisje eller karrieremuligheter. Ifølge Berle og Means (1932) må dette resultere i at ledere utnytter sin makt for å forfølge deres egne interesser på bekostning av eiernes.

Ved interessekonflikter har eier og leder forskjellig oppfatning av hva som er det grunnleggende målet og hvordan dette skal nås. Økonomisk litteratur tar som regel utgangspunkt i at man som leder setter egen nytte over aksjonærenes og/eller samfunnets

nytte (Fama, 1980). Denne ulikheten og de resulterende agentkostnader kan variere i størrelse og omfang fra selskap til selskap. Agentkostnadene størrelse avhenger blant annet av hvilke preferanser ledelsen har, hvor lett det er for ledelsen å sette egne preferanser foran selskapets, og hvor store kostnadene forbundet med incentiver samt kontroll og overvåking er (Jensen og Meckling, 1976).

I en utvidet Principal-agent relasjon utvider man sammenhengen til ikke bare å gjelde en enkeltstående, kort periode, men man ser på gjentakende relasjonelle kontrakter. Utforming av én periodes kontrakt avhenger da av observert utfall fra tidligere perioder. På denne måten har både principalen og agenten incentiver til å handle med mål om videre samarbeid. Hvis for eksempel agenten opplever belønning av innsats som urettferdig, kan dette medføre at agenten gir mindre innsats i neste periode, eller at agenten ikke ønsker å fortsette samarbeidet ved å avslå kontrakt for kommende perioder (Olsen, T.E. 2009)

Dette fører oss til en uønsket situasjon vi kan kalle mothakevirkning. I et gjentakende kontraktsforhold vil principalen observere innsatsen til agenten i periode etter periode. Dette gir muligheter for principalen til å bruke gjeldende resultater for å designe hvordan avlønning skal formes for kommende perioder (Olsen, T.E, 2009). Et eksempel på dette, kan være hvordan principalen reagerer på mål- og budsjettoppnåelse. En principal vil ofte formulere høyere mål eller allokere lavere budsjetter hvis nåværende mål har blitt møtt eller overskredet. Dilemmaet til agenten blir da at et godt resultat i dag vil medføre en høyere belønning i dag, samtidig som at det vil straffe seg på lengre sikt i form av høyere mål og strammere budsjetter i kommende perioder. For eksempel, ved å prestere bedre enn nåværende budsjetter, kan agenten bli "belønnet" med strengere budsjetter i alle kommende perioder fordi forventningen heves. Med andre ord vil en god innsats i dag bli straffet i morgen. Følgelig har agenten svake incentiver til å prestere bedre enn forventningene, eller ikke å bruke hele budsjetterte kostnadsposter. Det eksisterer incentiver til svakere mål, for å forsikre lavere mål og slakkere budsjetter i fremtiden.

Aschenbrenner og van Velzen (2001) påpeker den ekstra kostnaden og risikoen en bedrift påtar seg ved å engasjere midlertidige arbeidere. De stiller spørsmålsteget ved hvorvidt en bedrift skal ta seg bryet og kostnaden med å gi opplæring til midlertidig ansatte. Mange bedrifter ser ikke nytten av dette da de midlertidige ansatte ofte ikke blir lenge nok i sin stilling til at bedriften får tilstrekkelig igjen for å bære opplæringskostnaden. Bedriftene løper

da en risiko for å miste investert tid og midler, samt kunnskap og ferdigheter hos de ansatte når de slutter. Det påpekes videre av Aschenbrenner og van Velzen (2001) at mye av skepsisen til å gi midlertidige ansatte opplæring henger sammen med skjult informasjon. En arbeidsgiver vet lite om arbeidstakerens læringsevne, kvaliteten på læringsprosessen, eller muligheten for "å høste fruktene" av investeringen. Bare agenten har forutsetninger for å vite noe om sin læringsevne, og om opplæringskostnadene for principalen vil være høyere enn hva en kan forvente å få i utbytte. Det er altså her snakk om et principal-agentforhold med skjult informasjon. En mulig løsning på et slikt problem kan være outsourcing, - å sette bort den aktuelle aktiviteten. Et viktig aspekt ved outsourcing er nettopp at arbeidsgiver ikke bærer kostnaden med opplæring. Vi vil derfor nå gå videre med å diskutere begrepet *outsourcing* nærmere.

2.4 Outsourcing som fenomen

Ved alle kontraktsforhold påløper det transaksjonskostnader. Kontrakter må utformes, avtaler må forhandles, og kvaliteten på varen eller tjenesten må vurderes og overvåkes. Coase diskuterer slike transaksjonskostnader i sin artikkel "The Nature of the Firm" allerede i 1937. Det diskuteres der hvordan transaksjonskostnader setter grenser for hvilke og hvor mye tjenester som kjøpes i markedet, og hvilke tjenester en bedrift skal produsere selv. En bedrifts størrelse avgjøres da av hvor mange tjenester som produseres selv, mens transaksjonskostnadene avgjør hvilke tjenester som kjøpes av andre. Denne artikkelen har i følge Knabe & Koebel (2006) dannet grunnlaget for det vi i dag kjenner bedre som teori om outsourcing. Begrepet *outsourcing* beskriver "en prosess der bedriften beslutter å selge eller flytte bedriftens [...] eiendeler, mennesker og/eller aktiviteter til en tredjeparts leverandør som leverer sammensatte tjenester tilbake for en avtalt sum over en avtalt tidsperiode." (Kern & Willcocks, 2002, s.3-19). Denne leverandøren kan befinne seg i hjemlandet eller i utlandet. Motivasjonen for dette kan være å utnytte komparative fortrinn som en annen part innehar, slik at kvaliteten blir bedre, eller at varen blir billigere enn om bedriften selv skulle produsert varen.

Klassisk økonomisk teori sier at enhver bedrift kan *sette ut* funksjoner som kan utføres billigere utenfor bedriften. Under en antagelse av at transaksjonskostnadene holdes lave, vil bedriften øke sin fortjeneste eller sitt strategiske ståsted ved å la en underleverandør produsere

hele eller deler av en vare. Det kan her potensielt hentes ut store fremtidige gevinster, som følge av reduserte produksjonskostnader. Ved å overlate tjenesteproduksjonen til en profesjonell leverandør kan altså stordriftsfordeler oppnås, det vil si reduserte produksjonskostnader og reduserte investeringskostnader i anlegg og utstyr. ”Ved å konkurransenutsette tjenesten vil også tjenestekjøper sikre seg at bedriften oppnår markedets beste priser”(Solli-Sæther & Gottschalk, 2007:4).

”Outsourcingundersøkelsen 2007” (Solli-Sæther & Gottschalk, 2007), er gjennomført med formål å bedre forstå hva som driver eller ikke driver bedrifter til outsourcing av forretningsprosesser, IT eller andre kunnskapsbaserte funksjoner. Mens tidligere undersøkelser har vist at krav om *kostnadsreduksjon* har vært den viktigste driveren (Lacity & Willocks, 2000), oppdager Solli-Sæther og Gottschalk her at tilgang til *ressurser* som høyt kvalifisert arbeidskraft, og kompetanse er den viktigste strategiske driveren blant bedrifter i undersøkelsen. Gjennom å sette bort deler av produksjonen får man da tilgang til arbeidskraft eller kunnskap som man selv ikke har råd eller mulighet til å engasjere. Den nest viktigste driveren er fokus på *egen kjernekompetanse*. Man setter da bort deler av produksjonen hvor man selv ikke kan produsere mer effektivt enn andre, for å løsrive ressurser og slik fokusere på sine komparative fortrinn. Først på tredjeplass finner man et generelt ønske om lavere kostnader (ibid).

”Outsourcingundersøkelsen 2007” med tilhørende rapport (Solli-Sæther & Gottschalk, 2007), finner støtte for deres teorier om ressurser og kjernekompetanse. Ved å outsource funksjoner som en ikke har ressurser til å utføre selv, kan man i følge rapporten finne profesjonelle leverandører som innehar de ressurser og den spisskompetanse som en virksomhetsintern avdeling kanskje mangler. På denne måten kan fokus heller rettes mot virksomhetens faktiske komparative fortrinn.

2.5 Overordnede perspektiver for håndtering av bemanningsoppskrifter

2.5.1 Nyinstitusjonalisme

Philip Selznick (1948, 1957) skilte mellom to typer av organisasjoner; rasjonelle organisasjoner som eksisterer kun for å tilfredsstille interessentenes behov på en best og mest mulig effektiv måte, og organisasjoner som fungerer som mer organiske mekanismer – som tilpasser seg sosiale normer og krav fra omgivelsene. Sistnevnte type organisasjon ville på denne måten få verdibasert status. Han fremholdt at denne prosessen representerer en institusjonaliseringsprosess, og at den er viktigst for organisasjoner med vage mål og lite spesifikk teknologi – eksempelvis frivillige organisasjoner, skoler eller sykehus (Busch, Vanebo, 2003). Grunnen til dette, er at slike organisasjoner ikke oppnår legitimitet gjennom bare å produsere effektivt og generere overskudd, da dette ikke er deres primære oppgave. Slike organisasjoner trenger i stedet å oppnå legitimitet på grunnlag av at de dekker et samfunnsmessig behov eller mål som i seg selv er høyverdig. Under vil vi presentere to perspektiver; verktøyperspektivet og symbolperspektivet – som representerer henholdsvis det rasjonelle og det organiske synet på organisasjoner.

2.5.2 Verktøyperspektivet

Verktøyperspektivet kommer fra den rasjonelle, institusjonelle tradisjonen innen organisasjonsteori. Med dette perspektivet, ser en organisasjoner som redskap til effektiv produksjon av varer og tjenester. Effektiviteten er således også kilden til organisasjonens legitimitet, og har slik likhetstrekk med scientific management (Taylorisme), og Webers klassiske byråkratiteori (Holme 2008). Sentralt i verktøyperspektivet står retrospektiv problemløsning. Med dette menes at organisasjonen leter etter en løsning etter det har oppstått et problem med den nåværende organiseringen. Dette omtales gjerne som problembetinget søking, og en forutsetter at organisasjonsmedlemmene er rasjonelle aktører som søker å finne løsninger først etter, og som respons på at det har oppstått aktuelle problemer (Skjælaaen, 2005). Dette medfører at organisasjoner må utformes, og til stadighet effektiviseres. Organisasjoner ansees som rasjonelt konstruerte enheter, og skal derfor være innrettet på en

måte som skal gi en god kombinasjon mellom interne krav til organisatorisk sammenheng og de eksterne rammevilkårene. Dette innebærer at perspektivet retter fokus på organisasjoners mål og struktur.

Med verktøyperspektivet blir altså ikke organisasjoner kun ansett som målbare enheter med rasjonelle egenskaper, men også organisasjonsmedlemmene blir betraktet som rasjonelle aktører. Perspektivet er basert på en sterk tro om at kunnskapsrike aktører kan forandre og forbedre samfunnet gjennom riktig organisering (Rørvik 1998).

2.5.3 Symbolperspektivet

Dette perspektivet har sitt utspring i nyinstitusjonell organisasjonsteori, og fokuserer i motsetning til verktøyperspektivet på organisasjonenes forhold til omgivelsene; ”*Formelle organisasjoner befinner seg i institusjonelle omgivelser der de konfronteres med sosialt skapte normer og konvensjoner for hvordan den enkelte organisasjon til enhver tid bør være utformet*” (Rørvik 1998, s:36).

I motsetning til ved verktøyperspektivet, bedømmes ikke organisasjoner ut fra effektivitet og evnen til å dekke interessentenes behov. Organisasjoner bedømmes ut fra hvordan de har forstått strukturer og prosesser, og hvordan de har tilpasset seg de til enhver tid gjeldende sosialt aksepterte ideologier. Med andre ord evalueres organisasjoner i større grad ut fra trekk i tiden, som igjen skapes ut fra sosialt aksepterte normer for hva som gir legitimitet. I symbolperspektivet antar en at det eksisterer løsningsfremdrevne behov for endring.

I følge symbolperspektivet har vi resultat av en institusjonaliseringsprosess når de sosialt konstruerte normene for god organisering oppfattes som objektivt gitte betingelser. Det vil si at en organisasjonsoppskrift gradvis har blitt integrert, slik at ideen fremstår som inneforstått i organisasjonen.

Mens verktøyperspektivet ser på organisasjoner som objektivt målbare fenomener med rasjonelle egenskaper (Rørvik 1998), ansees organisasjoner innenfor symbolperspektivet som subjektive sosiale konstruksjoner. Som organismer som tilpasser seg et miljø. Dette medfører at organisasjonsformen ikke alltid er rasjonelt valgt, men er tilpasset historie, trender og

sosialt aksepterte normer. Det som i verktøyperspektivet blir forklart som et mekanisk møte mellom omgivelser og organisasjon, blir i symbolperspektivet forklart som en prosess; som institusjonalisering (Røvik, 1998).

2.5.4 Organisasjonskultur

Organisasjonskultur eller bedriftskultur kan forstås som summen av de symboler, holdninger, verdier og normer som finnes i organisasjonen (O. Nordhaug, 2002:37).

”Organisasjonskultur er den måten vi gjør tingene på her hos oss.” (Ulstein 1998:237)²

Nordhaug (2002) fremhever at arbeid med å påvirke bedriftskultur, eller mer presist, ulike subkulturer, kan fungere som et middel til kostnadsreduksjon. Dette skjer ved at en innfører desentralisert organisasjonsstruktur og resultatansvar, samt at en jobber med å samordne de ansattes atferd med organisasjonens målsettinger. Nordhaug påpeker videre at hvis de ansatte aksepterer normer som innebærer at det er givende å jobbe i organisasjonen, og at man følgelig vil yte sitt beste, er dette trolig en god form for kontroll.

Veletablerte organisasjonskulturer er ofte vanskelige å forandre. De kjennetegnes faktisk gjerne av *motstand* mot endring, og vil ifølge Yukl (2002) og Robbins (2003) i hovedsak kun være endringsvillig hvis organisasjonen står overfor en overlevelseskrise. Med dette forstår vi konkurrisiko, fare for drastisk nedbemanning og/eller sterkt fallende markedsandeler.

I sin casestudie ”Hva skulle læres?”, argumenterer imidlertid Lene Susann Pilskog (2008) for at organisasjonskulturen kan sies å være et verktøy for ledelsen. Dette med bakgrunn i en forståelse av organisasjonskultur som de uformelle normene og verdiene som eksisterer i en formell organisasjon. Organisasjonskultur kan designes, dermed forstås som en variabel ledelsen kan manipulere for å oppnå ønsket resultat. Med andre ord; *ledelse kan styre kultur* (ibid).

² Referansen kan finnes i Kaufmann & Kaufmann (2005: s.269)

3.DEL III – METODE

Vi vil i dette kapitlet presenteres rammeverket for hvordan vår studie er utført, samt redegjøre for valg av metode som er benyttet til å utforske problemstillingen. Det kan først være hensiktsmessig å avklare noen begreper. Framstillingen er basert på Johansen, Tufte og Kristoffersen sin bok ”Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode”.

Metode:

Å følge en bestemt vei mot et mål. Samfunnsvitenskapelig metode er hvordan vi går fram for å hente inn informasjon om virkeligheten og hvordan vi analyserer for å finne ut hva denne informasjonen forteller oss. Johannesen, et al. 2004

Forskningsdesign:

Hvordan en undersøkelse organiseres og gjennomføres for at forskningsspørsmålet skal kunne besvares: fra ide, utforming av forskningsspørsmål, innsamling av analyse og tolkning av data til ferdig resultat. Johannesen, et al. 2004.

Valg knyttet til forskningsdesign:

Innsamling av data kan gjøres gjennom ulike metoder. Hovedskillet er mellom kvalitative og kvantitative tilnærminger. Utvalget av metoder begrenses av det forskningsdesignet som er valgt.

For å belyse problemstillingen rundt bruken av vikarer innen sykehussektoren, ble det foretatt flere intervjuer. Intervjuene ble foretatt blant medlemmer av toppledelsen og avdelingsledere fra Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF. Det er også foretatt intervjuer med sentrale personer innen interne og eksterne vikarbyrå. Intervjuene er foretatt i løpet av våren 2009. I intervjuene med informanter fra sykehusene var fokuset på motivasjonsfaktorer for bruk av vikarer og opplevde virkninger av denne bruken. Intervjuene av vikarbyråene hadde som formål å kartlegge hvilke priser man benytter ved utleie av vikarer, og også å få innsikt i omfang av bruken. Ved å intervjuer både sykehus og vikarbyrå, blir referansegrunnlaget forhåpentligvis også mer balansert.

3.1 Primærdata

Det empiriske grunnlaget i oppgaven er basert på kvalitative intervjuer. Dette er funnet hensiktsmessig av flere årsaker:

Først og fremst har det vært ønskelig å få svar på hva/ hvordan/ hvorfor-spørsmål. Disse blir bedre besvart ved hjelp av dybdeintervjuer enn gjennom mer kvantitative metoder. Ved kvantitative undersøkelser, ser man gjerne etter trender og korrelasjoner, og for slik å stadfeste hvorvidt et problem/en hypotese stemmer eller ikke. I vårt tilfelle undersøker vi et problem/tilfelle som allerede er definert. Ulike medier, samt sykehusenes egen ledelse har allerede uttalt at bruken av vikarer er for stor. Det kunne for så vidt vært interessant å forsøke å kartlegge akkurat hvor stor bruken er, og det vil vi til en viss grad forsøke i denne oppgaven. Hovedfokuset til oppgaven er imidlertid en diskusjon rundt selve bruken, hvor vi forsøker å si noe velbegrunnet om hvorfor sykehusene bruker eksternt innleide vikarer, altså hva er driverne bak denne bruken, hva er omfanget og hva er alternativene? Videre prøver vi å si noe om hvilke holdninger som eksisterer når det kommer til kostnadsbevissthet i forhold til vikarinneleie. Disse spørsmålene gjør at det er mer interessant å benytte dybdeintervjuer for å forsøke å få et mest mulig korrekt bilde av problemstillingen, i forhold til eksempelvis spørreundersøkelser, som trolig hadde gitt oss svar på det vi allerede har fått signaler om fra medier, sykehusledelse og andre interessenter – at bruken av vikarer er dyr, og at den er et problem.

Den andre begrunnelsen for hvorfor kvalitativ empiri har vært foretrukket, har vært mer praktisk betont. Vi har benyttet oss av det kontaktnettverket vi har hatt, og slik kommet i kontakt med nøkkelpersoner, både for vikarbyrå og sykehusadministrasjon. Vi har intervjuet 7 nøkkelpersoner, hvorav to av disse innehar sentrale posisjoner i to sentrale vikarbyråer i bransjen, mens de resterende 5 er representanter for, eller med erfaring fra de regionale helseforetakene, her begrenset til Helse Sør-Øst og Helse Vest. Avgrensingen har primært bakgrunn i tidsmessige begrensninger. Av de 5 representantene, er alle de tre kategoriene av sykehus inkludert; herunder offentlige sykehus og private ideelle sykehus. Det ble i tillegg foretatt en e-postkorrespondanse med en sentral person i et profittmaksimerende sykehus. Dette ble ikke forfulgt videre, da sykehuset ikke brukte innleide vikarer. Et dybdeintervju var dermed uinteressant. Det ble også gjort et kortere telefonintervju med en representant fra Norsk Sykepleierforbund. Fokuset i utredningen er statlige sykehus, og bruken av vikarer ved

disse. Hensikten med å intervju aktører fra private sykehus, vikarbyrå og fagforeningen, var å nyansere innsikten noe.

Videre er dybdeintervju formålstjenelig fordi det gjør det mulig å belyse problemstillingen mer detaljert og nyansert enn det som ville vært mulig i en kvantitativ undersøkelse, i form av for eksempel spørreundersøkelser. Et dybdeintervju gir også mer fleksibilitet med hensyn til å tilpasse spørsmålene for å oppnå en dypere forståelse av temaet enn om det skulle være foretatt en survey. Kvalitativ datainnsamling har også i følge Johannessen et al. (2004) stor fleksibilitet ved at forskeren kan la intervjuobjektene styre den informasjonen som kommer frem, og derigjennom lettere oppdage forhold som en ikke hadde tenkt seg på forhånd.

3.1.1 Valg av intervjuobjekter og tilgang til forskningsfeltet

Utvelgelsen av intervjuobjekter må foretas med utgangspunkt i strategiske vurderinger av hva det er interessant og verdifullt å gjøre en analyse av (Grønmo, 2004). Utvelgelsen av intervjuobjekter kan foregå på ulike måter. Det vesentlige er å velge ut enheter som bidrar til å skape størst mulig variasjonsbredde i datamaterialet, for dermed å øke informasjonsinnholdet (Grønmo, 2004). Utvelgelsen baseres på førforståelse, det vil si den forståelsen man har av teori, bransje, aktører og lignende *før* undersøkelsen settes i gang. Utgangspunktet for valget av intervjuobjekter var ønsket om å fokusere på personer som stod nær avgjørelsen om hvorvidt eksterne vikarer skulle benyttes eller ikke. Vi ønsket å kartlegge hvorvidt aktører helt sentralt mente det eksisterte retningslinjer på området, og hvorvidt ledere hadde samme forståelsen i den daglige driften. Bemanningsbyråer ble intervjuet i forsøk på å gi utredningen et mer nyansert bilde av problemstillingen.

De syv dybdeintervjuene vi gjennomførte hadde 1-1,5 times varighet, og ble gjennomført med utgangspunkt i intervjuguider utarbeidet i forkant av intervjuene. Informasjonsutvekslingen med det private profittmaksimerende sykehuset, og fagforeningen ble foretatt mindre formelt. Intervjuguidene for sykehusene har hatt likt utgangspunkt, og det samme gjelder for vikarbyråene – med enkelte tilpasninger. Vi betegner i all hovedsak representantene vi intervjuet som *intervjuobjekter*, men vil også omtale disse som *informanter*.

3.2 Sekundærdata

Empirien vi legger til grunn i utredningen, er hovedsaklig basert på dybdeintervju. I tillegg til disse, er det anvendt sekundære kilder. Blant sekundærkildene, er offentlige publikasjoner (NOVA- og FAFO, SAMDATA og SINTEF), bransjestudier, tidligere markedsundersøkelser og fagbøker.

Sekundærkildene har bidratt med viktig innsikt i en komplisert problemstilling, men det har vært en krevende prosess å forsøke å få datamateriale som bekrefter bruken av innleide vikartjenester på detaljert nivå. Det finnes ikke noe velfungerende og åpent register på dette, og det har ikke lyktes oss å få tak i gode data fra vikarbyråene. Tall fra Brønnøysundregisteret på årsverk viste seg raskt å være utdaterte eller uriktige, og dermed ubrukelige til vårt formål. Vikarbyråenes databaser opererer med antall aktive vikarer, og ikke årsverk. Etersom vikarer kan være registrert i flere register, og arbeider i svært sprikende stillingsbrøker, - gir vikarbyråenes registre ikke tilstrekkelig pålitelig informasjon. NHO Service fører årsstatistikker for bemanningsbransjen. Data gjort tilgjengelig gjennom deres nettside, har bidratt til noe innsikt, selv om dette har vært på et forholdsvis aggregert nivå. Det må presiseres at statistisk materiale fra NHO Service baserer seg på deres medlemsbedrifter. NHO Service organiserer bemanningsbransjen, og deres medlemmer står for nær 90 % av omsetningen i bransjen, som omfatter nesten 100.000 ansatte. Dermed kan datamaterialet sies å gi et tilfredsstillende, om enn ikke fullgodt bilde av virkeligheten. Even Hagelien fra NHO Service har for øvrig bidratt med noe supplerende data. Dette datamaterialet forbedret innsikten ytterligere på aggregert nivå, men er likevel ikke utfyllende på detaljnivå for helse - og omsorgsbransjen. Det som anvendes av kvantitative data, er dermed basert på allerede eksisterende materiale, og beste estimerer der ingen informasjon var å oppdrive.

3.3 Metodekritikk

Det kan diskuteres hvorvidt kildegrunlaget er tilstrekkelig for å få et best mulig bilde av problemstillingen. Det kan være elementer og sammenhenger vi ikke har fått frem i vår datainnsamling som kunne ha bidratt med ytterligere innsikt i tematikken. Eventuelle feilkilder kan spores tilbake til vårt begrensede antall respondenter. Dersom tiden og tilgjengeligheten på informasjon hadde tillatt det, kunne det derfor vært ønskelig med flere

intervjuobjekter. På den annen side, er det usikkert om flere informanter kunne gitt ny kunnskap utover den vi allerede hadde innhentet, da svarene vi fikk var lite sprikende.

Det kunne vært interessant å i tillegg få til noen kortere intervjuer med ansatte på lavere nivåer i hierarkiet, slik at svarene fra nøkkelpersonene i ledelsen kunne underbygges på en mer solid måte. Valg av intervjuobjekter var basert på vår forståelse av teori, bransje og aktører før undersøkelsen satt i gang. Da vi begge har bakgrunn fra økonomistudier og begrenset kunnskap om den aktuelle bransjen, kan valg av intervjuobjekter kanskje ha vært noe uheldig. En metodetilnærming basert både på kvantitative og kvalitative undersøkelser kombinert, kunne derfor ha dannet et bedre analysegrunnlag. Dersom vi hadde benyttet oss av en kvantitativ undersøkelse i form av en spørreundersøkelse, kunne vi på forhånd blitt kjent med både bransjen og spesielle interesseområder før vi utarbeidet intervjuguiden til dybdeintervjuene. Vi kunne da ha lagt svarene fra spørreundersøkelsen til grunn i utvelgelsen av både intervjuobjekter og spørsmål. Dersom tiden hadde tillatt det, ville vi vurdert denne framgangsmåten nærmere.

Uavhengig av hvilken metode for datainnsamling en velger, må en ta hensyn til aspektene validitet og reliabilitet. Det har derfor noe for seg å kommentere dette i det følgende:

Validitet

Et sentralt spørsmål er i tråd med Johannessen et. al. (2004) hvor godt data representerer virkeligheten. Dette betegnes i forskningslitteraturen som validitet. Det skilles mellom indre og ytre validitet. Indre validitet handler om i hvilken grad forskerens funn på en riktig måte reflekterer virkeligheten. Spørsmålet vil derfor være om det som fremkommer under intervjuene faktisk reflekterer hvordan og hvorfor vikarer brukes i praksis.

En begrensning ved oppgaven er at den i stor grad bygges på kvalitative intervjuer, noe som gir rom for subjektive meninger. Dette gjelder spesielt hvis intervjuobjektene har vært initiativtaker for etablering av sykehusinterne vikarpool, eller på annen måte arbeidet tett på problemstillingen. I disse tilfellene vil meningene deres være farget av dette. Det kan til en viss grad rettes opp ved at det også er intervjuet informanter som ikke står like nært avgjørelsene om hvorvidt vikarer skal tas i bruk, og som ikke har vært direkte involvert i arbeidet med å utvikle rutiner og sette føringer på området. Det er videre en fare for at

intervjuobjektene forsøker å fremstille hvordan bruken av vikarer bør være i praksis i stedet for hvordan bruken faktisk er. Det er imidlertid rimelig å anta intervjuobjektene forsøker å gi et mest mulig realistisk bilde av den faktiske bruken. Dette særlig fordi det ble gjort klart at deres uttalelser ville bli anonymisert i utredningen.

Ytre validitet innebærer å se på om de resultatene som fremkommer i studien kan overføres, og i tilfelle til hvem eller hva (Johannessen et al., 2004). I denne studien knyttes dette først og fremst til om resultatene kan overføres til andre sykehus i Norge. Det er knyttet usikkerhet til hvorvidt informasjonen som kommer fram i intervjuene er overførbare til andre sykehus og sykehussektoren som helhet. Ettersom en vil se mange av de samme rutinene ved de fleste sykehus i Norge, kan en likevel tenke seg at flere av observasjonene er gyldige for de øvrige helseforetakene. Dette henger sammen med at føringer fra sentrale lover, forskrifter og andre retningslinjer, er de samme. Vi har valgt å holde oss til Norges to største Helseforetak og antar, med en viss forsiktighet, at de tendensene som fremkommer her også vil være valide for resten av sykehussektoren.

Reliabilitet

Et grunnleggende spørsmål i forskning er hvor pålitelig data er. Reliabilitet knytter seg til undersøkelsens data, hvilke data som brukes, den måten de samles inn på, og hvordan de bearbeides (Johannessen et al., 2004). Kvaliteten på intervjuene er sikret ved at intervjuene utføres av to personer, hvor den ene noterer mens den andre stiller spørsmålene. I tolkningen av data er det lagt vekt på å ikke ta sitater eller argumenter ut av sammenhengen, men de er forsøkt framstilt så korrekt som mulig. Det vil imidlertid alltid være en viss subjektivitet i en tolkning. For å sikre ytterligere reliabilitet dobbeltsjekkes sitater med intervjuobjektene for å unngå misforståelser og uklarheter. I denne prosessen ble deler av intervjuene endret på bakgrunn av tilbakemeldingen fra intervjuobjektene. Det ble fullt ut tatt hensyn til denne tilbakemeldingen. I stor grad gjaldt dette språklige korrigeringer og presiseringer.

Målefeil

En må videre være ydmyk for at data som legges til grunn i en analyse, - eller fungerer supplerende til primærdata, kan inneha målefeil. Datamaterialet fra NHO Service dekker som sagt 90 % av bemanningsbransjen, over alle sektorer. Vi har liten kunnskap til hvordan datainnsamlingen har skjedd, eller med hvilket formål undersøkelsen gjennomføres. Vi har

heller ingen mulighet til å kontrollere dataenes robusthet. NHO Service bidrar imidlertid med den mest utførlige statistikken vi har fått tilgang til på dette området.

4. DEL IV HOVEDDEL

4.1 *Bakteppe for diskusjonen*

I det følgende vil vi presentere stoff som er med på å skape et bakteppe, eller en plattform for videre diskusjon. Denne inndelingen har to formål;

1. Belyse problemstillingen ut fra et generelt ståsted
2. Sette leseren inn i bransjespesifikke forhold.

Vi vil først foreta begrepsavklaringer og en presentasjon av konkrete føringer på bemanningsbransjen. Videre kommer vi inn på en generell diskusjon av motiver for bruk av atypisk arbeidskraft, samt omfanget av bruken. I forlengelsen av dette, vil vi ta i bruk relevant teori og empiri for å forsøke å besvare problemstillingen.

4.1.1 *Begrepsavklaring*

I en organisasjon, eksisterer det ofte flere ulike bemanningsoppskrifter, og flere av stillingstypene kan lett forveksles med hverandre. Under følger derfor en presisering av de stillingstypene som er mest sentrale for denne oppgaven:

Merarbeid – Ansatte beordres til å ta lengre eller flere vakter en hva som i utgangspunktet er blitt avtalt. Alminnelig arbeidstid regnes etter Arbeidsmiljøloven (§ 10-6) til å være 9 timer i løpet av 24 timer og 40 timer i løpet av 7 dager. I tilfeller med skiftarbeid, søndagsarbeid, arbeid om natten m.m., vil alminnelig ukentlig arbeidstid fremgå av arbeidsavtalen. Ved tariffavtale kan den alminnelige arbeidstiden være gjort kortere, for eksempel 37,5 timer pr. uke. Den enkelte arbeidstaker kan også ha avtale med arbeidsgiver om redusert arbeidstid. Dersom det blir arbeidet utover tariffavtalens grense for avtalt arbeidstid, men innenfor lovens grense for alminnelig arbeidstid, vil dette regnes som merarbeid (Arbeidstilsynet).

Overtid – Overtid i lovens forstand, handler om arbeid utover alminnelig arbeidstid, men at: ”Arbeid utover avtalt arbeidstid må ikke gjennomføres uten at det foreligger

et særlig og tidsavgrenset behov for det” Arbeidsmiljølovens § 10-6, 1. ledd. I overtidsbestemmelsens 11. ledd, heter det for øvrig at det, utover normal lønn, skal betales et overtidstillegg på minst 40 % av alminnelig lønn.

Fast ansatt – er ansatte på heltid eller deltid i ulike stillingsprosjenter. Fast ansettelse på hel – og deltid som utgangspunkt har vært den foretrukne rekrutterings – og bemanningsløsningen. Ansettelsen er ubegrenset i varighet, og er regulert av arbeidsmiljølov og oppsigelsesvern. Denne arbeidsformen har dessuten vært den foretrukne fra fagforeningenes side. Juridiske, avtalefestede og normative forhold gjør dermed at ansettelser i stor grad skjer fast. (Skjælaaen, 2005).

Midlertidig ansatt – Arbeider som er ansatt direkte av arbeidsgiver, men for et begrenset tidsrom. Arbeidstaker engasjeres som følge av eksempelvis permisjoner, lengre sykemeldinger eller vakanser av andre årsaker.

Innleid vikar – Kjennetegnes ved at det er involvert tre parter i ansettelsesforholdet – Innleier, som organiserer arbeidet, utleier som har det formelle arbeidsgiveransvaret (vikarbyrå) og ansatt som arbeider og mottar lønn(vikar). Arbeidsforholdet består typisk i at utleier stiller vikaren til innleievirksomhetens disposisjon for en viss tidsperiode. (T. Nesheim 2002)

Vi kan trekke et hovedskille mellom to kategorier:

1. Arbeidstakere som er engasjert i et topartsforhold; oppdragsgiver og arbeidstaker.
2. Arbeidstakere som er engasjert i et trepartsforhold; vikarbyrå, oppdragsgiver og arbeidstaker/vikar

Det er denne siste kategorien av arbeidsforhold vi setter fokus på i denne utredningen.

4.1.2 Lovverk, og andre føringer på inn- og utleie av arbeidskraft

En fremstilling av lovverket som regulerer bemanningsbransjen er hensiktsmessig for å skape en ramme rundt problemstillingen. I en slik sammenheng, har det også noe for seg å se kort på hvilke overordnede målsetninger som er uttalt for helsesektoren.

Mål og prinsipper for den norske helsetjenesten – et overordnet perspektiv

Det første egentlige forsøket på en samlet målbeskrivelse for helsetjenesten i landet finnes i Stortingsmelding nr. 9 (1974–75), - her ble prinsippet om at en skal fokusere på problemløsning på laveste effektive omsorgsnivå i helsevesenet – innført (regjeringens nettsider). Stortingsmelding nr. 41 (1987–88) presenterte hovedmålene for helsesektoren. Blant disse var *rimelig ressurstilgang* og *effektiv ressursutnyttelse*. Det ble dessuten fastslått at det er hensiktsmessig at helsetjenesten er et offentlig ansvar, noe som kommer til uttrykk i årlige bevilgninger til sektoren uavhengig av politisk farge og overbevisning på regjerende politiske partier. Videre representerer Stortingsmelding nr. 26 (1999–2000) og Nasjonal helseplan (2007–2010) fokuset på kvalitet og medbestemmelse, og fokuset på *prioritering* fremstår som stadig viktigere (ibid).

Arbeidsmiljøloven og Tjenestemannsloven

Pre 2000 var det ikke tillatt å drive med inn – og utleie av helsepersonell. Forbudet gjaldt stort sett alle bransjer. Kun i enkelte sektorer var innleie og utleie av arbeidskraft tillatt. I forkant av lovendringen, var det debatt om hvorvidt statens monopol på formidling av arbeidskraft skulle oppheves. Sykepleierforbundet var en av motstanderne av det nye lovforslaget. De mente liberaliseringen ville utgjøre en forverring av sykepleiernes arbeidstilbud, samt at ressursforbruket i helsesektoren ville øke (Store norske leksikon). Bedrifter som har som formål å drive med utleie av arbeidskraft (utleiebedrifter) kan nå leie ut alle typer arbeidskraft. Lovgivningen rundt innleie/utleie av arbeidskraft reguleres av arbeidsmiljøloven. Unntaket er imidlertid innleie til statlig virksomhet, - her gjelder Tjenestemannsloven § 3A og 3B. Loven sier at innleie av arbeidskraft fra firma som har som formål å drive utleie, er tillatt i samme utstrekning som at tjenestemann kan tilsettes for et bestemt tidsrom eller som vikar. Liberaliseringen åpnet i utgangspunktet for en sterk tilvekst av bemanningsbyråer innen alle sektorer hvor dette var etterspurt.

Arbeidsmarkedsloven

Videre er bemanningsbransjen regulert av Arbeidsmarkedsloven, hvis angir visse betingelser virksomheter som driver med utleie må oppfylle. Betingelsene er nedfelt i § 27 i Arbeidsmarkedsloven, og sier blant annet at utleievirksomhet ikke har adgang til å redusere muligheten for at arbeidstaker kan ta permanent arbeid hos innleier etter at ansettelsesforholdet hos utleier (vikarbyrå) er avsluttet. Dette er en rimelig bestemmelse, som har bakgrunn i at det skal være mulig for arbeidstaker å velge fast kontrakt dersom han/hun ønsker det. Arbeidsmarkedsloven sier videre at utleievirksomhet ikke kan leie ut arbeidstaker til en av arbeidstakers tidligere arbeidsgivere før det har gått minst 6 mnd siden ansettelsesforholdet mellom disse opphørte. Til slutt heter det i lovens § 27 pkt 3, at utleievirksomhet ikke har adgang til ”å kreve betaling av arbeidstakeren for utleietjenester”.

Forskrift om bemanningsforetak

I tillegg til den rene lovgivningen, legger myndighetene, representert ved offentlige utvalg, stadig føringer på hvordan Helse-Norge forvalter tildelte ressurser. Forskrift om bemanningsforetak, vedtatt 4.juni 2008, skisserer en rekke krav til bemanningsbransjen. Blant disse gjelder at ethvert bemanningsforetak har meldeplikt til arbeidstilsynet, er registrert hos skattemyndighetene, stiller en viss bankgaranti, og er registrert i enhetsregisteret. I tillegg fremgår det av forskriften at Arbeidstilsynet skal opprette et register over bemanningsforetak som oppfyller ovenstående bestemmelser, og dette registeret skal være offentlige.

Regulering av innkjøp (LOA/FOA og HINAS)

Bruken av vikartjenester i de regionale helseforetakene har vekket oppmerksomhet i den administrative og politiske ledelsen. Fokuset har bakgrunn i både kvalitetshensyn og kostnadshensyn. I 2004 fant Statens Helsetilsyn at 45 % av 44 gjennomgåtte tilsynssaker gjaldt personell som var ansatt i vikarbyrå (Dagens Medisin, 16/06). Videre er det satt søkelys på merkostnadene slik innleie medfører. Med bakgrunn i et ønske om økt kontroll over markedet og større grad av kvalitetssikring av helsevikarer, ble det utlyst en nasjonal anbudskonkurranse, i regi av Helseforetakenes Innkjøpsservice (HINAS).

Anbudskonkurransens gjaldt kjøp av vikartjenester for de fire helseregionene; Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst. I lys av Lov og Forskrift om offentlige anskaffelser (LOA/FOA), var dessuten anbudskonkurransen høyst betimelig. Innkjøp av

vikartjenester som overskrider en viss størrelsesorden i kostnader, krever at man som offentlig aktør tilfredsstiller regelverket ved å utlyse konkurranse rundt anskaffelsen.

Helsepersonelloven

Helsepersonelloven har som formål å bidra til økt sikkerhet for pasienter, og økt kvalitet på de tjenester som tilbys innen helsevesenet. Dette skal igjen bidra til økt tillitt til helsepersonell og helsetjenesten generelt. Loven omhandler plikter og rettigheter for helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i Norge, og stiller krav til helsepersonellens yrkesutøvelse. Dette omfatter blant annet mulighetene til å benytte medhjelpere, taushetsplikt og øyeblikkelig hjelp. Særlig interessant er lovens § 14 om beordring av helsepersonell til vaktordninger, hvor det heter at departementet (herunder helseforetaket) har rett til å bestemme at ansatte må delta i vaktordning på stedet de bor eller arbeider. Loven gjelder også vilkår for å få autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. En må følgelig ha gyldig autorisasjon for å få benytte medisinske yrkestitler.

4.1.3 New Public Management – en styringsfilosofi i offentlig sektor

Den norske helsesektoren har lang tradisjon som en robust del av offentlig sektor. I de senere år, har det imidlertid ligget til grunn et effektiviseringsfokus i den offentlige tjenesteytingen. Dette skjedde i lys av at det tradisjonelle synet på offentlig sektor har endret seg fra kun å tjene offentlig interesser, til å fokusere mer på bedrifts- og markedsøkonomiske styringsprinsipper, samt strategisk ledelse. *New public management* (NPM) er et samlebegrep som brukes om de fleste OECD-landenes arbeid mot å effektivisere og omstrukturere offentlig sektor.

NPM – tankegangen innebærer økt innpass av målstyring, med resultatmål, resultatrapportering, - og mer incentivbasert system. NPM setter effektivitet og kostnadsbruk i fokus for organisering av offentlig sektor, og kan derfor sies å være et uttrykk for verktøyperspektivet. Tanken var at NPM skulle gjøre det mulig å tilby mer kostnadseffektive offentlige tilbud enn tidligere, uten at dette kom i konflikt med andre mål for virksomheten. Hood (1995) klassifiserer NPM i sju elementer som markerer utviklingen fra tradisjonell offentlig økonomistyring. For det første er det snakk om en mer *synlig, aktiv og profesjonell*

toppleidelse. For det andre har det blitt tatt i bruk *klare og forhåndsbestemte prestasjonsmål* i styringen av offentlige organisasjoner. For det tredje skulle det være større tyngde i fokuset på resultater. For det fjerde har det funnet sted en *avhierarkisering og desentralisering* ved at offentlige organisasjoner deles inn i mindre organisasjonsenheter med tydeligere definerte oppgaver. For det femte har det vært *større innpass av konkurranse* både internt i enheter og avdelinger, og mellom private og offentlige organisasjoner, og således har man merket tilstedeværelsen av et marked i større grad en tidligere. For det sjette er det tatt i bruk *ledelsesteknikker og styringsideer som er hentet fra privat sektor*. Og til sist har det også vært større fokus på *effektiv ressursutnyttelse* (Monsen, 2008).

I 2002 fant det sted en overgang fra fylkeskommunalt eierskap, til statlig finansiering og eierskap av sykehusene (Ot.prp. nr 66, NOU 2006:5). Sykehusreformen styrker sentrale myndigheters overordnede ansvar og kontroll, samtidig som den representerer et desentralisert ledersystem (Læg Reid et al., 2005). På denne måten kan kanskje reformen sies å være et uttrykk for NPM-tankegangen.

Også personalpolitikken skulle gjennomgå endringer, her i form av større fokus på kontrakter, prestasjonslønn og større innpass av midlertidige ansatte (Øgård 2004). Deregulering og utkontraktering er således konsepter som passer inn under NPM-filosofien.

NPM har imidlertid møtt kritikk fra flere hold. Statsvitere fremholder gjerne at fokuset på resultatmål fungerer godt i virksomheter hvor uttalt mål er profittmaksimering. I offentlig sektor er målene flere og mindre tydelige, og dermed blir NPM uheldig som styringsfilosofi. Kritikere fremholder videre at det demokratiske innsynet, samt kontrollmulighetene er svekket. Dette skjer, fremholder de blant annet ved at en innfører forretningsregnskap i offentlig sektor, noe som bidrar til en tendens mot ”selskapifisering” av offentlige organisasjoner (Trygstad, 2008).

4.1.4 Motiv og behov for bruk av atypisk arbeidskraft - herunder innleide vikarer

Bruk av innleid arbeidskraft er ikke særegent for helsesektoren. Mange bransjer opererer med innslag av variabel arbeidsstokk, som også omfatter innleie av vikarer. Intuitivt er dette en fordyrende prosess, da det inkluderer flere aktører som skal ha tilstrekkelige marginer. Jo flere ledd i verdikjeden, - jo dyrere sluttprodukt. Denne problemstillingen ble så vidt berørt med utgangspunkt i Coase's (1937) artikkel om transaksjonskostnader, under avsnittet om "outsourcing som fenomen". Markedet vi ser på i denne utredningen er intet unntak hva angår pris - vikartimer anskaffet i et trepartsforhold vil nødvendigvis være dyrere enn vikartimer skaffet til veie direkte av sykehuset.

Et forenklet tankeeksperiment; Hvis vikaren skal ha tarifflønn, vil det i et topartsforhold koste arbeidsgiver(innleier) tarifflønn. Trekker vi inn en tredjepart (vikarbyrå), vil det nødvendigvis måtte eksistere et incentiv for at vikarbyrået skal administrere dette ansettelsesforholdet. Incentivet må eksistere i form av en margin. Innleier må dermed betale tarifflønn og en mark-up til vikarbyråer, som skal dekke sine kostnader. I dette forenklete tankeeksperimentet, virker det ulønnsomt for virksomheten å leie inn vikar via vikarbyrå.

Hvorfor velger så virksomheter å leie inn kapasitet, fremfor å engasjere på mer tradisjonelle, midlertidige kontrakter – med andre ord; hvorfor velger virksomheter å gå via en tredjepart for å skaffe arbeidskraft? Vi vil i det følgende prøve å belyse enkelte motivasjonsfaktorer for hvorfor bedrifter likevel velger å benytte seg av vikarer.

Brostein (1991) gjennomgikk arbeidsgiverundersøkelser for vest-Europa, og fant følgende tre overordnede motivasjonsfaktorer: *midlertidig erstatning* - som følge av sykdom eller lignende; *besittelse av sporadiske stillinger* - som kortvarige stillinger med forbigående behov for kompetanse eller behov for ekstra kapasitet i peak-perioder; og til slutt *utprøvelse* - håp om at midlertidig ansatte kan fylle en åpen stilling på permanent basis. Atkinson et al. (1996) påpeker, med bakgrunn i en undersøkelse blant bedrifter i Storbritannia, følgende begrunnelser for å ansette på midlertidig basis: Dekke inn for fravær som følge av fødselspermisjon (37,8 %); dekke inn fravær som følge av ferie eller sykdom (59,4 %); sørge for full dekning i perioder med peak i etterspørselen (63,3 %); utføre plutselig oppstående og forefallende oppgaver (on-off tasks) (39 %); vurdering før fast ansettelse (20,2 %). I følge en

undersøkelse gjort av Abraham (1988), blant Amerikanske bedrifter som anvendte midlertidige ansatte, oppgav 79 % minst en motivasjonsfaktor som faller innenfor samlebegrepet ”variasjoner i etterspørselen”. 88 % oppgav minst en motivasjonsfaktor relatert til variasjoner i tilgangen til arbeidskraft, og 16 % oppgav utvelgelse av faste ansatte som motivasjonsfaktor. Både Atkinson et al. (1996) og Abraham (1988) gav bedriftene muligheten til å krysse av for flere alternativer. Prosentene angir derfor antallet av respondentene som krysset av for den aktuelle motivasjonsfaktoren, og summeres følgelig til mer enn 100 %.

Houseman (2000) presenterer en arbeidsgiverundersøkelse fra USA hvor de mest nevnte motivasjonsfaktorene var: for å gi assistanse på tidspunkt med uforutsett økning i arbeidsmengde (52 %); for å fylle en ledig stilling fram til en ny fast ansatt var på plass (47 %); for utvelgelse av kandidater for fast ansettelse (21 %). Den samme undersøkelsen forteller at 43 % av selskapene som benytter seg av midlertidig ansettelse ”ofte” eller ”av og til” ga den midlertidig ansatte en permanent stilling, selv om vedkommende i utgangspunktet ikke var en del av en utvelgelsesprosess.

Undersøkelser gjort på motiver for bruk av korttidsarbeidskraft i Norge er svært fåtallige. Olsen og Thorps undersøkelse, gjennomført for Institutt for Samfunnsforskning i 1998, kan likevel hjelpe oss å kaste noe lys over fenomenet på nasjonalt nivå. Undersøkelsen tok for seg motiver for bruk av innleid arbeidskraft og tjenesteleverandører. De kom da fram til følgende resultater:

Tabell 1: Antall virksomheter som benytter disse ordningene i prosent av alle virksomheter*

	Alle	Privat	Offentlig
Fravær blant fast ansatte	18,9	23	11
Sesong	13,9	18,4	5,3
Arbeidstopper/nye oppdrag	17,9	22,9	8,6
Tidsbegrensede prosjekt	16,9	19,5	11,8
Spesialkompetanse	18,9	21,1	15,0
Prøve ut folk	5,7	8,1	1,2
Unngå fast ansatte	7,9	9,9	4,1

* Alle virksomheter – alle bransjetyper. Den enkelte virksomhet kan oppgi flere motiver.

Tallene er basert på virksomheter i 1996. Oversikten kan således sies å være noe foreldet, da mye har skjedd i lovgivningen på dette området siden den tid. Til tross for at omfanget av innleien har økt betraktelig siden den gang, særlig som følge av liberaliseringen av dette markedet, velger vi likevel å anta at motivene for innleie er noenlunde like. Det må for øvrig påpekes at økt tilgang på innleide vikarer kan ha forårsaket en vridning i motivene bak bruken. Dette er imidlertid det nærmeste vi kommer å tallfeste motivasjonsfaktorer for innleie av arbeidskraft i Norge.

Av tabellen ser vi at fravær representerer den viktigste årsaken til innleie for privat og offentlig sektor samlet. Våre undersøkelser støtter disse funnene. Skiller vi mellom de ulike sektorene, finner vi at fravær er viktigere som forklaring for private virksomheter enn det er for offentlig sektor. Videre er behov for spesialkompetanse og sykefravær like tungtveiende forklaringsfaktorer for bruk av innleide vikarer i private bedrifter. Behov for spesialkompetanse er et hovedmotiv også i offentlig sektor, i følge undersøkelsen. Her kan vi tenke oss innleie av konsulenter, eller spesialkompetanse i form av leger eller spesialsykepleiere. I offentlig sektor ser det ikke ut til at sesongsvingninger og arbeidstopper representerer like tungtveiende motiver for bruk av innleid arbeidskraft. Enkelte virksomheter oppgir i denne undersøkelsen flere grunner for bruken; eksempelvis innleie av spesialsykepleier ved sykefravær – motivet er i så tilfelle både sykefravær, og behov for spesialkompetanse. Det kan videre tyde på at økt tilgang på innleid arbeidskraft har ført til at det faktisk har skjedd en vridning i motivene bak bruken av innleid arbeidskraft.

Alt i alt, fleksibilitet, både relatert til svingninger i markedsetterspørsel og tilgang på arbeidskraft – herunder både kapasitet og kompetanse, ser ut til å være den viktigste årsaken til hvorfor bedrifter generelt bruker midlertidig ansatte. Midlertidig ansettelse som ledd i en rekrutteringsprosess er også relevant. Den relative vekten av disse ulike motivasjonsfaktorene avhenger av de institusjonelle omstendighetene.

4.1.5 Bruk av eksterne vikarer i Norge – omfang og utbredelse

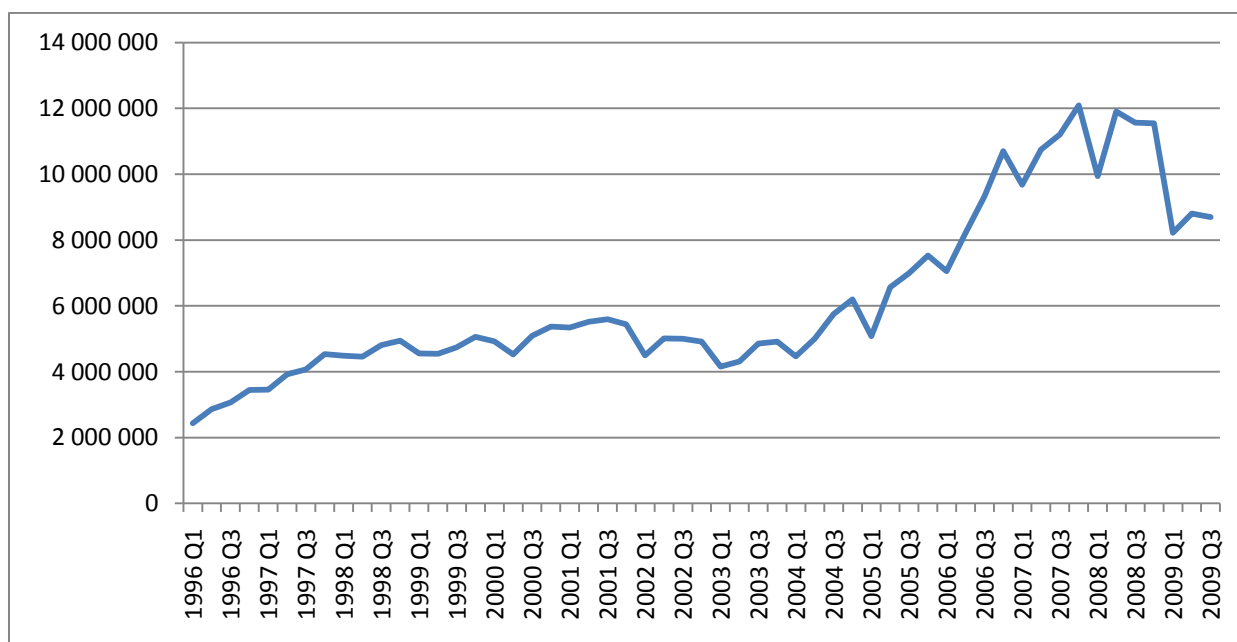
Generelt – over alle sektorer

Det finnes ikke noen enkel måte å anslå omfanget og utviklingen av arbeidsutleie/innleie i norsk arbeidsliv idag. Først og fremst fanges ikke utleie mellom produksjonsbedrifter opp av

samme typen statistikk/dataregistre. Videre er utleieforhold ofte ganske kortvarige, noe som betyr at det vil være betydelige forskjeller på antall personer som har vært utleid i løpet av et år og antall som på et gitt tidspunkt er utleid.

Nergaard og Nicolaisen gjorde i 2002 (like etter ny lovgivning) en undersøkelse for Fafo på utleie av arbeidskraft hvor de anslo at i overkant av én prosent av lønnstakere, eller i overkant av 22 000 lønnstakere, i 2001 var utleid av et vikarbyrå.

NHO Service ved Even Hagelien har utarbeidet en årsstatistikk for bemanningsbransjen for 2008. Rapporten viser en samlet omsetning for bemanningsbransjen i 2008 på 13,5 milliarder kroner, hvilket utgjør 44 948 302, eller ca 45 millioner utfakturerte timer. Dette igjen utgjør ca 25.000 årsverk³. 88 % av dette genereres fra privat sektor, mens offentlig sektor står for de resterende 12 %. Samme undersøkelsen viser at 1,02 % av alle sysselsatte, over alle bransjer arbeidet gjennom bemanningsbransjen. På bakgrunn av oppdaterte tall, estimerer vi antall utleide vikarer i 2009 til å være 1,01%⁴ av sysselsatte. Basert på oppdaterte tall for 2009 (NHO Service, - Even Hagelien), kan vi se følgende utvikling i utfakturerte timer for bransjen fra 1996 – 2009, 3.kvartal:



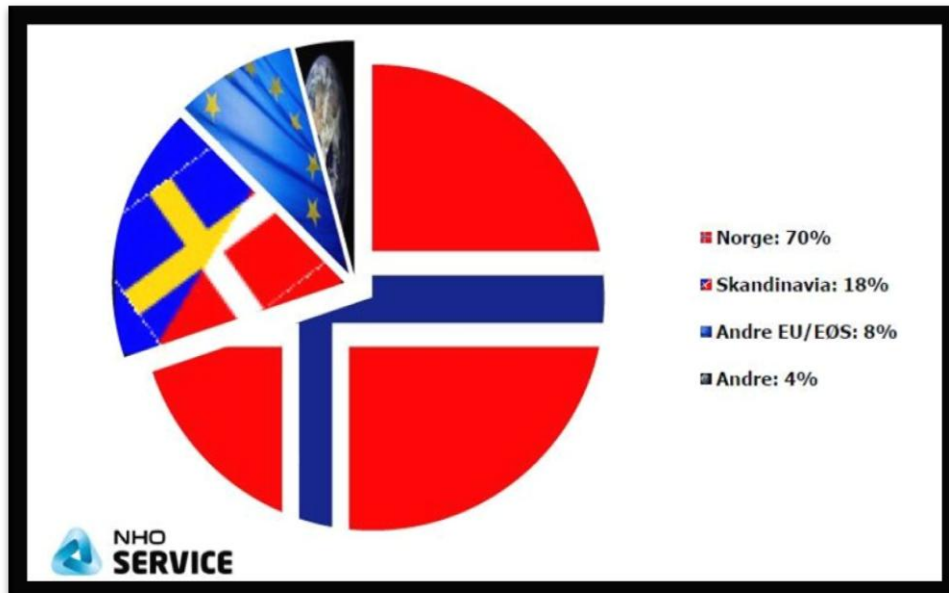
Figur 5: Utfakturerte timer per kvartal, over alle yrkesområder

³ Utfakturerte timer, dividert på 1780 timer for ett årsverk

⁴ Antall sysselsatte årsverk i bemanningsbransjen, dividert på antall sysselsatte årsverk totalt – gjennomsnittlig penetrasjonsgrad for 1.-3.kvartal 2009 (NHO Service v/Even Hagelien)

En kan se at utfakturerte timer øker over tid. Økningen er spesielt markant fra slutten av 2004 til slutten av 2009. I 2009 har bemanningsbransjen opplevd en nedgang, noe som trolig må sees i sammenheng med konjunkturelle forhold i kjølvannet av finanskrisen høst 2008. Særlig gjelder dette for utleide vikarer til bygg – og anleggsbransjen. For utleie til offentlig sektor, er det naturlig å tro at nedgangen ikke har vært like markant, da konjunkturelle forhold ofte har mindre innvirkning her.

Videre avdekkes det i undersøkelsen til NHO Service, at 70 % av de sysselsatte gjennom bemanningsbransjen er norske. 17,6 % er vikarer fra Skandinavia, 8,4 % kommer fra andre EU eller EØS-land, mens 4% er fra øvrige land.



Figur 6: Bemanningsbransjen, vikarenes nasjonalitet (NHO Service)

4.2 Vikarene og markedet for helsetjenester

Vi har nå presentert et bakteppe for videre diskusjon, og sett på drivere bak og omfang av vikarbruk på generell basis. Dermed kan vi gå videre til en mer spesifikk vurdering av vikarinneleie i sykehussektoren:

4.2.1 Motiv for bruk av helsevikarer – interne drivere

Undersøkelsene vi tidligere har referert til gjelder arbeidsmarkedet generelt. Spørsmålet vi nå ønsker å belyse er hvorvidt resultatene kan la seg overføre til også å gjelde sykehussektoren. Driften av et sykehus er ikke lagt opp til normal organisering av arbeidet, med en stabil arbeidsstokk og fast arbeidsdag. Arbeidstiden på et sykehus er ikke over kl 17, ettersom pleietrengende pasienter gjør det nødvendig å tilrettelegge for oppfølging hele døgnet. Det er heller ikke slik at pasienttrykket til enhver tid er likt, - noen perioder kan være preget av færre innleggelser og behandlinger, mens andre kan kreve mer enn full kapasitet.

Et sykehus er i tillegg en arbeidsintensiv institusjon. Behandlingen av pasienter krever et stort antall leger, sykepleiere, hjelpepleiere og annet personell. Sykehus har et behov for bemanning utover hva private bedrifter behøver å engasjere. Drift som opprettholdes 24 timer i døgnet, 365 dager i året, er vanskelig å kombinere med arbeidstakere som ønsker å jobbe 5 dager i uken, ikke i helg og helst på dagtid. Samtidig setter arbeidsmiljøloven og fagorganisasjoner klare begrensninger på hvor mye hver arbeidstaker får lov til å arbeide. Samlet sett, skaper dette store utfordringer ved personalplanlegging og turnusplaner. Som en illustrasjon på problemstillingen, ble vi i et intervju presentert med følgende eksempel:

I følge arbeidsmiljøloven, må arbeidstakers turnusordning tilpasses slik at det ukentlige fridøgnet, minst hver tredje uke, faller på en søndag eller helgedag (Arbeidsmiljøloven §10-8). De informantene vi har intervjuet, fremholder for øvrig at praksis ved sine respektive sykehus, er slik at man ikke kan jobbe oftere enn hver tredje helg. For å få turnusplanen til å gå opp må man da ha et visst antall ansatte. Hvis man ser for seg følgende bemanningsbehov for helg på en avdeling (tallene angir nødvendig antall sykepleiere på jobb):

	Lørdag	Søndag
Dagvakt	5	5
Senvakt	4	4
Nattevakt	2	2
	11	11

Dette er *minimumsbemanning* i helg, og utgangspunktet for å sette opp turnusplanen. Avdelingen er altså avhengig av 11 personer for at vaktene den helgen skal dekkes. Har man da en turnus på 3 uker, må dette antallet multipliseres med tre. Dette betyr at man er avhengig av en arbeidsstokk på minimum 33 personer. Med stadig strengere budsjetter⁵ og nedbemanninger blir dette vanskelig å få til. Hvis samme avdeling bare har 28 fulltidsansatte, mangler det 5 personer bare for å dekke minimumsbemanningen. Alternativet blir da å engasjere flere deltidsansatte. Dette igjen byr på utfordringer, da det generelt ikke er ønskelig å jobbe i en deltidsstilling. Til tross for dette, gitt at man for eksempel har 3 personer tilgjengelig gjennom deltidsstillinger, står det fremdeles 2 stillinger igjen å besette. Informantene påpeker at de fleste turnusplaner lages i god tid (gjerne 6 måneder i forveien), og må godkjennes av fagforening gjennom den tillitsvalgte før den tas i bruk. Fagforeningen tillater imidlertid ikke slike vakanser – gjerne kalt ”hull” i turnusplanen.

Dette stiller store krav til personalplanleggingen, - særlig i perioder hvor bemanningsplanene er sårbare for fravær. Helger, ferieavviklinger og etterspørselstopper som influensaepidemier eller annet, er perioder hvor driften er sårbar for fravær blant de ansatte, eller krever ekstra arbeidskraft utover ressursene som allerede er stilt til disposisjon. Her er det aktuelt med overtid, merarbeid, eller eventuelt å ta kontakt med vikarer – herunder egne eller innleide. Samtlige av våre informanter bekrefter at etterspørselen etter atypisk arbeidskraft i hovedsak har sitt utspring i denne type problematikk. Dette avviker noe fra Olsen og Thorps undersøkelse fra 1998 om motiver for bruk av korttidsansettelser, hvor de finner at sesongsvingninger og arbeidstopper ikke er de viktigste motivene for slik bruk. I undersøkelsen fra 1998, ble det imidlertid presisert at den enkelte virksomhet kunne oppgi flere grunner til hvorfor de benyttet korttidsansettelser. Dette kan forklare avviket. Videre ser vi her på sykehussektoren spesielt, mens Olsen og Thorps undersøkelse har et mer generelt tilsnitt.

Problemstillingen eksempelet ovenfor illustrerer, er at heltidsstillingene på avdelingene alene ikke er tilstrekkelig for å dekke timebehovet i turnusplanen. Føringer fra lovverk og i neste rekke fagforeninger, er lite forenelig med måten et sykehus driftes. Dermed blir avdelingen faktisk avhengig av deltidsstillinger, som gir høyere grad av fleksibilitet i personalplanleggingen. Enkelte avdelinger opererer eksempelvis med 5 stk 80 % stillinger,

⁵ Opplysning oppgitt fra informant

fremfor 4 stk 100 % -stillinger, for å få løst bemanningsutfordringene. Dette er i utgangspunktet et mindre ønskelig ansettelsesforhold sett fra de ansattes side. Dermed er det vanskeligere å ansette på deltid, noe som gjør at en slik løsning ikke fungerer optimalt på lang sikt. Etterspørselen etter fleksibilitet kan derfor møtes ved bruk av vikarer.

På et sykehus vil altså to interne forhold være mest fremtredende for hvorfor innleid arbeidskraft benyttes; *ferieavvikling/etterspørselstopper* og *turnusarbeid* ved sykehuset. Det som kommer klarest fram i våre intervjuer som den viktigste forklaringsfaktoren, er den økte *fleksibiliteten* bruk av vikarer gir – noe som fremstår som en fellesnevner for disse nevnte drivere bak vikarbruk. Økt fleksibilitet vil derfor være nødvendig for at den døgkontinuerlige driften skal opprettholdes. Flexibilitetshensynet vil bli behandlet nærmere senere i utredningen.

4.2.2 Motiv for bruk av helsevikarer – eksterne drivere

Mangel på arbeidskraft i markedet for helsetjenester

I en forlengelse av de interne drivkreftene for bruken av innleide vikarer, er det et viktig poeng at det er en generell mangel på helsepersonell i Norge (jf. tabell 6, vedlegg 1). Dette gjør at de interne drivkreftene styrkes ytterligere, ved at driften er ennå mer sårbar for langtidsfravær. Vi kan dermed si at de interne motivasjonsfaktorene blir styrket ytterligere når det allerede foreligger en knapphet på arbeidskraft. Knappheten på arbeidskraft kan derimot ikke sies å ha sitt utspring i interne forhold, - men av forhold som har med bransjen og markedet for helsetjenester generelt å gjøre. Mangel på helsepersonell vil dermed utgjøre en ekstern faktor, som påvirker bruken av innleide vikarer. Innleie av vikarer kan trolig bøte noe på dette, ved at også vikarer fra andre land formidles gjennom vikarbyråene (jf figur 6 under Bruk av eksterne vikarer i Norge – omfang og utbredelse).

Geografisk lokalisering

Lokaliseringen til et sykehus kan bidra til å forklare høyt forbruk av eksterne vikartimer. Dette kommer av foretakets evne til å tiltrekke seg tilstrekkelig og kompetent arbeidskraft, og bekreftes av flere av våre informanter. Mindre sykehus har relativt høyt forbruk av vikartimer sammenlignet med størrelsen på foretaket, noe som også fremkommer av intervjuene. En av våre informanter fremholder at beliggenheten og rammebetingelsene til disse helseforetakene

er slik at de har større behov for eksterne vikarer enn andre sykehus – da vikarene bidrar med nødvendig kapasitet og kompetanse, og således skaper fleksibilitet i personalplanleggingen.

Sykehus som ligger i Oslo sentrum vil mest sannsynlig være mer attraktive som arbeidsgivere for sykepleiere og leger. Disse vil dermed tiltrekke seg en større andel av den kompetente arbeidskraften som eksisterer i markedet. Dette vil i sin tur føre til at helseforetak som ligger mindre sentralt til, vil ha mer begrenset tilgang på slike. Dette resonnementet gjelder hvis arbeidstilbudet er lavere enn etterspørselen, noe vi vet gjelder for den norske sykehussektoren (ref tabell 6 vedlegg 1). Dette kan selvsagt kombineres med lavere grad av kostnadskontroll ved nevnte sykehus, og andre forhold som gjør vikartimebruken høyere, men flere uavhengige respondenter har påpekt at den geografiske komponenten må sies å være tungtveiende i forklaringen på bruk av eksterne vikartimer.

Ser vi på figur nr 10, som uttrykker utfakturerte timer i helse- og omsorgssektoren per fylke, finner vi at antall utfakturerte timer er klart høyest for Oslo og Hordaland. Ved første øyekast kan det dermed se ut som vi må forkaste teorien om at sykehus med mindre sentral lokasjon driver forbruk av vikartimer. Det må imidlertid påpekes at dette er de to største byene, og at dermed de største sykehusene finnes her. Antallet innleide vikarer vil nok dermed totalt være høyere, selv om ikke antallet innleide vikarer per total sysselsetting er høyere. Tabellen angir nemlig ikke forholdet mellom antall vikarer og totalt antall ansatte per sykehus. Lokasjon på sykehus kan i følge dette, dermed ikke forkastes som mulig driver for bruk av innleide vikartimer.

For å kunne si noe mer konkret om dette, må vi ha data på penetrasjonsgrad for helse – og omsorgssektoren, etter fylke. Dette har vi ikke data på. Vi har kun data på fylkesvis penetrasjonsgrad over alle bransjer. Det vil si antall innleide vikarer i et fylke, dividert med total sysselsetting i fylket (NHO Service/SSB). Ser vi på penetrasjonsgraden (jf. figur 11, vedlegg 1) finner vi at Oslo, Vestfold og Sør-Trøndelag⁶ bruker *relativt sett* flest vikarer. Dette motsier også vår argumentasjon om at sentrale strøk bruker mindre innleide vikarer. Tallene for dette, er hentet fra 3.kvartal 2009. Ettersom denne oversikten gjelder for alle bransjer, isolert for 3.kvartal 2009, bidrar den med begrenset innsikt. Vi kan derfor ikke si

⁶ Trondheim ligger i Sør-Trøndelag, her ligger et av Norges største sykehus: St.Olavs Hospital

med sikkerhet at vi kan forkaste sykehusets lokasjon som driver for bruk av innleide vikarer. Til dette er datagrunnlaget ikke tilstrekkelig.

Vikarbruk og konjunkturer

I forlengelsen av en vurdering av motivet for vikarbruk i sykehussektoren, kan det være interessant å belyse vikarbruk i en konjunkturrell sammenheng. Hvilken betydning har konjunkturerne for bruken av vikarer? Ettersom etterspørsel etter varer og tjenester i offentlig sektor generelt sett ikke påvirkes av svingninger i økonomien, spiller ikke konjunkturer noen *betydningsfull* rolle med hensyn på etterspørsel etter vikarer i offentlig sektor. Etterspørselen etter helsetjenester reduseres intuitivt nok ikke i takt med svingninger i økonomien – det ville i så fall vært en tilfeldighet⁷. NHO Service fremholder på sine nettsider at 2008 var et godt år for bemanningsbransjen sett under ett, men at finanskrisens inntog resulterte i noe svakere tall for 4.kvartal. Denne tendensen skyldes trolig hovedsakelig at bemanningsbransjen er sterkt konjunkturavhengig, og raskt merker nedgangstider. Dette har resultert i redusert etterspørsel fra privat sektor. For offentlig sektor, og herunder helsesektoren, gjelder ikke dette. En av våre informanter fra et stort vikarbyrå, påpeker at finanskrisen ikke har påvirket etterspørselen fra sykehusene. Dette fordi behovet for vikarer er like stort uavhengig av konjunktursituasjon. Ken Kristiansen, administrerende direktør i Achima Helse⁸, uttaler for øvrig til Dagens Næringsliv 23.03.09 at det er gode utsikter for vekst i vikarformidling til helsesektoren. Achima Helse økte omsetningen med 11 % i 2008, dette til tross for at han opplever at de offentlige budsjettene har blitt strammere noen steder. Han fremholder videre at nettopp dette kan være en av grunnene til at flere velger å engasjere vikarer etter behov, fremfor å ansette flere i fast stilling. Det vi derimot kan se antydninger til i nedgangstider, er at offentlig sektor blir en trygg kunde i et tøft privat marked, hvor andre kjøpere av varer og tjenester reduserer sitt aktivitetsnivå og sin etterspørsel. Private aktører med store offentlige kunder, vil sannsynligvis altså ha tryggere inntekter enn aktører med kunder i konjunkturfølsomme bransjer.

⁷ For Norge rapporteres det imidlertid om en moderat negativ samvariasjon mellom sykefravær (sykdom) og konjunktursituasjon. Svakere konjunkturer ville i så fall gi høyere etterspørsel etter helsetjenester – og trolig også vikarer. Denne sammenhengen hensyntas ikke i den videre analysen, da effekten anses som moderat, og med ett års etterslep. Nedgangstider påbegynt i 2008, vil dermed ikke gi seg utslag før høst 2009 (Nossen, 2008)

⁸ Vikarbyrå som formidler sykepleiere

Dagens Næringsliv skriver videre, at de store vikarbyråene nå ”*snur seg mot offentlig sektor*” (ibid). Dette indikerer at offentlig sektor nå kan tenkes å skulle demme opp for noe av inntektstapet bemanningsbransjen står overfor i. Bemanningsbransjen endret fokus som følge av finanskrisen. Der de tidligere lette etter gode kandidater i en tid med full kapasitetsutnyttelse og mangel på arbeidskraft i privat sektor, forsøker de nå å finne gode oppdrag til arbeidssøkende. Selv om vikarbyråene som leverer til helsesektoren ikke merker finanskrisen, er det rimelig å tro at denne tendensen også kan ramme den delen av bransjen. Flere av vikarbyråene som leverer vikarer til norsk sykehussektor, er også differensiert inn i andre bransjer, også private bransjer. Hvis disse bransjene nå svikter i etterspørselen, kan det tenkes at vikarbyråene leter etter oppdrag i porteføljen av kunder i offentlig sektor. Dette vil også omfatte sykehussektoren. Det fremkommer av artikkelen at det ikke er en utbredt oppfatning at ”*helse skal kompensere for bygg*”, og at vikarbyrået Adecco ikke tror på betydelig vekst i markedet for helse, men likevel kunne det sies å være en foruroligende utvikling.

Det må her presiseres at arbeidet med utredningen ble innledet i en periode hvor de realøkonomiske konsekvensene av finanskrisen høsten 2008 var ventet å bli større enn hva som i etterkant viser seg å være tilfelle.

Tilbudsstyrt etterspørsel i helsesektoren

Til sist i avsnittet om motiver, eller drivere bak bruk av innleide vikarer i sykehus, er det nyttig å kommentere på den spesielle sammenhengen mellom tilbud og etterspørsel av helsetjenester. I typiske markeder, styres tilbudet av markedets etterspørsel – det vil si at tilbudet tilpasser seg mengden etterspørsel. I Stortingsmeldingen Pasienten Først! (NOU 1997:2), påpekes det at etterspørselen i helsesektoren er tilbudsstyrt. Videre heter det at helsetilbudet stadig utvikles, og gjøres tilgjengelig for flere, og at dermed etterspørselen etter helsetjenester aldri vil la seg tilfredsstille (ibid). I lys av økt tilbud driver økt etterspørsel, er det naturlig å tro at etterspørselen etter kompetanse og kapasitet øker også. Eksempelvis vil forbedringer i et konkret behandlingstilbud, føre til at flere etterspør det aktuelle tilbudet. Sykehuset Innlandet fremhever i sin årlige melding, at dette også gjelder for psykiske helsetjenester:

”Det er grunn til å anta at den økningen i søkningen til psykisk helsevern en har sett gjennom de siste 10 årene vil fortsette. Dette kan skyldes at utbyggingen av nye tilbud, endrer befolkningens hjelpsøkende atferd og primærlegenes henvisningspraksis i retning av at flere blir henvist videre til spesialist. Det er fortsatt slik innenfor dette feltet at nye tilbud avdekker udekkede behov – etterspørselen er tilbudsstyrt.”

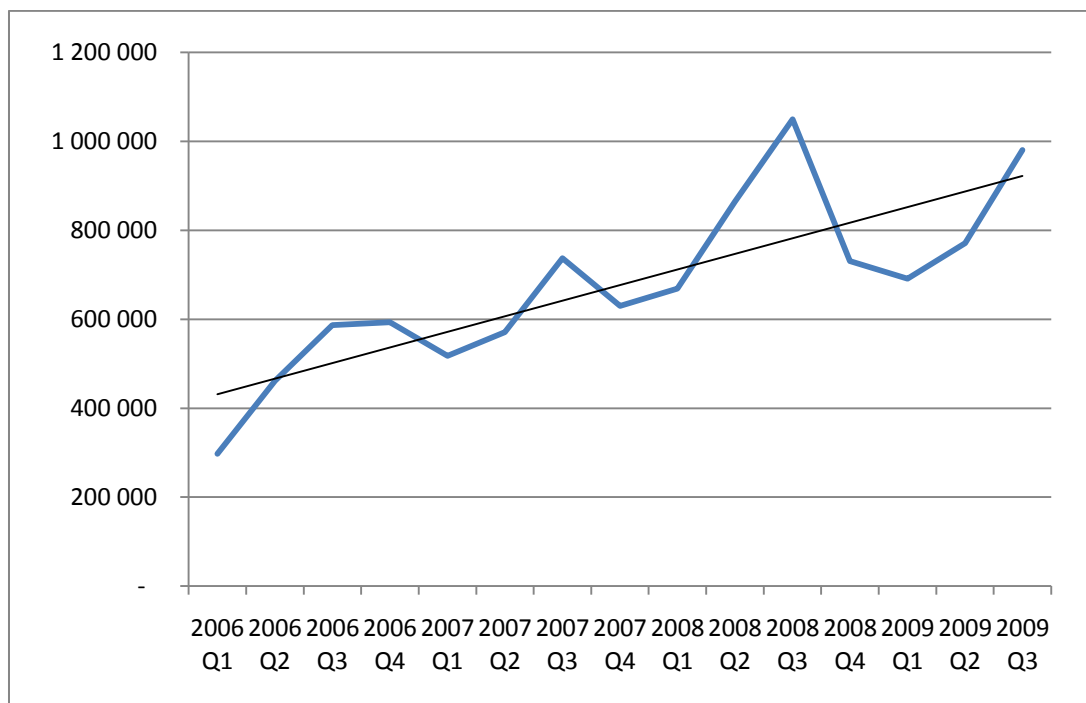
(Sykehuset Innlandet HF, Årlig Melding til Helse Sør-Øst RHF.34)

Økt etterspørsel vil i sin tur kreve økt bemanning for å administrere pasienttilgangen. Dette fører til en potensiell økning i behovet for arbeidskraft i sykehussektoren sett under ett. I en situasjon med mangel på helsepersonell (jf. Tabell 6, vedlegg 1), vil dette kunne føre til en økning i behovet for innleide vikarer, for å møte den økte pasienttilgangen. Tilbudssidestyrt etterspørsel i en virksomhet hvor det ikke eksisterer betalingsevne, vil potensielt kunne medføre store kostnader, og skaper stort behov for prioritering og kostnadskontroll (NOU 1997:2).

4.2.3 Omfanget av vikarinnleie i sykehus

Som vi tidligere var inne på, er det en utfordring å anslå *omfanget* av innleie/utleie av arbeidskraft. Dette gjør seg også gjeldende for sykehussektoren. Ekstern vikarinnleie er en kostnad som ofte ikke er skilt ut som egen regnskapspost i sykehusenes regnskap. Ved enkelte sykehus står innleiekostnadene oppført under kjøp av helsetjenester, mens det andre steder er plassert sammen med annen bemanning under personalkostnader. Aggregererte regnskaper har bidratt til å gjøre denne kartleggingen vanskelig. Dette forholdet trekkes frem av Riksrevisjonen, som i brev til Helse Sør-Øst RHF av 10.01.2008, etterlyser redegjørelse for hvor stor andel av helseforetakenes totale lønnskostnader som ble brukt til vikarinnleie i 2007. I sitt svarbrev oppgir Helse Sør-Øst RHF at innleiekostnaden på årsbasis utgjorde kr 406 226 000 av helseforetakenes (Helse Sør-Øst RHF) totale personalkostnader på kr 29 528 907 000, hvilket utgjør 1,38 %. Et av våre intervjuobjekter opplyser om lignende tall for sin region. Dette stemmer også noenlunde overens med tallene fra NHO Service som viser en penetrasjonsgrad på 1,01 %. En av våre andre informanter opplyser om at deres kostnader forbundet med innleie av eksterne vikarer forløper seg til nærmere 4 %, men legger til at deres avdeling nok ligger litt høyere enn gjennomsnittet.

NHO Service' årsstatistikk for 2008, fastslår at 7,4 % av den totale etterspørselen etter bemanningstjenester aggregeres fra helse – og omsorgssektoren (jf. tabell 7, vedlegg 1). Dette målt i antall utfakturerte timer. Det må påpekes at det i statistikken ikke skilles mellom primær – og sekundærhelsetjenesten.



Figur 7:Utfakturerte timer i yrkesområdet Helse og Omsorg, Tall fra NHO Service

Som vi kan se, viser antall utfakturerte timer i helse – og omsorgsbransjen en økende trend. Totalt antall utfakturerte timer i bemanningsbransjen var i 2008 44 948 302 timer (NHO Service, årsstatistikk 2008). Helse – og omsorgsbransjens 7,4 % av etterspørselen, utgjør da 3 326 174 timer. Even Hagelien (NHO Service) opplyser om 3 314 280 timer solgt inn til helsesektoren⁹. Det er naturlig å anta at denne differansen skyldes desimalforskjeller i utregningen.

Peaken – og nedgangen 2.kvartal 2008 til 1.kvartal 2009 er iøynefallende. For innsalg av vikartimer til de fleste andre bransjer enn helse – og omsorgssektoren, ville denne nedgangen kunne forklares av den konjunkturelle utviklingen. Ettersom vi tidligere har argumentert for at etterspørselen etter vikartimer for sykehussektoren ikke er konjunkturfølsom, er det vanskelig å forklare den store nedgangen i utfakturerte timer i dette tidsrommet. Det vi derimot har funnet støtte for i gjennomførte intervjuer, er at etterspørselen er svært sesongrelatert. Peaken

⁹ Igjen: Tallene gjelder for primær – og sekundærhelsetjenesten samlet. Det finnes ikke data som skiller mellom innleie til disse to.

midtveis i 2008, kan dermed kanskje forklares ut fra en unormalt stor etterspørselsøkning i forbindelse med ferieavvikling. Ser vi videre på nivåforskjellen før og etter peaken, er denne ikke spesielt stor. Dette *kan* være et tegn på at det var økningen midtveis i 2008 som var unormalt stor, og at nedgangen i begynnelsen av 2009 heller var en nødvendig nedjustering i etterkant. Legger vi trendlinjen til grunn, ser vi at tendensen generelt har vært økende, men at store sesongfluktasjoner gjør det nødvendig å være varsom for å legge kvartalstall til grunn. En økning fra eksempelvis 1.kvartal til 3.kvartal ville da sett urealistisk stor ut. Dette underbygger også de beskrevne motivasjonsfaktorene for bruk av innleide vikarer, - hvor det fremkom at innleie forbundet med ferieavvikling (sommerferie) var en viktig forklaringsfaktor.

Omsetningen for bemanningsbransjen mot helse – og omsorgssektoren i 2008 var opp mot 1 milliard kroner i året (årsstatistikk 2008, NHO Service). For 2009, har vi data for 1.-3.kvartal. Omsetningen for disse tre kvartalene utgjør samlet sett 826 459 061 kr (se tabell under). Vi kan dermed estimere en forventet årsumsetning for 2009 til å være 1,1 mrd kr¹⁰. Dette er riktignok bare et estimat, men viser at også omsetningen øker.

Tabell 2: Omsetning bemanningsbransjen etter yrkesområde, 1.-3.kvartal 2009.

	2009 -1kv	2009 -2kv	2009-3kv	Sum 1.-3.kvartal 2009
Handel	47 023 722	61 287 671	66 886 888	175 198 281
Kundesenter/callsenter	135 618 983	140 572 374	134 072 875	410 264 232
Kontor/administrasjon	407 058 441	400 753 259	352 288 952	1 160 100 652
Økonomi /regnskap	245 734 320	233 658 553	210 605 294	689 998 167
IT	273 903 348	124 001 547	154 305 719	552 210 614
Lager, logistikk og transport	226 629 691	241 286 564	305 534 167	773 450 422
Tekniske tjenester	249 714 326	229 462 149	184 604 169	663 780 644
Bygg og anlegg	298 547 215	384 527 027	325 851 565	1 008 925 807
Helse og omsorg	234 715 317	257 468 204	334 275 540	826 459 061
HORECA	98 118 664	118 503 682	117 048 894	333 671 240
Industri og produksjon	178 084 665	158 119 844	215 384 640	551 589 149
Oppvekst og utdanning		52 773 443	26 374 195	79 147 638
Annet	104 946 905	62 191 860	67 076 195	234 214 960
Total omsetning	2 500 095 597	2 464 606 177	2 494 309 093	7 459 010 867

Kilde: NHO Service – Even Hagelien

¹⁰ Beregnet ved å finne gjennomsnittlig kvartalsomsetning for 1.-3.kvartal, og multiplisere med 4. Dette summerer seg til 1 101 945 415 kr.

Sammenligner vi vikartimer med personalkostnadene som helhet, finner vi at dette bare utgjør nærmere 1 %. Dette tallet er det samme både for sykehusene og generelt for alle bransjer (NHO Service).

Av våre intervjuobjekter får vi opplyst at sykepleiere er den største gruppen av utleide helsevikarer, mens hjelpepleiere er nest størst. Særlig behovet for spesialsykepleiere er økende. Videre fremholder informantene fra bemanningsbyråene at deres to største markeder med hensyn til helsevikarer, er offentlige sykehus og primærhelsetjenesten. Private helseforetak oppfattes som mindre aktuelle markeder. Det ble gjort forsøk på å få i stand et intervju med et privat sykehus – dette førte ikke frem, men vi fikk opplyst via e-post at innleide vikarer ikke ble brukt i virksomheten.

Når nå drivere bak bruken av vikarer, og omfanget av dette er forsøkt kartlagt, vil utredningen nå forsøke å belyse spørsmålet om hvorvidt kostnadene er høyere enn nytten ved å leie inn ekstern arbeidskraft. I det følgende vil det derfor være hensiktsmessig å analysere vikarbruken i en samfunnsmessig og bedriftsøkonomisk ramme.

4.2.4 Sykehusene som monopsonier i markedet for helsetjenester

Monosponi som markedsform representerer, som beskrevet i teorien, et marked med mange selgere men bare én dominerende kjøper. Vi fokuserer i denne oppgaven på arbeidsmarkedet. Kjøperen av arbeidskraft i dette tilfellet er sykehusene, mens selgerne representeres av arbeidstakerne – her ser vi hovedsakelig på sykepleierne, da det fremgår fra empirien at dette er den mest etterspurte gruppen av aktører i markedet for helsetjenester. Ettersom sykehusene intuitivt har markedsrett og dermed vil være premissleverandør i markedet for helsetjenester, er det interessant at vikartimer fremstår som dyre. Anvendelsen av teorien, vil kanskje kunne bidra til å belyse dette paradokset nærmere.

Sykehusene som prissetter

Som eneste kjøper i markedet (ved siden av primærhelsetjenesten), kan sykehusene i følge teorien selv bestemme prisen på arbeidskraft som kjøpes inn. Sykehusene velger da å ansette den mengden arbeidskraft hvor marginalkostnad er lik marginalinntekt. Figuren fremstilt i tidligere presentert teori, viser at utgangspunktet for optimum finnes her, men at prisen

bestemmes av tilbudskurven og vi vil få en likevekt som gir lavere pris enn hva vi ville fått i et perfekt marked. Med dette som bakgrunn kan vi stille spørsmål om hvorfor sykehusene må betale ekstra for innleie av eksterne vikarer, når den intuitive tilpasningen er at sykehuset selv bestemmer lønnsnivået.

Teorien antyder altså at sykehusene ikke har behov for å betale mer for en vikar enn for en hvilken som helst annen ansatt. Dersom dette hadde vært tilfellet, ville administrasjonskostnadene til vikarbyråene ikke bli dekket inn, og det ville heller ikke eksistert profittmuligheter for disse. Følger vi dette resonnementet, vil dagens situasjon hvor sykehusene betaler mer for en vikar enn for andre ansatte, kunne gi signaler om at sykehusenes markedsrett ikke er så sterk som først antatt.

Arbeidsmarkedet i et utvidet perspektiv

Utredningen tar for seg markedet for helsetjenester isolert sett, - og gitt at dette hadde vært det eneste mulige markedet for sykepleiere å tilby sin arbeidskraft i, kunne det tenkes at sykehusene i utgangspunktet ville hatt stor makt i lønnsfastsettelsen. På lang sikt har imidlertid arbeidstakerne flere andre bransjer de kan tilby sin arbeidskraft til, noe som gjør at makten til sykehussektoren som lønnssetter i markedet for helsetjenester er svekket. Det vil være vanskelig å tilby en lønn langt under det som en arbeidstaker ville fått i alternative bransjer. Dersom lønnen i markedet for sykepleiere blir for lav, kan det på lang sikt føre til at stadig færre ønsker å utdanne seg til å bli sykepleiere, da lønnen ikke er konkurransedyktig. Uten å være for bombastisk, kan en eventuell mangel på sykepleiere til dels ha sin bakgrunn i denne problematikken. Selv om sykehusene kan ha monopsonimakt i markedet for sykepleiere isolert sett, vil dette uansett ikke gjøre seg gjeldende i et utvidet perspektiv – arbeidsmarkedet over alle bransjer. Sykehusene vil i dette tilfellet ikke lenger ha mulighet til selv å bestemme hvilken lønn de skal tilby, men må i stedet forholde seg til lønnen som tilbys av andre bransjer. I et tilfelle hvor sykehusene har vanskeligheter med å finne tilstrekkelig arbeidskraft, vil det være uinteressant å diskutere om vikarlønnen er for høy eller ikke. Et mer konstruktivt fokus er hvorvidt sykepleierlønningene kanskje er for lave, og om mangelen på full- og deltids ansatte kunne vært unngått dersom lønnsnivået hadde vært høyere, eller om kompensasjonene for ubekvem arbeidstid hadde vært større.

Sykehusene i et bilateralt monopol?

En alternativ tolkning til at sykehusene alene har markedsmakt, er at de står ovenfor en like sterk markedsmakt på tilbudssiden. Dette kan være tilfellet dersom tilbyderne gjennom en sterk fagforening besitter en så stor markedsmakt at man får et tilfelle av bilateralt monopol. En situasjon som i følge teorien vil føre til at prisen på den tilbudte tjenesten fastsettes av de to markedsmaktenes individuelle forhandlingssevne. Kjøper, som da er sykehuset, har monopsonimakt, og vil presse prisen på arbeidskraft ned. Tilbyder, som representeres av arbeidstakerne, ofte gjennom en fagforening – vil presse prisen på tilbudt arbeidskraft opp.

Det har kommet fram gjennom de intervjuer vi har gjennomført at fagforeningen gjennom tillitsvalgte skal godkjenne turnusplaner før disse iverksettes. Det fremkommer også at Norsk Sykepleierforbund har en reell påvirkning i lønnspolitikken. Disse forholdene kan man tolke som et tegn på at markedsmakten på tilbudssiden av arbeidsmarkedet, utgjør en reell motpart til sykehusenes mulige monopsoni. Dette kan medføre at sykehusenes markedsmakt reduseres.

Vikarbyråenes rolle i markedet for helsetjenester

Sykehusene har knapphet på arbeidskraft, og tendensen er økende (jf. tabell 6)¹¹ - noe som videre gjør markedsmakten ytterligere svekket. Dette åpner for mer makt på tilbudssiden, og vekstgrunnlag for vikarbyråer.

Som vi tidligere har vært inne på, representerer inn/utleie av sykepleiervikarer et treparts – ansettelsesforhold, noe som medfører at sykehusene betaler en margin på den lønnskostnaden de ellers ville betalt i et toparts ansettelsesforhold. I tillegg er lønnen til en vikarsykepleier engasjert i et vikarbyrå høyere enn lønnen faste ansatte i et sykehus mottar – Norsk Sykepleierforbund (NSF) var i utgangspunktet negative til lovendringen av 2001¹², som åpnet for inneleie av vikarer, blant annet grunnet frykt for dårlige arbeidsvilkår for sykepleiervikarene. I 2001 hadde de en tariffavtale med fire av utleiebyråene. Denne avtalen sikret medlemmene minst 70 000 kr mer i lønn årlig, enn hva offentlig ansatte sykepleiere mottok (Strømman og Vassbø 2009)¹³. En slik lønnsforskjell øker sykepleiernes incentiver til å tilby sin kompetanse gjennom vikarbyrå, fremfor å la seg ansette direkte i sykehus. En

¹¹ Helsedirektoratet melder for øvrig om at den økende andelen eldre, vil by på store utfordringer med hensyn på kapasiteten i helsesektoren.

¹² Fremkom av telefonintervju med NSF

¹³ Nergaard og Nicolaisen (2002) finner at sykepleierne i tiden etter vikarbyråenes innmarsj kunne tjene opp til 100 000 kr. mer i året enn de faste sykepleierne

undersøkelse utført av NSF fremholder at 9 av 10 sykepleierstudenter ønsket seg et vikarbyrå som arbeidsgiver i 2001 (ibid). NSF fulgte opp med å oppfordre sykepleierne til å gå til den arbeidsgiveren som betalte best (Slaatten, 2001). Dette bidrar til å legge økt press på en ressurs det allerede er knapphet på, - jo flere sykepleiere som søker seg over i privat sektor, jo vanskeligere vil det være for sykehuset å besette sine vakante stillinger. Dette er et paradoks, da Lov om Helsepersonell av 2001 var ment å øke tilgangen på sykepleiere. Nå står imidlertid sykehusene potensielt overfor en situasjon hvor tilgangen på arbeidskraft blir mindre enn den var initielt, og behovet for ekstern innleie til en høyere pris øker. Følger vi et slikt resonnement videre, kan dette være en indikasjon på en sykehuset er i ferd med å bli en ”pristaker” fremfor en dominerende markedsaktør, - slik teorien om monopsonimakt antyder. Igjen kan det være verdt å kommentere det generelle lønnsnivået til fast ansatte sykepleiere i sykehusene. En bedring av dette, kan muligens skape mer konkurransedyktige vilkår, og forhindre at helsepersonell søker seg over i privat sektor.

Det må for øvrig poengteres at flere av sykepleierne som engasjeres gjennom vikarbyrå er fra andre skandinaviske land (jf. figur nr 6), som jobber kun helger og ferier ved norske sykehus. Disse har representert en netto tilførsel av arbeidskraft i sykehussektoren. Det vil si at arbeidskraften disse tilbyr, ville ikke vært tilgjengelig for sykehusene dersom liberaliseringen av lovverket i 2001 ikke hadde funnet sted. Dette betyr at den totale tilgangen på arbeidskraft har økt, mens det er usikkert hvor stor andel av den nasjonale ”beholdningen” av sykepleiere som har søkt seg over i privat sektor.

4.2.5 Myndighetenes styringssignaler til markedet

Vi kan tenke oss at myndighetenes måte å gi uttrykk for hva som er formålstjenlig i et samfunnsmessig perspektiv, kommer til uttrykk gjennom de til enhver tid gjeldende lover og forskrifter. Lovgivningen kan dermed gi oss en ramme for diskusjon av nytten ved vikarbyråenes posisjon i markedet for formidling av helsetjenester. Denne utredningen dreier seg om kostnadskomponenten ved bruk av eksterne vikarer i norske sykehus, sett i et ledelsesperspektiv. Etersom staten eier sykehusene, medfører det at myndighetenes føringer på bransjen er et uttrykk for en indirekte styringsmekanisme, som igjen henspiller på myndighetenes synspunkt på inn- og utleie av vikarer til norske sykehus. Til tross for et mulig prinspalagentproblem, som vi vil komme nærmere inn på senere, er ikke direkte lovgivning

gjenstand for denne typen problematikk, da mangel på å innrette seg etter dette, er en lett observer- og sanksjonerbar handling. Ser vi nærmere på de juridiske føringene vi var inne på tidligere i utredningen, kan det være nyttig å utdype noe. Arbeidsmarkedslovens § 27 er intuitiv i lys av et ønske om at den foretrukne kontrakten mellom arbeidsgiver og arbeidstaker er faste kontrakter (Skjælaaen 2005). I fravær av § 27, ville markedet fungert uhensiktsmessig, da et vikarbyrå hadde fungert som et slags ”bordet fanger”-ansettelsesforhold, med små utsikter for faste ansettelser. Dette fordi vikarbyråene har incentiver til å holde flest mulig vikarer, som er mest mulig aktive i sine databaser – dette fører naturlig nok til de høyeste marginene.

Prinsippet om at vikarene ikke betaler direkte for innleieforholdet er rimelig ut fra en samfunnsøkonomisk nytteevaluering. Krav om at vikarene betalte vikarbyrå for arbeidsformidling, ville påført markedet et større velferdstap enn hva det eksisterende trepartsforholdet allerede gjør. Ved at oppdragsgiver og arbeidstaker er atskilt av et tredje ledd, er det allerede et ekstra påslag på marginalkostnaden per time per arbeider. Denne ordningen er riktignok ikke samfunnsøkonomisk optimal. Det er imidlertid gjort undersøkelser som bekrefter at veien fra ledighet til full jobb er kortere for arbeidere med vikariater enn arbeidere som ikke benytter seg av en slik løsning, og heller velger arbeidsløshet (Engebretsen & Vassengen, 2009)¹⁴. Dette gjør at en i et nytteperspektiv kan forsvare ordningen. Når vi i tillegg vet at flere sektorer mangler kompetent arbeidskraft, og at eksterne vikarer fungerer som en sikkerhetsventil for sårbare personalplaner, er markedet for vikarbyråene en god løsning. Dersom en derimot skulle ha hatt en ”inngangskostnad” til markedet, hadde bemanningsløsningen fremstått som for dyr i et samfunnsmessig perspektiv.

Anbudskonkurransen som er blitt gjennomført i regi av HINAS, er et uttrykk for etterlevelse av Lov og Forskrift om Offentlige Anskaffelser. Lovgivningen sørger således for at vikarbyråene må konkurrere på pris og kvalitet for å få levere vikartjenester til sykehusene. Som et resultat av dette, blir nødvendigvis timeprisene per vikar presset nedover, selv om kvalitetskomponenten var tungtveiende i evalueringen av leverandørens tilbud (HINAS). Det faktum at prisene presses, bidrar til å styrke sykehusenes monopsonimakt. Dette skjer ved at sykehusenes forhandlingsposisjon bedres når de regionale sykehusene foretar en felles anskaffelse gjennom én aktør; HINAS. Økt konkurranse gir økt verdiskapning, og mer

¹⁴ Engebretsen og Vassengens analyse viser til signifikante springbretteffekter fra midlertidig ansettelse inn i permanente stillinger. Vi definerer vikariater inn under midlertidige ansettelser.

effektiv utnyttelse av fellesskapets ressurser. Dette øker graden av samfunnsnytte ved innleie av vikarer i sykehussektoren¹⁵.

4.2.6 Vikarbyråene og markedet - et uttrykk for samfunnsnytte?

Diskusjonen ovenfor reflekterer rundt sykehusenes grad av monopsonimakt, og stiller spørsmålstegn ved hvor sterk denne er. Vi argumenterer for at svekket monopsonimakt skaper rom for flere aktører på tilbudssiden. Dette kan føre til at en større del av en allerede knapp arbeidsstokk, søker seg over til privat sektor. Dermed må sykehusene basere seg på høyere grad av innleie for å få dekket inn sitt behov. Dette medfører økte kostnader for sykehusene, og er bakgrunn for mye av mediekritikken rundt vikarbruk.

Vikarbyråenes inntog i markedet for helsetjenester, hjulpet av fagforeningenes tilstedeværelse, kan skape en diskusjon rundt bedre lønnsvilkår for helsepersonell. Videre sørger vikarbyråene for økt tilgang til arbeidskraft, ved at de legger til rette for innleie fra andre skandinaviske land. I et marked med knappe ressurser, må dette argumentet antas å være tungtveiende. Det faktum at lovverket har åpnet for inn – og utleie av vikarer, er et tegn på at hensynet til denne dynamikken er ivaretatt. I spørsmålet om hvorvidt vikarinnleie er nyttig i et samfunnsøkonomisk perspektiv, vil avhenge av en vurdering av den totale effekten av de ovennevnte punktene.

4.3 Økonomistyring ved norske sykehus

4.3.1 Styringsutfordringer

Bruk av eksterne vikartimer, og kontrollen ved denne bruken må nødvendigvis være nært knyttet til sykehusenes økonomistyring. Ettersom en timeprisen for en vikar isolert sett er dyrere enn timeprisen for en fast ansatt, vil det være naturlig å gjøre seg refleksjoner rundt hvor stor kostnaden for vikartimer er, sett i forhold til avkastningen på disse. Dette bør igjen danne grunnlag for å kunne si noe om i hvilken grad sykehusene burde benytte seg av

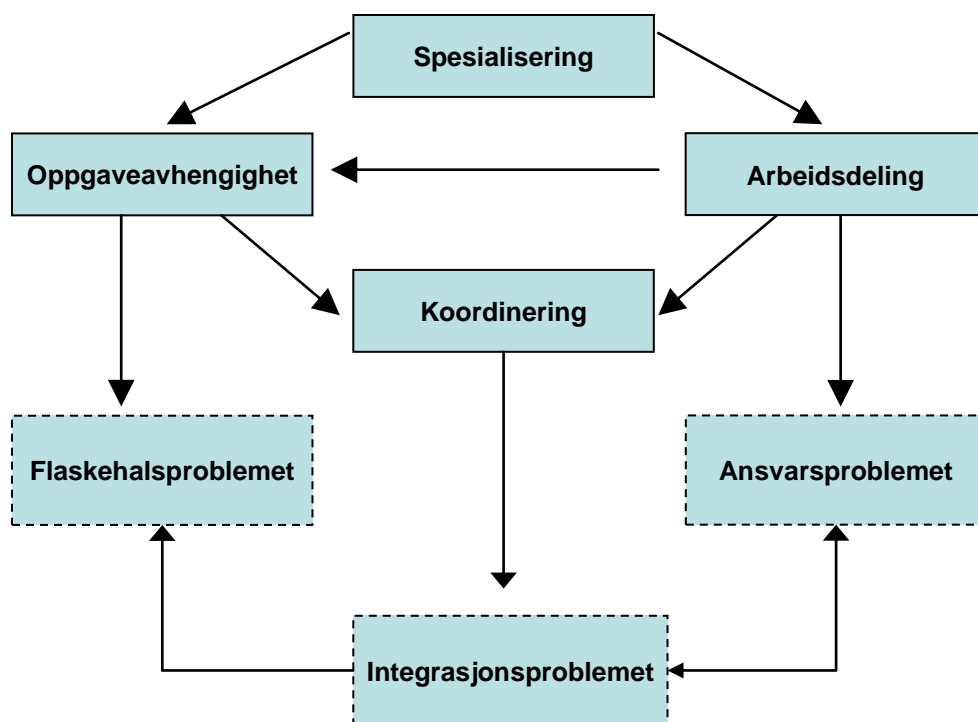
¹⁵ Se § 1 i LOA, - om formålet ved Lov og Forskrift Om Offentlige Anskaffelser

vikartimer. Stortingsmeldingen Pasienten Først! (NOU 1997:2), påpekte dessuten som tidligere nevnt behovet for prioriteringer og kostnadskontroll, i lys av utfordringen knyttet til tilbudstyrt etterspørsel. Med dette som bakgrunn, og for å kunne diskutere det økonomiske aspektet ved vikartimebruk, kan det ha noe for seg å se nærmere på økonomistyringen ved norske sykehus:

Sykehusorganisasjoner er på mange måter komplekse organisasjoner, som byr på store styringsutfordringer. Til tross for utvikling i styringssystemer lokalt og nasjonalt, har økonomistyringsproblemer gjort seg gjeldende i sektoren. Her tenker vi spesielt på de omfattende budsjettoverskridelsene som har gjort seg gjeldende i de senere år (se tabell 1, vedlegg 1). Styringsproblemene har vært forsøkt løst ved bruk av mer markedsorienterte løsninger, i tråd med NPM. Beviser på dette, er innføringen av divisjonalisering og resultatansvar (NOU 1997:2). I og med at et sykehus har flere, ofte motstridende målsetninger, har det vært vanskelig å skape klarhet i hvilke mål det skal styres etter. I en offentlig utredning heter det:

”Utvalget (...) fremhever at myndigheter og eiere bør bli flinkere til å klargjøre hva som er sykehusets mål, og hvilke resultatkrav som stilles, og ikke minst at målene og resultatene følges systematisk opp” (NOU 1997:2 – Sykehusets Mål).

Et sykehus er en kunnskapsintensiv organisasjon. Det forutsetter at det medisinfaglige aspektet kombineres med systemer for ledelse og administrasjon. Bjørnenak et al., fremholder i sin bok ”Økonomi og Helse – Perspektiver på styring” (2008), at det i helsesektoren oppstår faglige gråsoner og gråsoner med hensyn på økonomisk ansvar. Dette skjer som en følge av den nåværende organiseringen av sykehus, hvor pasienter behandles på tvers av divisjoner og formelle profesjonsområder. Videre argumenteres det for at pasientstrømmen, på grunn av ustandardiserte oppgaver, går gjennom sykehuset på tvers av avdelinger. Mens den økonomiske rapporteringen følger tiltenkt avdelingsstruktur (ibid).



Figur 8: Illustrasjon av problemer ved intern organisering ved et sykehus (Bjørnenak et. al. 2008)

Figuren over viser en oversikt over utfordringene knyttet til intern organisering ved et sykehus. Organiseringen internt, skjer i stor grad på bakgrunn av ulike faggrupperinger og spesialiseringer. Høy grad av arbeidsdeling er en forutsetning for høy grad av spesialisering, noe som kun lar seg gjøre hvis ulike fagpersoner konsentrerer seg om sine spesifikke fagfelt. Dette gjør at pasientbehandlingen utføres av opptil flere personer, yrkesgrupper og avdelinger, noe som skaper høy grad av gjensidig avhengighet. Denne arbeidsdelingen og oppgaveavhengigheten, gir opphav til stort behov for koordinering (Bjørnenak et al, 2008:39 og NOU-1997:2). Når i tillegg mulighetene for å planlegge driften er lavere enn i andre organisasjoner, slik vi har diskutert tidligere, og kravet til effektivitet er høyt, oppstår det problemer. Hovedutfordringen ved intern organisering ved sykehus er *integrasjonsproblemet*. Dette manifesterer seg hovedsakelig i tre forhold:

- a) et kostnadsproblem, hvor stadig mer ressurser går med til informasjonsbehandling, koordinering og andre ikke-verdiskapende prosesser
- b) et kvalitetsproblem, der informasjonsflyten svekkes mellom personer og avdelinger
- c) er serviceproblem for pasienten, ved at det mangler tilfredsstillende kontinuitet i behandlingen. (NOU 1997:2).

Integrasjonsproblemet gir videre opphav til to nye problemer; *flaskehalsproblemet* og *ansvarsproblemet*.

Flaskehalsproblemet oppstår når det er mindre kapasitet i enkelte deler av produksjonen enn i andre. Dette kan i verste fall gjøre at hele team blir ineffektive, og tiden/ressursene utnyttes slik ikke optimalt. Et eksempel på en situasjon hvor flaskehalsproblemet lett kan oppstå, er planlegging av operasjoner. Dersom det eksempelvis ikke har lyktes anestesisykepleieren å bli ledig til neste planlagte operasjon, eller anestesisykepleieren er syk, vil hele det øvrige operasjonsteamet bli ”stående og sparke i veggen”. Flaskehalsproblemet kan slik gi støtte til bruk av eksterne vikarer for å være sikker på at den aktuelle operasjonen blir gjennomført. Det er økonomisk mer gunstig å leie inn en ekstra anestesivikar i et slikt tilfelle. Skulle det vise seg at disse timene ble overflødige, er det bedre å betale disse enkelttimene, enn å betale kostnaden ved at et helt team blir gående ledig. Man må da betale for overkapasitet. Kostnaden forbundet med dette er langt større, da man må regne med lønnskostnad og alternativkostnad på den ineffektive tiden.¹⁶

Ansvarsproblemet henspiller på utfordringen det er å koordinere alle de ulike avdelingene eller profesjonsgruppene som er involvert i en pasientbehandling. I dette tilfellet tenker vi særlig på ansvarstildelingen ved behandlinger som går på tvers av funksjoner. Det er ingen avdelinger som har særlig ansvar for slike behandlinger. Dette skaper utrygghet for pasienten, og en økonomisk mindre henførbart struktur. Dette kan ha konsekvenser for bruken av eksternt innleide vikarer, og kan trolig bidra som en av forklaringsfaktorene for hvorfor bruken av disse oppfattes som stor. Integrasjonsproblemet, som i sin tur gir opphav til flaskehalsproblemet og ansvarsproblemet, skaper nemlig koordineringsutfordringer og behov for ekstra ressurser i de leddene av verdikjeden som ikke har tilstrekkelig kapasitet. Slik blir vikarene en midlertidig løsning i et presset system.

Personalet i en virksomhet er på mange måter en stor utgiftspost, men likevel også en kilde til inntekter, - ikke minst i arbeidsintensive virksomheter, som sykehus. Dette gjør at færre ansatte kan gi lavere inntekter. Ringvirkningene av eventuelle besparelser i sykehusenes budsjetter, *kan* blant annet føre til nedskjæringer i antall ansatte. Dette kan på sin side føre til at brukerne får lavere tilbud av helsetjenester. Færre pasienter på et sykehus resulterer i færre

¹⁶ Opplysninger oppgitt fra informant

behandlinger, noe som direkte påvirker inntekten, ved at gjerne færre diagnoser blir stilt. Inntektssiden til et sykehus er nemlig delvis eller helt basert på innsatsstyrt finansiering, - altså at sykehusene får betalt etter aktivitet. Aktivitet måles ut fra DRG-poeng, som er et klassifikasjonssystem som grupperer aktiviteter i meningsfulle og ressursmessig homogene grupper (Helsedirektoratets nettsider). I lys av en slik argumentasjon, vil det være formålstjenlig å bruke innleide vikarer, dersom det uten disse vil medføre lavere aktivitet.

Sammenligner man derimot timeprisen per ekstern vikar med timeprisen per fast ansatt, vil ikke overraskende vikarbruk fortone seg som et svært dyrt alternativ. Dette blir imidlertid en noe unyansert sammenligning som ikke gir oss sannferdig styringsinformasjon. Grunnen til dette er at vi blant annet må identifisere hva som er *alternativet* til å bruke vikarer, og hva timeprisen for en vikar faktisk dekker.

4.3.2 Hva koster vikaren, og hva koster alternativet?

Før 2001, var det som sagt ikke tillatt med inn – og utleie av vikarer til helsesektoren. Det medfører, med en viss forenkling, at de midlene som nå brukes til å leie inn vikarer til norsk sykehussektor, ikke ble beslaglagt til dette formålet pre 2001. Som vi har sett beløper dette seg til nærmere 1 mrd norske kroner årlig. Hva ble disse pengene brukt til tidligere? Og kanskje mer interessant, hva hadde disse pengene vært brukt på hvis vikarinleie ikke lenger hadde vært et alternativ? Ville norske sykehus da ha blitt tvunget til å få personalplanene til å fungere med den faste arbeidsstokken, samt egne ringevakter? Hadde dette vært en billigere løsning? Det er her vesentlig å stille spørsmålet ”hva hadde vi alternativt gjort?”. Flere forhold må tas med i betraktning her:

Forutsetter man at mesteparten av vikartimene som leies inn er basert på at det *virkelig* er et behov for disse, ville sykehuset stått overfor et potensielt stort bemanningsproblem dersom de hadde vært foruten muligheten til å ta i bruk eksterne vikartimer. Hvor stor hadde tilbøyeligheten til å ansette flere i fast stilling da vært? Dette er vanskelig å si noe håndfast om. Flere av våre informanter bekrefter imidlertid at tilbøyeligheten til å ansette fulle, faste stillinger er lav. Generelt kan vi si at det er en mer omfattende avgjørelse å ansette på fast kontrakt, enn å ta i bruk vikartimer. Et annet alternativ hadde vært å ta i bruk økt overtid, eller om nødvendig; beordring. I begrepsavklaringen, skal det ved overtid betales et overtidstillegg

på minst 40 % utover normal lønn. Dette er i utgangspunktet en merkostnad, og det kan potensielt føre til utbrenthet og økt sykefravær.

”Sykefravær blant fast ansatte er også dyrt” informant

”Stort sett er rekkefølgen på valg av vikar følgende: vikar på timelønn, forskyving av vakt, vikar på overtid, vikar fra vikarbyrå, beordring av ansatt”. Saksfremlegg styret, Sykehuset Buskerud 28.01.2009

Følgende sitat fremkommer i våre egne studier:

”Vi skal bruke merarbeid først, så skal vi bruke 50 % overtid hvis vi kan det, så kan vi ta inn eksterne vikarer via vikarsenteret, og så kan vi bruke 100 % overtid. Rett og slett en prioritering ut i fra et økonomisk regnestykke”. Informant ved norsk sykehus

Det kunne vært nødvendig i større grad å henvende seg direkte til ringevikarer for å dekke inn behovet, slik det øverste sitatet antyder¹⁷¹⁸. Dette hadde gitt lavere marginalkostnad ved at , men administrasjonskostnaden hadde imidlertid økt. Med dette menes tiden brukt på å ringe vikarer, og administrasjon knyttet til intervju, avtaler og annen organisering. Slik det fungerer nå, tar vikarbyråene seg av rekrutteringsprosesser. I tillegg har sykehuset mulighet til å bytte ut vikarer som ikke fungerer tilfredsstillende med nye vikarer. Vikarbyrået besørger reise og opphold for helsevikarer som har bosted i andre landsdeler, eller i andre land. Disse transaksjonskostnadene må anses som betydelige, og ville vært utfordrende for sykehuset å dekke inn for egen regning.

Vi vet at det er og har vært mangel på sykepleiere og annet helsepersonell i norsk helsevesen (jf. tabell 6, vedlegg 1)¹⁹. Hvis ikke innleie fra vikarbyrå hadde vært en mulig løsning, hadde riktignok mange av vikarene i disse byråene fått deltidsstillinger eller fungert som ekstravakter ved sykehus, men dette ville mest sannsynlig ikke vært tilfellet for vikarene fra

¹⁷ Det fremkommer i intervjuene at sykehuset har egne ringevikarer

¹⁸ Etersom sitatet er hentet fra et saksfremlegg til Sykehusstyret, eksisterer det en risiko for at uttalelsen ikke nødvendigvis representerer faktiske forhold. Dette pga at det kan eksistere incentiver til å fremstå som økonomisk forsvarlig

¹⁹ Undersøkelsen fra 2008, viser at det mangler 10 400 personer i helsesektoren, noe som er økning på over 4 000 personer siden i fjor. Videre mangler det 1900 sykepleiere og 2500 helse – og omsorgsarbeidere (Arbeids- og velferdsdirektoratets bedriftsundersøkelse, gjennomført våren 2008)

andre land. Dersom ikke noe vikarbyrå hadde påkostet reise og opphold for utenlandske vikarer, - hva er da sannsynligheten for at de hadde kommet til Norge, båret all risiko og alle kostnader selv, - og arbeidet deltid ved norske sykehus? Trolig er ikke denne sannsynligheten spesielt høy. Rent intuitivt kan vi si at de praktiske barrierene er for høye til dette.

Går vi tilbake til vårt tankeeksperiment tidligere, argumenterte vi for at tarifflønn ikke er den eneste kostnaden ved å ansette en vikar, og at det vil eksistere en mark-up som vikarbyråene krever for å administrere ansettelsesforholdet. Vi argumenterte deretter for at bruk av vikarer gjennom en tredjepart nødvendigvis måtte være dyrt dersom det skulle være incentiver for at vikarbyråene i det hele tatt ville ønske et samarbeid. Det man ofte glemmer i et slikt regnestykke er ekstrakostnader man risikerer ved å administrere et ansettelsesforhold selv. I tillegg til allerede nevnte kostnader må man også ta hensyn til de ekstrakostnader som påløper dersom det viser seg at arbeidstakeren ikke finner seg til rette på avdelingen, og at dette skaper nedsatt produktivitet til, i verste fall, hele avdelingen. Kostnader forbundet med feilbehandling er veldig vanskelig å tallfeste, men man må også ta hensyn til eventuelle kostnader forbundet med at man ansetter en arbeidstaker som ikke innehar den kompetansen en skulle forvente. I den forbindelse løper det også en ekstra kostnad knyttet til kvalitetskontroll og kontroll av referanser og attester. Oppsummert kan vi dele disse kostnadene som kommer i tillegg til grunnlønn inn i *sosiale kostnader* (feriepenger, arbeidsgiveravgift og pensjon), *administrasjonskostnader* (rekruttering/kontraktsinngåelse, kvalitetskontroll og transaksjonskostnader) og *risiko* (feilbehandling og arbeidsmiljøtilpassing). La oss sette opp et estimat på disse kostnadene:

Sosiale kostnader pr ansatt:

Feriepengene utgjør 10,2 % av feriepengegrunnlaget. Som statlig ansatt eller som ansatt i en tariffbundet bedrift, har man avtalefestet en femte ferieuke, og den ordinære feriepengesatsen er da 12 %. (Ferieloven Kap. 3) Videre plikter alle som har ansatte i sin tjeneste å betale arbeidsgiveravgift av utbetalt lønn, feriepenger og evt. annen avgiftspliktig godtgjørelse. Et viktig tillegg er at det skal betales arbeidsgiveravgift også av feriepenger. Satsen på arbeidsgiveravgift er for størstedelen av landet 14,1 % (Folketrygdloven § 23, m/ Vedtak om fastsetting av avgifter mv. til folketrygden for 2009).

Arbeidsgiver skal hvert år betale innskudd til OTP-ordningen, slik at de ansatte tjener opp pensjonsrettigheter. Innskuddet må være minst 2 % av lønn. I tillegg skal det settes av penger

til Avtalefestet pensjon (AFP). AFP vil for en fulltidsansatt beløpe seg til ca 2,6 kr/t (LO-NHO-ordningene.no, Vedtekter AFP). For en nyutdannet sykepleier med minstelønn, ville dette utgjort 1,5 % (tall fra sykepleien.no). Sosiale kostnader for en ansatt summeres således opp til å totalt utgjøre et tillegg på ca **31,3 %**

Administrasjonskostnader pr ansatt (kun beregnet for selve ansettelsen, - totale administrasjonskostnader er ikke medregnet):²⁰

- Annonsekostnader = **17 000 kr**
- Lønnskostnader for tid til intervju og utvelgelse = 79 timer á 196 kr = **15 533 kr**
- Opplæringskostnader for nyansatte = 1 uke = 37,5 á 174 kr = 6525. Tillagt sosiale kostnader: 6525 * 1.313 = **8567 kr**

Risiko:

Risiko er i stor grad knyttet til feilansettelse. Denne posten er nær sagt umulig å kvantifisere, da det ikke vil gjelde alle ansatte. I tillegg er det vanskelig å anslå hvor stor potensiell skade en feilansettelse kan gjøre. Den største kostnaden er trolig den tapte effektiviteten som følge av at en ansatt ikke yter tilstrekkelig, og i tidsrommet frem til en erstatning er ansatt.

Belastninger på arbeidsmiljøet ved en feilansettelse, lar seg heller ikke kvantifisere. I Sverige er kostnaden for feilansettelser på nasjonalt nivå, beregnet til 0,6 % av BNP (Alliansepartner.no). En undersøkelse gjennomført av Proffice AS i Norge, anslår kostnaden til å ligge et sted mellom 250 000 -500 000 kr. Dette gir indikasjoner på at kostnadsposten er av betydning, men kan ikke gi oss en nyansert fremstilling utover dette.

Redegjørelsen overfor viser at timeprisen for en vikar omfatter en del kvantifiserbare, og en del ikke-kvantifiserbare kostnader. Dette resulterer i at det er langt fra rett frem å sammenligne kostnaden ved eksterne vikarer sett opp mot fast ansatte, men at det eksisterer betydelige kostnader ved å administrere et ansettelsesforhold. Tallene skissert ovenfor, er

²⁰Bakgrunn for beregning: Annonsekostnader hentet fra bt.no – priskalkulator, sort/hvitt annonse. Timelønn rekrutteringspersonell, hentet fra Alliansepartner (350 000kr/1780 t). Antall timer hentet fra Alliansepartner – med utgangspunkt i 3 ansatte som driver rekrutteringsprosessen. Opplæringskostnader er regnet ut med bakgrunn i eget beste estimat på opplæringstid, samt sykepleien.no sitt estimat på lønnskostnader, multiplisert med normal-arbeidstid

ment som et forsøk på å synliggjøre disse. Intervjuene som ligger til grunn for oppgaven, samt informasjon oppgitt av Even Hagelien ved NHO Service, tilsier at kostnader knyttet til sosiale og administrative forhold, herunder også opplæring, dekkes av vikarbyråene. Vikarbyråene bærer dessuten en betydelig del av risikoen knyttet til feilansettelser, ved at sykehusene lettere kan få *byttet ut* ansatte. Oppsigelsestid er dermed ikke en relevant kostnad for sykehuset. Den eventuelle skade en feilansatt kan ha voldt før mislighold avdekkes, er imidlertid en kostnad som bæres av sykehuset.

I forlengelsen av dette er det naturlig å se på *timeprisen* for en innleid vikar fra vikarbyrå. Her er empirien noe uklar. Et estimat beregnet ut fra tall fra NHO Service, basert på utfakturerte timer for alle bransjer, samt total kostnad for vikarbruk, gir om lag 300 kr per time²¹. Av NHO Service, blir det oppgitt at signalene fra bemanningsbransjen tyder på at prisen normalt beløper seg til timepris + 50 % (som også inkluderer sosiale kostnader). Det fremholdes at marginen i bransjen er lav. Dette støttes også av våre estimater på sosiale og administrative kostnader som dekkes av vikarbyråene. I samtale med NHO Service påpekes det videre at sykehusene gjennom anbudskonkurransen på vikartjenester har presset prisene kraftig.

En vikartimepris på 300 kr benyttes også av Halljum og Fæste i deres artikkel i *Dagens Medisin* fra 2004. Her argumenterer de for at en sykepleier mottar om lag 150 kr i timelønn, og at reell timepris, inkludert sosiale kostnader kommer på nærmere 250 kr. Inkludert administrasjonskostnader, påpeker de at en timepris på 300 kr ikke er urealistisk høyt. Tatt høyde for lønnsvekst og inflasjon, er nok disse størrelsene oppjustert i forhold til 2004-nivå. Noe vi også ser av tall på minstelønn, anslått av sykepleien.no. Det er dessuten forskjell i pris på hjelpepleiere, sykepleiere og spesialsykepleiere. *Dagens* reelle timepris på sykepleiervikarer har vi ikke konkrete tall på, men det er rimelig å tro at disse også er oppjustert. Med mindre marginene til vikarbyråene har økt overproporsjonalt i forhold til lønnsveksten, kan 2004-tallene gi oss et brukbart estimat på hva kostnaden for en vikar i forhold til en fast ansatt vil være. Med denne analysen lagt til grunn, ser vi at det blir uriktig å være veldig kritisk til prisen på innleid arbeidskraft, uten å ha et bevisst forhold til hva denne faktisk omfatter. Avhengig av hvordan en priser risikotillegget, trenger ikke en vikartime å være mye dyrere enn en fast ansatt.

²¹ NHO Service, statistikk for 2008: Bransjen omsetter årlig for om lag 13 500 000 000 kr, fordelt på 45 000 000 utfakturerte timer. Dette gir en estimert gjennomsnittlig timepris på 300kr (over alle yrkesområder).

Janne Sonerud, direktør for sykepleierdivisjonen ved Akershus universitetssykehus, uttaler til KLP-Magasinet, desember 08, at hvorvidt sykehuset sparer på å bruke eksterne vikarer, avhenger av *hvordan vikarene brukes*. Hun fremholder at det er en utfordring å dekke alle helgevakter med eget personell, og at det i den sammenheng kan være økonomi i å bruke vikarer. Hun sier imidlertid at hvis denne bruken utvider seg til også å omfatte ukedager, stiller det seg annerledes, og at utfordringen ved å bruke vikarer ligger i å gi tilstrekkelig opplæring (KLP-magasinet, Des 08). Det økonomiske aspektet ved opplæringen, avhenger av hvem som betaler dette. Flere av våre kilder fremholder at vikarbyråene betaler for introduksjonsvakter mens inntrykket er at dette også kan variere. Når vikarbyrået betaler for opplæringsvakter/hospiteringsvakter, sparer de sykehuset for opplæringsvakter de ellers måtte ha betalt for ved bruk av egne vikarer, midlertidig ansatte eller fast ansatte ved andre avdelinger.

I forlengelsen av dette, har det noe for seg å gjøre en tilnærming til hvorvidt den generelle ressursbruken med hensyn på arbeidskraft er tilstrekkelig kostnadseffektiv. Slik kan vi forsøke å belyse nærmere *hvordan* vikarer brukes.

4.3.3 Kostnadseffektivitet i sykehus

Det å måle kostnadseffektivitet er i seg selv en kompleks prosess, og innebærer gjerne at en foretar avviksanalyser for å dekomponere hvilke avvik som skyldes pris og volum, og hvilke som skyldes endringer i effektivitet. De fleste slike analyser blir gjort for private industri/produksjonsbedrifter, og modellapparatet er dermed utviklet med bakgrunn i slike. I offentlig sektor blir ofte slike analyser mindre oversiktlige, blant annet fordi det i stor grad er mangel på tydelige pris – og volumstørrelser. Det blir vanskelig å sammenligne input med output, da output i denne sammenhengen gjerne er liv og helse, noe som realistisk sett er lite målbart.

Det at sykehussektoren løper store underskudd (jf tabell 5, vedlegg 1), og at Norges forbruk av helsekroner er høyt i forhold til det relative utbyttet, er et faktum stadig gjenstand for diskusjon i mediebildet og på den faglige arenaen. En rapport utarbeidet av SINTEF helsetjenesteforskning og Frischsenteret, argumenterer for at Norge er det landet i Norden som får minst ut av hver helsekrone. Norge bruker 12.246 kroner for hver innbygger på

spesialhelsetjenesten. Til sammenligning, bruker finnene bare 8.298 kr. Med dette i bakhodet, er det til tross for kompleksiteten, interessant å forsøke å si noe om kostnadseffektivitet i sykehusene.

I henhold til presentert teori, vil det være slik at man oppnår teknisk effektivitet dersom man utnytter de innsatsfaktorene man har tilgjengelig, på en best mulig måte. Altså; et sykehus er dermed teknisk effektivt, dersom vi får en aktivitetsreduksjon som en direkte følge av en reduksjon i én eller flere innsatsfaktorer (Bjørnenak et. al 2008). Overført til vikartematikken; dersom en utnytter de faste ansatte ved sykehus på en best mulig måte, vil behovet for vikarer til enhver tid gjenspeile det *faktiske behovet*; altså behov forbundet med en aktivitetsøkning, eller fravær blant ansatte (en må ha vikarer for å oppnå samme nivå av aktivitet som ellers).

”Nå er det blitt så stramt og så høy aktivitet, at nå er det veldig lite å gå på de fleste steder. Og det blir en psykologisk faktor i det, (...) her er det så travelt at her kan man i hvert fall ikke gå med én under, så her må man ha én inn hvis det [går] én ut.” Informant Helse Vest

Sykehuset kan være teknisk effektivt uten å være kostnadseffektivt. Det betyr at innsatsfaktorene kunne vært *sammensatt* mer effektivt. Her kommer det inn en priskomponent: Dersom en har informasjon om prisene, kan en finne den optimale sammensetningen av arbeidskraft, og slik oppnå kostnadseffektivitet. Et enkelt eksempel: Dersom en bare hadde brukt innleide vikarer (med dertil høyere timepris), kunne en ha oppnådd teknisk effektivitet, men den samlede prisen ville vært så høy at priseffektivitet ikke oppnås. Dermed er ikke dette en kostnadseffektiv løsning. For å vurdere kostnadseffektivitet, vil det være nødvendig å foreta en samlet vurdering av både teknisk effektivitet, og prisen på innsatsfaktorene.

Et forsøk på en analyse av kostnadseffektivitet vil kunne gi oss en pekepinn på hvorvidt bruken av vikarer reflekterer et faktisk behov. Modeller for måling av kostnadseffektivitet lar seg som sagt ikke uten videre overføre fra industribedrifter til en organisasjon som et sykehus. Dette gjør det vanskelig å sammenligne de ulike sykehusene med tanke på kostnadseffektivitet, og resulterer i at en analyse hvor vi sammenligner kostnadseffektivitet og vikarbruk mellom sykehusene blir lite hensiktsmessig. Dybde – og breddekompleksiteten i sykehusvirksomhetens natur gjør det nær umulig å si noe om hvorvidt et sykehus produserer mer effektivt enn et annet (Bjørnenak et. al., 2008).

Det vi imidlertid kan gjøre, er å måle de ulike sykehusene mot seg selv over tid. Måler vi de regionale sykehusene på kostnadseffektivitet over perioden 2004-2008, kan vi kanskje finne noen relevante trender. En utfordring ved å få til dette, er overgangen til nye typer av måling i norske sykehus. Tall hentet fra SAMDATA (se tabell under) på ressursutnyttelse ved somatisk spesialisthelsetjeneste i perioden 2004-2008, baserer seg på to typer nevnerverdier. 2004-2005-tall, måler totale kostnader per *korrigerede opphold*. 2006-2008-tall, måler totale kostnader per *DRG-poeng*. Dette gjør tallene mindre sammenlignbare, men det er likevel det beste vi kan få til ut fra tilgjengelig datamateriale, og tendensen kan kanskje være interessant:

Tabell 3: Tall på kostnadseffektivitet i sykehus, i perioden 2004-2008

	Helse Øst		Helse Sør		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt		
	Nivå	Relativt kost-nivå	Nivå	Relativt kost-nivå	Nivå	Relativt kost-nivå	Nivå	Relativt kost-nivå	Nivå	Relativt kost-nivå	Nivå	%vis økn. fra året før	Relativt kost-nivå
2008	39 080	0,98	39 080	0,98	39 434	0,99	40 845	1,02	45 536	1,14	40 023	4,6 %	1,00
2007	37 314	0,98	37 314	0,98	37 353	0,98	39 423	1,03	43 927	1,15	38 250	9,1 %	1,00
2006	35 171	1,00	32 731	0,93	33 422	0,95	37 506	1,07	40 689	1,16	35 057	6,4 %	1,00
2005	32 916	1,00	31 712	0,96	30 569	0,93	34 973	1,06	38 057	1,16	32 948	22,3 %	1,00
2004	23 179	0,97	26 209	0,97	26 172	0,97	28 232	1,05	30 732	1,14	26 935		1,00

Tall hentet fra SAMDATA på nett – ressursutnyttelse i somatisk spesialisthelsetjeneste, fra årlige rapporter i perioden 2004-2008.^{22,23}

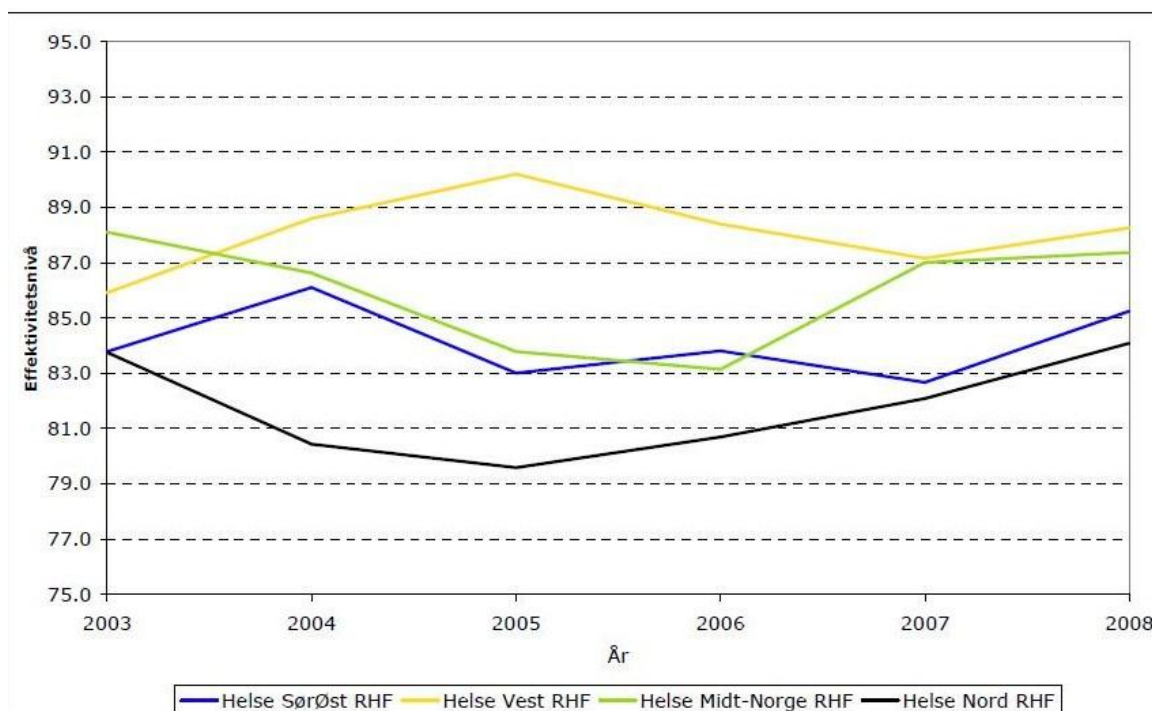
Sammenligner vi her innad i hver kolonne med tittelen ”nivå”, får vi et uttrykk for utviklingen i totale kostnader per korrigert opphold (blå) og per DRG-poeng (grønn) for hvert regionale helseforetak. Tabellen viser at både totale kostnader per korrigerede opphold (2004-2005) og totale kostnader per DRG (2006-2008) er stigende for helseforetakene. Tallene er hentet fra årlige rapporter for somatisk spesialisthelsetjeneste, og er dermed ikke inflasjonsjusterte. I kolonnen ”totalt”, hvor ressursutnyttelsen på landsbasis er forsøkt uttrykt, er årlig endring regnet ut. For alle år, øker kostnader mer enn inflasjonen.²⁴ Det er veldig viktig å være ydmyk for denne sammenhengen, da dataene er svært aggregerte, og risikoen for målefeil dermed er stor. Det er vanskelig å si noe om hvor sammenlignbart DRG-poeng er med korrigerede opphold. Vi kan dermed heller ikke si at økningen i kostnadsnivå er entydig fra 2004-2008.

²² Sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst, gjør at tallene fra og med 2007 er like for disse to regionene. Dette skjer ved at kostnader for Helse Sør-Øst er dividert på to for 2007 og 2008.

²⁴ Inflasjonsnivå på 2,5% lagt til grunn (inflasjonsmål, Norge)

Kolonnene med tittel ”relativt kost-nivå”, beskriver det relative kostnadsnivået for det regionale helseforetaket, sammenlignet med øvrige helseforetak. Dette er regnet ut ved å dividere helseforetakets kostnad per DRG-poeng/korrigerte liggedøgn, med gjennomsnittlig kostnadsnivå på landsbasis. Som vi har argumentert for ovenfor, vil dybde og breddekompleksiteten ved det enkelte regionale helseforetak tilsi at denne type sammenligning har lite for seg. I lys av dette, kommenterer vi ikke sammenligningen *mellom* helseforetak nærmere.

Det at kostnadsnivået per aktivitet etter alt å dømme har økt, kan peke i retning av at kostnadseffektiviteten i somatisk spesialisthelsetjeneste ikke er tilfredsstillende. Som vi har påpekt, gir ikke denne fremstillingen grunnlag for å si noe konkret om kostnadseffektiviteten i norske sykehus alene. Det fremkommer i Sintef-rapporten ”Har effektiviteten i somatiske sykehus økt i perioden 1999-2004”, at både teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet har vært økende fra 1999 til 2004. Det kan da stilles spørsmålsteget ved at kostnadseffektiviteten er synkende i perioden 2004-2008, som tabell 3 ovenfor hentyder. Samtidig vet vi at bruken av vikarer i helse- og omsorgssektoren økte kraftigst i perioden 2004-2008 (jf figur 5 og 7). Dette kan være tilfeldig, men det er like fullt en observasjon. I lys av vår skepsis til tabell nr 3, er det formålstjenlig å se på ytterligere en modell på effektivitet, i håp om at det vil bidra til større klarhet rundt spørsmålet om kostnadseffektivitet:



Figur 9: Utvikling i kostnadseffektivitet, 2003-2008 for helseregioner – somatisk spesialisthelsetjeneste kilde: SAMDATA, sektorrappport for spesialhelsetjenesten 2008

Figuren ovenfor viser de regionale sykehusenes effektivitetsnivå²⁵ i perioden 2003-2008²⁶. Kostnadseffektiviteten i alle helseregioner har vært tilnærmet stabil over perioden. Det som er interessant å trekke ut fra modellen, er at kurvene ligger lavere enn hundre prosent kostnadseffektivitet. Dette kan fortelle oss at helseforetakene har et forbedringspotensial med hensyn til *grad* av kostnadseffektivitet, uavhengig av om det har funnet sted en *økning* i denne eller ikke.

Det er videre viktig å presisere at vi ikke kan bruke et slikt mål som mål på hvorvidt de innleide vikarene representerer en kostnadseffektiv løsning. Alt for mange faktorer spiller inn til at det går an å trekke solide slutninger rundt dette. Dersom det stemmer at helseforetakene har et generelt forbedringspotensial med hensyn til kostnadseffektivitet, kan det tenkes at utnyttelsen av eksisterende ressurser kunne vært mer effektiv. Da vil det være mulig å trekke paralleller til kostnadseffektiviteten ved bruk av innleide vikarer. Sagt litt enkelt: Hvorfor skulle bruken av vikarer være kostnadseffektiv, dersom kostnadseffektiviteten generelt er lav? Diskusjonen peker i retning av at bruken av vikarer er større enn det faktiske behovet; dette som en direkte konsekvens av at man kunne utnyttet den allerede eksisterende, faste arbeidskraften på en bedre måte.

4.3.4 Rapporteringsutfordringer og incentiver til kostnadseffektivitet

Rapportering av produktivitet

Et viktig aspekt ved innleie av arbeidskraft, er hvilket skille man trekker mellom ansatte og vikarer. I begrepet ”ansatte” ligger det blant annet at man er valgbar til styrerepresentasjon eller andre tillitsverv. NHO uttrykte bekymring for hvordan man i praksis håndterte denne avgrensingen, i et høringsskriv til Arbeids – og inkluderingsdepartementet 15.10.2008. Skillet mellom vikarer og fast ansatte har dessuten implikasjoner for rapporteringsrutiner og internstyring. I produktivitetmålinger, vil gjerne produktivitet estimeres med en form for outputparameter, over mengde input – i form av årsverk, arbeidstimer, lønn eller ”hoder”. Her er det viktig å være observant på en skjevhet i estimatene. Det er en krevende prosess å skille

²⁵ Rapporten benytter begrepet kostnadseffektivitet, til tross for at begrepet ”effektivitetsnivå”, noe unøyaktig er brukt i figuren

²⁶ Modellen som ligger til grunn for figuren, er basert på DEA-metode: Her beregnes det en effektivitetsscore for hvert helseforetak. Gjennom sammenligning med en beste-praxis referansefront, beregnes relativ kostnadseffektivitet

ut innleide vikarers bidrag til ulike outputmål – til lengden på sykehuskøene, antall behandlede, antall liggedager, DRG-poeng²⁷. Det samme gjelder for det å beregne hvor mange arbeidstimer eller årsverk de fast ansatte og vikarene totalt sett har forbrukt. Dette fordi vikarenes lønnskostnad ikke inkorporeres i de regnskapsmessige lønnskostnadene. Det eksisterer dessuten ikke, (i hvert fall ikke tilgjengelig) per i dag gode oversikter over antall årsverk innleide vikarer og andre uten faste kontrakter²⁸. Dette innebærer at tellerverdien i regnestykket inkluderer vikarenes bidrag på outputsiden, mens nevnerverdien ekskluderer vikarenes kostnadmessige bidrag. Resultatet av denne brøken, blir et skjevt uttrykk for produktivitet per innsatsfaktorenhed. De faste ansatte fremstår ved dette mer produktive per hode enn hva realiteten er. Dette kan i sin tur føre til at belastningen per faste ansatte virker større, - og etterspørselen etter arbeidskraft ved sykehusene sterkere. Det må imidlertid presiseres at dette ikke er en empirisk fastsatt sammenheng, men mer en refleksjon rundt problematikken ved mangelfulle, offentlige tall på kostnadene forbundet med vikarbruk ved det enkelte sykehus. Å bake inn den økonomiske, kostnadmessige belastningen av vikarbruk i ”sekkeposter” som ”andre helsetjenester” eller ”andre driftskostnader”, gjør innsikten dårligere, og faren for feilrapportering eksternt, samt incentivvridninger internt, større. Sykehusenes mangelfulle oppdeling av lønnskostnader har vekket oppmerksomhet hos Riksrevisjonen²⁹, noe som peker på at dette er en praksis som det er hensiktsmessig å utbedre.

Rapportering og incentiver til kostnadseffektivitet

Professor ved NHH, Norvald Monsen, tar i bladet Magma til orde for at det er vanskeligere for den politiske ledelsen å stille offentlige administrasjoner til ansvar for forvaltningen av offentlige penger. Han påpeker at dette har sammenheng med at bruken av myke resultatmål gir sluttproduktkontroll fremfor ressurskontroll. Altså at en kontrollerer resultater oppnådd *ex post*, fremfor ressurser som skal brukes *ex ante*. Når forretningsregnskapet ble innført til fordel for kameralregnskapet, som har vært gjeldende i tradisjonell offentlig økonomistyring, faller fokuset vekk fra budsjettstyring, og over på resultatstyring. ”Når TPM i form av kameralregnskap erstattes av forretningsregnskapet, erstattes ressurskontroll i form av budsjettkontroll og betalingskontroll av sluttproduktkontroll i form av resultatmåling” (Monsen, 2008). Kameralregnskapet har sterkere tradisjon for sammenligning av budsjett og

²⁷ NB- bruken av outputmål i sykehus er komplisert og omdiskutert.

²⁸ Vikarbyråenes databaser er basert på aktive vikarer, og ikke årsverk, og sykehusene har ikke klare rapporteringsrutiner for innleide årsverk

²⁹ Avdekket i brev fra Helse Sør-Øst RHF til Riksrevisjonen datert 28.02.2008, som svar på Riksrevisjonens henvendelse av 10.januar 2008

regnskap, mens forretningsregnskapet kun fokuserer på regnskapstall. Dermed vil en i et NPM-perspektiv ha mindre fokus på budsjettkontroll enn det som har vært tilfelle innen tradisjonell offentlig økonomistyring (TPM). I lys av NPM- filosofien, er det støtte for innleie av vikarer fra vikarbyrå. Hensynet til budsjettkontroll synes imidlertid ikke å være tilstrekkelig ivare tatt med dette perspektivet lagt til grunn.

Norske sykehus driver på grunnlag av statlige overføringer, og løper således ingen konkret konkursrisiko. Målet for virksomheten er å levere et resultat i balanse³⁰, og budsjettoverskridelser vil ikke møte like streng sanksjonering som i private virksomheter. Dette vitner om myke budsjettbeskrankninger, og i så måte svake incentiver til å minimere produksjonskostnadene.

Vining & Globerman (1999) belyser denne tematikken i en monopolkontekst. De fremholder at monopoler ikke har tilstrekkelige incentiver til å minimere produksjonskostnader. Dette kan begrunnes ut fra at man i monopoler opererer med mykere budsjettbeskrankninger enn i virksomheter som konkurrerer i markeder med flere aktører. I et monopol vil en lettere la produksjonskostnadene drive opp til et nivå som ville vært en konkurranseulempen hvis monolet gikk tapt. Dette resonnementet kan også overføres til offentlige virksomheter. I likhet med monopoler, eksisterer det også her myke budsjettbeskrankninger som senker incentivene til å drive kostnadseffektivt. Miqué og Bélanger (1974) belyser videre at en offentlig leder vil søke å maksimere sitt budsjettmessige spillerom, og at dette medfører lav produktivitet i de enhetene de styrer. Denne modellen har imidlertid blitt kritisert av flere.

4.3.5 Principal-agentrelasjonen ved et sykehus

Det kan trekkes paralleller mellom problematikken diskutert ovenfor, og et klassisk principal-agent problem. I tråd med principal-agent-teori vil man ved et sykehus finne at ledelse og eierskap er separert. For et sykehus vil sykehusledelsen handle på vegne av staten/eieren, og sykehusledelsen må således ivareta eierens interesser. I henhold til teorien vil da eierne kunne observere resultatet av sykehusledelsens innsats, men sykehusledelsen har vanligvis overlegen informasjon vedrørende innsatsen som er blitt lagt ned i, og omstendighetene rundt

³⁰Dette er generelle føringer fra myndighetene på norske sykehus. Eksempelkilde: Protokoll fra styremøte i Helse Bergen HF, 13.juni 2008

arbeidsprosessen. Det vil derfor påløpe store overvåkningskostnader dersom eierne skal observere alle aktiviteter foretatt av ledelsen. Denne problematikken kan vi også overføre til forholdet mellom toppledelse og ledere på lavere nivåer, da mellomledere handler på vegne av topplederen, og vi dermed har en tilsvarende prinsipal-agent-relasjon.

Enkelte aspekter ved en virksomhet er preget av at det lett kan oppstå interessekonflikter, der eier og leder har forskjellig oppfatning av hva som er det grunnleggende målet og hvordan dette skal nås. En typisk interessekonflikt kan være forholdet mellom kostnadseffektivitet og trivsel på arbeidsplassen. En avdelingsleder kan velge å engasjere mer arbeidskraft enn hva som er strengt nødvendig, til fordel for egne mål om et behagelig arbeidsklima.

Avdelingslederen setter altså egne interesser framfor principalens. Dette kan avdelingslederen gjøre da vedkommende føler seg trygg på at en slik ”aktivitet” ikke vil være mulig for ledere på høyere nivå observere eller måle direkte. For staten, som er eier av offentlige sykehus i Norge, vil det være en uoverkommelig oppgave å skulle observere alle avdelinger på de regionale helseforetakene. Man kan derfor tenke seg at avdelingslederen står igjen med større frihet til å ta avgjørelser som kan påvirke hans eller hennes arbeidshverdag.

Våre informanter bekrefter at det finnes retningslinjer som regulerer når og hvordan vikarer skal tas i bruk ved den enkelte avdeling. Informantene påpeker imidlertid også at disse retningslinjene ikke alltid blir fulgt. Det finnes riktignok klare begrensninger i hvordan budsjetter er satt opp. Med klart definerte budsjetterrammer, vil et overforbruk bli lettere synlig. Da man i en utvidet Principal-agentrelasjon utvider perspektivet til ikke bare å gjelde en enkeltstående kort periode, men heller ser på gjentagende relasjonelle kontrakter, vil utforming av én periodes kontrakt avhenge av observert utfall fra tidligere perioder. På denne måten har både principalen og agenten incentiver til å handle med mål om videre samarbeid. Vi argumenterte tidligere for at budsjettrestriksjonene i offentlige virksomheter er svakere enn i konkurranseutsatte næringer, ved at konkurrisikoen er tilnærmet ikke-eksisterende i et foretak som eksisterer for å dekke et samfunnsbehov. Betydelige budsjettoverskridelser kan likevel medføre konsekvenser for den med resultatansvar i avdelingen – altså avdelingslederen. I verste fall kan vedkommende avsettes, og altså ikke få forlenget kontrakt til neste periode.

I følge mothakevirkningen kan en slik utvidet principal-agentrelasjon med gjentagende kontraktsforhold åpne opp for nye interessekonflikter. Et eksempel er hvordan eieren reagerer

på mål- og budsjettoppnåelse. En eier vil gjerne formulere høyere mål, eller motsatt; allokere lavere budsjetter, hvis nåværende mål har blitt henholdsvis møtt eller overskredet. Dilemmaet til avdelingslederen blir da at et tilfredsstillende resultat i dag, vil straffe seg på lengre sikt, i form av høyere mål, eller strammere budsjetter i kommende perioder. Ved å prestere bedre enn nåværende budsjett skulle tilsa, kan agenten risikere å bli møtt med strengere budsjetter i alle kommende perioder, ettersom forventningene heves. Med andre ord vil en god innsats i dag, kunne bli straffet i morgen. Avdelingsleder med interesse av å fortsette kontraktsforholdet uten veldig stramme rammer i kommende perioder vil derfor ha incentiver for å bruke hele rammen av vikartimer i inneværende periode. Det optimale valget for avdelingsleder blir da å overforbruke noe, i håp om at det allokeres ytterligere midler senere, men ikke overforbruke slik at det medfører negative reaksjoner. Det vil ikke lønne seg for avdelingsleder å forbruke mindre enn hva budsjetttrammene tilsier, da dette kan medføre skjerpede rammer for drift i kommende budsjettperioder. Fokuset flyttes dermed over fra å handle om kostnadseffektivitet, mot å handle om avdelingsleders potensielle ønske om å oppnå et behagelig arbeidsklima.

Det må understrekes at dette ikke er en tendens som egner seg for generalisering. Poenget er imidlertid at i likhet med alle prinsipal-agentrelasjoner, eksisterer det en risiko for at interessekonflikter kan medføre uønsket atferd. Måten en avdelingsleder ivaretar daglig drift, vil avhenge av den enkelte, men det at stor avstand mellom eier og ledelse gir rom for et større fokus på egeninteresser. Mye vil nok også avhenge av kulturen til de ulike avdelingene, noe vi vil diskutere senere.

Måten et sykehus er organisert på, kan som vi har diskutert, skape svakere incentiver til kostnadseffektivitet. Dette er interessant fordi det sier noe om hvilke rammer som ligger til grunn for daglig drift, og for hvilke holdninger dette kan skape rundt kostnadsbevissthet— eksempelvis ved vikarbruk. Ut fra korrespondansen med det ene private, profittmaksimerende sykehuset, fikk vi opplyst at vikarinneleie ikke forekom overhodet ved sykehuset. Dette kan tyde på ulik grad av kostnadsbevissthet i forhold til offentlige sykehus. Det må poengteres at private sykehus står ovenfor et annet behov for fleksibilitet, som følge av fravær av

døgnkontinuerlig drift³¹. Vikarinneleie er dermed ikke like nødvendig der, som for offentlige sykehus, - hvor det er en reell mangel på helsepersonell, og et stort behov for fleksibilitet. Som Jane Sonerud (KLP Magasinet des.08) poengterer, er det omfanget av bruken som bestemmer hvorvidt en ”sparer” på å bruke vikarer. Det er overforbruk av innleide vikarer, og ikke nødvendigvis *innleien i seg selv* som fører med seg høye kostnader. Incentivene til kostnadseffektivitet vil dermed ha noe å si for omfanget av bruken av vikarer. Ut fra resonnetet ovenfor, kan det se ut til at incentivene til kostnadseffektivitet er svakere i offentlige virksomheter, enn i virksomheter som løper konkurrisiko og således har strammere budsjettbeskrankninger. Prinsipal-agentrelasjonen, og avstanden mellom beslutningstaker og drift, skaper grobunn for interessekonflikter. Dette kan, med bakgrunn i vår diskusjon, potensielt medføre overforbruk av vikarer.

4.4 Vikarbyråene som uttrykk for outsourcing?

Det kan diskuteres hvorvidt innleie av eksterne vikarer omfattes av begrepet outsourcing. I tilfellet med helsetjenester ville kanskje en mer korrekt anvendelse av begrepet funnet sted dersom man sendte pasienter ut av sykehuset for at pasienten skulle få den nødvendige pleien et annet sted. Man kunne for eksempel se for seg at man valgte å legge ned en hel avdeling hvor sykehuset selv ikke klarte å drive effektivt nok, for så å sende alle pasientene som naturlig ville blitt plassert der til et annet sykehus. I stedet har vi her en situasjon hvor man velger å ta ekstern arbeidskraft inn for å bistå avdelingen.

Vi har likevel valgt å ta med dette avsnittet om outsourcing, for å presentere en løsning på den økte kostnaden og risikoen et sykehus står ovenfor i forbindelse med innhenting og opplæring av midlertidig ansatte. I et lukket marked vil den kvantitative effekten av outsourcing på sysselsettingen i markedet være mindre viktig, ettersom man bare allokterer arbeid fra en bedrift til en annen. Ser man derimot på et sykehus alene kan en slik gevinst være avgjørende. Ved å sette bort prosesser som rekruttering, kontraktsinngåelse og opplæring, kan sykehuset spare store summer på årsbasis. Dette forutsetter som vi tidligere har vært inne på, at bedriften man velger å sette ut tjenesten til, som her er vikarbyrået, har komparative fortrinn ved

³¹ Private sykehus har ofte ikke akuttinntak heller (kilde: informant). Høyere lønnsnivå og mer forutsigbare arbeidsforhold blant helsepersonell i private sykehus, kan for øvrig bidra til at mangelen på helsepersonell ikke er like stor i privat sektor

utøvelsen av oppgaven. Vikarbyrået kan være i stand til å gjøre slike funksjoner mer kostnadseffektivt. Den nødvendige markup vikarbyrået velger å ta betalt for sine tjenester, bestemmes av vikarbyråets komparative fortrinn på eksempelvis kvalitetskontroll og administrasjon. I henhold til teori om transaksjonskostnader og outsourcing, vil det da være mulig å komme fram til avtaler som begge parter er tjent med. Summen sykehusene må betale for en slik tjeneste vil da være lavere enn om sykehusene selv skulle utført prosessene, til tross for at vikarbyråene tar en høyere timepris. Dette beror på regnestykket vi presenterte i ovenfor, - med særlig tanke på opplæringskostnadene, som vikarbyrået betaler. Vi vil i et slikt tilfelle ha en utvidet verdikjede hvor samarbeid fører til et samlet overskudd med hensyn på både kostnader og risiko.

Anbudskonkurransen som ble arrangert i regi av HINAS på vegne av de fire store regionale helseforetakene, var ment å gi grunnlag for bedre kontroll med kvaliteten på vikarene som formidles. I tillegg var det et ønske om å redusere timeprisen, for slik å få bedre kontroll over kostnadene. Våre informanter fremholder at en slik anbudskonkurranse tvilsomt vil ha veldig mye å si på timeprisen ved bruk av vikarer, mens Norsk Sykepleierforbund påpeker at prisene har blitt presset som følge av konkurransen. De fem bemanningsbyråene som kommer ut som vinnere, er de samme byråene som historisk har vært de største aktørene på markedet. En slik anbudskonkurranse kan bidra til økt fokus på kvalitet gjennom økte krav til referansesjekk og bakgrunnskontroll. NSF stiller seg videre positiv til effekten anbudskonkurransen kan ha hatt på arbeidsvilkårene til sykepleiervikarene. Gjennom en felles innkjøpsservice vil de mest useriøse vikarbyråene falle fra. Sykehusene kan på den måte føle seg mer trygg på at vikarene som benyttes har både nødvendig opplæring og nødvendige tillatelser for å utføre arbeidet på en tilfredsstillende og lovlig måte. En effekt av dette kan være at sykehusene selv ikke trenger å vurdere hver enkelt vikar for å være trygg på at de besitter nødvendige kvalifikasjoner og tillatelser. Denne kostnaden vil bæres av vikarbyråene. På en måte kan man si at sykehusene velger å outsource kvalitetskontrollen til vikarbyråene.

4.4.1 Interne vikarbyrå

Det kan late til at sykehusledelsen har tatt stilling til kostnadskomponenten ved overdreven vikarbruk. Dette kommer til uttrykk gjennom at flere sykehus har tatt initiativ til å opprette egne, sykehusinterne vikarbyråer (vikarpooler), som eksisterer som egne avdelinger innad i

sykehuset. Det fremkommer av intervjuene at de interne vikarbyråene hovedsakelig har to ansvarsområder, hvorav det ene er å ansette faste ressurser, som formidles til ulike avdelinger etter behov. Det andre fokuset er å følge opp kontrakter med eksterne vikarbyrå, og kontrollere avdelingenes forbruk av eksterne vikartimer. Dette oppnår de ved at alle henvendelser til eksterne vikarbyrå skal kanaliseres gjennom det interne vikarbyrået. På denne måten kan fast ansatte vikarer velges først, og forespørsel til vikarbyrå kan komme i andre rekke. Det interne vikarbyrået er ment å være selvfinansierende, slik at avdelingene faktureres per time for bruken av vikarene fra vikarpoolen.

[Vi] ... skal ha kontroll med hvem og hvor hver enkelt arbeider i Helse Bergen. Det er innført nye IKT verktøy som hjelper ledere til å få oversikt og gi bedre styring over ressurser.

Informant fra internt vikarpool

Ved at internprisen per vikartime fra internt byrå er lavere enn timeprisen for eksterne vikarer (ibid), oppnår man i utgangspunktet en reduksjon i totale vikarkostnader. Videre kan det fremheves at et internt vikarsenter kan redusere avdelingenes administrative kostnader, ved at den enkelte avdelingsleder bruker mindre tid på organisere vaktplanene i tider med underbemanning. I tillegg bidrar det interne vikarbyrået til å gjøre søket etter vikarer mer effektivt. Dersom en avdeling opplever underbemanning, blir det opp til vikarpoolen å skaffe til veie den nødvendige vikaren. Avdelingssykepleieren som tidligere ble bundet til telefonen for selv å finne nødvendig avlastning, kan nå heller bruke sin kompetanse der den er mest nødvendig, ute i avdelingen og ikke på kontoret. På denne måten kan man utnytte komparative fortrinn og kontakt med leverandører som vikarpoolen innehar slik at total verdiskapning øker. Under antagelse av at transaksjonskostnadene holdes lave, vil sykehuset øke sin fortjeneste, og i tråd med teorien om outsourcing vil man ved å overlate denne delen av ”produksjonen” til en profesjonell leverandør oppnå stordriftsfordeler for sykehuset.

”Det er stort fokus på bemanningsutviklingen ved sykehusene. Dette inkluderer også bruk av vikarer. Sykehuset Buskerud har høye variable utgifter som skyldes at det leies inn et betydelig antall vikarer. Vikarbruken har sin årsak i ulike typer fravær. Et av tiltakene som er iverksatt for å skaffe vikarer og holde kontroll på utgiftene er opprettelse av en egen vikarsentral.” Saksfremlegg styret Sykehuset Buskerud HF – 28.01.09

En av våre informanter påpeker imidlertid at utfordringen ved et velfungerende internt vikarsenter, ligger i at det interne vikarbyrået leverer ”for godt”. Et internt vikarbyrå gjør vikarer desto mer tilgjengelig for avdelingene, og som en konsekvens av dette, kan en dermed stå i fare for at forbruket av ”vikartimer” øker. Dette kan øke kostnadene, til tross for lavere timepris på internt utleide vikarer. Videre må det poengteres at det som fremstår som en administrativ kostnadsreduksjon for enkeltavdelinger, ikke nødvendigvis gir positive besparelsesutslag for sykehuset, eller helseforetaket som helhet. Ettersom det i stor grad bare er en forflytning av kostnader internt.

4.5 Fleksibilitet og fleksibilisering

Fleksibilitet i personalplanleggingen er som tidligere påpekt, en av de viktigere driverne bak bruk av eksterne vikarer, noe våre informanter også bekrefter. Vi vil i det kommende avsnittet utdype fleksibilitetshensynet i lys av problemstillingen.

Som nevnt tidligere, har helsesektoren vært gjenstand for reformer i lys av NPM. Både reformen av 2002 og lov om helsepersonell av 2001, peker i retning av modernisering og effektivisering av sektoren. Lov om Helsepersonell har representert en deregulering som faller inn i trenden mot fleksibilisering av arbeidskraften. Legaliseringen av innleie av helsepersonell er en indikasjon på dette. Ved et sykehus vil gjerne effekten av denne fleksibiliseringen være ekstra stor, da helsearbeid i seg selv er fleksibelt arbeid (Dahle og Østby 2007).

Et sykehus består gjerne av flere avdelinger, et stort antall ansatte og omfattende koordineringsbehov med hensyn på personal – og stillingsforhold. Ved et sykehus er det helt nødvendig til enhver tid å ha nok mennesker på jobb. Ved andre typer virksomheter vil dette behovet også gjøre seg gjeldende, men ved et sykehus vil konsekvensene ved mangelfull personalplanlegging være større. Feilaktig allokering av arbeidskraften kan føre til at en har overkapasitet i arbeidsstokken – noe som driver kostnader. Eller motsatt; at en er underbemannet og ikke klarer å opprettholde kvalitet. Ved et sykehus er det naturlig å tro at kvalitetskomponenten er tungtveiende. Lavere kvalitet ved et sykehus kan i verste fall føre til høyere dødelighet. Dette gir grunn til å argumentere for at sykehusene ikke bør være underbemannet, og at det trolig vil være slik at en anser det som en større kostnad å være

underbemannet enn å være overbemannet. Videre arbeider helsepersonell ofte i skiftarbeid eller på turnus, - og innslaget av ekstravakter, overtid og vikarer er stort. Helsepersonell kan i tillegg beordres på vakt, i henhold til Helsepersonellovens § 14. Alle disse faktorene, skaper mindre forutsigbarhet for den enkelte, samt et system hvor en rent intuitivt er mer sårbar for sykefravær og andre former for fravær enn hva tilfellet er for eksempelvis administrative stillinger. Dette til sammen vitner om en tendens til høy grad av numerisk fleksibilitet, eller i det minste høy grad av ønsket numerisk fleksibilitet i sykehussektoren.

Som nevnt i teorien, handler numerisk fleksibilitet om hvordan man kan variere i tilgangen på arbeidskraft etter behovet for denne. I følge teorien, vil vi ved økt innslag av numerisk fleksibilitet, konvertere arbeidskraften til en mer variabel enn fast kostnad. Her kan en trekke paralleller til W. Oi's teori om arbeidskraft som en kvasi-fast faktor (Oi, 1962); Oi poengterer at man aldri kan betegne lønnskostnader som rene variable innsatsfaktorer, men at det alltid vil komme innslag av faste kostnader når marginallønnen beregnes. Dermed vil det ikke være formålstjenlig å ansette og å si opp arbeidere i takt med midlertidige svingninger i produksjonen, - til dette er kostnadene for store (Hénin, 2003). Videre illustrerer Hénin at ujevnheter i virksomheters tilpasning, medfører tregheter og syklisk effekt på overskuddet. I et slikt perspektiv, kan man argumentere for bruk av vikarer ved produksjonssvingninger.

En undersøkelse i 10 EU-land, gjennomført i 1996, viste at i løpet av de siste tre år hadde gjennomsnittlig 15 % av virksomheter med mer enn 20 ansatte innført jobbrotasjon, 27 % hadde installert teambaserte arbeidsmåter, 33 % hadde utbedret involveringen av ansatte på lavere nivåer i organisasjonen, og 29 % hadde flatet ut organisasjonshierarkiet (NOU 1999:34). Det foreligger indikasjoner på at denne tendensen er gjeldende for Norge også, selv om ikke tilsvarende undersøkelse er gjennomført her til lands (ibid). Dette vitner om en tendens til økt funksjonell fleksibilitet. Likevel konkluderer OECD med at det er vanskelig å identifisere omfanget av fleksibel organisering, og at denne ikke nødvendigvis fører til økt omfang av midlertidige kontrakter eller deltidsarbeid (ibid).

Tendensen til å skifte ut/ redusere antallet faste ansatte til fordel for å øke innslaget av midlertidige ansatte, kan sees i sammenheng med hvilke kostnader som forbindes med dette. Med kostnader menes blant annet hvilken jobbtrygghet arbeidsstokken har, - og dermed hvor vanskelig det er å permittere eller si opp ansatte. Tabellen under, utarbeidet av OECD viser en

oversikt over land, etter hvor store kostnader som påføres virksomhetene ved å redusere arbeidsstokken og/eller skifte ut arbeidstakere.

Tabell 4: OECDs rangering av medlemsland etter virksomhetskostnader ved å redusere og/eller skifte ut arbeidstakere enkeltvis eller kollektivt. 1999. (OECD 1999: 66)

USA	0,7
Storbritannia	0,9
New Zealand	0,9
Canada	1,1
Irland	1,1
Australia	1,2
Sveits	1,5
Danmark	1,5
Ungarn	1,7
Polen	2,0
Finland	2,1
Tsjekkia	2,1
Nederland	2,2
Japan	2,3
Østerrike	2,3
Belgia	2,5
Korea	2,5
Sverige	2,6
Norge	2,6
Tyskland	2,6
Frankrike	2,8
Spania	3,1
Italia	3,4
Hellas	3,5
Tyrkia	3,5
Portugal	3,7

Et høyt tall innebærer at de ansatte har sterk beskyttelse mot å miste jobbene sine, og motsatt viser et lavt tall til at arbeidstakere har mindre trygge jobber, noe som kommer til uttrykk ved at kostnadene ved utskifting av arbeidsstokken er relativt lavere. Tabellen kan imidlertid ikke sies å gi et fullgodt bilde av de faktiske forholdene, da den ikke kan fange opp differanser i lovgivning og lokale arbeidsavtaler på tvers av landene. Men med forsiktig tolkning lagt til grunn, kan vi se tendenser til hvor lett/vanskelig det er å skifte ut deler av arbeidsstokken i de ulike landene. Som vi kan se av tabellen, har således angloamerikanske land lavest kostnader ved å skifte ut arbeidsstokken, mens Norge må sies å være i den mer restriktive enden av skalaen, og kostnadene er høyere ved å si opp eller å skifte ut deler av staben i en virksomhet.

Hva kan så dette fortelle oss? Det eksisterer et ønske om større fleksibilitet i arbeidslivet generelt – dette er en gjeldende tendens i norske organisasjoner. Likevel kan det virke som det er dyrt å skifte ut deler av arbeidsstokken til fordel for andre, mer fleksible ansatte, eller større innslag av midlertidige ansatte.

Det eksisterer altså et ønske om økt numerisk fleksibilitet, det vil si å kunne variere tilgangen på arbeidskraft etter behov. En økning i omfang av vikarbruk kan leses som en indikasjon på ønske om økt fleksibilitet (Skjælaaen, 2005)³². Økt innslag av numerisk fleksibilitet i organisasjoner, kan ha ført til at omfanget av vikarbyråer har økt det siste tiåret. Det faktum at midlertidige kontrakter i større grad benyttes, skaper etterspørsel etter arbeidskraft på ikke-faste kontrakter, noe som igjen skaper driftsgrunnlag for vikarbyråene. Ved at vikarbyråene eksisterer, finnes det en ”markeds plass”, hvor tilbydere og etterspørrere av midlertidig arbeidskraft kan møtes. Ved at arbeidsforholdet mellom vikar og sykehus reguleres gjennom en tredjepart, synker sykehusets transaksjonskostnader. Faste kostnadskomponenter ved sysselsetting er knyttet til ansettelser, oppsigelser og opplæring, og bidrar til at arbeidskraften kan oppfattes som en kvasifast produksjonsfaktor. Dette innebærer at noen kostnadskomponenter er faste, uavhengig av hvor mye hver enkelt arbeidstaker jobber.

Bemanningsbyråer kan kanskje sees som en markedsrespons på de faste kostnadene knyttet til variasjoner i antall ansatte. Timesatsen for tjenester formidlet gjennom disse byråene er ofte markert høyere enn timesatsene for ordinært tilsatte. Dette reflekterer en markedsbestemt premie for at bedriftene slipper faste kostnader med å øke antall ansatte. I tillegg gir vikarbyråene bedriftene en mulighet til å vurdere individuelle kvalifikasjoner til arbeidssøkere som kan være aktuelle for mer permanente tilsetninger. Bemanningsbyråene formidler da i tillegg informasjon, og de høyere timesatsene kan dermed fungere som en betaling for en denne formidling.

En økning i omsetningen for bemanningsbyråene de siste årene kan være et tegn på et velfungerende og fleksibelt norsk næringsliv hvor byråene gir mulighet for endringer i arbeidsstokken til vesentlig lavere kostnader enn det som er tilfellet ved ordinære ansettelser. Som nevnt over gir midlertidig ansettelser også muligheten for en mer uforpliktende

³² Se for øvrig: Atkinson 1984a, 1984b, 1985

vurdering av potensielle fremtidige jobbsøkere. Dette reduserer eventuelle problemer med asymmetrisk informasjon ved ansettelse, og bidrar dermed til å redusere bedriftenes risiko.

Videre ser vi at en av motivasjonsfaktorene for bruk av atypisk arbeidskraft, herunder innleide vikarer, er et ønske om å dekke inn hullene i personalplanleggingen – helger og ferier. Dette skjer med andre ord som en konsekvens av ønske om numerisk stabilitet (Skjælaaen 2005). Sykehuset ønsker å opprettholde et stabilt antall arbeidstakere. Skjælaaen påpeker at denne motivasjonen for bruk av innleid arbeidskraft synes å være vanlig når det kommer til innleie av sykepleierpersonell. Vår empiri støtter denne konklusjonen. Samtlige informanter bekrefter at innleide vikarer i all hovedsak benyttes i helger og i forbindelse med ferieavvikling. Samt ved tilfeller hvor etterspørselen etter helsetjenester er ekstra høy (influensaepidemi om vinteren eller lignende).

I lys av nyinstitusjonell teori, kan vi si at innleien, og således fleksibiliseringen av arbeidskraften kan sees i to ulike perspektiver. I henhold til verktøyperspektivet, er det et problem ved sykehusene at fast ansatte ikke dekker bemanningsbehov i helger og ferier. For å løse dette, åpnes det for innleie av vikarer fra vikarbyråer. I følge verktøyperspektivet, er vikarinneleie en *respons* på bemanningsproblemer i organisasjonen. Alt like, er det naturlig å tro at den sesongjusterte etterspørselen etter vikarer er mer eller mindre konstant over tid. Ser vi på bruken av vikarer i tidsrommet det har vært tillatt, har denne totalt sett vært økende. Skal vi tolke det slik at problemet med mangelfull stab har økt i samme takt som bruk av vikarer i det tidsrommet det har vært tillatt? Dette er lite trolig. Sett i lys av verktøyperspektivet, kan ikke økende vikarbruk utelukkende forklares ut fra bemanningsproblemer.

Legger vi symbolperspektivet til grunn, - tenker vi oss heller at fleksibiliseringen og innleien fremstår som en god organisasjonsoppskrift. Dermed blir vikarinneleie tatt i bruk i økende grad, for å oppfylle et *ønske* om mer fleksibel arbeidskraft, i henhold til gjeldende tendenser eller trekk i tiden. Selznick (1948, 1957) påpekte for øvrig at organisasjoner som opererte med vage mål og lite spesifikk teknologi, fungerte som mer organiske mekanismer. Busch & Vanebo (2003), trekker frem sykehus i denne sammenhengen. Hvis vikarinneleie tas i bruk i større grad for å tilfredsstille et ønske om økt fleksibilitet, - gir dette i henhold til symbolperspektivet støtte til innleie. Det kan vi si fordi at organisasjonen oppnår legitimitet gjennom å øke fleksibiliteten, - og slik tjene et allment behov for helsetjenester på en bedre

måte. Men; å øke innleie som en følge av en gjeldende tendens eller et følt behov, kan ikke alene sies å være en god nok argumentasjon for bruk av vikarinneleie. Det må forankres i et faktisk behov, og overforbruk må forhindres. Det at vikarer brukes isolert sett, kan forsvares ut fra symbolperspektivet. Økende bruk er derimot vanskeligere å argumentere for – både i henhold til verktøyperspektivet og symbolperspektivet.

Røvik (1998) fremholder imidlertid at en organisasjonsoppskrift både kan fungere tilfredsstillende som et *verktøy*, og på samme tid være et *symbol* på gjeldende trekk i tiden. Dette kan gi støtte til at de to perspektivene må hensyntas samtidig. Ut fra analysen over, er vikarinneleie både et uttrykk for verktøyperspektivet og symbolperspektivet. Det er likevel slik at ingen av perspektivene gir støtte til økende bruk, og derigjennom et mulig overforbruk av vikarer.

4.5.1 Vikarene og de fast ansatte – ulikheter med hensyn på fleksibilitet

Utredningen har tidligere diskutert de spesielle utfordringer sykehusene blir stilt overfor vedrørende ”åpningstider” og krav om døgnkontinuerlig drift. Dette har som kjent medført ekstra utfordringer hva gjelder personalplanlegging om natt og i helgene. Dette resulterer i at helsepersonell må være forberedt på at dette stiller større krav til fleksibilitet fra deres side.

Dersom helsearbeid per definisjon er fleksibelt arbeid, bør arbeidskraften inneha egenskaper som gjør dem velegnet til denne typen arbeid. Innleide vikarer dekker denne etterspørselen på en velegnet måte, ettersom de fungerer som et netto bidrag til arbeidsstokken. Vikarene engasjeres ved behov, og trekkes ut av arbeidet når det ikke lenger er behov for dem. De arbeider videre på forskjellige avdelinger, med ulike medarbeidere og ulike oppgaver. Dette gjør dem godt egnet til å arbeide i omgivelser som er fleksible.

Vikarene har dessuten *ofte* selv valgt denne type organisering av arbeidsforholdet³³. Det kan da være interessant å stille spørsmål ved hvorfor enkelte velger å la seg ansatte som korttidsarbeidskraft. Vikarene som er engasjert i vikarbyrå, kan ha valgt denne arbeidsformen

³³ ”60 % av alle som arbeider som vikarer/ringe/ekstrahjelp, sier at dette er en ordning de ønsker å ha” (SSB – tilleggsundersøkelse til AKU-undersøkelse, 2005 – ”Ulike arbeidskontrakter og arbeidstidsordninger”)

av flere grunner. De to mest åpenbare er at de 1. ikke får fast ansettelse, og må jobbe gjennom vikarbyrå i påvente av fast stilling, eller at de 2. ønsker denne arbeidsformen, på grunn av høyere lønn eller økt fleksibilitet (i forhold til familie, eller av andre grunner). Altså ufrivillig eller frivillig engasjement. I gruppen av vikarer med frivillig engasjement, finnes også den gruppen av vikarer som har fast stilling på norske eller svenske sykehus, men ønsker å supplere med timer gjennom vikarbyrå for å øke sin inntekt³⁴. Undersøkelser utført av Brostein (1991) og Atkinson (1996) viser at arbeidstakere har følgende tre motivasjonsfaktorer for valg av midlertidig ansettelse: *individuell fleksibilitet, mangel på alternativer og signalisering*. Den første kategorien omfatter både de som foretrekker midlertidig ansettelse som livsstil, og de som lar seg ansette på midlertidig basis for å klargjøre sine egne arbeidspreferanser (spesielt unge). ”Mangel på alternativer” går på at en ikke har noe annet valg enn å jobbe gjennom vikariat, mens den siste kategorien dreier seg om å signalisere sin kapasitet gjennom å gjøre seg selv tilgjengelig for å bli ansatt på fast kontrakt gjennom midlertidige arbeidsforhold.

Informanter fra sykehus med interne vikarpool uttrykker at det ikke er hvem som helst som er ”cut out for” å jobbe som vikar. Uavhengig av om vikarene kommer fra eksternt eller internt vikarbyrå, er det et krav at de er fleksible både med hensyn på tid og sted. De må ha evne til å sette seg raskt inn i nye arbeidsoppgaver, og det er ikke alltid de får opplæring. Fra sykehusets side anses det gjerne som en forutsetning at vikaren på kort tid blir en effektiv del av avdelingen (Dahle og Østby, 2007). Den delen av staben som ønsker å jobbe med de samme menneskene, på den samme avdelingen og til de samme vakttidene til enhver tid, i så måte ikke er egnet til å være vikarer. Dette til tross for at helsearbeid, som tidligere nevnt i stor grad er fleksibelt arbeid.

I mange tilfeller arbeider de fast ansatte i lavere stillingsbrøker enn hva de ønsker. Dette av den grunn at det ofte ansettes 6 stk på redusert stilling til fordel for 5 stk i full stilling, for å få helgevaktene og turnusen til å gå opp. Informantene gir inntrykk av de faste ansatte uttrykker misnøye ved den eksisterende situasjonen, og gjerne ønsker full stilling. Tanken er imidlertid at de interne vikarpoolene skal fungere som en instans hvor disse deltidsarbeidende ansatte kan supplere med vakter slik at de får full, eller tilnærmet full stilling. Dette hadde dessuten gjort det lettere å fylle opp ledige vakter ved helger, ferier og andre former for fravær. Et av

³⁴ Opplysninger oppgitt fra informant

våre intervjuobjekter forteller at enkelte avdelinger ikke ansetter personer i fulltidsstillinger, med håp om at dette skal bidra til økt fleksibilitet. Det fortelles videre at det ikke er noen uttalt politikk ved sykehuset at man ikke skal ansette i fulle stillinger, men at enkelte avdelinger selv velger å praktisere dette. Ved ett av sykehusene mottar ansatte som arbeider gjennom vikarsenteret tjue tusen kroner årlig i kompensasjon for deres fleksibilitet på tid og sted. Til tross for denne kompensasjonen, er den gjeldende holdningen at majoriteten av de ansatte likevel ikke ønsker å supplere sin faste stilling med en vikarstilling gjennom det interne vikarsenteret.

”Det er et ønske at helseforetaket blir mer fleksibelt” (vikarpool ved stort norsk sykehus).

Det kan paradoksalt nok virke som at den delen av arbeidskraften som synes mest velegnet til å arbeide i et sykehus, er de som jobber gjennom vikarbyrå eller gjennom interne vikarsentre. Mye av kritikken mot bruk av eksterne vikarer, har ved siden av kostnadsbruken vært kvalitet og kontinuitet. Våre informanter deler ikke dette synet. Eksterne vikarer kan også ha andre og nyttige perspektiver, og slik bidra som et ”friskt pust” i den enkelte avdeling.

”Erfaringen med innleid personell er at de er mer fleksible og tilpasningsdyktige”

Nøkkelperson ved sykehus i Helse Sør-Øst.

Videre fremholdes det at når ny arbeidskraft kommer inn, reduseres belastningen på de faste ansatte. Dette gir seg utslag i mindre overtid på de faste ansatte, noe som igjen resulterer i mindre utbrenthet og fravær³⁵.

De fast ansatte ved norske sykehus har mindre fleksible egenskaper, dette fremkommer som en observasjon med bakgrunn i flere av våre intervjuer. En generell holdning kan sies å være at mange ønsker å være fast på én avdeling, på bestemte vakter og til og med arbeide med de samme medarbeiderne på alle vakter. Dette er ikke nødvendigvis fordi de er lite omstillingsdyktige, men fordi det trolig ligger til grunn en bedriftskultur som er preget av lite endringsvillighet. En slik bedriftskultur må sies å være uheldig i forhold til behovet for fleksibilitet ved et sykehus.

³⁵ Opplysning fremkom i intervju

4.6 Organisasjonskulturelle forhold ved sykehuset

Organisasjonskulturen kommer til uttrykk på flere områder i organisasjonen, også i bemanningsforhold. Ut fra informasjon fra våre intervjuobjekter dreier det seg om to forskjellige syn på bemanning, - og slik også bruk av eksterne vikarer på den enkelte avdeling:

1. Full bemanning uansett. Holdninger av typen: ”Vi skal være seks stk på jobb uansett”.
2. Pragmatisk syn på bemanning – bemanner etter behov – ivaretar i større grad kostnadshensynet.

Våre intervjuobjekter bekrefter at det er store forskjeller mellom avdelingene når det kommer til hvilken bemanningskultur og holdninger til kostnadseffektivitet som er gjeldende. Mangel på fleksibilitet blant de faste ansatte må også sies å være knyttet opp til en holdningskomponent. Utfordringen her ligger i å skape en kultur for behovsfokusert bemanning, og å avskaffe syn som går på at man bemanner fullt bare fordi man har muligheten til det. Det offentlige utvalget som utarbeidet NOU 1997:2 ble nedsatt av det da sittende Sosial – og Helsedepartementet, for å se på de eksisterende ledelses – og organisasjonsforholdene ved den norske helsesektoren. Utvalget påpekte viktigheten av toppledelsens arbeid med å utvikle holdningene internt, og at dette var vel så viktig som strukturelle forhold. De understrekte også at en endring i de holdningsmessige og kulturelle forholdene internt var en forutsetning for at det skulle ha noe for seg å innføre eller forvente systemmessige eller strukturelle endringer.

Fra argumentasjonen over, kommer vi frem til at organisasjonskulturen på et sykehus har mye å si for eksisterende holdninger til kostnadseffektivitet. Ettersom de formelle konsekvensene ved budsjettoverskridelser er små på avdelingsnivå³⁶, er det dermed viktig at avdelingsledere og uformelle ledere har sin holdning knyttet opp mot organisasjonens helhetlige mål.

³⁶ Med dette menes at det ikke er kultur for sanksjonering dersom kostnadsforbruket blir for høyt

”Kjernespørsmålet vil være om yrkesgruppene og de enkelte organisatoriske enhetene preges av innadrettede holdninger eller om holdningene har sin forankring i sykehusets felles overordnede mål” NOU 1997:2, Kap 10.3.2

”Utvalget vil påpeke at spørsmålet om ledelse ikke bare er et spørsmål om struktur, men i minst like stor grad om de ansattes holdninger i sykehusene, både blant ledere og de som blir ledet. Utfordringen knyttet til ledelse i sykehus er i stor grad knyttet til det holdningsmessige.”
NOU 1997:2, Kap 6.3.5

Som Pilskog (2008) fremholder, kan organisasjonskultur formes, og dermed ledes. Pilskog argumenterer videre for at dette fungerer i så stor grad at ledelsen kan bruke organisasjonskulturen som et verktøy. Dermed spiller den enkelte leder en viktig rolle i arbeidet med å bidra til positiv kultur, og riktige holdninger.

På bakgrunn av intervjuer, er imidlertid vårt generelle inntrykk at endringsvilligheten i sykehusorganisasjoner er liten. Våre informanter har bekreftet at nye rutiner og nye medarbeidere blir møtt med skepsis. I lys av denne tankegangen, hadde det vært rimelig å tro at kulturen for ”å ringe etter vikarbyrå” var mindre utbredt, da dette innebærer nye fjes, og endrede omgivelser. Likevel kan det virke som om hensynet til å ha en tilstrekkelig minimumsbemanning står sterkere enn motstanden mot endring i form av sporadisk tilstedeværende eksterne vikarer. Det økonomiske perspektivet har i denne sammenhengen fremstått som mindre viktig.

Yukl (2002) og Robbins (2003) påpeker at det er nødvendig med en overlevelseskrise for at organisasjonskulturen skal være mulig å endre. Som vi tidligere har vært inne på, er norske sykehus en del av offentlig sektors tjenestetilbud, og står slik utenfor konkurrisiko. Det er heller ingen kamp om markedsandeler i helsesektoren, da det ikke finnes tilsvarende betalingsvilje hos pasientene som det gjør for kunder i privat sektor. Innføringen av fritt sykehusvalg kan riktignok ha konsekvenser for pasientgrunnet i det enkelte sykehus, men på avdelingsnivå er det vanskelig å tenke seg at dette skulle utløse en overlevelseskrise. Dette vil si at en slik overlevelseskrise mest sannsynlig ikke vil finne sted, og at kulturen således ikke har et påtvunget endringsbehov/incentiver til endring. Dermed får kulturen anledning til å bestå.

Da det under intervjuene poengteres at det stort sett er opp til avdelingsledernes følte behov for full bemanning som ligger til grunn i avgjørelsen om å ringe inn vikarer, vil det være den enkeltes holdninger og synspunkter som blir avgjørende. Det foreligger per i dag ingen føringer *sentralt* fra hvilke kriterier som må oppnås før vikarer tas i bruk. Det er derimot klare føringer på hva som er maks bemanning, og klare tradisjoner for hva som oppfattes som ”normalt”. For en avdelingsleder hvor det medisinske aspektet veier tyngst, vil tendensen være at situasjonen sjeldent blir behovsprøvd, og at det følgelig besluttes å ringe inn vikarer for å oppnå full eller ”tillatt” bemanning i tilfelle kortere fravær. Dette vil da forsvares med at det vil være nødvendig for å ivareta kvaliteten på behandlingen og sikkerheten til pasientene. På denne måten blir kostnadshensyn tilsidesatt i avgjørelsen. Det er også viktig å påpeke at avdelingsleder stort sett jobber i ukedagene, mens det i helger er andre sykepleiere som eventuelt avgjør om det skal tilkalles ekstravakter eller leies inn vikarer³⁷. Det er vanskelig å si hvordan sykepleierne som er vakt i helgene utfører denne oppgaven. Disse har ikke resultatansvar, og dermed trolig lavere formelle incentiver til å kutte innleien.

Dersom avdelingslederen som tar avgjørelsen derimot har et mer bevisst forhold til de økonomiske og administrative sidene ved vikarbruk, vil det faktiske behov bli vurdert ut i fra forhold som antall pasienter, antall kritiske, antall trengende og generell arbeidsmengde. Man vil da stille spørsmål ved hvorvidt en vikar er helt nødvendig, eller om man kan klare å opprettholde aktivitet med midlertidig lavere bemanning. På denne måten legges det til grunn et mer bevisst forhold til kostnad versus nytte. Forhold som overkapasitet og hva som er alternativene til innleie, bør også vurderes løpende.

4.6.1 Sykehuset som et omvendt hierarki

Ettersom sykehuset er en kunnskapsintensiv organisasjon, med høye krav til spesialkompetanse, dannes det grunnlag for sterke delhierarkier innad i organisasjonen. Bjørnenak et. al. (2008) bruker metaforen ”småkongevelder” om denne type struktur, og fremholder at en organisasjon preget av spesialister og høy grad av verdiskapning på avdelingsnivå, vil kjennetegnes av sterke parallelle autoritetshierarkier. Slik kan en betegne organisasjonen som en omvendt pyramide, hvor beslutningspremissene går fra de som står nærmest pasientene og oppover. Mintzberg (1979) kalte en slik type organisasjon for et

³⁷ Dette bekreftes også av Dahle og Østby i NOVA-rapport 4/07

profesjonelt hierarki. Et profesjonelt hierarki er bygget på autoritet gjennom ekspertise, i motsetning til et tradisjonelt hierarki, hvor formell autoritet baseres på regler. Slik kan vi si at sykehuset styres nedenfra og ledes ovenfra. Dette fører til at avdelingen er preget av selvstyre i sin daglige drift. Resultatet av en slik struktur, blir at sykehuset blir preget av flere uformelle ledere (Bjørnenak et. al. 2008)

Denne type resonnement kan forklare hvorfor økonomiske og administrative føringer fra ledelsen, eller andre sentrale beslutningstakere ikke nødvendigvis fører frem på avdelingsnivå. Bruken av innleide vikarer vil variere på avdelingsnivå. Denne variasjonen er ikke nødvendigvis behovsorientert, men som et resultat av at de enkelte avdelingene fungerer som parallelle hierarkier, hvor den enkelte leder gjør sine vurderinger rundt hva som er behovet.

I en organisasjonsform som den ovennevnte, hvor en har et hierarki som går nedenfra og opp, vil føringene som kommer fra den administrative ledelsen ved sykehuset være svakere enn de føringene som kommer fra avdelingsnivå. Slik bør det også være, men riktignok helst for de forholdene som har med medisinske vurderinger å gjøre. Til tross for divisjonalisering og resultatansvar på avdelingsnivå, vil uformelle lederes hensyn og føringer være tungtveiende. Vi står dermed i fare for suboptimalisering i de enkelte divisjonene.

Videre kan det tas med i betraktningen at organisasjoner som står overfor myke budsjettbeskränkninger ikke har like sterke incentiver til å holde kostnadsnivået nede. Det vil være vanskelig å forestille seg at medisinsk avdeling, eller hjerteavdelingen nedlegges.³⁸ I visshet om dette, kan avdelingslederne, og andre uformelle ledere ha svakere incentiver til å følge føringer fra den administrative ledelsen om lavere forbruk av eksterne vikartimer. Våre informanter bekreftet at føringer på vikartimebruk ikke alltid ble fulgt av avdelingslederne, men at det heller kom an på hvilken bemanningskultur og bedriftskultur generelt som eksisterte på avdelingen.

Tidligere argumenterte vi for bruk av vikartimer i seg selv ikke trenger å representere en for dyr bemanningsløsning. Det er overforbruk av vikartimer, utover det faktiske behovet, som

³⁸ Omorganiseringen av helseforetakene gjennom helseforetaksmodellen har riktignok fokusert på sammenslåing av helseforetak og økt grad av spesialisering, noe som kanskje kan regnes som den ytterste konsekvensen av lav kostnadsbevissthet i enkeltavdelinger. Det er imidlertid rimelig å tro at ikke dette hensynet er å regne som et sterkt incentiv til kostnadsbevissthet i den daglige driften

bør unngås. Diskusjonen rundt organisasjonskultur og holdninger vitner om at disse har betydning for, og trolig er med på å drive et eventuelt overforbruk av vikartimer. Det er imidlertid en utfordrende prosess å endre en innarbeidet kultur, da det er ressurskrevende både i tid og penger. I tillegg må man være varsom for generalisering, og ha respekt for at kritikk mot organisasjonskultur kan oppfattes som sårt³⁹. Til tross for at organisasjonskultur i stor grad kan ledes (Pilskog 2008), er det vanskelig i det hele tatt å identifisere eventuelle negative organisasjonskulturelle forhold, samt å finne tilfredsstillende løsninger. Man har heller ingen garanti for at en endringsprosess på dette området ville kunne gi ønsket resultat. Dermed kan det kanskje synes lettere å angripe *bruk* av vikartimer, fremfor *måten* disse benyttes på.

4.7 Konkluderende betraktninger

På bakgrunn av primær – og sekundærdata, finner utredningen både interne og eksterne drivere bak bruken av vikarer innefor sykehussektoren i Norge. *Interne drivere* er ferieavvikling og etterspørselstopper, samt de spesielle bemanningsutfordringene knyttet til turnusarbeid. Disse forklaringsfaktorene er knyttet til fleksibiliteten bruk av vikarer gir. Videre bidrar mangel på helsepersonell, tilbudsstyrt etterspørsel og geografisk lokalisering av sykehuset som *eksterne drivere* til bruk av innleide vikarer.

Empirien utredningen har tatt utgangspunkt i, tilsier at det brukes om lag én mrd årlig på eksterne vikarer på nasjonalt nivå, og at både antall utfakturerte timer og omsetning later til å være i vekst. Samlet sett utgjør kostnadene forbundet med innleie per tiden i overkant av 1 % av totale personalkostnader ved sykehusene. Helse – og omsorgssektoren utgjorde i 2008 7,4 % av utfakturerte timer for bemanningsbransjen som helhet.

Sykehusenes svekkede rolle som monopsonist legger til rette for vikarbyråenes inntog i markedet for helsetjenester. Dette kan føre til at helsepersonell søker seg over i privat sektor for bedre lønn, noe som kan øke sykehusenes avhengighet av innleie. Diskusjonen påpeker at denne utviklingen kanskje kan unngås dersom sykepleiernes generelle lønnsvilkår forbedres.

³⁹ Det eksisterer omfattende litteratur på endringsledelse og endring av kulturer. Se blant andre Busch & Vanebo (2003) og Kaufman & Kaufman (2005)

Utredningen ble innledet med en forventning om at vikarbyråene var en fordyrende del av personalpolitikken ved norske sykehus. Empirien og diskusjonen av denne dreier seg imidlertid mer i retning av langt på vei å forkaste de initielle forventningene. Timeprisen er riktignok høyere for en vikar enn for en fast ansatt isolert sett, men en glemmer ofte å ta hensyn til de sosiale og administrative kostnadene, samt risikotillegget sykehuset slipper å betale for ved bruk av innleie. Avhengig av hvordan man verdsetter det å bære lavere grad av risiko, og samtidig oppnå en høyere grad av fleksibilitet, er det ikke nødvendigvis slik at vikartimer er en dyr løsning. Utfordringene er imidlertid knyttet til et potensielt overforbruk av vikartimer, som følge av eksisterende holdninger og svake incentiver til kostnadseffektivitet.

Vår konklusjon er at bruken av eksterne vikarer er et verdifullt bidrag til sykehussektorens bemanningsutfordringer. Ekstern vikarbruk er med på å skape en dynamikk i markedet for helsetjenester. Ettersom arbeidskraft i sykehussektoren er en knapp ressurs, bidrar innleie til å fylle et udekket behov, - særlig ettersom utenlandske vikarer er med på å øke den totale tilgangen på arbeidskraft. I tillegg representerer innleide vikarer en etterspurt og nødvendig økning i fleksibilitet. I sum er dermed ikke bruk av vikarer i seg selv uhensiktsmessig ressursbruk. Utfordringen er imidlertid å skape riktige holdninger til behovsbasert bemanning på den enkelte avdeling, og klargjøre forskjellen mellom forbruk og overforbruk. Her spiller sykehusledelsen en viktig rolle, spesielt med hensyn til å sørge for at holdninger forankres i sykehusets overordnede mål. Å estimere kostnader forbundet med å endre eller forme organisasjonskultur og holdninger, utgjør imidlertid en stor utfordring. Da fremstår det kanskje som lettere å fokusere på *bruk* av vikartimer, fremfor *måten* disse brukes på.

4.7.1 Anbefalinger til videre arbeid

- På spørsmålet om hvordan bruken av eksterne vikarer fortoner seg, har ikke utredningen belyst dette så bredt som vi kunne ønsket. Håpet var å si noe mer konkret om antall vikarer, årsverk og lønn på regionalt og sykehusspesifikt nivå. For bedre å kunne si noe om hvordan bruken av eksterne vikarer fortoner seg i norske sykehus, vil det være formålstjenlig å skaffe til veie mer detaljert kvantitativt datamateriale på dette. Det later til at Arbeidstilsynet har til hensikt å etablere et register over vikarer og vikarbyrå – dette vil være en forbedring på området. Utover dette, kan det være

interessant å gjøre mer inngående kvantitative analyser på bruken av vikarer i sykehus. Til dette må det avsettes lengre tid, mer ressurser, og ikke minst et bredt og riktig referansegrunnlag. Spesielt vil det være av avgjørende viktighet at det riktige referansegrunnlaget blir gjort tilgjengelig for den/de som eventuelt tar på seg dette arbeidet.

- En oppfordring til sykehusene går videre på å legge til grunn klarere rapporteringsrutiner på forbruket av innleide vikartimer. Dette både for å skape bevissthet rundt bruken av helsekroner, samt for å skape forutsetninger for å måle produktivitet.
- Videre har ikke utredningen sett på kvalitets – og arbeidsmiljøaspektet knyttet til innleie av vikarer. Dette er et forhold som opptar mange av de fast ansatte i sykehusene, og kan derfor med fordel arbeides mer inngående med. Her kan det tas utgangspunkt i for eksempel NOVA-rapport 4/07, hvor R. Dahle og M. Østbye behandler forhold som arbeidsmiljø og arbeidsrelasjoner i lys av vikarinneleie.
- Det kan i forlengelsen av utredningens funn, være interessant å gjøre studier rundt hvordan holdninger til kostnadseffektivitet i sykehus kan påvirkes. En eventuell problemstilling kunne vært hvorvidt innslag av fagområder som økonomistyring og kostnadskontroll kunne være implementert i utdanningen av helsepersonell. Dette på bakgrunn av en antakelse om at økt kunnskap skaper økt bevisstgjøring.
- Til sist; Utredningen tar bare for seg innleie av vikarer til sykehussektoren. Det kunne vært interessant å se mer spesifikt på hvordan denne bruken fortoner seg i primærhelsetjenesten, - altså den delen av helsesektoren som er organisert av kommunene.

5. LITTERATURLISTE

5.1 Bøker

- Abraham, K. G.(1988): *Flexible Staffing Arrangements and Employers' Short-term Adjustment Strategies*, (I: Hart, R.A.s *Employment, Unemployment and Labour Utilization*, Unwin Hyman)
- Berle, A. A. & Means, G. C. (1932): *The Modern Corporation and Private Property*, New York, Commerce Clearing House
- Bjørnenak, T. et al.(2008): *Økonomi og Helse*, 2. Utg. Cappelen Damm AS, Oslo
- Blinder, Alan S. et al. (2001): *Microeconomics: Principles and Policy*, Thomson South-Western.
- Bush, T. & Vanebo, J. O. (2003): *Organisasjon og ledelse – et integrert perspektiv*. 5. utg. Universitetsforlaget, Oslo
- Fischer, S. et al. (1988): *Economics*, 2. Utg., McGraw-Hill, 1988
- Friedman, M.: " Monopoly and the Social Responsibility of Business and Labor", The University of Chicago Press, 2002
- Gärtner, Manfred (2006): *Macroeconomics* 2nd ed., Prentice Hall
- Grønmo, S. (2004): *Samfunnsvitenskaplige metoder*, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen.
- Hendrikse, G. (2003): *Economics and Management of Organizations: Co-ordination, Motivation and Strategy*. McGraw-Hill Companies, Inc.

- Hénin, Pierre-Yves (1986, 2003): *Macrodynamics: A Study of the Economy in Equilibrium and Disequilibrium*, Routledge
- Hernes, G.: ”Med på laget – om New Public Management og sosial kapital i den norske modellen”, *Fafo rapport 2007:09*, Oslo, 2007
- Johansen, A. et al. (2004): *Introduksjon til Samfunnsvitenskaplig metode*, Abstrakt Forlag, Oslo
- Johnson, H.T. and Kaplan R.S. (1987): *Relevance Lost -- the Rise and Fall of Management Accounting*, Boston: Harvard Business School Press
- Kaufmann, A. & Kaufmann, G. (2005): *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen, Fagbokforlaget, 3. Utg.
- Nordhaug, O. (2002): *LMR – Ledelse av Menneskelige Ressurser*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Pierre-Yves Hénin: *Macrodynamics: A Study of the Economy in Equilibrium and Disequilibrium*, Routledge, 2003
- Robbins, S.P. (2003): *Organizational behavior*, Prentice Hall, New Jersey.
- Pindyck, Robert S. and Daniel L. Rubinfeld (2001), *Microeconomics*, Prentice Hall, (5th edition)
- Røvik, K. (1998): *Moderne organisasjoner: Trender i organisasjonstekningen ved tusenårsskiftet*. Bergen - Sandviken: Fagbokforlaget
- Selznick, P (1957): *Leadership in Organization*. Harper and Row, New York.
- Ullstein, K. (1998): *Organisasjon og Ledelse i Frivillig Arbeid*, Universitetsforlaget, Oslo.

- Yukl, G. (2002): *Leadership in organizations*, Prentice Hall, New Jersey.

5.2 Avisartikler, tidsskrift og rapporter

- Anthony, R. N.,(1965): *Planning and Control Systems: Framework for Analysis*, Graduate School of Business Administration, Harvard University, Boston
- Atkinson J et al. (1996): *Temporary Work and the Labour Market*, Report 311, The Institute for Employment Studies, Brighton.
- Atkinson J. (1984): *Flexibility, uncertainty and manpower management*, IMS-report no 89, Institute of Manpower Studies, Brighton
- Aschenbrenner, S & van Velzen, M. (2001): *Knowledge and Skill Levels at Risk?*. Paper prepared for the 13th Annual Meeting on Socio-Economics. Amsterdam.
- Bergstrand, J. (2007): Upublisert bokmanuskript utdelt i faget BUS400 - Styling av større foretak ved Norges Handelshøyskole, Høst 2007.
- Bjarne Bogsnes, Project Manager Beyond Budgeting Statoil Hydro (2008): *A Journey Beyond Budgeting – Because The Future Ain't What It Used To Be*, Gjesteforelesning i faget Strategisk Økonomistyring, BUS 420, vår 2008
- Brostein, A.S. (1991): *Temporary Work in Western Europe: Threat or Complement to Permanent Employment?*, International Labour Review, 3, (s. 291-310).
- Coase, R.H. (1937): *The theory of the firm*, *Economica*, vol. 4 (s. 386-405), Oxford.
- Dahle, R. & Østby, M. (2007): *Medisinske vikarbyråer. En sikkerhetsventil i et sårbart system?* NOVA-rapport 4/07, Oslo.
- Dagens Næringsliv, 23.03.09 s.18-19

- Dagens Medisin 16/06, *Nå skal vikarbyråene kartlegges*, 2006-09-08,
- Engebretsen, L.S. & Vassengen, J.F.L (2009): *En empirisk analyse av springbretteffekter i det norske arbeidsmarkedet*, Masterutredning i fordypningsområdet samfunnsøkonomi ved NHH, veiledet av Kjell Gunnar Salvanes
- Fama, E. F. (1980): *Agency problems and the theory of the firm*, Journal of Political Economy 88 (s. 288-307).
- Hjallum P. R. & Fæste K. (2004): *Mye eller lite helse for pengene?* Dagens Medisin, Kronikk og debatt, 02/04.
- Hernes, G. (2007): *Med på laget – om New Public Management og sosial kapital i den Norske modellen*, Fafo-rapport 2007:9
- Holme, A. (2008): *Det Kommuniserende Hospital, - En studie av informasjonsvirksomheten ved tre lokale helseforetak på Vestlandet*, ATM – Skriftserie, nr. 13 - 2008
- Houseman, S. N. (2000): *Why Employers Use Flexible Staffing Arrangements: Evidence from an Establishment Survey*, Upjohn Institute Working Paper N.01-67, 2. Utg.
- Jensen, M. C. & Meckling, W. (1976): *Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs, and ownership structure*, Journal of Financial Economics 3, 1976.
- Kalseth, J. & Pedersen, M. (2008): *Effektivitetsutvikling somatisk spesialisthelsetjeneste 2003-2008*, Utdrag fra SAMDATA Sektorrapport for Spesialisthelsetjenesten 2008
- Kern, T. & Willcocks, L. P. (2002): *Exploring Relationship in information Technology Outsourcing: The interaction Approach*. European Journal of Information Systems 11, (s. 3-19), Hampshire

- Kittelsen, S.A.C. et al, (2009): *En komparativ analyse av spesialisthelsetjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge - Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007*, et prosjekt utført for Sintef Helsetjenesteforskning og Frischsenteret
- Knabe, A. & Koebel, B. (2006): *The Economic Rationale and Labour Market Effects of Outsourcing: A Survey*, (I: *Global Outsourcing Strategies*, kap. 12 (s. 167-182). Red: Barrar, P. & Gervais, R., Gower, 2006)
- Lacity, M. C. & Willcocks, L. P. (2000): *Survey of IT Outsourcing Experienced in US and UK Organizations*, *Journal of Global Information Management*, 8(2), (s. 5-23).
- Lægreid P., Opedal S. & Stigen I. M. (2005): *The Norwegian Hospital Reform: Balancing Political Control and Enterprise Autonomy*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*.
-
- Magnussen, J. (2005): *Kan vi stole på målene for sykehusenes produktivitet?* Tidsskriftet Den Norske Lægeforening nr.23
- Mintzberg, H. (1979): *The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research*, Prentice-Hall, New Jersey.
- Miqué, J-L & Belangér, G. (1974): *Toward a general theory of managerial discretion*, *Public Choice*, Vol 17, nr 6.
- Monsen, N. (2008): *Økonomistyring og regnskap i offentlige organisasjoner*, *Magma* – Årgang 11 – Nr.6, 2008, Oslo
- Monsen, N. (2009): *Regnskap i offentlig sektor*, Paraplyen, Norges Handelshøyskoles internavis, 04.06.2009
- Monsen, N. og Jensen B.(2009): *Regnskap i stat og kommuner – om dagens regnskaper og et alternativ*, Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 7 – 2009

- Nergaard, K. & Nicolaisen, H. (2002): *Utleie av arbeidskraft – Omfang og utvikling*, Fafo-notat 2002:17. Oslo.
- Nesheim, T. (2002): *Eksternalisering av arbeid i tre næringssektorer*, SNF Arbeidsnotat 44/02, Bergen (s. 5).
- Nossen, J.P. (2008): *Sykefraværet og konjunktorene – hva vet vi om sammenhengen?*, Arbeid og velferd 4/2008, NAV
- Olsen, K. M. og Torp, H. (1998): *Fleksibilitet i norsk arbeidsliv*. Rapport 98:2, Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Olsen, T. E.. (2009): *Intertemporale aspekter: Karrieremotiv og mothakevirkning*, del av forelesningsserie, BUS 428, NHH, våren 2009
- Oi, Walter Y. (1962): *Labor as a Quasi-Fixed Factor*, The Journal of Political Economy, Vol. 70, No. 6, (s. 538-555), North-Holland Publishing Company.
- Pedersen, M. (2006): *Har effektiviteten i somatiske sykehus økt i perioden 1999-2004? Betydning av ulike modellspesifikasjoner og metodeforutsetninger*, Sintefrapport STF78 A06007, 2006
- Pilskog, L.S. (2008): *Hva skulle læres? – En casestudie av nasjonalt lederutviklingsprogram for Helseforetakene*, ATM Skriftserie, nr. 25 - 2008
- Schøne, P. (2000): *Virksomhetsintern opplæring og fleksibel arbeidsorganisering - en analyse av effekter på sykefravær og gjennomtrekk*, ISF-rapport 2000:04, Institutt for samfunnsforskning (ISF)
- Selznick, P (1948): *Foundations of the theory and organization*. American Sociological Review vol 13, (s. 25-35).
- Slaatten, B. (2001): *Nok er nok*, Sykepleien; 2001:21. Tilgjengelig fra: www.sykepleien.no

- Skjælaaen, C. J. (2005): *Innleie av sykepleiervikarer. Adopteringen og håndteringen av en ny bemanningsoppskrift i sykehus*, SNF arbeidsnotat nr 45/05
- Solli-Sæther, H. og Gottschalk, P. (2007): *Rapport fra Outsourcingundersøkelsen 2007*, Handelshøyskolen BI, Oslo.
- SSB (2005): *Ulike arbeidskontrakter og arbeidstidsordninger*, tilleggsundersøkelse til AKU-undersøkelse, 2005
- Trygstad, S. (2008): *Forretningsbasert regnskap i staten*, Fafo-rapport nr 30, 2008, (s. 8)
- Vining, A., Globerman, S. (1999): *Conceptual Framework for Understanding the Outsourcing Decision*, European Management Journal, Volume 17, Issue 6, December 1999, Pages 645-654, Elsevier Science Ltd.
- Øgård, M. (2004): *10 år med New Public Management i europeiske kommuner: Har det gjort noen forskjell?*, Forelesning, forskerutdanningskurs, Institutt for statsvitenskap UiO, 25.11.2004, Institutt for statsvitenskap Høgskolen i Agder.

5.3 Lover og Forskrifter

- Arbeidsmiljøloven, *Lov av 17.juni, 2005 nr.62 om Arbeidsmiljø, Arbeidstid og Stillingsvern*
- Helsepersonelloven, *Lov av 2.juli, 1999 nr 64 om Helsepersonell m.v.*
- Arbeidsmarkedsloven, *Lov av 10.desember, 2004, nr 76 om Arbeidsmarkedstjenester*

- Lov og Forskrift om Offentlige anskaffelser, *Lov av 16.juli, 1999, nr 69 om Offentlige Anskaffelser*
- Tjenestemannsloven, *Lov av 4.mars, 1983 nr 3 om Statens Tjenestemenn m.m.*
- Regnskapsloven, *Lov av 17.juli 1998, nr 56 om Årsregnskap mv.*
- Folketrygdloven, *Lov av 28.februar 1997 nr. 19*
- Forskrift om bemanningsforetak av 4. Juni 2008.

5.4 Stortingsmeldinger

- NOU 1997:2: *Pasienten først!*, Kap 6 – Intern Organisering
- NOU 1999:34: *Nytt millennium – nytt arbeidsliv?*
- NOU 2008:17: *Skift og Turnus – Gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid*
Skift/Turnusutvalget 2008.
- Ot.prp. nr 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak, m.m.
- Stortingsmelding nr. 9 (1974-75)
- Stortingsmelding nr. 41 (1987-88)
- Stortingsmelding nr. 6 (1999-2000)
- Nasjonal Helseplan (2007-2010)

5.5 Internettkilder

- Arbeidstilsynet: www.arbeidstilsynet.no/faktaside/vis.html?tid=28157 Sist nedlastet 10.09.09
- Alliansepartner AS: www.alliansepartner.no/pages/feilrekruttering.php Sist nedlastet 30.11.2009
- Bergens Tidende: www.bt.no/kundesenter/?tjeneste=kalkulator Sist nedlastet 30.11.2009
- Brev fra Helse Sør-Øst RHF til Riksrevisjonen, datert 28.02.2008: www.helse-sorost.no/stream_file.asp?iEntityId=1783, sist nedlastet 20.09.09
- Brønnøysundregisteret: <http://www.brreg.no> Sist nedlastet 18.11.09
- Helsedirektoratet: www.helsedirektoratet.no Sist nedlastet 29.11.2009
- Helseforetakenes Innkjøpsservice AS: <http://www.hinas.no> Sist nedlastet 18.11.09
- Helse – og Omsorgsdepartementet: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nokkeltall-og-fakta---ny/ofte-stilte-sporsmal.html?id=534086> Sist nedlastet 20.11.2009.
- Høringsnotat NHO – Kommentarer til “Temporary Workers Agencies Directive”, 15.10.2008: www.nho.no/getfile.php/filer%20og%20vedlegg/AID_-_BREV_VEDR_ARBEIDSTID_VIKARBYRA_EWC.pdf Sist nedlastet 18.11.2009
- KLP- magasinet, desember 2008: [www.klp.no/web/klpmm.nsf/lupgraphics/KLP_Magasinet_0608.pdf/\\$file/KLP_Magasinet_0608.pdf](http://www.klp.no/web/klpmm.nsf/lupgraphics/KLP_Magasinet_0608.pdf/$file/KLP_Magasinet_0608.pdf) Sist nedlastet 18.11.2009
- LO-NHO-ordningene på nett: www.lo-nho-ordningene.no Sist nedlastet 15.12.2009

- NHO Service v/ Even Hagelien (2008): Bemanningsbransjens årsstatistikk 2008;
<http://www.nhoservice.no> , sist nedlastet 28.09.09
- NHO Service, Bladet Service, nr 1, mars 2008:
<http://www.nhoservice.no/getfile.php/Filer/Publikasjoner/Service01-08lettere.pdf> Sist nedlastet, 07.12.2009
- Norsk Sykepleierforbund: www.sykepleierforbundet.no Sist lastet ned 15.12.2009
- Protokoll fra styremøte i Helse Bergen HF, 13.juni 2008: <http://www.helsebergen.no/NR/rdonlyres/efingdxu4wnf2xke5lzxgdgrul6jiwclkv2mmgmws37gl733vtfk75alpen2ytto2a7gjmxc7q6h6n/protokoll080613.doc> Sist nedlastet 18.11.2009
- Regjeringens nettsider: www.regjeringen.no Sist nedlastet 14.12.2009
- Saksfremlegg Styret ved Sykehuset Buskerud HF, 03/2009 28.01.2009:
www.sykehuset-buskerud.no/stream_file.asp?iEntityId=13949 Sist nedlastet 18.11.09.
- Samdata på nett: <http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett> Sist nedlastet 14.12.2009
- Store norske leksikon: www.snl.no/.sml_artikkel/helsetjeneste Sist nedlastet 28.09.09
- Sykehuset Innlandet HF: *Årlig melding til helse Sør Øst RHF, 2008*, www.sykehuset-innlandet.no/stream_file.asp?iEntityId=11563 Sist nedlastet 07.12.2009
- Sykepleien.no: www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=292567 Sist nedlastet 30.11.2009
- Strømand, T. og Vassbø, T. (2009): *Omsorg til leie*,
<http://www.dagbladet.no/nyheter/2001/09/09/280267.html> Sist nedlastet 18.10.09

6. VEDLEGG I

Tabell 5: Budsjettunderskudd regionale helseforetak i perioden 2002-2007

(millioner kroner)	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Sum landet
2002	97	-514		-313	24	-120	-826
2003	-29	-697		-524	-461	-262	-1 973
2004	58	-779		-531	-498	-175	-1 925
2005	42	-498		-182	-572	-165	-1 375
2006 ¹	-15	-307		-405	-711	-433	-1 870
2007 ²			-1 087	-90	-10	-263	-1 450
Sum 2002-2007	153	-2 795	-1 087	-2 045	-2 228	-1 418	-9 420

Kilde: Helse – og Omsorgsdepartementet på nett

Tabell 6: Beregnet mangel på arbeidskraft, for næringer og utvalgte yrker

Næringer:	
Industri	10 000
Bygg og anlegg	17 500
Varehandel/hotell og restaurant	15 200
Transport og kommunikasjon	8 100
Forretningsmessig tjenesteyting	25 700
Offentlig forvaltning	2 600
Undervisning	1 100
Helse- og sosial tjenesteyting	10 400
I alt	98 800
Utvalgte yrker:	
Sykepleiere	1 900
Omsorgsarbeidere og hjelpepleiere	2 500
Vernepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre	800

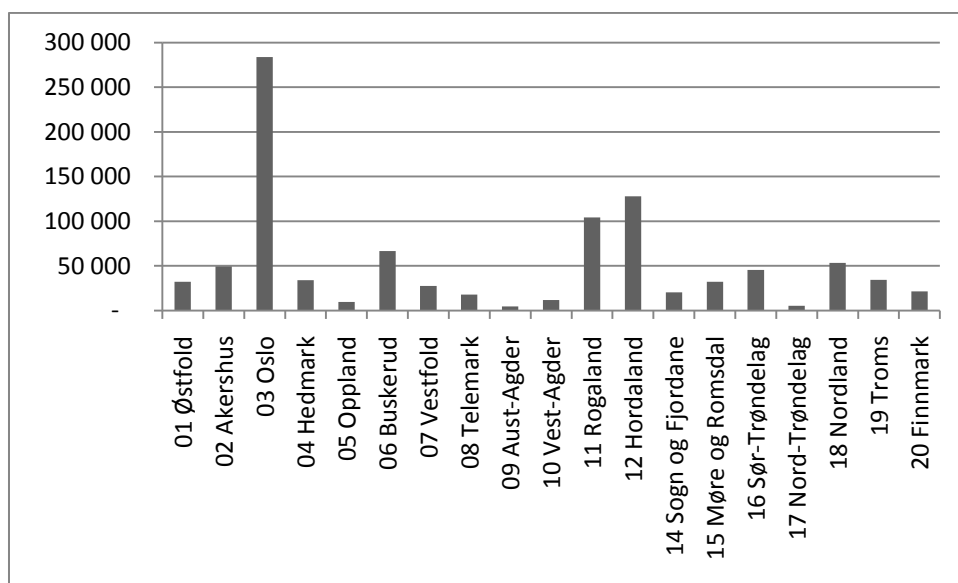
Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratets bedriftsundersøkelse.

Kilde: Tabell 8.4 fra NOU 2008:17 - Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid - Skift/turnusutvalget 2007–2008.

Tabell 7: Yrkesområdenes prosentvise andel av bemanningsbransjens virksomhet, 2008

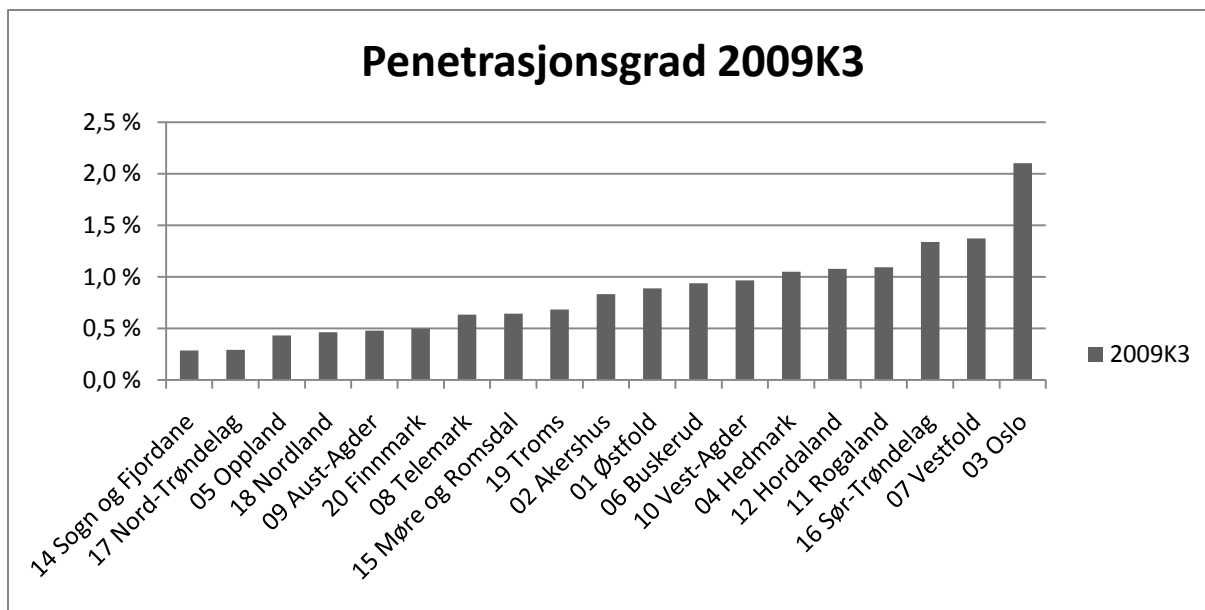
Bygg og anlegg	18 %
Kontor / administrasjon	16,50 %
Lager / logistikk / transport	13,70 %
Industri og produksjon	10,20 %
Økonomi og regnskap	7,90 %
Helse og omsorg	7,40 %
Kundesenter / callsenter	5,80 %
HORECA (Hotell, restaurant, kantine)	5,10 %
IT	5 %
Tekniske tjenester	4,70 %
Handel	3,10 %
Annet	2,60 %

Kilde: NHO Service årsstatistikk for bemanningsbransjen



Figur 10: Utfakturerte vikartimer i helse – og omsorgsbransjen, per fylke

Kilde: NHO Service, årsstatistikk for bemanningsbransjen,



Figur 11: Penetrasjonsgrad bemanningsbransjen, over alle yrkesområder, per fylke

Kilde: NHO Service, årsstatistikk for bemanningsbransjen,