



UNIVERSITETET I
NORDLAND

MASTEROPPGAVE

«Den besværlige arbeidstiden»

En komparativ studie av deltid i Bodø
kommune og Nordlandssykehuset

Toril Solbu

Februar 2015

HR301S Master i Personalledelse (HRM)



FORORD

Å skrive masteroppgave ved siden av en krevende jobb er utfordrende. Ikke desto mindre har denne prosessen vært svært lærerik og til stor inspirasjon i min daglige jobb i HR-avdelingen i Nordlandssykehuset.

I hele mitt yrkesaktive liv har jeg på en eller annen måte jobbet med arbeidstid og arbeidstidsplanlegging. Jeg har innenfor dette feltet opparbeidet meg spisskompetanse på nasjonalt nivå, og ønsket å bruke denne kompetansen som bakgrunn for masteroppgaven. Oppgaven ga også muligheten til å fordype seg i den store mengden forskning, artikler og rapporter som finnes om feltet, og gjennom det få oppdatert kunnskapene.

Det er mange å takke for hjelp og gode råd. Jeg vil takke ledelsen i Bodø kommune og Nordlandssykehuset for at de var positive til å stille med sine ressurser i form av ledere og deltidsansatte til denne studien. Jeg vil også takke informantene som svarte ja til å bruke av sin dyrebare tid til å stille opp i intervju. Uten disse vil det vært umulig å skrive denne oppgaven.

Andre som må takkes er administrerende direktør i Arbeidsgiverforeningen Spekter, Anne-Kari Bratten, som stilte sine ressurser til disposisjon. Takk til hennes medarbeider Roy Eskild Banken som har bidratt med tall, tabeller og rapporter.

Takk til fagdirektør Hilde Rolandsen i Helse Nord RHF som også stilte sine ressurser til disposisjon. Takk til hennes medarbeider Haakon Eichler som har bidratt med tall og tabeller.

Jeg må også takke Cecilie Høy Anvik, Jørn Stemland og Trond Erlend Willassen for gode innspill.

Sist, men ikke minst, må jeg takke min veileder Per-Harald Rødvei for stor entusiasme og konstruktivt samarbeid gjennom hele prosessen. Han har gitt gode og konstruktive tilbakemeldinger, bidratt med faglige innspill, ført meg i riktig retning når jeg følte jeg var på avveie, og har vært en viktig faktor for å få denne oppgaven i havn.

Bodø, 13. februar 2015

Toril Solbu

INNHOLDSFORTEGNELSE

Forord	1
1. Innledning	4
1.1 Deltidstall i helsesektoren	5
1.2 Problemstilling	6
1.3 Bakgrunn for valg av problemstilling	6
1.4 Beskrivelse av case: Bodø kommune og Nordlandssykehuset	7
1.5 Avgrensning	8
1.6 Oppgavens videre struktur	8
2. Deltid som forskningsfelt og hypoteser om deltid	9
2.1 Deltid som begrep og fenomen	9
2.2.1 Definisjoner og begrepsavklaringer	9
2.1.2 Deltid som fenomen	10
2.1.2.1 Sysselsetting og kjønn	11
2.1.2.2 Deltid og kjønn	11
2.1.2.3 Deltid og kompetanse	12
2.1.3 Deltid og lov- og avtaleverk	13
2.1.3.1 Overenskomstenes bestemmelser om deltid	13
2.1.3.2 Arbeidsmiljølovens bestemmelser om deltid	14
2.2 Årsaker til deltid	15
2.2.1 Frivillig og ufrivillig deltid	16
2.2.2 Rettighetsbasert deltid	17
2.2.3 Deltid og arbeidstidsordninger	18
2.3 Konsekvenser av deltid	20
2.3.1 Deltid og likestilling	20
2.3.2 Deltid og tjenestekvalitet	21
2.3.3 Deltid og rekruttering	22
2.4 Hvilke tiltak er forsøkt og hvilken effekt er oppnådd	23
2.5 Oppsummering og presentasjon av hypoteser	24
3. Metode	26
3.1 Forskningsdesign	26
3.1.1 Casestudie	26
3.2 Metodetriangulering	27
3.2.1 Kvalitativ metode	27
3.2.2 Kvantitativ metode	28

3.3 Utvalg	28
3.3.1 Kvalitativt intervju	28
3.3.2 Spørreskjemaundersøkelse (survey)	29
3.4 Datainnsamling	29
3.4.1 Det kvalitative intervju	30
3.4.2 Spørreskjemaundersøkelsen	32
3.5 Analyse av data	33
3.5.1 Analyse av kvalitative data	33
3.5.2 Analyse av kvantitative data	33
3.6 Rapportering av tall	33
3.7 Evaluering av metoden	35
3.7.1 Evaluering av den kvalitative metoden	35
3.7.1.1 Reliabilitet (pålitelighet)	35
3.7.1.2 Validitet (gyldighet)	36
3.7.1.3 Generaliserbarhet (overførbarhet)	36
3.7.2 Evaluering av den kvantitative metoden	37
3.8 Etikk og personvern	37
3.9 Oppsummering	38
4. Presentasjon og analyse av funn	39
4.1 Generelle funn	39
4.2 Hypotese 1: <i>Det jobber flere kvinner i pleie- og omsorgstjenesten i kommunehelsetjenesten enn i tilsvarende tjeneste i helseforetakene</i>	40
4.3 Hypotese 2: <i>Kompetansen er høyere i helseforetakene enn i kommunehelsetjenesten</i>	44
4.4 Hypotese 3: <i>Ulike arbeidstidsordninger i helseforetakene og kommunehelsetjenesten gir utslag på deltidsandel</i>	47
4.5 Hypotese 4: <i>Oppfølging av arbeidsmiljølovens bestemmelser om deltid praktiseres forskjellig</i>	53
4.6 Oppsummering	57
5. Oppsummering og forslag til videre forskning	59
5.1 Oppsummering av de viktigste funnene	59
5.2 Forslag til videre forskning	58
Litteraturliste	59
Vedlegg	62

1 INNLEDNING

Tema for denne oppgaven er deltid, med spesielt fokus på deltidsforskjeller mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunehelsetjenesten og tilsvarende tjeneste i spesialisthelsetjenesten (helseforetakene).

Reduksjon av deltid har stått høyt på den politiske dagsorden i flere år. At flere skal arbeide heltid og at færre skal arbeide i små deltidsstillinger har vært og er et uttrykt mål fra både politikere og partene i arbeidslivet. Det er ikke bare et spørsmål om å gi alle arbeidstakere en jobb å leve av. Forskning viser at det vil bli mangel på viktige yrkesgrupper i årene framover (Texmon og Stølen 2009). Å tilrettelegge for at flest mulig skal kunne få hel og fast stilling bør derfor være et sentralt mål i en fremtidsrettet rekrutteringspolitikk.

Uønsket deltid kan innebære økonomiske og sosiale kostnader for den enkelte arbeidstaker. Samfunnsmessig innebærer uønsket deltid kostnader ved at arbeidskraftressursene ikke utnyttes fullt ut. Å sikre en stor og velkvalifisert arbeidsstyrke er avgjørende for et velfungerende arbeidsliv og samfunnets velstandsutvikling.

Deltid påvirker tjenestekvaliteten. Små stillinger bidrar til en fragmentert tjeneste og kan virke negativt på tjenestekvaliteten når omfanget er stort. Spesielt gjelder dette pleie- og omsorgstjenesten, der brukerne vil ha behov for stabile tjenesteutøvere som de kjenner og som kjenner dem (Moland 2013).

Deltid har likestillingsmessige utfordringer ved at det er kvinner som først og fremst velger deltid for å løse tidsklemma mellom arbeidslivets krav og omsorgsoppgaver i familien (Arbeidsgiverforeningen Spekter 2008). Dette får blant annet konsekvenser for kvinners karriere, inntekt og pensjonsrettigheter (Bjørnholt, Dagens Næringsliv 21.03.12 og KLP 2013).

Arbeidsmiljøloven har gjennomgått flere endringer de senere år for å oppnå myndighetenes målsetting om å få ned deltidsandelen. I tillegg har partene i arbeidslivet gjort endringer i overenskomstene for å imøtekomme målsettingen.

I følge Moland og Bråthen (2012) står helse- og sosialsektoren sammen med varehandel og hotell- og restaurantnæringen i en særstilling når det gjelder utstrakt bruk av deltidsstillinger. Og til tross for mange tiltak de senere år, er ikke deltiden redusert vesentlig. Tall fra forskningsstiftelsen Fafo viser en deltidsprosent på i underkant av 60 prosent for

kommunehelsetjenesten (Moland og Bråthen 2012), mens tall fra helseforetakene viser deltidsandel på rundt 40 prosent (Deltidsundersøkelsen 2012).

Jeg vil i denne oppgaven sette fokus på disse deltidsforskjellene og forsøke å finne årsaken til forskjellene.

1.1 Deltidstall i helsesektoren

Jeg vil i det følgende presentere deltidstall fra pleie- og omsorgstjenesten i kommunehelsetjenesten og tilsvarende tjeneste i helseforetakene.

Kommunehelsetjenesten

Heltidsandelen blant sysselsatte i pleie- og omsorgstjenesten i kommunehelsetjenesten var i 2010 på 42 prosent, ifølge PAI-registeret i Kommunenes Sentralforbund (KS). Det vil si at 42 prosent av de sysselsatte hadde en eller flere stillinger som til sammen utgjorde full stilling. Dette betyr at deltidsandelen i denne sektoren var ca. **58 prosent**. Halvparten av kommunene hadde imidlertid en heltidsandel på 25 prosent eller lavere, det vil si en deltidsandel på 75 prosent eller mer. Dette avviker mye fra gjennomsnittstallet og skyldtes at om lag 10 prosent av kommunene – hvorav mange av de store – hadde en betydelig høyere heltidsandel enn gjennomsnittet av kommunene (Moland og Bråthen 2012).

Spesialisthelsetjenesten – helseforetakene

Det ble i 2012, på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet, gjort en kartlegging av deltid i helseforetakene i Norge. Kartleggingen viste at deltidsandelen var gjennomsnittlig **38 prosent**. Antall ansatte i hel stilling utgjorde ca. 62 prosent. Noen av de heltidsansatte hadde flere stillingsforhold som til sammen utgjorde hel stilling (Deltidsundersøkelsen 2012).

Tallene viser en relativt stor forskjell i deltidsandel mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunehelsetjenesten og tilsvarende tjeneste i spesialisthelsetjenesten. Denne forskjellen i deltidsandel, rapportert fra henholdsvis KS og helseforetakene gjennom deltidsundersøkelsen i 2012, er utgangspunkt for valg av problemstilling i denne oppgaven.

Hva er det som gjør at forskjellen er så stor? Det er godt kjent fra forskning at der det jobber mange kvinner er det mye deltid (Deltidsutvalget 2004). Det jobber mange kvinner i helsesektoren. Min antagelse er at det jobber flere kvinner i kommunehelsetjenesten enn i helseforetakene, og at det av den grunn er rimelig å anta at deltidsandelen er høyere i kommunehelsetjenesten.

Det er godt dokumentert at arbeidstidsordninger og deltid henger sammen. Spesielt gjelder dette sammenhengen mellom deltid og arbeid i helger. Forskning viser videre at kompetanse er en faktor som har betydning for deltid. Det er mindre deltid blant de med høy kompetanse enn blant de med lav (Moland 2013). Dersom kravet til kompetanse er lavere i kommunehelsetjenesten enn i helseforetaket er det rimelig å anta at dette har en betydning for deltidsandelen. Det kan også være andre faktorer som påvirker deltiden.

Jeg vil i kapittel 2 gjennomgå forskningslitteratur, rapporter og artikler, samt annen dokumentasjon om deltid for å se nærmere på hvilke faktorer som kan påvirke deltidsforskjeller i de to virksomhetene som inngår i denne oppgaven. På bakgrunn av det som framkommer vil jeg i siste del av kapitlet utlede fire hypoteser om faktorer som kan påvirke deltidsforskjellene.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av rapporterte forskjeller i deltidsandel mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunene og tilsvarende tjeneste i spesialisthelsetjenesten har jeg formulert følgende problemstilling:

Hvilke faktorer påvirker forskjellen i deltidsandel i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten?

Jeg vil i kapittel 2 utlede hypoteser om hvilke faktorer som kan tenkes å påvirke deltidsforskjeller i de to virksomhetene.

1.3 Bakgrunn for valg av problemstilling

Arbeidstid og arbeidstidsplanlegging er et stort og svært komplekst felt. Deltid hører til dette feltet. Reduksjon av deltid har i flere år stått høyt på den politiske agenda. I de senere år er det stilt krav fra myndighetene om at virksomheter må redusere omfanget av deltid.

Helseforetakene ble i 2010 pålagt av daværende helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen å redusere deltiden med 20 prosent (Foretaksprotokoll Helse Nord RHF 2011).

Deltid er et krevende, men også spennende felt. Deltid kan ha store konsekvenser for den enkelte ansatte, og gir utfordringer for arbeidsgivere som må håndtere deltidsproblematikk i

hverdagen. Til tross for fokus på og press fra myndighetene har det vist seg vanskelig for mange sektorer å få redusert deltidsandelen, ikke minst i helsesektoren.

Det produseres jevnlig rapporter med faktatall om situasjonen. Rapportene har vist at det er store forskjeller i deltidsandel i kommunehelsetjeneste og helseforetakene. Jeg har undret meg på hvorfor det er slik. Formålet med denne oppgaven er derfor å finne årsaker til de rapporterte deltidsforskjeller mellom to virksomheter som utfører likt arbeid og hvor det er de samme yrkesgruppene som utfører jobben.

1.4 Beskrivelse av case: Bodø kommune og Nordlandssykehuset

Som case i denne studien har jeg valgt Bodø kommune og Nordlandssykehuset. Jeg vil i det følgende gi en kort beskrivelse av de to virksomhetene.

Bodø kommune

Bodø er Nord-Norges nest største kommune med rundt 50.000 innbyggere. Kommunen har ca. 3.800 ansatte. Kommuneadministrasjonen er inndelt i sentraladministrasjon/stab og tre avdelinger: Oppvekst- og kulturavdelingen, Helse- og omsorgsavdelingen og Teknisk avdeling. Hver avdeling ledes av en kommunaldirektør. Helse- og omsorgsavdelingen er inndelt i Hjemmetjenester, Institusjoner (sykehjem, rehabiliteringsavdeling, institusjoner for psykisk utviklingshemmede), Andre tjenester (avlastning/dagtilbud mm), Helsekontor (legevakt og krisesenter) og NAV-kontor. Helse- og omsorgsavdelingen har ca. 1.800 fast ansatte.

Nordlandssykehuset

Nordlandssykehuset er et helseforetak og består av to sykehus i Bodø (et for somatiske (kroppslige) lidelser, og et for psykiatriske lidelser), et sykehus i Lofoten og et sykehus i Vesterålen. I tillegg kommer behandlingssteder flere steder i Nordland (eksempelvis distriktpsikiatriske poliklinikker). Foretaket har åtte klinikker, teknisk avdeling og flere stabsavdelinger. Ledelsen er plassert i Bodø og består av direktører og åtte klinikkjefer. Nordlandssykehuset har gjennomgående ledelse. Det vil si at en klinikkjef i Bodø er leder for alle klinikkens enheter, både i Bodø, Lofoten, Vesterålen og andre behandlingssteder. Nordlandssykehuset har ca. 3.500 årsverk.

1.5 Avgrensning

Som nevnt innledningsvis er arbeidstid og arbeidstidsordninger et stort og komplekst felt. Av hensyn til oppgavens omfang har jeg vært nødt til å gjøre en avgrensning, både av hensyn til omfang på arbeidet, men også metodisk for å kunne håndtere data. Jeg har gjort omfattende dokumentstudier. I tillegg har jeg gjort en kvalitativ undersøkelse, supplert med innhenting av kvantitative data gjennom en spørreskjemaundersøkelse.

Studien begrenser seg til å omfatte sammenlignbare enheter i Nordlandssykehuset og Bodø kommune. Enhetene er døgnåpne og har inneliggende pasienter. De ansatte utfører pleie- og omsorgsoppgaver. Studien omfatter ikke dagavdelinger eller poliklinikker. Den omfatter heller ikke heldøgnsavdelinger med spesielle arbeidstidsordninger, eksempelvis «medleverturnus» (der de ansatte bor sammen med klientene i faste perioder) eller ordninger med lange vakter (12 timer eller mere). Studien omfatter de samme yrkesgrupper i begge virksomheter; sykepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte assistenter. Studien omfatter ikke leger eller ansatte i servicefunksjoner (eksempelvis fysioterapeuter og bioingeniører). Studien omfatter både ledere og ansatte.

1.6 Oppgavens videre struktur

Oppgaven består av fem kapitler.

I kapittel 2 presenteres det teoretiske grunnlaget for oppgaven. Her presenteres fakta om deltid, hentet fra forsknings- og utredningsrapporter, artikler og lov- og avtaleverk. Her presenteres også den historiske utviklingen, og deltid sees på i et samfunnsperspektiv. I siste del av kapitlet utledes fire hypoteser om faktorer som påvirker deltidsforskjeller.

I kapittel 3 gjør jeg rede for valg når det gjelder forskningsdesign, utvalg, datainnsamling, samt etikk og personvern. Videre beskriver jeg hvordan data er analysert. Til slutt vurderer jeg styrker og svakheter ved metoden ved hjelp av begrepene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet. Jeg beskriver også om utfordringer knyttet til rapportering av tall.

I kapittel 4 analyseres data som framkommer i kvalitative intervju og kvantitativ spørreskjemaundersøkelse. Dataene diskuteres i lys av de fire hypotesene.

I kapittel 5 avsluttes oppgaven med en oppsummering av de viktigste funnene og noen avsluttende betraktninger knyttet til videre forskning.

2 DELTID SOM FORSKNINGSFELT OG HYPOTESER OM DELTID

Tema for denne oppgaven er deltid, med fokus på deltidsforskjeller mellom den kommunale pleie- og omsorgstjeneste og tilsvarende tjeneste i helseforetak. I avsnitt 2.1 vil jeg ta for meg deltid som begrep og fenomen. Jeg vil gjennomgå forskning på og fakta om deltid for å se om det framkommer faktorer som kan forklare forskjeller i deltid mellom de to virksomhetsområdene. På bakgrunn av det som framkommer i avsnitt 2.1 vil jeg i avsnitt 2.2 utlede fire hypoteser om faktorer som påvirker deltidsforskjeller.

2.1 Deltid som begrep og fenomen

2.1.1 Definisjoner og begrepsavklaringer

Det finnes flere definisjoner på deltid. Jeg vil i denne oppgaven bruke følgende definisjoner:

Deltid

En deltidsstilling er en permanent ansettelse i stilling med kortere arbeidstid enn normal arbeidstid innenfor vedkommende bransje, tariffavtale eller liknende
(Deltidsutvalget 2004: 33)

Ufrivillig/uønsket deltid

Et begrep som brukes for de som ønsker å jobbe mer enn avtalt arbeid, uten at det stilles krav til aktivitet og aktiv jobbsøking.
(Arbeidsdepartementet 2013: 4)

Begrepene uønsket deltid eller ufrivillig deltid blir brukt om hverandre, og de blir regnet som mer åpne enn det definisjonene av undersysselssetting gir rom for. Begrepet omfatter gjerne de som ønsker mer avtalt arbeid uten krav til aktivitet og aktiv jobbsøking.

Undersysselsatt (SSBs definisjon)

Undersysselsatte er definert som deltidssysselsatte personer som har forsøkt å få lengre avtalt/gjennomsnittlig arbeidstid ved å kontakte den offentlige arbeidsformidling, annonsere selv, ta kontakt med nåværende arbeidsgiver eller lignende. De må kunne starte med økt arbeidstid innen en måned.
(Deltidsutvalget 2004: 15)

Undersysselsatte er med andre ord deltidsansatte som faktisk har forsøkt å få lengre avtalt arbeidstid. SSBs definisjon av undersysselsatt er ansett for å være streng. Kriteriet om aktivitetsplikt, at arbeidstakeren aktivt må ha gjort noe for å forbedre sin egen situasjon, for

eksempel ved å registrere seg som deltidsarbeidsløs hos NAV, skiller Norge fra EUs praksis. I EU-landene holder det med positivt svar på de andre kriteriene. Den strenge vurderingen som gjøres i Norge gjør at en kan anta at det finnes mørketall. Dette gjelder spesielt distriktene og i små institusjoner, hvor oversikten over arbeidsmuligheter er gjennomsløkte. Hvorfor skal man registrere seg når alle vet at det ikke finnes arbeid?

Helseforetak

Etter foretaksreformen kalles sykehusene helseforetak. Dette begrepet blir brukt gjennomgående i denne oppgaven.

Organisatoriske enheter

Bodø kommune og Nordlandssykehuset bruker ulike benevnelse på like organisatoriske enheter. I kommunen kalles en enhet med inneliggende pasienter for avdeling, mens tilsvarende benevnelse i helseforetaket er enhet eller sengepost. I denne oppgaven brukes benevnelsene avdeling, enhet og sengepost for sammenlignbare organisatoriske enheter. De to spesialavdelingene som inngår i undersøkelsen; intensivavdelingen og hjerteovervåkningen i Nordlandssykehuset er enheter på linje med de andre enhetene som omfattes av undersøkelsen.

2.1.2 Deltid som fenomen

Deltidsarbeid er både frivillig og ufrivillig. Ønsket arbeidstid varierer mellom ulike arbeidstakere og avhenger av deres preferanser og livssituasjon.

For arbeidsgivere er deltidsstillinger redningen når det ikke finnes andre måter å få arbeidsplanen å gå opp på (riktig antall personer og riktig kompetanse til enhver tid). Dette gjelder spesielt sektorer med døgnbasert arbeid, eksempelvis pleie- og omsorgstjenesten i kommuner og helseforetak. Deltidsansatte i små stillinger utgjør også en ekstra arbeidskraftressurs som kan rykke ut når tjenestestedene har behov for vikarer.

Norge har en stor andel av befolkningen i arbeid, sammenlignet med andre land. Det skyldes først og fremst at en stor andel av norske kvinner er yrkesaktive. Deltidsarbeidet har økt etter hvert som kvinner har kommet mer med i arbeidslivet, noe som kan tyde på at det å kunne arbeide deltid har vært et viktig virkemiddel for å få kvinner ut i arbeid. Norge er et av de landene i Europa med flest deltidsansatte. (Deltidsutvalget 2004).

2.1.2.1 Sysselsetting og kjønn

Kvinneres yrkesdeltagelse har økt fra 66 prosent til 69 prosent i perioden 1996 – 2012, mens menn har hatt en nedgang fra 77 prosent til 74 prosent i samme periode (figur 1 i vedlegg). Dagens tall viser at sysselsettingen blant norske kvinner og menn i dag nesten er lik. En viktig årsak til den høye kvinnelige yrkesdeltagelsen har vært framveksten av velferdsstaten, eksempelvis barnehagedekning og lovfestet rett til redusert arbeidstid, samt muligheten til deltidsarbeid. Jeg har ikke funnet årsaker til nedgang i sysselsetting blant menn.

2.1.2.2 Deltid og kjønn

I perioden 1996 – 2012 har det vært en økning i andel deltid for menn, mens det for kvinner i samme periode har vært en nedgang (figur 2 i vedlegg). I 2012 arbeidet 40 prosent av sysselsatte kvinner deltid, mens tilsvarende tall for menn var 14 prosent. Selv om deltidsandelen for menn er lavere enn for kvinner, er mønsteret slik at der det er mye deltid blant kvinner, er det også forholdsmessig mye deltid blant menn (Deltidsutvalget 2004).

Tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB), basert på Arbeidskraftundersøkelsen (AKU), viser at kvinner med omsorg for barn under 16 år i mindre grad arbeider deltid i dag enn for 10 år siden. Det har vært en nedgang fra 45 til 36 prosent i perioden 2002-2011 (figur 3 i vedlegg). Forklaringen ligger trolig i at yngre kvinner har høyere utdanning enn eldre kvinner, og at høy utdanning, med unntak av noen få yrkesgrupper, gir jobb på arbeidsplasser med en heltidskultur (Moland 2013). Andel deltid for kvinner uten barn i samme periode har økt fra 42 til 44 prosent (figur 3 i vedlegg). Deltidsandelen er med andre ord større blant kvinner uten barn enn for kvinner med barn under 16 år!

Fra 2001 til 2012 steg barnehagedekningen (1-5 år) fra 63,2 prosent til 90,1 prosent. I samme periode var sysselsettingen blant kvinner uendret på ca. 67 prosent (figur 4 i vedlegg). I samme periode har også den gjennomsnittlige faktiske arbeidstiden (inkludert overtid) for kvinner vært tilnærmet uendret (figur 5 i vedlegg), ca. 30 timer per uke. Deltidsandelen for kvinner er med andre ord uendret til tross for nesten 100 prosent barnehagedekning. Disse tallene er oppsiktsvekkende med tanke på at den politiske målsettingen med full barnehagedekning blant annet var å få økt kvinnelige yrkesdeltagelse.

I 2012 hadde kvinner en faktisk arbeidstid på 30,8 timer per uke mens tilsvarende tall for menn var 37,4 timer per uke. Faktisk arbeidstid omfatter alle timeverk utført i inntektsgivende arbeid, inklusive overtid eller ekstraarbeid. Kvinneres arbeidstid har økt med 0,7 timer pr uke i

perioden 1996 – 2012 mens menns arbeidstid er redusert med 2,1 time per uke i samme periode. Tallene er hentet fra AKU og viser årsgjennomsnittet (tabell 1 i vedlegg).

Når det gjelder husarbeid er det fortsatt slik at kvinner tar større ansvar enn menn. Tallene har imidlertid jevnet seg mye ut de siste tiårene (tabell 2 i vedlegg).

Studier tyder på at ektefelles bruttoinntekt stort sett har liten betydning for om mannen velger å jobbe deltid. For kvinner stiger derimot sannsynligheten for deltid dess høyere inntekt ektefellen har. (Deltidsutvalget 2004).

I Norge har flere undersøkelser vist at kjernen av de deltidsarbeidende er kvinner som arbeider lang deltid (høy stillingsprosent) og med en stabil tilknytning til arbeidslivet. 80 prosent ser ut til å være den ideelle stillingsprosent for deltidsansatte (Moland og Bråthen 2012).

Forskning viser altså en klar sammenheng mellom kjønn og deltid. Deltidsutvalget (2004) konkluderte med at der det jobber mange kvinner er det mye deltid. Når deltidsandelen er høyere i kommunehelsetjenesten enn i helseforetakene, er det rimelig å anta at en av faktorene som påvirker dette er at det jobber flere kvinner i kommunehelsetjenesten enn i tilsvarende tjeneste i helseforetakene.

2.1.2.3 Deltid og kompetanse

Forskning viser at deltid har en sammenheng med kompetanse. Deltid er mest utbredt i yrker der kravene til utdanning er små. De fleste undersysselsatte har videregående skole som høyest gjennomførte utdanning. Det er forholdsvis lite undersysselsetting blant personer med høy utdanning (Deltidsutvalget 2004). Nyere tall fra SSB viser at deltidsandelen blant kvinnelig sysselsatte med universitetsutdanning er halvert fra 2009 til 2012, og således nærmer seg nivået for menn på samme utdanningsnivå. Deltidsandelen for ansatte med grunnskoleutdanning som høyeste nivå, er derimot ikke redusert med mer enn ca. 5 prosent i samme periode (Moland 2013).

Sykepleiere er blant de yrkesgrupper som skiller seg ut fra dette mønsteret (Moland 2013). Sykepleiere tilhører gruppen med høyskoleutdanning, men har høyere deltidsandel enn grupper med tilsvarende utdanningslengde.

Kravet til kompetanse er lavere i kommunehelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten. På bakgrunn av at forskningen konkluderer med at det er en sammenheng mellom lav

kompetanse og høy deltid, er det rimelig å anta at deltidsandelen er høyere i kommunehelsetjenesten enn i helseforetakene.

2.1.3 Deltid og lov- og avtaleverk

Endringer i lov- og avtaleverkets bestemmelser om deltid viser med tydelighet at arbeidstakernes rettigheter knyttet til heltid eller økning i stillingsandel har blitt betydelig sterkere de siste tiårene.

2.1.3.1 Overenskomstenes bestemmelser om deltid

Både kommunehelsetjenesten og sykehusene var fram til 2002 omfattet av samme tariffområde, KS (Kommunenes Sentralforbund). I 2002 kom helseforetaksreformen og helseforetakene (tidl. sykehusene) ble omfattet av Arbeidsgiverforeningen Spekters overenskomster.

I KS' tariffavtaler fram til 1994 var det kun avtalt en definisjon på deltidsstillinger:

Med deltidsansatt forstås arbeidstaker som har et fast forpliktende arbeidsforhold med en på forhånd fastsatt arbeidstid (evt i gjennomsnitt) pr uke, som er mindre enn den som gjelder for heltidsansatte i samme arbeidsområde. (del 2, kap.1, pkt 1.3.1)

Teksten har vært endret flere ganger. På overgangstidspunkt fra KS til Spekter i 2002 var overenskomstens tekst som følger:

Med deltidstilsatte forstås arbeidstakere som har et fast, forpliktende arbeidsforhold med en på forhånd fastsatt arbeidstid (ev. i gjennomsnitt) pr. uke, som er mindre enn den som gjelder for heltidstilsatte i samme arbeidsområde. (kap.1, § 1.2)

Det skal som hovedregel tilsettes i full stilling, med mindre omfanget av arbeidet eller en vurdering av arbeidssituasjonen tilsier noe annet.

Ved ledig stilling skal deltidstilsatte ved intern utlysning tilbys utvidelse av sitt arbeidsforhold inntil hel stilling, dersom vedkommende er kvalifisert for stillingen. Arbeidsgiver skal generelt informere og drøfte bruk av deltidsstillinger med de tillitsvalgte. (kap 1, § 2.3)

Helseforetakene gikk i 2002 over til Spekters tariffområde. Overenskomster fra 2002 inneholdt ingen bestemmelser om deltid. Bestemmelser om deltid kom inn i 2006, og bestemmelsen i gjeldende overenskomst (2014-2016) lyder som følger:

Det skal som hovedregel tilsettes i 100 % stilling med mindre arbeidsgiver vurderer at det er nødvendig behov for deltidsstilling.

Ved ledig stilling har deltidsansatte fortrinnsrett til utvidelse av sitt arbeidsforhold inntil 100 % stilling, dersom vedkommende er kvalifisert for stillingen, framfor at arbeidsgiver foretar ny ansettelse i virksomheten, jf aml 14-3.

Arbeidsgiver skal generelt informere og drøfte bruken av deltidsstillinger med de tillitsvalgte. (kap III, pkt 1.7)

Dette viser at overenskomstene gir deltidsansatte arbeidstakere sterke rettigheter når det gjelder utvidelse av sitt stillingsforhold. Dette er interessant sett i lys av den store deltidsandelen som er i mange virksomheter.

2.1.3.2 Arbeidsmiljølovens bestemmelser om deltid

Bestemmelser om deltid kom først inn i arbeidsmiljøloven (heretter aml) i 1982. Dette var et ledd i Regjeringens likestillingspolitikk og tok særlig sikte på å gi småbarnsforeldre, personer med omsorgsforpliktelser og eldre/syke arbeidstakere rett til redusert arbeidstid (Friberg 1996).

Både fagforeninger og enkelte politikere har tatt til orde for å få lovfestet rett til heltidsstilling. Arbeidsgivere og arbeidsgiverforeninger har i den sammenheng hevdet at lovfestet rett til heltid vil medføre økt ressursbehov, samtidig som det vil innebære betydelig overkapasitet på ukedagene for enkelte grupper ansatte i turnusordninger (Spekter 2008).

Aml § 46 A Rett til redusert arbeidstid (1982)

En arbeidstaker som av helsemessige, sosiale eller andre viktige velferdsgrunner har behov for å få redusert sin arbeidstid, har rett til dette dersom arbeidstidsreduksjonen kan gjennomføres uten særlige ulemper for virksomheten. Arbeidstidsreduksjonen kan tas ut som arbeidsfri perioder (...). (aml § 46A)

Denne bestemmelsen ble i 2008 endret til også å omfatte arbeidstakere som har fylt 62 år og lyder i dag som følger:

Arbeidstaker som har fylt 62 år eller som av helsemessige, sosiale eller andre viktige velferdsgrunner har behov for det, har rett til å få redusert sin arbeidstid dersom arbeidstidsreduksjonen kan gjennomføres uten vesentlig ulempe for virksomheten. Når avtalt periode med redusert arbeidstid er over, har arbeidstaker rett til å gå tilbake til tidligere arbeidstid. Under ellers like forhold har arbeidstaker med redusert arbeidstid rett til å øke sin arbeidstid når stilling blir ledig i virksomheten, forutsatt at stillingen helt eller i det vesentlige er tillagt de samme arbeidsoppgavene. Fortrinnsrett etter § 14-2 (Fortrinnsrett til ny ansettelse) og 14-3 (fortrinnsrett for deltidsansatte) går foran fortrinnsrett etter bestemmelsen her. (aml § 10-(4))

I 2005 (med virkning fra 01.01.06) kom en ny bestemmelse om deltidsansattes fortrinnsrett til utvidet stilling. Lovfesting av deltidsansattes rett til utvidet stilling begrunnes dels i diskrimineringsvernet for deltidsansatte etter EU-retten og dels i ønsket om å redusere uønsket deltid (Johansen og Stueland 2011).

Aml § 14-3 om fortrinnsrett for deltidsansatte

- (1) Deltidsansatte har fortrinnsrett til utvidet stilling framfor at arbeidsgiver foretar ny ansettelse i virksomheten*
- (2) Fortrinnsretten er betinget av at arbeidstaker er kvalifisert for stillingen og at utøvelse av fortrinnsretten ikke vil innebære vesentlige ulemper for virksomheten*
- (3) Fortrinnsvis etter § 14-2, med unntak av § 14-2 andre ledd første punktum, går foran fortrinnsvis for deltidsansatte.*
- (4) Tvist om fortrinnsrett for deltidsansatte etter § 14-3 avgjøres av tvisteløsningsnemnda*

Siste endring i arbeidsmiljøloven ble iverksatt fra 01.01.14:

Aml § 14-4a Rett til stilling for deltidsansatte tilsvarende faktisk arbeidstid

- (1) Deltidsansatte som de siste 12 måneder jevnlig har arbeidet utover avtalt arbeidstid, har rett til stilling tilsvarende faktisk arbeidstid i denne perioden, med mindre arbeidsgiver kan dokumentere at behovet for merarbeidet ikke lenger foreligger. Tolvmånedersperioden skal beregnes med utgangspunkt i arbeidstaker fremmet sitt krav*
- (2) Tvist om rett etter denne bestemmelsen avgjøres av tvisteløsningsnemnda*

Når det gjelder aml § 14-4a fikk den ikke effekt før 01.01.15, da man skal se faktisk arbeidstid 12 måneder tilbake i tid. I tiden framover vil man se hvilke konsekvenser dette får for virksomheter med deltidsansatte som arbeider ekstra.

Aml § 14-3 om deltidsansattes fortrinnsrett til utvidet stilling, bør imidlertid ha hatt en effekt på deltidsandelen i perioden fra ikrafttrede og fram til i dag. Dette forutsetter at bestemmelsen er gjort kjent for de ansatte og at den praktiseres av arbeidsgiver etter hensikten. Jeg antar at dette er en faktor som kan ha betydning for deltidsandelen i de to virksomhetene som inngår i denne oppgaven.

2.2 Årsaker til deltid

Argumenter som ofte brukes for å benytte seg av deltidsstillinger er at det gir fleksibilitet i forhold til å dekke opp helgearbeid, og at deltidsarbeid er en mestringsstrategi for å takle både yrke og familieliv. I SSBs arbeidskraftundersøkelse (AKU) 2011 ble det stilt spørsmål til de deltidsansatte om hvorfor de jobber deltid. Undersøkelsen viste at årsakene varierer både mellom menn og kvinner, og mellom kvinner med og uten barn.

Tabell 3 (vedlegg) gir en oversikt over årsaker til deltid. 24 prosent av alle deltidsansatte oppgir studier og skolegang som årsak til deltid. Andelen menn som oppgir dette er 36 prosent, mens den for kvinner er 20 prosent.

I tallene fra AKU oppgir 18 prosent at de «ikke kunne få heltid» som grunn til deltid. Andelen er 13 prosent blant menn og 20 prosent blant kvinner. AKU-tallene er basert på egenrapportering fra respondentene, og i lys av andre undersøkelser og kartlegging kan det se ut til at respondentene overrapporterer på denne årsaken. Den reelle andelen ufrivillig deltid (basert på SSB's definisjon) er lavere enn dette, ca 10 prosent (se avsnitt 2.2.1)

Videre oppgir 14 prosent av alle deltidsansatte «egen sykdom» som årsak til deltid. Blant menn er andelen 16 prosent og blant kvinner 13 prosent. Dette dreier seg i stor grad om deltidsarbeid mot slutten av den yrkesaktive livsfase.

12 prosent av de deltidsansatte oppgir omsorg (for egne barn eller andre pleietrengende) som årsak til at man jobber deltid. På dette området er det store forskjeller mellom de ulike gruppene. Kun én prosent av mennene oppgir dette som årsak til sin deltid, og blant kvinner uten barn er det også kun én prosent som oppgir dette som årsak. Blant kvinner med barn er det derimot hele 40 prosent som oppgir omsorg for andre som årsak til deltid (tabell 3 i vedlegg).

2.2.1 Frivillig og ufrivillig deltid

De aller fleste som arbeider deltid har valgt det selv. De frivillig deltidsansatte utgjør ca 90 prosent av de deltidsansatte (<http://ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/aku/kvartal/2013-01-30?fane=tabell&sort=nummer&tabell=93103>). Dette betyr at det den ufrivillige deltiden utgjør ca 10 prosent.

Som vist i tabell 3 (vedlegg) oppgir ca. en fjerdedel av de deltidsansatte omsorgsoppgaver og familiære grunner som årsak til deltid. Mange arbeider deltid for å få hverdagen til å gå opp. Dette gjelder særlig småbarnsforeldre, og i første rekke kvinnene. Barn skal følges og hentes i barnehage/SFO, og barns aktiviteter på fritid krever tid og ressurser fra de voksnes side.

Noen ønsker deltid for å kunne tilpasse arbeidsmengden til andre plikter eller ønsker i hverdagen. Andre arbeider deltid for å oppnå fleksibilitet, blant annet ved å ta ekstravakter når det passer. Dette bekreftes av en studie i tidligere Helse Sør, som viser at flere arbeidstakere velger å jobbe deltid fordi det gir dem frihet til å styre den resterende delen av arbeidstiden

selv. Et overveldende flertall av de deltidsansatte som inngikk i studien opplevde positive erfaringer med å arbeide deltid da de ofte ble fritatt for belastning på jobb, ansvar og oppgaver, samtidig som de fikk mer tid til familie og venner, og aktiviteter de fant viktige eller interessante (Brørby og Karlsen 2007). Noen arbeidstakere bruker deltid som mestringsstrategi eksempelvis av hensyn til egen helse eller arbeidsevne. Blant de frivillig deltidsansatte finner man mange studenter. Små stillinger er gunstige for studenter og andre som ønsker en begrenset jobb ved siden av andre aktiviteter.

Deltid avler deltid. Jo flere som arbeider frivillig deltid, jo større er sjansen for at det blir «reststillinger» som fylles opp med ufrivillig deltidsansatte. Generelt kan man si at dersom en ansatt får arbeide deltid, enten det er på grunn av rettigheter eller personlige behov, vil arbeidsgiver i mange tilfeller ha behov for å fylle opp stillingen. Dette blir en ny deltidsstilling, som fører til ytterligere økning av deltidsandelen, også den ufrivillige. I mange sektorer, blant annet helsesektoren, har arbeidsgiver behov for deltidsstillinger for å få arbeidsplanen til å gå opp (se avsnitt 2.2.3).

Som med arbeidsledighet generelt, er ufrivillig deltid en viktig sak og et stort problem for dem det gjelder.

2.2.2 Rettighetsbasert deltid

I løpet av 1990-årene ble det gjennomført reformer for å gi foreldre større valgfrihet og fleksibilitet i hvordan de vil kombinere barneomsorg og yrkesarbeid. Vi har fått utvidet foreldrepermisjon, fedrekvote og tidskontoordning. I tillegg finnes rettigheter til delvis uførepensjon, delvis avtalefestet pensjon (AFP) og arbeidsgivers forpliktelse knyttet til avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen).

Vi kan grovt inndele rettighetsbasert deltid i følgende kategorier:

1. Omsorgsoppgaver (omsorg for små barn, for egne foreldre og tidskontoordninger. Arbeidsmiljøloven gir rett til redusert stilling ved vektige velferdsgrunner)
2. Sykdom (gradert sykmelding), IA-tilrettelegging, gradert uførepensjon
3. Utdanning og kompetanseheving
4. Graderte pensjonsordninger (delvis AFP)

Arbeidstakere som tar ut disse rettighetene utgjør en stor andel av deltidsandelen i samfunnet, ikke minst i kvinnedominerte sektorer som for eksempel helsesektoren.

2.2.3 Deltid og arbeidstidsordninger

For helsetjenesten generelt, og pleie- og omsorgstjenesten spesielt, er det godt dokumentert at arbeidsplaner og helgebemanning er den store utfordringen når det gjelder å få redusert deltiden. Det er ingen tvil om at uønsket deltid i stor grad knyttes til behovet for å ha små stillinger for å få arbeidsplanen til å gå opp.

Fram til 1987 ble turnusarbeid i helsetjenesten organisert med stor grad av fulle stillinger og arbeid hver andre helg. Dersom det eksisterte deltidstillinger var disse standardisert til 50 prosent og 75 prosent. I 1987 ble partene i arbeidslivet enige om å redusere arbeidstiden med 2,5 t/uke både for dagarbeidere og turnusarbeidere. Den reduserte arbeidstiden ble i stor grad tatt ut i helgene, slik at man flere steder gikk fra å jobbe hver andre helg til å jobbe hver tredje helg. Dette etterlot mange «hull» (ledige vakter) i arbeidsplanene, spesielt i helgene. Disse hullene ble i stor grad fylt opp av deltidstillinger (Amble 2008a). Arbeidstidsforkortelsen i 1987 fremstår som den enkeltfaktoren som på kort tid har hatt størst betydning for helsesektorens store behov for deltidstillinger (Moland og Bråthen 2012). Redusert arbeidstid i form av mer fritid for noen skapte altså mange nye deltidstillinger som ble besatt av andre.

Arbeiderpartiet kom i 2012 med forslag om å lovfeste retten til heltid. Økonomiprofessor Steinar Holden ved Universitetet i Oslo (og leder av Skift/turnusutvalget 2007-2008) sa i den forbindelse i et intervju med Aftenposten 30.03.11:

Lovfesting av rett til heltid er en dårlig løsning når målet er å bekjempe ufrivillig deltid. Det er forunderlig at politikere kan snakke så lenge og så mye om å lovfeste rett til heltid, når det finnes god faglig dokumentasjon som sier at hovedproblemet er helgebemanningen”

<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article4076693.ece>

Illustrasjon på helgearbeidets konsekvens på deltid

Arbeidsmiljøloven tillater ikke arbeid oftere enn hver 2. søndag. Arbeid hver andre helg fører til at halve arbeidsstokken har fri. Arbeid hver tredje helg medfører at 1/3 av arbeidsstokken er på jobb mens 2/3 har fri.

På en tenkt enhet er det behov for følgende bemanning:

Nattvakt: en person på natt hver dag hele uka (utgjør 66,5 t/uke).

Kveldsvakt: To personer på hverdager, en person i helg (utgjør 96 t/uke).

Dagvakt: Tre eller fire personer på hverdager, tre personer i helg (utgjør 192,0 t/uke).

Dette gir følgende bemanningsplan:

Vakttype	Vakt-lengde	M	Ti	O	To	F	Lø	Sø	Sum timer
Natt (22.00 -07.30)	9,5 t	1	1	1	1	1	1	1	66,5 t
Kveld (14.30-22.30)	8,0 t	2	2	2	2	2	1	1	96,0 t
Dag (07.00-15.00)	8,0 t	3	4	4	4	3	3	3	192,0 t
									354,5 t

Med denne bemanningen brukes **354,5 t pr uke**. Ved å dele disse timene på uketimetall for turnusarbeider (35,5 timer per uke) fremkommer hvor mange årsverk som skal til for å dekke bemanningsplanen:

354,5 t : 35,5 t/uke (uketimetall for ansatte i turnus) = **10 årsverk**. Dette betyr at 10 årsverk er nok til å dekke denne bemanningsplanen hver uke hele året.

I helgene er det behov for 5 personer, 1 person på nattvakt, 1 person på kveldsvakt og 3 personer på dagvakt (det forutsettes at de samme personene arbeider både lørdag og søndag). Hvis det skal være arbeid hver 2. helg er det behov for 5 personer den ene helgen og 5 personer den andre helgen, altså $5 + 5$ personer = 10 personer. Med 10 årsverk betyr dette at vi kan tilsette 10 personer i 100 prosent stilling.

Hvis det derimot skal arbeides hver 3. helg er det behov for $5 + 5 + 5$ personer = 15 personer for å dekke helgene. Da er vi nødt til å dele opp stillingene slik at de 10 årsverkene består av 15 personer. Slik oppdeling kan gjøres på mange måter, for eksempel:

- 5 personer i 100 prosent stilling og 10 personer i 50 prosent stilling
- 8 personer i 100 prosent stilling og 7 personer i 28 prosent stilling (helgestilling),
- 15 personer i 66 prosent stilling, osv
-

For å finne hvor mange personer det er behov for multipliseres antall personer det er behov for på helg med hyppigheten av arbeidshelg.

Så lenge "tredje-hver-helg"-prinsippet praktiseres, er arbeidsgiver avhengig av en viss andel deltidsstillinger for å få turnusplanen til å gå opp. For at flest mulig skal få gå hele stillinger eller store stilling (høy stillingsprosent) velger mange arbeidsgiver å bruke egne helgestillinger for å få turnusplanen til å gå opp.

2.3 Konsekvenser av deltid

Deltid har konsekvenser både for samfunnet og den enkelte arbeidstaker. For samfunnet representerer de undersysselsatte en ubenyttet arbeidskraftressurs. Denne reserven er likevel relativt liten sett i forhold til den samlede arbeidskraftstyrken. Det antas at arbeidskraftreserven fra de undersysselsatte vil være noe høyere dersom en legger en mindre streng definisjon av undersysselsetting til grunn enn den offisielle. Enkelte ville også ønske å jobbe mer hvis forholdene hadde vært lagt bedre til rette både i hjemmesituasjonen og på arbeidsplassen. (Deltidsutvalget 2004).

Samfunnsøkonomisk er det lite lønnsomt å utdanne folk til deltidsstillinger. For helsetjenesten viser prognoser for den demografiske utviklingen at behovet for pleie- og omsorgspersonell vil øke sterkt de neste 20 årene. SSB (Helsemod) beskriver et referansescenario for 2030 (normalårsverk):

- *Et underskudd på 13 000 sykepleiere*
- *Et underskudd på 40 000 helsefagarbeidere*
- *Et underskudd på 2 600 bioingeniører*
- *Tilnærmet balanse for leger* (Texmon og Stølen 2009)

Helsesektoren vil med andre ord stå overfor store bemanningsutfordringer i årene som kommer. Det er derfor viktig at tilgangen til arbeidskraft styrkes. I kampen om arbeidskraft og nødvendig kompetanse vil de arbeidsgivere som kan tilby arbeidstakerne heltidsstilling sannsynligvis ha en fordel.

For de ansatte har deltid både karrieremessige, sosiale og økonomiske konsekvenser, jf neste avsnitt.

2.3.1 Deltid og likestilling

Deltid er et likestillingspolitisk tema. Deltidsarbeid blant kvinner har konsekvenser blant annet for deres karriere, inntekt og pensjonsrettigheter. Svakere tilknytning til arbeidslivet og reduserte muligheter for kompetanseutvikling er åpenbare konsekvenser av at kvinner jobber deltid

Økonomisk selvstendighet for alle er et viktig politisk mål. Deltidsarbeid gir lavere inntekt enn heltidsarbeid, og omkring halvparten av forskjellen i lønnsinntekt mellom kvinner og

menn kan forklares med at kvinner arbeider deltid. Dette gjør at kvinner ikke blir økonomisk selvstendige, men blir avhengige av andre forsørgelseskilder (Deltidsutvalget 2004).

Kvinner som arbeider deltid taper i forhold til pensjonsutbetaling. Pensjon beregnes ut fra inntekt¹. Mange år i deltidsstilling vil føre til lavere pensjonsutbetaling. Dette vil føre til at andelen kvinner blant minstepensjonister vil øke. I tillegg er trygdeordninger og økonomiske rettigheter i stor grad knyttet til lønnsnivå og egen inntekt. Dette gjelder for eksempel alders- og uførepensjon, sykepenger, dagpenger under arbeidsløshet og fødselspenger (Deltidsutvalget 2004).

Deltid innebærer også en økt risiko for økonomiske problemer ved en eventuell skilsmisse eller dersom mannen faller fra. Kvinner som reduserer eget lønnsarbeid og karriereambisjoner til beste for felles barn og familien, står svakere rettslig i dag enn tidligere ved at redusert arbeid ses som et individuelt og fritt valg. Kvinneres svakere lønnsutvikling og eventuelle karrieretap gir ikke grunnlag for kompensasjon fra ektefelle ved skilsmisse. I det øyeblikk man går fra hverandre sees begge som selvstendige individer. Videre faller retten til skjevdeling av boet ofte negativt ut for kvinner, fordi kvinners inntekt oftere går til goder som blir oppbrukt og spist, mens mannens inntekt og midler oftere går til investeringer som han kan kreve en større andel av. Manglende rett til fordeling av pensjonspoeng mellom ektefeller/foreldre gjør at kvinners ulønnede omsorgsarbeid i familien også straffer seg i det lange løp, og særlig ved samlivsbrudd. (Bjørnholt, Dagens Næringsliv 21.03.12).

2.3.2 Deltid og tjenestekvalitet

Flere mener at det i diskusjoner om deltid har vært for stort fokus på likestilling mellom kjønnene, arbeidstakerrettigheter og fastlønnsutgifter og for lite på tjenestekvalitet. Små stillinger bidrar til en fragmentert tjeneste og virker direkte negativt inn på tjenestekvaliteten når omfanget er stort. Særlig innen pleie- og omsorgssektoren vil mange av brukerne ha behov for stabile tjenesteutøvere som de kjenner og som kjenner dem (Moland 2013). Heltid er en avgjørende faktor i å heve tjenestekvaliteten. I pleie- og omsorgstjenesten er heltid et viktig bidrag til å heve kvalitet i pasientbehandling og for å øke pasientsikkerhet.

¹ For sykepleiere som omfattes av kommunens pensjonsordning gjelder bestemmelsen om at stillingsstørrelse mindre enn 37 prosent (14 timer pr uke) ikke meldes inn i tjenestepensjon. Denne bestemmelsen gjelder imidlertid ikke for ansatte i helseforetak, heller ikke for andre grupper enn sykepleiere i kommunene (KLP 2013).

Moland og Bråthen (2012) har gjort mange undersøkelser om deltid i kommunehelsetjenesten. De inndeler fordelene ved heltid i følgende kategorier:

Kvalitetsvariabler: forutsigbarhet for brukere, færre fremmede utøvere, utøvere som kjenner brukere og vice versa, kontinuitet i tjenestene og en tjeneste som er tilpasset brukers døgnrytme.

Arbeidsmiljøvariabler: forutsigbar lønn og arbeidstid, tilstrekkelig lønn, jevnere fordeling av arbeidsbelastninger og ubekvemme vakter, tjenesteorganisering som muliggjør å stå i arbeid til avtalt pensjonsalder (uten å bli minstepensjonist og/eller uføretrygdet).

Effektivitetsvariabler: som styrkes av større stillingsstørrelser, læringsmiljø, omdømme, rekruttere/beholde den kompetente arbeidskraften, myndiggjorte medarbeidere, engasjerte og involverte medarbeidere og tid til ledelse.

(Moland og Bråthen 2012 :7).

Ledelsen får større forutsigbarhet i planlegging av arbeidet. De får færre ansatte å administrere og bedre muligheter til å følge opp den enkelte. De får sannsynligvis ansatte med sterkere tilknytning til arbeidsplassen, sterkere ansvarsfølelse og som er mer fleksible i forhold til bredden i arbeidsoppgavene. I tillegg vil virksomheten oppleves som en mer attraktiv arbeidsplass og trekker til seg/holder flere ansatte (Spekter 2008).

Ansatte får forutsigbar arbeids- og fritid og bedre kontinuitet i arbeidssituasjonen. De får bedre vilkår for kompetanseutvikling og for å beholde seg faglig oppdatert, samt større muligheter for karriereutvikling. De oppnår også økonomisk selvstendighet og forbedret pensjonsopptjening. I tillegg gis de større muligheter for sosial tilhørighet til jobben (Spekter 2008).

2.3.3 Deltid og rekruttering

Det som kanskje taler mest imot et høyt omfang deltidsstillinger sett i et arbeidsgiverperspektiv, er at det skaper problemer med å rekruttere og beholde kvalifisert arbeidskraft. Arbeidsplasser som ikke kan tilby hele stillinger, svekker både bransjens og fagets omdømme blant framtidige utdannings- og arbeidssøkere (Moland og Bråthen 2012).

På den annen side gjør deltidsstillinger det mulig å benytte studenter, blant annet inne helse- og omsorgsfag. Dette kan bidra til å rekruttere ferdigutdannede, samt gi dem nyttig erfaring

og kunnskap fra sektoren som de og arbeidsgiver kan dra nytte av senere. (Moland og Bråthen 2012).

2.4 Hvilke tiltak er forsøkt og hvilken effekt er oppnådd?

Flere tiltak ser ut til å ha god effekt på stillingsstørrelse. I følge Moland og Bråthen (2012) er et av disse tiltakene etablering av vikarpool eller ressursbank. Her tenkes en modell der arbeidstakeren har en fast deltidsprosent, for eksempel 75 prosent, knyttet til enhet A. I tillegg får den ansatte fast tilsetting med avtalt arbeidsplan i 25 prosent i vikarpoolen. Disse 25 prosent benyttes til ledige vakter i enhet A og naboavdelingen enhet B. Det vil si at den ansatte møter i vikarpoolen på sine avtalte vakter der, og blir sendt til enhet A eller enhet B avhengig av hvor det er behov.

Videre hevder Moland og Bråthen (2012) at permanent arbeid på flere tjenestesteder er et tiltak som ser ut til å ha god effekt. Dette kalles kombinert stilling eller «helet» stilling. Dette brukes en del i kommunene, der en ansatt kan være dels assistent i skole og dels assistent i SFO, eller dels renholder og dels assistent. I helseforetakene har man prøvd dette ved å kombinere stillinger i sengepost og poliklinikk/dagenhet innenfor samme fagområde.

Et annet tiltak med effekt på stillingsstørrelsen er å øke grunnbemanningen (Moland og Bråthen 2012). Dette kan imidlertid få en opphopning av ansatte i ukedagene som konsekvens. En økning av grunnbemanningen dekker ikke alle vakter i helgene, med mindre de ansatte går over til å jobbe oftere enn hver tredje helg (se illustrasjon avsnitt 2.2.3).

Kompetansehevende tiltak er også forsøkt. Man søker å heve formalkompetansen og/eller utvide realkompetansen. Dette fører til at deltidsansatte kan utføre et bredere spekter av arbeidsoppgaver og på den måten kvalifisere seg for større stilling, enten ved en eller flere avdelinger/enheter (Moland og Bråthen 2012).

Flere alternative arbeidstidsordninger er også forsøkt, blant annet lange vakter (12 timer eller mere) og arbeidstidsordninger med arbeid noen flere helger enn hver tredje helg (hinkehelg). Lange vakter egner seg best ved enheter hvor det periodevis er rolig og med mulighet for hvile.

Moland og Bråthen (2012) konkluderer med at de tiltak som har størst effekt på stillingsstørrelse (flere deltidsansatte i større stillingsbrøk) er økt grunnbemanning, flere

helger i turnusen, samt arbeide permanent flere steder. Vikarpool og arbeidsplaner med lange vakter har også god effekt på stillingsstørrelse.

2.5 Oppsummering og presentasjon av hypoteser

I dette kapitlet har jeg gjennomgått fakta om og forskning på deltid. Jeg har beskrevet årsaker til og konsekvenser av deltid. I tillegg har jeg beskrevet tiltak som er forsøkt og hva som har hatt effekt. Jeg har også illustrert sammenhengen mellom helgearbeid og deltid.

Formålet med denne oppgaven er å finne hvilke faktorer som påvirker deltiden, med spesielt fokus på deltidsforskjeller, formulert gjennom følgende problemstilling:

Hvilke faktorer påvirker forskjellen i deltidsandel i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten?

Gjennomgangen viser at det er flere faktorer som påvirker deltidsandelen.

En faktor er kjønn. Jo flere kvinner, jo mere deltid. En annen faktor er kompetanse. Deltid øker med synkende kompetanse. Det er forholdsvis lite deltid blant personer med høy utdanning. De fleste deltidsansatte har videregående skole som høyest gjennomførte utdanning.

Videre ser det ut til at valg av arbeidstidsordninger påvirker deltid. Det kan også se ut som om bruken av lovbestemmelser knyttet til arbeidstakernes rettigheter til utvidet stilling kan ha en effekt på deltid.

Med dette som bakgrunn har jeg utledet fire hypoteser for å forklare deltidsforskjeller i kommunehelsetjeneste og helseforetakene.

Hypoteser:

Som årsak til forskjell i deltidsandel mellom kommunehelsetjenesten og helseforetakene er:

1. Det jobber flere kvinner i pleie- og omsorgstjenesten i kommunehelsetjenesten enn i helseforetakene.
2. Kompetansen er høyere i helseforetakene enn kommunehelsetjenesten
3. Ulike arbeidstidsordninger i helseforetakene og kommunehelsetjenesten (todelt og tredelt turnus) gir utslag på deltidsandel

4. Oppfølging av arbeidsmiljølovens bestemmelser om deltidsansattes rett til utvidet stilling praktiseres forskjellig

Jeg vil i neste kapittel presentere metoden jeg har brukt for å besvare problemstillingen som ligger til grunn for denne oppgaven.

I kapittel 4 vil jeg analysere data fra undersøkelsen og trekke noen konklusjoner.

3 METODE

I dette kapittelet vil jeg først kort beskrive valg av forskningsdesign. Jeg har valgt en casestudie, med en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ tilnærming for å besvare problemstillingen. Jeg vil derfor kort redegjøre for casedesign samt kvalitativ og kvantitativ metode.

Deretter vil jeg redegjøre for utvalg og datainnsamling. Videre vil jeg gjøre rede for hvordan data er analysert og så evaluere metoden ved hjelp av begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet. Til slutt vil jeg redegjøre for etikk og personvern.

Det har oppstått utfordringer underveis som har fått konsekvens for metoden. Det viste seg å være store avvik mellom deltidstallene som var rapportert fra henholdsvis kommunehelsetjenesten og helseforetakene og det jeg fant i min undersøkelse. Dette gjorde at jeg måtte gå nøye og systematisk inn og se hva som lå til grunn for tallene som var rapportert. Dette har jeg beskrevet nærmere i avsnitt 3.6.

3.1 Forskningsdesign

Forskningsdesign er «alt» som knytter seg til en undersøkelse. Hva skal undersøkes og hvordan skal undersøkelsen gjennomføres fra start til mål (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010). Med andre ord er forskningsdesign valg av strategi for å belyse problemstillingen.

3.1.1 Casestudie

For å belyse problemstillingen har jeg valgt casestudie. Ifølge Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010) benyttes en casestudie når ett eller noe få tilfeller skal studeres inngående, og kjennetegnes ved at forskerne henter inn mye informasjon fra noen få enheter eller caser over kortere eller lengre tid gjennom detaljert og omfattende datainnsamling.

Jeg anser casedesign til å være godt egnet for å besvare problemstillingen som ligger til grunn for denne oppgaven. Jeg har sammenlignet deltidstall i to virksomheter. Studien krevde store mengder data fra enhetene i de to virksomhetene som inngikk i studien.

Ifølge Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010) gjennomføres casestudier ofte ved hjelp av kvalitative tilnæringer, som observasjon eller åpne intervjuer, men det kan også anvendes kvantitative data og teknikker som eksisterende statistikk og strukturerte spørreskjemaer. Casestudier kan med fordel gjennomføres ved å kombinere forskjellige metoder for å skaffe seg mye og detaljert data. Jeg har valgt å innhente data ved å kombinere kvalitativ metode med innhenting av kvantitativ data gjennom en spørreskjemaundersøkelse, såkalt metodetriangulering.

3.2 Metodetriangulering

Å kombinere kvalitative og kvantitative metoder kalles metodetriangulering. I samfunnsvitenskapen betyr metodetriangulering å se et fenomen fra forskjellige perspektiver, det vil si ved hjelp av forskjellige metoder (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010: 367). På den måten kan man teste om ulike tilnæringer fører til noenlunde samme konklusjon. Hvis dette skjer, styrkes tilliten til resultatene.

Kvalitative og kvantitative metoder kan kombineres på flere måter. For å besvare problemstillingen utledet jeg fire hypoteser. De fire hypotesene krevde ulik metode for å bli testet. På to av hypotesene har jeg brukt kvalitativ og kvantitativ metode parallelt, i den hensikt å la de kvalitative dataene belyse de tallmessige funnene. På disse hypotesene undersøkte jeg variablene deltid, kjønn og kompetanse. På de to andre hypotesene brukte jeg kun kvalitativ metode.

3.2.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode beskriver kvalitet eller kjennetegn/egenskaper ved det fenomenet som skal studeres. Metoden er særlig hensiktsmessig når vi skal undersøke fenomener som vi ikke kjenner særlig godt, og som det er forsket lite på. Det er også en hensiktsmessig metode når vi undersøker fenomener vi ønsker å forstå mer grundig. (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010). For å innhente data har jeg benyttet meg av kvalitativt intervju.

3.2.2 Kvantitativ metode

I kvantitativ forskning er man opptatt av å telle opp fenomener, det vil si å kartlegge utbredelse. Jeg har foretatt en skriftlig spørreskjemaundersøkelse (survey) for å innhente kvantitative data for å teste to av hypotesene og som et supplement til intervjuene. Ved utforming av spørreskjema må man vite nøyaktig hva man skal spørre om. Mitt spørreskjema dreide seg om variablene kjønn, kompetanse og deltid vedlegg 4).

3.3 Utvalg

Problemstillingen berører to ulike virksomheter; kommunehelsetjenesten og helseforetak. På bakgrunn av dette besto mitt utvalg av ansatte og ledere fra begge disse områder. Jeg vil første gjøre rede for utvalg i de kvalitative intervju, deretter for spørreskjemaundersøkelsen.

3.3.1 Kvalitativt intervju

Jeg gjorde til sammen 19 intervju med seks ledere og fem deltidsansatte i Nordlands-sykehuset, og tre ledere (hvorav en leder hadde ansvar for tre enheter) og fem deltidsansatte fra Bodø kommune. Av de deltidsansatte som ble intervjuet var fire sykepleiere og seks hjelpepleiere. Deltidsandelen var mellom 50 og 85 prosent. Tre var ufrivillig deltidsansatt, sju var frivillig deltidsansatt. Alle deltidsansatte var kvinner. Blant lederne var det en mann og åtte kvinner.

Jeg sendte først en henvendelse pr epost til kommunaldirektør for helse og omsorg i Bodø kommune med informasjon om oppgavens problemstilling og hypoteser, samt forespørsel om å få foreta intervjuer med ansatte i kommunen. Jeg ba om å få bruke informanter fra avdelinger i kommunen som var mest mulig sammenlignbare med enheter i sykehus, det vil si heldøgnsavdelinger med inneliggende pasienter. Kommunaldirektøren henviste meg til virksomhetslederne ved to sykehjem i kommunen. På det ene sykehjemmet intervjuet jeg virksomhetslederen (med ansvar for tre avdelinger) og ved det andre sykehjemmet to avdelingsledere som var plukket ut av sykehjemmets virksomhetsleder. Disse tre lederne plukket videre ut til sammen fem deltidsansatte fra sine avdelinger til intervju.

I Nordlandssykehuset ba jeg ledelsen v/HR-sjef om å få intervjuere enhetsledere og deltidsansatte på de generelle sengepostene; indremedisinske, kirurgiske og ortopediske sengeposter. For å se om det er forskjell i deltid på ordinære sengeposter og spesialavdelinger i foretaket ba jeg i tillegg om å få intervjuere lederne for intensivavdelingen og hjerteovervåkningen. Dette ble gjort ut fra en antagelse om at spesialavdelinger generelt sett har flere menn og høyere kompetanse enn ordinære sengeposter, og at dette kan ha innvirkning på deltidsandelen.

Jeg satte ingen andre kriterier knyttet til utvelgelse av deltidsansatte enn at de skulle være fast ansatt. Noen ledere plukket ut deltidsansatt etter turnusplanen, slik at jeg kunne intervjuere leder og deltidsansatte på samme enhet fortløpende. Andre ble valgt ut fordi de «turte» å stille til intervju.

3.3.2 Spørreskjemaundersøkelse (survey)

For å finne om det faktisk er forskjell i deltidsandel mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunehelsetjenesten og tilsvarende tjeneste i helseforetak utarbeidet jeg et spørreskjema til lederne for de enheter jeg hadde informanter fra (vedlegg 3). Variablene var kjønn, kompetanse og deltid.

Spørreskjemaundersøkelsen omfattet til sammen 469 ansatte ved de to virksomhetene:

Bodø kommune: 175 ansatte i fem enheter/sengeposter, fordelt på to sykehjem.

Nordlandssykehuset: 294 ansatte i seks enheter/avdelinger. De seks enhetene besto av fire sengeposter (indremedisin, kirurgi/ortopedi) og to spesialavdelinger (intensivavdelingen og hjerteovervåkningen).

Sju av ni ledere hadde fylt ut skjema før intervjuet. To ledere ettersendte utfylt skjema. Alle 469 ansatte som jobbet ved de 11 avdelingene /enhetene som var omfattet av undersøkelsen var med i skjemaet. Svarprosenten var med andre ord 100 prosent.

3.4 Datainnsamling

Datainnsamlingen ble basert på to hovedkilder: primærdata og sekundærdata. Primærdata er den informasjonen som ble innhentet spesifikt for denne oppgaven, og ble skaffet ved gjennomføring av intervjuer og en spørreskjemaundersøkelse.

Sekundærdata er annen informasjon som er relevant for problemstillingen. Det foreligger et betydelig omfang relevante dokumenter. Jeg har gjort en bred gjennomgang av offentlige utredninger, forskningslitteratur, deltidsundersøkelser, rapporter fra organisasjoner både på arbeidsgiver- og arbeidstakersiden, samt statistikker og tallmateriale fra Arbeidsgiverforeningen Spekter, helseforetakene, de regionale helseforetakene og Kommunenes sentralforbund (KS).

3.4.1 Det kvalitative intervju

For å innhente kvalitative data valgte jeg å bruke intervju. Intervju er den mest brukte måten å samle inn kvalitative data på. Det er en fleksibel metode som kan brukes nesten overalt og gjør det mulig å få fyldige og detaljerte beskrivelser. Det kvalitative forskningsintervju er en av flere kvalitative metoder. Den kan brukes alene eller i kombinasjon med andre metoder.

Et kvalitativt forskningsintervju er, ifølge Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010), en samtale med struktur og formål. Strukturen er knyttet til rollefordelingen mellom deltagerne i intervjuet. Intervjueren stiller spørsmål og følger opp svar fra informanten. Formålet er ofte å forstå eller beskrive noe. Intervju er ofte mer en dialog enn rene spørsmål og svareanser, og gjør det mulig å få fram kompleksitet og nyanser.

Jeg valgte et semistrukturert intervju. Dette er et delvis strukturert intervju som har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet, mens spørsmål, temaer og rekkefølge kan varieres. Forskerne kan bevege seg fram og tilbake i intervjuguiden og intervjuet kan skreddersys til den enkelte informant. I og med at spørsmålene ikke har ferdig utformede spørsmål må forskeren bestemme seg for hva han/hun ønsker å vite, og vurdere hvordan han/hun skal få til en meningsfull diskusjon tilpasset situasjonen (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010).

I intervjuguiden tok jeg utgangspunkt i de fire hypotesene. Under hver hypotese laget jeg underpunkter/spørsmål for å sikre at jeg fikk tilstrekkelig utdyping på de ulike temaene (vedlegg 2).

Jeg startet intervjuet med å presentere meg selv og bakgrunnen for undersøkelsen. Jeg informerte deretter om selve intervjuet, hva jeg kom til å stille spørsmål om og hvor lenge intervjuet ville vare. I eposten som var sendt ut til lederne på forhånd hadde jeg vedlagt

aktuell informasjon om dette (vedlegg 1). Jeg var usikker på om denne informasjonen var videresendt til alle deltidsansatte som skulle intervjues. Derfor hadde jeg gjennomgang med alle informantene før intervjuet startet. Det viste seg at ikke alle deltidsansatte hadde fått/lest bakgrunnsinformasjonen.

Deretter gikk jeg gjennom hvordan intervjuet skulle dokumenteres, hva som skulle gjøres med datamaterialet etter at undersøkelsen er avsluttet, og at deltagerne er garantert anonymitet.

To intervju foregikk på mitt kontor. De som ble intervjuet på mitt kontor hadde valgt dette selv av praktiske årsaker. Resten av intervjuene foregikk på arbeidsplassen til informantene. Ifølge Holme og Solvang (1996) ligger styrken i intervjuet i at undersøkelsessituasjonen ligger nært opp til hverdags situasjonen og hverdags samtalen. Lederne hadde funnet egnede rom, og vi fikk sitte uforstyrret. Dette for at informantene skulle føle mest mulig trygghet.

Ved starten av hvert intervju gikk jeg gjennom problemstillingen og presenterte de fire hypotesene. For lederne hadde jeg under intervjuet like stort fokus på alle fire hypoteser, mens for de deltidsansatte hadde jeg størst fokus på de to hypotesene som ikke hadde med faktiske deltidstall å gjøre. De deltidsansatt ble imidlertid spurt om de hadde noen synspunkter på de andre hypotesene.

For lederne startet jeg intervjuet med å gå gjennom spørreskjemaet som de var bedt om å fylle ut på forhånd (vedlegg 3), og ba om utfyllende kommentarer. Jeg sjekket at skjemaet var fylt ut riktig. To ledere hadde ikke fylt ut skjema på forhånd. For disse startet jeg med å spørre om faktiske forhold knyttet deltidstall i enheten slik at jeg hadde mulighet til å stille de samme oppfølgings spørsmål som overfor de ledere som hadde fylt ut skjema.

Som nevnt ovenfor startet jeg med å beskrive en hypotese. Jeg ba informanten om å komme med kommentarer/synspunkter. Intervjuet foregikk som en samtale, men der fokus likevel var på hypotesen. Informantene svarte ukronologisk, gjerne etter innfallsmetoden. Jeg lot samtalen gå og fulgte opp med oppfølgings spørsmål der jeg så at det var nødvendig.

Holme og Solvang (1996) påpeker at de synspunkter som kommer til uttrykk skal være resultat av informantens egen forståelse og at det derfor er viktig at informanten i størst mulig grad får styre utviklingen i intervjuet. Jeg var åpen i formen for å få del i informantens tanker, forståelse og fortellinger. Jeg stilte åpne spørsmål slik at jeg kunne følge opp forhold som jeg på forhånd ikke kjente til eller ikke hadde tenkt på. Formen på intervjuet ga mulighet til å

skape et tillitsforhold hvor jeg som intervjuer kunne lytte og stille spørsmål i en kontekst som informanten forsto.

Alle intervju ble tatt opp på min Iphone 5. Alle ble spurt om dette var greit, og ingen hadde innsigelser. Mobilen lå på bordet og det så ikke ut som den virket hemmende på informanten. Opptak gir muligheter til å vie oppmerksomheten til selve samtalen og til oppfølging av interessante temaer.

Alle intervju ble transkribert fortløpende, mens det ennå var ferskt. Transkripsjonen er ofte betraktet som selve det solide, empiriske materialet i et intervjuprosjekt (Kvale og Brinkmann 2009). Intervjuene ble transkribert i sin helhet, ordrett. Unntak er gjort der informanten kom inn på områder som ikke var relevant for problemstillingen (rekruttering, lønnsforhold mv). Transkripsjonen er gjort på bokmål, men det er ikke gjort avvik fra meningsinnholdet i det som ble sagt i intervjuet. Sitatene som blir brukt i analysedelen er ordrette sitater, omskrevet til bokmål.

Intervjuene varte fra 25 minutter til vel en time. Intervjuene med lederne hadde lengst varighet da noe tid ble brukt til å gå gjennom faktatall i enheten.

3.4.2 Spørreskjemaundersøkelsen

I kvantitativ forskning er man opptatt av å telle opp fenomener, det vil si å kartlegge utbredelse. For å finne om det faktisk er forskjell i deltidsandel mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunehelsetjenesten og tilsvarende tjeneste i helseforetak utarbeidet jeg et spørreskjema til lederne for de enheter jeg hentet informanter (vedlegg 3). Spørreskjemaet inneholdt variablene kjønn, kompetanse og deltid. Spørreskjemaet var laget slik at leder skulle legge inn alle fast ansatte i skjemaet, og gruppere disse etter utdanning, kjønn, og om de gikk heltid eller deltid. Formålet var å finne ut om det var sammenheng mellom deltid og kjønn, og deltid og kompetanse.

Skjemaene ble sendt ut til lederne sammen med forespørselen om intervju. Alle ledere var kjent med skjemaet før intervjuet. To hadde ikke fylt ut skjemaet før intervjuet. Disse ettersendte utfylt skjema

3.5 Analyse av data

Jeg vil i det følgende kort beskrive hva analyse av data er. Selve analysen vil bli presentert i kapittel 4.

3.5.1 Analyse av kvalitative data

Analyse av kvalitative data består ifølge Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010) i å analysere tekst og tolke data. Å tolke betyr å sette noe inn i en større ramme eller sammenheng, å se på hvilke konsekvenser analyse og konklusjon har for det som undersøkes. Fortolkning dreier seg om å få tak i mening som ikke ligger i dagen. Det er vanlig å ta utgangspunkt i teori på det området man forsker på, og se på funnene i lys av relevant teori. Forskeren forsøker å forstå og forklare funnene fra analysen.

De transkriberte intervjuene ble gjennomgått flere ganger. Utsagnene ble først kodet med farger, en farge for hver hypotese. Fargene ble kodet H1, H2, H3 og H4 etter de fire hypotesene. Enkelte hypoteser ble videre inndelt i emner. Eksempelvis ble hypotesen som var knyttet til arbeidstidsordninger inndelt i «todelt/tredelt turnus», «helgearbeid/faste helgestillinger/hinkehelger», «annet». Utsagnene ble deretter strukturert i en tabell, både for å håndtere datamengde og for lettere å se sammenhenger. Svarene ble kategorisert under hver hypotese. Kun data som var relevant for hypotesene ble tatt med i tabellen. Tabellen ble likevel relativt omfattende på grunn av at studien omfattet fire hypoteser, og at det var mye data under noen av hypotesene.

3.5.2 Analyse av kvantitative data

Analyse av kvantitative data er en sorteringsøvelse. Dataene skal presenteres på en oversiktlig og hensiktsmessig måte, i tabeller, grafer, diagrammer eller figurer. Data fra spørreskjemaundersøkelsen i denne studien er satt opp i tabeller og vedlegges i sin helhet (vedlegg 4).

3.6 Rapportering av tall

Utgangspunktet for oppgavens problemstilling var at offentlige rapporter viste en deltidforskjell mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunene og tilsvarende tjeneste i

helseforetakene. Som en del av den empiriske undersøkelsen tok jeg på forhånd kontakt med Fafo og Helse Nord RHF for å forsikre meg om at tallene fra de to virksomhetene var sammenlignbare.

Leif Moland i Fafo opplyste at Fafos tall for pleie- og omsorgstjenesten i kommunehelsetjenesten omfattet pleiepersonell; sykepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter, altså pasientrettede grupper.

Haakon Eichler i Helse Nord RHF opplyste at Deltidsundersøkelsen i helseforetakene omfattet alle deltidsansatte. Jeg ba derfor om å få deltidstall for pasientrettede yrkesgrupper, tilsvarende de som inngikk i Fafo sine undersøkelser. Helse Nord rapporterte etter dette at deltidsandel for disse yrkesgruppene i helseforetakene i Helse Nord var i underkant av 38 %, det vil si det samme som var framkommet i Deltidsundersøkelsen (2012).

Rapportene fra henholdsvis Fafo og Helse Nord RHF viste en relativt stor forskjell i andel deltid mellom kommunehelsetjenesten og helseforetakene, noe som var i samsvar med forutsetningene for denne oppgaven.

Den empiriske undersøkelsen viste imidlertid at det var en ubetydelig forskjell i deltidsandel i de to virksomhetene. Dette førte til en ny runde til kildene bak de rapporterte tallene, KS' PAI-register for tall rapportert til kommunene og Helse Nord RHF for tall rapportert på vegne av helseforetakene. Arbeidsgiverforeningen Spekter, som tar ut statistikker for alle landets helseforetak, ble også kontaktet.

Det viste seg at det er forskjell i hvordan rapporteringen foregår og at dette får betydning for deltidsandelen som framkommer i de to virksomhetene.

KS registrerer og rapporterer på faktiske arbeidsforhold. Rapportene tas ut fra lønssystemet. Alle som er registrert med en deltidsstilling inngår i statistikken. Det vil si at dersom en person står med tre deltidsstillinger som til sammen blir en hel stilling, registreres dette som tre deltidsstillinger. Dette betyr at det i KS sine rapporter kan være flere helstillinger enn det som fremkommer i statistikken. KS' PAI-register kunne ikke si hvor mange personer som til sammen hadde hel stilling men som var registrert med flere deltidsstillinger.

Arbeidsgiverforeningen Spekter rapporterer på samme måte som KS, på faktiske arbeidsforhold. Alle tall tas ut fra lønssystemet. Spekter rapporterte en deltidsandel på 65 prosent for de grupper som var omfattet av undersøkelsen. Dette er et gjennomsnittstall for alle helseforetakene i Norge. Spekter sine tall for helseforetakene stemte altså bedre overens

med tall fremkommet i min empiriske undersøkelse enn tall rapportert fra Helse Nord RHF. I og med at KS og Spekter tar ut rapporter på samme måte er deres tall sammenlignbare.

Helse Nord RHF rapporterer ikke på samme måte som KS og Spekter. For helseforetakene rapporteres juridiske arbeidsforhold, altså den stillingen den ansatte «eier» i henhold til sin arbeidskontrakt. Dersom en ansatt reduserer stilling fra hel til deltidsstilling, for eksempel på grunn av omsorg for små barn, framkommer ikke dette som en deltidsstilling i statistikken. Dette betyr at midlertidig rettighetsbasert deltid ikke fremkommer i helseforetakenes rapporter. Det betyr videre at helseforetakene ikke rapporterer all faktisk deltid.

Oppsummert betyr dette at tallene som lå til grunn for denne oppgaven og som viste store deltidsforskjeller mellom sammenlignbare tjenester i kommunehelsetjenesten og helseforetak ikke er sammenlignbare. Det betyr videre at grunnlaget som problemstillingen er bygd er endret. Jeg har likevel valgt å fortsette studien for å se på deltidsforskjellene i de to virksomhetene, finne hvilke faktorer det er som påvirker deltiden og for å se om mine hypoteser stemmer.

3.7 Evaluering av metoden

3.7.1 Evaluering av den kvalitative metoden

Resultatene i en undersøkelse er avhengig av nøyaktighet i hele prosessen – fra de innsamlede data fra intervjuene, måten de er samlet inn på og hvordan de blir satt inn i en større sammenheng. Jeg har i det følgende evaluert undersøkelsen ved hjelp av reliabilitet, validitet og generaliserbarhet.

3.7.1.1 Reliabilitet (pålitelighet)

I følge Kvale og Brinkmann (2009) knytter reliabilitet seg til forskningsresultatenes konsistens og troverdighet, og om et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere. Vil en informant endre sine svar i intervju med annen forsker, og vil en annen forsker kommet til samme resultat om undersøkelsen ble foretatt en gang til? Reliabilitet knytter seg til med andre ord til nøyaktigheten av undersøkelsens data, hvilke data som brukes, den måten de samles inn på og hvordan de bearbeides (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010). I kvalitativ metode baserer oppgaven seg på fortolkning av meningsinnhold i kvalitative data.

Alle informanter fikk samme informasjon ved starten av intervjuet. De fire hypotesene ble lest opp og alle svarte på alle spørsmål, om enn i ulik rekkefølge. Alle intervjuer ble transkribert så nøyaktig som mulig. Det eneste som ikke ble transkribert var tema som ikke var relevant for oppgavens problemstilling. I analysen er tatt med kun de svar som er relevante for problemstillingen. Informantene fremsto som ærlige og interesserte i å bidra til at undersøkelsen ble best mulig.

Et intervju er en mellommenneskelig prosess, og det vil ikke være mulig at en samtale du har i dag blir identisk en du hadde i går. Et intervju setter i gang refleksjoner som ville ha påvirket svarene dersom temaet hadde vært tatt opp kort tid etterpå. Forskeren skal være kritisk til sin egen forskerrolle og vurdering og unngå å påvirke informantenes svar. Jeg har forsøkt å være bevisst på at min forståelse, mine kunnskaper og erfaring kan påvirke informantenes svar, blant annet ved å stille åpne spørsmål informantene kunne reflektere rundt. Jeg har forsøkt å unngå å stille ledende spørsmål. Jeg har hele tiden vært opptatt av å få fram fakta om hvordan det er, ikke hvordan det burde være.

3.7.1.2 Validitet (gyldighet)

Validitet handler om gyldighet, hvor godt, eller relevant, data representerer fenomenet vi undersøker. Validiteten sier noe om en kan stole på det som presenteres som vitenskapelig funn, med andre ord hvorvidt «vi har undersøgt det, vi tror, vi har undersøgt» (Fog 2004: 193). Validitet betegner med andre ord datas relevans for problemstillingen i undersøkelsen. Det finnes ikke noe absolutt mål på om data er valide eller ikke.

Metodevalget påvirker resultatet av undersøkelsen og det har vært nødvendig å ha et kritisk syn på dette. Jeg har gjennom hele prosessen vært opptatt av å utføre et godt håndverksmessig forskningsarbeid. Jeg opplevde at informantene i sum ga et helhetlig bilde av sin egen opplevelse. Ut fra sammenstilling av data oppfatter jeg å ha fått et gyldig bilde av hva som er status.

3.7.1.3 Generaliserbarhet (overførbarhet)

Generalisering betyr, ifølge Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010), å gjøre konkrete fenomener allmenne, samt å forenkle og skape orden ut fra en kompleks virkelighet. Det handler med andre ord om i hvilken grad man kan bruke forskningsresultatet på andre situasjoner eller grupper enn det som resultatet er hentet fra. All forskning har som mål å kunne trekke slutninger ut over de umiddelbare opplysningene som samles inn.

Bodø kommune er en gjennomsnittlig bykommune, men relativt stor i nord-norsk sammenheng. Kommunen har en struktur som ikke avviker vesentlig fra andre kommuner på tilsvarende størrelse. Nordlandssykehuset er Nord-Norges nest største sykehus, og har også en struktur som er lik andre helseforetak. Det er ingen spesielle forhold ved pleie- og omsorgstjenesten i Bodø kommune og tilsvarende tjeneste i Nordlandssykehuset som skulle tilsi at resultatene ikke er overførbare til andre kommuner og helseforetak i Norge.

Antall informanter bør være så stort at det er mulig å generalisere. Jeg mener at det i min undersøkelse var et tilstrekkelig antall respondenter. Jeg gjennomførte 19 intervju. Etter hvert som intervjuene ble gjennomført kom det lite nytt fram og det var stor konsistens i svarene.

I tillegg gjorde jeg en spørreundersøkelse som omfattet 469 ansatte ved de to virksomheten

3.7.2 Evaluering av den kvantitative metoden

Spørreskjemaet inneholdt tre variabler: kjønn, kompetanse og deltid. Variabelen kompetanse var klart definert på forhånd slik at det ikke skulle være tvil om hvor de enkelte yrkesgrupper skulle plasseres. Jeg gikk gjennom skjema med alle ledere for å forsikre meg om at skjemaet var fylt ut slik det skulle.

Jeg hadde på forhånd sjekket nøye med de som rapporterer tall for å forsikre meg om at tallene var sammenlignbare; at tjenesten var sammenlignbar og at undersøkelsen omfattet de samme yrkesgruppene. Det vises her til avsnitt 3.6 om rapportering av tall.

3.8 Etikk og personvern

All virksomhet som får konsekvenser for andre mennesker må bedømmes ut fra etiske standarder. I en forskningsprosess må etiske vurderinger være gjennomgående i hele prosessen. All forskning må underordne seg forskningsetiske prinsipper og retningslinjer. Disse kan sammenfattes i tre typer hensyn som en forsker må tenke gjennom:

1. Det informerte samtykke, det vil si informantens rett til selvbestemmelse og autonomi. Informanten må vite om undersøkelsen mål og fordeler og ulemper ved å delta.
2. Konfidensialitet; forskerens plikt til å respektere informantens privatliv. Dette innebærer at informasjon som gis, ikke skal kunne knyttes direkte til den personen som gir informasjonen, forutsatt at ikke samtykke er gitt.

Konsekvenser, det vil si forskerens ansvar for å unngå skade. Undersøkelsen må ikke føre til at enkeltpersoner eller virksomheter påføres skade eller negative effekter (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010: 91).

Alle intervjuer i min undersøkelse var frivillig. Alle informanter er anonymiserte. Det vil ikke være mulig å spore hvem som har sagt hva. Jeg har beskrevet og sett på sammenhenger på en slik måte at enkeltpersoner eller funksjoner ikke ble satt i et dårlig lys. Jeg mener jeg har ivaretatt samfunnsvitenskapelige og etiske retningslinje på en god måte i hele prosessen

3.9 Oppsummering

I metodekapitlet har jeg beskrevet de metoder jeg har anvendt i undersøkelsen, kvalitativt intervju og kvantitativ spørreundersøkelse. Videre har jeg kort gjort rede for casestudier.

Jeg har også gjort rede for datasamling og utvalg, for analyse av data og evaluering av metoden ved hjelp av reliabilitet, validitet og generaliserbarhet.

Jeg har også beskrevet utfordringer knyttet til rapportering av tallene som lå til grunn for oppgaven.

Til slutt har jeg gjort rede for etikk og personvern.

4 PRESENTASJON OG ANALYSE AV FUNN

I forrige kapittel har jeg redegjort for metoden jeg har brukt i min studie. I dette kapitlet vil jeg oppsummere funn fra intervjuene og spørreskjemaundersøkelsen. Funnene vil bli diskutert i lys av forskningen som er beskrevet i kapittel 2.

Først vil jeg kort beskrive de generelle funnene. Deretter vil jeg ta for meg hver av de fire hypotesene. Funnene blir presentert under hver hypotese.

4.1 Generelle funn

Resultatet fra spørreskjemaundersøkelsen viser en tjeneste med stor andel kvinner og en stor andel deltid. I intervjuene kom det fram at kun en liten andel av deltiden er ufrivillig. Dette gjelder både Bodø kommune og Nordlandssykehuset, og er i tråd med forskningen på området som viser at ca. 10 prosent av deltiden er ufrivillig (se avsnitt 2.2.1)

Flere av de som har deltidsstilling hevdet i intervjuet at de ønsker høyere stillingsprosent, men ikke hel stilling. Det ser ut til å være en kultur at man «venter på tur» og rykker opp til hel stilling eller høyere stillingsandel etter hvert som det blir ledighet i stilling. 75-80 prosent anses av flere å være den ideelle stillingsbrøk. Flere er opptatt av å få 80 prosent stilling da det råder en oppfatning om at 80 prosent stilling gir «fulle» pensjonsrettigheter. Dette stemmer imidlertid ikke².

I intervjuene kom det fram at stillingsstørrelsene varierer, men både i Bodø kommune og i Nordlandssykehuset er det flest store deltidsstillinger, 75-80 prosent, i de enheter som omfattes av undersøkelsen. Ved gjennomgang av spørreskjemaet ble lederne spurt spesifikt om helgestillinger. Begge virksomheter benytter seg av helgestillinger i små brøker, 12-20 prosent. Bodø kommune har flere helgestillinger enn Nordlandssykehuset.

Mange av informantene oppgir omsorgsoppgaver (mindreårige barn) som årsak til deltid. Noen vil ha friheten med å gå ekstravakter, med den fleksibiliteten dette gir. Andre nevner stort arbeidspress. En deltidsansatt sier:

² Pensjonsutbetaling avhenger av inntekt, ikke av stillingsbrøk (KLP 2013).

I en travel sengepost er det tungt å gå 100 prosent. De som går 100 prosent er kjempeslitne. Nå har jeg den stillingsbrøk jeg ønsker, og tar ekstravakter i tillegg når det passer. (Deltidsansatt helseforetak).

Jeg vil i det videre ta for meg hver hypotese og referere til funn i intervjuene og spørreskjemaundersøkelsen.

4.2 Hypotese 1: Det jobber flere kvinner i pleie- og omsorgstjenesten i kommunehelsetjenesten enn i tilsvarende tjeneste i helseforetakene

Som beskrevet i kapittel 2 viser forskningen at deltidsandelen er mye høyere blant kvinner enn blant menn. Det betyr at der det er mange kvinner er det også stor sannsynlighet for at deltidsandelen er høy (Deltidsutvalget 2004). I følge Moland og Bråthen (2012) varierer deltidsandelen i de ulike sektorer. I helsesektoren, og spesielt pleie- og omsorgstjenesten, er kvinneandelen høy.

Min hypotese er at det er høyere deltidsandel i kommunehelsetjenesten enn i helseforetaket fordi det jobber flere kvinner i kommunehelsetjenesten.

Jeg vil i det følgende presentere funn fra spørreundersøkelsen, supplert med funn fra intervjuene.

Tabell 6 Kjønn og deltid i Bodø kommune (BK) og Nordlandssykehuset (NLSH)

Alle enheter	BK i prosent n = 175	NLSH i prosent n = 294
Andel kvinner	90	89
Andel menn	10	11
Deltidsandel totalt	79	76
Deltidsandel kvinner	78	79
Deltidsandel menn	82	56

Spørreskjemaundersøkelsen viser at kjønnsfordelingen så å si er identisk i de to virksomhetene; 90 prosent kvinner og 10 prosent menn i kommunen og 89 prosent kvinner og

11 prosent menn i helseforetaket. Det er et overraskende funn at helseforetaket har like stor kvinneandel som kommunen.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at den totale deltidsandel i enhetene omfattet av undersøkelsen i Bodø kommune er **79 prosent**. Tilsvarende andel i Nordlandssykehuset er **76 prosent**. Funnet er oppsiktsvekkende. Det viser at det er liten forskjell på deltidsandel i de to virksomhetene, i motsetning til det som det var grunn til å tro på bakgrunn av forhåndsrapporterte tall.

Funnet for Bodø kommune, 79 prosent, er høyere enn det som Fafo rapporterer som et gjennomsnittstall for kommunene, 58 prosent (Moland og Bråthen 2012). Fafos rapport viser imidlertid at tallene varierer mellom de ulike kommuner, og at halvparten av kommunene har en deltidsprosent på ca 75 eller høyere. Bodø kommune kan være en av disse. Dette har jeg ikke undersøkt nærmere.

Når det gjelder Nordlandssykehuset er deltidsandelen i undersøkelsen 76 prosent. Dette er langt høyere enn det som er rapportert. Deltidsundersøkelsen (2012) og oppdaterte tall fra Helse Nord RHF (2014) viste en gjennomsnittlig deltidsandel på ca. 38 prosent.

Arbeidsgiverforeningen Spekter sine deltidstall for helseforetakene, 65 prosent, stemmer bedre overens med tall fra denne spørreskjemaundersøkelsen. Når vi vet at Spekter og KS tar ut tall på samme måte, og at rapporteringen gjelder for de samme grupper, er dette en indikator på at tallene fra min spørreskjemaundersøkelse er riktige. Rapportering av tall ble beskrevet i avsnitt 3.6.

At den totale deltidsandelen nesten er identisk antas å ha sin forklaring i at kvinneandelen er lik i de to virksomhetene. Deltidsandelen følger kvinneandelen. Der det er mange kvinner er det også stor sannsynlighet for at deltidsandelen er høy (Deltidsutvalget 2004).

Det er tilnærmet lik deltidsandel blant kvinner i kommunen og helseforetaket. Deltidsandelen er også tilnærmet identisk i sengeposter og spesialavdelinger i helseforetaket.

Deltidsandelen i kommunen nesten er lik for kvinner og menn, 78 prosent for kvinner og 82 prosent for menn. Deltidsandelen varierer mellom de ulike enhetene, men det er høyt på alle enhetene (75 – 100 prosent). Deltidsandelen i helseforetaket er 79 prosent for kvinner og 56 prosent for menn.

Generelt sett er det få menn, både i kommunen og i helseforetaket. Tallene bekrefter likevel mønsteret om at selv om deltidsandelen for menn er lavere enn for kvinner, er det slik at der

det er mye deltid blant kvinner, er det også forholdsmessig mye deltid blant menn (Deltidsutvalget 2004).

Deltidsandelen for menn er høyere i kommunen enn i helseforetaket, 82 prosent i kommunen og 56 prosent i helseforetaket.

Hva er årsaken til at det er så stor deltidandel blant menn i kommunen? På spørsmål om dette svarte lederne at det i stor grad skyldes arbeidstidsordningen, det vil si arbeidsplanene.

Aktivitetsnivået ved sykehjemsavdelingene er relativt lik i ukedager og i helger. Det betyr at behovet for personell er nesten like stort i helger som i ukedager. Når man har lagt opp til arbeidstidsordninger med arbeid hver 3. helg, er det et stort behov for ansatte i helgestillinger for å få turnusplanen til å gå opp. Det har vist seg vanskelig å få inn faglærte i små helgestillinger. Ergo er dette et godt marked for ufaglærte som vil inn på arbeids-markedet. I følge lederne er mange av disse ufaglærte i helgestillinger menn, blant annet mange med innvandrerbakgrunn, som etter hvert ønsker å få større stillingsandel i sykehjemmene.

Også i helseforetaket har menn en relativt høy deltidandel, 56 prosent. Tilsvarende tall for kvinner er 76 prosent. Også her sa lederne at den relativt høye deltidandel blant menn skyldtes menn i helgestillinger som ønsket seg inn i større stillingsprosent. Ikke bare ufaglærte menn, men også sykepleiere og andre faglærte som tok en helgestilling og ekstravakter i påvente av ledig stilling eller mulighet for høyere stillingsbrøk. Mange nyutdannede sykepleiere vil jobbe i helseforetaket, og deltidsstilling pluss ekstravakter kan være måten å komme inn i helseforetaket på. På spesialavdelingene ble det også sagt at noen spesialsykepleiere gikk deltidsstilling for å kombinere det med å jobbe på større sykehus, for eksempel i Oslo.

For helseforetakets del var det interessant å se på om det er forskjeller mellom sengepostene og spesialavdelingene.

Figur 7 viser at den totale deltidandelen er nesten identisk, 78 prosent på sengeposter og 74 prosent på spesialavdelinger. Undersøkelsen viser videre at andel menn i ordinære sengeposter var 7 prosent, mens andel menn i spesialavdelinger var 16 prosent.

Undersøkelsen viser at menn er nesten fraværende på sengeposter i helseforetaket. Heller ikke på spesialavdelingene er det mange menn. På spørsmål om hvorfor det er slik, svarer flere, både ledere og deltidsansatte, at menn ikke jobber på de enheter hvor det er stell av pasienter,

Tabell 7 Kjønn og deltid i Nordlandssykehuset, fordelt på sengeposter og spesialavdelinger

NLSH	Sengeposter i prosent n = 175	Spesialavd. i prosent n = 119
Andel kvinner	93	84
Andel menn	7	16
Deltidsandel totalt	78	74
Deltidsandel kvinner	78	79
Deltidsandel menn	69	47

heller ikke i spesialavdelinger hvor det forutsettes stell av pasienter. En deltidsansatt i Nordlandssykehuset sier det slik:

Årsaken til at vi har menn og ikke sengepostene, tror jeg er at menn ikke ønsker å jobbe i tung pleie De vil ha action, de vil ha tempo, at det skjer ting. Pluss at der det er menn rekrutteres nye menn. Det blir et mannemiljø. (Deltidsansatt helseforetak).

Flere av de som ble intervjuet sa at menn finnes i spesialavdelinger i sykehuset hvor det ikke er stell av pasienter; eksempelvis anesthesiavdelingen, akuttmottak og i psykiatrien. Noen rekrutteres også til ledere og til stabsstillinger (rådgivere, prosjektleder mv). Jeg har i denne undersøkelsen ikke undersøkt om dette stemmer.

Undersøkelsen viser at menn er nesten fraværende på sengeposter i helseforetaket. Heller ikke på spesialavdelingene er det mange menn. På spørsmål om hvorfor det er slik, svarer flere, både ledere og deltidsansatte, at menn ikke jobber på de enheter hvor det er stell av pasienter.

Deltidsandelen blant menn er i studien som følger:

Deltidsandel blant menn i kommunen	: 82 prosent
Deltidsandel blant menn i sengeposter, helseforetak	: 82 prosent
Deltidsandel blant menn i spesialavdelinger, helseforetak	: 82 prosent

Tendensen ser ut til å være klar. Det er imidlertid så få menn med i undersøkelsen (32 i helseforetaket og 17 i kommunen) at det er usikkert om tallene er robuste. På sengepostene som var omfattet av undersøkelsen var det kun sju menn og deltidsprosenten varierte sterkt. Det er derfor vanskelig å trekke noen konklusjoner.

Konklusjon

Det er høy og tilnærmet lik deltidsandel i kommunen og helseforetaket. Dette må sees i sammenheng med at det er tilnærmet lik kjønnsfordeling i kommunen og helseforetaket. Med andre ord jobber det ikke flere kvinner i kommunen enn i helseforetaket slik som på forh. Dette er et overraskende funn i forhold til det man kunne anta på bakgrunn av forhåndsrapporterte tall. Etter å ha fått bekreftet at forhåndsrapporterte tall ikke kan sammenlignes er funnet ikke oppsiktsvekkende (se avsnitt 3.6). Enhetene som er omfattet av undersøkelsen utføre relativt like jobber og jobbes utføres av de samme yrkesgruppene. Det er mange kvinner, og der det er mange kvinner er det også høy deltid.

Det er lik deltidsandel blant kvinner i kommunen og helseforetaket (inkludert sengeposter og spesialavdelinger). Det er lik deltidsandel blant kvinner og menn i kommunen. Og det er høyere deltidsandel blant kvinner enn menn i helseforetaket.

Det er høyere deltidsandel blant menn i kommunen enn i helseforetaket. Det må sees i sammenheng med det høye antall helgestillinger i kommunene, der innslaget av menn var stort. Lavest deltidsandel var blant menn i spesialavdelinger. Imidlertid er det så få menn med i undersøkelsen at det er vanskelig å trekke noen konklusjoner

Tallene kan se ut til å bekrefte mønsteret om at selv om deltidsandelen for menn er lavere enn for kvinner, er det slik at der det er mye deltid blant kvinner, er det også forholdsvis mye deltid blant menn (Deltidsutvalget 2004).

4.3 Hypotese 2: Kompetansen er høyere i helseforetaket enn i kommunehelsetjenesten

Forskning viser at deltid har sammenheng med kompetanse. Deltid er mest utbredt i yrker der kravene til kompetanse er lave. De fleste deltidsansatte har videregående skole som høyest gjennomførte utdanning. Det er forholdsvis lite deltid blant personell med høy utdanning (Deltidsutvalget 2004).

Denne hypotesen er utledet på bakgrunn av at kravet til kompetanse er høyere i helseforetakene og at det av den grunn er rimelig å anta at deltidsandelen er lavere i helseforetak enn i kommunehelsetjenesten.

I undersøkelsen har jeg skilt mellom de som har 3-årig høyskoleutdanning (for eksempel sykepleiere) og høyere, og de med utdanning på lavere nivå (hjelpepleiere, helsefagarbeidere) eller uten utdanning (ufaglærte).

Jeg vil i det følgende presentere funn fra den spørreskjemaundersøkelsen, supplert med funn fra intervjuene.

Tabell 8 Kompetanse og deltid i Bodø kommune (BK) og Nordlandssykehuset (NLSH)

	BK i prosent n = 175	NLSH alle i prosent n = 294	NLSH sengeposter i prosent n = 175	NLSH spesialavd i prosent n = 119
Andel uten høyskoleutd.	83	18	27	5
Andel med høyskoleutd.	17	82	73	95
Deltidsandel blant de uten høyskoleutd	88	93	94	83
Deltidsandel blant de med høyskoleutd.	31	72	72	73

Andel ansatte med høyskoleutdanning i de kommunale enhetene som var omfattet av undersøkelsen var 17 prosent og andel ansatte uten høyskoleutdanning var 83 prosent.

Tilsvarende tall for Nordlandssykehuset er 82 prosent ansatte med høyskoleutdanning og 18 prosent uten høyskoleutdanning. I helseforetakets sengeposter hadde 73 prosent av de ansatte høyskoleutdanning mens tilsvarende tall for spesialavdelingene var hele 95 prosent.

Det bekrefter hypotesen om at andelen med høyskoleutdanning er høyere i helseforetaket enn i kommunen.

For de uten høyskoleutdanning er deltidsandelen høy for alle, 88 prosent i kommunene, 93 prosent i helseforetaket. For helseforetaket er det 94 prosent for sengepostene og 83 prosent i spesialavdelingene. Dette stemmer godt overens med tall fra forskningen.

Deltidsandelen blant de med høyskoleutdanning i kommunen er 31 prosent, mens tilsvarende tall for helseforetaket er 72 prosent. Det er liten forskjell på ansatte i sengeposter, 72 prosent, og spesialavdelinger, 73 prosent.

Det er her to spesielt interessante funn: den lave deltidsandelen blant de med høyskoleutdanning i kommunen, og den høye deltidsandelen blant de med høyskoleutdanning i helseforetaket. I begge virksomheter består høyskolegruppen stort sett av sykepleiere.

Sykepleiere er som tidligere nevnt atypisk ved at de har høyere deltidsandel enn andre høyskolegrupper. Det skulle være grunn til å tro at deltidsandelen for denne gruppen ikke ville være så forskjellig i de to virksomhetene. Men som tabellen viser er det store forskjeller.

For det første, hva skyldes den lave deltidsandelen blant ansatte med høyskoleutdanning i kommunen, 31 prosent? På dette spørsmål svarte en leder ved et av sykehjemmene at ved nedleggelse av et sykehjem og åpning av et nytt, ble alle sykepleierstillinger gjort om til hele stillinger:

For noen år siden fikk vi lyst ut alle sykepleierstillinger som fulle stillinger for å rekruttere sykepleiere. Vi har derfor ei stor høyskolegruppe i heltid. De sykepleiere som er på deltid er en på dag/aften, og tre på natt. (Leder kommune).

Den samme lederen sa også at dette var gjort for å bedre rekrutteringen av sykepleiere til sykehjemmet. Den lave deltidsandelen skyldes med andre ord et bevisst arbeid med å få redusert deltidsandelen og er ikke nødvendigvis et bilde på den generelle situasjonen i kommunehelsetjenesten.

Det er generelt sett en liten andel med høyskoleutdannede i kommunen, 17 prosent. 31 prosent av disse jobber deltid. Ved å gå inn i selve tallmaterialet (vedlegg 4) finner jeg at de 31 prosentene består av 9 personer. Det betyr at om bare en person endrer fra deltid til heltid vil det gi et relativt stort utslag på prosentandelen. På bakgrunn av dette er det vanskelig å generalisere.

For det andre, hva skyldes den høye deltidsandelen blant ansatte med høyskoleutdanning i helseforetaket, 72 prosent? Andelen med høyskoleutdanning i helseforetaket er høyt, 82 prosent. Av disse jobber hele 72 prosent deltid. Jeg fant ingen sikre svar på dette gjennom intervjuene utover at deltidsandelen generelt er stor blant sykepleiergruppen. En mulig årsak, som også ble nevnt i intervjuene, er at den store belastningen ved å gå tredelt turnus i tillegg til hver 3. helg, eventuelt også med hinkehelger, gjør at mange velger deltid.

Konklusjon

Undersøkelsen bekrefter hypotesen om at kompetansen er betydelig høyere i helseforetaket enn i kommunen. Det er flest ansatte med høyskoleutdanning i spesialavdelingene. Dette er naturlig da disse avdelinger er mest spesialisert og flere av stillingene krever spesialutdanning.

På bakgrunn av dette skulle man forvente en lav deltidsandel i helseforetaket. Undersøkelsen viser tvert imot at deltidsandelen blant høyskoleutdannede i helseforetaket er høy, hele 72 prosent. Dette er isolert sett et svært interessant funn, og må ses i sammenheng med at så og si alle høyskoleutdannede som inngår i undersøkelsen er sykepleiere, og at sykepleiere er atypisk ved at de har høy deltidsandel.

Deltidsandelen hos høyskoleutdannede er betydelig lavere i kommunen enn i helseforetaket og også lavere enn man skulle forvente. Dette ble forklart med at kommunen hadde gjort om sykepleierstillinger til hele stillinger ved nedleggelse av et sykehjem. Det gir imidlertid ingen pekepinn på hvordan det generelt er i kommunehelsetjenesten.

Deltidsandel blant de uten høyskoleutdanning er som forventet høy.

4.4 Hypotese 3: Ulike arbeidstidsordninger i helseforetakene og kommunehelsetjenesten (todelt eller tredelt turnus) gir utslag på deltidsandel

Utgangspunktet for denne hypotesen var min forhåndskunnskap om at pleie- og omsorgstjenesten i Bodø kommune og Nordlandssykehusets somatiske klinikker har ulike arbeidstidsordninger. Grovt sett kan arbeidstidsordningene i Bodø kommune og Nordlandssykehuset oppsummeres slik:

I Bodø kommune går de ansatte som inngår i undersøkelsen i en todelt turnus. Det vil si at de ansatte har dagvakter og kveldsvakter. I tillegg er det ansatt egne nattvakter. I Nordlandssykehuset har man i de somatiske klinikkene valgt en arbeidstidsordning med tredelt turnus, en ordning der alle går både dag-, kvelds- og nattvakter.

Faste nattvakter går sjelden hele stillinger. En stor andel faste nattvakter gir som regel en stor andel deltid. Det er derfor rimelig å anta at arbeidstidsordninger med todelt turnus og faste nattvakter har en større deltidsandel enn arbeidstidsordninger med tredelt turnus.

Etter intervjuene kunne jeg konkludere med at valg av todelt eller tredelt turnus påvirker deltiden. Samtidig kom det fram at det var flere faktorer enn valg av todelt eller tredelt turnus som påvirker deltiden.

Jeg vil i det følgende beskrive de to arbeidstidsordningene, todelt og tredelt turnus. Deretter vil jeg ta for meg andre faktorer ved arbeidstidsordninger som påvirker deltiden.

Todelt eller tredelt turnus

Bodø kommune har som nevnt valgt en arbeidstidsordning med todelt turnus og faste nattvakter. Lederne i Bodø kommune bekreftet i intervjuene at nattvakter sjelden eller aldri hele går hele stillinger. Et eget sjikt med faste nattvakter i deltidstilling antas derfor å påvirke til økt deltidsandelen.

En fordel med todelt turnus er mindre belastning (ingen nattvakter) på den enkelte arbeidstaker. Belastningen ved å gå to typer vakter (kveld og natt) er ifølge skift/turnusutvalget (2008) mindre enn ved å gå tre typer vakter som dekker hele døgnet (dag, kveld, natt). Ved at det er mindre belastning med denne arbeidstidsordningen, kan det være lettere å rekruttere til stillingene.

Det er imidlertid også ulemper ved å ha et eget sjikt nattevakter. En leder i kommunen sier:

Det er litt ulemper. Både det å holde seg faglig a jour og det å få de med i felles personalgruppe, de blir på en måte en gruppe for seg selv. Jeg har egne møter med dem men de må delta i de felles personalmøter vi har for hele huset og i møter i egen avdeling.

Helsemessig tror jeg det er sunnere å jobbe bare natt enn tredelt turnus. For å holde seg à jour er det en mulighet å la nattvaktene ta noen kveldsvakter innimellom, uten å blande inn dagvakter. (Leder kommune).

I Nordlandssykehuset har man i de somatiske klinikkene valgt en arbeidstidsordning med tredelt turnus, en ordning der alle går både dag-, kvelds- og nattvakter. Forskning viser at dette er den arbeidstidsordningen med størst belastning på de ansatte (Skift/turnusutvalget 2008). Det skyldes at de ansatte må dekke vakter hele døgnet. I intervjuene argumenterte lederne med at det er viktig med tredelt turnus for å holde kompetansen vedlike. Det er på dagtid og kveldstid «det meste» skjer, og hvis de ansatte ikke jobber på dag eller kveld greier de ikke å følge med i den faglige utviklingen. Ifølge lederne skjer utviklingen innen behandling og medisiner så fort at de anser det viktig å være tilstede på de tider på døgnet der de har mulighet til å opprettholde og utvide sin kompetanse.

I intervjuene sa flere av de deltidsansatte at det var tungt å gå tredelt turnus i tillegg til å jobbe hver 3. helg eller oftere. Hyppig skifte av ulike vakttyper hele døgnet kan gi søvnvansker og andre helseproblemer (Skift/turnusutvalget 2008). Flere sa at nattarbeid er det tyngste eller verste med å gå i tredelt turnus. Imidlertid var det enkelte som synes det er greit å gå natt:

Jeg har flere netter i turnusen enn de andre, etter eget ønske. Jeg får friperioder. Jeg synes det er fint å gå natt. På 11 uker har jeg nesten 3 perioder med en uke fri. Har barn under skolealder. Tenker også litt på høytider. Med redusert stilling og friperioder har jeg litt større sjanse for å få fri sånn at det klaffer på røddager og julaften etc. (Deltidsansatt helseforetak).

Ifølge lederne hadde nesten alle enheter som var omfattet av undersøkelsen noen ansatte som var fritatt for nattvakter, de fleste på grunn av helsemessige årsaker. Dette fører til flere nattvakter på de andre ansatte, og dermed ytterligere belastning.

Lederne i helseforetaket ble spurt om det var vurdert å få inn faste nattvakter som en del av arbeidstidsordningen, slik at det ble færre nattevakter på de som gikk tredelt turnus. Dette var det delte meninger om. Noen ledere mente at faste nattvakter gjorde arbeidstidsordningen mer sårbar for eksempel ved sykdom. Det kunne også bli problematisk å rekruttere inn ny nattvakt hvis en sluttet fordi interessen for faste nattvakter er liten. Tre ledere svarte følgende:

Det hadde vært perfekt. Men den dagen man ikke har noen, sliter man. (Leder helseforetak)

Vi hadde det en periode, men det ble så sårbart når den personen ble sykmeldt eller slutta. Da var det ingen andre som ville ha stillingen. Så da skrev vi ny turnus der alle netter ble fordelt. (Leder helseforetak)

Vi ønsker flere i fast nattvaktstilling på grunn av stor vaktbelastning på de ansatte. (Leder helseforetak)

På bakgrunn av dette er det nærliggende å trekke konklusjonen at arbeidstidsordningen i kommunen med todelt turnus og faste nattevakter skulle tilsi at deltidsandelen i Bodø kommune skulle være høyere enn i Nordlandssykehuset. I og med at dette ikke stemmer med tallene fra spørreskjemaundersøkelsen må det være andre faktorer som spiller inn.

Helgearbeid, faste helgestillinger og hinkehelger

Som beskrevet tidligere er det en sammenheng mellom helgearbeid og deltid (se illustrasjon side 18). For å få arbeidsplanen til å gå opp har arbeidsgiver behov for deltidstillinger. Jo flere som må jobbe i helg, jo flere personer trenger man i arbeidsplanen.

Begge virksomhetene har en blanding av helgestillinger og andre deltidstillinger og begge virksomheter har valgt en ordning der flest mulig, eksklusive helgestillingene, har store stillinger, 75 – 80 prosent. Det anses som en bedre løsning å ha store deltidstillinger og små helgestillinger, enn å gi alle deltidstillinger, inkludert helgestillingene, mellomstore stillinger på mellom 20 og 60 prosent.

Både ledere og ansatte som ble intervjuet så sammenhengen mellom helgearbeid og deltid:

*Uten at jeg sitter med turnusen tror jeg det har noe med de helgene å gjøre.
(Deltidsansatt kommune)*

Det blir ofte skyldt på at vi må ha deltidstillinger for å få turnusen til å gå opp i helger. (Deltidsansatt kommune.)

Nei, vi kunne ikke hatt flere helstillinger. Det går opp akkurat. (Leder sykehus).

Helgestillingene er ansatt i 12 – 20 prosent stilling. De jobber som assistenter (tidligere kalt «pleiemedhjelpere»). De fleste er ufaglærte (i helseforetaket mange sykepleierstudenter som i denne sammenhengen blir regnet som ufaglært), men det er også noen hjelpepleiere, helsefagarbeidere og sykepleiere. I intervju framkommer at Bodø kommune har større behov for helgestillinger da aktivitetsnivået er omtrent den samme i helg og i ukedagene.

I helseforetaket er det forskjell i aktivitetsnivå i helger og ukedager. I helger tas den elektive (planlagte) aktiviteten ned, og behovet for personell er lavere. Det medfører at behovet for helgestillinger er mindre.

Vi har noen som ønsker større stillingsbrøk. Men vi har ikke økonomi til det. Vi er nødt til å ta hensyn til at vi må ha folk i helgene, og hver dag i helgene har vi 17 personer for å få helga til å gå opp. Hvis de skulle hatt hver 3. helg måtte vi ha hatt 51 hoder. Hvis alle skulle hatt full stilling måtte vi hatt 51 stillinger. Vi har bare ca 30 i turnus. (Leder sykehus)

Vi kan ikke øke antall 100 prosent stillinger, da får vi færre hoder. Og skal vi kunne fortsette å gå den turnusordningen vi har i dag med hver 3. helg så er «hoder» det viktigste. (Leder helseforetak)

Et av spørsmålene i intervjuet var om det var mulig å legge inn flere helger, såkalte hinkehelger, for å gi ansatte mulighet til høyere stillingsbrøk, eventuelt hel stilling.

Hinkehelger er uregelmessig helgearbeid, oftest en blanding av hver 2. og hver 3. helg. Det vil si at i en arbeidsplan hvor det i utgangspunktet var tenkt å ha arbeid hver 3. helg, settes det inn noen ekstra helger i løpet av året, som en fast ordning. Hinkehelger gir mulighet for flere personer på helg for å arbeidsplanen til å gå opp i helgene. Ved dette reduseres behovet for deltidstillinger

Figur 6. Eksempel på hinkehelg fire av 11 helger (hver rute er en helg):

Arbeid	Fri	Fri	Arbeid	Fri	Arbeid	Fri	Fri	Arbeid	Fri	Fri
--------	-----	-----	--------	-----	--------	-----	-----	--------	-----	-----

I Nordlandssykehuset har tre av de seks enhetene hinkehelger. De ansatte jobber fire av 11 helger eller tre av åtte helger. Dette er innarbeidet i arbeidsplanen.

I kommunen har fast ansatte arbeid hver 3. helg. Hinkehelger er ikke innført som en fast ordning, men noen har hinkehelger på frivillig basis.

Både ledere og deltidsansatte syntes hinkehelger var et «onde», om enn et nødvendig sådan. De ansatte i de to virksomhetene var gjennomgående lite begeistret for hinkehelger.

Ansatte liker ikke hinkehelger. (Leder sykehus)

Hinkehelger er jo ikke noe man ønsker. Folk synes dette er for ofte. Jeg skulle gjerne ha fri hver helg. Høytidene og helger er det verste. (Deltidsansatt sykehus).

Vi er glad for at lederen ikke ønsker hinkehelger. (Deltidsansatt helseforetak)

Det var ikke ønske fra verken ledere eller ansatte å øke antall helger, med mindre noen ønsket det frivillig. Men det kom klart fram at ved å innføre flere arbeidshelger for de ansatte, reduseres behovet for helgestillinger. Dette påvirker videre den totale deltidsandelen.

Lange vakter

Lange vakter (vakter på 12 timer eller mer) er ifølge Moland og Bråthen (2012) et av de tiltak som har hatt god effekt for å redusere deltidsandelen i kommunehelsetjenesten. Med lange vakter er det behov for færre personer på arbeid. Jeg stilte spørsmål til informantene om det var mulig å gå langvakter i helgene for å redusere behovet for personell i helger, og gjennom det øke heltidsandelen. Til dette ble det svart et unisont nei, både fra ledere og deltidsansatte. Både i sykehjemsavdelinger og enheter i sykehuset ble det sagt at arbeidsbelastningen var for stor til at man ville greie å gå 12 timer i ett. I disse enhetene var det lite rom for hvile utover de fastlagte spisepausene.

Hva kan gjøres for å øke heltidsandelen?

Jeg stilte også spørsmål om hva som kan gjøres for å få opp heltidsandelen.

Er det mulig og ønskelig å la ansatte jobbe på flere steder for å oppnå en høyere stillingsbrøk eller hel stilling? Det viste seg å være få, om noen, som ønsket å jobbe på flere enn ett sted.

De deltidsansatte var svært knyttet til «sin» enhet. To svarte følgende:

Ønsket må være veldig stort om man skulle ønske å jobbe på to steder. Jeg har ikke lyst til å jobbe 25 % en annen avdeling. (Deltidsansatt helseforetak)

Nei. De trives så godt her, de er nesten inngrodd. De som er her har vært her over så lang tid. Det har også noe med trivsel å gjøre. (Leder helseforetak)

Noen av de deltidsansatte i helseforetaket sa at dersom de skulle kombinere jobb i flere enheter måtte det være enheter som jobbet med samme fagområder. De var opptatt av faglig «trygghet», å jobbe med et felt de kunne. En deltidsansatt sa:

Hvis jeg skulle kombinere jobben her med noen annet måtte det bli dagkirurgisk. Kanskje kirurgisk poliklinikk. Med så mye ubekvemt arbeid måtte jeg ha tatt noe med bare dagvakter. (Deltidsansatt helseforetak)

En leder mente man måtte se på organiseringen, og eventuelt mer fleksibel bruk av ansatte mellom enheter innen samme fagområde:

Det hadde vært lettere hvis sengepost og dagpost/poliklinikk hadde vært organisert sammen. Mer fleksibelt. Man kunne kjørt opp i fulle stillinger og brukt de, naturlig sirkulasjon, bli trygge på oppgaver. (Leder helseforetak).

En enhet i helseforetaket hadde allerede utfordret de ansatte til å jobbe med ulike «faggrener» og har lykket med det:

Holdningen var annerledes før. Da turte ikke folk gå over fra den ene faggrenen til den andre. Det er de blitt tvunget til. I hvert fall innenfor samme gulvflate. De er nødt til det. Det er ikke lenger noe hinder. Vi måtte endre. Vi har jobbet for at det skal være ei avdeling og at vi skal hjelpe hverandre. Vi har jobbet med holdninger. Flyttet på folk for at de skulle bli trygge. (Leder helseforetak)

Til informantene i helseforetaket stilte jeg spørsmål om de trodde at flere hadde gått opp i full stilling dersom det var muligheter for å endre arbeidsplanen, for eksempel med færre nattvakter. En deltidsansatt svarte:

Ja, det tror jeg. Der jeg jobbet før hadde vi færre nattvakter på grunn av at noen var fast ansatt i nattvaktstilling. (Deltidsansatt helseforetak)

Dette viser at det finnes mulige løsninger for å redusere deltidsandelen. Men det må jobbes blant annet med kultur, trygge de ansatte faglig og se på organisatoriske løsninger som reduserer behovet for deltid.

Konklusjon

Arbeidstid og arbeidstidsordninger er et komplekst område. Valg av arbeidstidsordninger påvirker deltidsandelen. Noen faktorer påvirker til høyere deltidsandelene, noen faktorer til lavere.

Todelt turnus med faste nattvakter gir i utgangspunktet høyere deltidsandel enn tredelt turnus, fordi nattvakter så å si alltid går i deltidsstilling. Noen virksomheter velger likevel todelt turnus på grunn av de helsemessige fordelene ved å gå todelt.

Deltid og helgearbeid henger sammen. Jo flere ansatte som må jobbe helg, jo flere «hoder» (personer) er det behov for å få arbeidsplanen til å gå opp. Virksomheter som har arbeidstidsordninger med arbeid hver 3. helg, har behov for flere personer enn virksomheter som har vakt ordninger med hver 2. helg eller hinkehelger. Jo flere personer det er behov for, jo flere deltidsstillinger blir det.

Lange vakter anses som uaktuelt i begge virksomhetene på grunn av den store arbeidsbelastningen.

Bodø kommune har flest helgestillinger og har eget sjikt med faste nattevakter. Begge disse faktorer gir økt deltidsandel i organisasjonen. Til tross for dette har Bodø kommune en deltidsandel som knapt er høyere enn deltidsandelen i helseforetaket. Kommune har igangsatt tiltak for å heve heltidsandelen blant sykepleiere ved sykehjemmene. Dette har påvirket deltidsandelen tjenesten positivt

Helseforetaket har valgt en arbeidstidsordning med tredelt turnus. Dette skulle i utgangspunktet virke positivt slik at deltidsandelen ble redusert. Imidlertid er det også her stor bruk av helgestillinger, noe som øker deltidsandelen. Det er også andre faktorer som påvirker deltidsandelen. Tredelt turnus er ansett som den arbeidstidsordningen som er mest krevende for arbeidstakerne (Skift/turnusutvalget 2008). Dette kan være en medvirkende årsak til at så mange jobber deltid i foretaket.

Andre ordninger som for eksempel lange vakter, som faktisk har vist seg å virke på deltidsandel, avvises som mulig på grunn av det belastende arbeidet.

4.5 Hypotese 4: Oppfølging av arbeidsmiljølovens bestemmelser om deltidsansatte rett til utvidet stilling praktiseres forskjellig.

Arbeidsmiljøloven § 15-3 om fortrinnsrett for deltidsansatte til utvidet stilling kom i 2005. Bestemmelsen var en lovfesting av deltidsansattes rett til utvidet stilling, blant annet begrunnet i ønsket om å redusere uønsket deltid.

For å oppfylle lovens krav forutsettes det at arbeidsgiver er kjent med bestemmelsen og legger til rette for utvidelse av stilling, blant annet gjennom hvordan stilling utlyses, informasjon til deltidsansatte mv.

For at den deltidsansatte skal kunne gjøre bruk av bestemmelsen forutsettes det at vedkommende er kjent med bestemmelsen. Ikke bare at den eksisterer, men hvilke muligheter som ligger i bestemmelsen.

På spørsmål om de ansatte var kjent med bestemmelsen sa de fleste lederne at bestemmelsen var kjent for de ansatte. En leder fra kommunen var usikker på om bestemmelsen var kjent. Både i kommunen og helseforetaket gjøres ledige stillinger kjent ved at informasjon om utlyste stillinger henges opp på vaktrommet. I tillegg tar enkelte ledere aktivt kontakt med de deltidsansatte og orienterer dem om ledige stillinger og oppfordrer dem til å søke. Ledere sa følgende om hvorvidt de ansatte er kjent med bestemmelsen eller ikke:

Absolutt. Det er mange som bruker den selv om de ikke har registrert seg som ufrivillig deltidsansatt. De krever fortrinnsrett ved ledig stilling. (Leder helseforetak)

Ja, det tror jeg, de er i hvert fall informert om det. Utlyste stillinger blir hengt opp på vaktrommet. Flere ufrivillig deltidsansatte har benyttet seg av fortrinnsretten. (Leder kommune)

Ja, det tror jeg. Virksomhetsleder er veldig flink til informere via mail og ta det opp på personalmøtene. (Leder kommune)

De deltidsansatte er mer usikre enn lederne på om de ansatte er kjent med bestemmelsen. Både i helseforetaket og i kommunen svarer noen av de deltidsansatte at de ikke er kjent med bestemmelsen. Imidlertid er det slik at alle som svarte at de ikke kjente bestemmelsen er frivillig deltidsansatt. Dette påvirker sannsynligvis interessen generelt for problematikk knyttet til deltid. Gjennomgående i intervjuet var at frivillig deltidsansatte visste mindre om rettigheter, og brydde seg generelt mindre om deltidspromatikk. Som en frivillig deltidsansatt sa det:

Ja, det har vel vært pratet om, men jeg har ikke brydd meg om det fordi jeg har mitt løp. (Deltidsansatt kommune)

Andre deltidsansatte svarte:

Nei, jeg er ikke kjent med fortrinnsretten. Ikke at det er en lov eller regel om man kan stille krav om å øke stillingsbrøken. (Deltidsansatt helseforetak)

Nei, det er jeg ikke så sikker på. Kanskje ikke. Jeg kjenner til at jeg har fortrinnsrett, men det er det jeg vet. (Deltidsansatt helseforetak)

Ja, tror det er kjent blant de ansatte. (Deltidsansatt kommune)

Ja, kjenner til at fast ansatte skal gå foran de andre som kommer utenfra. Men det er ikke så lenge siden jeg ble kjent med det. (Deltidsansatt kommune).

Bestemmelsen gjelder for stillinger i hele virksomheten. Det betyr at den deltidsansatte har fortrinnsrett til stillinger i hele virksomheten, altså på tvers av avdelinger, klinikker, sykehjem mv. I bestemmelsen står det at det forutsettes at man kan overta hele stillingen, men ut fra avgjørelser i tvisteløsningsnemnda³ er det klart at det kan søkes om deler av en stilling for å legge til eksisterende stilling. Forutsetningen her er at ulempen på arbeidsgiver ikke blir for stor. Slik ulempe kan eksempelvis være at det blir stående igjen en reststilling som er så liten at det vil være vanskelig å få tilsatt noen i den.

På spørsmål om de ansatte er kjent med omfanget av bestemmelsen var lederne mer usikre.

To ledere svarte:

Nei, den er nok ikke helt kjent. Jeg har også sagt nei til det flere ganger, for eksempel der de har søkt om 5 % av en 75 % utlyst stilling. (Leder helseforetak)

Ja og nei, tror noen er kjent med dette, men tror de færreste ønsker å jobbe på tvers av avdelinger/klinikker. De vil jobbe der de er. Jeg har sagt til de som jobber som ufrivillig deltid at de må søke overalt. Da har de sagt at de helst vil være hos oss, men i nøden en annen plass. (Leder helseforetak)

De er også klar over at de kan søke en del av en stilling for å få høyere stillingsbrøk (Leder helseforetak)

De færreste deltidsansatte kjente til omfanget av bestemmelsen. Det gjaldt deltidsansatte både i kommunen og helseforetaket:

Har nok vært klar over at fortrinnsretten gjelder på tvers innenfor somatikken, men ikke i psykiatrien. (Deltidsansatt helseforetak)

Jeg må innrømme at jeg ikke er kjent med at man kan søke om deler av en stilling. Jeg vet ikke om andre kjenner til det. (Deltidsansatt kommune)

Nei, det visste jeg ikke. Det har jeg aldri hørt. Det tror jeg ikke er kjent blant de ansatte. Det er jo kjempebra! (Deltidsansatt kommune)

Vet ikke om de ansatte vet at de kan søke på deler av en stilling. Det snakkes lite om det. Men man skjønner jo at dersom man er fast ansatt så går man foran de som kommer utenfra. (Deltidsansatt helseforetak).

³ Tvisteløsningsnemnda nedsettes iht aml § 10-13 for å avgjøre tvister mellom partene. Avgjørelser i saker finnes på regjeringen.no/tvistelosningsnemnda

I helseforetaket er det anledning til å registrere seg som ufrivillig deltidsansatt i personalsystemet. Dette gjør at leder har oversikt over og mulighet til å følge opp på individnivå. Foreløpig er denne muligheten så ny at mange ikke har registrert seg. Tilsvarende muligheter finnes ikke i kommunen. På spørsmål om hvordan lederne greide å ha oversikt over hvem som ønsker større stillingsandel svarer tre ledere:

Vi snakker om det i andre sammenhenger og jeg vet egentlig hvem som ønsker å øke stillingsbrøk. (Leder helseforetak).

Det fanges opp ved de kommer og sier fra om at de ønsker å gå opp i stilling. Jeg sier fra når det er lyst ut stillinger, oppfordrer dem til å søke. (Leder helseforetak)

Ellers var det kun én leder som brukte medarbeidersamtaler til å diskutere stillingsstørrelse og ønsker fra ansatte. En generell oppfatning etter intervjuene er at det snakkes lite om dette blant de ansatte.

Alle lederne kjente til bestemmelsen om fortrinnsrett, men få kjente til omfanget av bestemmelsen. På spørsmål om lederne tar hensyn til fortrinnsretten ved utlysning av ledige stillinger svare de:

Vi tar alltid hensyn til dette. Vi øker stillingen der vi kan gjøre det. Stort sett hver gang greier vi å få til noe. (Leder helseforetak)

Men jeg er tydelig på at dersom de skal gjøre bruk av fortrinnsretten må de søke på stillinger. Og det gjør de. Og noen har lagt inn et skriv om at de ønsker økt stillingsbrøk. (Leder helseforetak)

Deltidsansatte svarer:

Ja, jeg har krysset av for fortrinnsrett i søknaden. Muligens fikk jeg første gang deler av en stilling som var oppdelt. Siste gang søkte jeg på en 75 % stilling som jeg fikk. (Deltidsansatt helseforetak).

Jeg søkte stilling i (...) -posten, og da krysset jeg for fortrinnsrett i søknaden. Fikk ikke første gang jeg søkte, men neste gang fikk jeg tilbud om å komme på intervju, men da hadde jeg allerede takket ja til stilling her. (Deltidsansatt helseforetak).

Noen ledere knytter betingelser for å få økt stillingsbrøk:

Når stillinger blir lyst ledig sier jeg jo at det følger en helg med den stillingen for vi er nødt til å få den til å gå inn i turnusen. Og det er noen stillinger vi ikke vil plukke noe mer av fordi da blir de så små disse stillingene at de ikke blir attraktive. (Leder helseforetak)

Ved utlysning av ledige stillinger har jeg gjort det kjent, også ringt og spurt om det er noen som ønsker å øke, men da ble på bekostning av at de måtte gå hver 2. helg, og da har de ikke vært interessert i det. (Leder helseforetak).

Når det knyttes betingelser til det å få økt stillingsbrøk, som for eksempel at det må jobbes helger, kan det oppfattes som mindre attraktivt eller uaktuelt å øke stillingsbrøken.

Konklusjon

De fleste ledere kjenner bestemmelsen, men enkelte ledere kjenner ikke hele omfanget av den. De fleste lederne mener bestemmelsen om fortrinnsrett er kjent for de ansatte.

De fleste deltidsansatte er kjent med bestemmelsen, men få kjenner bestemmelsen i sin videste forstand. De færreste er kjent med at fortrinnsretten gjelder på tvers av klinikker, avdelinger, institusjoner mv. Imidlertid fremkommer det at ansatte er lite interessert i å jobbe på flere arbeidssteder.

Det er lite systematikk når det gjelder oversikt over ufrivillig deltidsansatte. Helseforetaket har system som skal ivareta dette, men det er ikke tatt i bruk fullt ut.

På bakgrunn av det som framkommer i intervjuet ser det ut som om lovbestemmelsen om fortrinnsrett har hatt effekt, og at deltidsansatte på bakgrunn av bestemmelsen har krevd og fått økt stillingsbrøk. Det er imidlertid vanskelig ut fra det som framkommer å si noe om hvilken effekt det har hatt på deltidsforskjellen i de to virksomheter som inngår i denne studien.

4.6 Oppsummering

Jeg har i dette kapitlet gjennomgått funn fra intervju og spørreundersøkelse. Jeg har diskutert funnene og sett de opp mot forskningen som er beskrevet i kapittel 2. Funnene er beskrevet under hver hypotese.

Undersøkelsen viste at det ikke var forskjell av betydning på deltidsandel i de to virksomhetene som inngikk i studien. Dette var et overraskende funn og må knyttes opp ulike måter å rapportere tall på.

I studien framkom flere faktorer som påvirker deltid. Undersøkelsen bekrefter at det er en sammenheng mellom kjønn og deltid. Kvinneandelen var stor og nesten identisk i de to virksomhetene. Det samme var deltidsandelen.

Deltidsandelen hos kvinner i undersøkelsen er betydelig høyere enn hos menn. Deltidsandelen hos menn var høyere enn man kunne forvente, både i kommunen og helseforetaket. Antall menn som inngår i undersøkelsen er imidlertid så få at det er vanskelig å trekke noen konklusjoner. Det kan likevel være en bekreftelse på at der det jobber mange kvinner er deltidsandelen høy også hos menn.

Forskning viser at det er en klar sammenheng mellom kompetanse og deltid. I undersøkelsen var deltidsandelen høy hos alle med lav utdanning. Gruppen med høy utdanning består i begge virksomhetene i hovedsak av sykepleiere. Sykepleierne er atypisk for denne gruppen ved at de har høy deltid. Høy kompetanse skulle tilsa lav deltid. I studien framkom at ansatte med høy utdanning i kommunen hadde lav deltidsandel, lavere enn forventet. Dette kunne forklares med at kommunen hadde jobbet aktivt arbeid for å redusere deltiden blant sykepleiere. Ansatte med høy utdanning i helseforetaket hadde høy deltid, høyere enn forventet. Her fant jeg ikke årsaken, men antar at arbeidstidsordninger med stor belastning kan være en mulig årsak.

Valg av arbeidstidsordninger har betydning for deltidsandelen. Undersøkelsen bekrefter sammenhengen mellom deltid og helgearbeid. Når det gjelder arbeidstidsordninger er det også andre faktorer som spiller inn.

Ny lovbestemmelse om deltidsansattes rett til utvidet arbeidstid antas å ha effekt på deltidsandelen i de to virksomhetene som inngikk i studien, men det er vanskelig å si noe om hvilken effekt det har hatt på deltidsforskjellen i de to virksomheter som inngår i denne studien.

I siste kapittel vil jeg oppsummere de viktigste funnene, og komme med noen avsluttende betraktninger og forslag til områder for videre forskning.

5 OPPSUMMERING OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING

I kapittel 1 presenterte jeg forskning på og fakta om deltid, samt beskrev årsaker til og konsekvenser av deltid. Jeg gjorde videre rede for ulike tiltak som har hatt effekt på å redusere deltid. På bakgrunn av det som framkom i dette kapittelet utledet jeg fire hypoteser om hvorfor det er store deltidsforskjeller mellom tilnærmet like tjenester i Bodø kommune og Nordlandssykehuset.

I kapittel 3 beskrev jeg metoden jeg har brukt i studien. Her beskrev jeg også utfordringer knyttet til rapportering av tall.

I kapittel 4 analyserte jeg funnene fra intervjuene og spørreundersøkelsen.

I dette kapittelet skal jeg oppsummere de viktigste funnene, og komme med noen avsluttende betraktninger knyttet til videre forskning på feltet.

5.1 Oppsummering av de viktigste funnene

Arbeidstid er et stort og komplekst område, spesielt i de virksomheter som har aktivitet hele døgnet og i helger. Deltid er en del av dette komplekse feltet. Gjennom denne studien har jeg påvist flere faktorer som påvirker deltidsandelen i de virksomheter som inngår i denne studien. Jeg vil i det følgende beskrive de viktigste funnene i studien.

Det mest interessante funnet er at det ikke er vesentlige deltidsforskjeller mellom sammenlignbare pleie- og omsorgstjenester i Bodø kommune og i Nordlandssykehuset, i motsetning til det det på forhånd var grunn til å tro på bakgrunn av rapporteringen som lå til grunn.

Bakgrunnen for problemstillingen som ligger til grunn for denne oppgaven er rapporterte deltidsforskjeller mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunehelsetjenesten gjennom rapporter fra KS' PAI-register, og tilsvarende tjeneste i helseforetakene, rapportert gjennom Deltidsundersøkelsen 2012 og senere bekreftet av Helse Nord RHF.

Til tross for at jeg hadde gjort nøye og systematisk forhåndssjekk av tallene som lå til grunn for problemstillingen (sammenlignbare tjenester, samme yrkesgrupper mv) viste det seg at tallene ikke var sammenlignbare. Ved PAI-registeret i KS tas rapportene ut fra lønssystemet. Alle som er registrert med en deltidsstilling (eller flere) inngår i statistikken. Helseforetakene rapportere deltidstall ved at kun juridiske arbeidsforhold, ikke faktiske arbeidsforhold, tas med i rapportene. Heltidsansatte som for eksempel tar ut rettighetsbasert deltid er ikke med i deltidstallene.

Det er vanskelig å si hva som riktig eller galt i denne sammenhengen. Jeg finner grunn til å still spørsmålstegn ved hvorfor rapporteringen fra helseforetakene blir gjort på denne måten. Rettighetsbasert deltid tas ikke med i rapportene fra helseforetakene, selv om dette er en så stor og viktig del av deltiden i helsesektoren. Når man i tillegg vet at deltid avler deltid, blant annet ved at rettighetsbasert deltid gir reststillinger som må fylles ut med ytterligere deltidstillinger blir dette enda mer underlig.

Konklusjonen på dette er at det ikke er mulig å sammenligne deltidstall for de to tjenestene basert på rapporter fra PAI-registeret i KS og fra helseforetakene.

Jeg har imidlertid innhentet tall fra Arbeidsgiverforeningen Spekter. Spekter rapporterer på samme måte som KS PAI-registeret. Disse tall kan derfor sammenlignes med tall fra kommunene. Spekter sine tall avviker ikke så mye med tall fra min undersøkelse. Det skulle derfor være belegg for å si at tallene fra min undersøkelse ikke avviker for mye fra virkeligheten.

Studien viser at det er høy og tilnærmet lik deltidsandel i kommunen og i helseforetaket. I og med at kjønnsfordelingen også så å si er identisk i de to virksomhetene, mener jeg at dette bekrefter at kjønn og deltid henger sammen.

En av hypotesene dreide seg om sammenhengen mellom kompetanse og deltid. Studien bekreftet hypotesen om at kompetansen var høyere i helseforetaket enn i kommunen.

Det interessante var at deltidsandelen blant de med høy utdanning ikke var som forventet. Undersøkelsen viste at deltidsandelen blant de med høy utdanning i helseforetaket er langt høyere enn forventet. Dette er isolert sett et svært interessant funn, og har sannsynligvis sammenheng med at så og si alle høyskoleutdannede som inngår i undersøkelsen er sykepleiere. Sykepleiere er atypisk ved at de har høy deltidsandel. Den høye deltidsandelen

blant de med høy utdanning i helseforetaket kan også ha med belastende arbeidstidsordninger å gjøre.

Deltidsandelen hos høyskoleutdannede i kommunen er betydelig lavere enn i helseforetaket og også lavere enn man skulle forvente. Dette ble forklart med at kommunen hadde gjort om sykepleierstillinger til hele stillinger ved nedleggelse av et sykehjem. Det gir imidlertid ingen pekepinn på hvordan det er generelt i kommunehelsetjenesten.

Studien viser videre at valg av arbeidstidsordninger har konsekvenser for deltidsandel. Faste helgestillinger og todelt turnus med faste nattvakter gir i utgangspunktet til høyere deltidsandel. Begge disse faktorer er tilstede i kommunen og skulle tyde på at kommunen ville ha større deltidsandel enn helseforetaket. Dette oppveies imidlertid av arbeidet som er gjort i kommunen, med bevisst å utlyse hele stillinger for sykepleiere.

Andre ordninger, som hyppigere helgearbeid og hinkehelger gir en lavere deltidsandel. Begge virksomheter benytter seg av hinkehelger, og det er vanskelig å trekke noen konklusjon av det.

Lovbestemmelser om deltidsansattes rett til utvidet stilling ser ut til å ha en effekt på deltiden. Det er imidlertid vanskelig å si hvordan effekten har vært og om det har gitt forskjellig effekt på de to virksomhetene som inngår i studien.

Studien viser med tydelighet at det er flere faktorer som påvirker deltiden. Sannsynligvis er det også flere enn de som er undersøkt i denne studien. I og med at begge virksomheter har innslag av alle faktorer er det vanskelig å si hva som påvirker deltiden mest. Det som likevel for meg framstår som de faktorer som mest tydelig påvirker deltiden er kjønn og helgearbeidets betydning.

Til slutt vil jeg bemerke at så lenge de fleste deltidsansatte er frivillig deltidsansatt og arbeidsgiver samtidig har behov for en viss andel deltidsansatte for å få arbeidsplanen til å gå opp, kan dette være en mulig forklaring på at det ikke skjer så mye når det gjelder å redusere deltidsandelen.

5.2 Forslag til videre forskning

I arbeidet med denne oppgaven har det dukket opp spørsmål og problemstillinger som er interessante, men som jeg på grunn av oppgavens omfang ikke har kunne gå videre på. Disse

spørsmålene vil kunne være aktuell for videre forskning på området. Jeg vil i det videre beskrive noen av disse problemstillingene.

Kvinner med omsorg for barn under 16 år arbeider i mindre grad deltid i dag enn for 10 år siden. Det har vært en nedgang fra 45 til 36 prosent i perioden 2002-2011 (figur 3 i vedlegg). Andel deltid for kvinner uten barn i samme periode har økt fra 42 til 44 prosent (figur 3 i vedlegg). Deltidsandelen er med andre ord større blant kvinner uten barn enn for kvinner med barn under 16 år. Hva er årsaken til at kvinner uten barn i større grad enn kvinner med små barn velger å arbeide deltid?

Fra 2001 til 2012 steg barnehagedekningen (1-5 år) fra 63,2 prosent til 90,1 prosent. I samme periode var sysselsettingen blant kvinner uendret på ca. 67 prosent (figur 4 i vedlegg). I samme periode har også den gjennomsnittlige faktiske arbeidstiden (inkludert overtid) for kvinner vært tilnærmet uendret (figur 5 i vedlegg), ca. 30 timer per uke. Deltidsandelen for kvinner er med andre ord uendret til tross for nesten 100 prosent barnehagedekning. Hva er årsaken til at kvinners deltidsarbeid ikke har blitt redusert i tråd med økt barnehagedekning?

Sykepleiere er en høyskolegruppe som er atypisk for grupper med høy utdanning ved at de har stort innslag av deltid. Hva er årsaken til dette? Er det slik at noen velger yrke på grunn av kunnskap om muligheter for deltidsarbeid? Er det arbeidstidsordningene (høy belastning) som gjør at sykepleiere velger å redusere sin stilling? Eller er det en generell deltidskultur i pleie- og omsorgstjenesten, en aksept for at det er greit å arbeide deltid? Andre grupper med utdanning på samme nivå, eksempelvis bioingeniører og radiografer, har mindre innslag av deltid. Disse gruppene har imidlertid ikke så stort innslag av ubekvemme vakter (kveld, natt helger) i sine arbeidsplaner.

Til slutt, hvor er mennene som har utdanning innen pleie og omsorg (sykepleiere, hjelpepleiere, helse- og omsorgsarbeidere)? I min undersøkelse var det det veldig lavt innslag av menn. Hvilke valg gjør menn? Er de andre steder enn de avdelinger og enheter som inngikk i min studie? Jobber de i spesialavdelinger der det ikke er stell av pasienter (operasjon, anestesi, psykiatri). Søker de til andre typer stillinger; lederstillinger, fagstillinger, rådgivere.

Her er det mange interessante områder å forske videre på.

LITTERATURLISTE

- Amble, N., Holstad, K. & Sørensen, B.A. (2005). *Virkemidler som kan bidra til å redusere uønsket deltid*. AFI. Sluttrapport 2004-2005.
- Amble, N. (2008a). *Forsøk og erfaringer med arbeidstidsordninger som reduserer uønsket deltid i turnus – en oppsummering*. Utrykt vedlegg til NOU: 13. AFI-notat 4/08.
- Amble, N. (2008b). *Uønsket deltid, ufrivillig deltid, undersysselsatt, deltidsarbeidsløs eller bare dårlig organisert? Fem artikler i yrkesfaglig temahefte "Kampen for heltid. Det er mulig å bli kvitt uønsket deltid"*. Fagforbundet 2008.
- Arbeidsdepartementet (2013). *Forslag til endringer i arbeidsmiljøloven - Tiltak mot ufrivillig deltid*. Høringsnotat 2013.
- Arbeidsgiverforeningen Spekter (2008). *Deltid. Løsningen finnes i virksomhetene*. Rapport om deltid i medlemsvirksomhetene
- Arbeidsgiverforeningen Spekter (2009). *Researchnotat om workforce redesign i ulike europeiske land*.
- Bjørndal, A. og Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2004.
- Brørby, S. og Karlsen, H. P. (2007) *Deltidsarbeid som mestringsstrategi? Masteroppgave i strategi- og kompetanseledelse, Høgskolen i Buskerud i Buskerud, 2007*.
- «Deltidsundersøkelsen 2012». Undersøkelse av deltid i helseforetakene. Initiert av Helse- og sosialdepartementet. Utført av de regionale helseforetakene.
- Fog, J. (2004). *Det kvalitative forskningsintervjuet. Med samtalen som utgangspunkt*. Jette Fog og Akademisk forlag, Danmark. 2004.

- Friberg, O. (1996). *Arbeidsmiljøloven med kommentarer*.
Engers Boktrykkeri A/S, Otta 1996
- Holme, I. M., og Solvang, B. K.(1996). *Metodevalg og metodebruk*.
Tano, Oslo 1996
- Johannessen, A., Tufte, P. A. og Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunns-
vitenskapelig metode*. Abstrakt forlag 2010.
- Johansen A. S, og Stueland, E (red). (2011). *Arbeidsmiljøloven. Kommentarer og praksis*.
Gyldendal Akademika 2011
- Kommunenes Sentralforbund (KS) (2004) *Partssammensatt utvalg uønsket deltid*.
KS-tariffområde. Rapport pr 17. februar 2004.
- Kommunenes Sentralforbund (KS) (2007). *Hvordan redusere deltid*.
- Kvale, S. og Brinkmann, m.fl. (2009) Det kvalitative
forskningsintervju. Gyldendal akademisk 2009.
- KLP (2013) Brukerhåndbok for arbeidsgivere med pensjonsordning i KLP.*
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)*. Alle utgaver i
perioden 1982 – 2014.
- Lov-2013-06-14-32: *Lov om endringer i arbeidsmiljøloven mv (søksmålsrett for
fagforeninger mv., overtredelsesgebyr og ufrivillig deltid)*
- Moland L. E. (2013). *Heltid-deltid – en kunnskapsstatus. Begrunnelser og tiltak for å
redusere omfanget av deltid og organisere for deltidsansettelser*.
Fafo-rapport 2013:27

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

Norsk Sykepleierforbund (2006). *Turnusordninger og deltid i helsetjenesten.*
Statusrapport 2006.

NOU 2004: 5. *Arbeidslivslovutvalget – Et arbeidsliv for trygghet inkludering og vekst.*
Arbeids- og administrasjonsdepartementet.

NOU 2004: 29. *Kan flere jobbe mer? - deltid og undersysselsetting i norsk arbeidsliv*
(Deltidsutvalget). Arbeids- og sosialdepartementet.

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

NOU 2008: 17. *Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid.*
Skift/turnusutvalget 2007-2008. Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Overenskomster i KS-området i perioden 1990 – 2002.

Overenskomster i Spekterområdet 2002 – 2016.

Texmon, Inger og Stølen, Nils Martin (2009). *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell
fram mot år 2030. Dokumentasjon av beregninger med Helsemod 2008.*
Statistisk Sentralbyrå Rapport 2009/9.

MEDIEARTIKLER

Bjørnholt, Margunn. *Kvinnens økonomi – et samfunnsansvar.* Artikkel i Dagens Næringsliv
21.03.12. Bjørnholt er sosiolog og forsker ved Kvinneuniversitetet i Norden

Hornburg, Thomas Boe. *Ap-forslag mot ufrivillig deltid virker ikke*. Artikkel i Aftenposten 30.0313 (www.aftenposten.no/nyheyer/iriks/article4076693). Hornburg er politisk kommentator i Aftenposten.

ANNET

«Foretaksprotokoll Helse Nord RHF, Krav og rammer for 2011 mv»

Protokoll fra foretaksmøte mellom Helse og omsorgsdepartementet og Helse Nord RHF 26.januar 2011. Det er tilsvarende protokoller for Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt.

Statistisk Sentralbyrå: (<http://ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/aku/kvartal/2013-01-30?fane=tabell&sort=nummer&tabell=93103>). (Om andel ufrivillig deltid)

Vedlegg, tabeller og figurer

Vedlegg

- Vedlegg 1 Informasjonsbrev til informanter. Forespørsel om deltagelse i undersøkelse
- Vedlegg 2 Intervjuguide semistrukturert intervju
- Vedlegg 3 Spørreskjema til bruk i forbindelse med undersøkelse om deltid
- Vedlegg 4 Kvantitativ spørreskjemaundersøkelse (resultater/svar)

Tabeller

- Tabell 1 Ukentlig arbeidstid fordelt på kjønn
- Tabell 2 Husholdsarbeid. Tidsbruk i timer og minutter blant alle som har utført aktivitetene en gjennomsnittsdag. Perioden 1980 - 2010
- Tabell 3 Årsaker til deltid
- Tabell 4 Deltidstall i helseforetakene i Helse Nord

Figurer

- Figur 1 Arbeidsstyrken etter kjønn og tid
- Figur 2 Andel deltid etter kjønn og tid
- Figur 3 Andel deltid kvinner med og uten barn
- Figur 4 Barnehagedekning og kvinnelig sysselsetting
- Figur 5 Barnehagedekning og kvinnelig arbeidstid

Vedlegg 1

Informasjonsbrev til informanter

Forespørsel om deltagelse i undersøkelse

Jeg er student ved master i personalledelse (Human Resource Management) ved Universitet i Nordland. Studiet er erfaringsbasert og jeg studerer ved siden av jobb som seksjonsleder i HR-avdelingen i Nordlandssykehuset. Jeg er nå i gang med den avsluttende masteroppgaven.

Tema for oppgaven er deltid. Det er gjort mange undersøkelser knyttet til deltid i kommunehelsetjenesten, men lite i sykehus. Tall viser at deltidsandelen i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene er høyere enn tilsvarende tjeneste i sykehus. Jeg ønsker å finne ut hva som er årsaken til denne forskjellen. Mine hypoteser er knyttet til

- kjønn
- kompetanse/utdanning
- arbeidstidsordninger (todelt turnus, tredelt turnus, helgearbeid, annet)
- oppfølging av lovbestemmelser (f.eks fortrinnsrett til økt stilling ved ledighet i virksomheten).

Undersøkelsen vil bestå av spørsmål knyttet til disse hypotesene. Jeg ønsker å intervju fem ledere og fem ansatte fra pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, og tilsvarende fra samme tjeneste i sykehus.

Jeg henvender meg til deg fordi du er plukket ut som en av informantene som kan brukes i oppgaven. Jeg ber om at du setter av en time til intervjuet. Jeg tar kontakt med deg for å avtale tid og sted for intervjuet. Intervjuet vil bli tatt opp og senere nedskrevet. Alle data vil bli behandlet strengt fortrolig og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Alle lydopptak vil bli slettet innen to uker etter at intervjuet er gjennomført. Dataene holdes nedlåst og makuleres ved prosjektet slutt (medio august 2014). Deltagelse i undersøkelsen er frivillig, og du kan når som helst trekke deg far intervjuet.

Tillegg til informanter som er ledere:

I tillegg til det som framkommer i intervjuet trenger jeg noen faktiske opplysninger om bemanningen i din enhet. Vedlagt følger et skjema som jeg ber deg fylle ut før intervjuet.

Veileder på masteroppgaven er førsteamanuensis Per Harald Rødvei ved fakultet for Samfunnsvitenskap, Universitetet i Nordland.

Har du spørsmål eller ønsker ytterligere informasjon kan jeg kontaktes på telefon eller epost oppgitt nedenfor.

Med vennlig hilsen

Toril Solbu
Seksjonsleder HR-avdelingen, Nordlandssykehuset

Epost: toril.solbu@nlsh.no

Telefon: 95803195

INTERVJUGUIDE

Semistrukturert intervju

Problemstilling:

Hvilke faktorer påvirker den store forskjellen i deltidsandel i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten?

Hypoteser:

Som årsak til forskjell i deltidsandel mellom kommunehelsetjenesten og helseforetakene er:

- 1 Det jobber flere kvinner i pleie- og omsorgstjenesten i kommunehelsetjenesten enn i helseforetakene**
- 2 Kompetansen er høyere i helseforetakene enn kommunehelsetjeneste**
- 3 Ulike arbeidstidsordninger i helseforetakene og kommunehelsetjenesten (to-delt eller tre-delt turnus) gir utslag på deltidsandel**
- 4 Oppfølging av arbeidsmiljølovens bestemmelser om deltid praktiseres forskjellig**

Ad.1 Det jobber flere kvinner i pleie- og omsorgstjenesten i kommunehelsetjenesten enn i helseforetakene

- Kjønnfordeling i din enhet?
- Deltidsforskjell mellom kjønnene?
-

Ad 2 Kompetansen er høyere i helseforetakene enn kommunehelsetjeneste

- Hvilke yrkesgrupper har du i din enhet?
- Forskjell i deltidsandel hos de ulike yrkesgruppene?
- Forskjeller i høy og lav utdanning?

Ad 3 Ulike arbeidstidsordninger i helseforetakene og kommunehelsetjenesten (todelt eller tredelt turnus) gir utslag på deltidsandel

- Hvilke arbeidstidsordninger finnes i din enhet?
- Hvordan er sammenhengen mellom deltidsarbeid og ulike arbeidstidsordninger?
- Kan arbeidstidsordninger brukes som virkemiddel for å redusere deltid? Hvis ja, på hvilken måte?
- Hva er hindringene for å benytte ulike arbeidstidsordninger?

Ad 4 Oppfølging av arbeidsmiljølovens bestemmelser om deltid praktiseres forskjellig.

- Er bestemmelse om fortrinnsrett kjent? Både blant leder og ansatte? På hvilken måte blir den gjort kjent?
- På hvilken måte blir den brukt? Hvem har gjort bruk av bestemmelsen? Utlysning?
- Er det noen registrering av deltidsansatte som ønsker større stillingsbrøk?
- Hvordan utlyses ledige stillinger? Hele virksomheten?

Vedlegg 3

Spørreskjema til bruk i forbindelse med undersøkelse om deltid. (Masteroppgave Toril Solbu)

Navn på enhet : _____

Antall årsverk i enheten : _____

Antall personer/ansatte i enheten : _____

Ansatte fordelt på kjønn, heltid/deltid og utdanningsnivå:

Yrkesgruppe	Kvinner		Menn	
	Heltid	Deltid	Heltid	Deltid
1. Ufaglært/assistent				
2. Hjelpepleier/helsefagarb.				
3. Sykepleier/vernepleier				
4. Spesialsykepleier				
Andre (spesifiseres):				

Vedlegg 4

KVANTITATIV SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSE

Resultater (svar)

Helseforetak		Alle		Heltid		Deltid	
Sengeposter		N	%	N	%	N	%
Med R4 N=48	Alle	48	100	10	21	38	79
	Kvinner	45	94	9	20	36	80
	Menn	3	6	1	33	2	67
	Med høgskole	30	63	10	33	20	67
	Uten høgskole	18	37	0	0	18	100
Med R3 N=47	Alle	47	100	14	30	33	70
	Kvinner	40	85	12	30	28	70
	Menn	7	15	2	29	5	71
	Med høgskole	36	77	13	36	23	63
	Uten høgskole	11	23	1	9	10	91
Kir B6 N=38	Alle	38	100	9	24	29	76
	Kvinner	36	95	8	22	28	78
	Menn	2	5	1	50	1	50
	Med høgskole	32	84	7	22	25	78
	Uten høgskole	6	16	2	33	4	67
Kir/orto A5 N=42	Alle	42	100	6	14	36	86
	Kvinner	41	98	6	15	35	85
	Menn	1	2	0	0	1	100
	Med høgskole	29	69	6	21	23	79
	Uten høgskole	13	31	0	0	13	100
Sengeposter Total 175	Alle	175	100	39	22	136	78
	Kvinner	162	93	35	22	127	78
	Menn	13	7	4	31	9	69
	Med høgskole	127	73	36	28	91	72
	Uten høgskole	48	27	3	6	45	94

Helseforetak		Alle		Heltid		Deltid	
Spesialavdelinger		N	%	N	%	N	%
Intensivavd N=51	Alle	51	100	22	43	29	57
	Kvinner	43	84	16	37	27	63
	Menn	8	16	6	75	2	25
	Med høgskole	50	98	21	42	29	58
	Uten høgskole	1	2	1	100	0	0
Med B3 Hjerteovervåkn. N=68	Alle	68	100	9	13	59	87
	Kvinner	57	84	5	9	52	91
	Menn	11	16	4	36	7	64
	Med høgskole	63	93	9	14	54	86
	Uten høgskole	5	7	0	0	5	100
Spesialavd. Total N=119	Alle	119	100	31	26	88	74
	Kvinner	100	84	21	21	79	79
	Menn	19	16	10	53	9	47
	Med høgskole	113	95	30	27	83	73
	Uten høgskole	6	5	1	17	5	83

Helseforetak		Alle		Heltid		Deltid	
Alle		N	%	N	%	N	%
Sykehus alle N=294	Alle	294	100	70	24	224	76
	Kvinner	262	89	56	21	206	79
	Menn	32	11	14	44	18	56
	Med høgskole	240	82	66	28	174	72
	Uten høgskole	54	18	4	7	50	93

Kommune		Alle		Heltid		Deltid	
		N	%	N	%	N	%
Sentrum sykehjem (3 avd) N=120	Alle	120	100	31	26	89	74
	Kvinner	112	93	29	26	83	74
	Menn	8	7	2	25	6	75
	Med høgskole	20	17	16	80	4	20
	Uten høgskole	100	83	15	15	85	85
Stadiontunet sykehjem 2. etg N=27	Alle	27	100	3	11	24	89
	Kvinner	19	70	2	11	17	89
	Menn	8	30	1	13	7	87
	Med høgskole	5	19	2	40	3	60
	Uten høgskole	22	81	1	5	21	95
Stadiontunet sykehjem 4. etg N=28	Alle	28	100	3		25	89
	Kvinner	27	96	3	11	24	89
	Menn	1	4	0	0	1	100
	Med høgskole	4	14	2	50	2	50
	Uten høgskole	24	86	1	4	23	96
Alle N=175	Alle	175	100	37	21	138	79
	Kvinner	158	90	34	22	124	78
	Menn	17	10	3	18	14	82
	Med høgskole	29	17	20	69	9	31
	Uten høgskole	146	83	17	12	129	88

Alle (sykehus og kommune)		Alle		Heltid		Deltid	
		N	%	N	%	N	%
Sykehus alle N=294	Alle	294	100	70	24	224	76
	Kvinner	262	89	56	21	206	79
	Menn	32	11	14	44	18	56
	Med høgskole	240	82	66	28	174	72
	Uten høgskole	54	18	4	7	50	93
Kommune alle N=175	Alle	175	100	37	21	138	79
	Kvinner	158	90	34	22	124	78
	Menn	17	10	3	18	14	82
	Med høgskole	29	17	20	69	9	31
	Uten høgskole	146	83	17	12	129	88

TABELLER

Tabell 1 Ukentlig arbeidstid fordelt på kjønn

	Kvinner	Menn	Alle
1996	30,1	39,5	35,3
2000	30,6	38,8	35,1
2004	30,3	38,1	34,6
2008	30,8	37,5	34,4
2012	30,8	37,4	34,3

Kilde: SSB/Statistikkbanken, tabell 04544 eller tabell 07855.

Tabell 2 Husholdsarbeid. Tidsbruk i timer og minutter blant alle som har utført aktivitetene en gjennomsnittsdag. Perioden 1980-2010

	1980	1990	2000	2010
Menn	2,26	2,36	2,41	3,00
Kvinner	4,46	4,22	3,56	3,50

Kilde: Spekter 2014

Tabell 3 Årsaker til deltid

Skolegang/studier	24 %
Kunne ikke får heltid	18 %
Egen sykdom	14 %
Omsorg	12 %
Andre personlige el familiemessige grunner	11 %
Arbeid for belastende	3 %
Andre grunner	18 %

Kilde: Spekter – SSB/AKU

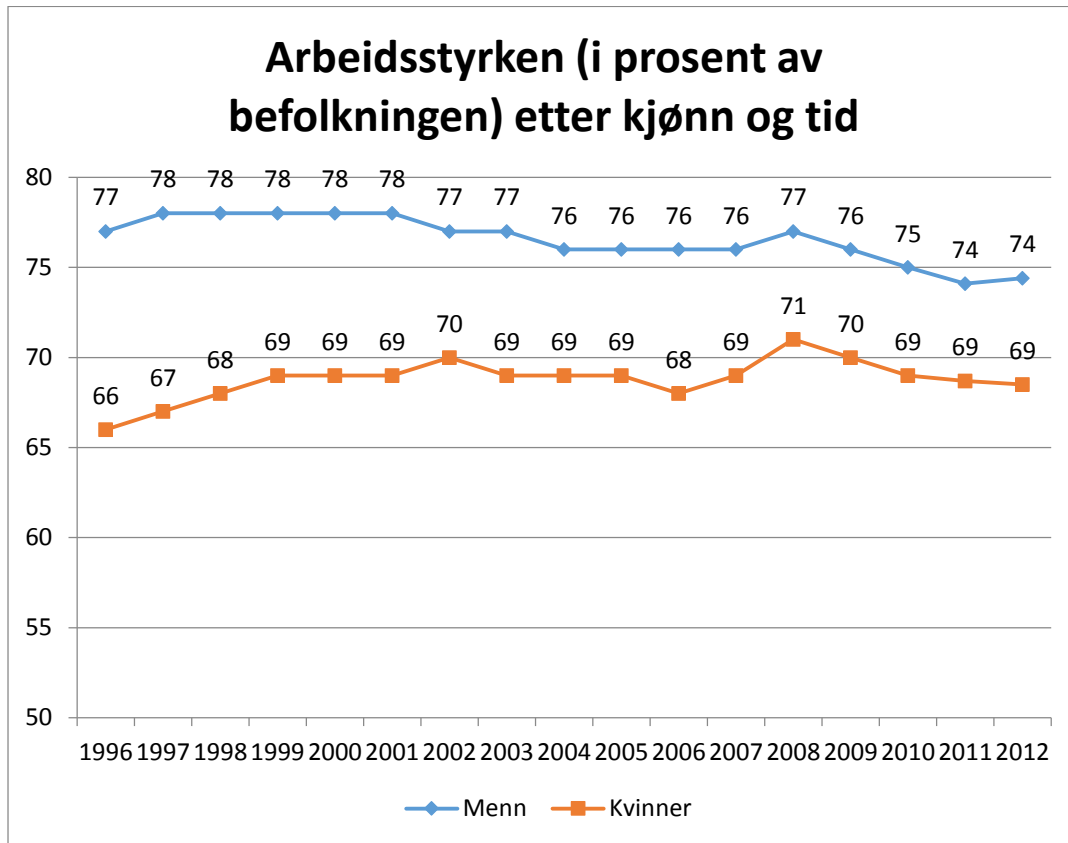
Tabell 4 Deltidsandel i helseforetakene i Helse Nord

Helseforetak	Deltidsandel
Helgelandssykehuset	40,23 %
Helse Finnmark	21,69 %
Nordlandssykehuset	38,28 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	25,10 %

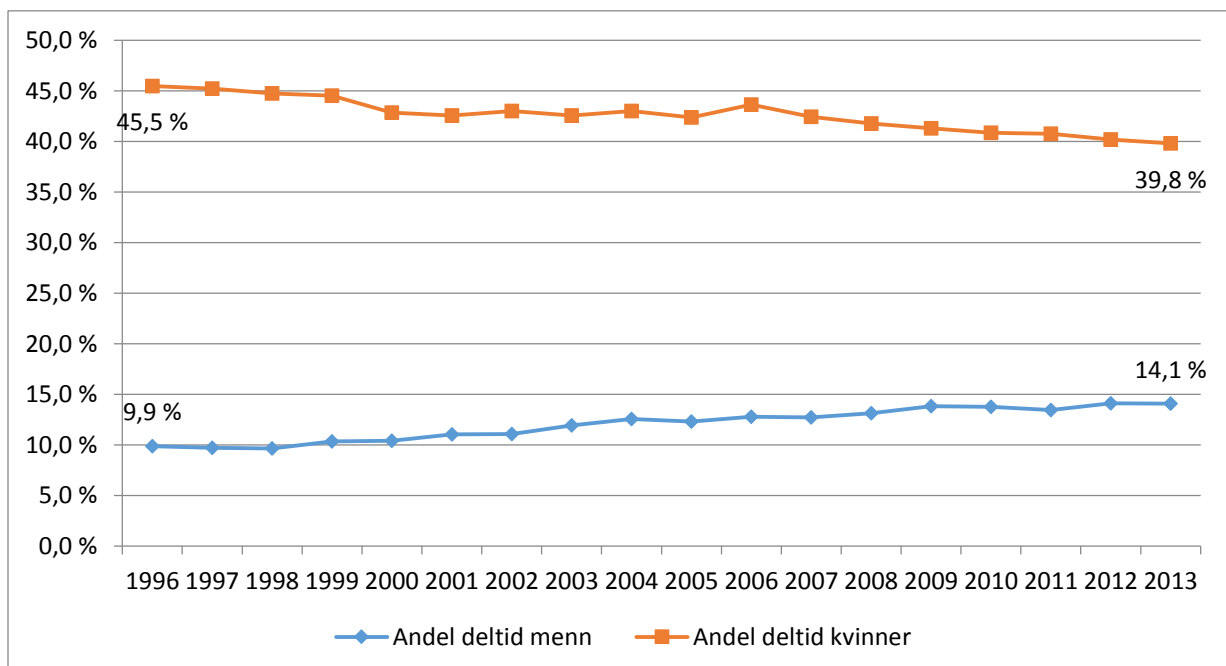
(kilde: Helse Nord RHF januar 2014)

FIGURER

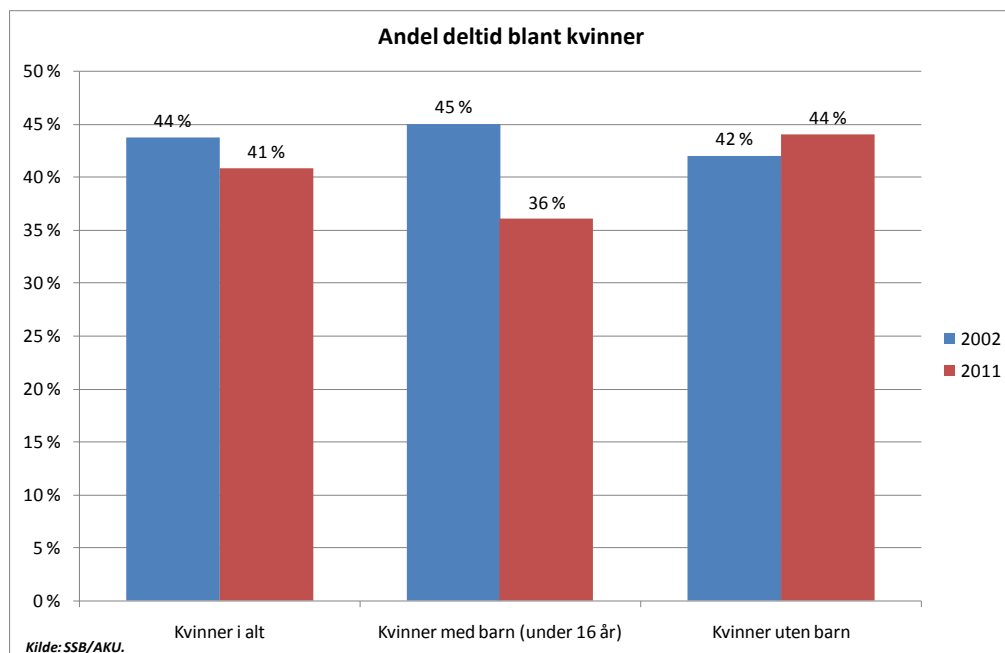
Figur 1 Arbeidsstyrken etter kjønn og tid (kilde: Spekter - AKU/SSB)



Figur 2. Andel deltid etter kjønn og tid (kilde: Spekter- AKU/SSB)

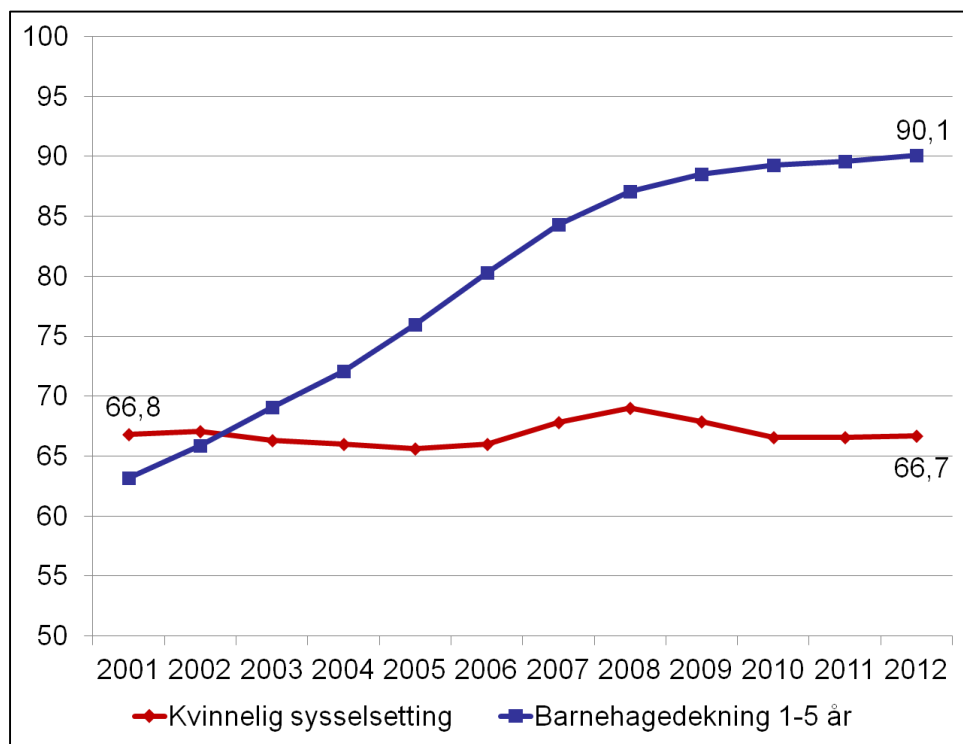


Figur 3 Andel deltid kvinner med og uten barn



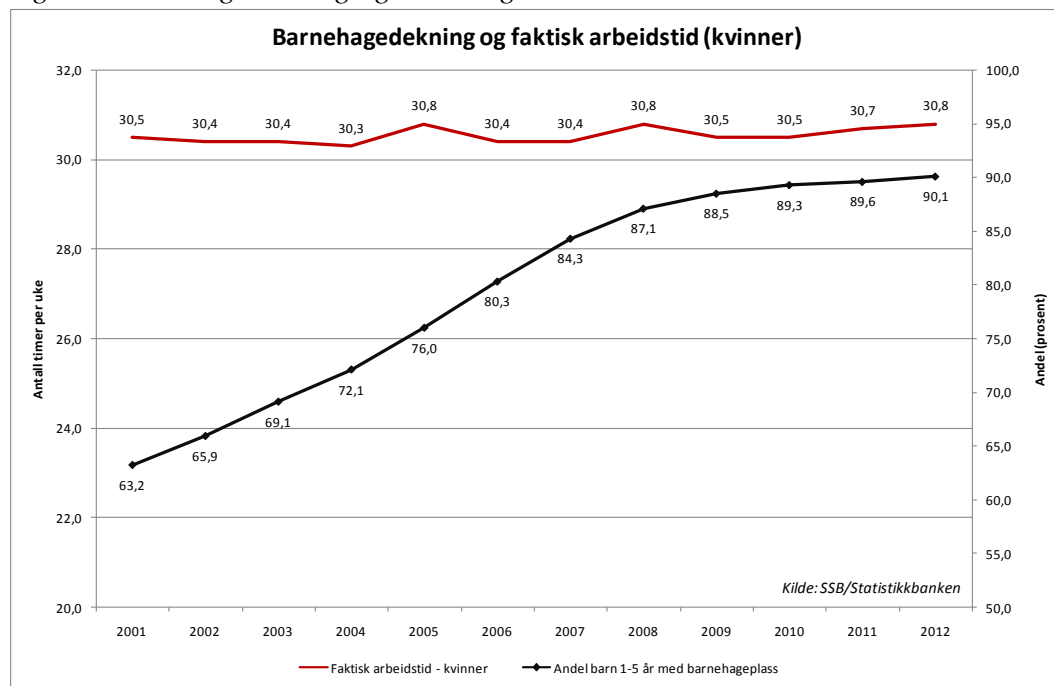
Kilde: Arbeidskraftundersøkelsen/SSB

Figur 4 Barnehagedekning og kvinnelig sysselsetting



Kilde: SSB/Statistikkbanken (tabell 04903 og 05111)

Figur 5 Barnehagedekning og kvinnelig arbeidstid



Kilde: SSB/Statistikkbanken (tabell 04903 og tabell 07855)