

Midlertidighet som protest: *Svenske sykepleiere og det norske arbeidsmarkedet*

Maiken Bjerga Kiil



Masteroppgave i samfunnsgeografi ved Institutt for sosiologi og
samfunnsgeografi

UNIVERSITETET I OSLO

November 2015

Midlertidighet som protest:

Svenske sykepleiere og det norske arbeidsmarkedet

Copyright: Maiken Bjerga Kiil

2015

Tittel: Midlertidighet som protest: svenske sykepleiere og det norske arbeidsmarkedet

Forfatter: Maiken Bjerga Kiil

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: CopyCat, avd. Skøyen, Oslo

Sammendrag

Denne studien tar for seg svenske sykepleieres migrasjon til norsk helsesektor og deres manøvrering i det norske arbeidsmarkedet og undersøker hvilken rolle bemanningsbransjen spiller i dette. Til tross for at Sverige opplever en sykepleiermangel og etterspørselen etter sykepleieferdigheter er stor, velger mange svenske sykepleier å ta arbeid i Norge. Å undersøke hvilke motivasjoner som fører sykepleierne til Norge gir også kunnskap om sykepleiernes aktørskap i det norske arbeidsmarkedet. Lønn blir ofte fremstilt i forskning som årsak til svenske sykepleieres tilstedeværelse i den norske helsesektoren, men studien viser at det også er andre faktorer som spiller inn.

Det overordnede forskningsspørsmålet og temaet for studien omhandler hvilke rolle midlertidighet og ansettelse i bemanningsbyråer spiller for de svenske sykepleiernes aktørskap når de tar arbeid i Norge. Kvalitative intervjuer med 17 svenske sykepleiere med ulik tilknytning til det norske arbeidsmarkedet danner studiens empiriske grunnlag. Studien har et teoretisk utgangspunkt i arbeidsgeografiens teori om aktørskap, men trekker også inn andre teorier og analytiske begreper for å forklare sykepleiernes aktørskap.

Funnene tyder på at bemanningsbransjen spiller en viktig rolle i å tilrettelegge for sykepleiernes arbeidsmigrasjon. Migrantenes motivasjoner for å ta arbeid i Norge påvirker deres videre manøvrering i det norske arbeidsmarkedet. Midlertidigheten i arbeidsrelasjonen brukes aktivt i å forbedre erfarte dårlige forhold og sykepleierne er sterke i møte med arbeidsgivere. På arbeidsplassen derimot bidrar midlertidigheten til å begrense sykepleiernes aktørskap.

Forord

Først av alt, tusen takk til alle informantene som har stilt opp. Takk for at dere har funnet tid i deres travle hverdag, delt av deres opplevelser og latt meg få et innblikk i deres liv og erfaringer – gode som vonde. Dere er tøffe som drar ut i et ukjent arbeidsmarked. Denne oppgaven hadde aldri kunnet blitt til uten dere.

Tusen takk til min fantastiske veileder Hege Merete Knutsen – for engasjement, tålmodighet, tiltro, kunnskap og mange interessante drøftinger og diskusjoner. Jeg er så veldig takknemlig for å ha hatt deg i denne prosessen.

Tusen takk til David Jordhus-Lier som alltid har tatt seg tid til en prat og til å diskutere og dele av sin kunnskap når jeg har kommet innom i ny og ne med tanker og spørsmål.

Så vil jeg gjerne få takke min kjæreste mamma for å være den leveggen hun er, for alltid å ha vært støttende i mitt studieløp og som gang på gang har stilt tålmodig opp med korrekturlesing. Takk til min kjære Geoffrey for omsorg, gode råd, tålmodighet og utallige kopper med kaffe. Og takk til min fine familie og til gode venner for støtte og oppmuntrende ord, og en spesiell takk til Sigrun for gjennomlesning og gode råd.

Maiken Bjerga Kiil

19. november 2015

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Problemstilling	3
1.2 Teoretisk og metodologisk rammeverk	5
1.3 Oppgavens oppbygging	7
2 Teoretiske perspektiver og analytiske begreper	9
2.1 Aktørskap	9
2.1.1 Resiliens, omarbeiding og motstand.....	11
2.1.2 Aktørskap fundert i strukturelle og kontekstuelle forhold.....	14
2.2 Makt	15
2.3 Å migrere for arbeid	16
2.3.1 Migrantarbeideres aktørskap.....	17
2.4 Exit, voice og lojalitet	18
2.5 Bemanningsbransjen	20
2.5.1 Bemanningsbransjen fra arbeidstakers perspektiv.....	21
2.6 Balansen mellom arbeid og livet ellers	22
2.6.1 Grensekryssere.....	23
2.7 Oppsummering	25
3 Bakgrunnskapittel	27
3.1 New public management	27
3.2 Sverige	28
3.2.1 Reformen i svensk helsesektor.....	29
3.2.2 Omorganiseringens effekter ved sykehus	30
3.2.3 Forhandlingssystemet	31
3.2.4 Fra kollektiv til individuell lønnssetting for sykepleiere	32
3.2.5 Økt etterspørsel og stramt budsjett.....	33
3.3 Norge	34
3.3.1 Reformen i norsk helsesektor	34
3.3.2 Mot et mer sentralisert lønnsforhandlingssystem?	37
3.3.3 Bemanningsutfordringer ved norske sykehus	38
3.4 Omfanget av svenske sykepleieres migrasjon til Norge	39
3.5 Oppsummering	39
4 Metodekapittel	41
4.1 Kvalitativ metode	41
4.1.1 Intervju som metode.....	41
4.1.2 Telefonintervju i kvalitativ forskning.....	42
4.2 Intervjuguide	45
4.3 Rekruttering og gjennomføring av intervjuer	46
4.3.1 Utføring av intervjuene	47
4.3.2 Transkribering og analyse av datamateriell.....	49
4.4 Presentasjon av informantene	50
4.5 Reliabilitet og validitet	50
4.6 Etske refleksjoner	51
4.6.1 Informert samtykke.....	52
4.6.2 Konfidensialitet og uheldige konsekvenser for informantene	52
4.7 Oppsummering	53

5	Exit Sverige – arbeid i Norge	54
5.1	Lønnsforhold	54
5.2	Arbeidsforhold.....	59
5.2.1	Tilleggsoppgaver.....	61
5.2.2	Overtid og beordring.....	65
5.3	Klarere grenser mellom arbeid og liv	68
5.4	Fagorganisering	72
5.5	Bemanningsbyråers betydning for svenske sykepleieres arbeidsmigrasjon til Norge	75
5.5.1	Med kontakter, uten bemanningsbyrå.....	77
5.6	Oppsummering.....	78
6	Manøvrering i det norske arbeidsmarkedet.....	80
6.1	Uforutsigbarhet.....	80
6.2	Å være utplassert hos oppdragsgiver.....	83
6.2.1	Håndtering av etterspørsel.....	85
6.2.2	Opplæring.....	86
6.2.3	Å være innleid blant faste ansatte	88
6.3	Båndet mellom bemanningsbyrå og sykepleier	92
6.4	Midlertidighet og dannelsen av nettverk.....	95
6.5	Sykepleiere og arbeidsgivere.....	97
6.5.1	Fra byrå til byrå.....	97
6.5.2	Fra byrå til direkte ansettelse.....	99
6.6	Oppsummering.....	102
7	Avslutning og konklusjon.....	104
7.1	Hovedfunn	104
7.2	Implikasjoner for videre forskning.....	111
	Litteraturliste	112
	Vedlegg 1: Oversikt over informanter	121
	Vedlegg 2: Intervjuguide	123

1 Innledning

En aldrende befolkning, stadige kostbare medisinske teknologiske fremskritt og økte forventninger fra befolkningen til hva offentlig helsetjeneste skal tilby borgerne, skaper store utfordringer for mange vestlige lands helsesektor (Simeons, Villeneuve & Hurst 2005). Å begrense veksten av helseutgifter er et viktig politisk mål i mange land, og økonomiske nedgangstider på 1990-tallet ble etterfulgt av restruktureringer for å begrense utgifter i mange vestlige land. Dette førte til nedskjæringer i sykehusbemanning og sengeplasser, og redusering av lengden på sykehusopphold. En konsekvens av dette er at pasienter er sykere ved innleggelse, noe som har resultert i et økt behov for sykepleiere (Simeons, Villeneuve & Hurst 2005). I økonomisk forstand er sykepleie en ”soft target” (Aiken et al 2014:1824), hvor innsparing kan oppnås raskere ved å redusere sykepleierbemanningen enn ved å øke effektiviteten. De fleste OECD-landene opplever i dag sykepleiermangel. Sykepleierarbeidsstyrken eldes og færre unge velger sykepleierstudiet. Rekruttering av utenlandske sykepleiere har vært vanlig i mange land, og rekruttering av sykepleiere fra fattige land i sør er ofte omdiskutert på grunn av hjerneflukt. Men i søken etter bedre lønninger og arbeidsbetingelser reiser også mange sykepleiere mellom land i det globale nord (Kline 2003).

Sverige opplever for tiden stor sykepleiermangel. For å kunne opprettholde en trygg pleieomsorg har dette ført til både sammenslåinger av avdelinger og nedleggelse av sengeplasser. I 2013 måtte 15 av 21 fylker stenge sengeplasser på grunn av personalmangel (Nordin 2014). Nedleggelse av sengeplasser og mangel på tilstrekkelig personal har ført til at beredskapsplaner som i utgangspunktet er utarbeidet for å håndtere situasjoner forårsaket av store ulykker eller naturkatastrofer, i økende grad har blitt benyttet for å håndtere bemanningssituasjonen ved ulike svenske sykehus (Mellgren 2015). Det svenske Statistiska Centralbyråen har meldt om en estimert mangel på 30000 sykepleiere i Sverige i år 2030 på grunn av en aldrende befolkning, økt etterspørsel etter sykepleiere og nedgang i interessen for sykepleierutdannelsen (SCB 2012). I 2012 fantes det omtrent 121000 sysselsatte sykepleiere i Sverige (Socialstyrelsen 2015). Nesten 80% av sykepleierne jobber innenfor offentlig sektor, men dårlige arbeidsvilkår og lave lønninger fører til stor misnøye. I en undersøkelse med over 10000 svenske sykepleiere, oppga hele 80% utilfredshet med lønnsnivået (Aiken et al 2013). Misnøye med arbeidsvilkårene og en større utålmodighet etter endringer har fått flere svenske sykepleiere til å forsøke å bedre egen situasjon, i form av sykepleiere som forlater yrket, går til masseoppsigelser eller migrerer for arbeid til Norge.

I 2009 ble 32% av norske utstedte autorisasjoner gitt til svenske sykepleiere (Berge et al 2011). Bare i 2010 ble 1644 norske autorisasjoner utstedt til svenske sykepleiere, noe som utgjorde 68% av alle autorisasjoner gitt til sykepleiere med utenlandsk utdannelse (Långa Namnet 2010). Det er vanskelig å få oversikt over hvor mange svensker som faktisk jobber i Norge, da lengden på arbeidsopphold varierer og autorisasjoner ikke nødvendigvis tas i bruk (SSB 2001).

Siden 1970-tallet har bemanningsbransjen ekspandert raskt og blitt en betydningsfull del av mange nasjonale arbeidsmarkeder (Coe, Johns & Ward 2010). Etter den globale økonomiske turbulensen som begynte på 1970-tallet, begynte bedrifter og nasjoner i økende grad å søke etter fleksibilitet (Mountz 2009, Brenner & Theodore 2002), ved blant annet: ”tilpasningsdyktige bedrifter, økt mobilitet blant arbeidere, færre reguleringer i arbeidskontrakter, fleksible lønninger, lavere skatter og sosiale utgifter for bedrifter” (Ellingsæter 2009:39). Den økonomiske krisen ble møtt med en ideologisk reorientering, og nyliberalismen fikk stor anerkjennelse som et motsvar til systemet mange mente var grunnen til den økonomiske nedgangen flere land erfarte. Ideen bak nyliberalistisk ideologi var basert på det frie marked, der økonomisk utvikling ville følge et åpent, uregulert og konkurransebasert marked (Benner & Theodore 2002). I vestlige arbeidsmarkeder har det vært en generell bevegelse mot et reguleringsmønster preget av liberalisering, desentralisering og individualisering (Peck, Theodore & Ward 2005), og en økende ekspansjon av profittbaserte mellomledd i arbeidsmarkedet som kan defineres som “[..] third-party organizations that engage in job-brokering activities, matching job seekers with employers” (Benner et al 2001:35). Bemanningsbyråer er et slikt mellomledd hvor kjernefunksjonen er å bemanne klientfirmaer med arbeidere av ulikt slag (Kalleberg 2000). Bemanningsbransjens tilstedeværelse har vokst i takt med de- og reregulering av arbeidsmarkeder. Arbeidsmarkedsreformer der lovgivning rundt bruken av midlertidige ansatte har blitt myket opp, mens oppsigelsesvernet for fast ansatte har blitt opprettholdt, har økt etterspørselen etter tjenester bemanningsbyråer kan tilby, og dermed skapt marked for denne bransjen (Peck, Theodore & Ward 2005). Bemanningsbransjen har riktignok ikke vært en passiv aktør, men drevet lobby-virksomhet for å fremme lovmessige endringer som gagnar bransjen (Theodore & Peck 2002). Ikke-standard arbeidsrelasjoner har i økende grad blitt tatt i bruk i vestlige arbeidsmarkeder. Slike arbeidsrelasjoner skiller seg fra en standard arbeidsrelasjon som karakteriseres av fulltidsarbeid, kontrakt uten tidsspesifikasjon og hvor arbeidet blir utført hos og under oppsyn av arbeidsgiveren. Inn under ikke-standard arbeid inngår blant annet deltidsarbeid, midlertidig ansettelse og kontraktarbeid (Kalleberg 2000).

Siden 1990-tallet har over halvparten av nye jobber skapt i OECD-landene falt inn under denne kategorien (OECD 2015). Fleksible arbeidsformer har ført til at mye av risikoen ved markedsusikkerhet har blitt overført til lønnsarbeidere (Ward et al 2001). Å være ansatt i et bemanningsbyrå skiller seg fra en standard arbeidsrelasjon. Den viktigste forskjellen er den triangulære arbeidsrelasjonen mellom arbeider, innleiebedrift og bemanningsbyrå. Bemanningsbyrået er arbeidsgiveren og har den administrative kontrollen og ansvaret for arbeideren, men arbeidet utføres hos og under oppsyn av innleiebedriften (Kalleberg 2000).

Hvilke påvirkninger midlertidig arbeid har på arbeidere har oftest blitt analysert med eksempler fra enten lavutdannede grupper eller yrkesgrupper med høy utdanning (Benner, Leete & Pastor 2007). Sykepleiere er derfor en interessant yrkesgruppe siden den ligger i mellomstaket mellom disse gruppene. Sykehussektoren er sterkt preget av ikke-standard arbeidsrelasjoner, både gjennom deltidsarbeid og midlertidige ansettelser. Sykepleiere har i Sverige 3-årig akademisk utdanning, der halvparten velger å ta tilleggsutdanning for å bli spesialsykepleiere (Anell, Glenngård & Merkur 2012). Sverige har en generell høy grad av organisering og majoriteten av svenske sykepleiere er kollektivt organisert, på tross av at fagforeninger globalt står ovenfor medlemskrise (Jordhus-Lier 2012). Det stor misnøye med lønnsnivå og arbeidssituasjonen i svensk helsesektor, og mange sykepleiere setter derfor i gang mer individuelt-pregede tiltak for å bedre sin egen situasjon. Antall sykepleiere som får norsk autorisasjon hvert år tilsvarer hver tredje sykepleier som blir utdannet i Sverige. Svenske helsearbeidere er den mest ustabile utenlandske gruppen når det gjelder tidslengde for arbeid i norsk helsesektor ved utstedt norsk autorisasjon, og gruppen består både av sykepleiere som jobber periodevis i Norge og de som drar til Norge i ferier og annen fritid (SSB 2001). For bemanningsbyråer, som selger fleksibilitet, gir bemanningsutfordringer ved norske sykehus et markedsgrunnlag. Det finnes mange bemanningsbyråer som rekrutterer svenske sykepleiere til å fylle opp manglende bemanning på de norske sykehusene.

1.1 Problemstilling

Svenske sykepleiere har ferdigheter som er svært etterspurt på det svenske arbeidsmarkedet, og det er en yrkesgruppe med høy grad av fagorganisering. Å undersøke hvorfor svenske sykepleiere i et så stort omfang trekker til Norge for å arbeide til tross for disse faktorene, gir kunnskap om deres aktørskap. Jeg vil også undersøke hvordan motivene for å ta arbeid i Norge påvirker sykepleiernes aktørskap i Norge, og hvordan de da manøvrerer i det norske arbeidsmarkedet. Det vil også kunne gi kunnskap om hvordan midlertidighet kan muliggjøre

og begrense korttidsmigranternes utøvelse av aktørskap i mottakerlandet. Min studie diskuterer derfor hvilke muliggjørende og begrensende rolle midlertidighet og ansettelse i bemanningsbyråer spiller for de svenske sykepleierne aktørskap når de tar arbeid i Norge. Jeg baserer dette på følgende forskningsspørsmål:

- **Hvilke motivasjoner har svenske sykepleiere når de reiser til Norge?**
- **Hvilke strukturelle forhold påvirker sykepleierne arbeidsmigrasjon til Norge?**
- **Hvordan muliggjør bemanningsbyråer slike reiser, hva gjør dem mer eller mindre attraktive i denne prosessen?**
- **Hvordan bruker sykepleierne sitt aktørskap på arbeidsplassen og vis-a-vis bemanningsbyråene?**

Tradisjonelt er sykepleiere ansatt i offentlig sektor, noe som utgjør andre muliggjørende og begrensende strukturer for utøvelse av deres individuelle aktørskap. De strukturelle forholdene jeg vil fokusere på, er sykepleierne relasjon til staten, både som arbeidsgiver og som regulativ instans i Sveige og Norge, i tillegg til trekk ved det norske og det svenske arbeidsmarkedet. Eurofound¹ definerer arbeidsforhold som:

“Working conditions refers to the working environment and aspects of an employee’s terms and conditions of employment. This covers such matters as: the organisation of work and work activities; training skills and employability; health, safety and well-being; and working time and work-life balance. Pay is also an important aspect of working conditions . . .”

I relasjonen mellom arbeidsgiver og sykepleier vil jeg fokusere på lønns- og arbeidsvilkår, herunder opplæringsmuligheter, arbeidstid og balansen mellom arbeid og livet ellers. Når det gjelder relasjonen mellom oppdragsgiver og sykepleier, vil jeg undersøke trivsel og hvordan arbeid organiseres mellom de innleide og de faste ansatte.

¹ Hentet fra Eurofunds hjemmesider. URL: <http://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/industrial-relations-dictionary/working-conditions>. (Sist besøkt 06.06.2015).

Oppgaven er skrevet i tilknytning til et større forskningsprosjekt. Forskningsprosjektet ”The Impact of temporary work agencies on the politics of work” er et samarbeidsprosjekt som blir ledet av Arbeidsforskningsinstituttet (AFI). Samarbeidspartnere er samfunnsgeografer ved Universitetet i Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) og partnere i Latvia og Sverige. Denne oppgaven er tilknyttet den delen av arbeidspakken som omhandler bemanningsbyråansattes motivasjoner, muligheter og proaktivitet.

Jeg ble tilknyttet prosjektet våren 2014 som vitenskapelig assistent for Hege Merete Knutsen. Arbeidsoppgavene mine har bestått i å rekruttere og intervju informanter, samt transkribere intervjuene. Det er disse kvalitative intervjuene som danner det empiriske grunnlaget i masteroppgaven. I tillegg har jeg som vitenskapelig assistent deltatt i intervjuer med to bemanningsbyråer. Disse intervjuene vil bli brukt til å underbygge det sykepleierne forteller og å sette det i sammenheng.

1.2 Teoretisk og metodologisk rammeverk

For å kunne forklare hvordan midlertidighet påvirker sykepleiernes aktørskap i Norge, vil det teoretiske rammeverket bestå av bidrag fra ulike teorier. Gjennomgående for oppgaven er riktignok den teoretiske forankringen i aktørskaps-teori fra arbeidsgeografien. Aktørskap blir her forstått som: “the intention and the practice of taking action for one’s own self-interest or the interests of others” (Castree et al 2004:159-160). Arbeideres aktørskap kan være både individuelt og kollektivt. Det utøves aldri autonomt, men kontekstuellet i relasjon til de videre strukturer i samfunnet (Coe og Jordhus-Lier 2010), der: “what happens to workers, and what workers do in response, is ineluctably context specific— that is, conditional on how place and space articulate in particular cases” (Castree et al. 2004:xvi–xvii). Maktrelasjoner i samfunnet påvirker aktørskapet, og arbeideres aktørskap kan også påvirke maktrelasjonene. Silvers (2003, basert på Wright 2000) differensiering av strukturell og organisatorisk makt² vil derfor bli benyttet for å undersøke hvilke type makt arbeiderne kan besitte gjennom sitt aktørskap. Strukturell makt viser til makt arbeidere kan ha utfra sin posisjon i den økonomiske strukturen, mens organisatorisk makt refererer til makten arbeidere kan tilegne seg ved kollektiv organisering.

For å kunne granske aktørskapet svenske sykepleiere utøver i sin arbeidsmigrasjon fra svensk til norsk helsesektor, samt hvordan de manøvrerer i det norske arbeidsmarkedet, vil

² Jeg bruker strukturell makt for ”structural power” og organisatorisk makt for ”associational power”

det teoretiske rammeverket for dette studiet være fundert i teorier og analytiske begreper fra ulike fagfelt. Jeg vil undersøke hvordan svenske sykepleiere uttrykker misnøye, både i sitt valg om å migrere og under deres arbeid i Norge, i lys av Hirschmans begreper "exit, voice, loyalty" (1970).

Å migrere frivillig for arbeid er et proaktivt valg som kan føre til bedre arbeidsbetingelser og lønninger (Castree et al 2004). I valget om å migrere må migranten overveie hva som tilbakelegges i hjemlandet med hva som kan oppnås i mottakerlandet. Valget om å migrere vil dermed være påvirket av ulike push- og pull-faktorer (Castree et al 2004:199). Denne oppgaven tar for seg aktørskap og temporær migrasjon og hvordan midlertidige arbeidsforhold både er et resultat av og påvirker arbeidernes aktørskap.

Det har blitt skrevet mye om bemanningsbransjen og dens voksende tilstedeværelse i arbeidsmarkedet (Theodore & Peck 2002, Peck, Theodore & Ward 2005, Coe, Johns & Ward 2007, 2010). Men bemanningsbyråers rolle i både arbeidsmigrasjon og migranters utøvelse av aktørskap på arbeidsplassen har ikke blitt adressert grundig (Rogaly 2009, James & Vira 2012). Bemanningsbransjen tilbyr blant annet vikarer til utleie, og imøtekommer dermed bedrifter og organisasjoners søken etter fleksible bemanningsløsninger. For arbeidere med få ferdigheter, kan arbeid gjennom bemanningsbyrå føre til jobbsikkerhet og dårlige arbeidsvilkår. Arbeidere med høyere utdanning og med ferdigheter som er ettertraktet på jobbmarkedet, vil med større sannsynlighet oppleve en bedre jobbsikkerhet og bedre arbeidsforhold (Benner et al 2001). Sykepleiere representerer en yrkesgruppe som ligger mellom arbeidere uten formelle kvalifikasjoner og høyt-utdannede yrkesgrupper. Hva arbeid for bemanningsbyråer betyr for denne gruppens aktørskap, kan derfor gi ny kunnskap. Arbeid i bemanningsbyråer kan både virke muliggjørende og begrensende for sykepleierne i å nå sine mål. Denne studien vil derfor kunne bidra til å øke forståelsen av hvilke rolle bemanningsbyråer spiller for arbeidsmigranter, både med tanke på selve migrasjonen og videre i utøvelsen av aktørskap i mottakerlandet.

Den reproduktive sfære har ofte blitt behandlet som uavhengig av den produktive sfære i arbeidsgeografi (James & Vira 2012), til tross for at arbeideres utøvelse av aktørskap kan ha sitt rasjonale i den reproduktive sfære (Carswell & De Neve 2013). For arbeidere kan midlertidig arbeid gjennom bemanningsbyrå gi større kontroll over egen arbeidstid. Men fleksibiliteten byråene tilbyr oppdragsgivere, kan også gå på bekostning av arbeidernes arbeidsforhold og livssituasjon avhengig av etterspørselen etter deres ferdigheter (Underhill

2005). Jeg vil derfor benytte konseptet balansen mellom arbeid og livet ellers³ når jeg diskuterer hvordan utøvelsen av aktørskapet formes etter mål. Balansen mellom arbeid og livet ellers kan forstås vidt som: «satisfaction and good functioning in both spheres with minimum role conflict, maintaining overall sense of harmony in life” (Clark 2000: 751).

Empirien som danner grunnlaget for oppgavens analyse er innhentet gjennom kvalitative intervjuer med svenske sykepleiere som har erfaring fra å jobbe i norsk sykehussektor. Kvalitative intervjuer som metode er formålstjenlig for å forstå sosiale strukturer og individuelle erfaringer (Hay 2010).

1.3 Oppgavens oppbygging

I neste kapittel vil jeg gjøre nærmere rede for de teoretiske perspektivene og begrepene jeg skal ta i bruk i analysen. Først gir jeg en innføring i hvordan aktørskap har blitt forstått i arbeidsgeografiens korte historie, og hvilken forståelse for aktørskap jeg legger til grunn for denne oppgaven. Deretter gjør jeg rede for Katz (2004) sin typologi av handlinger og hva slags makt arbeidere kan besitte gjennom sitt aktørskap, før jeg utreder hvordan arbeidsmigranternes aktørskap kan fortone seg annerledes enn stedbundne arbeidere. Videre vil jeg forklare ulike typer strategier for å vise misnøye ved hjelp av rammeverket til Hirschman (1970). Deretter vil jeg redegjøre for hvordan migrasjon kan knyttes til aktørskap. Til slutt vil jeg gjøre rede for arbeidsgivere og arbeidstakers ulike tilnærminger til fleksibilitet, og hvordan konseptet balanse mellom arbeid og livet ellers kan knyttes til dette.

I kapittel 3 gjennomgår jeg de kontekstuelle forholdene som har ledet frem til sykepleiermigrasjon fra Sverige til Norge. Jeg vil gå nærmere inn på reformer i svensk sykehussektor og utviklingen av et desentralisert lønnssettingssystem som har påvirket arbeidsforholdene til svenske sykepleiere. Jeg vil også legge frem reformer som har ført til endringer i norsk sykehussektor og som har bidratt til å muliggjøre sykepleiernes migrasjon.

I kapittel 4 presenterer jeg forskningsprosessen, og gjør rede for de metodologiske prinsippene som ligger til grunn for fremgangsmåtene i denne oppgaven, og for valget av semi-strukturerte telefonintervjuer. Jeg vil også ta for meg fordeler og ulemper ved bruk av telefon i intervjusammenheng. Etske refleksjoner som en forsker har ovenfor informantene vil også bli gjennomgått, før validitet og reliabilitet blir diskutert.

³ Balansen mellom arbeid og livet ellers henviser til det engelske begrepet ”work/life balance” (Underhill 2005)

Kapittel 5 og 6 utgjør selve analysen, og her vil jeg presentere og diskutere de empiriske funnene i dette studiet. I kapittel 5 tar jeg opp hvilke motivasjoner sykepleierne har for å ta arbeid i Norge. Det vil her bli diskutert hvilke push- og pullfaktorer som spiller i valget med å bli temporære migranter, og hvilken rolle bemanningsbransjen spiller i denne migrasjonen. I kapittel 6 vil jeg diskutere hvordan sykepleiernes utøvelse av aktørskap fortoner seg i deres arbeidssituasjon i Norge, med tyngdepunkt i hvordan sykepleiere forholder seg til arbeidsgivere og til arbeidsplassen.

I kapittel 7 som er avslutningskapitlet, vil jeg trekke trådene sammen fra kapittel 5 og 6, og løfte opp hvordan midlertidighet påvirker aktørskap sett i lys av svenske sykepleieres manøvrering i det norske arbeidsmarkedet. Til slutt vil jeg si noe om behovet for mer kunnskap om korttidsarbeidsmigranternes aktørskap i mottakerlandet.

2 Teoretiske perspektiver og analytiske begreper

Aktørskaps-teori fra arbeidsgeografi er den teoretiske forankringen i analyserammen, men fordi det fremdeles finnes teoretiske begrensinger ved denne teorien, er det nødvendig å trekke inn elementer av andre teorier for å forklare hvordan svenske sykepleiere utøver sitt aktørskap. Først vil begrepet aktørskap bli presentert, og deretter vil konseptualiseringen fra kollektive former til individuelle former for arbeideres aktørskap bli lagt fram. Katz (2004) kategorisering av handlinger som resiliens, omarbeiding og motstand vil så gjennomgås, da disse handlingskategoriene kan ses på som en grunnlinje i undersøkelsen av aktørskap. Dette vil maktbegreper gjennomgås for å få et grunnlag til å forstå hvordan arbeidere kan skape endringer. Videre vil responsstrategier ved misnøye bli forklart for å forklare hvordan svenske sykepleiere uttrykker misnøye i sine arbeidsrelasjoner. Migrasjon og push- og pullfaktorer blir inkludert for å forklare svenske sykepleieres arbeidsmigrasjon. Jeg vil presentere hva fleksibiliteten bemanningsbyråene tilbyr kan bety for arbeidsgivere og arbeidstakere for å belyse sykepleiernes opplevelse av å være byrå-ansatt. Balanse mellom arbeid og livet ellers, og teorien om grensekryssere vil bli brukt for å forklare hvordan svenske sykepleiere manøvrerer i arbeidsmarkedet.

2.1 Aktørskap

Arbeidere ble i økende grad inkludert i analysene av kapitalismens geografi på begynnelsen av 1990-tallet (Coe & Jordhus-Lier 2011). Et fokus på arbeidere og deres evne til å påvirke det økonomiske landskapet var for Herod (1997:3) det som konstituerte et skifte fra ”geographies of labour” til ”labour geography”. I de to foregående tiårene, både i nyklassisk lokaliseringsteori og i marxist-inspirert økonomisk geografi, hadde kapitalen vært tillagt hovedfaktoren i å forklare kapitalismes geografiske manifestasjon, og arbeidere ble gitt en passiv rolle⁴. Arbeidere har også en evne til å kunne påvirke hvordan kapitalismen manifesterer seg geografisk: “[...] workers have a vested interest in attempting to make space in certain ways. Workers’ ability to produce and manipulate geographical space in particular ways is a potent form of social power” (Herod 1997:3). I den nye arbeidsgeografien ble det

⁴ Se Herod (1997, 2001) og Coe & Jordhus-Lier (2011) for en mer detaljert gjennomgang av arbeidsgeografiens opprinnelse.

gitt oppmerksomhet til arbeideres aktørskap og hvordan arbeidere søker å skape sine egne romlige løsninger:

“[...] how they actively produce economic spaces and scales in particular ways (both directly and indirectly, consciously and unconsciously) as part of their own spatial fixes and thus how working class people’s spatial practices shape the location of economic activity and the economic geography of capitalism” (Herod 1997:25).

Arbeidere har interesse av å produsere det økonomiske landskapet på spesifikke måter for å sikre egen reproduksjon og overlevelse, og kapitalen alene former ikke den økonomiske geografien (Herod 2001).

En rekke studier etterfulgte Herods (1997) oppfordring til analyser som inkluderte arbeideres forsøk på å forme det økonomiske rom. Ett tiår senere kritiserte Castree (2007) mangelen på teoretisering og spesifisering av aktørskap i arbeidsgeografi. Han mente aktørskap var blitt en betegnelse som ble brukt for vidt. Analysene av arbeideres aktørskap ble ofte basert på enkeltstående caser av suksesshistorier, uten en følgende grundig teoretisk undersøkelse av selve begrepet aktørskap (Castree 2007). Analysene omfattet ofte kollektivt organiserte forsøk på å forme den økonomiske geografien i industrielle sektorer i industrialiserte land (Castree 2007, Coe & Jordhus-Lier 2010), og førte til en noe snever forståelse av aktørskap: ”one which was primarily conceived of in terms of collective, organised labour activism and formally institutionalised trade unions and workers’ collectives” (Carswell & De Neve 2013:63). Andre former for arbeideres aktørskap har dermed ofte blitt oversett (James & Vira 2012). Geografer har i senere tid begynt å studere aktørskap i dets forskjellige former, både med tanke på mindre organiserte og kollektive former for aktørskap og blant arbeidere i ulike geografiske områder (se for eksempel Rogaly 2009, James & Vira 2012). I tillegg blir nye sektorer, organisasjonsmåter, handlingsdomener og strategier nå i større grad studert for å forklare arbeideres aktørskap (Coe & Jordhus-Lier 2011).

Både Rogaly (2009) og James og Vira (2012) som undersøker arbeideres individuelle aktørskap i India, viser til Castree et al (2004:159-160) sin forståelse av aktørskap som: “the intention and the practice of taking action for one’s own self-interest or the interests of others”. Arbeidere har evne til å handle, til å forandre, til å utfordre og til å stå i mot (Castree et al 2004). Definisjonen til Castree et al (2004) rommer både kollektiv og individuelt aktørskap siden utøvelse av aktørskap både kan være med formål om å bedre egen situasjon

og/eller andres. Mens Herod anså arbeideres aktørskap i lys av endringer i kapitalismens geografi, ser Rogaly (2009) aktørskap også i lys av mindre handlinger arbeidere utfører for å forbedre egen og andres situasjon og hvordan disse handlingene kan skape små hverdagslige forandringer i arbeidernes liv. Forandringene arbeidere evner å skape trenger ikke å være synlige for andre, og strategier og handlinger arbeidere foretar for å forbedre egen hverdag kan skjue på lavmælte og nesten ikke-synlige måter (Rogaly 2009). Arbeidernes aktørskap trenger derfor ikke å sette dype spor i den økonomiske geografien, men deres handlinger, blant annet i form av valg av arbeidsgiver, kan påvirke organiseringen av kapitalisme:

”Workers’ everyday and micro-level practices are replete with agency that has ramifications for the wider structuring of the economy. When a worker decides to migrate or not, to start a garment job or not, or to swap factories or not, they are considering their own interests and acting on them, and this agency itself has far-reaching impacts on the organization of capitalism and its labour processes” (Carswell & De Neve 2013:64).

For å kunne forklare arbeideres aktørskap mener jeg det er viktig å inkludere mindre synlige strategier og handlinger som arbeidere foretar seg for å gjøre små forbedringer i egen hverdag og situasjon. Ifølge min forståelse har Castree et al (2004) sin definisjon av aktørskap et tyngdepunkt i hva arbeidere selv vektlegger som viktig å forsøke å endre, og da er det nødvendig å inkludere slike mindre synlige strategier. Jeg ønsker å undersøke sykepleiernes intensjoner og handlinger som finner sted innenfor den produktive sfæren, og da i ansettelsesforholdet. I likhet med Carswell og De Neve, anser jeg likevel at handlinger som foretas innenfor den produktive sfære, kan ha sitt rasjonale utenfor den produktive sfære: ”The sorts of decisions people make regarding employment are deeply embedded within people’s wider livelihood strategies, which in turn are shaped by concerns about the social reproduction of individuals, households and communities” (2013:64).

2.1.1 Resiliens, omarbeiding og motstand

For å definere tydeligere hva som blir ansett som aktørskap, har Cumbers et al (2010) og Coe og Jordhus-Lier (2011) tatt til orde for å bruke Katz (2004) sine distinksjoner mellom handlinger av resiliens (”resilience”), omarbeiding (”reworking”) og motstand (”resistance”).

I sin studie av hvordan barn, hushold og lokalsamfunn i Sudan og New York responderer på økonomisk restrukturering og nyliberal kapitalisme, ønsker Katz å gå bort fra å se alle handlinger som opposisjonell motstand: ”We cannot understand oppositional

practice or its possible effects if we consider every autonomous act to be an instance of resistance” (2004:242). Hun deler derfor materielle sosiale praksiser inn i tre overlappende kategorier. Resiliens omhandler autonome hverdagslige handlinger som individer og grupper foretar for å mestre og overleve situasjonen de er i, som for eksempel gjennom å mobilisere sosiale nettverk. Disse handlingene søker ikke å utfordre de eksisterende sosiale relasjonene, men finner sted innenfor disse relasjonene. Omarbeiding viser til menneskers handlinger for å skape mindre forbedringer hvor handlingene er bevisste forsøk på å omarbeide undertrykkende og urettferdige forhold, for eksempel ved å forsøke å skape bedre fordeling av makt eller ressurser. Til forskjell fra resiliens, innehar omarbeiding en større grad av bevissthet: ”Projects of reworking tend to be driven by explicit recognition of problematic conditions and to offer focused, often pragmatic, responses to them” (Katz 2004:247). Fremdeles foretas handlingene innenfor et eksisterende system, men handlingene utfordrer systemet på dets egne premisser: “[..] their interests are not so much in challenging hegemonic power as in attempting to undermine its inequities on the very grounds on which they are cast” (Katz 2004:247). Motstand henviser til handlinger som utfordrer de kapitalistiske sosiale relasjonene direkte: ”practices of resistance draw on and produce a critical consciousness to confront and redress historically and geographically specific conditions of oppression and exploitation at various scales” (Katz 2004:251). Motstand er langt mindre vanlig enn de to forannevnte grunnet bevissthetsbyggingen som kreves og dets eksplisitte opposisjonelle karakter (Katz 2004). Resiliens, omarbeiding og motstand er overlappende og gjensidig understøttende, og grunnlaget for sterkere responser dannes ofte av handlinger av resiliens og omarbeiding. Terminologien til Katz tar utgangspunkt i menneskers handlinger, mens Coe og Jordhus-Lier (2011) omtaler resiliens som mestringsstrategier, omarbeiding som strategier for å endre systemet på dets egne premisser, for eksempel for å bedre vilkår og betingelser, og motstand viser til strategier som endrer spillereglene. Omarbeiding og motstand blir av dem ansett for å være mer direkte knyttet til arbeideres aktørskap, da de er interesserte i strategier som skifter kapitalistens ”status quo” i arbeideres favør (2011:216). Mens både handlinger av resiliens og omarbeiding kan utføres av individer, har handlinger av motstand en mer kollektiv karakter hvis motstand har som hensikt å endre ”status quo” i relasjonen mellom arbeidere og kapital.

Coe og Jordhus-Lier (2011) påpeker klarheten i om terminologien til Katz faktisk refererer til intensjoner eller konsekvenser av arbeideres aktørskap. I forlengelsen av dette er det også klarhet i hvorvidt motstand må resultere i substansielle, transformative endringer for å falle innunder denne kategorien. Katz (2004) omtaler for eksempel individers ulovlig

bruk av et område ment for et større bomullsprosjekt som beitemark, som motstand: "[..] I consider the illicit grazing to be resistance because people understood it as a means to redirect the flow of resources to them in a way that deliberately undermined the success of the agricultural project" (2004:253). I hvorvidt det er opposisjonell motstand, virker Katz mindre overbevist siden det mangler den opposisjonelle bevisstheten: "[..] the consciousness that inspired illicit crop consumption might have been more resentful and angry – or even just more pragmatic – than "oppositional." And if resistance is to be more durable and broadly effective, something more than anger should drive it: a vision of what else could be" (2004:253). Cumbers et al (2010) operasjonaliserer Katz terminologi til en lokal kontekst. I denne studien av individer og hushold som er frakoblet arbeidsmarkedet, undersøkes de kreative praksiser som foretas i møte med økonomisk restrukturering og deindustrialisering i Glasgow. Forskerne finner alle tre kategorier i informantenes responser til arbeidsledighet og dårlige boforhold, men det kunne ikke konkluderes om det som på studiens tidspunkt ble ansett som motstand ville resultere i transformativ endringer.

I de studiene som benytter Katz sine distinksjoner i analyser av aktørskap (se Simpsons 2011, Carswell & De Neve 2013, Sportel 2013, Lund-Thomsen 2013, Pereira 2014, Warren 2014, Berntzen 2015), blir begrepene brukt ulikt. For eksempel plasseres kokosnøttplukkeres arbeidsmobilitet i søken etter høyere lønn i et uorganisert arbeidsmarked i India som resiliens (Sportel 2013). Berntzen (2015) plasserer derimot arbeidsmobilitet blant EU-migranter i det nederlandske arbeidsmarkedet som omarbeiding fordi det krever en bevissthet rundt maktskjevheter i ansettelsesforholdet. Simpsons (2011) som studerer aktørskap blant korttidsmigranter deltagelse i organisert arbeidsmigrasjon til sesongarbeid innenfor britisk landbruk, plasserer arbeidsmobilitet i kategorien motstand. En gruppe ukrainere som plukket jordbær på akkordbetaling, måtte plukke de resterende jordbærene som var igjen etter at en arbeidsgruppe allerede hadde plukket. De var misfornøyde fordi det betød færre bær og dermed mindre lønn. De tok dette opp med de rekrutteringsansvarlige for sesongarbeidet, og fikk deretter flytte over til en annen gård. Simpsons (2011) konseptualiserer dette som motstand fordi det viser hvordan denne gruppen arbeidere overkom begrensninger av en innskrenket arbeidsmobilitet og utøvet aktørskap for å utfordre og forbedre sine arbeidsforhold, forhold som de selv var bevisste om. Bevisstheten om egne arbeidsforhold representerer da for Simpsons (2011) en sterk grad av opposisjon, som er nødvendig for å kunne kalle det motstand ifølge Katz (2004). Det fremgår dermed i hennes analyse at transformativ endringene anses fra et individs perspektiv. Hvis man ser denne hendelsen i lys av Coe og Jordhus-Lier (2011) sin bruk av Katz typologi, vil ikke denne

hendelsen nødvendigvis føre til endringer av spillereglene mellom arbeidere og kapital som blir koblet til motstand og hva som anses som transformative, substansielle endringer.

Carswell og De Neve (2013) finner resiliens og omarbeiding blant arbeidere i tekstilindustrien i India. Handlinger av resiliens blir funnet blant kvinner, som tar lavere betalt arbeid eller arbeid nærmere der de bor for å balansere kravene fra reproduktiv og produktiv sfære. Kjønn, alder og kaste spiller inn på deres valg, og det transformative potensialet i dette aktørskapet blir innskrenket av slike strukturelle hindre. Omarbeiding finner de blant menn som søker å omarbeide forholdene de jobber under, der de velger akkordbetaling fremfor skiftarbeid og å jobbe under en kontraktør fremfor et internasjonalt selskap. Det gir større fleksibilitet i arbeidsforholdet og selv om de ikke får de beste vilkårene, så er det arbeidsforhold som passer inn i deres liv. Men dette aktørskapet er sjeldent progressivt eller transformativt fordi det ikke utfordrer "status quo" mellom kapital og arbeidere i industrien.

Jeg ønsker å undersøke svenske sykepleieres aktørskap gjennom resiliens, omarbeiding og motstand. Resiliens anser jeg for å være handlinger arbeidere tar for å klare situasjonen de er i, uten og aktivt forsøke å forbedre denne situasjonen. Omarbeiding, forstår jeg i likhet med Cresswell og De Neve (2013) til å være forsøk på å endre forholdene arbeidere jobber under ved å ta bevisste valg rundt for hvem og for hva arbeidere velger å jobbe for. Handlinger av motstand anser jeg for å ha en mer direkte opposisjonell bevissthet og forsøk på å endre maktrelasjonene mellom kapital og arbeidere.

2.1.2 Aktørskap fundert i strukturelle og kontekstuelle forhold

Arbeideres aktørskap er ikke autonomt, men relasjonelt. Arbeidere står ikke fritt til å forme det økonomiske landskapet selv, og deres aktørskap varierer med ulike økonomiske strukturer og politiske prosesser arbeiderne er situert i (Jordhus-Lier 2012). For å favne det relasjonelle aspektet ved arbeideres aktørskap, må arbeideres posisjonaltet undersøkes og potensialet for arbeideres handlinger i å skape endringer må derfor bli sett i relasjon både til: "the formations of capital, the state, the community and the labour market in which workers are incontrovertibly yet variably embedded" (Coe & Jordhus-Lier 2011:214). Potensialet for arbeideres aktørskap vil avhenge av kontekst, både i henhold til tid og sted, og hvilken bransje arbeidere befinner seg i. For å forklare sykepleiernes aktørskap, vil jeg derfor fokusere på staten, både som regulativ instans og arbeidsgiver for sykepleiere i offentlig

sektor. Forskjeller i disse strukturelle forholdene mellom Norge og Sverige vil også være viktig for å forklare hvorfor svenske sykepleiere velger å dra til Norge for å arbeide.

For arbeidere i offentlig sektor innehar staten mange roller vis-à-vis arbeidere, både som en demokratisk institusjon, tjenesteyter, regulativ instans og som arbeidsgiver. Som en demokratisk institusjon skiller staten seg ut fra firmaer i markedet som styres mer av profitt og tap: "[...] whereas capitalist employers' raison d'être is their ability to generate profit, capitalist state employers are subject to a complex web of interdependencies among bureaucratic institutions, political legitimacy, and electoral uncertainty" (Jordhus-Lier 2012:428). Det finnes også forskjeller i henhold til målet for produksjon. I offentlig tjenesteproduksjon, som helse og utdanning, blir økonomiske midler brukt i produksjonen med bruksverdi som hovedmål. Samtidig utfordrer innføringen av markedsbaserte prinsipper inspirert av NPM i offentlig sektor, og tilhørende fokus på kvalitetsforbedring og brukerorientering, dette skillet mellom offentlig og privat sektor (Jordhus-Lier 2012). Mange offentlige ansatte er både produsenter og konsumenter av offentlige tjenester, og deres lønninger blir betalt av statlige midler, ofte generert av skattelegging av befolkningen. For å ha geografisk nærhet til brukere, har offentlig tjenesteproduksjon behov for lokal forankring. Det betyr at offentlige arbeidere ofte kan ytre sine krav uten trussel fra arbeidsgiver om relokalisering. For ansatte i helse og basistjenester, kan stater definere disse som "essensielle tjenester" og dermed juridisk forhindre muligheten arbeidere har til å streike (Jordhus-Lier 2012). Staten regulerer også arbeidsmarkedet, og forholdet mellom stat og arbeidsmarkedet blir i tillegg regulert av lover og diskursive praksiser (Jordhus-Lier 2012). Hvem som får adgang til det nasjonale arbeidsmarkedet, i form av immigrasjonskontroll og utstedelse av arbeidstillatelser er også under statlig kontroll.

2.2 Makt

Både arbeidere og kapital er innskrenket i sitt aktørskap av faktorer som historie, geografi og strukturer (Coe & Jordhus-Lier 2011). Arbeideres handlingsrom formes av konteksten de handler i, og hvilke faktiske effekter arbeideres handlinger får, beror på hvilke forhandlingsmakt arbeiderne besitter gjennom sitt aktørskap. Silver (2003) refererer til Wrights (2000) differensiering mellom strukturell og organisatorisk makt. Strukturell makt er makt arbeidere kan besitte i kraft av sin posisjon i økonomiske strukturer, og Wright (2000) differensierer videre mellom to ulike typer for strukturell makt. For det første kan arbeidere påvirke det økonomiske landskapet ved å bruke den strukturelle makten som kan ligge i

arbeidsmarkedets tilbud og etterspørsel av arbeidskraft. Arbeidere med ettertraktede ferdigheter i en organisasjon eller i et arbeidsmarked vil slik ha større strukturell makt enn arbeidere som er lettere erstattelige, og denne makten kan brukes individuelt og kollektivt. Den andre typen strukturell makt kan resultere fra en gruppe arbeideres strategiske lokalisering innenfor industriell sektor, hvor arbeideres kollektive handlinger ved ett punkt i en verdikjede kan skape store konsekvenser for produksjonen som et hele. Organisatorisk makt er makt arbeidere kan besitte gjennom kollektiv organisering, som for eksempel gjennom å etablere og ta del i fagforeninger og sivilsamfunnsorganisasjoner. Hvis arbeidere greier å omforme moralske krav på arbeidsplassen til å gjelde generelle sosiale krav i samfunnet, kan de besitte symbolsk makt. Symbolsk makt er en del av organisatorisk makt (Webster et al 2008). Strukturell og organisatorisk makt er ikke gjensidig utelukkende, så organiserte arbeidere med ettertraktede ferdigheter kan ha enda mer makt enn uorganiserte fagarbeidere (Webster et al 2008). Å inkludere makt i analysen av aktørskap er viktig for å kunne forklare muligheten for arbeidere til å oppnå de mål de har satt for seg. Jeg vil derfor benytte disse maktbegrepene for å belyse hva slags type makt sykepleierne trekker på i sitt aktørskap og hva de oppnår.

2.3 Å migrere for arbeid

Å migrere, "movement across space" (Castree et al 2004:185) kan være en essensiell del arbeideres aktørskap: "[...] workers use physical movement as a proactive geographical strategy" (Castree et al 2004:186). Migrasjon er et tosidet fenomen, hvor det å migrere enten kan fremstå som en nødvendighet eller som et frivillig valg. For noen arbeidere fremstår migrasjon som eneste løsning til for eksempel å komme seg ut av fattigdom eller bort fra forfølgelse, der det finnes få andre alternativer til å bedre egen situasjon uten å migrere. Deres aktørskap er derfor av mer reaktiv natur (Castree et al 2004). For andre igjen er migrasjon et frivillig valg hvor mobilitet er en proaktiv geografisk strategi for å bedre visse aspekter ved sin egen situasjon, enten det være seg å bedre lønninger, egne ferdigheter eller jobbmuligheter. Deres aktørskap er derfor proaktivt. Migranter som velger å migrere har større muligheter til å utøve sitt aktørskap enn de som er tvunget til det (Castree et al 2004).

I valget om å migrere må personer overveie hva som forlates i hjemlandet mot hva som kan oppnås i mottakerlandet. Valget om å migrere er derfor avhengig av de spesifikke forholdene ved landet og stedet im/migranten bor og de spesifikke forholdene i mottakerlandet (Castree et al 2004). Kunnskap om disse forholdene er en del av aktørskapet

som ligger i å migrere for arbeid (Rogaly 2009). Faktorene som spiller inn i overveielser om å migrere kalles ofte push- og pullfaktorer, og disse speiler gjerne hverandre. Forholdene og omstendighetene i mottakerlandet som tiltrekker og tilrettelegger for migrasjon til landet, kalles pullfaktorer. Forholdene og omstendighetene som oppfordrer til å dra fra hjemlandet, kalles pushfaktorer (Kingma 2006). Kingma identifiserer følgende pushfaktorer i internasjonal sykepleiermigrasjon som er spesielt linket til helsesystemet i hjemlandet:

”[...] poor remuneration and salaries, lack of job satisfaction, work-associated risks [...], lack of resources to work effectively, economic instability, high workloads, poor management and leadership, discrimination, corruption, professional isolation, lack of further education, and the absence of career development opportunities” (2006:20).

Hun mener at uavhengig hvor sterke pullfaktorene fremstår, vil ingen substansiell migrasjon forekomme uten slike sterke pushfaktorer i hjemlandet. For sykepleiere kan pullfaktorer være for eksempel: ”[...] high remuneration, job satisfaction, safe work environment, better-resourced health systems, or professional development opportunities” (Kingma 2006:19). Pullfaktorer kan i tillegg bli styrket ved aktive rekrutteringsstrategier i mottakerlandet. Selv om økonomiske godtgjørelser blir antatt for å være den sterkeste push- og pullfaktoren, finnes det ingen konsensus på hvor sterkt hver faktor veier i avgjørelsen om å migrere. Hva som veier mest i avgjørelsen om å migrere kan også endres for den individuelle sykepleier over tid. I tillegg vil familiesituasjoner påvirke valget om å migrere (Kingma 2006).

For å forklare hvorfor svenske sykepleiere i et så stort omfang velger å migrere for arbeid i Norge, ønsker jeg å undersøke hvilke push- og pullfaktorer som påvirker deres valg.

2.3.1 Migrantarbeideres aktørskap

Migrasjon for arbeid har ofte blitt utelatt som et analysetema i studier av aktørskap i arbeidsgeografien (Castree 2007, Rogaly 2009). Castree et al (2004) hevder at grunnen til at få arbeidsgeografer diskuterer migrasjon er kompleksiteten ved migrasjon som omfatter mye mer enn arbeidsmigrasjon. For Castree (2007) er det mange spørsmål rundt arbeidsmigrasjon som ikke har blitt forsøkt besvart i arbeidsgeografi: ”[...] who goes where?, for what jobs?, for how long?, with what effects on source and destination zones?, and how, if at all, do labour migrants organize themselves collectively? — are not addressed with the vigour that questions relating to geographically ‘fixed’ workforces are” (Castree 2007:858). Rogaly (2009) mener det er en sterk tendens i arbeidsgeografi til å fokusere på bosatte immigranter i

de studiene som omfatter migrasjon. Det mener han har bakgrunn i et tradisjonelt syn i økonomisk geografi som har sett på kapitalen, det vil si bedrifter og firmaer, som mindre stedsbundet og med lettere mulighet til å flytte på seg. Arbeidere på sin side har blitt sett på som mer bundet til sted, og dermed langt mer immobile. Dette skillet mellom kapitalens og arbeidskraftens mobilitet, har derfor ført til at analyser som inkluderer migrasjon ofte omfatter migranter som har flyttet og blitt bundet til stedet de bosetter seg i mottakerlandet. Arbeidsmigranter som bare tidvis er mobile har ofte blitt utelatt i studier (Rogaly 2009).

Temporær arbeidsmigrasjon refererer til mennesker som krysser nasjonale eller sub-nasjonale grenser med en intensjon om å returnere. OECD definerer de som blir i mottakerlandet i mindre enn tre måneder, som korttidsmigranter (Castree 2004). For temporære arbeidsmigranter kan det midlertidige oppholdet både på en arbeidsplass og i et land legge føringer for hvordan deres aktørskap utøves (Berntsen 2015, Coe & Jordhus-Lier 2011). Coe og Jordhus-Lier (2011:217) mener mange av migranternes handlinger kan falle inn under handlinger av resiliens (Katz 2004), men at migranternes handlinger også har potensialet til å utvikles til omarbeidingsstrategier, og viser til Rogaly (2009:1984) ”unorganized migrant workers as subjects may still play a role in seeking, and obtaining, incremental and sometimes highly significant changes in microspaces of work and living, albeit it in a world dominated by capital”. Migrantarbeideres kunnskap om det lokale arbeidsmarkedet vil kunne påvirke muligheten arbeiderene har til å utvikle omarbeidingsstrategier (Carswell & De Neve 2013, Berntsen 2015). Det er viktig å inkludere et aspekt Coe og Jordhus-Lier (2012:220) kaller ”temporality of gains” i studier av migrantarbeideres aktørskap, da den midlertidige tilstedeværelsen kan begrense interessen i kollektiv organisering (Berntsen 2015) og institusjonelle endringer på sikt (Coe & Jordhus-Lier 2011). Effektene av deres handlinger kan derfor bli kortvarige (Rogaly 2009). For migrantarbeidere, sesongarbeider og midlertidige ansatte som oppholder seg i et land for en avgrenset periode, kan deres intensjon og handlinger for å bedre egen og andres situasjon derfor være ulike fra arbeidere som er mer fundert i arbeidsmarkedet. Det viser betydningen av å undersøke migrantarbeideres utøvelse av aktørskap på mikro-nivå. For å forklare svenske sykepleieres aktørskap i det norske arbeidsmarkedet, mener jeg det er viktig å undersøke forbindelsen mellom hva som fører dem til Norge og hvordan de manøvrerer i det norske arbeidsmarkedet.

2.4 Exit, voice og lojalitet

For å forklare aktørers reaksjon på misnøye over et firma eller en organisasjon, bruker Hirschman (1970) begrepene "exit", "voice" og "loyalty". Han mener disse begrepene er overførbare til ikke-økonomiske organisasjoner og situasjoner. Organisasjoner er avhengig av mekanismer som gir dem mulighet til å fange opp og respondere på medlemmers misnøye. Disse responsmekanismene er nødvendige for å forhindre en videre negativ utvikling for organisasjonen, da de gir organisasjoner mulighet til å undersøke bakgrunnen for misnøyen og deretter sette inn virkemidler som kan hindre videre negativ utvikling. Om ikke respons oppstår, kan misnøye kulminere i organisasjonens forfall. Medlemmer vil kunne uttrykke misnøye på ulike måter (Hirschman 1970).

Ved "exit" uttrykkes misnøyen ved at medlemmene forlater organisasjonen. Det kan da oppstå en nedgang i medlemskap, og ledelsen er dermed tvunget til å forsøke å korrigere årsakene til et synkende medlemstall. Ved begrepet "voice" uttrykker medlemmene av en organisasjon sin misnøye ved å ytre denne innad i organisasjonen. Når medlemmene velger å ytre misnøye innad i organisasjonen fremfor å forlate den, prøver de gjennom sin ytring å skape endringer. Å ytre misnøye innad kan dermed bli definert som alle forsøk på å forandre, heller enn å rømme fra organisasjonen. Ytringen kan skje både kollektivt og individuelt, og på ulike skalaer:

"[...] whether through individual or collective petition to the management directly in charge, through appeal to a higher authority with the intention of forcing a change in the management, or through various types of actions and protests, including those that are meant to mobilize public opinion (Hirschman 1970:30).

Å ytre misnøye innad innebærer ofte høyere kostnader for medlemmene, enn å trekke seg ut av organisasjonen. Selv om exit og voice i utgangspunktet er likeverdige alternativer som ethvert medlem i en organisasjon kan benytte seg av, dominerer ulike alternativer i ulike organisasjoner. Å ytre misnøye innad er mer fremtredende i basisorganisasjoner som stat og familie. I økonomiske organisasjoner er slik ytring av misnøye mindre framtredende. En kunde vil kunne være tilknyttet mange bedrifter, og tid brukt på å korrigere feil ved varer og tjenester overveier ofte forventede fordeler ved å ytre misnøye. Av den grunn er exit-alternativet her mer fremtredende. For organisasjoner vil derimot uttrykk for misnøye spille en større rolle. Exit vil være mer sannsynlig for bedrifter der relasjonen mellom kunde og bedrift er mindre substansiell (Hirschman 1970).

Exit og voice er riktignok ikke gjensidig utelukkende alternativer, men kan fungere som sekvenser i en strategi. Avgjørelsen om å forlate en organisasjon vil ofte bli tatt etter en vurdering av om kunders stemme vil bli hørt hvis kunden velger å ytre sin misnøye innad (Hirschman 1970). Hvis kunder tror deres ytring vil være effektivt vil valget om å forlate organisasjonen kunne bli utsatt. Hvis medlemmene ikke opplever at deres ytringer om misnøye innad blir hørt i organisasjonen, kan det å forlate den dermed være et uttrykk for misnøyen. Valget om å forlate organisasjonen vil ofte være siste utvei, siden kunden mister muligheten til å ytre misnøye innad. Mellom exit og voice ligger det også et valg som er trussel om exit, der trusselen brukes for å få misnøyen sin hørt av ledelsen (Hirschman 1970).

Lojalitet blir introdusert som et tredje element for å forstå under hvilke forhold medlemmer velger å forlate organisasjonen eller ytre misnøye innad. Lojalitet er en tilknytningsfaktor som påvirker valget mellom disse to alternativene. Når det finnes lojalitet mellom medlem og organisasjon, vil valget om å forlate være mindre sannsynlig. Valget om å ytre misnøye innad vil øke med graden av lojalitet. Når et medlem har sterk lojalitet til en organisasjon, vil medlemmet ofte søke måter for å gjøre seg påvirkningsdyktig, og den antatte påvirkningskraften vil påvirke forholdet mellom medlem og organisasjon og kunne føre til mer lojalitet (Hirschman 1970).

Jeg vil benytte Hirschmans begreper exit, voice og lojalitet for å undersøke hvilke strategier de svenske sykepleierne bruker for å vise misnøye, både for å forklare hvorfor svenske sykepleiere velger å migrere til Norge og hvordan de manøvrerer i det norske arbeidsmarkedet og bemanningsbransjens rolle i dette.

2.5 Bemanningsbransjen

For firmaer kan bruk av bemanningsbyrå gi ulike type fleksibilitet i organisasjon og produksjon. Bedriftens funksjonelle fleksibilitet blir forsterket ved at arbeidstakere får mange ferdigheter, som kan benyttes ved forskjellige type arbeidsoppgaver. Arbeidstakere får forsterket sin bedriftsspesifikke kompetanse (Ellingsæter 2009) og vil være rustet til skifte av arbeidsoppgaver internt i bedriften (Kalleberg 2001). Fleksibilitet i antall ansatte eller antall arbeidstimer kalles numerisk fleksibilitet (Ellingsæter 2009) og er et virkemiddel i møte med svingninger i etterspørselen på arbeidskraft forårsaket av for eksempel arbeidstopper, sesongsvingninger eller uforutsette endringer i etterspørsel (Nergaard et al 2011). Numerisk fleksibilitet kan nås ved bruk av deltids-arbeidere eller ansatte på tidsbestemte kontrakter ansatt direkte av firmaet, og eksternalisert arbeidskraft som bruk av innleie av arbeidskraft fra

bemanningsbyråer, eksterne kontraktører eller underleverandører (Kalleberg 2001, Ellingsæter 2009). Ved å bruke andre arbeidere enn de som utgjør kjernen av fulltidsansatte i bedriften, kan firmaer også oppnå kostnadsreduksjon (Kalleberg 2000, 2001). Bedriften kan da tilby arbeid på andre vilkår og kontrakter enn hva kjernen av arbeidere har (Ellingsæter 2009). Riktignok har det blitt påpekt at besparelsen i lønnskostnader faktisk ikke blir betydelig når kostnadene for bruk av bemanningsbyråets tjenester blir lagt til. Men fraværet av forpliktelser til å betale sosiale avgifter, feriepenger eller sykepenger gir firmaer betydelige besparelser (Coe, Jones & Ward 2010). Det antas at slike arbeidsgiverstrategier kan føre til økt segmentering i arbeidsmarkedet (Kalleberg 2003, Ellingsæter 2009).

Å bruke bemanningsbyråer kan senke firmaers rekrutteringskostnader, da ansvaret for å rekruttere og vurdere arbeidere blir overført til byrået. Det gir også mulighet til å redusere kostnader knyttet til feilansettelser ved å benytte strategien av "try and hire". Firmaet kan dermed vurdere den innleide i oppdragsperioden, og tilby fast stilling om vedkommende viser seg god nok. Om firmaet ikke ønsker å ansette vedkommende direkte etter endt oppdragsperiode, står firmaet uten forpliktelser ovenfor den innleide etter endt oppdrag (Coe, Jones & Ward 2010).

Å se på hvilke årsaker som ligger til grunn for at norsk helsesektor benytter seg av bemanningsbransjen kan gi kunnskap om samspillet som skapes mellom bemanningsbransjen og oppdragsgiverne, et samspill som sykepleierne må forholde seg til gjennom den triangulære arbeidsrelasjonen de inngår i.

2.5.1 Bemanningsbransjen fra arbeidstakers perspektiv

Hvilken betydning bemanningsbyråer har for arbeideres aktørskap og for arbeidsmigrasjon over landegrensar, er fremdeles lite belyst i arbeidsgeografi (James & Vira 2012, Coe, Jones & Ward 2010).

Å være arbeider i en triangulær arbeidsrelasjon kan føre til at arbeidere må tilfredsstille to arbeidsgivere, den juridiske arbeidsgiveren som er byrået og oppdragsgiver hvor arbeidet utføres (Coe, Jones & Ward 2010). Bemanningsbyråene har mulighet til å kontrollere og sanksjonere arbeidere:

"Within this multi-locational institutional space workers are subject to control and sanctions by the agency – through methods such as black listing, withholding of placements, dismissal, a promise of permanent work and records of performance on different assignments – as well as more traditional methods of control by the firm. The result is an intensifying of already

precarious employment which leaves temporary agency workers nearly bereft of structural power in the workplace” (Enright 2013:48).

Det er også usikkerhet og risiko knyttet til bemanningsbyråarbeid. Det kan ofte være kort varsel for nye oppdrag, arbeidere ikke har kontroll over hvilke oppdrag de takker ja til, og det kan ofte være mangel på stabilitet i antall oppdrag (Coe, Jones & Ward 2010).

Arbeidere erfarer bemanningsbransjen ulikt basert på ferdighetsnivå og markedsetterspørsel. Hvorvidt arbeidere gagnar fra det, avhenger blant annet av om de besitter overførbare ferdigheter (Kalleberg 2003). Frivillighet vil være en faktor som påvirker arbeidstakeres opplevelse av å være innleid arbeider. Arbeidsmarkedet for bemanningsbyråarbeid skaper en todeling av arbeidere: ”[...] those who are obliged to sell their labour to anyone at all an [sic] at any price in order to remain on the job markets and those who are able to choose to whom, when at what price they sell their labour” (Tiilikka & Palukka 2009:9). For arbeidere som heller ville ha hatt fast ansettelse, og arbeid i bemanningsbyrå er ufrivillig, vil det føre med seg mer arbeidsusikkerhet. Arbeidere med få ferdigheter i lavsegmenter av arbeidsmarkedet opplever ofte dårligere arbeidsforhold (Kalleberg 2003). For de som velger denne arbeidsformen frivillig kan det bety stor grad av fleksibilitet, og muligheten til å tilegne seg erfaring fra ulike arbeidsplasser. Å være en innleid arbeider, er ifølge Garsten (1999) en liminal posisjon, hvor arbeideren på samme tid står innenfor og utenfor den sosiale strukturen på et arbeidsted. Den liminale posisjonen er tvetydig, og kan både være positiv eller negativ og involvere risiko og muligheter for midlertidige ansatte. For den innleide kan det bety mindre makt og begrenset tilgang til organisatoriske ressurser hos oppdragsgiver. På den andre siden kan bemanningsbyråarbeid gi mulighet til å få erfaring fra å jobbe på ulike steder og å bevege seg mellom arbeidsplasser og tilhørende kollegaer. Det kan også gi mulighet til å forbli utenfor de sosiale relasjonene på en arbeidsplass, som fast ansettelse i større grad krever (Garsten 1999).

Å undersøke hvordan de svenske sykepleierne erfarer bemanningsbyråarbeid vil bidra til å forklare sykepleiernes aktørskap.

2.6 Balansen mellom arbeid og livet ellers

Studier av aktørskap i arbeidsgeografi har blitt kritisert for et manglende holistisk forståelse av arbeidere. Det har vært et sterkt fokus på ”[...] the employment aspect of a person’s or group’s life, as if this can be separated analytically and ontologically from their wider

existence (Castree 2007:859). Det har vært en tendens til å behandle den produktive sfæren der arbeidere utøver aktørskap som skilt fra den reproduktive sfæren. James og Vira (2012) mener det er et behov for å utvikle en mer holistisk tilnærming som også befatter sammenhengen mellom arbeideres aktørskap i den produktive og den reproduktive sfæren: "[...] that connects worker agency in the productive sphere to reproductive concerns and rationales across the work-home boundary" (2012:845). Lokale arbeidsmarkeder må derfor forstås som et rom for sosial reproduksjon, og ikke bare økonomisk. James og Vira (2012) mener arbeidsgeografi derfor burde inkludere debatten rundt balansen mellom arbeid og livet ellers.

En kilde til konflikt kan være opplevelsen av en ubalanse mellom tid brukt på lønnsarbeid og tid brukt på familieliv. Konseptet balanse mellom arbeid og liv ellers⁵ oppstod i konteksten av kvinnelige arbeidstakers konflikt mellom familie og karrierekrav. Nye konflikter har oppstått i tråd med arbeidstakers endrede forventninger til arbeidsinnsats og arbeidstid, sammen med arbeidstakers endrede forventninger til kvaliteten av fritid (Underhill 2005). Den opprinnelige kjønntilnærmingen i forskning på balansen mellom arbeid og livet ellers har dermed blitt utvidet til å omfavne en rekke ansettelseskarakteristikker som påvirker arbeidstakers mulighet til å oppnå en passende balanse mellom arbeidskrav og deres personlige prioriteringer (Underhill 2005). En slik balanse innebærer at arbeidere må disponere tiden de har til rådighet mellom produktiv og reproduktiv sfære for å kunne oppleve en harmoni i kombinasjon mellom arbeid og livet ellers. I bred forstand defineres balanse mellom arbeid og liv som "satisfaction and good functioning in both spheres with minimum role conflict, maintaining overall sense of harmony in life" (Clark 2000:751). Balanse mellom arbeid og livet ellers blir av Underhill definert til å være: "[...] the opportunity of all workers to participate in non-work activities in a way which accommodates their personal needs through the life-cycle" (2005:31). Denne definisjonen rommer mer enn familiære forpliktelser.

2.6.1 Grensekryssere

For å forstå balansen mellom arbeid og livet ellers presenterer Clark (2000) en teori om mennesker som grensekryssere i de to ulike domenene arbeid og liv kalt "work/family border

⁵ Ved bruk av ordet liv heller enn familie inkorporeres også de som ikke lever i et familieliv, men som også ønsker å skape en god balanse mellom tid disponert til arbeid og tid disponert til ulike aktiviteter utenom arbeid (Underhill 2005), og jeg velger derfor å benytte meg av begrepet balanse mellom arbeid og livet ellers.

theory” (2000:747). Med teorien forsøker hun å forklare hvordan individer håndterer grensene mellom de ulike domenene for å oppnå ønsket balanse. Domenene arbeid og familie påvirker hverandre, og blir formet av og former menneskene som krysser grensene mellom dem:

”People are border-crossers who make daily transitions between two worlds - the world of work and the world of family. People shape these worlds, mold the borders between them, and determine the border-crosser’s relationship to that world and its members. Though people shape their environments, they are, in turn, shaped by them” (Clark 2000:748).

Grensene konstitueres av ulik atferd knyttet til de ulike domenene: ”Borders are lines of demarcation between domains, defining the point at which domain-relevant behavior begins and ends” (Clark 2000:756). Det skilles mellom tre ulike former grensene kan ta, fysiske, temporære og psykologiske. Arbeidsplassens eller hjemmets vegger er eksempler på fysiske grenser som avgrensner hvor ulik atferd tilknyttet de ulike domenene blir tatt i bruk. Arbeidstid er et eksempel på temporære grenser som avgjør når tid kan bli brukt i de ulike domenene. Grensene rundt hvilke tankesett, atferd og følelser som anses riktig av individene å vise i et domene, men ikke den andre, kalles psykologiske grenser. Psykologiske grenser blir i stor grad formet av individene selv. Samtidig kan fysiske og temporære grenser formet av individene bidra til å forme de psykologiske grensene (Clark 2000:756). En annen karakteristikk ved grenser er gjennomtrengelighet, altså hvordan elementer som konstituerer det ene domenet entrer det andre. Temporære og fysiske gjennomtrenginger blir oftest opplevd som forstyrrende, slik som å bli beordret på jobb, pålagt overtid og å få jobbtelefoner i egen fritid. Den vanligste opplevde psykologiske gjennomtrengningen er at følelser og atferd knyttet til domenet arbeid følger inn i hjem-domenet. En annen karakteristikk ved grenser er om hvorvidt grensene mellom de ulike domenene er fleksible. Den temporære grensen mellom hva som utgjør sfærene arbeid og liv har stor grad av fleksibilitet når individer selv kan bestemme sin arbeidstid (2000:757). Styrken av grensene kan være ulik, avhengig av om grensen bare tillater gjennomtrengning fra det ene domenet til det andre, og ikke motsatt. Et eksempel på hvordan styrken på grensene kan differensieres er når individer må være fleksible i sitt hjem-domene fordi arbeidet deres krever det, som ved pålagt overtid som kan medføre behov for barnepass. Samtidig tillater ikke arbeidet dem å vise like stor grad av fleksibilitet når noe kreves i hjem-domenet, som ved å være hjemme grunnet sykt barn eller få fri for å delta på avslutninger.

I teorien til Clark fremheves proaktivitet i hvordan mennesker krysser og forsøker å forme grensene mellom de to ulike domenene. Domenene kan sjeldent formes helt fritt, men visse aspekter ved dem kan formes av menneskene som daglig beveger seg mellom de to. I tillegg til individene selv, formes også grensene av andre medlemmer av domenet og hva Clark kaller "border-keepers" (2000:761). "Border-keepers" er de som har større definisjonsmakt over hva som utgjør grensene rundt domenet, som for eksempel sjefer eller samlivspartnere. En hovedkilde til konflikt mellom arbeid og livet ellers er uenighet om grensene: "Not only is there disagreement between individuals about borders, including how flexible and permeable they are or should be, there is also disagreement about what constitutes each domain" (Clark 2000:761). Domenene og de konstituerende grensene og broene mellom domenene forhandles og håndteres, og de blir forsøkt formet av grensekrysserne for å oppnå ønsket balanse mellom arbeid og familie. Jeg ønsker å bruke Clarks teori om grensekryssere for å undersøke hvordan sykepleiere kan forsøke å forme grensene for å oppnå en bedre balanse mellom domenene arbeid og liv ved å dra til Norge, og hvordan det kan skape konflikter i møte med arbeidsgivere i Norge.

2.7 Oppsummering

Det teoretiske rammeverket startet med en gjennomgang av arbeidsgeografiens aktørskap. Potensialet for arbeidere til å skape egne romlige løsninger ble inkludert som en forklaringsfaktor i utformingen av kapitalismens geografi, og i arbeidsgeografiens startfase ble aktørskap fremstilt gjennom suksessfulle kollektive strategier i undersøkelsen. Hvordan aktørskap blir studert har endret seg i den senere tid og omfavner nå i større grad også mindre kollektive former for aktørskap og i andre sektorer enn industri. Aktørskap er aldri helt autonomt, og det må sees i relasjon til videre økonomiske strukturer og politiske prosesser. Distinksjonene mellom handlinger av resiliens, omarbeiding og motstand kan bli sett på som en grunnlinje for å undersøke arbeideres aktørskap. Å migrere for arbeid kan være en proaktiv romlig strategi for å skape forbedringer i arbeideres liv. Avgjørelsen om å migrere vil være fundert i spesifikke forhold i avsender- og mottakerlandet. For korttidsarbeidsmigranter vil aktørskapet de utøver i mottakerlandet kunne ha andre motiver enn å skape langvarige og institusjonelle endringer.

Arbeideres misnøye kan bli uttrykt ved å ytre misnøye innad eller ved å forlate organisasjonen, eller i dette tilfellet arbeidsgiver eller arbeidsmarked. Lojalitet er en faktor som spiller inn på hvordan arbeidere vil vise sin misnøye. I arbeideres romlige mobilitet, kan

bemanningsbransjen spille en viktig rolle. Bransjen har fått en økende tilstedeværelse i vestlige arbeidsmarkeder gjennom de- og rereguleringer av arbeidsmarkeder. For arbeidere i lavsegmenter av arbeidsmarkedet vil ansettelse i bemanningsbyrå kunne medføre stor arbeidsusikkerhet, mens det for arbeidere med ettertraktede overførbare ferdigheter vil kunne gi større kontroll over egen arbeidstid og bidra til en bedre balanse mellom arbeid og liv.

Å inkludere konseptet balansen mellom arbeid og livet ellers i studier av aktørskap gir en mer holistisk forståelse av arbeideres aktørskap. Arbeidere kan forsøke å skape en balanse mellom det reproduktive og det produktive domenet gjennom et aktivt forsøk på å forme og styrke hva som utgjør grensene rundt det respektive domenet. Dette gjøres heller ikke autonomt. Andre enn arbeideren i domenenene kan ha mer definisjonsmakt i hva som utgjør grensene.

3 Bakgrunnskapittel

Kapittelet tar for seg de kontekstuelle forholdene som arbeidsmigrasjon av svenske sykepleiere til norsk helsesektor må analyseres i lys av. Kapitlet vil starte med en kort gjennomgang av "new public management", som har preget utarbeidelsen av reformer i både svensk og norsk helsesektor. Videre vil viktige endringer i den arbeidsmessige konteksten for sykepleiere i Sverige bli fremlagt, både i form av reformer som har blitt introdusert på ulike myndighetsnivåer, og utviklingen mot et desentralisert forhandlingsystem i den svenske sykehussektoren. Deretter vil den institusjonelle utviklingen i norsk helsesektor bli presentert, og hvordan utviklingen i norsk forhandlingsystem bærer et preg av sentralisert desentralisering. Til slutt vil det gis oppmerksomhet til omfanget av arbeidsmigrasjonen av svenske sykepleiere til det norske arbeidsmarkedet.

3.1 New public management

Mange vestlige land har siden 1980-tallet opplevd en økt kostnadsøkning i offentlig helsesektor, i tillegg til større budsjettmessige begrensninger. Kostnadsøkningen har ikke vært i samsvar med en like stor økning i produksjon (Kjekshus 2003). Responsen på denne utfordringen har for mange land vært å innføre fornyelsesreformer i offentlig helsesektor. På 1980- og 1990-tallet ble slike reformer i mange vestlige land utarbeidet med prinsipper i "new public management" (NPM) for å øke effektivitet og bedre styring. Begrepet "new public management" ble først tatt i bruk av Hood (1991). NPM er en samlebetegnelse for et sett av ideer, teorier og modeller hvor hovedpoengene er basert på ideale markedsmodeller i privat sektor. Slike ideale markedsmodeller i privat sektor er forbilder i styringsideologiene som preger slike reformer i offentlig sektor, og legges til grunn for styring og organisering av offentlig sektor (Lian 2003:124). I henhold til NPM bør offentlig sektor være preget av resultatorientering, der allokering av ressurser skal være tydelig bundet opp mot resultater (Hood 1991). Det skal være satt tydelige krav til resultater, og målsettingene skal være tydelige. En oppdeling og desentralisering av større offentlige organisasjoner til mindre håndterbare enheter med klare ansvarsområder vil være mer effektivt, i tillegg til å skille mellom offentlig tjenesteproduksjon og politisk ledelse. Å skape interne markeder mellom offentlige tjenesteproduksjonsheter vil kunne skape konkurranse og føre til bedre kvalitet og lavere kostnader i produksjonen. Konkurransutsetting av offentlige tjenester til privat

sektor og privatisering av deler av offentlige oppgaver vektlegges også i NPM. Offentlig sektor bør være ressurseffektive og ha en klar profesjonell ledelse med tydelig ansvarliggjøring av handlinger. Å bruke nye styrings- og ledelsesformer basert på privat sektors suksess med utvikling av teorier og verktøy for ledelse og styring, vil være nyttig for offentlig ledelse, sammen med HR-prosedyrer som rekrutteringssystemer og insentivsystemer, på samme måte som i privat sektor (Lian 2003).

Omfanget av prinsippene i NPM som har vært implementert i offentlige helsereformer, varierer fra land til land. På bakgrunn av den nasjonale konteksten i ulike land, vil forskjellige elementer av NPM bli tatt i bruk for å tilpasse moderniseringsreformer til den eksisterende konteksten. Mens Sverige var tidlig ute med å eksperimentere med markedsorienterte reformer, var Norge mye senere ute med å introdusere slike reformer i helsesektoren.

3.2 Sverige

Sverige har i dag omtrent 121000 sykepleiere. I 2008 var andelen 1100 sykepleiere per 100000 innbyggere. Andelen sykepleiere per innbygger er lavere enn i Norge, men høyere enn gjennomsnittet i EU. Den svenske helsesektoren er organisert på forskjellige nivåer. Nasjonalt sett har Sosialdepartementet det overordnede ansvaret for helsetjenestene i Sverige. De nasjonale myndighetene har gått bort fra en detaljert regulering av helsetjenestene, og det politiske ansvaret er overført til landsting og kommuner. Desentraliseringen av drift og finansiering av helsetjenester startet tidlig på 1980-tallet, med mål om å gi bedre samsvar mellom drift og helsetjenester tilbudt til de lokale behovene (Diderichsen 1995). Ansvaret for driften av de om lag 70 sykehusene er tillagt regionalt nivå ved de 21 landstingene (fylkene), pluss to regioner. I tillegg finnes det syv universitetssykehus i seks medisinske regioner. To av disse var frem til 1980 statlig eid, men ble overført til regionalt nivå (Anell, Glenngård og Merkur 2012). Landstingene finansierer sykehusene gjennom lokale skatter, der satsene blir satt lokalt. For å utjevne geografiske og demografiske forskjeller som står utenfor landstingenes kontroll, blir i tillegg statlige midler overført til ulike landsting (Iversen 2012). Kommunene har ansvar for helsetjenester som hjemmetjeneste og sykehjemdrift (Anell, Glenngård og Merkur 2012). Sverige er sammen med Finland det mest desentraliserte land i Norden i form av finansiering og drift av helsetjenester (Iversen 2012). Desentraliseringen gir landstingene stor frihet i finansieringen av sykehusdriften, noe som resulterer i stor variasjon i hvordan de forskjellige sykehusene blir finansiert (Iversen 2012:15).

3.2.1 Reformen i svensk helsesektor

Sverige blir regnet som en av pionerne i Europa når det gjelder eksperimentering med markedsorienterte reformer i offentlig sektor. Sverige introduserte slike reformer i offentlig helsesektor allerede på slutten av 1980-tallet, og reformperioden i Sverige var særlig tydelig på slutten av 1980-tallet og begynnelsen av 1990-tallet.

For å hindre at mer markedsorienterte reformer ville nå den politiske agendaen, begynte den sittende sosialdemokratiske regjeringen på 1980-tallet å innføre desentralisering og reformer for å øke tjenesteorientering i velferdsstaten. En tydelig kritikk hadde kommet innad i partiet om at regjeringen ikke gjorde nok for å reformere den offentlige sektoren. Sosialdemokratene hadde sittet med makten siden 1982, med unntak av perioden 1991-1994, og dette ansvarliggjorde sosialdemokratene for problemene i offentlig sektor. De kunne dermed ikke avvise NPM-agendaen som et ideologisk angrep på velferdsstaten, og det utviklet seg en diskurs som så NPM som en mulighet for billigere og bedre offentlige tjenester (Green-Pedersen 2002). Da en ikke-sosialistisk regjering ble valgt frem i 1991, var Sverige hardt rammet av finanskrisen. Krisen satte fart på reformene, og under denne regjeringen ble reformene mer markedsbaserte. Da sosialdemokratene ble valgt tilbake, fortsatte de å reformere offentlig sektor.

Den politiske debatten om NPM på nasjonalt nivå påvirker lokale politikere villighet til å implementere markedsbaserte reformer (Green-Pedersen 2002). Som følge av Sveriges politiske desentralisering, er det store variasjoner blant landstingenes helsesektororganisering (Iversen 2012). Noen markedsorienterte reformer har blitt implementert på nasjonalt nivå, men flertallet av reformer har blitt ført frem av de ulike landstingene i deres geografiske områder (Harrison & Calltorp 2000). For å øke produktiviteten har en gradvis overgang fra rammefinansiering til finansieringssystem basert på diagnoserelaterte grupper (DRG) vært et generelt utviklingstrekk blant landstingenes reformer. Pasienter blir gruppert i henhold til diagnoser, og finansieringen av de forskjellige diagnoserelaterte gruppene (DRG) blir bestemt ved gjennomsnittlig beregning av kostnaden ved sykehusinnleggelse (Lian 2007), og systemet gjorde sykehusene ansvarlige for kostnader og inntekter (Dalen, Grytten & Sørensen 2002). For å øke effektiviteten introduserte og eksperimenterte flere landsting med reformer som skulle skape interne markeder gjennom bestiller-leverandør reorganisering. Styret med politiske representanter kjøper dermed helsetjenester fra ulike leverandører, også offentlige, som må konkurrere med hverandre. Skapelsen av interne markeder skulle utsette

sykehusene for konkurranse, og dermed både øke kostnadseffektiviteten og kutte ned pasientventelistene (Dalen, Grytten og Sørensen 2002). I tillegg skulle det være fritt sykehusvalg, der ressursene fulgte pasientene (Blomgren 2003). Selv om mange landsting eksperimenterte med slike modeller, var det i 1993 bare seks landsting som hadde implementert slike formelle modeller.

Den økonomiske krisen rammet Sverige hardt, og satte stort press på de økonomiske rammene rundt sykehusdriften. På midten av 1990-tallet var det derfor i mange landsting en vridning i sykehusorganisering mot regionalt samarbeid (Calltorp 2000), med formål om å fremme spesialisering og konsentrasjon av sykehustjenester for å holde kostnader nede (Anell, Glenngård & Merkur 2012). Med de nye reformene fulgte også etableringen av ulike kvalitetssikringsprosedyrer: "The rise of quality assurance could be seen as a general development, overlapping those associated with New Public Management" (Blomgren 2003:62). Kvalitetssikring ble innført for alt helsepersonell i 1996 for å forhindre at reformer skulle få negative effekter på pleiekvalitet og pasientsikkerhet. Sykepleiere var pådrivere for en slik kvalitetssikring da det ga dem en mulighet til å synliggjøre deres arbeid (Blomgren 2003). En ny ventelistegaranti ble introdusert i 2005, og fra 2008 ble det innført et system som gir ekstra statlige bevilgninger til landsting som greier å innfri garantien. Det har også vært et økt fokus på sammenlikning av kvalitet og effektivitet i styring og forvaltning av tjenester, og i 2006 ble et prosjekt kalt "Öppna jämförelser" innført nasjonalt. Dette prosjektet skal årlig sammenlikne ulike indikatorer for kvalitet og effektivitet mellom landstingene (Anell, Glenngård & Merkur 2012).

3.2.2 Omorganiseringens effekter ved sykehus

Siden slutten av 1980-tallet har det som vist vært et fokus på effektivitet og kostnadskontroll i svensk helsesektor. Finansieringssystemet basert på DRG-poeng skapte en sterk bevissthet rundt kostnadsbruk på sykehusene (Blomgren 2003). Det ble også satt i verk mange andre tiltak ved de ulike sykehusene for å få ned kostnadsnivået. For mange sykehus førte dette til nedleggelse av sengeposter. Ansvar for akutte tjenester ble konsentrert til større sykehus, og sengeplasser tilknyttet denne tjenesten ble kraftig redusert (Anell, Glenngård & Merkur 2012). Foruten en reduksjon av sengeplasser grunnet overtakelsen av eldreomsorg til kommunene, ble antallet sengeplasser i Sverige halvert under 1990-tallet (Palme et al 2002). Tiltak for å effektivisere sykehusproduktiviteten førte til en reduksjon av pasienters gjennomsnittlige sykehusopphold fra 7,5 til 5,4 dager mellom 1990 og 1997 (Hertting 2003).

Nyere og mer effektive behandlingsmetoder har muliggjort en effektivisering av pasientbehandling, noe som også har ført til reduisering i lengden på sykehusopphold. Sengeplassene ble brukt mer effektivt, og bruken av dagbehandling økte. Pasientenes pleiebehov er størst de første dagene ved innleggelse, og behovet for sykepleieferdigheter reduseres derfor ikke av en slik effektiv bruk av sengeplasser. Selv om både antall sengeplasser og gjennomsnittlig sykehusopphold ble redusert, var pasientgjennomstrømningen det samme for både år 1990 og 1999 (Hertting 2003). I tillegg gjennomgikk svensk helsesektor en nedskjæring av personell, og minst 60 000 ansatte ble sagt opp under dette tiåret. Det gjaldt spesielt for gruppene hjelpepleiere og pleieassistenter, og mellom 1993 og 2001 sank andelen pleieassistenter med 39% og hjelpepleiere med 37% (Hertting 2003:2). Personalnedskjæringene påvirket aldersstrukturen i de gjenværende yrkesgruppene, da gruppene med lavest ansiennitet var de første til å måtte gå. I perioden 1993-2000 økte gjennomsnittsalderen blant ansatte i sykehussektoren fra 43 til 45 år. Andelen av aldersgruppen 50+ økte i samme periode fra 25% til 36% (Hertting 2003).

Som Hertting (2003) påpeker i sin doktorgradsavhandling er det vanskelig å stadfeste hvilken påvirkning overnevnte endringer har hatt på arbeidskravene blant de gjenværende sykepleierne. Men det er tenkelig at det har spilt inn på deres arbeidsmengde: “It could therefore be argued that the overall work demands were enlarged during the 1990s, due to intensified and more qualified patient care, including older and sicker patients, and with an ageing workforce without access to auxiliaries” (Hertting 2003:4). Blomgren (2003) viser hvordan sykepleiernes pasientkontakt ble påvirket av kostnadsfokuset, der ekstra tid brukt til å gi pleie var lettest å ofre ved økte effektivitetskrav. DRG-systemet og fokuset på ressurseffektivitet i form av å holde en rask og effektiv pasientgjennomstrømning, ble derfor ansett som negativt av mange sykepleiere: “On the one hand, they were aware of the need to reduce costs and speed up examinations, but on the other hand, they saw that their ability to provide care was suffering from this“ (Blomgren 2003:63).

3.2.3 Forhandlingssystemet

Sverige har hatt et arbeidsmarked som har vært mindre preget av statlig intervensjon enn i Norge (Elvander 2002). En utvikling mot desentralisering av forhandlingssystemer har funnet sted i mange europeiske land. Blant de nordiske landene har desentralisering vært spesielt markant i Sveriges offentlige sektor (Wallerstein & Golden 1997, Elvander 2002). Frem til 1980-tallet fantes det et sterkt sentralisert lønnsforhandlingssystem i Sverige (Elvander

2002). Sentrale lønnsavtaler og et ansiennitetssystem fastsatte lønninger i offentlig sektor frem til begynnelsen av 1980-tallet (Granqvist & Regnér 2008). På grunn av motstand mot den sentrale fagforeningens, LO, egalitære lønnspolitikk og deres politiske innflytelse, oppstod det et opprør mot dette forhandlingssystemet i offentlig sektor (Elvander 2002). Lønnsutjevningen i offentlig sektor var stor, noe som medførte at ansatte med høye ferdigheter fikk mye lavere lønn enn motparten i privat sektor, og arbeidere med få ferdigheter fikk overbetalt sammenliknet med motparten i privat sektor. Det var dermed vanskelig å rekruttere og beholde den godt kvalifiserte arbeidskraften i offentlig sektor (Granqvist & Regnér 2008). Det sentraltstyrte forhandlingssystemet gjennomgikk en krise på 1990-tallet (Dølvik 2007), og på tross av forsøk på å gjenopprette det sentraliserte forhandlingssystemet, regnes epoken for sentralisert forhandling i svensk offentlig sektor som brutt i 1993 (Wallerstein & Golden 1997:706).

3.2.4 Fra kollektiv til individuell lønnssetting for sykepleiere

Utviklingen mot individuell lønnsforhandling ved svenske sykehus startet på 1980-tallet, da det sentraliserte forhandlingssystemet i landstingssektoren begynte å løse seg opp (Calmfors & Richardson 2004). Til da hadde lønnsnivået blitt satt av de sentrale partene. Lønnsutviklingen var forutsigbar med en trappemodell, og sykepleiere fikk lik lønn basert på ansiennitet, uavhengig av omstendighetene ved de ulike arbeidsplassene som kunne variere blant ulike avdelinger og ulike sykehus (Alsterdal 2003). Lønnsstigen førte til at sykepleiere raskt nådde maks ansiennitetsnivå. For å kunne konkurrere om arbeidskraft med privat sektor, ble individuell lønnstilpasning introdusert på ledernivå i sykehussektoren i løpet av 1980-tallet (Calmfors & Richardson 2004).

Inger Ohlsson som var leder i den svenske fagforeningen Vårdförbundet fra 1986-1994, begynte å fremme individuell lønnssetting allerede i 1986. Vårdförbundet omfatter yrkesgruppene sykepleiere, spesialistsykepleiere, radiografer og jordmødre. Ohlsson anså de økonomiske ressursene å ligge hos de lokale arbeidsgiverne og ikke hos de sentrale arbeidsgiverforhandlerne (Ryman 2007). Å føre frem en svært desentralisert lønnssetting var på den tiden kontroversiell, og hennes stemme fikk ikke gehør hos den øvrige medlemsmassen. I 1989 ble det likevel innført individuell lønnssetting for sykepleiere (Calmfors & Richardson 2004), men det tok tid før ordningen ble ordentlig implementert på de lokale sykehusene (Ryman 2007). Medlemmenes utvikling, delaktighet og innflytelse skulle bli mer integrert i virksomhetene, og medlemmene skulle ha medarbeidersamtaler der

deres personlige og yrkesmessige utvikling skulle bli diskutert. En kongress i 1993 bestemte at de lokale avdelingene skulle få mulighet til å tegne lokale kollektivavtaler (Ryman 2007). Fremdeles var det en misnøye med lønnsnivået blant sykepleiere, og medlemmene anså ikke individuell lønnssetting på samme positive måte som Vårdförbundet sentralt. Vårdförbundet iverksatte derfor samme år et nytt prosjekt for å sette lønsspørsmålet i høysete, og for å tydeliggjøre blant medlemmene at ressursene lå hos de lokale arbeidsgiverne. I samsvar med dette målet skjedde det da en desentralisering i lønnspolitikken i fagforeningen. Lokalavdelingene fikk nå mulighet til å utforme sine egne metoder for å fremme lønnsnivået, der virksomhetsutvikling og lønnsutvikling hadde som mål å samsvare (Ryman 2007).

I 1995 førte forhandlinger frem til en femårsavtale (Ryman 2007), og i avtalen anså Vårdförbundet individuell og differensiert lønn som en måte å høyne lønnsnivået på (Calmfors og Richardson 2004), og det ønskede samsvaret mellom virksomhetsutvikling og lønnsutvikling ble tydeligere spesifisert i avtalen:

”I den nya avtalet fanns krav på att arbetsgivarnas lönepolitik skulla visa på sambandet mellan lön, motivation och resultat. Lönen skulle vara individuell och differentierad och bestämmas utifrån arbetstagarens bidrag till verksamheten. Även lönekriterier som ansvarsnivå, svårighetsgrad, befogenheter, prestation och duglighet nämndes” (Ryman 2007:54).

Motivet bak individuell lønnssetting er en antatt positiv korrelasjon mellom lønn, motivasjon og resultater: ”Lönen ska stimulera till förbättringar av verksamhetens effektivitet, produktivitet och kvalitet.” (HÖK 2012). Dette lønnssettingssystemet betyr i praksis at for hver enkelt sykepleier rekruttert, vil lønnen bli fastsatt på den enkelte arbeidsplassen, med bakgrunn i hva den respektive sykepleieren kan bidra med i form av ferdigheter og erfaring til virksomheten (HÖK 2012). Lønnsforhandling og virksomhetsutvikling var ofte ansvarsområder til ulike personer innenfor virksomheten, noe som førte til vanskeligheter med å få til det ønskede samsvaret mellom virksomhetsutvikling og lønnsutvikling (Calmfors & Richardson 2004).

3.2.5 Økt etterspørsel og stramt budsjett

Sverige har en av de eldste befolkningene i verden. Ratioen mellom personer over 65 og personer i arbeidsfør alder var i 2014 30,6%, og er høyere enn både EU-gjennomsnittet på

28,2 og Norge på 24,2%⁶. Demografiske endringer skaper utfordringer for mange vestlige helsesektorer i at etterspørselen etter helsetjenester øker. Offentlig helsetjenesteproduksjon er mer personalintensiv, noe som fører til en lavere produksjonstilvekst, og den personalintensive karakteristikk ved offentlig helsetjenesteproduksjon gjør at effektivisering ikke kan oppnås like lett som for eksempel i vareproduksjon (Anell & Gerdtham 2010). Til forskjell fra andre sektorer, vil teknologiutvikling oftest medføre kostnadsøkning i helsesektoren fordi stadig flere tjenester kan tilbys. Etersom helsetjenestene utbygges, vil også etterspørselen blant den øvrige befolkningen øke. Helsesektoren er dermed en sektor preget av tilbudsstyrt etterspørsel. Siden 1995 har den svenske helsesektorens utgifter vokst like raskt som OECD-gjennomsnittet, og utgiftene i svensk offentlig helsesektor øker raskere enn BNP (Anell & Gerdtham 2010).

3.3 Norge

Per 2010 hadde Norge 1490 sykepleiere per 100 000 innbygger, noe er både høyere enn Sverige og over EU-gjennomsnittet (Ringard et al 2013). Helsesektoren i Norge er delt på to forvaltningsnivåer. Primærhelsetjeneste og omsorgstjenester er kommunenes ansvar, mens staten har ansvaret for spesialisthelsetjenestene gjennom fire regionale helseforetak (Iversen 2012).

3.3.1 Reformen i norsk helsesektor

Norge var senere ute med å innføre markedsorienterte reformer i helsesektoren enn Sverige, som blant annet skyldtes at den økonomiske krisen rammet ikke Norge like hardt:

”No obvious economic crisis was looming that could start a reform wave, and the support for the public sector was high in the 1970s and early 1980s, even though more questions than before were asked about the efficiency and legitimacy of the civil service. This resulted in a slow and late start of the reforms and less extreme content when the reforms started in the late 1980s” (Christensen & Lægreid 2001:86).

Norsk sykehussektor har gjennomgått flere store reformer siden midten av 1990-tallet. Perioden fra 1997-2002 var en spesielt intensiv reformperiode. Flere store reformer ble

⁶ Eurostat (2015) URL:
<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdde510&plugin=1> [Sist besøkt: 01.10.2015]

implementert for å redusere ventelister og for å effektivisere et antatt ineffektivt helsesystem (Lian 2007).

Innsatsstyrt finansiering ble innført i 1997. Målet var å redusere ventetider ved somatiske sykehus ved å stimulere sykehusene til økt aktivitet⁷. Deler av finansieringen ble knyttet opp mot DGR-systemer og sykehusenes produksjon per år, og økt effektivitet skulle dermed belønnes (Skjælaaen 2010, Lian 2007). Ifølge Helsedirektoratet ble målet bak dette finansieringssystemet endret i 2003. Fra å være et tiltak fokusert på reduseringen av ventelister, er målet bak ordningen i dag å vedlikeholde aktivitetsveksten fra året før. Gjennom innsatsstyrt finansiering har den generelle rammefinansieringen av sykehusene blitt redusert. I 2006 utga stykkprisandelen 40% av sykehusenes finansiering, mens de resterende 60% kom fra rammebasert finansiering (Skjælaaen 2010).

I 2001 åpnet en lovendring opp for innleie av helsepersonell ved norske helseforetak. Lovendringen muliggjorde utleie av vikarer fra vikarbyråer innenfor alle sektorer. Innleie av vikarer kunne da gjøres i henhold til arbeidsmiljøloven, med grunnlag i midlertidig behov hos oppdragsgiver, som for eksempel ved sykdom, permisjon og ferie blant den permanente bemanningen. Forslaget ble fremmet av Høyre i 1997 for å muliggjøre et mer fleksibelt arbeidsmarked som ville føre til økt sysselsetting og gi økt tilbud av arbeidskraft (Skjælaaen 2010). For arbeidsgivere i helsesektoren ble forslaget om å liberalisere regelverket ansett som et verktøy i å gjøre lettere en ellers vanskelig personalsituasjon. Samme år ble det avgjort at lovendringsforslaget skulle bli vurdert av kommunalkomiteen, og Arbeids- og administrasjonsdepartementets vurdering var at regelverket burde liberaliseres, i henhold til ILO-konvensjonen nr.181 som ble vedtatt i 1997. Her sies det at privat arbeidsformidling og arbeidsutleie burde være tillatt som hovedregel. ILOs konvensjon om privat arbeidsformidling og arbeidsutleie har bidratt til å legitimere en liberalisering i arbeidsmarkedsutviklingen i mange land (Skjælaaen 2010). Mulighet for innleie av helsepersonell ville bidra til en større fleksibilitet både for arbeidsgivere og arbeidstakere (Dahle & Østby 2007). Den norske fagforeningen for sykepleiere, Norsk Sykepleierforbund (NSF), motsatte seg forslaget om lovendring. De anså innleie av bemanningssykepleiere som truende for pasientsikkerheten og pleiekontinuitet. Når lovendringen var et faktum, snudde derimot NSF og oppfordret sine medlemmer til å ta jobb der lønnsnivået var størst. Med dette ønsket NSF å øke lønnsnivået i offentligsektor ved å sette press på arbeidsgiverne. For å

⁷Helsedirektoratet (01.12.2011): *Formål med innsatsstyrt finansiering*. URL: <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/isf/om-isf-ordningen/formal/Sider/default.aspx> [Sist besøkt: 09.12.2014]

kunne konkurrere med vikarbyråene om arbeidskraft, mente NSF at de offentlige arbeidsgiverne måtte endre på lønnspolitikken. NSF brukte dermed lovendringen som et verktøy i sin egen lønnskamp (Skjælaaen 2010).

Kort tid etter lovendringen som muliggjorde innleie av helsepersonell, gjennomgikk sykehussektoren i Norge en stor reform. Helseforetaksreformen ble iverksatt den 1.1.2002 i spesialisthelsetjenesten, og var del av det større programmet: *Program for fornyelse av offentlig sektor* ledet av arbeiderpartiregjeringen (Lian 2007). Reformen innebar to viktige elementer, statlig eierskap og foretaksmodell. Reformen medførte en fjerning av det fylkeskommunale nivået, og staten overtok eierskapet til sykehusene (Kjekshus 2003). I form av overføringen til full statlig eierskap lå det et element av sentralisering i reformen. Mens fylkeskommunene før hadde ansvaret for driften av sykehusene, har nå staten det fulle overordnede ansvaret. Å få et klarere skille mellom politiske organer og den enkelte virksomhet var en av tankene bak reformen. Helseforetakene er ikke lenger en integrert del av offentlig forvaltning. Staten setter rammene for driften av foretakene gjennom lover, forskrifter, bevilgninger og styringsdokumenter, og legger slik føringer for hvordan foretakene skal styres og fungere (Lian 2007). I reformen ble organiseringen av sykehusene endret fra forvaltningsorganisering til foretaksorganisering. Helseforetakene fikk ansvaret for å sette politikken som kommer ut fra statens rammebetingelser i live. Det ble opprettet fem regionale helseforetak, ett i hver helseregion, som overtok ansvaret for driften av spesialisthelsetjenestene. En sammenslåing mellom to av, har ført til at det i dag er fire regionale helseforetak. De regionale helseforetakene har ansvar for å imøtekomme befolkningens behov for nødvendige helsetjenester i disse helseregionene. Hvert foretak har et styre som kan bestemme hvordan foretakene skal organiseres, og tjenester kan tilbys gjennom egne foretak eller kjøpes inn fra offentlige eller private institusjoner. Helseforetakene kan ha flere underliggende foretak, fungerende som ”datterselskaper”. I 2006 var det 26 slike lokale foretak (Lian 2007). Den daglige driften av sykehusene er de underliggende foretakenes ansvar. Reformen innebærer her et element av desentralisering, der beslutninger for driften tas på et lavere nivå. Foretaksledelsene har fått mer frihet i den daglige driften, noe departementet kaller en ”myndighets- og ansvarliggjøring av sykehusene” (Sosial- og helsedepartementet 2001c:20 i Lian 2007:99). Med friheten til den daglige driften ønsker myndighetene at foretakene skal styres med mindre byråkrati, få en bedre omstillingsevne og ha en økt brukerorientering (Lian 2007).

Ved innføringen av markedsorienterte reformer i norsk helsesektor, har også rekrutterings- og intensivsystemer blitt påvirket ved norske sykehus og innleiemodellen har

gitt sykehusene et nytt rekrutterings- og bemanningsverktøy (Dahle & Østby 2007). Å åpne opp for innleie av helsepersonell fra vikarbyråer kan sees på som et trekk ved en modernisering av norsk helsesektor (Dahle & Østby 2007). Sammenfallet mellom helseforetaksreformen og lovendringen kan vise hvordan lovendringen var et ledd i å bruke markedet mer effektivt i de nye foretakene. Helseforetakenes innkjøpsservice AS (HINAS) ble opprettet i forbindelse med foretaksreformen, og er helseforetakenes eget innkjøpsselskap. Nasjonale oppkjøpsavtaler gjennomføres av HINAS for å sikre bedre kvalitet til lavere pris, og nasjonale rammeavtaler for innleie av vikarer har blitt opprettet. De ulike helseforetakene har lister med tildelte bemanningsbyråer (variasjon fra tre til ni vikarbyråer på hver liste) som skal benyttes ved behov for innleie⁸. Ulike lister med bemanningsbyråer finnes basert på om behovet er sykepleiere eller andre typer spesialsykepleiergrupper. Listene er rangert etter prioritering, noe som betyr at det første vikarbyrået på lista skal kontaktes først, og deretter videre nedover lista.

3.3.2 Mot et mer sentralisert lønnsforhandlingsystem?

I norsk offentlig helsesektor er forhandling svært sentralisert. Ulike lønnsavtaler blir forhandlet mellom arbeidsgiverforeningen og forskjellige forhandlingsenheter. Forskjellige lønnskalaer blir for eksempel brukt avhengig av om sykepleiere er ansatt ved offentlig sykehus eller lokale myndigheter (Grimshaw et al 2007). Lønnssetting i sykehussektoren preges av sterke fagforeninger og myndigheters budsjettkontroll. Kollektive avtaler forhandles mellom fagforeningen og arbeidsgiverorganisasjoner. Avtalene fastsetter minimumslønn og lønnsstige basert på ansiennitet, og hvor mye midler som blir allokert til lokale lønnsforhandlinger:

“In Norway, the centralized actors (across the public sector) negotiate not only the increases in the minimum pay scales but also the size of the fund that is set aside for local bargaining; and hospital-level negotiations may target particular occupations, specialties or individuals” (Grimshaw et al 2007:13).

Lokale forhandlinger kommer til uttrykk ved forskjellig lønn for ansatte avhengig av arbeidsgiver, region og spesialisering (Grimshaw et al 2007). Som følge av foretaksreformen

⁸ Helseforetakenes Innkjøpsservice (08.12.2014): *Tildelinger fordelt per avtaleområder: sykepleier, spesialsykepleier og jordmor*. URL: http://www.hinas.no/images/avtaler/Oversikt_tildelinger_-_sykepleier_-_08_12_2014.pdf [Lastet opp: 22.12.2014]

i 2002, der tidligere fylkeskommunale ansatte ble overført til de statlig styrte foretakene, ble lønnsavtaler til en viss grad resentralisert. Sykehusansatte hadde til da hatt forskjellige avtaler avhengig av arbeidsgiver, som da enten var staten eller fylkeskommunene. En endring i lovgivning, som følge av den statlige overtakelsen, har gitt ledere i sykehussektoren større rom til å fastsette individuelle arbeidsbetingelser for de ansatte, gitt at betingelsene er innenfor det nasjonale rammeverket som blir bestemt sentralt (Grimshaw et al 2007).

3.3.3 Bemanningsutfordringer ved norske sykehus

Tall fra 2015 viser en mangel på 2550 sykepleiere i Norge (NAV 2015). I tillegg finnes det ytterligere bemanningsutfordringer ved norske sykehus knyttet til turnusplanlegging for døgnkontinuerlig drift. Sykehussektoren i Norge er preget av deltidarbeid. Bruken av deltidarbeid ekspanderte ved kvinners inntog i arbeidsmarkedet (Dahle & Skogheim 2008). På 1970-tallet, da kvinner entret arbeidsmarkedet i større grad enn tidligere, ble også velferdsstaten utvidet. For å imøtekomme kvinners ønske om å kunne balansere familieliv med arbeid, ble det introdusert deltidarbeid i offentlig sektor: "Employers in the public sector therefore introduced part-time work and flexible time regimes to attract women at this particular point in history, as flexibility was built into the organisational structures of welfare state work" (Dahle & Skogheim 2008:176). I dag brukes deltidsstillinger i stor grad for å få turnusen til å gå opp, og det er i tillegg permanente "hull" i turnusen som må fylles for at det skal være tilstrekkelig med ansatte på jobb til enhver tid (Berge et al 2011). Samtidig blir deltidsstillinger også brukt av sykehus for å unngå vikarbruk (Dahle & Østby 2007). I 2001 ble det brukt 750 millioner på landsbasis for å dekke personalmangelen, både i form av overtid, innleie og rekruttering fra utlandet (Dahle & Østby 2007). Rekrutteringsvansker og underskudd på sykepleiere førte til at innleiemodellen ble tatt i bruk i store deler av sykehussektoren som et krisetiltak. Innleie av eksterne vikarer er oftere et dyrere bemanningstiltak enn bruk av egne vikarer. I 2002 brukte Akershus Universitetssykehus omlag 60-70 millioner kroner på sykepleierinnleie (Skjælaaen 2010).

En kritikk av ekstern vikarinnleie er mangelen på kontinuitet og dermed en mulig forringelse av kvalitet samtidig som det er svært kostnadstungt å benytte bemanningsbyråer. Flere sykehus eksperimenterte med å anskaffe egne vikarordninger. Interne vikarpooler er et tiltak flere sykehus har begynt å benytte seg av for å redusere kostnadsbruk og for å opprettholde en viss kontinuitet, både i behandlingen av pasienter og i arbeidsmiljøet på avdelingene (Skjælaaen 2010).

3.4 Omfanget av svenske sykepleieres migrasjon til Norge

En av arbeidskraftsstrategiene som brukes i norsk helsesektor, er å rekruttere sykepleiere fra utlandet. I 2009 jobbet det omtrent 7600 utenlandske sykepleiere i Norge. Av disse jobbet cirka 58% i offentlig sektor, enten i kommuner eller helseforetak. 36% jobbet i vikarbyråer, og 6% i privat sektor. Seks prosent av sykepleiere ved norske kommuner og helseforetak hadde i 2009 utenlandsk statsborgerskap. Bemanningsbyråansatte er ikke innlemmet i prosentandelen (Berge et al 2011).

Det er vanskelig å tallfeste omfanget av arbeidsmigrasjon av svenske sykepleiere til Norge. Det skyldes til dels dårlig registeroppføring, og variasjonen i hyppighet og tidsspenn ved ansettelse. Mange drar til Norge i kortere perioder, før de vender tilbake til det svenske arbeidsmarkedet. Mange svenske sykepleiere har i tillegg fast arbeid i Sverige, men velger å dra sporadisk til Norge på deres egen fritid, som i ferier og liknende. Det brukes ofte uklare definisjoner som grunnlag i diskusjonen rundt omfanget av denne arbeidsmigrasjonen. Hvis en tar utgangspunkt i utstedelse av norsk autorisasjon, viser tall fra 2010 at 1644 svenske sykepleiere fikk norsk autorisasjon. Dette antallet utgjør 1/3 av det totale antallet som fikk utstedt svensk autorisasjon i 2010 (Långa Namnet 2010). Forholdet var det samme for år 2013⁹. I år 2009 utgjorde svensker 32% av alle som fikk autorisasjon i Norge. Svensker utgjør den største gruppen utenlandske sykepleiere i vikarbyråene som opererer i Norge (Berge et al 2011). Omtrent 80% av svenske sykepleiere som kommer til Norge jobber ved norske sykehus. Svenske vikarer er mer fremtredende i sykehussektoren, da sykehus anses som attraktivt å jobbe på sammenliknet med kommunale helsetjenester, og svenske vikarer er populære blant helseforetak da de er kjent for å være språklig og faglig dyktige. Andre grupper av utenlandsk arbeidskraft er dermed mer fremtredende i den kommunale sektoren (Berge et al 2011).

3.5 Oppsummering

Dette kapitlet viser hvordan ulike reformer har blitt implementert i svensk og norsk helsesektor. Sverige begynte tidlig å implementere reformer basert på prinsipper i NPM for å øke kostnads- og produksjonseffektivitet, først ved å desentralisere finansiering og styring av sykehus. Reformperioden var særlig intens på 1990-tallet, som førte til nedskjæringer av

⁹ P1-morgon Sveriges Radio (04.08.2014) *Svenska sköterskor väljer Norge*. URL: <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=1650&artikel=5928904> [Lastet opp: 10.10.2014]

personell og raskere pasientgjennomstrømning. Siden 1980-tallet har også forhandlingssystemet blitt desentralisert, og innføring av individuell lønnssetting for sykepleiere ble innført i 1989. Norge har også innført reformer for å øke produksjon og kostnadseffektivitet i offentlig helsesektor, men var mer tilbakeholdne i innføringen av NPM-inspirerte reformer grunnet en sterkere økonomi. Foretaksreformen og lovendringen av innleie har ført til en introdusering av visse markedsprinsipper i helsesektoren. Sykepleiernes aktørskap må sees i lys av de økonomiske og strukturelle betingelsene de er underlagt i helsesektoren, og hvordan forholdene i svensk og norsk helsesektor påvirker sykepleiernes valg og mulighet til å migrere for arbeid.

4 Metodekapittel

For å få kunnskap om hvordan svenske sykepleiere vurderer sin egen situasjon, er kvalitative intervjuer formålstjenlige. I dette kapitlet redegjøres det for fremgangsmåter som er blitt benyttet i denne oppgaven. Jeg vil redegjøre for de valgene jeg har tatt underveis i prosjektperioden, og gå gjennom metodevalg, utarbeidelsen av intervjuguiden, kvalitative intervju per telefon og prosessen med å rekruttere informanter. Videre vil jeg gi en gjennomgang av de etiske utfordringene knyttet til kvalitative forskningsprosesser. Å redegjøre for og presisere hvilke premisser som ligger til grunn for forskningsprosessene, er avgjørende for resultatenes troverdighet og overførbarhet (Thagaard 2009). Jeg ønsker derfor å drøfte fordeler og ulemper rundt valgene jeg har tatt underveis i prosessen.

4.1 Kvalitativ metode

For å forstå sosiale strukturer og individuelle erfaringer, er kvalitativ metode formålstjenlig (Hay 2010). Kvalitative metoder skiller seg fra kvantitative metoder ved å vektlegge prosesser og mening som krever inngående kunnskap, og som ikke kan måles i kvantitet eller frekvenser som i kvantitative studier. Kvalitative metoder benyttet i forskningsprosjekter resulterer ofte i analytiske beskrivelser, og ikke kvantitative statistiske generaliseringer. Kvalitativ metode kjennetegnes ved en nær relasjon mellom forsker og informant, der denne relasjonen er nødvendig for å få innsikt i informantenes perspektiver. Den nære og direkte relasjonen danner et grunnlag for å gi fordypende kunnskap om sosiale fenomener (Thagaard 2009).

4.1.1 Intervju som metode

Å bruke intervju som datainnsamlingsmetode har en lang tradisjon i samfunnsvitenskap. Siden 1980-tallet har intervju i økende grad blitt tatt i bruk som en selvstendig metode av samfunnsgeografer (Cloke et al 2004). Intervju kan bli beskrevet som samtaler med et formål ("conversations with a purpose") (Cloke et al 2004:149). Å bruke intervju er en nyttig datagenereringsmetode for å tilegne innsikt i individers erfaringer og meninger rundt ulike temaer (Hay 2010), og hvordan individer reflekterer over sine egne erfaringer (Thagaard 2009). En karakteristikk ved kvalitativ intervju er den direkte relasjonen som etableres

mellom forsker og informant som muliggjør at forskeren får ta del i erfaringer og perspektiver.

I semi-strukturerte intervjuer tas det ofte utgangspunkt i en intervjuguide. Temaene og spørsmålene er ordnet, men forskeren er mer fleksibel i henhold til intervjuets forløp (Hay 2010). Samtidig som det er viktig å få informasjon om de fastlagte temaene, gir åpenheten for å følge informantens historie, tilgang til informasjon som blir vektlagt av informanten selv. Rekkefølgen på temaene som tas opp i intervjuet vil da bestemmes underveis (Thagaard 2009). Til forskjell fra ustrukturerte intervjuer, har forskeren her en mer intervensjonistisk rolle. Når informanten beveger seg for langt bort fra forskningsspørsmålene, har forskeren et ansvar for å bringe informanten tilbake til temaene som er fastlagt for intervjuet (Hay 2010). I semi-strukturerte intervjuer vil relasjonen mellom forsker og intervjuer være interaktiv, og datagenerering vil bli skapt i interaksjonen mellom forsker og informant:

”[...] data are co-constructed as interviewer and interviewee work their way through questions which begin as the ‘property’ of the researcher but which become co-owned and co-shaped in the unfolding interactivity of questioning, answering, listening and conversing” (Cloke et al 2004:129).

Å bruke intervju som en datagenererende metode er derfor formålstjenlig for å få tilgang til hvilke meninger som individer tillegger sine erfaringer i den sosiale og geografiske verden (Cloke et al 2004). Siden oppgavens tema omhandler svenske sykepleieres individuelle aktørskap, og hvilke muliggjørende og begrensende strukturer som påvirke utøvelsen av deres aktørskap, var sykepleiernes erfaringer hovedkilden for å få innsikt.

Da forskningsmålet i denne oppgaven har vært å forklare hvordan svenske sykepleiere utøver sitt individuelle aktørskap, var kvalitative intervju en passende metode. Denne type intervjuform vil kunne gi tilgang på kunnskap om individuelle erfaringer og hvordan svenske sykepleiere forstår sin situasjon. Slike intervjuer ville også gi informasjon om informantenes erfarte møter med forhold som muliggjør og begrenser deres aktørskap. For å nå de geografisk spredte informantene, valgte jeg å benytte telefonintervju.

4.1.2 Telefonintervju i kvalitativ forskning

Bruk av telefon i intervjusammenheng har en fordel i å kunne nå geografiske spredte informanter (Novick 2008). Til forskjell fra intervju som skjer ansikt til ansikt, der kommunikasjonen mellom forsker og deltaker er synkront både i henhold til tid og sted, er

telefonintervju bare synkront med henhold til tid. Telefonintervju gir slik asynkront kommunikasjon av sted (Opdenakker 2006). Å intervju geografisk spredde informanter ansikt-til-ansikt vil være både tid- og kostnadskrevende, men teknologibruk fasiliterer møtet mellom forsker og informant uavhengig av geografisk lokalisering (Mann & Stewart 2000). Det gir muligheter til å nå deltakere på tvers av rom og sted, der geografisk nærhet mellom forsker og informant ikke er en betingelse for å kunne gjennomføre datainnsamling. I tillegg til geografisk lokalisering, vil faktorer som skiftarbeid blant informantene kunne gjøre det ytterligere krevende å møte informanter ansikt-til-ansikt (Mann & Stewart 2000). Når informanter i tillegg befinner seg i andre land, vil bruk av teknologiske verktøy, som telefon- og internettkommunikasjon, kunne være avgjørende for å nå frem til informanter. Med tanke på tid og reisevei, kan teknologi maksimalisere deltakelse blant interesserte informanter (Mann & Stewart 2000). Med bakgrunn i dette valgte jeg å foreta intervjuer per telefon. Da det i utgangspunktet var vanskelig å rekruttere informanter til prosjektet, ville telefonintervju gjøre det lettere for sykepleiere å passe det inn i deres travle hverdag. Å bruke telefon ga en større mulighet til å nå geografisk spredte informanter, uten å begrense utvalget avhengig av geografisk nærhet til Oslo. Sykepleieres arbeidsform er ofte preget av skiftarbeid og med arbeidstilknytning både i Sverige og i Norge, ville telefonintervju gjøre det lettere å nå informantene da intervjuene foregikk på deres egen fritid. Intervjuene ble gjort ved bruk av skype-kreditt, som fungerer som en vanlig telefonsamtale. Å bruke Skype videosamtale, ville gjøre informantene avhengig av å ha en stabil internettilgang på intervjudispunktet, noe som kunne ha satt begrensninger for informantenes tilgjengelighet.

I kvantitativ metode står telefonintervju sterkt som datainnsamlingsverktøy og diskuteres ofte i kvantitativ forskningslitteratur. I kvalitativ forskning derimot står ansikt-til-ansikt intervju mye sterkere, og det finnes relativt lite metodologisk diskusjon om bruken av telefon i litteraturen rundt kvalitativ forskning (Novick 2008). Telefonintervju blir ofte betraktet som en annenrangs intervjumetode sammenliknet med ansikt-til-ansikt. Å benytte telefonintervju fremfor intervjuer der både forsker og informant er i samme rom, er ofte forbundet med tap av viktige ekstra informasjonskilder i intervjukonteksten: "The absence of visual cues via telephone is thought to result in loss of contextual and nonverbal data and to compromise rapport, probing, and interpretation of responses" (Novick 2008:391). Et ansikt-til-ansikt intervju vil kunne gi visuelle kilder til ekstrainformasjon, som for eksempel ved å lese informantenes kroppsspråk underveis i intervjuet. I kvalitativ metodelitteratur blir slike ikke-verbale intervjudata vektlagt som en berikelse av data og som et bidrag til grunnlaget for å tolke verbale data (Novick 2008). Paralingvistiske hint som kan fungere som en kilde til

ekstrainformasjon, vil frafalle ved bruk av telefon som intervjuverktøy. For at ikke-verbale data skal styrke en analyse, er det avhengig av forskeren har en korrekt tolkning av slik data, og at denne type data faktisk blir integrert i en analyse. Når analysene baserer seg på transkriberinger fra ansikt-til-ansikt intervju, kan dette riktignok variere (Novick 2008). Tonefall og andre verbale kilder til ekstrainformasjon, vil i midlertidig være tilgjengelig også ved bruk av telefon i intervjusammenheng (Opdenakker 2006). For eksempel vil nøling og sukk som kan forekomme i et telefonintervju, kunne gi tegn på til at det er passende å følge opp de verbale ikke-språklige tegnene informantene gir under intervjuet ved å stille oppfølgingsspørsmål (Sturges & Hanrahan 2004). En ofte rapportert ulempe ved telefonintervju er at intervjuene må være av kortere varighet enn ansikt-til-ansikt intervjuer, uten at det finnes bevis for denne påstanden (Novick 2008).

Ifølge Thagaard (2009) er det viktig å reflektere rundt hvordan stedet intervjuet blir gjennomført på kan påvirke intervjuet. Det bør også reflekteres over hvilke situasjoner informantene kan føle seg fri til å snakke om de relevante temaene. En ulempe ved å benytte telefonintervju er fraværet av muligheten til å standardisere intervjusituasjonen (Opdenakker 2006). Siden forskeren ikke har innsyn i hvor informantene befinner seg på intervjutidspunktet, finnes det ikke like gode muligheter til å skape en god intervjuatmosfære som ved et ansikt-til-ansikt intervju der intervjuomgivelsene er bestemt på forhånd av forskeren (Opdenakker 2006). Intervjuet vil kunne finne sted i ulike situasjoner blant de ulike informantene, avhengig av intervjutidspunkt og stedet informantene oppholder seg ved det avtalte intervjutidspunktet. Distraksjoner fra informantens omgivelser kan derfor forekomme ved telefonintervju (Novick 2008). Å avtale et tidspunkt som passer informantene selv, vil kunne gi mer informasjon enn å foreta intervjuet på et tilfeldig tidspunkt.

Sturges og Hanrahan (2004) sammenlikner resultatene fra telefonintervju og ansikt-til-ansikt intervju i et studie der de benyttet begge intervjuformer. Innledningsvis var ansikt-til-ansikt intervjuer planlagt, men på grunn av ulike omstendigheter ble de nødt til å ta i bruk telefonintervju for å maksimalisere deltakelsen blant informantene. Når de etter endt datainnsamling sammenliknet resultatene i henhold til datakvalitet fra de to ulike intervjusituasjonene, konkluderer de med at datakvaliteten var den samme. Novick (2008) hevder gjennom sitt litteraturstudie at det ikke finnes bevis for at datakvaliteten forringes av bruken av telefonintervju sammenliknet med tradisjonelle intervjuer. Å bruke telefon som intervjuverktøy må selvfølgelig sees an i forhold til hvem informantene er og hvordan det passer inn i livene til potensielle informanter (Sturges & Hanrahan 2004). Som jeg kommer tilbake til, har jeg gode erfaringer med telefonintervju.

4.2 Intervjuguide

Intervjuguiden ble laget sammen med veileder våren 2014 som en del av forskningsprosjektet denne masteroppgaven er tilknyttet. Siden jeg som vitenskapelig assistent skulle gjennomføre disse intervjuene, ble jeg også inkludert i utformingen av intervjuguiden. Listen over spørsmål er detaljert og utformet for å få grep om sykepleiernes aktørskap. Under vårparten 2014 var den opprinnelige planen at jeg skulle skrive om et annet tema, og den teoretiske bakgrunnen for mitt bidrag til intervjuguiden på dette tidspunktet var ikke bevisst styrt av teorier om aktørskap. Men med bakgrunn i emner jeg har tatt i arbeidsgeografi, der arbeideres aktørskap har vært tema og forskningsprosjektets utforming, kan det allikevel argumenteres at mitt bidrag til intervjuguiden til dels har vært influert av aktørskapslitteratur. I denne perioden brukte jeg i tillegg internettkilder, avisartikler og blogger for å tilegne meg en generell kunnskap om svenske sykepleiere og deres situasjon som arbeidsmigranter i Norge.

Å lage en intervjuguide er en måte å bidra til reliabiliteten i forskningsresultatene. Det er en viktig prosess å lage intervjuguiden, da det er en måte å forbedre kontrollen av intervjuet og til å styre retningen av intervjuet. Intervjuguiden inneholder til sammen 60-70 spørsmål under ulike temaer. Siden jeg begynte med intervjuene før jeg hadde bestemt meg for å skrive om svenske sykepleieres individuelle aktørskap, var de første intervjuene basert på disse spørsmålene. Da jeg etter hvert bestemte meg for oppgavens tema, ble flere spørsmål inkludert, blant annet spørsmål om hvordan de tilegner seg kunnskap om ulike typer arbeidsmuligheter og faglig utvikling. Etter hvert som intervjuene ble foretatt, ble et par spørsmål utelatt etter nøye vurdering da et metningspunkt ble nådd i svarene gitt av informantene. Spørsmål angående hvilke lover eller reguleringer som påvirket deres arbeid i Norge ble etter hvert utelatt da de fleste oppga samme svar. Det avsluttende spørsmålet i hvert intervju var om de hadde noe å tilføye eller om det var noen aspekter ved å være svensk sykepleier i Norge som vi ikke hadde berørt under intervjuet.

Spørsmålene i intervjuguiden ble brukt som et utgangspunkt for intervjuene. Å få frem informantenes egne erfaringer og perspektiver var formålet med intervjuet. Informantene ledet samtalen i forskjellige retninger, avhengig av deres erfaringer og fokus. For ikke å gå glipp av deres erfaringer og perspektiver og hva de vektla som viktig, ble aktuelle temaer fulgt opp med oppfølgingsspørsmål. Rekkefølgen på temaene for intervjuet ble bestemt underveis i intervjuet, og de forskjellige intervjuene forløp seg på forskjellig vis avhengig av interaksjonen mellom informantene og meg som forsker. Spørsmålene fra

intervjuguiden ble integrert der det passet i intervjuets forløp, avhengig av rekkefølgen på temaene i intervjuene. Intervjuguiden ble brukt til å styre intervjuet og dannet slik rammeverket rundt intervjuene.

4.3 Rekruttering og gjennomføring av intervjuer

Å skulle identifisere og rekruttere svenske sykepleiere med erfaring fra å arbeide i Norge, viste seg å være utfordrende. Utvalgsriteriet var svenske sykepleiere med erfaring fra arbeid i Norge. Opprinnelig var sykepleiere som hadde erfaring med å jobbe på Østlandet av interesse, men grunnet vanskeligheter med å få tak i informanter valgte vi å gå bredere ut. Sykepleiere med både nåværende og tidligere tilknytning til norske helseinstitusjoner i ulike deler av Norge, var nå av interesse for studien. Utvalgsmetoden var dermed basert på det Thagaard (2009) kaller tilgjengelighetsutvalg, hvor informantene er valgt ut fordi de representerer egenskaper som er relevante for problemstillingen. På grunn av den geografiske spredningen, både med tanke på sykepleieres respektive bosted i Sverige og arbeidstilknytning til ulike helseinstitusjoner i Norge, viste internett seg å være et nyttig verktøy for å oppnå kontakt med svenske sykepleiere. Sykepleierne ble primært rekruttert gjennom sosiale medier. Vi forsøkte også å få kontakt med sykepleiere på andre ulike måter, blant annet gjennom å henge opp plakater ved ulike sykehjem i Oslo, rekruttere utenfor boliger for ansatte tilknyttet sykehus, og å få kontakt med informanter gjennom et helseforetak. Å gå gjennom helseforetak viste seg å være vanskelig, med unntak av ett helseforetak hvor vi fikk tilgang på informanter. Selv om helseforetak kan være villige til å videreformidle kontakt med sykepleiere, vil sykepleiere som er der på oppdrag ha en annen arbeidsgiver, som er et bemanningsbyrå. Å bli plukket ut av arbeidsgiver eller oppdragsgiver kan også føre til at informanter legger bånd på seg da de blir synlige i sin deltakelse i et forskningsprosjekt. Det er viktig å vurdere rammene rundt et intervju, og hvordan stedet intervjuet finner sted vil påvirke hva informanten er villig til å dele av informasjon (Thagaard 2009). Å bli synlig plukket ut av ledelsen på et arbeidssted for å gjennomføre intervjuet på selve arbeidsstedet, vurderte vi til å begrense informantenes deltagelse i intervjuet. Vi fikk kontakt med tre svenske sykepleiere som var tilknyttet vikarpoolen til et sykehus og fikk god data derfra. Men på grunn av tiden vi hadde til rådighet per intervju, valgte vi å bruke disse som pilotintervjuer.

Det finnes ulike blogger og forumer for svenske sykepleiere som arbeider i Norge, og kontakt med en av disse bloggerne resulterte i en nøkkelinformant i studien. Bloggeren ble

intervjuet først på telefon, og senere ansikt-til-ansikt da informanten ønsket å tilegne seg mer informasjon både om prosjektet og om oss som forskere før eventuell videreformidling av vår søken etter informanter. Bloggeren etterlyste deretter informanter både på sin egen blogg og på diverse Facebook-sider i to forskjellige omganger. Senere rekrutterte jeg flere informanter ved bruk av ulike internettforum og Facebook-sider relatert til svenske sykepleiere.

Å bruke internett, og sosiale medier, som et medium for å nå informanter vil naturlig nok ekskludere de som ikke benytter seg av dette. Denne avveiningen ble tatt, men etter en treg start i å få rekruttert informanter ble internett ansett som et nødvendig verktøy for å rekruttere. Før de første intervjuene ble avtalt, antok jeg at ”snøballmetoden” ville være en aktuell strategi som ville resultere i flere informanter. En ulempe ved ”snøballmetoden”, der bekjente av informanter blir rekruttert, kan riktignok være en fare for at informantene vil ha like karakteristikk siden de blir å rekruttert fra ett punkt. Informantene ble spurt om de hadde bekjente eller venner som de trodde var aktuelle for forskningsprosjektet, men det førte ikke til tilgang på nye informanter. Samme ulempe som ved ”snøballmetoden” er også til stede i utvelgelsen av informanter i dette prosjektet. Da internett og sosiale medier på nett ble benyttet i rekrutteringen av informanter, forutsetter det at informantene har brukt sosiale medier og vært medlem i ulike Facebook-grupper tilknyttet svenske sykepleiere. På samme måte vil rekruttering fra blogger på internett forutsette at informantene har vært innom disse bloggene. Slike entringspunkt i feltet kan gi tilgang til informanter med visse meninger og erfaringer basert på at disse internettsidene ofte omhandler arbeid i bemanningsbyrå og direkte ansettelse i Norge. Jeg fant likevel at informantene mine hadde ulike erfaringer med og ulike meninger om å arbeide i bemanningsbransjen i Norge.

4.3.1 Utføring av intervjuene

Tidspunkter for intervjuene ble avtalt via epostutveksling, og alle utenom to intervjuer ble gjennomført på telefon. Informantene var derfor ikke avhengig av å ha internett på intervjutidspunktet. En ulempe assosiert med telefonintervjuer er som tidligere nevnt fraværet av å kunne skape en bestemt intervjuatmosfære ved å bestemme intervjustedet (Opdenakker 2006). Da alle intervjuene, utenom to, ble foretatt per telefon hadde jeg ikke mulighet til å bestemme omgivelsene informantene befant seg i på det bestemte intervjutidspunktet. Hvor informantene befant seg på intervjutidspunktet var avhengig av dem selv, utfra hvilke tidspunkt de anså best for gjennomføringen av intervjuet. Informantene var klar over hovedtrekkene ved prosjektet, og de fleste valgte å befinne seg i sine hjem under intervjuet.

Det er derfor grunn til å tro at de valgte tidspunkt og sted selv, og valgte en kontekst der de var frie til å snakke. To intervjuer ble som nevnt foretatt ansikt-til-ansikt. Ett av intervjuene ble holdt i en informants leiehybel som tilhørte sykehuset informanten jobbet på. Det ga meg informasjon om konteksten, og var viktig i å forstå hvordan mange svenske sykepleiere lever under sine Norgesopphold. Det andre intervjuet ble holdt i mitt hjem, i mangel på alternativer. Selv om det ikke er det ideelle intervjustedet, så var det å foretrekke fremfor å møtes på et offentlig sted som kunne begrense hva informanten ville dele av informasjon. Jeg opplevde ikke at informanten følte seg brydd av intervjustedet, og jeg serverte kaffe og muffins for å skape en avslappet atmosfære.

Intervjuene ble tatt opp via en lydopptaker. Informantene ble informert om dette og ble spurt på forhånd om samtykke med en verbal gjentakelse om at intervjuene ville bli anonymisert. Intervjuene varte fra 45 minutter til 2,5 time, og det var ikke forskjell på lengden når det kom til de to intervjuene som ble gjennomført ansikt-til-ansikt og over telefon. Jeg opplevde dermed ikke at bruken av telefon førte til kortere intervjuer, noe som har blitt vektlagt som en ulempe i mye av litteraturen om telefonintervjuer i kvalitativ metode (Novick 2007).

Som en fersk intervjuer var det skremmende å skulle ta fatt på intervjuene som dreide seg om et tema jeg ikke hadde mye kunnskap om fra før av. De tre første pilotintervjuene fungerte som en fin trening, der jeg intervjuet informantene sammen med veileder og fikk observert hvilken rolle en mer erfaren intervjuer tok på seg i intervjuet. Jeg hadde forberedt en mer rett-ned gjennomgang av intervju spørsmålene, men så hvordan et samtalepreget intervju ga mer flyt og virket mer naturlig i en slik setting. Da jeg tok fatt på telefonintervjuene, valgte jeg å videreføre en mer samtalepreget intervjugjennomføring. Jeg syntes et samtalepreg ble mer naturlig ved bruk av telefon og i tillegg ga det meg en bedre mulighet til å utforske feltet for meg som forsker. Siden feltet var nytt for meg, var jeg svært søkende i å få informasjon. Dessuten hadde jeg en spørrende og søkende holdning i intervjuene da jeg var genuint interessert i å få dem til å forklare. Å ha en dialogform i intervjuet gir en annen flyt og svarene fra informantene blir mer utfyllende enn hvis samtalen preges mer av en gjennomgang av spørsmål på rams. Samtidig gir det rom for informantene til å vektlegge selv hvilke erfaringer og meninger de anser som viktig. For å bidra til at informanter skal kunne åpne opp om temaer forskeren er interessert i, er det viktig å skape en fortrolig og tillitsfull atmosfære (Thagaard 2009). Med tanke på ønsket tillitt mellom meg som intervjuer og informantene, var samtalepreg også et viktig aspekt. Kvalitativ forskningslitteratur fremhever som tidligere nevnt ofte hvordan oppbygging av tillitt kan

være en utfordring ved bruk av telefon som intervjuverktøy. Å ha en naturlig flyt i samtalen ga meg også større mulighet til å ta regi over intervjusituasjonen gjennom å finne en balanse mellom å gi uttrykk for bekræftende og mer vurderende kommentarer i forhold til informantens utsagn (Thagaard 2009). At jeg la opp til en dialog, kan være viktig for tillitten mellom informantene og meg som forsker. Informantene viste en åpenhet i de samtalepregete intervjuene, og de snakket om private ting som blant annet dødsfall og skilsmisser som var relatert til valg i deres arbeidsliv.

En ulempe med telefon var for meg at stillheter ble mer prekære, og at stillheter mellom svar på spørsmål og skifte av temaer som kan forekomme mer naturlig i samtaler der begge parter er i samme rom, ble både mer tydelig og ofte derfor mer ubehagelig i telefonsammenheng. I de første intervjuene preget dette meg som intervjuer. I stedet for å la stillhetene være, noe som kan føre til mer utdyping av svar fra informantene, hastet jeg meg videre til oppfølgingsspørsmål og andre spørsmål. Etter hvert, når jeg ble mer bevisst på dette gjennom transkriberingen der jeg måtte overhøre dette, tillot jeg mer stillhet. Jeg erfarte at naturlig forekomne stillheter kan være nyttig i intervjuer, for det gir informanten en sjanse til å tenke igjennom svarene som er gitt, og det gir indirekte invitasjon til videre utdyping. Å bruke telefon som intervjuverktøy ga meg også muligheter til å se gjennom intervjuguiden underveis i samtalen for å sikre at temaene var dekket, uten at det påvirket informantene. På denne måten kunne jeg lettere koble temaer som vi snakket om, til andre temaer i intervjuguiden. Å bruke telefon ga også en mulighet til å notere viktige punkter som fremkom i informantenes fortellinger som jeg ønsket å følge opp, uten at det virket forstyrrende for informantene. Jeg kunne gi rom for informantenes egne historier, og hva de vektla av erfaringer, og være en god lytter og stille passende oppfølgingsspørsmål basert på hva jeg noterte i løpet av lyttingen. På tross av fraværet av ikke-verbale tegn i intervjuene, var jeg bevisst verbale signaler som tonefall, nøling og sukk, og jeg kunne stille oppfølgingsspørsmål der jeg opplevde motstridende verbale signaler.

4.3.2 Transkribering og analyse av datamateriell

Innsamlingen av data har som nevnt foregått over en lengre periode, og intervjuene har blitt transkribert fortløpende. Å transkribere ga meg mulighet til å være mer selvrefleksiv, og det forbedret min intervjuteknikk da jeg ble oppmerksom på for eksempel bruken av stillhet som et aktivt virkemiddel for å få ytterligere utdyping fra informantene. Siden feltet var nytt for meg, ga også en fortløpende transkribering en mulighet til å vurdere spørsmålene i

intervjuguiden i form av hvilke spørsmål som fungerte, hva jeg ønsket å utforske mer i videre intervjuer, og en vurdering av meningsmetning. Intervjuene har jeg oversatt til norsk, og sitatene vil derfor presenteres på norsk. Jeg har foretatt en manuell analysefremgang, hvor jeg har notert temaer som informantene snakker om i margin, for så å sette det inn i et større skjema slik at informantenes ulike erfaringer ble sett i sammenheng.

4.4 Presentasjon av informantene

Informantutvalget består av 17 sykepleiere med et bredt spekter av erfaringer fra norsk helsesektor (se Vedlegg 1). Åtte av informantene har erfaring fra å jobbe i norsk sykehussektor gjennom bemanningsbyrå, og blant disse finnes både sykepleiere som var ansatt i bemanningsbyrå på intervjutidspunktet og sykepleiere som tidligere arbeidet i bemanningsbransjen. Fire informanter i utvalget har erfaring med å jobbe i bemanningsbyrå innenfor kommunale helsetjenester. Fem sykepleiere i utvalget har valgt direkte ansettelse i norsk helsesektor fremfor ansettelse i bemanningsbyrå. Alderen på informantene i utvalget spenner seg fra 20-årene til 60-årene og over halvparten er spesialsykepleier, og noen med flere spesialiseringer.

4.5 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet som konsept relateres til konsistensen og troverdigheten av forskningsresultater (Kvale & Brinkmann 2009). Reliabilitet blir i utgangspunktet ofte knyttet til spørsmålet om forskningsresultatene vil kunne bli reproduisert av en annen forsker ved bruk av de samme metodene på et senere tidspunkt (Kvale & Brinkmann 2009). For mange kvalitative forskere blir konseptet ansett for å være mer relatert til kvantitativ forskning, da det følger en positivistisk forskningslogikk hvor forskningsidealet er knyttet til nøytralitet, og resultatene er uavhengig av relasjonen som oppstår mellom forsker og informant. Fra et konstruktivistisk ståsted vil reproduksjon av forskningsprosjektet være irrelevant, da premisset for kunnskapsgenerering i et kvalitativt intervju er basert på kunnskapsproduksjon som skjer i interaksjonen mellom forskeren og informanten (Thagaard 2009). Thagaard (2009) knytter reliabilitet til vurdering av forskningens pålitelighet. For å sikre forskningens pålitelighet, er det viktig å redegjøre for fremgangsmåtene i forskningsprosjektet i argumentasjonen for reliabilitet. Å reflektere rundt konteksten for datainnsamling er en viktig del denne redegjørelsen, i tillegg til hvordan relasjonen mellom forsker og informant kan påvirke informasjonen gitt i intervjusammenheng (Thagaard 2009). Jeg har vært bevisst konteksten

for innsamlingen av data. Relasjonen mellom meg som forsker og informantene som ble etablert ved telefon, har i stor grad vært preget av åpenhet. I tillegg vil mine refleksjoner om metodologiske valg og fremgangsmåte, styrke studiens reliabilitet.

Validitet som konsept er relatert til om valgt metode undersøker det den er ment å undersøke (Kvale & Brinkmann 2009, Ragin & Amoroso 2011). I kvalitativ metode er validitet relatert til gyldigheten i forskerens tolkning. Validitet er da knyttet til tolkning av data, og om forskerens tolkning er representativ for den faktiske virkeligheten som er studert (Thagaard 2009). For å styrke validiteten i et kvalitativt forskningsprosjekt er det derfor viktig å redegjøre for fortolkningene som ligger til grunn for konklusjonene. Seale (2009 i Thagaard 2009:201) skiller mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet viser til hvordan årsakssammenhenger innenfor en studie støttes. Målet i denne studien er å forstå hvordan midlertidighet legger føringer for sykepleiernes aktørskap. Ved å presentere teoretiske perspektiver og analytiske begreper og knytte dette til empirien i analysen, mener jeg de kausale relasjonene i studien er tydelige for leseren. Ekstern validitet er knyttet til overførbarhet, som omfatter om en forståelse som utvikles i en studie, kan ha relevans i liknende studier i andre kontekster (Thagaard 2009:201). En kan argumentere for at forståelsene i denne studien kan overføres til andre studier, da det omfatter arbeidsmigrasjon av korttidsmigranter og hvordan midlertidighet påvirker deres aktørskap i mottakerlandets arbeidsmarkedet. Utfordringene knyttet til å være midlertidig ansatt vil trolig finnes i andre geografiske kontekster, men hvilke barrierer og muligheter sykepleierne opplever i utøvelsen av sitt aktørskap vil være mer bundet til kontekstuelle forhold.

4.6 Etiske refleksjoner

Den direkte relasjonen mellom forsker og informant som kvalitativ intervju metode preges av, fører til en rekke etiske utfordringer (Thagaard 2009). Kvalitative forskere har et etisk ansvar ovenfor informantene som inkluderes i forskningsprosessen. Den nære relasjonen mellom forsker og informant i kvalitativ metode, der informanten deler personlige erfaringer som tas i bruk av forskeren i utarbeidelsen av forskningsprosjektet, kan ha konsekvenser for informantene. Det er derfor viktig at forskeren benytter etiske retningslinjer som i størst mulig grad minimerer de negative konsekvensene forskningen kan ha på informantene. Etisk forsvarlig forskning kan ifølge Thagaard (2009) knyttes til hovedprinsippene informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser ved å delta i forskningsprosjekter.

4.6.1 Informert samtykke

Informert samtykke er utgangspunktet for ethvert forskningsprosjekt (Thagaard 2009). Forskeren skal gi informantene informasjon om formålet med forskningsprosjektet og hovedtrekkene i prosjektet. Denne informasjonen vil gi informanten mulighet til å vurdere positive og negative aspekter ved å delta i et prosjekt, før et eventuelt samtykke blir gitt. I tillegg må det klargjøres for informantene deres rett til å trekke seg fra forskningsprosjektet på ethvert tidspunkt i prosessen. Gjennom informert samtykke får informantene en viss kontroll over sin egen deltakelse i prosjektet (Thagaard 2009:29).

Alle informanter inkludert i denne studien ble tilsendt et dokument som ga informasjon om forskningsprosjektet, og hvilke overordnede temaer som ville bli adressert i intervjuet. I skrivet var det i tillegg informasjon om anonymisering av personlig informasjon gitt av informantene, som for eksempel informasjon om arbeidsgivere og arbeidssted. Informantene ble også opplyst om deres mulighet til å trekke seg på ethvert tidspunkt i forskningsprosjektet. De fikk også beskjed om makuleringstidspunkt for innsamlet data. Dokumentet ble tilsendt informantene før nærmere avtale av intervju. Før selve intervjuet begynte, ble informantene spurt om de hadde spørsmål rundt prosjektet og dokumentet de hadde blitt tilsendt.

4.6.2 Konfidensialitet og uheldige konsekvenser for informantene

Konfidensialitet skal sikre individers rett til privatliv og er en viktig etisk retningslinje for å unngå negative konsekvenser for informantenes bidrag til et forskningsprosjekt. Personopplysninger som kan identifisere informantene, må behandles konfidensielt og på en måte som ivaretar deres anonymitet i forskningsresultatene. Gjenbruk og lagring av informasjon inngår også i prinsippet om konfidensialitet. Lagring av datamaterialet kan skje innenfor en tidsbegrenset periode (Thagaard 2009).

I dokumentet informantene mottok før de ga samtykke til deltagelse, ble det presisert at personlig informasjon ville bli anonymisert i alt skriftlig materiale relatert til prosjektet. Anonymisering av personlig informasjon ble igjen tydeliggjort når informantene ble spurt om bruk av båndopptaker var greit under intervjuet. Opplysninger som navn, ulike arbeidsgivere og arbeidssted har blitt anonymisert i alt skriftlig materiale relatert til forskningsprosjektet, noe som ble poengtert i dokumentet informantene ble tilsendt. De fleste var åpne om hvilke arbeidsgivere de hadde vært ansatt hos, mens et par var motvillige til å opplyse om de ulike

arbeidsgiverne. Når jeg opplevde en uvilje til å svare på denne type spørsmål, presset jeg dem ikke videre.

Forskere har et ansvar for å beskytte informantenes integritet gjennom forskningsprosessen for å hindre at forskningsprosjektet har negative konsekvenser for informantene (Thagaard 2009). Til forskjell fra kvantitative undersøkelser der analyser er statistiske generaliseringer, kan den direkte relasjonen mellom forsker og informant i kvalitativ metode representere mulige konsekvenser for delaktighet blant informanter. Det innebærer at forskeren må vurdere hvilke negative konsekvenser deltakelse i prosjektet kan ha for informantene, og vurdere hvordan disse konsekvensene kan minimeres (Thagaard 2009). Samtidig må konsekvenser for gruppen av informanter som et hele også vurderes (Kvale & Brinkmann 2009).

Det virket som om informantene anså intervjuene som en positiv opplevelse, der de fikk mulighet til å snakke om ulike erfaringer og utfordringer knyttet til å jobbe i Norge som svenske sykepleiere. De var positive til tematikken i forskningsprosjektet, og flere av dem uttrykte at det var interessant å kunne delta i noe de mente burde belyses mer. De fleste stilte spørsmål om når det ville bli publisert skriftlig materiale av innsamlet data og de ville gjerne bli holdt oppdatert med tanke på kommende publiseringer relatert til forskningsprosjektet.

4.7 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg gjort rede for og reflektert rundt de metodiske valgene jeg har tatt i gjennomføringen av denne studien. Jeg har også redegjort hvordan valg av metode står i forhold til studiets forskningsspørsmål. Videre har jeg diskutert fordeler og ulemper med telefonintervju, og hvordan informantene har blitt rekruttert og intervjuet. Avslutningsvis har jeg diskutert analysens gyldighet, før jeg har gjort rede for de etiske utfordringene knyttet til kvalitativ forskning.

5 Exit Sverige – arbeid i Norge

I dette analysekapitlet skal jeg ta for meg hvorfor svenske sykepleiere velger å migrere for arbeid i Norge. Først vil motivasjonene for å ta arbeid i Norge presenteres. Siden valget om å migrere for arbeid påvirkes både av forhold i hjemlandet og mottakerlandet, vil jeg diskutere hvordan endringer i svensk helsesektor arter seg i praksis og hvordan sykepleiere erfarer disse. Videre vil deres migrasjon diskuteres i lys fagorganisering, før bemanningsbransjens rolle i arbeidsmigrasjonen blir presentert.

5.1 Lønnsforhold

Lave lønnsforhold er vanlig pushfaktor i internasjonal sykepleiermigrasjon (Cowin & Jacobsson 2003, Kingma 2006), og lønn blir ofte presentert som den eneste pullfaktoren i studier som inkluderer innleie av svenske sykepleiere i den norske helsesektoren (Nergaard & Nicolaisen 2002, Berge et al 2011). I mine intervjuer med svenske sykepleiere er både et lavt lønnsnivå og en uformell lønnsutvikling rapporterte kilder til misnøye blant de svenske sykepleierne. Hvordan de svenske sykepleierne opplever og møter utfordringene med lønnsystemet i Sverige, kan derfor være kilde til å forstå hvorfor de velger å ta seg jobb i Norge.

For sykepleiere ved svenske sykehus ble det individuelle lønnssettingssystemet introdusert i 1989. Vårdförbundet mente at det å knytte lønnsnivået til sykepleieres innsats og motivasjon ville føre til økt effektivitet og produktivitet i sykehussektoren, som igjen ville resultere i bedre lønninger for sykepleiere. I Vårdförbundets lønnspolitikk er det en forutsetning at alle partene i en lønnssettingsprosess er involvert og utøver innflytelse på hvilke mål, kvalitet og resultat en virksomhet skal ha. På denne måten mener forbundet lønnsutviklingen kan knyttes til den respektive sykepleiers bidrag til virksomheten, slik at lønnsutviklingen speiler virksomhetens utvikling og resultat (Vårdförbundet 2013). Det er sykehusenes budsjetter som setter rammer for de ansattes lønnsutvikling. Sykepleierlønninger utgjør generelt den største enhetsutgiften ved sykehus, på cirka 20% (Kingma 2006). Sykehusene i offentlig sektor må forholde seg til økonomiske midler allokert gjennom styresmaktens budsjett, midler som innhentes gjennom lokal skattlegging på landstingsnivå og gjennom direkte overførte midler fra staten, og styres derfor ikke av insentivet profitt i like stor grad som private foretak.

Blant alle informantene blir lønn nevnt som hovedfaktor i hvorfor de velger å ta arbeid i Norge. Flere av mine informanter nevner det individuelle lønnssettingssystemet som en årsak til at sykehusledelsen kan holde lønningene lave ved svenske sykehus. En sykepleier i 40-årene som har jobbet i Norge til og fra siden 1992 uttrykker det slik:

”Men i Sverige så får man en individuell lønn, og det var jo bra. I begynnelsen trodde vi at vi ville få høyere lønn når vi fikk individuell lønnssetting. Men det er jo bare et sett for dem (ledelsen) å trykke ned lønnen enda mer.” (Spl 10)

På spørsmål om hvordan lønnssettingssystemet fungerer i praksis, svarer informanten: ”det kan man undre seg over. Det er det ingen som vet, utenom HR-service kanskje” (Spl 10). Forhandlingsgrunnlaget mellom sjef og arbeidstaker blir på mange sykehusavdelinger basert på poeng som skal reflektere sykepleiernes bidrag og innsats til virksomheten. En av mine informanter beskriver forhandlingen om lønn slik:

”I praksis så fungerer det slik at vi blir kalt inn en gang i året til lønnsamtale. Så varierer det, men som regel jobber veldig mange med poeng. Du blir poengsatt på fleksibilitet, på fagdyktighet, ja, på forskjellige kriterier. Og så når sjefen vet hvor mye de har i potten, så å si, hvor mye dét årets lønnsrevisjonsspott inneholder, så fordeler man pengene. Dessverre så er det veldig ofte veldig liten mulighet til å påvirke hvor mye lønnsendringen blir.” (Spl 17)

Sykepleiere opplever i tillegg liten innflytelse på hvordan poengsettingen fungerer, da det er arbeidsgiveren som setter poengene. Antallet og type oppgaver sykepleiere tar på seg i et gitt år synes også å være avhengig av andre ulike omstendigheter, som gir utslag i lønnssettingen:

”Men under det året lønnen skal settes for, kanskje man ikke har hatt noen studenter av ulike årsaker. Noen annen har kanskje hatt to studenter. Eller noen annen sier at ”jeg kan ha alle studenter” eller ”jeg vil ikke ha noen studenter”, altså så her.. Vi er i ulike tider i livet, og da påvirker det lønnssettingen for det året.” (Spl 13)

Jevnt over oppfatter sykepleierne i min studie at tildelte poeng gir lite utslag på lønnsloppen, og sykepleierne vektlegger hvordan årlige lønnsutviklingssamtaler resulterer i 100 kroner hit eller dit. For eksempel fikk en sykepleier (Spl 11) 100 kroner lønnsøkning i måneden for å ha ansvar for palliativ pleie på sin avdeling. Sykepleierne forteller om lønnsamtaler som består av å få en lapp fra arbeidsgiver med et beløp på:

”Du direkte-forhandler liksom aldri selv, men du får et papir i hånden ”ja, men nå har du fått 325 kroner mer i måneden”. Man har ingenting å si til dem. Man kan av og til klage, og så kan man få et papir på hvorfor man ikke har fått mer eller at de har sett klagen. Men det hender liksom ingenting.” (Spl 15)

Mine informanter uttrykker at de opplever det som svært vanskelig å påvirke beløpet som arbeidsgiveren har bestemt: ”Om man sier at man ikke er fornøyd med beløpet, og sier at man gjør det og det, så sier de at pengene ikke rekker til, at det ikke går” (Spl 10). En mannlig sykepleier knytter en slik manglende innflytelse i lønnsforhandlinger til et spørsmål om makt:

”Man har ikke så mye makt egentlig, og sjefen man forhandler med er en mellomsjef som sikkert ikke har så mye makt til å høyne lønnen, for det er jo et begrenset budsjett. Så det er et spill for galleriet, det kjennes ikke ut som om man kan få så mye penger på sånn lønnsforhøyning.” (Spl 12)

Det fremkommer dermed at det er ikke bare misnøye blant sykepleierne over det lave lønnsnivået i landstingene, men også en stor frustrasjon i tilknytning til hvordan og hvorvidt det faktisk er mulig å forhøye sin lønn i møte med arbeidsgiverne. Det samsvarer med Gardulf et al (2005) sin studie ”Why do nurses at a university hospital want to quit their job”, hvor over halvparten av sykepleiere ved et svensk universitetssykehus oppga at de ønsket å slutte i sine stillinger. Hovedgrunnen nevnt var det lave lønnsnivået, men i tillegg hadde gruppen som ønsket å slutte mindre kunnskap om hvorfor de hadde lønnen de hadde og hvordan de kunne forbedre denne lønnen: ”The results of our study indicate that it may not be the actual salary itself that is the most decisive factor in wanting to quit but also a lack of participation in identifying goals and criteria for how the salary is set and what it is based on” (Gardulf et al 2005:333). De svenske sykepleierne i min studie uttrykker en tydelig maktesløshet i lønnsutviklingsmøter. I de tilfeller der arbeidsgiver møter sykepleiere med et allerede bestemt beløp basert på et poengsystem som sykepleierne utøver liten innflytelse over, er det liten reell forhandlingsmulighet i disse lønnsamtalene. Det er derfor mulig å fastslå denne årlige lønnsamtalen avviker fra hvordan Vårdförbundet mener at lønnen skal fastsettes, siden mine informanter ikke oppfatter seg som en involvert part, verken i avgjørelsene som gjelder virksomhetens målsetninger og hva de ansatte skal gjøre for å nå disse, eller fastsettelsen av lønn for den enkelte sykepleier. Mangelen på innflytelse gir

arbeidsgiveren definisjonsmakt i spørsmålet om lønnen sykepleierne får speiler virksomhetens resultater. Sykepleiere har dermed liten reell makt i lønnssettingen, der de ifølge Vårdforbundet burde ha innflytelse.

Uten en klar lønnsstige basert på ansiennitet, skaper et slikt lønnssettingssystem i tillegg store lønnsprick mellom sykepleiere, ofte på samme arbeidsplass. Sykehusenes begrensede budsjetter fører til at visse segmenter av sykepleiere blir prioritert over andre ved lønnsforhandlingene: ”Det er ofte enten de som har jobbet lenger eller de som er nyutdannet som blir, vel ikke oversett, men kanskje får litt mindre fordi da at man har valgt bort den ene arbeidsgruppen” (Spl 17). Når lønningsnivået er generelt lavt for sykepleiere, vil lønnsloft av en gruppe innenfor budsjettets rammer skje på bekostning av en annen gruppe. I tillegg vil det på steder der ”Inte under 24000” har vunnet frem og nyutdannede sykepleiere får en startslønn på 24000 eller mer, uten at lønnsnivået heves for andre segmenter av sykepleierstokken, skape ytterligere lønnsforskjeller mellom de nyutdannede og sykepleiere som har praktisert yrket i mange år. Dette kan skape stor frustrasjon og misnøye blant den sistnevnte sykepleiergruppen, og misnøyen rundt egen lønn intensiveres når andre uten tilsvarende kompetanse og erfaring tjener mer. En 40 år gammel kvinnelig sykepleier (Spl 11) som ble ferdig utdannet i 2010, da med 17 års arbeidserfaring som hjelpepleier, sluttet i sin sykepleierstilling ved et svensk sykehus da hun bare fikk 500 kroner mer i måneden enn en nyutdannet 23-åring. Hun opplevde at hun i liten grad kunne påvirke resultatet av lønnsforhandlingene, og at poengene arbeidsstedet benyttet seg av i fastsettelsen av lønnen hennes utgjorde svært lite på lønnslippen.

Flere av informantene anser lønnsforskjellen mellom sykepleiere ansatt ved samme arbeidsplass for å være et resultat av det individuelle lønnssettingssystemet. Mitt materiale viser at forskjeller i lønn sykepleierne i mellom er kilde til misnøye på arbeidsplassen, men det forteller også hvordan ulike lønnsvilkår hindrer sykepleiere å dele erfaringer i hvordan å forhøye sin lønn i møte med arbeidsgiver:

”Men det [lønnsforhandling] fungerer dessverre ikke optimalt fordi at man prater ikke så veldig mye om sin lønn dessverre. Man har ikke den kulturen kanskje enda, den kultur at man kan prate fritt om hva jeg har for lønn og hva du har for lønn. Og finne ut, at okei, da har du kanskje 2000 kroner mer enn meg i måneden, hvordan fikk du til det. Det er fortsatt dessverre litt sånn misunnelse innimellom om noen har veldig bra lønn, så føler man ikke alltid...eller så føles det ikke alltid som om det er noe positivt.” (Spl 17)

Lavt lønnsnivå og manglende innflytelse i lønnsforhandlinger kommer eksplisitt til uttrykk som årsak til å ta seg arbeid i Norge: ”Om man vil ha høyere lønn, så får man bytte lønn. Så da forsvinner jo den kompetansen” (Spl 10). I dette utsagnet er romlig mobilitet en mulig strategi for å heve eget lønnsnivå. En annen sykepleier forteller at hun allerede under studietiden bestemte seg for at hun ikke skulle være en av sykepleierne som tjente dårlig. Av den grunn valgte hun å dra til Norge direkte etter endt utdanning. Hun forklarer hvorfor hun flyttet til Norge slik: ”for ikke å behøve å kjenne at jeg tjener dårlig og behøve å klage på min lønn og sånn som mange andre har gjort” (18).

Norge fremstår som et attraktivt land da det er kulturelt og språklig likt Sverige, og lønnsnivået for sykepleiere er høyere enn i Sverige. I tillegg gir den geografiske nærheten mulighet til å dra til Norge også for kortere perioder. I 2013 var den norske minstelønnen for sykepleiere 356 000 norske kroner. En vanlig månedlig inngangslønn for sykepleiere i Sverige var samme år 22 000 SEK, ifølge Vårdförbundet. Det tilsvarer en gjennomsnittslønn på 250 000 norske kroner (se Solberg 2014). Når skiftstillegg og overtid inkluderes, kan en svensk fulltidslønn tjenes på 7-12 arbeidsdager i Norge. De svenske sykepleierne vektlegger at det kjennes mer rettferdig når lønnssetting blir satt etter mer tydelige kriterier ved norske sykehus, som ved bruk av ansiennitet. Nevnte sykepleier som bestemte seg for å jobbe for et norsk sykehus rett etter endt utdanning, forteller at hun som nå er 24 år, ble tilbudt like høy lønn som en studentvenninne på 45 år ble tilbudt ved et svensk sykehus. Begge valgte å dra til Norge, og får nå ulik lønn basert i det norske lønnssettingssystemet.

Push- og pull-faktorer speiler ofte hverandre i valget om å migrere for arbeid, noe som vises tydelig ved at lønnsforskjellene mellom Sverige og Norge påvirker sykepleierne valg om å ta arbeid i Norge. For å anvende Hirschmans (1970) teori om ulike måter å uttrykke misnøye på, gir den årlige lønnsamtalen sykepleiere en mulighet til å uttrykke ”voice” innad i organisasjonen. Det er i lønnssettingssamtalene sykepleierne kan ytre misnøye over sitt lønnsnivå direkte til arbeidsgiver, og forsøke å skape endringer i hva som forårsaker misnøyen. Sykepleiere blir oppfordret av Vårdförbundet til å forberede seg til lønnsamtalene ved å knytte ønsket lønn opp mot virksomhetens mål. Når budsjettens rammer reduserer muligheten for merkbar lønnsutvikling, innsnevres også muligheten til å oppleve at sitt uttrykk for misnøye blir hørt. Det kan da føre til at sykepleiere velger å uttrykke sin misnøye ved å forlate virksomheten. Valget om å forlate en organisasjon blir ofte tatt etter en vurdering om hvorvidt det er mulig å skape endringer ved å ytre misnøye innad i organisasjonen (Hirschman 1970). Som vist over erfarer sykepleierne å ha liten påvirkningskraft gjennom å ytre sin misnøye, og det oppleves som vanskelig å heve sin lønn

utover et par hundre kroner i de årlige lønnsamtalene. Når det i tillegg ikke eksisterer reelle muligheter for lønnsutvikling ved å bytte mellom avdelinger eller sykehus i Sverige, kan det å forlate det svenske nasjonale arbeidsmarkedet helt eller delvis, bli et uttrykk for misnøye. Deres uttrykk for misnøye i form av voice og exit fremstår dermed som sekvenser i en strategi. Å forlate det svenske arbeidsmarkedet for å ta arbeid i Norge som medfører høyere lønninger, enten som biinntekt eller hovedinntekt, er en proaktiv strategi. Både direkte midlertidig ansettelse og oppdrag gjennom bemanningsbyrå i Norge tilbyr svenske sykepleiere høyere lønninger.

5.2 Arbeidsforhold

Forskning på jobbtilfredshet blant sykepleiere viser at betydningen av lønn i valget om å slutte i sin stilling går ned når arbeidsforhold og kollegiale forhold oppleves som positive (Cowin & Jacobsson 2003). Selv om lønn ofte blir presentert som den eneste motivasjonen for svenske sykepleieres valg om å ta arbeid i Norge, er det viktig å undersøke hvorvidt det også finnes andre faktorer som spiller inn. I bakgrunnskapitlet ble det vist at Sverige har implementert flere og mer substansielle reformer inspirert av prinsipper i NPM enn Norge. Å undersøke hvordan svenske sykepleierne erfarer arbeidsforholdene i Sverige, kan derfor bidra til å gi informasjon om hva som påvirker deres valg om å migrere for arbeid.

I mitt materiale kontrasterer de svenske sykepleierne arbeidsforholdene i Norge mot arbeidsforholdene i Sverige når det gjelder faktorer som antall sykepleier på vakt per pasient, arbeidstempo og omfanget av arbeidsoppgaver. Flere av sykepleierne hadde hørt fra andre at arbeidsforholdene i Norge var bedre før de tok valget om selv å migrere for arbeid. Selv om lønnsnivået er den viktigste push- og pullfaktoren ut fra det sykepleierne svarer i intervjuene, påvirker også arbeidsforhold sykepleiernes valg om å inngå midlertidige kontraktarbeid i Norge, enten det er via bemanningsbyrå eller de norske sykehusenes egne vikarpooler. De svenske sykepleierne forteller om en arbeidshverdag i Sverige som er preget av stress og et høyt arbeidstempo. Arbeidstiden per uke for en fulltidsansatt sykepleier er i Sverige 38,25 timer, kontra 35,5 timer i Norge (Lindqvist et al 2014). Det er i tillegg færre sykepleiere per pasient på svenske sykehus. I Sverige er det gjennomsnittlig 7,6 pasienter per sykepleier, mens det i Norge er 5,2 (Aiken et al 2014). En mannlig sykepleier (spl 17) forteller at arbeidsbelastningen i Norge var ”rene drømmen”. Han var vant til å ha ansvar for opptil 14 pasienter i Sverige på en dagvakt, mens i Norge hadde han 4-6 pasienter.

Det er også forskjeller i personalsammensetningen på svenske og norske sykehus som påvirker hvordan sykepleierne erfarer arbeidsforholdene. På norske sykehusavdelinger er majoriteten sykepleiere, men det ved svenske sykehus benyttes hjelpepleiere i stor grad. Hjelpepleierne har ansvaret for stell og jobber tettest på pasientene, mens sykepleierne innehar et mer overordnet medisinsk ansvar. Sykepleierne har flere klare medisinske oppgaver og tar flere selvstendige beslutninger i Sverige, for eksempel benyttes ikke dobbelkontroll som er vanlig prosedyre ved utdeling av medisiner på norske sykehus. Personalsammensetningen fører til at sykepleierne ofte må belage seg på annenhånds informasjon om pasientene, og sammen med et større pasientansvar per sykepleier fører det til at sykepleierne føler seg mer alene i sitt ansvar. I tillegg er mangelen stor på spesialsykepleiere, som fører til at grunnutdannede sykepleiere fyller stillinger som egentlig burde vært besatt av spesialistsykepleiere. En kvinnelig sykepleier i 60-årene (spl 7) med spesialisering i tre ulike felt forteller at hun alltid har ansvar for to pasienter med assistanse av en hjelpepleier i Sverige, hvor pasientene ligger på hvert sitt rom eller på hver sin side av en skillevegg. Det fører til at hun ”flyter mye rundt mellom pasientene” (spl 7) og må belage seg på mange annenhånds-opplysninger om pasientene, noe som resulterer i at hun føler hun har mindre kontroll. I Norge har hun alene ansvar for én pasient og har dermed pasienten mer helhetlig, med stell og alt, noe som gjør at hun føler hun har stålkontroll når hun arbeider i Norge. Hvis det skjer noe med en pasient på jobb i Norge, så har hun i tillegg sykepleierkollegaer rundt seg som forstår hva som skjer, men sånn er det ikke i Sverige. Hun synes derfor måten man jobber på i Norge er positivt fordi det er mer tilfredsstillende å ha kontroll. Dette viser at å være få sykepleiere på jobb, enten det er grunnutdannede sykepleiere eller spesialsykepleiere på avdelinger der det kreves, vil kunne resultere i et fravær av faglig støtte i den daglige utøvelsen av yrket. I Norge jobber sykepleierne tettere på pasientene og må ta del i stell og andre pasientnære oppgaver, noe som var uvant for mange når de først kom til Norge da stell ikke nødvendigvis blir ansett som en sykepleier-oppgave i den svenske konteksten. Samtidig nevner flere, eksemplifisert over, at det å ha et mer helhetlig ansvar for pasienten øker kontrollen sykepleierne har i sine arbeidsoppgaver. I tillegg gir det mer tid til direkte pasientkontakt:

”Som sykepleier i Norge er man mer ute med pasientene i stell enn det man er i Sverige. I Sverige har man en mer administrativ rolle, mer at man har det med å legge om sår eller intravenøst og sånt. Som svensk sykepleier kan man ha ansvar for mange flere, fordi man har hjelpepleier som hjelper en med stellet. Den svenske [sykehussektoren] har for mye pasienter,

arbeidsmiljøet er for stresset, det er mange som ikke henger med i arbeidet sitt. Man har glemt bort at man trenger å snakke med pasientene og de får ta sin tid. Hver pasient vil jo bli sett, og det blir de ikke i Sverige. Det er blitt en lean production i stort sett, man har tatt til seg industri, produksjonsteknikker som man skal ta inn i helsesektoren, og det fungerer ikke. I Norge har man ikke kommet dit enda.” (Spl 5)

Sitatet belyser hvordan mangelen på tid til pasientkontakt blir knyttet opp som et resultat av markedsorienterte prinsipper implementert i helsesektoren, noe som samsvarer med hvordan økt kostnadseffektivitet resulterte i mindre tid til pasientkontakt i Blomgrens (2003) studie. Ifølge en studie av Sjögren et al (2005) var arbeidsforhold hovedårsaken til at svenske sykepleiere sluttet i sitt yrke. Arbeidsbelastning var hovedfaktoren i arbeidsforholdene som forårsaket at sykepleiere forlot yrket. Eldre og mer krevende pasienter, samt nedbemanning førte til høyere arbeidsbelastning. Den økte arbeidsbelastningen førte til at sykepleierne opplevde en konstant følelse av utilstrekkelighet hvor sykepleierne opplevde det som vanskelig å gi tilfredsstillende og verdig pleie til hver pasient. Blant forbedringer som var nødvendig for å vurdere en re-entre yrket, ble arbeidsforhold også nevnt som hovedgrunn, derav mer bemanning som ville medføre mindre arbeidsbelastning og mer tid til hver pasient. Det er store forskjeller i hvorvidt norske og svenske sykepleiere er involvert i direkte pasientpleie. Lindqvist et al (2014) viser at 27% av sykepleiere i Sverige rapporterte å gi pleie selv, mot 65% av sykepleiere i Norge. 52% av de svenske sykepleierne ga noe pleie, men hadde en mer tilsynsrolle. Lindqvist et al (2014) fant en sammenheng mellom involvering i direkte pasientpleie og arbeidstilfredshet, hvor mer direkte pasientpleie korrelerte positivt med arbeidstilfredshet blant de svenske sykepleierne. Å ha færre pasienter og mer pasientkontakt kan som vist føre til større tilfredsstillelse ved å ha mer kontroll i sin yrkesutøvelse. Samtidig som sykepleierne i min studie forteller om lite tid til direkte kontakt med pasienter i Sverige, er det også andre arbeidsoppgaver som minsker tiden til rådighet.

5.2.1 Tilleggsoppgaver

Blant mine informanter legges det vekt på økende arbeidskrav, der arbeidsoppgaver som ikke tradisjonelt er en del av sykepleierens virke, tar en større del av arbeidstiden til sykepleierne i dag. I tillegg til et større antall pasienter per sykepleier, opplever sykepleierne et større ansvar for administrative oppgaver, blant annet gjennom oppfølgninger via ulike kvalitetsregistre og mer papirarbeid. En sykepleier (Spl 8) estimerer at en til to timer går med til administrative oppgaver som ulike type kvalitetssikring og avvikshåndtering. Utviklingen av helsesektoren

medfører ifølge den svenske regjering at sykepleierstyrken ikke kan økes i samme grad som antallet pasienter øker, og det er derfor satt i gang et nasjonalt program for å analysere hvordan helsepersonells ressurser kan bli brukt mer effektivt. Økende administrative oppgaver blir ansett som en bidragsfaktor i at det sløses med sykepleieferdigheter:

”En följd av utvecklingen av uppföljningen av hälso- och sjukvården är att kraven på dokumentation har ökat, t.ex. registrering i hälsodata- och kvalitetsregister, och det har i sin tur inneburit en ökad administration för hälso- och sjukvården. Under senare tid har allt mer av administrationen utförts av läkare och sjuksköterskor och det har lett till att professionerna använder sin tid i allt mindre utsträckning till patientmöten. Det kan delvis bero på personalneddragningarna under 1990-talet som framförallt slog mot de yrkesgrupper som arbetade med administration” (Socialdepartementet, Dir. 2013:104, s.4).

Nedskjæring av støttepersonell som fulgte reformene på 1990-tallet, i kombinasjon med tidligere satsninger på løsninger for å håndtere informasjon, innhente data og kvalitetsregistreringer har økt det administrative kravet til sykepleiere. ”Öppna jämförelser”, en ny trend i den svenske sykehussektoren som sammenlikner kvalitet og effektivitet mellom landstingene, øker kravet til dokumentering ytterligere¹⁰.

I tillegg til økende administrative oppgaver, forteller mine informanter at også andre type arbeidsoppgaver som ikke faller inn under sykepleiernes tradisjonelle ansvarsområder, blir tillagt de svenske sykepleierne. De svenske sykepleierne må utføre arbeidsoppgaver som å ha ansvar for kjøkkenet, tilbereding og servering av mat og sengevask på avdelinger der bemanningen allerede er lav. Slike arbeidsoppgaver kan oppleves som å ta enda mer tid bort fra pasientene:

”så er det jo bedre arbeidsforhold der [i Norge] også, enn hva vi har her. Vi har det jo mye mer stressende hos oss. Vi er jo mye mindre personal, synes jeg. Og i Norge får man alltid sin pause og kan spise og... Så, ja det er mange deler som dere slipper... det der, for eksempel prøvetaking også, det gjør vi jo hjemme i Sverige. Og vi har jo ingen som tar hånd om kjøkkenet, det må vi gjøre selv. Servere all mat og plukke frem og smøre brød og... Og så må vi jo vaske alle senger og all ting sånt her hjemme også. Så det er mange, mange biter som vi må gjøre og hente, og er vi jo mye mindre personal. Så det blir liten tid over til pasientene.”
(Spl 11)

¹⁰Regjeringkansliet (03.10.2014): *Effektivare resursutnyttjande ger bättre vård*. URL: <http://www.regeringen.se/sb/d/17063/a/230531> [Lest: 16.02.2015]

Når sykepleierne har ansvaret og skal rekke over flere oppgaver, blir arbeidstempoet økt og tiden til rådighet mindre. Flere sykepleiere nevner at sykepleieres arbeid er mer tilrettelagt i Norge, der arbeidsoppgaver er mer atskilte blant yrkesgruppene tilknyttet et sykehus. En sykepleier sier for eksempel:

”Jeg får oppleve at i Norge så er det mer inndelt, spesifikt etter yrkesgrupper enn hva det er i Sverige. Så hva jeg er vant med, at jeg som operasjonssykepleier kan både vaske gulvet, vaske instrumentene, koke kaffe. Men i Norge er det veldig spesifikt, at ”nei, det er ikke din arbeidsoppgave, du skal ikke vaske gulvet”, ”du skal ikke gå ut med søppelet, det har vi annen personal til”.” (Spl 19)

Det finnes flere støttepersonell i den norske sykehussektoren som avlaster sykepleiernes arbeid i Norge:

”Det er flere helsesekretærer i Norge, de jobber lengre her. I Sverige går de hjem klokken fire, og her finnes det noen på huset til ni. Og de gjør jo mye sånt som man slipper å gjøre selv, som å bestille drosje, hjelpe til og ordne saker, be om undersøkelser, fakser saker, ting som man i Sverige hadde vært nødt til å gjøre selv. De finnes på hver avdeling, de gjør masse saker, de fyller på skapene og sånt. Man er mer avlastet i Norge enn i Sverige. Så det er veldig luksus. Portørhelsetjenesten kjennes mer utbygd ut i Norge også, sammenliknet med Sverige.” (Spl 12)

Sitatene over viser at det kreves større funksjonell fleksibilitet av sykepleierne ved svenske sykehus, hvor de må utføre mange oppgaver som tradisjonelt ikke inngår i sykepleieres arbeidsoppgaver. Nedskjæringer av støttepersonell, som portører og matleveransarbeidere, har økt en ineffektiv bruk av spesialiserte sykepleieferdigheter. Denne trenden er synlig i mange vestlige land (Kingma 2006). Når sykepleiernes arbeid er mer tilrettelagt i Norge gjennom støttepersonell og arbeidsoppgaver inndelt etter yrkesgrupper, blir sykepleiere fritatt fra arbeidsoppgaver de ellers har ansvar for i Sverige. Når lengden på sykehusopphold har blitt kuttet og sykdomsbildet er mer akutt for pasienter når de først blir innlagt, fører det til et intensivt arbeid for sykepleiere. Dette sammen med helseinstitusjonenes økende krav til at sykepleiere skal være funksjonelt fleksible med tanke på ulike oppgaver som før ikke inngikk i sykepleiernes virke, har vært en trend som observeres i mange land (Kingma 2006).

Det er nettopp denne trenden de Ruyter et al (2008) finner i sin analyse av hva som påvirker engelske sykepleieres valg om å gå fra ansettelse i offentlig helsesektor til å bli ansatte i bemanningsbyråer. Følelsen av å bli overveldet av byråkrati og målorientering, u håndterlig arbeidsbelastning og en voksende reformtrøtthet er ifølge en britisk revisjonskommisjon faktorer som forklarer hvorfor arbeidere forlater offentlig sektor (Audit Commission 2002 i de Ruyter et al 2008). Et resultat av økt press kan være at offentlig sektor-arbeidere velger å forlate sektoren. Restrukturering av den britiske helsesektoren har ifølge de Ruyter et al (2008) ført til flere faktorer som sykepleiere erfarer som en forringelse av deres arbeidsforhold, blant annet intensivering av arbeid, lavere bemanningsnivå og større pasientgjennomstrømning. I tillegg erfarer de britiske sykepleierne et økende krav om overtid og økende ansvar for administrative arbeidsoppgaver som sykepleierne mener går utover tiden tilgjengelig for pasientkontakt. De forverrede forholdene i offentlig helsesektor påvirker sykepleierens valg om overgang til bemanningsbransjen:

”Consistent with other accounts [...] there has been a strong ”pull” into agency contracts, linked to better financial rewards and improved flexibility. Yet what stands out more is the importance of deteriorating permanent job quality as a key influence. Over the past decade, nurses and social workers have faced intensifying pressures associated with target setting, budget constraints and the new managerialism. Such changes, in turn, appear to have increased the appeal of agency working as an alternative to permanent employment, allowing individuals to escape from or cope better with work pressures, either by moving assignments or simply withdrawing from extra-contractual demands” (de Ruyter et al 2008:442).

For sykepleierne i mitt studie som var yrkesaktive under den store reform-perioden i Sverige på 1990-tallet, er endringene i helsesektoren tydelige. En svensk sykepleier i 50-årene (Spl 19), med 25 års yrkeserfaring som sykepleier, og 15 av disse med hovedtyngdepunkt i norsk helsesektor, forteller at omstruktureringer bidro til en forverring av hennes arbeidssituasjon. Hun valgte å dra til Norge på grunn av at hun kjente en ”veldig stor oppgitthet” over den svenske sykehussektoren som skyldtes dårlig arbeidsmiljø og lønn, dårlige arbeidstider, lange dager og mye stress. Hun mener at omstruktureringer i helsesektorer, som sammenslåinger av avdelinger og hele sykehus og forflytninger av avdelinger, hadde negative effekter på arbeidet. Hun forteller at det påvirket både sykepleierens arbeidsmiljø og pasientene, og det var en avgjørende faktor for hennes valg om å forlate den svenske helsesektoren: ”det kjente jeg at jeg kunne liksom ikke... jeg ville ikke medvirke til det” (Spl 19). Derfor bestemte hun

seg for å søke seg et annet sted der hun kunne ”gjøre det jeg var god til og få bra betalt for det”. For henne betød valget om å ”freelance” å ha mulighet til å ha større valgfrihet og en bedre økonomi. En annen sykepleier i 60-årene (Spl 7) mener også disse endringene i helsesektoren er grunnen til at mange i hennes aldersgruppe trekker til Norge:

”Jeg tror det er fordi vi har vært med på den tiden der jobben var litt annerledes; man fokuserte på pasientene. Nå er det så mye styr: økonomi og administrasjon. Som sykepleier blir man involvert i det. Vi som har valgt denne jobben vil jo jobbe med pasientene. Man er jo ikke så interessert i alt det andre, det politiske styret.” (Spl 7)

Å ta midlertidig arbeid er en mulighet til å komme bort fra erfarte dårlige arbeidsforhold, og minimere presset som økonomistyring i helsesektoren har skapt. Eksterne innleide vikarer vil for eksempel ofte ha mindre administrativt ansvar siden de ikke er kjent med rutiner og prosedyrer på avdelingen de kommer. Samtidig, som de Ruyter et al (2008) påpeker, vil sykepleieres bemanningsbyråoppdrag ofte være i offentlig sektor og sykepleiere slipper som sådan ikke bort fra arbeidsforholdene i sektoren. Å ta bemanningsoppdrag i Sverige vil for de svenske sykepleierne fremdeles bety høy arbeidsbelastning og et høyt arbeidstempo, og derfor er det norske arbeidsmarkedet attraktivt i at det frigjør dem fra de dårlige arbeidsforholdene de erfarer i svensk helsesektor. Ubetalt overtid faller bort og kravene til dokumentering og oppfølging av pasienter i henhold til kommuner vil ofte bli tillagt den permanente bemanningen som kjenner til prosedyrene. Den midlertidige ansettelsesformen til de svenske sykepleierne, hvor de blir plassert på ulike arbeidssteder, fratrar dem også arbeidsoppgaver som de ville vært pålagt om de hadde vært permanent ansatte. Både gjennom direkte midlertidig ansettelse tilknyttet et sykehus vikarpool eller gjennom bemanningsbyrå vil sykepleiere ofte være kortvarig på en arbeidsplass, og manglende innsyn i prosedyrer og rutiner vil frita dem fra arbeidsoppgaver de ellers ville ha hatt. Når arbeidsforholdene i Norge oppleves som svært gode sammenliknet med Sverige, uttrykkes det at arbeidet sykepleierne er i stand til å gjøre også blir bedre: ”Man kan gjøre et mer kvalitativt bedre arbeid i Norge, fordi det finnes bedre forutsetninger” (Spl 10).

5.2.2 Overtid og beordring

Flere av sykepleierne uttrykker en innskrenkning av kontroll over egen fritid ved deres arbeidsplasser i Sverige. En økende arbeidsmengde per sykepleier sammen med et stadig mangel på bemanning ved deres arbeidsplasser fører til krav om overtid og ekstravakter.

Flere av sykepleierne snakker om et arbeid ved offentlige sykehus der man risikerer å bli beordret på jobb på grunn av mangel på bemanning:

”I Sverige må man jobbe overtid. Om man ikke gjør det, så beordrer de det. Når jeg jobbet på røntgen i Sverige sist, så satte de opp masse vakter på vakter de ikke hadde vikarer for, fordi de ikke tar inn vikarer fordi det er for dyrt. Og da tvinger de det originale personalet å jobbe ekstravakter. Og hvem vil jobbe ekstra på sommeren? Da vil man jo være så mye ledig som mulig. Og om man ikke tar vaktene, så er man illojal mot kollegaene [...] Det er viktig med hvile og man har sin autorisasjon å tenke på. Hender det en feil kan man miste sin jobb.” (Spl 10)

Tidligere nedskjæringer av sengeplasser og dagens personalsituasjon har ført til at arbeidsgivere har begynt å ta i bruk tiltak som er utviklet for å håndtere eventuelle kriser eller katastrofer. Disse tiltakene gir arbeidsgivere rett til å beordre sykepleiere til arbeid, og det er en økt bruk særlig av det laveste av tre krisenivåer, *stabsläge*: ”Vid larm om en händelse eller hot där omfattningen är oklar och tillgängliga sjukvårdsresurser kan bli otillräckliga. Ökad beredskap för akut omhändertagande. Planerade behandlingar kan skjutas upp och personal beordras övertid. En ledningsansvarig läkare planerar och organiserar den medicinska verksamheten” (Mellgren 2015). Når sykepleiere blir beordret på jobb, er det kun lovlig å si nei med legitim grunn, som for eksempel mangel på barnevakt, inntak av alkohol eller om sykepleieren allerede har jobbet for mye overtid¹¹. En kvinnelig sykepleier forteller om økt grad av beordring og en overtidsoverordning som aldri gir kompensasjon. På hennes arbeidssted kan overtid kun avspaseres, men på grunn av bemanningsproblemer får de aldri tiden igjen, ”sånn at tiden sklir inn i evigheten” (Spl 15):

”Er det noen som ringer til meg og sier ”hei, vi har krise, nå er det sånn at du er beordret”, da kan jeg ikke takke nei. Altså, som sykepleiere, så har de den muligheten om du jobber på et offentlig sykehus, ja. Og det er egentlig en siste utvei, for å si...når det egentlig er en krigs- eller katastrofesituasjon. Men den har begynt å anvendes bare for å trekke til seg bemanning, og de har ikke muligheten til å ta inn vikarer som i Norge. De får ikke. De har ikke den økonomien, min arbeidsplass i dag står i den situasjon at de har mistet så mye personal at de måtte ta inn bemanningsbyrå nå for de kan ikke kan løse det. Det finnes ikke noe personal å få tak i, og da sier man ”ja, men vi behøver operasjonssykepleier” og da sier jeg ”good luck,

¹¹ Vårdförbundet (12.09.2014): *Beordran*. URL: <https://vardforbundet.se/Stod-och-service/Yrkeslivet/Beordran/> [Sist besøkt: 10.01.2015]

de finnes i Norge, men de finnes jo ikke her”. Og det handler mye om, ja, arbeidsbetingelser, at man ikke får gå hjem i tide, at man har jobbet mye overtid uplanlagt og planlagt, men fremfor alt uplanlagt. At vi går hjem klokken fem, men ofte får vi jobbe til 17.30-18-19 for at operasjonene ikke er ferdig. Man får aldri igjen den tiden. For at om vi har to uker med overtid i timer, så får vi aldri ut dem for de har aldri personal som kan dekke behovet.” (Spl 15)

Sykepleiermangelen fører til at sykepleiere må gi av fritiden sin for å hankses med arbeidsmengden ved sykehusene. For flere av sykepleierne erfares det derfor som feilslått når myndigheter snakker om ulike muligheter for å håndtere sykepleiermangelen gjennom blant annet å utvide studieplasser og importere utenlandske sykepleiere, uten å ta tak i hva som fører til at sykepleiere velger å ta jobb andre steder enn i svensk helsesektor. Samme sykepleier uttrykker frustrasjonen slik:

Men vi øker utdanningsplassene, vi importerer sykepleiere i stedet for å faktisk ta vare på de vi har og gi oss bedre lønn og ansettelsesforhold, så forsøker man liksom politisk, og liksom media liksom, å skylde situasjonen på bristen på at sykepleierne ikke vil jobbe. Det er jo litt sant (ler), men vi vil ikke jobbe i Sverige fordi, ja, vi er for fine, nei ikke for det. Men det handler jo mye på at man skal kunne leve på sin lønn, man skal kunne leve et anstendig liv og fremfor alt ha et anstendig arbeidsmiljø der telefonen ikke ringer klokken 05.30 på morgenen en lørdag for å si at ”hei, du må komme og jobbe” eller 21.30 eller 22 på kvelden når man har kommet hjem og sier ”men du må komme tilbake på jobb, fordi vi har ikke noe personell”. At man liksom, man ikke har..man får liksom ikke sine ferier, man får ikke....og når man er på ferie, så blir man innringt, altså det er... Man er aldri...man kan aldri kjenne seg fri fra det da, uten da at de presser sitt personal til det ytterste. Ogsiden skylder man krisen på sykepleierne litt: ”Ja, men det finnes jo ingen sykepleiere”. Jo det finnes sykepleiere, men de jobber ikke i Sverige. Og igjen, det legger...jeg synes man tillegger skylden på sykepleiere, at det er sykepleiernes feil at helsevesenet ikke fungerer i Sverige, men det er det jo ikke. Det er ikke legenes feil heller, men det handler mye om arbeidsgiverne. Og der har jo fagforeningen en rolle å spille, men man våger ikke reelt politisk gå ut og si, eller både politisk og i media og si at det her er ikke vår feil, det her er faktisk...vi behøver ikke å utdanne flere, for vi utdanner 3000 sykepleiere i året. Og hvor de tar veien, det vet vi jo ikke. Men åpenbart er de ikke der det behøves” (Spl 15).

Overtid og beordring tilbake på jobb bidrar til å skape misnøye over arbeidsforholdene i den svenske helsesektoren. Det viser også hvordan arbeidsgivere i offentlig helsesektor har makt

over sykepleierne, og i henhold til Clark (2000) terminologi har arbeidsgiverne slik en større definisjonsmakt i hva som utgjør den temporære grensen rundt sykepleiernes produktive domene. Gjennom beordring og overtid skapes temporære gjennomtrengninger fra produktiv til reproduktiv domene og sykepleierne forventes å være fleksible i sitt reproduktive domenet, noe som fører til at styrken av grensen rundt dette domenet svekkes. I et yrke som allerede forbundet med konflikt mellom arbeid og livet ellers (Grzywacz et al 2006, Leineweber et al 2014), kan det bidra til økt konflikt mellom arbeid og liv. Det er derfor nyttig å undersøke videre hvordan arbeid og liv påvirker valget om å ta arbeid i Norge.

5.3 Klarere grenser mellom arbeid og liv

Å ha mulighet til å reise til Norge avhenger av hvilke forpliktelser sykepleiere har i sine liv. De fleste sykepleierne i dette utvalget er i en alder tilsvarende før og etter småbarnsperioden, noe som er i tråd med alderen på norske byråansatte sykepleiervikarer (Dahle & Østby 2007). Både informanter som reiser til Norge periodevis og de som kommer til Norge for et par helger i året eller som ferievikarer, forteller at familieforpliktelser har betydning for om de velger å reise hjemmefra. For eksempel nevnes tilkomne barnebarn og fosterbarn som faktorer som påvirker hvorvidt sykepleiere har mulighet eller lyst til å dra fra Sverige. Endringer i familieliv kan også påvirke valget om å reise til Norge periodevis. En kvinnelig sykepleier i 40-årene forteller at hun etter en skilsmisse i 2009, lurte på hvordan hun skulle klare å få til å ha barna annenhver uke samtidig som hun jobbet som sykepleier. Da bestemte hun seg for at hun kunne jobbe i Norge annenhver uke, og være i Sverige sammen med barna den uken hun hadde fri. En annen sykepleier i 60-årene mistet moren sin natten til intervjuutidspunktet, og sier hun nå er mer fri med tanke på å reise ut (Spl 7).

Sykepleieres arbeid, i form av skiftarbeid og lange arbeidsdager, er forbundet med konflikt mellom arbeid og liv (Leineweber et al 2014), og det gjelder hovedsakelig at arbeid gir forstyrrelser i det reproduktive domenet (Grzywacz et al 2006). I tillegg forsterker strukturelle og organisatoriske krav til sykepleiere, som organisatorisk restrukturering og bemanningsmangel, hvordan arbeidslivet skaper forstyrrelser i det reproduktive domenet. Grzywacz et al (2006) har pekt på at relaterte konsekvenser av en slik konflikt er lavere jobbtilfredshet, utbrenthet, tretthet og emosjonelle plager, og en identifisert årsak bak gjennomtrekk i sykepleieryrket er når konflikten mellom de to ulike domene opplevs som stor (Leineweber et al 2014, Grzywacz et al 2006). Å ta arbeid i bemanningsbyrå kan gi større grad av kontroll over egen arbeidstid (Underhill 2005). En kvinnelig sykepleier i 20-

årene (Spl 9) forteller at lønn var hovedmotivasjonen da hun begynte å jobbe i Norge som ferievikar ved siden av full stilling i Sverige. Etter hvert sa hun opp sin stilling i Sverige for å jobbe mer i Norge. Selv om lønnen fremdeles er en betydningsfull faktor, forteller hun at friheten, i form av at hun kan bestemme når og hvor mye hun vil jobbe, har fått større og større betydning.

For de svenske sykepleierne gir midlertidighet i form av deres arbeid i Norge større grad av kontroll til selv å forme grensene av de ulike domenene selv: ”det er mitt privatliv som styrer når jeg jobber” (Spl 7). Arbeidssituasjonen for sykepleiere i Sverige fører til økt konflikt mellom det produktive og det reproduktive domenet. Mangelen på sykepleiere i Sverige fører til at sykehusene tar i bruk tiltak som beordring av sykepleiere tilbake på jobb. Gjennom krav som beordring, der sykepleierne ikke kan si nei uten objektive legitime grunner, får sykehussjefene og avdelingslederne en stor definisjonsmakt for hva som utgjør grensene for det produktive domenet. Uenighet mellom hva som utgjør grensene blir dermed en kilde til konflikt for sykepleierne. I et allerede fleksibelt yrke med skiftarbeid og ulike turnuser gjennom året, skjer gjennomtrengningen fra det produktive til det reproduktive domenet. Beordringer oppleves som forstyrrende temporære gjennomtrengninger som påvirker det reproduktive domenet negativt. Grensene for hva som utgjør det reproduktive domenet er svakere enn grensen rundt den produktive domenet. Med lovpålagt beordring og overtid besitter de svenske sykepleierne mindre makt i å forme og forhandle grensene mellom de ulike domenene. Grensen for hva som utgjør det produktive domenet er dermed sterkere enn for det reproduktive domenet, og kravene i det produktive domenet fører til at sykepleierne må være mer fleksible i sitt reproduktive domene for å tilfredsstille disse kravene. Når for eksempel bemanningsutfordringer hindrer at overtid kan tas ut i avspasering, viser det at krav i den reproduktive sfære ikke nødvendigvis blir møtt med samme grad av fleksibilitet i produktiv sfære for å imøtekomme disse kravene. En opplevelse av økt arbeidsmengde og stress på arbeidsplassen skaper også psykologiske gjennomtrengninger fra det produktive til det reproduktive, der dårlig samvittighet oppstår på grunn av for liten tid for å rekke over alle arbeidsoppgaver på en subjektivt tilfredsstillende måte.

Ved opplevelse av en stadig mer innskrenkning av fritid på grunn av økende arbeidskrav i Sverige uten tilsvarende belønning for arbeidet, er midlertidig ansettelse et proaktivt valg som gir sykepleierne mer makt i å kunne forme og forhandle grensene mellom reproduktiv og produktiv domene. Å jobbe midlertidig gir større mulighet til å styrke grensene rundt det reproduktive domenet: ”Du jobber når du vil, og om det er noe som kommer opp så er det aldri en diskusjon om at du vil ha fri. Du bare sier at du vil ha fri” (Spl

17). Dette gjelder både for sykepleiere som har midlertidige kontrakter direkte med sykehus eller via bemanningsbyrå, og som ikke har fast ansettelse i Sverige. Ønsket om å bedre balansen mellom liv og arbeid, og styrke grensene rundt domeneene blir også nevnt av en sykepleier som har fulltidsjobb i Sverige, men som har jobbet i Norge i egen fritid:

”Jeg kunne tenke meg å jobbe i to uker eller tre uker og være hjemme i to, og være helt fri i de to ukene. Den muligheten kunne jeg aldri ville få i Sverige – å være helt fri. For i Sverige...min arbeidsgiver, de kan jo ringe, og jeg kan jo ha gått hjem klokken fem og de kan ringe klokken ti og si ”ja, men vi har en kjempekrise, du må komme inn og arbeide”. Eller at man ringer lørdag morgen og tar telefonen og så ”hei, nå er du velkommen på jobb om ti minutter eller en halvtime eller tre kvarter innstillingstid fordi vi ikke har noe personal”. At man er mer opplåst i Sverige når jeg jobber i Sverige enn om jeg hadde vært 2 uker i Norge og 2 uker hjemme. For når jeg er hjemme, så er det ingen som kan ringe og si at ”hei, du skal være på jobb om en halvtime”, utenom da har jeg fri. Det er den store forskjellen” (Spl 15).

Lønnsforskjellene mellom Norge og Sverige er en avgjørende faktor som muliggjør sykepleierne i å kunne definere grensene tydelig. I tillegg gir den store etterspørselen etter sykepleieferdigheter i Norge muligheter til å jobbe ekstra, og sammen muliggjør dette å kunne jobbe kortere perioder i Norge for så å ha mer og ”renere” fritid i Sverige. Det vil da ikke forekomme telefoner i deres fritid som krever at sykepleierne må komme tilbake til arbeidet grunnet personalmangel eller andre årsaker. En sykepleier (Spl 11) som har hjemmeboende barn og mann, har en 40 prosent stilling i Sverige og jobber ekstra i bemanningsbyrå både i Sverige og i Norge. Hun forteller at hun begynte å jobbe i Norge gjennom vikarbyrå for å tjene ekstra i tillegg til at det er bedre arbeidsforhold i Norge. En annen grunn var også for å kunne være ha fri hjemme i Sverige, fordi hun ikke da trenger å jobbe like mye i Sverige: ”Det rekker nesten å jobbe en uke i Norge, da kan det nesten være som heltid en hel måned her hjemme i Sverige” (Spl 11). En motivasjon for å søke midlertidig arbeid i Norge er derfor å få større muligheter til å definere grensene for hva som utgjør det produktive og det reproduktive domenet. Midlertidig ansatte sykepleiere gir beskjed til sin arbeidsgiver om hvilke periode de er tilgjengelige for å jobbe i Norge. I henhold til Clarks teori (2000) søker sykepleierne en mer fleksibel temporær grense mellom det reproduktive og det produktive domene, ved at de selv bestemmer i hvilke perioder de ønsker å arbeide. En mannlig sykepleier (Spl 12) forteller at han før jobbet flere uker av gangen i Norge, men at han følte at man ofrer litt når han jobbet på den måten. Det kjentes

enkler å ha et liv hjemme, med familie og venner, når han bare var borte en uke av gangen. Han jobber i dag cirka en uke i Norge og er hjemme i to uker, og sier at den store gevinsten er at han har mye fritid i Sverige når han er hjemme. Det kjennes ut som om han har mer fritid slik enn om han hadde jobbet fulltid i Sverige. Han og hans samboer venter barn, og han vil forsøke å jobbe på samme måte etter fødselen for å se om det fungerer: ”jeg får jo være ledig i to uker mellom hver gang, så det er jo bra på det settet” (Spl 12). Å være løst tilknyttet arbeidsgiver gjennom kontrakter som ikke angir krevd arbeidstid, gir mulighet til å tilpasse arbeidstid med andre forpliktelser i privatlivet. Flere av informantene nevner livsstil, og vektlegger sin egen personlige fritid og personlige liv som styrende for arbeidslivet. Å reise til Norge med formål om kun å arbeide gir tydelige og faste rammer for hva som utgjør den produktive sfære. For mange av sykepleierne betyr arbeid i Norge en mulighet til å oppnå mer fritid:

”For det meste har jeg planlagt Norgesopphold utfra reiser jeg har gjort [...] Jeg tror jeg har vært her med to måneders mellomrom, at jeg har vært hjemme i to måneder, og så jobbet kanskje fire uker, vært hjemme noen uker, dra tilbake for å jobbe noen uker, og så vært borte i to måneder.” (Spl 9)

Midlertidighet enten i form av oppdrag for vikarbyråer eller tilknytning til sykehusenes egne vikarpool er et ønske fra majoriteten av sykepleiere selv, som verken ønsker eller har mulighet til en fast turnus i Norge. Deres liv er i Sverige, men deres arbeid kan utføres i Norge. Det midlertidige arbeidet, der sykepleierne selv bestemmer hvilke perioder de vil komme til Norge, gir tydeligere rammer for hva som utgjør det produktive domenet:

”Og så skal man jo ha litt klart for seg at som vikar på et sted, så da er man kun der for å arbeide. Du har ikke det sosiale, du behøver ikke å hente barna, du har ikke vaskerommet på torsdag kveld, du har ikke en masse oppdrag omkring deg, men du arbeider, spiser og sover. Det er stort sett det. Så man har jo liksom mer energi igjen for å arbeide.” (Spl 19)

Sykepleierne har ofte et ønske om å jobbe mest mulig i periodene de er i Norge. Det er stor bevissthet rundt arbeidsmiljølovens muligheter og begrensninger, og å jobbe ekstra er som nevnt en bidragsfaktor i at kortere perioder med jobbing i Norge gir mulighet til å ta lengre perioder med fri i Sverige. Svenske sykepleiere er populære blant kommuner og helseforetak i Norge fordi de er språkkyndige (Berge et al 2011). Fraværet av sosiale og

familieforpliktelser under opphold i Norge blir også nevnt av sykepleiere som en årsak til hvorfor de svenske sykepleierne er populære i norsk helsesektor:

”Vi er populære fordi vi jobber, vi sykemelder oss sjeldent. At man sees som easy-going, det er liksom ikke noe problem med svenske sykepleiere. Vi er populære for vi jobber mye og vi stiller opp. Med det er jo fordi vi ikke er hjemme, vi har jo ingenting annet der. Vi er jo frie, vi har jo ingen familie og barn og mann og hunder, steder som skal tas hånd om når vi er i Norge og jobber. Det er den store forskjellen” (Spl 15).

Når svenske sykepleiere forlater sine liv i Sverige for å arbeide i Norge, blir grensene rundt domene arbeid tydeliggjort, og for å forsterke grensene rundt det reproduktive domene i Sverige er ofte intensivt arbeid i Norge nødvendig.

5.4 Fagorganisering

Som vist over uttrykker sykepleierne i dette studiet en stor misnøye med både lønnsnivået og arbeidsforholdene i svensk sykehussektor. Å være medlem av en fagforening kan være en måte å forsøke å bedre lønns- og arbeidsbetingelser. Organisasjonsgraden blant sykepleiere er høy både i Norge og i Sverige. I 2013 hadde Vårdförbundet 110775 medlemmer (Vårdförbundet 2013), og Norsk sykepleierforbund har 103445 medlemmer¹² i 2015. Sykepleierne i min studie har ulik grad av tilknytning til fagforeningene i Sverige og Norge. Noen er kun medlem i Vårdförbundet eller i NSF, én er medlem begge steder, mens majoriteten i utvalget som helhet ikke er medlem i noen. Grunner som oppgis for å være medlem av Vårdförbundet er blant annet at det er viktig å være med i fagforeningen for å kunne påvirke sykepleiernes arbeidsvilkår og lønnsnivå, at det er en solidarisk handling og lettere å få til endringer vet at sykepleiere står sammen. I tillegg til at det er viktig å ha tryggheten av å ha en fagforening i ryggen om det skulle hende noe som vil føre til rettslige spørsmål. I Sverige er arbeidsledighetstrygd ikke inkludert i skatten, men basert på medlemskap. Medlemskap i Vårdförbundet gir i tillegg inntektsforsikring, som sammen med medlemskap i A-kassan, kan gi opp til 80 prosent av tidligere lønn ved arbeidsledighet¹³. Samtidig finnes det misnøye blant noen av sykepleierne som er medlem i Vårdförbundet.

¹² Tall hentet fra Norsk Sykepleierforbunds hjemmesider. URL: <https://www.nsf.no/statistikk/artikkelliste/539297> [Lest 21.07.15]

¹³ Vårdförbundet (01.01.2014): *Inkomstförsäkring*. URL: <https://www.vardforbundet.se/Medlem/Inkomstforsakring/> [Lest: 20.04.2015]

Misnøyen omhandler fagforeningens mulige strategier til å forbedre lønns- og arbeidsvilkår og et forhandlingsklima som omtales som altfor forsiktig og hvor fagforeningen ikke våger å sette foten ned. En kvinnelig sykepleier i 20-årene (Spl 14), som tok del i ”Inte under 24000”-bevegelsen¹⁴ og valgte å ta direkte ansettelse hos et sykehus på Østlandet ved endt utdanning, forklarer at hun er medlem av fagforeningen fordi hun synes det er veldig bra å organisere seg og at man prøver å få til en forandring. Hun presiserer at hun betaler kontingenten fordi hun vil tro på det. Men hun synes ikke fagforeningen er effektiv. Vårdforbundet gikk ut i streik i 2008, og hun tror at mange sykepleiere var skuffet over resultatet:

”Og det viser jo at fagforeningen ikke har noen makt egentlig, for de kan ikke streike. Det går ikke. Du får ikke lov til å streike sånn at pasientene blir rammet av det, og da er det ikke noen mening heller. Da er det ingen som kommer til å bry seg, og det kommer bare til å koste penger. Fagforeningen har ikke så veldig mange muligheter egentlig. [...] Det har jo vært streik og det har vært forhandlinger og det har vært masse prat da om å få opp lønnen, men det har ikke skjedd noe. Moren min er sykepleier, og har jobbet i 20 år uten at hun har noe lønn [lite lønn å snakke om] egentlig. Jeg har høyere lønn enn moren min nå, og det er jo helt sykt. Men det er jo det som fagforeningen har klart å få til: dårlig arbeidsmiljø, dårlig lønn, dårlig alt sammen egentlig. Fagforeningen har ikke klart jobben sin egentlig.” (Spl 14)

En annen kvinnelig sykepleier i 40-årene (Spl 15) som har en 100 % stilling i Sverige, men som jobber i Norge i egen fritid, er tillitsvalgt ved arbeidsstedet sitt. Hun også sier at det er ikke så store fordeler å være med i fagforeningen, fordi den ikke kan gjøre så mye. Hun skildrer et forhandlingsklima hvor man skal være forsiktige og er opptatt av å gjøre alle til lags og mener det er svensk å være redd for konflikter. Hun mener dette er i endring med den nye generasjonen sykepleiere, gjennom bevegelser som ”Inte under 24000”, men at det fortsatt er: ”nei, vi skal gjøre det saklig og vi skal ikke bli opprørt” (Spl 15).

Flere i utvalget har valgt å melde seg ut av Vårdforbundet på grunn av misnøye med fagforeningens manglende fremgang. Det er flere som verken er medlem i norsk eller svensk fagforening. Halvparten av de åtte sykepleierne som har erfaring fra å jobbe gjennom bemanningsbyrå i norsk sykehussektor, er ikke medlem i noen fagforening. En kvinnelig sykepleier i 60-årene (Spl 7) som nå jobber direkte for et norsk sykehus, forteller at hun var

¹⁴ ”Inte under 24000” er en studentbevegelse hvor nyutdannede sykepleiere nekter å ta arbeid hvis lønnstilbudet fra arbeidsgiver er under 24000, og på den måten forsøker de å presse arbeidsgivere til å heve lønnsnivået for sykepleiere (Se Kiil & Knutsen 2015).

veldig aktiv i den svenske fagforeningen frem til 2000, men valgte å avslutte sitt medlemskap fordi hun var lei. Hun syntes det var et tregt system, og hun ler mens hun sier at den største lønnsforhøyningen hun fikk var å slippe å betale medlemskontingenten ved avsluttet medlemskap. En annen kvinnelig sykepleier (Spl 11) som har en 40 % stilling som skolesykepleier og jobber ekstra gjennom bemanningsbyrå i Norge og Sverige i fritiden, valgte også å avslutte sitt medlemskap med Vårdförbundet på grunn av misnøye:

Jeg er ikke med i den svenske fagforeningen fordi jeg ikke synes de gjør noe. Man har fremdeles like lav lønn. Jag har vært organisert, men avsluttet det. [...] det er ganske mange som har gått ut av fagforeningen. Mange i Sverige er veldig skuffet over at de har så dårlige lønner, man er så skuffet på at de ikke betaler oss, og så at man har sånn arbeidsforhold i Sverige. Det er ingen som vil jobbe i Sverige lengre på sykehusene. Folk er veldig skuffet tror jeg. For det skjer jo ingenting. Nå savner de jo sykepleiere i Sverige også, fordi det er så mange som drar til Norge for å få det bedre. Det er ingen som orker å jobbe i Sverige lengre. Vi får jo aldri våre pauser, vi får knapt tid til å gå på toalettet, og vi arbeider jo overtid hele tiden. Det er stor forskjell.” (Spl 11)

En annen kvinnelig sykepleier som har jobbet til og fra i Norge i mange år, meldte seg ut av Vårdförbundet grunnet en uenighet og mener det er vanskelig for sykepleiere å bedre lønns- og arbeidsvilkår i Sverige:

”Man har liksom ingenting man skulle si. Om jeg hadde vendt meg til sykepleierforbundet, så sier de bare at ”nei, det går ikke, vi kan ikke stille noen krav”. Om vi skal streike, så får vi ikke lov til det. Sykepleiere har ingenting å si, vi kan ikke gjøre noen ting. Det eneste vi kan gjøre, den eneste protesten vi kan gjøre, er å dra til Norge. Det er det eneste vi kan gjøre. Eller å jobbe med noe annet. Det er veldig mange som ikke kan dra i protest, fordi de ikke har den muligheten. De sitter fast med familie og lån, de etablerte kan ikke. De får bare lide. Men det er et veldig misnøye, det er det. Jeg er ikke med i fagforbundet, for de er så dårlige. Jeg vil ikke støtte deres virksomhet, de er urdårlige.” (Spl 10)

Jeg mener dette sitatet poengterer hvorfor så mange svenske sykepleiere velger å ta arbeid i Norge, og det belyser det individuelle aktørskapet disse svenske sykepleierne utøver – de drar fra Sverige i protest. Fagforeninger som jobber for å bedre lønns- og arbeidsvilkår for yrkesgrupper, er uttrykk for et tydelig kollektivt aktørskap. Medlemskap i en fagforening kan styrke arbeidere ved at de kan besitte organisatorisk makt gjennom å være kollektivt

organisert (Silver 2003). Sykepleiere faller inn under yrkesgrupper med særlig viktige samfunnsfunksjoner, og har dermed en begrenset rett til å streike. Å gå ut i streik kan bare forekomme så langt pasientsikkerheten ivaretas, og på denne måten kan det sies at handlingsrommet til fagforeningen blir innsnevret. Streikemiddelet mister sin brodd når hensynet til pasientsikkerhet må ivaretas. Fagforeningen er i tillegg bundet av tidligere kollektive avtaler og kan ikke ta i bruk strategier som for eksempel medlemmene i "Inte under 24000"-bevegelsen, som prøver å presse lønningene opp ved å spille på den strukturelle makten sykepleiere har på grunn av den store etterspørselen etter dem (Kiil & Knutsen 2015). Så på tross av en høy organisasjonsgrad blant svenske sykepleiere, velger mange å ta i bruk individuelle strategier for å bedre egen arbeidssituasjon. Og for noen resulterer misnøyen med den svenske fagforeningens manglende fremgang i at de velger å gå ut av fagforeningen, og sådan artikulerer misnøyen ved "exit" (Hirschman 1970). De er utålmodige etter å se bedringer i arbeidshverdagen i Sverige, og misnøye over dårlige arbeidsvilkår og lav lønn gjør at de ser på arbeid i Norge som en mulighet til å bedre egen situasjon. Deres strategi for å bedre egen arbeidssituasjon innebærer derfor romlig mobilitet. Det er en proaktiv strategi for nettopp å få bedret visse aspekter ved deres situasjon, som lønn og bedre arbeidsforhold. Hvordan disse reisene foretas og hvor hyppige de forekommer tilpasses for hver enkelt sykepleier avhengig av arbeidstilknytning til og familiesituasjonen i Sverige. De beveger seg sådan utenfor det kollektive aktørskapet som fagforeningen representerer, og utøver et individuelt aktørskap ved å reise alene til Norge.

5.5 Bemanningsbyråers betydning for svenske sykepleieres arbeidsmigrasjon til Norge

Bemanningsbyråer spiller en viktig rolle i arbeidsmigrasjonen av svenske sykepleiere til Norge. Å entre et ukjent arbeidsmarked kan være skremmende og vanskelig når man ikke kjenner systemet og står uten kontakter. For mange av sykepleierne i utvalget var det et stort steg å ta første gangen, og mange var nervøse for det uvisse som det norske arbeidsmarkedet representerte. En kvinnelig sykepleier mener det er flere som ønsker å dra til Norge, men som ikke tør:

"Mange sykepleiere drar til Norge, men mange er også igjen. De tør ikke ta steget, det er et stort steg første gangen å dra. Kan man forstå hva de (i Norge) sier, sier dem. De er redd for språkvansker, så skal de søke om godkjenning, og så har de et annet system i Norge. Men det

er mange som vil, men som ikke tør helt. Mange gjør det, og de som velger å dra pleier å fortsette å dra, men det er et stort steg å gjøre det første gangen for mange.” (Spl 10)

Å ta arbeid i Norge gjennom et bemanningsbyrå gjør skrittet mindre å ta, og av den grunn spiller bemanningsbyråer en viktig rolle for sykepleierne i reisen til det norske arbeidsmarkedet. Majoriteten av sykepleierne fremhever at bemanningsbyråene muliggjør en reise som ellers ville vært vanskelig og mer krevende når man ikke har et kontaktnettverk. Å reise på egenhånd innebærer at sykepleiere har ansvaret for å ordne det praktiske, etablere kontakt med et arbeidssted og stå alene uten et støtteapparat som kan være hjelpelige fra dag én hvis problemer skulle oppstå. Uavhengig av om sykepleiere reiser på egenhånd eller via bemanningsbyrå, må sykepleiere fremskaffe norsk autorisasjon selv. Det er en enkel prosedyre som kan foretas på internett, med noe ventetid før autorisasjonen mottas. Ved å reise gjennom byråer, vil dette være det eneste som kreves av sykepleieren med tanke på forberedelser og planlegging av reisen. Bemanningsbyråer tilbyr sådan en ”fullstendig pakke”, der oppdrag, reise og bolig er ordnet og dekket. Å reise med bemanningsbyrå fremstår dermed for majoriteten av sykepleierne som lettvinnt løsning, her eksemplifisert av en kvinnelig sykepleier som selv mener direkte ansettelse har flere klare fordeler fremfor å jobbe via byrå, men anser byråer for å være svært nyttige i første reisen til Norge:

”Men det kan være bra når man er usikker i begynnelsen, og når man ikke har noen kontakter eller erfaring, at det kan være en bra måte å komme ut, fordi man får jo litt hjelp da. For de hjelper med å finne et sted man kan bo, og de viser hvor man skal dra, og man kan ringe noen om det er problemer.” (Spl 10)

Med en fullstendig pakke tilrettelegger bemanningsbyråene slik at sykepleierne raskt kan reise til Norge, og flere av sykepleierne vektlegger at det tar raskere tid å få arbeid i Norge ved å gå gjennom bemanningsbyrå. Når sykepleiere søker på utlyste stillinger, vil ansettelsesprosessen ta lengre tid. Bemanningsbyråene har en støttefunksjon for sykepleiere når de entrer det norske arbeidsmarkedet. Tilgang til en kontaktperson gir en trygghet i reisen til et fremmed arbeidsmarked:

”Hvis man reiser første gangen til Norge som sykepleier, så er det veldig skjønt og trygt å ha en kontaktperson som ordner allting og planlegger alt. For det er i tillegg stressende å komme

til et nytt land, nye rutiner, nytt språk, så da kan man slippe den delen. Det kjente jeg at var veldig trygt.” (Spl 9)

En sykepleier (Spl 15) som hadde negative erfaringer med sin første reise gjennom et bemanningsbyrå, valgte likevel også neste gang å reise med samme byrå. Hun forteller at hun tenkte mye på hvordan hun skulle orke å dra med byrået igjen, men ettersom hun ikke hadde noen kontakter og skulle være i Norge i fire måneder, bestemte hun seg for å dra med byrået en gang til. Dette viser hvor vanskelig det kan oppleves å reise på egenhånd uten å ha etablert kontakter som kan tilrettelegge for at muligheten for direkte ansettelse.

5.5.1 Med kontakter, uten bemanningsbyrå

Alle de fem informantene i utvalget som ikke har erfaring med å jobbe via bemanningsbyrå i norsk helsesektor, har hatt en tilknytning til Norge før de bestemte seg for å reise. To av informantene er halvt norske. Den ene av dem, en kvinnelig sykepleier på 30 år (Spl 16) har alltid hatt et ønske om å bosette seg i Norge etter endt utdanning, og jobbet under studietiden på det kommunale arbeidsstedet hun nå er fast ansatt. Den andre sykepleieren på 24 år (Spl 14), valgte å dra til Norge som en del av studentbevegelsen ”Inte under 24000”, og søkte seg da direkte til et sykehus i Østlandsområdet. Etter å ha lest om bemanningsbyråer, anså hun at å jobbe direkte for et sykehus ville gi mer frihet til å kunne jobbe når hun selv hadde lyst. Begge har familie i Norge, og det er da tenkelig at Norge og det norske arbeidsmarkedet ikke fremstår som så fremmed for disse med et allerede etablert kontaktnettverk i Norge. To informanter bor i svenske kommuner som grenser til Norge, der det å være ”grensegjenger” ikke er uvanlig. Den ene sykepleieren er i 20-årene (Spl 8) og valgte å jobbe i Norge fordi hun måtte ha reist lengre for å få en fast jobb i Sverige, og hun kom i kontakt med det norske arbeidsstedet gjennom bekjente. Den andre sykepleieren, også i 20-årene (Spl 18), valgte å pendle hver dag til Norge fordi en norsk sykepleierjobb er bedre betalt, og norske sykehus er ofte bedre bemannet på enn hva det er på svenske. Selv om reiseveien er lengre til sykehuset i Norge, så bidrar forskjellene i arbeidstiden til å ”korte ned” reiseveien. En vanlig dagvakt i Norge er fra 07.30-15.30, mens i Sverige ville hun ha jobbet fra 06.45-15.30. Hun reiser nå hjemmefra senere på morgenen enn det hun hadde måttet om hun skulle jobbe på det svenske sykehuset. Den siste sykepleieren (Spl 6) i denne gruppen er en 40-årig kvinnelig intensivsykepleier som ble ferdig utdannet i 2007. Gjennom studiene ble hun kjent med medstudenter som hadde jobbet i Norge tidligere. Via bekjente fikk hun kontakt ved et sykehus i Oslo-regionen, og etter fem måneder ved dette sykehuset fikk hun igjen via

kontakter byttet til et annet sykehus som ligger bedre til pendlermessig for henne. Alle disse fem sykepleierne har på ulike måter kontakter med tilknytning i det norske arbeidsmarkedet. Dette minimerer terskelen for å ta avgjørelsen om å reise. Sykepleieren får dermed tilgang til informasjon om hvordan arbeidsmarkedet fungerer i Norge, noe som gjør det lettere for sykepleierne å entre det norske arbeidsmarkedet.

5.6 Oppsummering

For svenske sykepleiere som opplever etterspørsel etter deres ferdigheter både i Sverige og i Norge, vil deres temporære migrasjon falle under hva Castree et al (2004) klassifiserer som proaktiv strategi. Valget om å migrere er ikke grunnet i en nødvendig reaktivitet, men tas på bakgrunn av å kunne bedre visse aspekter, som lønn, arbeidsforhold og bedre balanse mellom arbeid og livet ellers. Hvilke motivasjoner som fører svenske sykepleiere til Norge blir både formet av sykepleiernes situasjon i svensk helsesektor og konteksten i Norge. Sykepleierne er svært misfornøyde med det lave lønnsnivået i den svenske helsesektoren, og lønnen utgjør hovedmotivasjonen bak å ta arbeid i Norge. Misnøyen med lønnsystemet og lønnsnivået blir enda sterkere når det også er misnøye med arbeidsvilkårene. Sykepleierne opplever i økende grad å måtte gjøre flere arbeidsoppgaver på mindre tid. En økende kostnadsvekst i offentlig helsetjenester på grunn av demografiske endringer, teknologiutvikling og en voksende etterspørsel setter press på de finansielle ressursene. Markedsorienterte prinsipper har blitt introdusert for å effektivisere offentlig tjenestesektor ved å gjøre mer med mindre ressurser. Yrkesgrupper med støttefunksjoner har blitt nedjustert i svensk helsesektor, og flere arbeidsoppgaver har blitt tillagt sykepleierne. En økende grad av kvalitetssikringsregistrering og –rapportering har ført til en større mengde administrativ arbeid, og enda mindre tid til å arbeide pasientorientert. Dårlige arbeidsforhold påvirker sykepleiernes valg om migrere for arbeid. For de svenske sykepleierne oppleves arbeidsforholdene i Norge som bedre. Norge har flere sykepleiere per pasient og lavere arbeidstempo enn i Sverige. Sykepleiemangelen og begrensede budsjetter i den svenske helsesektoren fører også til at sykepleierne opplever å måtte ofre mer av sin fritid til arbeidet. Overtid og beordring skaper økt konflikt mellom arbeid og livet ellers. Å ta midlertidig arbeid i Norge gir sykepleierne en mulighet til å styrke grensene mellom det produktive og det reproduktive domenet. Lønnsnivået og de erfarte arbeidsforholdene i Norge anses som mer rettferdig i hvordan lønnsnivået blir knyttet til ferdigheter. Midlertidighet bidrar i tillegg til å lette arbeidsbelastningen. Når innleide blir plassert på en avdeling uten å kjenne dens rutiner og prosedyrer, slipper de ofte administrativt

pasientoppfølgingsarbeid. Misnøye over arbeidsforhold i offentlig helsesektor er en kjent årsak til at sykepleiere slutter i yrket, og det er også en bidragsfaktor i hvorfor sykepleiere begynner å arbeide via bemanningsbyrå. Misnøye over den svenske fagforeningen, og dens manglende fremgang i møte med arbeidsgivere, får sykepleiere til å utøve individuelt aktørskap i form av exit, ved å migrere til Norge for arbeid. Å ta arbeid midlertidig, enten direkte for sykehus eller via bemanningsbyrå, gir mulighet til å tilpasse arbeidsperioder med å være bosatt i Sverige. Lønnsforskjellene, i tillegg til etterspørselen av sykepleieferdigheter i norsk helsesektor og svenskers popularitet blant utenlandsk arbeidskraft, gir sykepleiere nok jobb til å tjene en svensk månedslønn på 7-12 dager. Bemanningsbyråer, ved å tilrettelegge disse reisene, spiller en viktig rolle i denne arbeidsmigrasjonen. Bemanningsbyråer muliggjør sykepleiernes arbeidsmigrasjon ved å tilrettelegge for reisene, som oppleves som vanskelig uten å ha et kontaktnettverk i et fremmed arbeidsmarked. Kontakt mellom oppdragsgiver og sykepleier blir etablert, i tillegg til at bo og reise blir ordnet og kostnadene dekket. Svenske sykepleiere er lette å omsette for bemanningsbyråer, da etterspørselen etter sykepleieferdigheter er stor grunnet kortvarig bemanningsbehov og bemanningsproblemer, og svenske sykepleiere er populære fordi de er kjent for å være språklig kyndige og faglig dyktige.

6 Manøvrering i det norske arbeidsmarkedet

I dette kapitlet tar jeg for meg de svenske sykepleiernes manøvrering i det norske arbeidsmarkedet. Først vil jeg presentere hvilke ulemper de svenske sykepleierne erfarer med å være ansatt i bemanningsbyrå. Deretter vil jeg ta for meg hvilke utfordringer og muligheter det ligger i å bli plassert hos ulike oppdragsgivere, og hvilke rolle bemanningsbyråets kontaktperson spiller i erfaringen med å være byrå-ansatt. Videre vil jeg vise hvordan nettverk som dannes under sykepleiernes arbeid i Norge informerer deres aktørskap. Jeg vil deretter presentere hvordan sykepleiernes manøvrerer i møte med ulike arbeidsgivere i den norske helsesektoren.

6.1 Uforutsigbarhet

De fleste av sykepleierne ønsker å jobbe mest mulig når de er i Norge. Når de booker seg for byråoppdrag, vil sykepleieren angi til bemanningsbyrået hvor lenge oppholdet i Norge vil vare. Underhill (2005), de Ruyter et al (2008) og Tiilikka og Palukka (2009) viser at å ha kontroll over egen arbeidstid er en motivasjon for sykepleiere i å ta arbeid i bemanningsbyrå, som kan bidra til å skape balanse mellom arbeid og liv. Disse studiene omhandler sykepleieres arbeid i bemanningsbyråer utført hos oppdragsgivere i eget nasjonalt arbeidsmarked. Å ta arbeid i bemanningsbyrå for å få større kontroll over egen arbeidstid er også en motivasjon blant de svenske sykepleierne, som vist i kapitlet over. Men en viktig distinksjon fra overnevnte studier, er at arbeidet til de svenske sykepleierne utføres i et annet nasjonalt arbeidsmarked, noe som krever at sykepleierne må ta et oppbrudd med sine vanlige liv i Sverige for å dra til Norge en gitt periode for å utføre arbeid hos norske oppdragsgivere.

Behovet for innleide vikarer i norsk helsesektor er basert på helseforetakenes og kommunenes bemanningsproblemer med å få faste stillinger til å dekke turnus for døgnkontinuerlig drift (Berge et al 2001). I en masteroppgavestudie av Rise og Larsen (2009) ved Norges Handelshøyskole som undersøkte bruken av innleide vikarer ved norske sykehus, skilles det mellom interne og eksterne drivere for helseforetakenes bruk av vikarer. Interne drivere for vikarbruk er ferieavvikling, etterspørselsstopper, i tillegg til spesielle bemanningsutfordringer knyttet til turnusarbeid for døgnkontinuerlig drift, hvor bruk av eksterne vikarer gir foretakene numerisk fleksibilitet. Eksterne drivere bak bemanningsbruk

er mangel på personell, en sektor preget av tilbudsstyrt etterspørsel og sykehusenes geografiske lokalisering. Sykepleierne er en del av en triangulær arbeidsrelasjon, og de er avhengig av både bemanningsbyrå og oppdragsgivere for å få nok arbeid i Norge. Dette kan medføre implikasjoner for ønsket balanse mellom arbeid og liv. Informantene forteller at det er sjeldent at det totale antallet vakter de vil få i Norge, er kjent på forhånd. Det vanligste er at sykepleierne får vite om noen på forhånd, og ofte vil flere vakter tilkomme når de har ankommet Norge. Dette er i tråd med plutselige bemanningsbehov som oppstår på sykehusene, som i forbindelse med sykdom blant vanlige ansatte. Vikarbyråene som ble intervjuet sier det er vanskelig å vite antall vakter på forhånd da de får bestillinger med varierende tidsfrister, som for eksempel tre dager eller ned til et kvarter. I tillegg er det bestillinger gjennom HINAS-systemet som blir sendt til flere av de tilknyttede byråene som av det korte tidsaspektet baseres på "førstemann til mølla"-prinsippet (Vikarbyrå 2). En sykepleier (Spl 13) som arbeidet i Norge i sin egen fritid, forteller at enkeltvaktene var mange ganger klare på forhånd, og dobbeltvaktene ble fordelt til de svenske etter hvert under oppholdet, fordi "vi var jo der for å jobbe. Vi hadde ikke noe å gjøre ellers liksom, så vi [svenske] delte på dobbeltvaktene så godt vi kunne" (Spl 13). De av informantene som har vært utleid hos en og samme oppdragsgiver over lengre tid, erfarer mer forutsigbarhet som grunner i at oppdragsgiver legger inn bestillingene til bemanningsbyrået i forkant. Vikarbyrå 2 forteller at etterspørselen av sykepleieferdigheter varierer geografisk, og at sykehus på mindre steder, og særlig mindre kommuner, er mer avhengig av å ha langtidsoppdrag som innebærer mer planlegging og dermed bedre fremsyn i bestillingene. Geografisk variasjon i etterspørsel fremkommer også studien til Riise og Larsen (2009), hvor etterspørsel etter innleie ved helseforetak og kommuner på større steder preges av korttidsoppdrag som en vakt her og en vakt der, fordi det finnes tilstrekkelig tilgang på sykepleieferdigheter,.

En ofte nevnt ulempe ved å arbeide i bemanningsbyråer er nettopp at sykepleierne har liten kunnskap om hva som skal skje i den perioden de skal være i Norge, og dermed har de lite kontroll over både arbeidstider og hvor mye arbeid de vil få når de ankommer Norge. Informantene forteller at de kan få beskjed om vakter dagen før eller samme døgn som vekten skal bemannes. Hvis byrået har avtaler med flere sykehus, kan det bety å måtte omstille seg raskt og reise til en ny arbeidsplass. Sykepleierne har ofte blitt forespeilet mye arbeid før av bemanningsbyrået før avreise, noe som ikke alltid samsvarer når de faktisk ankommer Norge. Flere av mine informanter har opplevd å få langt færre vakter enn forespeilet, og for mange forårsaker denne uforutsigbarheten stor frustrasjon. Hvis færre vakter enn forespeilet tilkommer, oppleves det negativt da de er kommet til Norge for å arbeide og tjene penger. I

tillegg kan sykepleiernes vakter endres, som ved for eksempel bestillingskansellering. Å bruke eksterne vikarer fra vikarbyråer er ofte sistevalg blant arbeidsgivere på grunn av økonomiske bekostninger, kvalitet og ønsket om kontinuitet i pasientpleie (Berge et al 2011, Kvamme 2007). Hvis faste ansatte eller egne interne vikarer blir tilgjengelige, kan oppdragsgiver kansellere bestillingen hos bemanningsbyråer. En kvinnelig sykepleier (Spl 15) opplevde å få langt færre vakter enn forespeilet av byrået. I en periode hun var kommet til Norge for å jobbe via et bemanningsbyrå, arbeidet hun ofte tre dager ved et norsk sykehus, og hadde fri i en uke fordi det plutselig ikke var noe arbeid. Hun opplevde de plutselige endringene i vakter som veldig frustrerende og tiden i Norge som langtekkelig: ”Det blir jo også sosialt vanskelig. Man har jo ikke det samme sosiale livet som man har hjemme. Man bryter jo opp ganske mye, man ofrer jo ganske mye når man drar. Og det blir jo spesielt...det er et spesielt liv man lever”. Hun forsøkte å få flere vakter ved å ta kontakt med bemanningsbyrået, uten at det hjalp: ”og det blir jo til slutt en frustrasjon, for du er jo der for å gjøre noen ting, og det blir veldig vanskelig å planlegge, ”ja, men jeg vet jo ikke om jeg har fri eller ikke”, så man kunne jo ikke dra noe sted heller” (Spl 15). Å skulle være tilgjengelig og fleksibel ved eventuelle vakter, gjorde at hun følte seg veldig bundet. En annen kvinnelig sykepleier i slutten av 20-årene (Spl 9) forteller også om for få tilkomne vakter ved ankomst i Norge. Hun forsøkte også å få flere vakter både gjennom vikarbyrået og direkte med oppdragsgiver. Det resulterte at hun fikk noen flere, men hun opplevde at å ordne vakter direkte med oppdragsgiver ikke var populært i byrået fordi de ønsket at alt skulle gå gjennom dem først. Disse eksemplene belyser at sykepleiere forsøker selv å ta grep for å få nok arbeid i perioden de er i Norge, men det oppleves vanskelig. Det finnes et par informanter i utvalget som har tatt arbeid i flere bemanningsbyråer for å få nok vakter, men flere andre sykepleiere forteller at bemanningsbyråer har restriksjoner i kontraktene som begrenser muligheten til å jobbe for flere i en gitt oppdragsperiode. Også blant informanter som er usikre på om slike restriksjoner gjaldt for bemanningsbyråene de jobbet for, blir bolig- og reisekostnadene trukket frem som en grunn til at det ikke ville vært populært hos bemanningsbyråer å ta arbeid gjennom flere byråer. Tilbud om bosted til arbeidsmigranter er en måte for arbeidsgivere å tiltrekke seg og sikre en temporær arbeidsstokk (Simpsons 2011, Cresswell og de Neve 2012). Bemanningsbyråers tilbud om reise og bolig er ansett som en fordel blant mine informanter, men det vises også at det kan begrense sykepleiere i å utøve aktørskap for å få nok vakter.

Da sykepleierne forlater sine vanlige liv i Sverige for å ha en jobbperiode i Norge, vil for få tilkomne vakter eller plutselige bestillingskanselleringer oppleves som forstyrrende.

De er kommet til Norge for å arbeide, og fritiden de har i Norge er ofte preget av å være alene eller sammen med andre sykepleiere som bor på de midlertidige bostedene tilknyttet arbeidsstedene. Lønnen vil også bli mindre enn antatt, og lønn utgjør som vist hovedmotivasjonen for å ta arbeid i Norge. Som vist i kapitlet over er også en av motivasjonene å styrke grensene mellom det produktive og det reproduktive domene. I henhold til Clarks (2000) terminologi vil denne uforutsigbarheten virke forstyrrende inn på sykepleiernes forsøk på styrke grensene rundt domene arbeid og liv, og bemanningsbyråene blir dermed "border-keepers" (Clark 2000), med mer makt til å bestemme hva som konstituerer grensen rundt domenet arbeid. Tiden uten vakter i Norge blir dermed verken arbeid eller liv, og mindre lønn som følge av mindre vakter, kan dermed føre til at sykepleierne må arbeide mer i Sverige for å få nok lønn. Endring av vakter, som ofte medfører skifte av arbeidssted, påvirker også misnøyen over uforutsigbarhet.

6.2 Å være utplassert hos oppdragsgiver

Hvor sykepleierne blir plassert under deres opphold i Norge er avhengig av bestillinger bemanningsbyråene får og hvilke kompetanse sykepleierne besitter. Lite fremsyn i bemanningsbyråers bestillinger fører til at sykepleiere blir plassert på ulike steder avhengig av behov, og de må omstille seg til en ny oppdragsgiver raskt. Å bli utleid til ulike oppdragsgivere i løpet av perioden sykepleieren er i Norge, kan oppleves utfordrende, og ulike prosedyrer, innlogging- og datasystemer hos ulike oppdragsgivere blir nevnt som bidragsyttere i at det er utfordrende. Sykepleierne kan også bli plassert på avdelinger hvor de ikke får brukt sin spesialkompetanse eller på avdelinger hvor de ikke har riktig kompetanse:

"Litt stressende kan det være, som da jeg reiste ut første gangen og ingenting var booket og jeg jobbet ikke innenfor min spesialitet. Jeg var på post, noe jeg hadde sagt ifra at jeg ikke hadde vært på veldig, veldig lenge. Og så sender de meg ut på post til tross for at jeg hadde sagt at det ikke var okay." (Spl 15)

Om sykepleierne har spesialistutdannelse, vil bruken av denne kompetansen være avhengig av hvilke krav til kompetanse som fremgår i bestillingene bemanningsbyråene får fra oppdragsgivere. Hvis ingen slike bestillinger kommer, kan sykepleiere dermed også ende opp å jobbe på andre avdelinger, som for eksempel sykepleieren i sitatet over som er

anestesisykepleier, men det nærmeste hun kom sitt felt under sine opphold i Norge, var brannskader.

Tilgangen sykepleierne får til ulike arbeidssteder over hele Norge blir også sett på som en fordel ved å jobbe i bemanningsbyrå. Samtidig som det kan oppleves stressende for noen å bli plassert ulike steder, gir det en mulighet til å se ulike deler av Norge og flere av informantene har benyttet bemanningsbyråoppdrag nettopp for å reise til steder som de ønsker å se. I tillegg gir det også en mulighet til å prøve ut ulike arbeidssteder. En kvinnelig sykepleier som har vært freelance i tolv år, vektlegger tilbudet bemanningsbyråene har av oppdragsgivere som en av grunnene til at hun fortsatt jobber gjennom bemanningsbyrå. Utvalget av arbeidssteder er stort, noe som betyr at hun kan velge hvor hun har lyst til å dra:

”Og så følelsen av å være...at jeg kan velge. Ingenting blir jo statisk. Det finnes vel noen sted i min sjel at jeg behøver å få litt ulike erfaringer og ikke bli fast. Sånn at det passer meg å komme på nye steder og jeg synes det er en stor utfordring. Og jeg har ikke så behov for å kjenne meg trygg med en fast ansettelse, men jeg...jeg vet jo ikke hva jeg skal gjøre i januar for eksempel. Jeg har et vikariat som slutter nå i desember. Og det er ganske spennende, for det er vel de faktorene som jeg synes er...det er jo derfor at jeg velger å være i Norge. Og at jeg kan styre mine arbeidstider.” (Spl 19)

Hun foretrekker korte oppdrag hos nye oppdragsgivere fremfor lengre, for på den måten får hun muligheten til å se om hun ønsker å vende tilbake til arbeidsstedet. Samtidig synes hun det er ”fair play” for sykehusene som leier henne, slik at de også får gjøre en vurdering av henne som sykepleier. Sykepleierens arbeid utføres hos og under oppsyn av oppdragsgiver, og oppdragsgiver har ingen forpliktelser overfor sykepleieren etter endt oppdragsperiode. Bemanningsbyråers utvalg av oppdragsgivere gjør at sykepleierne kan ha mulighet til å vende tilbake til en arbeidsplass hvor de trives, men det avhenger både av om oppdragsgiver er fornøyd med sykepleieren innleid og av hvordan bemanningsbyråene booker sykepleierne: ”Det er litt kjedelig når posten vil ha meg tilbake, men det får de ikke for da har byrået booket meg til noe annet” (Spl 15). Bemanningsbyråer innhenter ofte referanse fra oppdragsgiver etter endt oppdrag, hvor det presiseres hva som var bra og mindre bra med utsendt sykepleier og om de ønsker sykepleieren tilbake ved eventuelt behov. Vikarbyrå 1 forteller at de egentlig skal gjøre det samme med sykepleierne, men om de ikke hører noe fra sykepleieren, antar de at han/hun vil tilbake.

6.2.1 Håndtering av etterspørsel

Det finnes mange oppdragsgivere som foretrekker svenske sykepleiere fremfor andre grupper av utenlandsk arbeidskraft (Vikarbyrå 2, Berge et al 2011). Selv om etterspørselen etter sykepleiere utvider tilgangen svenske sykepleieres har til ulike oppdragsgivere, finnes det også et press på sykepleierne om å ”være bra nok”:

”Men man vil jo også gjøre en bra jobb, man har jo det presset på seg også at man skal. Så man forsøker å jobbe både her og der, å hjelpe til der. Man vil jo at de skal gi en bra evaluering, for siden skal de [oppdragsgiver] gi tilbakemelding til bemanningsbyrået, og har man da ikke fått noen bra vurdering eller bra omdømme, da kanskje man ikke får noe mer jobb [...] Man må være forberedt på å jobbe når man kommer til Norge – å være tilgjengelig og være trivelig og hele tiden spørre ”er det noe mer jeg kan hjelpe til med, er det noe mer jeg skal gjøre?” Sånn gjør jeg det i hvert fall, og jeg synes man blir veldig godt likt. [...] Om man skal bli booket og få komme tilbake, så tror jeg det er viktig at man virkelig viser at man vil jobbe og at man er beredt på å ta i og sånn , og ikke noen latsabb.” (Spl 11)

Dette viser at den triangulære arbeidsrelasjonen sykepleierne inngår i gjør det viktig å te seg på en måte for å bli likt på arbeidsplassen og vise seg som en god sykepleier. Tilbakemeldinger fra oppdragsgiver vil nemlig kunne påvirke både tilbudsstrømmen fra byråene og om de er velkomne tilbake av oppdragsgiver.

Da mange av de svenske sykepleierne ønsker å jobbe mest mulig mens de er i Norge, kan det å fremtre som perfekt også påvirke hvor mange dobbeltvakter og eventuell overtidsarbeid byrået tilbyr. Bemanningsbyråene som de svenske sykepleierne i studien har jobbet for, har ulike ordninger for når overtid inntreer. Det varierer fra 35,5 time, som er det vanlige faste fulltidsansatte har, til 48 timer. En sykepleier føler det er et annet press på å arbeide i byrå sammenliknet med direkte ansettelse: ”Man kjenner ikke at man, som når man jobber for et byrå at man, ja ”men jeg orker ikke og jeg kan ikke”, og da kanskje man ikke får neste omgang når de tilbyr overtid” (Spl 15). Hun mener at akkurat det å takke nei til vakter er i blant vanskelig, for at det har å gjøre med hvor fleksibel man er som arbeidstaker. Dette viser at finnes et press på sykepleiere i å vise seg fleksible til å ta vakter, for å kunne få godene av overtidsarbeid hvis det skulle dukke opp. Denne atferdsmessige håndteringen av etterspørselen informantene beskriver, er et resultat av den triangulære arbeidsrelasjonen de inngår i. Bemanningsbyråer selger fleksibilitet til oppdragsgivere, noe som medfører at sykepleierne må være fleksible i henhold til ulike arbeidsoppgaver og oppdragsgivere. Å vise

seg kapabel og villig til å steppe inn på ulike arbeidssteder, vil kunne påvirke relasjonen til, og oppdragsmengden sykepleiere får av bemanningsbyråer. Da oppdragsgiver gir tilbakemeldinger til bemanningsbyråene om sykepleierens prestasjoner, vil det kunne resultere i at relasjonen mellom oppdragsgiver og sykepleier spiller inn på relasjonen mellom sykepleier og bemanningsbyrået i form av tilbudet av oppdragsmengde og overtid. Om oppdragsgivere er misfornøyde med den innleide, får de som regel byttet ut vedkommende. Hvis forlengelse av oppdraget er aktuelt, er det ofte oppdragsgiveren som bestemmer hvilke innleide som får fortsette. Oppdragsgiverne har dermed stor makt når det gjelder vurderingen av innleide (Nergaard et al 2011). Å få nok oppdrag i perioden sykepleierne er i Norge, er viktig for lønnsgrunnlaget og for å bidra til å styrke grensene rundt domene arbeid og liv.

6.2.2 Opplæring

Sykepleierne intervjuet kan bli utleid til forskjellige oppdragsgivere under perioden de er i Norge, avhengig av bestillingene bemanningsbyråene får. Av intervjuene kommer det frem at det kreves rask omstillingsevne og evne til å gå inn i en sykehusavdeling uten mye opplæring. Opplæringen som sykepleierne har fått når de har ankommet nye steder varierer mye. Flere av sykepleierne forteller at hvis opplæring blir gitt, har den oftest en varighet på 1-1,5 time. En av sykepleierne beskriver opplæringsinstruksen slik: ””der er toalettet, der er kafferommet og så skal du på den stuen”. Og da kan det jo være nye apparater, ny teknisk utstyr, det er jo ulike rutiner på ulike steder” (Spl 19). Noen av sykepleierne forteller at det ofte ikke gis noen opplæring i det hele tatt:

”Har ikke fantes noen ting [opplæring]. Man blir bare direkte kastet inn til pasientene, man har ikke fått noen opplæring. Når jeg har kommet til et nytt sted, så har jeg fått en liste over pasientene som jeg skal ta hånd om, så får jeg forsøke å lese litt i journalen og sånt” (Spl 11).

”Man har innsett at når man jobber for et bemanningsbyrå, så finnes ikke den tiden. Det forventes av deg at du skal direkte jobbe og løse problemene når de kommer” (Spl 4).

Å tilse at innleide har fått innføring i interne rutiner og nok opplæring til å gjøre arbeidsoppgavene på en forsvarlig måte, er oppdragsgiveren sitt ansvar (Arbeidstilsynet 2013). Manglende opplæring kan derfor ha årsak i den triangulære arbeidsrelasjonen som består av bemanningsbyrå, oppdragsgiver og sykepleier. Mens det er bemanningsbyrået som lønner sykepleieren gjennom å fakturere oppdragsgiver, er det oppdragsgiver som har

ansvaret for å sørge for opplæring og innføring i rutiner. Ved akutt bemanningsbehov vil tid gitt til opplæring resultere i at det tar lengre tid før den innleide sykepleieren kan dekke dette behovet og dermed også medføre større kostnader for oppdragsgiver. For å dra full nytte av vikaren, vil opplæring derfor frafalle av økonomiske og tidsmessige årsaker. Oppdragsgivere har likevel forventninger om at vikarer skal kunne gjøre en god jobb på kort varsel og uten opplæring (Dahle & Østby 2007), noe som kommer til uttrykk i sitatene under:

”Som bemanningssøster, så kan du bli sendt overalt og forventes at du skal kunne allting også i noen tilfeller. Du skal vite hvordan pumpen fungerer og du skal vite prosedyrer for behandlinger. Og det er jo veldig vanskelig at man blir kjent, og det forventes av en når man kommer fra byrået at man skal kunne.” (Spl 15)

”Man blir møtt som et blankt ark med garanti om kompetanse. Det er positive forventninger, og så får man svare opp til det” (Spl 7).

Blant innleide sykepleiere er det ofte uklart hvem som har ansvaret for opplæringen (Kvamme 2007), noe som også kommer frem blant mine informanter hvor de fleste anser bemanningsbyrået som ansvarlig for opplæring. Uten god nok opplæring kan innleide sykepleiere bli gjort ansvarlig for situasjoner de ikke har forutsetninger for å ta ansvar for (Kvamme 2007), og innleide sykepleiere kan i den forstand være utsatte når de kommer inn hos en oppdragsgiver med ulike kollegaer og rutiner. En av sykepleierne sier det slik: ”Men vi er jo veldig utsatt, vi forventes at vi skal klare av alle situasjoner på alle måter sammen med alle mulige mennesker. Og man har jo ingen fast plass, man har ikke noe etikett på seg i gruppen, når jeg kommer som vikar. Man er jo som et blankt kort” (Spl 19). Blant informantene oppleves det som vanskelig å få mer opplæring når dette tas opp med arbeidsgiver, og presset på å te seg på en spesiell måte for å sikre nye oppdrag kan også begrense sykepleierne i hvorvidt de ytrer ønske om mer opplæring:

”At jeg er tilgjengelig, at jeg skal være, du vet, at man skal være glad og trivelig og perfekt, og liksom man får ikke si ”ja, men det her har jeg aldri gjort, det her vet jeg ikke hvordan fungerer”. Man kjenner seg litt ubekvem for at man ikke vil få dårlig referanse.” (Spl 15)

For noen av informantene kan mangel på eller begrenset opplæring medføre at sykepleiere etter en stund blir vant til å være ny:

”I blant hadde man ville ha hatt litt mer opplæring, men man er jo så vant til å være ny. Man vet omtrent hva man skal gjøre, og på de fleste stedene så er det jo bare å spørre. Man blir vant til å være ny, og man vet at man ikke behøver å være så urolig for siden når man treffer pasientene så vet man omtrent hva problemet er. Man lærer seg å være ny, og hva man skal titte ekstra på.” (Spl 11)

Selv om innleide kan bli vant til å være ny, kan mangel på tilstrekkelig innføring i rutiner og prosedyrer på avdelingen, kunne bidra til forskjeller i arbeidsoppgaver mellom de faste ansatte og de innleide sykepleierne.

6.2.3 Å være innleid blant faste ansatte

Sykepleierne forteller at de har blitt godt tatt imot på de fleste stedene de har jobbet i Norge. Når negative aspekter blir nevnt, blir det presisert at det gjelder enkelte arbeidssteder eller blant enkeltindivider på et arbeidssted. Det er flere arbeidsoppgaver som frafaller innleide sykepleiere i og med at de er på en arbeidsplass for en begrenset periode. En innleid sykepleier vil ikke kunne ha samme overblikk over hva som skal og bør gjøres på en avdeling sammenliknet med en fast ansatt, og sykepleierollen blir dermed mer begrenset fordi arbeidsoppgavene blir innsnevret (Dahle & Østby 2007). Oppgaver som de innleide sykepleierne ikke vil ta like stor del i er blant annet oppfølging av pasienter og løpende og langsiktige oppgaver tilknyttet avdelingen, som påfylling av medisinskap og rapportering av tomme lagre. De vil ikke delta på planleggingsarbeid og forandrings- og utviklingsarbeid ved avdelingen, og heller ikke bli pålagt administrative oppgaver (Dahle & Østby 2007). Når sykepleierne har opplevd et skille i arbeidsoppgaver, og det begrunnes i manglende kunnskap om avdelingens rutiner og prosedyrer, skaper det ikke stor misnøye. Skillet i arbeidsoppgaver blir da begrunnet med at de faste ansatte viser hensyn. Det poengteres at skillet er naturlig når man blir plassert hos en oppdragsgiver for en kort periode, og at det vil bli en jevnere fordeling av oppgaver ved eventuell tilbakevending til oppdragsgiver:

”Det var veldig mange som var veldig flinke til å ta hensyn. Hvis det kanskje var første dag på en arbeidsplass, så fikk man ikke de mest kompliserte pasientene. Da fikk man kanskje flere pasienter, men likt – de som ikke trengte så avansert pleie, hvis man ikke hadde så mye erfaring fra det eller vært på avdelingen før. Så etter hvert når man hadde vært på avdelingen noen ganger, og fått sine egne rutiner, så var man jo enda mer velkommen for da var man jo

inne i rutiner og den pasientgruppen som det måtte være. Så det ble jo ofte veldig positivt når man kom tilbake til samme sted gang på gang. Når de også lærte å kjenne meg, det er klart, det er alltid når man får en ny kollega, så vil man jo se litt og ”hvordan kommer dette til å fungere?” Så når de kunne se at det fungerer godt, så ble det mer jevnfordeling” (Spl 17).

De som har opplevd å komme til steder hvor de ikke har blitt tatt godt i mot, hvor personalet er lite behjelpelige eller kommer med negative bemerkninger, begrunner det enten i at personalet hos oppdragsgiver er ”vikartrøtte” eller det finnes en antagelse blant det ordinære personalet om at bemanningsbyrå-ansatte sykepleiere tjener bedre enn det de faste ansatte gjør:

”Det kan være at de gir blaffen i en, men man får gjøre litt enklere arbeidsoppgaver som ingen andre vil gjøre hele tiden. At de ikke forklarer hva de mener når man spør, og at man ikke får noe bra svar, og siden blir de irritert for at man ikke har gjort det de forventet seg at man skulle gjøre, men for at man har spurt og sagt at man ikke forstår hva de mener. Noen er veldig snille også. Men det er litt spesielt med det, men man blir møtt på lignende måte i Sverige hvis man jobber for byrå, så det er ikke noe spesifikt for Norge. Det er sånn når man kommer fra bemanningsbyrå, fordi de andre tror man tjener så mange penger og at man har det så bra. De er litt sjalu” (Spl 10).

Dette belyser hvordan de faste ansattes innstilling til innleide vikarer har mye å si for hvordan innleide vikarer blir tatt i mot på arbeidsplassen. Informantene forteller at et eventuelt skille i arbeidsoppgaver ofte innebærer at de svenske sykepleierne får tyngre pasienter eller oppgaver som det ordinære personalet ikke ønsker å ha. En kvinnelig sykepleier (Spl 10) forteller at hun gjennom et bemanningsbyrå jobbet på en barneavdeling hvor det var en multihandicappet gutt uten taleevne, som hadde et stort pleiebehov. Det medførte at ”det var tusen ulike saker å sette seg inn i” (Spl 10), og ingen av de faste ansatte ville ha pasienten fordi det var slitsomt. De innleide vikarene fikk derfor ofte ansvaret for denne pasienten, noe som betød at pasienten fikk nytt personal hver eneste vakt. Det var ingen som kom og sjekket om hva informanten hadde gjort, hvordan det gikk, eller om hun trengte hjelp med noe. Og når hun trengte hjelp som for eksempel da hun skulle flytte på pasienten, kom det ingen. Sykepleieren mener at slike arbeidsforhold innskrenket mulighetene hennes for å gjøre en god jobb, og at hun ikke fikk brukt sitt potensiale som fagperson: ”Er man glad, og man kjenner seg bekreftet, da har man det jo mye morsommere på jobb, og da gjør man jo en mye bedre jobb også” (Spl 10). På spørsmål om det har skjedd ofte at man blir satt til

arbeidsoppgaver som de andre ikke har lyst til å ha, svarer hun: ”det er sånn det er. Ikke alltid, men litt ofte er det sånn”. Hun sier at hun synes det er veldig synd, da det verken er bra for avdelingen, pasienten eller sykepleieren som kommer, men for henne spiller det ikke noen rolle: ”de kan gi meg hva de vil, for jeg gjør det for jeg er der for å jobbe, jobbing gjør jeg bra, og da er det gøy. Men om jeg ikke får bra instruksjoner og de senere er misfornøyde, kjennes det jo ikke bra ut for noen” (Spl 10). En annen kvinnelig sykepleier (Spl 13) i 50-årene opplevde at de vanskeligste pasientene ved sykehusavdelingen ble lempet over til de innleide vikarene og at det var de svenske sykepleierne som fikk løpe når pasienter ringte fra rommene sine, da de norske sykepleierne satt og ”ventet ut” de svenske. Hun påpeker at det var ikke noe som ble direkte kommunisert fra de norske sykepleierne: ”De norske sykepleierne sa det ikke direkte, men de ventet ut de svenske. De tittet litt sånn på oss: ”hallo, det ringer”, altså man fatter det, man kan jo kodene” (Spl 13). Hun mener at det er sånt man bare finner seg i, og vektlegger en forståelse for de norske faste ansatte sin situasjon i at det ikke er så enkelt for de norske sykepleierne når ”disse svenske” kommer og går hele tiden, og at det sliter på gruppen der de er stasjonert. ”Så vi svenske fikk virkelig jobbe. Men vi tok det, vi var der en uke og vi var der for å tjene penger. Alle visste liksom det, sånn er det.” Det avgrensede tidsaspektet bidrar til at slike forskjeller i arbeidsoppgaver blir godtatt:

”Man lærer seg jo det fort, og så tenker man at man er her en uke, so what liksom. Det spilte ikke noen rolle for oss...Jeg snakket om det med de svenske sykepleierne at det var sånn, men man var der en uke, og så kom man kanskje ikke tilbake før neste år liksom, så det gjorde ingenting.” (Spl 13)

Sitatene over belyser hvordan det midlertidige aspektet ved oppholdet hos en oppdragsgiver gjør det lettere å holde ut dårlige arbeidsforhold, og lønn vil fortsatt tjenes uavhengig av hvordan arbeidsforholdet fortoner seg. Det kan også være vanskelig å avbryte midt i et oppdrag da det kan resultere i at sykepleieren blir betalingskyldig:

”Men jeg kunne jo ikke ta bort det jeg hadde booket seg på, jeg var tvunget til å bli der. Jeg vet ikke om det kanskje var personalet som ikke likte når det kom vikarer eller hva det var, men det var kjempe mange vikarer som brøt sine kontrakter og dro hjem fordi de nektet å være der. Man kan bli betalingskyldig av det, jeg visste ikke det. Men det var ikke gøy. Alle spørsmålene man stilte, personalet ville ikke svare på noen ting. De var ikke hjelpsomme i det hele tatt, de var mest sure. De ville ikke svare på for eksempel hvordan man kunne bestille en

taxi til en pasient, og på spørsmål om det eller det er sant. Og så fikk man ta hånd om nesten alle pasientene, de gjorde ingenting selv. De sa jo det selv, at når man er vikar, da skal man kunne få slite. Og det fikk vi jo gjøre også., vi måtte jobbe kjempemasse. Første dagen så fikk vi ingen pauser, vi jobbet kjempemasse og de var så uttrivelige. Usj, usj!” (Spl 11)

Bemanningsbyrået informanten arbeidet for hadde en klausul som gjorde sykepleierne betalingskyldige hvis oppdraget ble avbrutt før tiden. Det gjorde at hun ”bare bet sammen og kjempet på” i de fire ukene hun var utplassert hos oppdragsgiveren.

Det er ingen av informantene som oppgir at de har tatt opp skillene de har opplevd med ledere eller andre på avdelingen. Det er kun saker som angår pasientsikkerhet som eventuelt blir tatt opp med ledelsen hos oppdragsgiver, noe som begrunnes i at sykepleierne har en autorisasjon å ta vare på. Sykepleierne er veldig bevisste på at det er lurt å holde en lav profil hos oppdragsgivere, og ikke komme med forslag til endring av rutiner eller prosedyrer: ”Glem ikke bort at du er der som gjest og arbeider. Du eier ikke stedet, og det funker dårlig å si ”ja, men der jeg jobber i Sverige, da gjorde vi det på det her viset”. Gjør ikke det, for det blir ikke populært. Del gjerne av dine erfaringer når tiden er inne, men begynn ikke dagen med det” (Spl 19). Å holde en lav profil blir fremstilt som å fremme et godt samarbeid, da det finnes historier om svenske sykepleiere som har blitt utfrysset av arbeidsgruppen etter å ha virket belærende. Å holde en lav profil er også noe bemanningsbyråer vektlegger når de instruerer sykepleierne (Vikarbyrå 2), og vikarer som kommer med endringsforslag, oppleves som en stor frustrasjon for faste ansatte (Kvamme 2007).

Dette viser at ulike sider ved den triangulære arbeidsrelasjonen legger føringer og begrenser sykepleiernes aktørskap hos oppdragsgiver. Som innleid vikar vil visse arbeidsoppgaver frafalle, i tillegg reduserer begrenset opplæring muligheten til bli integrert på arbeidsplassen i oppdragets periode. Ved misnøye med arbeidsstedet vil bemanningsbyråers bruk av klausuler ved kontraktsbrudd, gjøre det økonomisk kostbart å avslutte oppdraget fra sykepleiernes side. Det fører til at sykepleierne må holde ut i oppdragets lengde. Samtidig gjør oppdragets begrensede lengde det lettere å holde ut, da sykepleierne vet at de ikke vil måtte trenge å vende tilbake med det første. Den vanligste måten å håndtere misnøye med et arbeidssted, er at sykepleieren gir beskjed til bemanningsbyrået om at de ikke ønsker å vende tilbake til oppdragsgiveren, og tar slik i bruk mobilitet som en strategi for å håndtere situasjonen.

6.3 Båndet mellom bemanningsbyrå og sykepleier

Kontaktpersonen sykepleierne har i et bemanningsbyrå har stor betydning i hvordan sykepleierne opplever det å være ansatt i byrået. For bemanningsbyråer utgjør de byråansatte både en mulighet og en risiko:

”Although no promises can be made in terms of placement, some degree of continuity and tenacity of relations will have to exist for temps to stay on, especially when the idea of temping as a career is stressed, in order for the organization to maintain its competitive advantage” (Garsten 1999:612).

Det er derfor ofte viktig å skape tilhørighet mellom byrået og den ansatte (Garsten 1999). For sykepleierne er kommunikasjonen med kontaktpersonen ofte den eneste kontakten de har med bemanningsbyrået, og kontaktpersonen blir ofte sådan byråets ”ansikt” utad for sykepleieren. Kontakten foregår for det meste gjennom epost eller per telefon. Sykepleieren (Spl 19) som har jobbet freelance i tolv år, forteller at det er sjeldent man treffer kontaktpersonen: ”Det har vel kanskje bare hendt to eller tre ganger gjennom årene der jeg har et ansikt på dem jeg er ansatt av”. En god kontaktperson karakteriseres ved at avtaler blir overholdt og at kontaktpersonen husker sykepleierens ulike preferanser. Opplevelsen av å være ansatt i et byrå blir i stor grad formet av denne kontakten:

”Om et bemanningsbyrå er godt eller dårlig er litt avhengig av den konsulenten man har kontakt med i byrået. Har du en bra konsulent der som lærer deg å kjenne, som hva du vil gjøre og hvor du vil bo...Å ha en bra konsulent er hoved-greien, synes jeg, utenom det så er det ikke så store forskjeller mellom byråene. Har man en bra konsulent som man har kontakt med, så blir byrået bra. Har man en dårlig konsulent, eller en man ikke har så god kontakt med, så blir ikke byrået så bra å jobbe for.” (Spl 5)

Det er i relasjonen til kontaktpersonen sykepleiere kan uttrykke sin misnøye over arbeidssteder eller andre ting, og sådan skaper denne kontakten en mulighet for sykepleierne å uttrykke misnøyen innad i bemanningsbyrået. Ved å ha en bra kontaktperson, som blant annet overholder det som blir lovet, husker sykepleierens preferanser og hører på sykepleierne hvis de ytrer at de ikke ønsker å vende tilbake til en oppdragsgiver, føler sykepleierne seg hørt av byrået. En mannlig sykepleier (Spl 17) var veldig fornøyd med den faste kontaktpersonen han hadde i byrået han jobbet for. Kontaktpersonen ringte og hørte

hvordan det gikk og om han var fornøyd der han var plassert, og informanten kunne selv lett ta kontakt om det var noe. Sykepleieren opplevde at bemanningsbyrået hadde et mål om at vikarene skulle være fornøyde, og fulgte opp informantens ønsker eller innspill: ”at de hørte, og gjorde noe med det og ikke bare sa til meg at de skulle se på det og så skjedde det aldri noe. Men de fulgte opp og var veldig nøyaktig og veldig nøye på å gjøre ting” (Spl 17). Når han var misfornøyd med arbeidssteder han hadde vært på og ringte byrået og sa ifra om dette, fikk han vakter på andre arbeidsplasser i stedet for. Byrået han var ansatt i hadde også sosiale arrangementer for de vikaransatte. Ifølge Garsten (1999) er slike sosiale arrangementer et forsøk fra byråers side på å skape en tilhørighet og lojalitet, mellom arbeidstakeren og byrået. Informanten oppsummerer godt betydningen av en kontaktperson for opplevelsen av å være ansatt i et byrå:

”For det første når man ikke vet hvem man skal snakke med når man ringer dit. Det er en veldig stabilitetsting å ha en man kan spørre etter, eller et par som kjenner en. Jeg vil ikke ha den følelsen som når man ringer banken, måtte si personnummeret og så må de lese litt. Man vil gjerne at de skal vite hvem man er. Det er jo det at det er ingen hemmelighet at byråder tjener for så vidt godt på sine vikarer, men at man prøver og ikke se på vikarene som litt byrde, som produkter. De ser individene, menneskene, og kan agere som gode arbeidsgivere, og innser at det er det man vinner på og ikke på å prakke på folk masse jobb for å maksimere gevinsten.” (Spl 17)

Og ikke ha en kontaktperson som kjenner til en som sykepleier, skaper stor frustrasjon i arbeidsrelasjonen mellom sykepleier og byrå:

”De konsulentene jeg har hatt har vært veldig forskjellig i deres kompetanse, og de har vært veldig forskjellige i hvordan de fungerer. En del er veldig ordentlige og allting er klart, og det finnes ingen spørsmål. Og så kan den personen være på ferie eller den er ikke tilgjengelig, og siden så tar noen annen over og fortsetter. Man har sagt at de her begrensningene har jeg, så hører de ikke, men de fortsetter liksom. Og så ringer man og sier ”Hei, kan du ta en vakt på hjerte?”, ”Eh, men jeg er på anestesen”, ”Jaha. Men her står du tilgjengelig”, ”ja, for ekstra oppdrag, men ikke faste, jeg har et fast oppdrag”. Det kjennes iblant at man ikke hadde kontroll på det man gjorde. Det var vanskelig på den måten, man har ingen kontroll selv i blant. Men de kunne ringe og si ”hei, kan du være på hjerte klokken fire?”, ”men jeg har precis gått av min nattevakt”. Og de ikke engang vet hvilken turnus man har, men man kunne ha fast turnus, så kunne de ringe klokken ni på morgenen på tross av at det står i min turnus at

jeg har vært på nattevakt. De kunne ringe og vekke meg liksom, og si ”hei, kan du komme og jobbe?”” (Spl 15).

Hun forteller videre om en merkbar endring i sin relasjon til bemanningsbyrået etter det hun erfarte som en for rask ekspansjon. Da hun begynte å arbeide for byrået var det lite, og hun fikk god oppfølging av bemanningsbyrået, og de besøkte henne blant annet på arbeidstedet. Etter hvert ble det ifølge informanten tydelig at de ”vokste seg ut av skoene” (Spl 15). Omorganisering innad i byrået og rask ekspansjon førte til at ”de hang ikke like med, og så ansatte man flere og flere, og siden har det blitt så stort at det er ugjennomtrengelig. At man kjenner liksom at man mistes bort i et system, det finnes liksom ingen personlighet igjen” (Spl 15). En annen sykepleier forteller også om en forringelse av kontakten med byrået grunnet gjennomtrekket av kontaktpersoner:

”Vi fikk veldig mange ulike kontaktpersoner i byrået, de sluttet og sånt. Bare den første sommeren hadde vi fire ulike kontaktpersoner. Jeg vet ikke hva det var, om det var permisjon eller sykemelding, men det var litt rotete. Da kjentes det jo ikke ut som om de brydde seg så mye om en, mer at man var en autorisert sykepleier som kunne tjene penger for dem. Så de brydde seg egentlig ikke så mye, de var bare glad for at de tjente penger på en, sånn kjentes det ut.” (Spl 12)

Den avgjørende kontakten mellom kontaktperson og sykepleier forsvinner i personalgjennomtrekk eller ekspansjon. Sitatene over viser at når kontaktpersoner ikke har, eller mister kjennskap til sykepleierne, skapes det en følelse av å være en vare som bemanningsbyråene selger. Når sykepleierne erfarer at bemanningsbyrået er mest opptatt av å maksimere den økonomiske gevinsten ved å plassere sykepleiere på ulike arbeidsteder, til tross for ytrede ønsker, forsterkes følelsen av at bemanningsbyrået er et økonomisk mellomledd hvor sykepleieren blir plassert tilfeldig for å ”slukke branner og fylle hull” (Spl 15). Når sykepleierne føler seg sett og hørt av kontaktpersonen som representerer byrået, skapes det en lojalitet mellom sykepleieren og byrået. Ifølge Hirschman (1970) vil det være større sannsynlighet for at misnøye uttrykkes innad i organisasjonen enn ved å forlate den, når det eksisterer lojalitet. Individuer med tilknytning til en organisasjon vil søke innflytelse om de opplever forringede forhold i en organisasjon. Den antatte påvirkningskraften vil påvirke forholdet mellom medlem og organisasjon, og kunne føre til mer lojalitet (Hirschman 1970). For sykepleierne i mitt utvalg blir tilhørighet til bemanningsbyrået skapt gjennom

kontakten med kontaktpersonen i bemanningsbyrået. Å bli hørt når sykepleierne ytrer misnøye, for eksempel ønske om ikke å vende tilbake til en oppdragsgiver, gir det sykepleierne en følelse av at bemanningsbyrået tar vare på sine ansatte. Når kontaktpersonen gir god oppfølging av sykepleieren, ved blant annet å ringe for å høre om sykepleieren trives på et arbeidssted, blir det også lettere for sykepleieren å uttrykke misnøye innad. Når ønsker blir tatt hensyn til, gir det sykepleierne en påvirkningskraft i bemanningsbyrået, og det hjelper dermed sykepleieren i for eksempel å kunne manøvrere blant oppdragsgiverne i det norske arbeidsmarkedet. Når sykepleierne har mulighet til å påvirke, og når misnøye innad blir hørt og tatt videre hensyn til, forsterker det lojaliteten mellom sykepleier og bemanningsbyrå, og er i tråd med Hirschmans (1970) teori. Om ønsker og preferanser ikke blir hørt, kan det svekke lojaliteten til bemanningsbyrået. Det kan føre til at sykepleierne ser seg om etter alternative arbeidsgivere, og her spiller sykepleiernes kunnskap om ulike arbeidsgivere i den norske helsesektoren inn.

6.4 Midlertidighet og dannelsen av nettverk

For de aller fleste informantene med erfaring fra bemanningsbyråarbeid, har arbeidet gjennom bemanningsbyrået hjulpet å etablere kontaktnettverk som kan bidra til å utvide deres handlingsrom. Et kontaktnettverk skapes ved at sykepleierne er utplassert hos ulike oppdragsgivere. Det er særlig de midlertidige bostedene som bemanningsbyråene eller sykehusene disponerer der sykepleierne blir innlosjert under deres opphold i Norge som er viktig for sykepleierne i deres nettverksbygging. Under oppdrag deler sykepleierne ofte bolig med andre byråansatte, og mye av tiden de ikke tilbringer på arbeid brukes ved og rundt de midlertidige bostedene. Den vanligste type boform blant informantene i studiet er å dele bad og kjøkken med andre tilreisende. Sykepleiere kan dermed komme i kontakt med andre sykepleiere med midlertidig tilknytning til oppdragsgiver, som har erfaring fra andre bemanningsbyråer eller andre oppdragsgivere, og kunnskapsutveksling spiller en viktig rolle i sykepleiernes manøvrering i det norske arbeidsmarkedet.

En kvinnelig sykepleier i 50-årene (Spl 13) som har reist til Norge som ferievikar, har jobbet i Norge for ulike bemanningsbyråer. Opprinnelig begynte hun i et byrå som hun ble tipset om av sine kollegaer i Sverige, men etter hvert som hun jobbet hos ulike oppdragsgivere ervervet hun seg kunnskap om ulike byråers lønns- og arbeidsvilkår:

”man får tips av andre, hvordan gjør de det, hvordan jobber de, tillegg, hva betaler de, hvordan ser bostedene ut, hvordan reiser man, alt det der det prater man jo om. Og på somrene da, da jag var der...jeg var jo der vår og sommer, og på sommeren er det så mange bemanningssykepleiere fra alle mulige bemanningsforetak, både fra Sverige, Danmark og Norge, så man prater jo veldig mye med hverandre. Og vi bor jo sammen, og i nærheten, så det blir veldig mye informasjon man får sånn. Vi snakker mest om det etter jobb. For på jobben snakker man ikke så mye det, det blir etter jobben. Det er ikke riktig okay, dels er pasientene nære hele tiden, og med tanke på de norske sykepleierne så holder man jo...man er jo enda en representant på jobben for et foretak. Og da prater man ikke om foretaket, det er god tone at man ikke gjør det.” (Spl 13)

Kunnskapsutvekslingen påvirket hennes manøvrering blant arbeidsgivere, hvor hun valgte nye bemanningsbyråer ettersom hun kunne vurdere fordelene ved bytte av arbeidsgiver. Informantene forteller at ofte blir det å være en representant for bemanningsbyrået i møter med oppdragsgiver vektlagt i kontrakter. Arbeidskontrakten kan også inneholde taushetsplikt om lønnsforhold, som kan begrense hva sykepleiere forteller om sin arbeidsgiver: ”Men visst er det så, man prater ikke ille om det foretaket man er ansatt av, men man tar med seg hjem det de andre sier om de andre foretakene” (Spl 13). Det poengteres blant informantene at de fraviker fra den tradisjonelle sykepleieren som både den norske og den svenske fagforeningen representerer, som omfatter sykepleiere som bor og arbeider på samme sted. Svenske sykepleiere som jobber midlertidig i perioder i Norge, faller ofte mellom to stoler når det gjelder fagforeningenes ansvarsområde. Derfor er kunnskapen som utveksles på disse midlertidige bostedene svært viktig i å informere aktørskapet til sykepleierne:

”Men vi innenfor bemanning, vi har jo et stort behov for å snakke med hverandre om det [lønn] for å få det så bra som mulig. For vi har jo ingen som representerer oss, det er ingen som forhandler vår sak – det får man gjøre selv. [...] Som regel så...noen ganger så treffer man på noen kollegaer ved noen anledninger, i matsalen eller på arbeidsplassen eller der man bor, og som befinner seg i samme situasjon. Og man har jo en felles interesse, og det er jo hvordan man har det og hvilke betingelser man har og sånn. Det er jo klart at det er jo ganske naturlig at man prater sammen.” (Spl 19)

Dette viser at kunnskap er en betydningsfull faktor som informerer aktørskapet til de svenske sykepleierne i deres manøvrering i det norske arbeidsmarkedet. Gjennom kunnskapsutveksling får sykepleierne høre andres erfaringer fra arbeidsgivere og

oppdragsgivere, som de tar med seg videre og som kan bidra til at sykepleierne søker andre potensielle arbeidsgivere.

6.5 Sykepleiere og arbeidsgivere

Å ta arbeid gjennom bemanningsbyrå er som vist en vanlig måte å entre det norske arbeidsmarkedet på, hvis sykepleierne står uten et kontaktnettverk i Norge. Under deres opphold i Norge får de et kontaktnettverk og informasjon om ulike arbeidsgivere. Hvis en sykepleier får dårlige erfaringer med et bemanningsbyrå, vil sykepleieren kunne forsøke å endre det som erfares som dårlig. Den vanligste strategien for å forbedre det sykepleierne er misfornøyde med i et byrå, er å skifte arbeidsgiver.

6.5.1 Fra byrå til byrå

En sykepleier (Spl 13) fikk kontakt med det første byrået hun jobbet for via bekjente i Sverige. Dette byrået oppga lønnen i svenske kroner uten å tydeliggjøre dette, noe som førte til langt mindre lønn enn forventet. Etter en diskusjon med bemanningsbyrået, valgte hun og ikke jobbe mer for dem:

”Jeg oppdaget dette her med kroner etter hvert. Det kom man på til slutt, man prater jo med hverandre og man snakker om ulike hendelser man har støtt på og sånn der, og da kjente jeg at ”nei, men da tar vi noe annet foretak som er litt mer imøtekommende og generøs”, og så bytter man til noe bedre.” (Spl 13)

Hun fikk kunnskap om andre bemanningsbyråer under sine opphold i Norge, og undersøkte ulike faktorer som var mest fordelaktig for henne og som påvirket hennes valg i bytte av arbeidsgiver. Lønn var for henne hovedårsak til bytte mellom tre bemanningsbyråer. Forskjeller i bemanningsbyråers reiseprosedyrer var også avgjørende i valget av det siste bemanningsbyrået. De to første bemanningsbyråene hun jobbet for dekket togreise, mens det siste bemanningsbyrået betalte for flyreiser og som for henne utgjorde en behageligere og raskere reise. En annen sykepleier (Spl 10) byttet også byrå etter hvert som hun fikk kunnskap om alternative arbeidsgivere, og lønn var også avgjørende i hennes valg om å skifte arbeidsgiver. I tillegg opplevde hun at det første bemanningsbyrået var uorganisert og at ting som ble sagt, ikke ble holdt. En sykepleier (Spl 19) som i sine 12 år som freelance har jobbet i omtrent seks ulike bemanningsbyråer, hvor hennes avgjørelser om å skifte

bemanningsbyråer har blitt tatt på bakgrunn av ulikheter ved lønnsvilkår, pensjonssparing og dårlig kommunikasjon. Hun mener det finnes mange fallgruver å ramle i når det gjelder bemanningsbransjen. Et bemanningsbyrå oppga også lønnen i svenske kroner uten å si det, som utgjorde en differanse på cirka 20%: ”Og det ble jo en veldig overraskelse for meg, for de byråene jeg jobbet for tidligere, de pratet naturligvis...er det arbeid i Norge, så prater man naturligvis om norske kroner, er det arbeid i USA så prater man dollar” (Spl 19). Hun sier det er mange sykepleiere som har gått med på det, men det passet ikke henne for da hadde hun allerede jobbet for ulike bemanningsbyråer og hun visste at ”sånn gjør man ikke”. Et annet bemanningsbyrå sa de betalte en viss prosent inn til pensjonssparing, noe som viste seg ikke å stemme:

”Jeg har også vært borte i foretak som sier at de betaler inn en viss prosent til pensjonssparing, men når man siden spør dem om et år eller to, ”jeg har ikke fått noen beskjed fra pensjonskassen om noen innsetting, jeg har ikke fått noen papirer på det”, da har det vist seg at de ikke har betalt inn. Så de jurer. Men i akkurat det tilfelle så fikk jeg de pengene i etterkant innbetalt til meg da, i og med at jeg oppdaget det. Men det er mange som ikke oppdager det også kanskje.” (Spl 19)

På tross av disse erfaringene, mener hun at det finnes større muligheter til å forhandle om lønn når man jobber i bemanningsbyrå, i tillegg til at arbeidsgiverbytte også gir anledning til å forhandle om lønnsvilkår. Hun forteller at i det bemanningsbyrået hun er ansatt i nå, har hun bedre betingelser enn hvis hun hadde jobbet direkte for sykehuset. Hun har bedre timelønn og overtidsbetaling inntreffer etter 35,5 timer. Hun har nå jobbet for samme oppdragsgiver et par år gjennom dette bemanningsbyrået, hvor turnus og vakter blir avtalt direkte mellom henne og oppdragsgiver, mens bemanningsbyrået bare forlenger kontrakten hennes. Hun mener det er best at hun som sykepleier har direkte kommunikasjon med oppdragsgiver, da det er større risiko for misforståelse hvis kommunikasjonen går gjennom bemanningsbyrået fordi bemanningsbyrået har så mange andre arbeidsoppgaver.

Sykepleiere som har lang erfaring med bemanningsbransjen og arbeid i Norge, vil besitte mer kunnskap om muligheter og fallgruver som finnes i bemanningsbransjen, og dermed ha større mulighet til å bedre sine vilkår. Sykepleiere som er mindre forankret i det norske arbeidsmarkedet, vil ha mindre kunnskap om de forskjellige byråene og mulige forhandlingsgrunnlag. Deres avgjørelser kan påvirke mulighetene andre igjen har til å forsøke å bedre sin situasjon:

”Det er et annet perspektiv i det her også, og det er det at jeg er bare freelance. Jeg jobber bare i Norge, når det da passer meg og sånt. Det er mange svenske sykepleiere som kommer og jobber i Norge i sine ferier, tre uker for eksempel, og de er helt ”happy” med å få 50 kroner mindre i timen enn hva jeg har, for de er så glade liksom for å komme på et annet sted og sånt. Og da undergraver de hele min fremtid. Og med min forutsetninger for å holde oppe en bra lønn. Og så de gjør virkelig skit for meg. Og det er også veldig ukollegialt, men det forstår de jo som regel ikke, for de er jo bare der to uker og de har ingen aning om, liksom hva timelønnen ligger på eller hva man skal kreve eller... Der er jo firmaene litt stygge også, eller bemanningsforetakene er jo stygge i det spillet også.” (Spl 19)

Dette viser at kunnskap om ulike bemanningsbyråer gir mulighet til å sammenlikne vilkår, og sykepleierne velger å skifte arbeidsgiver når de blir bevisste rundt hvilke faktorer de anser som ufordelsmessige i sin ansettelsesrelasjon og som danner bakgrunnen for arbeidsgiverskifte. Kunnskap om det norske arbeidsmarkedet og ulike arbeidsgivere informerer deres aktørskap når de er i Norge.

6.5.2 Fra byrå til direkte ansettelse

Kunnskap om fordeler og ulemper ved ulike byråer og ansettelse i byråbransjen versus direkte ansettelse, blir ervervet under de midlertidige oppholdene i Norge. Flere av sykepleierne har, som vist tidligere, erfart en uforutsigbarhet når det gjelder arbeidsmengde når de kommer til Norge gjennom bemanningsbyrå. Det virker forstyrrende for sykepleierne som har kommet til Norge for å arbeide og tjene penger. I tillegg møter forsøket på å styrke grensene rundt domene arbeid og livet ellers, spenninger i relasjon til hva bemanningsbyråene anser som lønnsomt med tanke på å dekke kostnader for bo og reise. Noen av sykepleierne forteller om mismatch mellom når sykepleierne er i stand til å dra til Norge og bemanningsbyråers villighet til å tilrettelegge for reisen i den angitte perioden. En sykepleier (Spl 15) hadde kommunikasjon med bemanningsbyrået flere måneder i forkant for å gi beskjed om at hun ønsket å dra til Norge en periode den kommende våren, og fikk beskjed om at kontaktpersonen hennes jobbet med å finne oppdrag til henne. Tre uker før sykepleieren skulle reise hadde hun fortsatt ikke hørt noe, og tok derfor kontakt med byrået. Hun fikk beskjed om at oppdragene var på vei, og at hun derfor måtte vente. Men når hun ikke hadde hørt noe tre dager før planlagt reise og tok kontakt, var det ikke lenger aktuelt for byrået å sende henne:

”Da gikk det liksom ikke å trykke inn meg hvor som helst. Da var det liksom ”jaha, du kan bli bare to uker”, ”ja, jeg kan bare bli to uker”. Det gjorde ikke meg noenting, for da kunne man gjøre annet. Men man blir jo litt sånn frustrert fordi man planlegger en sak, og så plutselig kansellerer de allting på uant kort varsel.” (Spl 15)

Det er også andre som har opplevd at deres ønske om tidsperiode ikke samsvarer bemanningsbyråets planer. Det har ofte sammenheng mellom betaling for bo- og reise, der byråene kan innføre en minimumslengde på opphold for å anse det som lønnsomt å dekke disse kostnadene: ”Så begynte noen av byråene å bli gjerrige på reisekostnader, de ville at man måtte jobbe minst i to uker i ett strekk for dem for at de skulle betale for reise” (Spl 5). Intervjuene med bemanningsbyråene bekrefter at kostnader for bolig og reise blir regnet på i forhold til lønnsomheten ved lengden på sykepleiernes opphold i Norge. Vikarbyrå 1 har en nedre grense på ti dager for å få bolig og reise dekket, mens vikarbyrå 2 har ingen minimumsgrense som sådan, men regner ut lønnsomheten ved hvert tilfelle. Begge byråene forteller at marginene for bemanningsbransjen er små i helsesektoren og at innføringen av HINAS-systemet har presset marginene ytterligere. Slike rammeavtaler gir bemanningsbyråer mulighet for stort volum og omsetning, men det innebærer lavere marginer enn ved andre oppdrag (Nesheim & Rørvik 2011, Nergaard et al 2011). Begge vikarbyråene intervjuet mener pris blir sterkt vektlagt i offentlige rammeavtaler. Det fremkommer også blant bemanningsbyråer i studiet til Nergaard et al (2011). Pris, fagkompetanse og leveringssikkerhet er eksempler på ulike faktorer som vektlegges i anbudskonkurransen, og i offentlig sektor er pris avgjørende. Når det tillegges stor vekt på pris, resulterer det dermed i at marginene blir lavere (Nergaard et al 2011). For sykepleierne er det uaktuelt å dra til Norge og selv dekke kostnadene for bo og reise da det går utover inntjeningen de kan oppnå i Norge. Hvor lenge sykepleierne kan være borte fra sine liv i Sverige, avhenger av hvilke forpliktelser de ellers har i sine liv. Når periodene sykepleierne ønsker å dra til Norge ikke samsvarer med hva byrået anser som lønnsomt, blir sykepleierne igjen i Sverige. Å ha større mulighet til å tilpasse arbeidsperioder i Norge er en medvirkende årsak til at sykepleierne søker direkte midlertidig ansettelse. Begge sykepleierne i avsnittet over valgte for eksempel å begynne å jobbe direkte fordi det var lettere å tilpasse ønsket oppholdsperiode i Norge med livet sitt i Sverige.

En annen motivasjon for å være direkte ansatt ved et sykehus heller enn i et bemanningsbyrå handler om kommunikasjon. Når uforutsigbarheten i arbeidsmengde

oppleves stor og kommunikasjonen med bemanningsbyrå erfares som dårlig, gir direkte ansettelse en mulighet til å ha større kontroll selv ved at kommunikasjonen går direkte mellom arbeidsstedet, som da også er arbeidsgiver, og sykepleier. Direkte kommunikasjon skaper forutsigbarhet:

”Sånn som nå, når jeg jobber direkte for sykehusets vikarpool, så får jeg vakter mye lettere. De ringer meg direkte, i stedet for at det skal gå via bemanningsbyrå og de må sjekke mine timer sånn at jeg ikke har jobbet for mye. Man er mye mer direkte koblet med sykehuset, det er mye smidigere og jeg får flere vakter. Sykehusene ser på mitt skjema og om jeg kan jobbe, og så kan de jo også spørre meg om jeg vil jobbe ekstra. Jeg synes det er mye bedre kommunikasjon, mye mer direkte kommunikasjon.” (Spl 9)

For mange gir direkte ansettelse også en mulighet til å bli kjent med arbeidsstedet på en annen måte: ”Jeg får i tillegg ved å jobbe direkte for sykehuset adgangskort, og får tilgang til sykehuset på en annen måte, og det letter mitt arbeid når jeg er på avdelingen, eller må hente pasienter etter en operasjon eller noe sånt, alt flyter litt smidigere” (Spl 9). I stedet for å måtte omstille seg raskt til et nytt arbeidssted, vil sykepleiere som vender tilbake til samme arbeidssted kunne minske usikkerheten som kan ligge i å bli utplassert:

”Det er den store forskjellen synes jeg. At jeg er aldri ny på jobben. Jeg behøver ikke å presentere meg hver dag, jeg behøver ikke å spørre om allting, ”hvor finnes det, hvilket telefonnummer var det igjen jeg skulle ringe, og hvordan får jeg tak i avdelingssykepleier”. Men når jeg kommer dit, da er det jo som ”hei, hvor kult at du er her, og jeg har ikke sett deg på lenge, og når kommer du neste gang” [...] Og da er det mye enklere, og da kjenner man seg også mer hjemme. Man finner frem overalt, man behøver ikke å spørre ”å, hvor ligger den posten, hvor er de tingene, og hvordan skal jeg få blodprøvene tatt”. Man har rutinene og prosedyrene, det er mye, mye mer enklere og smidig.” (Spl 15)

Det kan også minske forskjellene mellom det faste personalet og sykepleieren som vikar, både ved at sykepleieren blir bedre kjent med arbeidsplassens rutiner og prosedyrer og ved at sykepleieren ikke lenger blir sett på som en innleid vikar:

”Jeg synes at det finnes tendenser til at folk er mer positive om man jobber direkte for sykehuset, det er et av de første spørsmålene folk stiller: ”jaha, jobber du for et byrå eller for vikarsenteret?”. Da kan jeg kjenne at det er mer akseptert å jobbe for vikarpoolen, de synes

det er mer okay om man jobber for vikarsenteret fordi da har man samme lønn som det vanlige personalet.” (Spl 9)

Et negativt fenomen ofte assosiert med bemanningsbransjen, er muligheten det gir arbeidsgivere for å utøve en ”try and hire”-praksis hvor arbeidere prøves ut på oppdragets lengde. Om oppdragsgiver er fornøyd kan arbeideren tilbys en direkte ansettelseskontrakt, hvis ikke står oppdragsgiver uten forpliktelser til den innleide ved oppdragets ende, og arbeidere blir av den grunn ofte den tapende part. For de svenske sykepleierne derimot, vil den betydelige etterspørselen etter deres ferdigheter gi dem en mulighet til selv å prøve ut forskjellige arbeidssteder. Gjennom å bli plassert på forskjellige arbeidsplasser via bemanningsbyrå, kan sykepleiere etablere kontakt med både ledelsen og kollegaer på stedet. For sykepleiere som blir plassert på en arbeidsplass, vil kontakten med ledelsen kunne åpne for muligheter for sykepleierne i form av at de får tilbud om direkte ansettelse hos oppdragsgiver. Om sykepleiere erfarer at direkte ansettelse er mer fordelaktig, vil en slik kontakt kunne åpne opp muligheter for fast ansettelse. For noen sykepleiere er det å ta arbeid i bemanningsbyrå nettopp en bevisst strategi for å komme i kontakt med en attraktiv arbeidsplass. En kvinnelig sykepleier i 60-årene (Spl 7) benyttet arbeid i bemanningsbyrå for å få en fot innenfor et universitetssykehus. Da hun på begynnelsen av 2000-tallet arbeidet som ekstravakt direkte for et lite sykehus på Østlandet, ønsket hun å komme tilbake til et universitetssykehus. Hun tok dermed jobb i et bemanningsbyrå, som en inngangsport til universitetssykehus-arbeid. Bemanningsbyråarbeidet muliggjorde at hun ble kjent med avdelingen og avdelingen ble kjent med henne, og hun spurte deretter sjefen på sykehuset om de var interessert i å ha henne direkte ansatt. Siden hun jobbet direkte for sykehuset som midlertidig ansatt. Flere av sykepleierne som nå jobber direkte for sykehus, fikk kontakt med deres nåværende arbeidssted gjennom og ha blitt plassert der av byråer. Noen av sykepleierne har etter endt oppdrag eller tilbakevending, blitt spurt av avdelingsledelsen om de kunne tenke seg å komme tilbake som direkte ansatt, mens andre har spurt ledelsen selv. Ifølge Berge et al (2011) er det relativt vanlig at innleide eksterne vikarer blir rekruttert til interne vikar-stillinger, og dermed blir bemanningsbyrået som mellomledd kuttet ut. Siden sykepleierne ikke ønsker å ha en fast turnus, for å selv kunne bestemme når og hvor lenge de vil arbeide i Norge av gangen, skjer direkte ansettelse også på midlertidig kontrakt .

6.6 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg analysert de svenske sykepleiernes manøvrering i det norske arbeidsmarkedet. Uforutsigbarheten som ansettelse i bemanningsbyråer kan medføre, legger begrensninger for hva sykepleierne ønsker å oppnå ved å ta arbeid i norsk helsesektor. Å ikke få nok vakter påvirker både lønnsgrunnlaget og muligheten til å skape en bedre balanse mellom arbeid og liv. Sykehusene bruker bemanningsbyråer for å få numerisk fleksibilitet, og etterspørselen etter sykepleieferdigheter har bakgrunn i huller i turnusen, sesongtopper og faste ansattes fravær grunnet ulike årsaker. Utvalget av oppdragsgivere gir både muligheter og utfordringer for sykepleiere. Det gir mulighet til å prøve ut nye arbeidsplasser og se nye steder i Norge. Men det kan også være utfordrende å være ny hele tiden. Sykepleierne som eksterne innleide får minimalt med opplæring, og forventes å kunne sette seg rett inn i arbeidsoppgavene de er satt til å utføre. Sykepleiernes aktørskap hos oppdragsgiver med henhold til arbeidsoppgaver og miljø er veldig forsiktig. Å holde en lav profil vektlegges, og forskjeller i arbeidsoppgaver mellom faste ansatte og eksternt innleide blir godtatt grunnet oppdragets lengde, ”vi er her for å jobbe”, eller når bemanningsbyråene har klausuler som forhindrer å avbryte et oppdrag før det er endt. Sykepleierne er derimot sterke forhandlere i møte med arbeidsgivere når det gjelder ansettelsesforhold og lønn. Hvis kontakten med bemanningsbyrået forringes eller sykepleieren ikke blir sett og tatt hensyn til i denne relasjonen, velger sykepleierne også å tre ut av ansettelsesforholdet. Deres individuelle aktørskap har kollektive elementer, i at kunnskap om ulike aktører på arbeidsmarkedet informerer aktørskapet deres. Kunnskap om bedre lønn- og ansettelsesforhold hos andre arbeidsgivere bidrar i deres manøvrering i det norske arbeidsmarkedet. Etterspørselen etter sykepleieferdigheter i norsk helsesektor gir sykepleierne mulighet til å prøve ut ulike arbeidsplasser der de, om de skulle ønske det, kan prøve å søke seg tilbake til enten gjennom byråoppdrag eller direkte. Om de erfarer direkte midlertidig ansettelse som bedre i henhold til hva de ønsker å oppnå mens de er i Norge, velger de dette.

7 Avslutning og konklusjon

Denne studien, som er basert på 17 semi-strukturerte intervjuer av sykepleiere med ulik tilknytning til det norske arbeidsmarkedet, har belyst hvordan svenske sykepleiere utøver aktørskap når de tar arbeid i Norge, og hvordan de manøvrerer i det norske arbeidsmarkedet. I dette avsluttende kapitlet vil jeg gjøre rede for mine forskningsfunn.

7.1 Hovedfunn

Innledningsvis redegjorde jeg for følgende overordnede problemstilling: Hvilke muliggjørende og begrensende rolle spiller midlertidighet og ansettelse i bemanningsbyråer for svenske sykepleieres aktørskap når de tar arbeid i Norge? For å besvare denne problemstillingen, ble fire forskningsspørsmål stilt som belyser ulike aspekter ved sykepleiernes aktørskap. Disse vil jeg nå besvare.

Hvilke motivasjoner har svenske sykepleiere når de reiser til Norge?

Det fremkommer tydelig i analysen at svenske sykepleieres migrasjon til Norge er en proaktiv geografisk strategi, hvor det å ta arbeid i Norge gir mulighet for høyere lønn og bedre arbeidsforhold. Analysen viser at push- og pullfaktorene speiler hverandre, og de kontekstuelle faktorene som erfares dårligere i Sverige blir satt opp mot tilsvarende faktorer i Norge. Lønn er hovedmotivasjonen for å dra til Norge, men det gir også muligheter til å arbeide under bedre forhold. Når informantene diskuterer sykepleiernes situasjon i den svenske helsesektoren, fremkommer det et tydelig misforhold mellom arbeidsbelastning og økonomisk kompensasjon, hvor et bedre og mer samsvart forhold kan oppnås ved å dra til Norge. For dem i utvalget som arbeider i Norge periodevis, blir en bedre balanse mellom domene arbeid og liv muliggjort både av forskjellen i lønnsnivået mellom de to landene og ved at arbeidsbelastningen i Norge oppleves som mindre. Dette gjør det mulig å arbeide intensivt en kortere periode i Norge og ha helt fri den tiden de er i Sverige. Dette viser hvordan valget om å arbeide i Norge også har et rasjonale i den reproduktive sfæren.

Castree et al (2004) sin definisjon av aktørskap skiller ikke mellom individuell og kollektivt aktørskap. Dette studien viser at individuelt aktørskap kan forekomme som et resultat av at kollektivt aktørskap ikke skaper store nok endringer. Den organisatoriske makten arbeidere kan besitte gjennom å organisere seg i fagforeninger (Silver 2000), har i de svenske sykepleiernes tilfelle ikke gitt betydelige positive effekter på lønns- og arbeidsvilkår.

Misnøye over fagforeningens manglende fremgang, gjør at sykepleierne tar saken i egne hender for å bedre lønnsvilkår og arbeidsforhold og for å skape en bedre balanse mellom arbeid og liv. I henhold til Katz (2004) sin typologi, mener jeg sykepleiernes arbeidsmigrasjon faller innunder omarbeiding. Deres migrasjon er ikke grunnet nødvendighet, og således representerer det ikke en overlevelsesstrategi, men sykepleierne er klar over bedre muligheter andre steder. Misnøye over lønns- og arbeidsforholdene i svensk helsesektor blir uttrykt ved at de helt eller delvis forlater det svenske arbeidsmarkedet, og i Hirschmans (1970) terminologi uttrykkes misnøyen ved exit. Sykepleierne er bevisste på hvilke forhold som forårsaker valget om å reise ut av landet, og i henhold til Katz (2004) sin typologi representerer migrasjonen således en pragmatisk respons for å bedre egen situasjon, hvor fysisk mobilitet blir brukt som en proaktiv geografisk strategi (Castree et al 2004). Å dra til Norge er et bevisst forsøk på å omarbeide de urettferdige forholdene de erfarer i Sverige, og er et forsøk på å få bedre lønn og mer makt over egen arbeidssituasjon. Selv om flere i utvalget anser migrasjonen som protest mot forholdene i den svenske helsesektoren og det ligger en tydelig motstand mot utviklingen i svensk helsesektor bak det individuelle valget om å migrere, trer informantene individuelt ut av det svenske arbeidsmarkedet i stillhet. Denne stillheten gir derfor lite grobunn for at deres individuelle opposisjonelle bevissthet blir oversatt til en mer direkte kollektiv opposisjonell motstand (Katz 2004). Deres migrasjon er ikke i direkte utfordring til de eksisterende hegemoniske relasjonene i Sverige og er ikke direkte rettet mot å endre maktforholdet mellom arbeidere og kapital i den svenske helsesektoren (Coe og Jordhus-Lier 2011), og kan således ikke konseptualiseres som opposisjonell motstand. Etterspørselen etter sykepleieferdigheter i den norske helsesektoren muliggjør arbeidsmigrasjon som proaktiv strategi.

Hvilke strukturelle forhold påvirker sykepleiernes arbeidsmigrasjon til Norge?

Det er viktig å undersøke hvordan arbeideres aktørskap er fundert i forskjellige økonomiske og politiske prosesser (Jordhus-Lier 2012). Strukturelle forhold både i Sverige og Norge aktiverer og muliggjør sykepleiernes individuelle aktørskap.

Hva som skaper pushfaktorene i de svenske sykepleiernes arbeidsmigrasjon er fundert blant annet i forholdet mellom stat og fagforening, i helsesektoren hvor sykepleierne arbeider, og statens og landstingenes rolle som både arbeidsgiver og regulativ instans. Sykepleierne arbeider i en sektor preget av tilbudsstyrt etterspørsel (Anell & Gerdtham 2010) og hvor det å begrense utgiftene er et viktig politisk mål. Til forskjell fra firmaer i markedet, er produksjonsmålet i offentlig tjenesteproduksjon bruksverdi fremfor tap og profitt. Jordhus-

Lier (2012) påpeker at dette skillet mellom hva som utgjør produksjonsmål, har blitt utfordret av implementeringen av markedsbaserte reformer i offentlig sektor. Med formål om å effektivisere ressursbruken i sektoren har staten og landstingene som regulativ instans fremmet og implementert ulike NPM-inspirerte reformer. Tiltak for å øke kvalitet og ressurseffektivitet i svensk helsesektor har resultert i økt krav til sykepleiernes funksjonelle fleksibilitet og i likhet med studien til Blomgren (2003) virker det til å ha tatt sykepleierne lengre bort fra pasientorientert arbeid. Dette er en synlig trend i mange vestlige land (Kingma 2006), og grunn til at sykepleiere velger å forlate offentlig helsesektor (de Ruyter et al 2008), noe som også er tydelig blant mine informanter. Som regulativ instans har staten utarbeidet beredskapsplaner i helsesektoren for eventuelle katastrofer eller kriser, men landstingene som arbeidsgivere tar disse i bruk for å beordre sykepleiere tilbake på jobb grunnet overbelegg og sykepleiermangel. Som vist fører det til at sykepleierne i større grad må være fleksible i sitt reproduktive domene, og bidrar til å aktivisere sitt aktørskap. Sektoren sykepleierne er situert i begrenser strategiene fagforeningen kan benytte for å bedre lønns- og arbeidsforhold. Ved å definere helsesektoren som essensiell tjeneste, kan staten juridisk begrense arbeideres streikemulighet (Jordhus-Lier 2012). Reguleringen av sykepleiernes streikemulighet, i tillegg muligheten til å beordre sykepleierne tilbake på jobb, viser hvordan staten og landstingene både som regulativ instans og som arbeidsgiver har makt over sykepleierne. Sykepleiernes situasjon blir også påvirket av forholdet mellom stat og fagforening. Den statlige desentraliseringen av sykehusenes drift og finansiering, ble av fagforeningen etterfulgt av introduksjonen av det individuelle lønnssettingssystemet. Målet var å øke lønnsnivået, men det individuelle lønnsforhandlingsrommet er innsnevret, og analysen viser at de tiltenkte resultatene har uteblitt. Å heve lønnsnivået til et tilfredsstillende nivå for sykepleierne er relatert til folks forventninger til helsesektoren og muligheter for skattlegging, og dermed politiske prosesser og prioriteringer på lokalt og nasjonalt nivå. Både økte kostnader og krav fra befolkningen følger tjeneste- og teknologiutvikling i helsesektoren. Sykehusene finansieres delvis av skattelegging av den generelle befolkningen, og sykepleiernes lønninger er dermed koblet til villigheten blant den øvrige befolkningen til å betale for disse tjenestene, som igjen er koblet til brukernes forventninger. Budsjetteringen som kan romme eventuelt lønnsøkning utføres av demokratiske valgte instanser, og faller dermed også innenfor spørsmål om politiske prioriteringer og gjenvalg. Dette belyser hvordan sykepleiernes lønns- og arbeidsforhold i den svenske helsesektoren blir formet av politiske og økonomiske prosesser, og danner bakgrunnen for valget om å tre ut helt eller delvis av offentlig helsesektor og dermed aktiviserer disse prosessene sykepleiernes aktørskap.

Politiske og økonomiske prosesser i Norge muliggjør arbeidsmigrasjonen. Staten som regulativ instans regulerer det nasjonale arbeidsmarkedet og hvem som får delta i dette. Gjennom en overenskomst som har eksistert i flere tiår om et felles nordisk arbeidsmarked for helsepersonell, har svenske sykepleiere lenge vært velkomne i det norske arbeidsmarkedet. Lovendringen om innleie, som ble introdusert i 2001 for å fremme et fleksibelt arbeidsmarked, førte til en ekspansjon av bemanningsbyråer innenfor helsesektoren. Eksistensen av byråer som opererer over landegrensene, både i form av tilstedeværelse i flere land og rekruttering over landegrenser, er med på å muliggjøre sykepleieres mobilitet. Selv om det også i norsk helsesektor har vært reformer for å fremme ressurseffektivitet og kvalitet, har den oljesmurte økonomien i Norge gjort norsk økonomi mer motstandsdyktig mot økonomiske kriser, noe som har påvirket omfanget og graden av markedsorienterte reformer implementert i norsk helsesektor. I tillegg er lønnsnivået i Norge høyere, og fremdeles sentralt forhandlet mellom fagforening og stat.

Hvordan muliggjør bemanningsbyråer slike reiser, hva gjør dem mer eller mindre attraktive i denne prosessen?

Bemanningsbyråer er kjent for å matche arbeidskraft med behov og tilby firmaer fleksible bemanningsløsninger (Kalleberg 2000). Min analyse viser hvordan bemanningsbyråer tilrettelegger for arbeidsmigrasjonen over landegrenser og fasiliterer sykepleierne inntreden i det norske arbeidsmarkedet ved å tilby en ”full pakke” som inkluderer reise og bolig. Ansettelse i bemanningsbyrå gir også mulighet til å prøve ut arbeid i Norge, før eventuelle endringer i ansettelsesrelasjoner i Sverige blir vurdert.

Frivillighet og besittelse av overførbare ferdigheter er to faktorer som påvirker opplevelsen av å være bemanningsbyråansatt (Kalleberg 2003). Sykepleierne besitter overførbare ferdigheter og deres ansettelse i bemanningsbyrå er frivillig, men også for denne gruppen er det både usikkerhet og risiko knyttet til bemanningsbyråarbeidet (jf. Coe, Johns & Ward 2010). Krav til arbeidstakernes fleksibilitet som formes av samspillet mellom bemanningsbyråene og det spesifikke markedet de tjener, skaper utfordringer for arbeidere når arbeidsmigrasjonen er temporær og avgrenset i tid: den norske sykehussektoren benytter bemanningsbyråer for å oppnå numerisk fleksibilitet, i all hovedsak for å få turnusen til å gå opp. Bestillinger preges derfor av korte tidsfrister og ofte korte oppdrag, som skaper uforutsigbarhet for sykepleierne og også en arbeidsusikkerhet. Ved for få tilkomne vakter eller avbookinger, tjener de mindre enn hva de hadde planlagt, noe som i lys av Clarks (2000) teori vil begrense mulighetene for å styrke grensene rundt det produktive og det reproduktive

domene. Uforutsigbarheten ved bemanningsbyråarbeid blir forsterket av karakteristikkene ved den triangulære arbeidsrelasjonen sykepleierne inngår i. Kommunikasjon og lønn mellom oppdragsgiver og arbeidstaker går via bemanningsbyrå, og bemanningsbyråarbeid fremstår som mindre attraktivt når bemanningsbyrået blir ansett som et forstyrrende mellomledd i kommunikasjonen og et ledd som er mest opptatt av å tjene på sykepleiernes arbeid ved å leie dem ut uavhengig av deres preferanser. Bemanningsbyråets kontaktperson spiller en viktig rolle, og i samsvar med Hirschman (1970) øker lojaliteten til byrået når sykepleierne opplever å ha påvirkningskraft gjennom denne kontakten. For noen sykepleiere er bemanningsbyråarbeid attraktivt siden det gir dem mulighet til å tjene mer enn når de er direkte midlertidig ansatt, men det betinger at de har kunnskap om bemanningsbyråenes respektive lønnsvilkår og overtidsreguleringer.

Utvalget av arbeidssteder sykepleierne får tilgang til gjennom bemanningsbyråarbeid involverer både mulighet og risiko. Det gir mulighet til å se ulike steder i Norge og prøve ut ulike arbeidsplasser. Bemanningsbyråarbeid gir mulighet til ikke å inngå i de etablerte sosiale relasjonene på en arbeidsplass (Garsten 1999), som vises her gjennom mine data ved at sykepleiere rapporterer om at det er befriende å unngå ”skylleromskultur”. Men analysen viser at for noen arbeidere kan dette fritaket også oppleves som en konsekvens av å være innleid, og dermed ikke et frivillig valg. Den triangulære arbeidsrelasjonen påvirker arbeidernes opplæringsmuligheter. Hvem som har ansvaret for opplæring fremstår som uklart blant informantene. Selv om den ansvarlige er oppdragsgiver, forventes det at sykepleierne skal hoppe rett inn i arbeidet. Det resulterer i begrenset opplæringstid, noe som gir utslag i hvorvidt sykepleiere har mulighet til å bli integrert på arbeidsplassen i periodens lengde.

Hvordan bruker sykepleierne sitt aktørskap på arbeidsplassen og vis-a-vis bemanningsbyråene?

I møte med oppdragsgivere er sykepleierne svært forsiktige, og det er flere sider ved den triangulære arbeidsrelasjonen som bidrar til å begrense sykepleiernes aktørskap på arbeidsplassen. Dårlige arbeidsforhold blir ikke adressert på arbeidsplassen, og håndteres med å stå i det og holde ut oppdragets periode: ”vi er her for å jobbe og tjene penger”, og får utløp i å snakke med andre innleide sykepleiere. Mange av informantene understreket at det er lurt å være ydmyk og ikke komme med forslag til forbedringer på arbeidsplassen fordi de er ”gjestearbeidere”, noe som bemanningsbyråene også instruerer dem til. Selv om den juridiske arbeidsgiveren er bemanningsbyrået, skjer oppsynet med sykepleieren på arbeidsplassen av oppdragsgiver, og oppdragsgiver gir tilbakemeldinger videre til

bemanningsbyrået. Det skaper en slags dobbel kontroll av arbeidstaker (Coe, Johns & Ward 2010), og for å sikre nok oppdrag og overtid må arbeidstakeren vise seg velvillig og fleksibel hos oppdragsgiver. Mens sykepleierne besitter strukturell makt i møte med bemanningsbyråer, da etterspørselen etter deres ferdigheter er stor og oppdragsgivere foretrekker dem fremfor andre grupper av utenlandsk arbeidskraft, har ikke sykepleierne selv tilsvarende makt i møte med oppdragsgiver. Bestillingen av sykepleieferdigheter skjer mellom bemanningsbyrå og oppdragsgiver, og det er bemanningsbyrået som er ansvarlig for å forsyne oppdragsgiver med disse. I tillegg medfører den triangulære arbeidsrelasjonen begrensede opplæringsmuligheter og at den innleide sykepleieren står på utsiden av det kollegiale hos oppdragsgiver. Det finnes også kontraktmessige forhold som begrenser sykepleiernes aktørskap på arbeidsplassen, hvor det å avbryte et oppdrag kan medføre at sykepleieren blir betalingskyldig. Hvordan sykepleierne håndterer det de erfarer som dårlige arbeidsforhold hos oppdragsgivere, går innunder resiliens eller hva Coe og Jordhus-Lier (2011) betegner som "coping-strategies". Etter endt oppdragsperiode kan sykepleierne be bemanningsbyrået om ikke å komme tilbake. Slik baserer de seg på selektivitet og mobilitet som "overlevelsestrategier". Dette innebærer med andre ord ikke forsøk på å endre de urettmessige relasjonene.

I møte med bemanningsbyråer er sykepleierne tøffe forhandlere, og i likhet med Berntsen (2015) sin studie, er det å forbli fleksibel og mobil en måte å håndtere dårlige lønns- og arbeidsvilkår på. På de midlertidige bostedene får sykepleierne nettverk som gir mulighet til å sammenlikne lønns- og arbeidsvilkår hos ulike aktører på arbeidsmarkedet. Kunnskapen påvirker deres avgjørelser om hvordan å forbedre egen situasjon ved jobbskifte og muliggjør omarbeidingsstrategier. Misnøye over lønns- og arbeidsvilkår blir uttrykt ved at sykepleieren forlater byrået, og arbeidsgiverskifte er en pragmatisk løsning på erfarte dårlige arbeidsvilkår heller enn å forsøke å endre disse. Bytte av arbeidsgiver er i all hovedsak drevet av hva som gir økonomisk mening. Etterspørsel etter sykepleieferdigheter gir sykepleierne strukturell makt i deres omarbeidingsstrategier, og korte kontrakter mellom bemanningsbyrå og sykepleier muliggjør raskt skifte mellom arbeidsgivere. Arbeidernes bruk av mobilitet for materielt å forbedre sin situasjon kommer fra bevissthet om maktubalansen i arbeidsrelasjonen, men ved å forlate arbeidsgiver forsøker ikke sykepleierne å forandre denne ubalansen. De uttrykker ikke direkte opposisjonell motstand mot de erfarte urettmessige relasjonene. Blant de jeg intervjuet var slike omarbeidingsstrategier tydeligst hos sykepleiere med lengre erfaring fra og mer kunnskap om det norske arbeidsmarkedet, og er således i tråd med Carswell og de Neve (2013) og Berntsen (2015) hvor arbeideres kunnskap og forankring

i det lokale arbeidsmarkedet påvirker mulighetene for å erverve gode betingelser. Mulighetene sykepleiere hadde til å forhandle frem gunstige betingelser i bemanningsbyrå, ble begrenset av nye arbeidsmigranter med lite kunnskap om det norske arbeidsmarkedet og som godtok et lavere lønnsnivå fordi det var bedre enn det svenske. Dette viser at avgjørelser noen arbeidere tar, strukturerer og påvirker andre arbeideres muligheter (Carswell & De Neve 2013).

Hvis bemanningsbransjen i seg selv blir ansett for å representere utnyttende arbeidsforhold og ansettelse i bemanningsbransjen blir sett på som ufordelaktig, blir mobilitet igjen benyttet som en strategi for å bedre egen situasjon. Selv om arbeiderne er bevisste på utnyttende arbeidsforhold, brukes ikke dette til å utfordre praksisene direkte. Sykepleierne viser heller sin misnøye med bemanningsbransjen ved å tre ut av den, og uttrykker slik misnøye ved exit (Hirschman 1970). Ansettelse i bemanningsbyrå kan bli brukt mer eller mindre strategisk for å komme i kontakt med potensielle nye arbeidsgivere, og gir slik en mulighet for å prøve ut potensielle arbeidsgivere. Gjennom å kutte ut mellomledet, som er bemanningsbyrået, kan sykepleierne etablere en direkte relasjon mellom seg som arbeidstaker og en ny arbeidsgiver. Selv om det kan bety lavere lønn per time, gir det fordeler som mer arbeid totalt og direkte kommunikasjon. Det bidrar derfor til mer stabil inntekt og forutsigbarhet, og i henhold til Clarks (2000) teori kan det igjen være med på å styrke og vedlikeholde grensen mellom det produktive og det reproduktive domenet. Informantenes bytte av arbeidsgiver fra byrå til direkte ansettelse er ikke derfor direkte opposisjonell motstand, men en omarbeidingsstrategi for å bedre egen situasjon.

Midlertidighet og aktørskap

Midlertidigheten i arbeidsrelasjonen legger føringer for aktørskap på flere måter. Det begrenser utøvelse av aktørskap på *arbeidsplassen*, og blir preget av handlinger av resiliens. Midlertidigheten i oppholdet gjør det lettere å holde ut dårlige arbeidsforhold, siden sykepleierne kan være mer selektive i valg av arbeidsplass i neste runde.

Coe og Jordhus-Lier (2011) legger mest vekt på omarbeiding og motstand knyttet til arbeideres aktørskap siden de er opptatt av aktørskap som endrer spillereglene mellom arbeid og kapital. Når sykepleierne bruker mobilitet *mellom* bemanningsbyråene (arbeidsgiverne) for å bedre dårlige lønns- og arbeidsvilkår, er dette en omarbeidingsstrategi. Kunnskap om arbeidsmarkedet som muliggjør dette, får de fra andre sykepleiere på de midlertidige

bostedene. Etterspørselen etter sykepleieferdigheter og bemanningsbyråers bruk av korte kontrakter muliggjør rask manøvrering i arbeidsmarkedet.

I motsetning til Katz (2004) som legger vekt på at grunnlaget for sterkere responser ofte blir dannet på bakgrunn av handlinger av resiliens og omarbeiding, så finner ikke jeg dette potensialet i min studie. Sykepleierne bruker sin individuelle mobilitet til å flytte seg bort fra dårlige arbeidsforhold på arbeidsplassen eller dårlige lønns- og arbeidsvilkår hos arbeidsgiveren. Sykepleiernes individualiserte strategier begrenser dermed muligheten til å inngå i kollektive handlinger som direkte utfordrer de urettmessige forholdene de erfarer. Hva sykepleierne som korttidsarbeidsmigranter ønsker å oppnå ved arbeid i Norge, som å få bedre lønn og bedre balanse mellom arbeid og livet ellers, er knyttet til deres liv i Sverige og begrenser deres interesse for institusjonelle endringer i det norske arbeidsmarkedet. Sykepleiernes handlinger er ikke bevisst rettet mot å skape synlige endringer i kapitalismens geografiske manifestasjon som Herod (1997) vektlegger, men deres aktørskap i form av arbeidsmigrasjon påvirker sykepleiermangelen svensk helsesektor opplever, og det viser hvordan arbeideres individuelle handlinger på mikronivå også skaper større ringvirkninger på økonomien (Carswell & De Neve 2013).

7.2 Implikasjoner for videre forskning

Det spesielle med sykepleierne er at etterspørselen etter deres ferdigheter gjør dem til en sterk gruppe, og det kan sådan sies at de tilhører den øvre gruppen i bemanningsbyrå-arbeidsmarkedet, som har mer makt til å bestemme når, til hvem og til hvilken pris de skal selge sin arbeidskraft. Men bildet er riktignok mer komplekst. Studiet viser at til tross for å være en sterk gruppe, er sykepleierne sårbare både i møte med fleksibiliteten bemanningsbyråarbeidet krever og på arbeidsplassen som innleid sykepleier. Tilsvarende problemer ser i følge mine intervjuer ikke ut til å oppstå når de er direkte midlertidig ansatt. Selv om sykepleiernes erfaringer, handlinger og hva de evner å oppnå er kontekstuellet betinget, bidrar studiet med interessant kunnskap om at en tilsynelatende sterk gruppe også erfarer problemer knyttet til den triangulære arbeidsrelasjonen de inngår i, spesielt på arbeidsplassen hvor de blir utplassert. Det er viktig å gå dypere inn i denne kompleksiteten, særlig med tanke på «sterke» yrkesgruppers posisjon i triangulære ansettelsesforhold.

Litteraturliste

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Sermeus, W. (2013): Nurses' report of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 143-153.

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., et al. (2014): Nursing staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830.

Alsterdal, L. (2003): Den kloka handlingens lön, i *Förnyelse på svenska arbetsplatser – balansakter ock utvecklingsdynamik*. Wilhelmson, L. (red). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

NAV (2015): *NAVs bedriftsundersøkelse 2015*. Notat 1, Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet

Anell, A., Gerdtham, U.-G. (2010): *Vårdens utmaningar*. SNS välfärdsrapport. Stockholm: SNS Förlag.

Anell, A., Glengård, A.H., Merkur, S. (2012): *Sweden: Health system review*. Health Systems in Transition, 14(5).

Arbeidstilsynet (2013): *Orientering om Innleie av arbeidskraft. Orientering*. Utgitt juni 2001, oppdatert og revidert mars 2013. Trondheim: Direktoratet for arbeidstilsynet

Benner, C., Brownstein, B., Dresser, L., Leete, L. (2001): *Staircases and Treadmills: Labor Market Intermediaries and Career Mobility*. Industrial relations research association. IRRA 53RD ANNUAL PROCEEDINGS: 34-47.

Benner, C., Leete, L., Pastor, M. (2007): *Staircases or Treadmills: Labour Marked Intermediaries and Economic Opportunity in a Changing Economy*. New York: Sage.

Berge, Ø.M., Falkum, E., Trygstad, S.C., Ødegård, A.M. (2011): *Skaff oss dem vi trenger: Om arbeidskraftstrategier og forebygging av sosial dumping i helse og omsorg*. Fafo-rapport 20. Oslo: Fafo.

Berntsen, L.E. (2015): *Agency of Labour in a Flexible Pan-European Labour Market: A Qualitative Study of Migrant Practices and Trade Union Strategies in the Netherlands*. PhD thesis. Groningen: University of Groningen Press.

Blomgren, M. (2003): Ordering a profession: Swedish nurses encounter new public management reforms. *Financial Accountability & Management*, 19(1), 0267-4424.

- Brenner, N., Theodore, N. (2002): Cities and the Geographies of “Actually Existing Neoliberalism”. *Antipode*, 34(3). 349–379.
- Calmfors, L., K. Richardson (2004): *Marknadskrafterna och lönebildningen i landsting och regioner*. Rapport 2004:9, Uppsala: IFAU.
- Carswell, G., De Neve, G. (2013): Labouring for global markets: Conceptualising labour agency in global production networks. *Geoforum*, 44. 62-70.
- Castree, N., Coe, N.M., Ward, K., Samers, M. (2004): *Spaces of Work: Global Capitalism and the Geographies of Labour*. London: Sage.
- Castree, N. (2007): Labour geography: a work in progress. *International Journal of Urban and Regional Research*, 31, 853-62.
- Christensen, T., Lægreid, P. (2001): New Public Management – The effects of contractualism and devolution on political control. *Public Management Review*, 3(1), 73-94.
- Clark, S.C. (2000): Work/family border theory: a new theory of work/family balance. *Human Relations*, 53(6), 747-770.
- Cloke, P., Cook, I., Crang, P., Goodwin, M., Painter, J., Philo, C. (2004): *Practicing Human Geography*. London: Sage
- Coe, N.M., Johns, J., Ward, K. (2007): Mapping the Globalization of the Temporary Staffing Industry. *The Professional Geographer*, 59(4), 503-520.
- Coe, N.M., Johns, J., Ward, K. (2010): The business of temporary staffing: a developing research agenda. *Geography Compass*, 4(8). 1055-1068.
- Coe, N.M., Jordhus-Lier, D. C. (2011): Constrained agency? Re-evaluation the geographies of labour. *Progress in Human Geography*, 35(2). 211-233.
- Cowin, L., Jacobsson, D. (2003): The nursing shortage: part way down the slippery slope. *Collegian*, 10(3). 31-35.
- Cumbers, A., Helms, G., Swanson, K. (2010): Class, Agency and Resistance in the Old Industrial City. *Antipode*, 42(1). 46-73.
- Dahle, R., Østby, M.M. (2007): *Medisinske vikarbyråer: En sikkerhetsventil i et sårbart system?* NOVA rapport 4(07). Oslo: Nova.

Dahle, R., Skogheim, G. (2008): Free riders in a fluid system: gender traps in agency nursing in Norway. I: Kuhlmann, E., Saks, M. (red.) *Rethinking professional governance: International directions in healthcare*. Bristol: The Policy Press

Dalen, D.M., Grytten, J., Sørensen, R.J. (2002): *Mer penger eller mer for pengene? Organisering og finansiering av norske sykehus*. Forskningsrapport 16/2002. Sandvika: Handelshøyskolen BI.

Diderichsen, F. (1995): Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden. *Health Policy*, 32. 141-153.

Dølvik, J.E. (2007): *The Nordic regimes of labour market governance: From crisis to success-story?* Fafo-rapport 2007:07. Oslo: Fafo.

Ellingsæter, A.L. (2009): *Vår tids moderne tider*. Oslo: Universitetsforlaget.

Elvander, N. (2002): The Labour Market Regimes in the Nordic Countries: A Comparative Analysis. *Scandinavian Political Studies*, 25(2). 117-137.

Enright, B. (2013): *Market makers or marginal players: the role of temporary staffing agencies in the local labour market*. Doktorgradsavhandling ved School of Geography, Earth and Environment, University of Birmingham.

Gardulf, A., Söderström, IL., Orton, ML., Eriksson, L.E., Arnetz, B., Nordström, G. (2005): Why do nurses at a university hospital want to quit their jobs? *Journal of Nursing Management*, 13. 329-337.

Garsten, C. (1999): Betwixt and Between: Temporary Employees as Liminal Subjects in Flexible Organizations. *Organizational Studies*, 20(4). 601-617.

Granqvist, L., Regné, H. (2008): Decentralized Wage Formation in Sweden. *British Journal of Industrial Relations*, 46(3). 500-520.

Green-Pedersen, C. (2002): New Public Management Reforms of the Danish and Swedish Welfare States: The role of Social Democratic Responses. Governance. *An International Journal of Policy, Administration, and Institutions*, 15(2). 271-294.

Grimshaw, D., Jaehrling, K., van der Meer, M., Méhaut, P., Shimron, N. (2007): Convergent and divergent country trends in coordinated wage setting and collective bargaining in the public hospitals sector. *Industrial Relations Journal*, 38(6). 591-613.

Grzywacz, J.G., Frone, M.R., Brewer, C.S., Kovner, C.T. (2006): Quantifying Work-Family Conflict Among Registered Nurses. *Research in Nursing & Health*, 29. 414-426.

Harrison, M.I., Calltorp, J. (2000): The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care. *Health Policy*, 50. 219-240.

SSB (2001): *Utenlandske leger og sykepleiere i Norge*. Rapporter 2001/30. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

Hay, I. (ed.) (2010): *Qualitative research methods in Human Geography*. 3.utg. Canada: Oxford University Press.

Herod, A. (1997): From a geography of labor to a labor geography. *Antipode*, 29(1). 1-21.

Herod, A. (2001): *Labor geographies. Workers and landscapes of capitalism*. New York: The Guildford Press.

Hertting, A. (2003): *The Health Care Sector: A Challenging or Draining Work Environment – Psychosocial Work Experiences and Health among Hospital Employees during the Swedish 1990s*. Doktorgradsavhandling ved Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet, Stockholm

Hertting, A., Nilsson, K., Theorell, T., Larsson, U.S. (2004): Downsizing and reorganization: demands, challenges and ambiguity for registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 45(2). 145-154.

Hirschman, A.O. (1970): *Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States*. Cambridge, MA: Harvard University Press

Hood, C. (1991): A public management for all seasons? *Public Administration*, 69. 3-19.

HÖK (2012): *HÖK 11-Forhandlingsprotokoll. Huvudöverenskommelse mellom Sveriges Kommuner och Landsting, Arbetsgivarförbundet Pacta, Vårdförbundet og Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund* URL: <http://skl.se/download/18.68e4adfe147afac12a44a30b/1408694933881/HÖK+11+i+lydelse+120501+Vårdförbundet+och+LSR+Tryckorg+120821.pdf> Sist besøkt: juli 2015

Iversen, T. (2012): *Rapport om problemer i helsesektorene i Norden*. HERO: skriftserie 2012:1, Universitetet i Oslo.

James, A., Vira, B. (2012): Labour geographies of India's new service economy. *Journal of Economic Geography*, 12. 841-875.

Jordhus-Lier, D. C. (2012): Public Sector Labour Geographies and the Contradictions of State Employment. *Geography Compass*, 6(7). 423-438.

Jordhus-Lier, D.C. (2012): The geographies of community-oriented unionism: scales, targets, sites and domains of union renewal in South Africa and beyond. *Transactions of the Institute of British Geographer*, 38. 36–49.

Kalleberg, A.L. (2000): Nonstandard Employment Relations: Part-time, Temporary and Contract Work. *Annual Review of Sociology*, 26. 341-65.

Kalleberg, A.L. (2001): Organizing Flexibility: The Flexible Firm in a New Century. *British Journal of Industrial relations*, 39(4), 479-504.

Kalleberg, A.L. (2003): Flexible Firms and Labor Market Segmentation: Effects of Workplace Restructuring on Jobs and Workers. *Work and Occupations*, 30. 154-175.

Katz, C. (2004): *Growing up global: economic restructuring and children's everyday lives*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Kennergren, C., Molin, E. (2010): *The shortage of specialist nurses in Sweden*. Bacheloroppgave ved Handelshögskolan i Stockholm.

Kiil, M.B, Knutsen, H.M. (2015): Agency by exit: Swedish nurses and the “Not below 24000”-movement. *Fourth Global Conference on Economic Geography*, 19.-23. august 2015. University of Oxford.

Kingma, M. (2006): *Nurses on the Move: Migration and the Global Health Care Economy*. USA: Cornell University Press

Kjekshus, L.E. (2003): Når sykehus blir butikk – effekter på styring, profesjoner og brukere. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 19. 444–459.

Kline, D.S. (2003): Push and Pull Factors in International Nurse Migration. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2). 107-111.

Kvale, S., Brinkmann, S. (2009): *Det Kvalitative Forskningsintervju*. 2.utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Kvamme, E.M. (2007): Vikarsykepleiere i sykehus, belastning eller avlastning? Sykepleien forskning, 01(07). 28-33.

Leineweber, C., Chungkham, H.S., Westerlund, H., Tishelman, C., Lindqvist, R. (2014): Hospital organizational factors influence work-family conflict in registered nurses: Multilevel modeling of a nation-wide cross-sectional survey in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*, 51. 744-751.

- Lian, O.S. (2007): *Når helse blir en vare: Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Lindqvist, R., Alenius, L.S., Runesdotter, S., Ensio, A., Jylhä, V. et al (2014): Organization of nursing care in three Nordic countries: relationships between nurses' workload, level of involvement in direct patient care, job satisfaction, and intention to leave. *BMC Nursing*, 13(27). Tilgjengelig fra: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6955-13-27>. [Lest 10.07.2015]
- Lund-Thomsen, P. (2013): Labor agency in the football manufacturing industry of Saikot, Pakistan. *Geoforum*, 44. 71-81.
- Långa Namnet (2010): *Nordisk arbetsmaknad for helsepersonell*. Årsrapport 2010. Nordisk Ministerråds arbeidsgruppe Lange Navnet.
- Mann, C., Stewart, F. (2000): *Internet Communication and Qualitative Research*. London: Sage
- Mellgren, F. (2015): *Krislarm på flera sjukhus*. SvD Nyheter 28.01.2015, oppdatert 11.02.2015. URL: http://www.svd.se/nyheter/inrikes/krislarm-pa-flera-sjukhus_4290369.svd [Lest: 12.02.2015]
- Mountz, A. (2009): "Ch. 14: Globalization", i Gallaher et al (red.). *Key concepts in political geography*. London: Sage.
- Nergaard, K., Nicolaisen, H. (2002): Utleie av arbeidskraft: Omfang og utvikling. Fafo-notat 17/2002. Oslo: Fafo
- Nergaard, K., Nesheim, T., Alsos, K., Berge, Ø.M., Trygstad, S.C., Ødegård, A.M. (2011): *Utleie av arbeidskraft 2011*. Fafo-rapport 2011/33. Oslo: Fafo
- Nesheim, T., Rørvik, R. (2011): *Organisering av transaksjoner mellom bemanningsbedrifter og kunder*. SNF-rapport nr.02/11. Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning AS
- Nordin, H. (2014): *Varför höjs inte sköterskelönerna?* Aftonbladet, 24.04.2014. URL: <http://www.aftonbladet.se/debatt/article18771959.ab> [Lest: 05.11.2014]
- Novick, G. (2008): Is There a Bias Against Telephone Interviews in Qualitative Research? *Research in Nursing & Health*, 31. 391-398.
- OECD (2015): *In It Together: Why Less Inequality Benefits All*. Paris: OECD Publishing. URL: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264235120-en> [Lest: 06.06.2015]

- Opdenakker, R. (2006): Advantages and Disadvantages of Four Interview Techniques in Qualitative Research. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, [S.l.], 7(4).
Tilgjengelig fra URL: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/175/392>
[Lastet opp 05.01.2014]
- Palme, J., Bergmark, Å., Bäckman, O., Estrada, F., Fritzell, J., et al (2002): Welfare trends in Sweden: balancing the books for the 1990s. *Journal of European Social Policy*, 1(12). 329-346.
- Peck, J., Theodore, N., Ward, K. (2005): Constructing markets for temporary labour: employment liberalization and the internationalization of the staffing industry. *Global Networks* 5(1). 3-26.
- Pereira, S. (2014): *Migrant workers and labour agency. Social actors or submissive players?* IMI Working Papers series, No. 99.
- Ragin, C. C., Amoroso, L. M. (2011): *Constructing Social Research*. 2. utg. Los Angeles: Sage.
- Riise, S., Larsen, T-H. (2009): *Bruken av innleide vikarer i norske sykehus: Hva er driverne bak etterspørselen etter innleide vikarer i norske sykehus, hvordan fortoner bruken seg, og er kostnadene høyere enn nytten ved slik bruk?* Masteroppgave i Økonomisk Styring, Norges Handelshøyskole.
- Ringard, Å., Sagan, A., Saunes, I.S, Lindahl, A.K. (2013): Norway: Health system review. *Health Systems in Transition*, 15(8).
- Sturges, J.E., Hanrahan, K.J. (2004): Comparing telephone and face-to-face qualitative interviewing: a research note. *Qualitative Research*, 4(1). 107-118.
- Rogaly, B. (2009): Spaces of work and everyday life: labour geographies and the agency of unorganised temporary migrant workers. *Geography Compass*, 3(6). 1975-87.
- Ruyter, A., Kirkpatrick I., Hoque K., Lonsdale C., Malan J. (2008): Agency working and the degradation of public service employment: The case of nurses and social workers. *The International Journal of Human Resource Management*, 19(3). 432-445.
- Ryman, A. (2007). *Från strid till strategi: om Vårdförbundets väg till lön för mödan*. Stockholm: Premiss.
- SCB (2012): *Trender och Prognoser 2011: befolkningen utbildningen arbetsmarknaden med sikte på år 2030*. Korrigert versjon nov.2012, Stockholm: Statistiska centralbyrån.

- Silver, B. (2003): *Forces of labor: Workers' Movements and Globalization since 1870*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Simoens S., Villeneuve M., Hurst J. (2005): Tackling Nurse Shortages in OECD Countries. *OECD Health Working Papers*, 19, OECD Publishing.
- Simpson, D. (2011): *Salads, Sweat and Status: Migrant Workers in UK Horticulture*. Doktorgradsavhandling i Migration Studies, University of Sussex.
- Sjögren, K., Fochsen, G., Josephson, M., Lagerström, M. (2005): Reasons for leaving nursing care and improvements for considering a return: a study among Swedish nursing personnel. *International Journal of Nursing Studies*, 42. 751-758.
- Skjælaaen, C.J. (2010): *Innleie av sykepleiere i sykehus: Fra nødløsning til akseptert vikorpraksis*. Doktorgradsavhandling ved sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen.
- Socialdepartementet (2013): *En nasjonell samordnare for effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*. Kommitedirektiv, Dir: 2013:104.
- Socialstyrelsen (2015): *Nationella planeringsstödet 2015: Tilgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård*. Sveriges officiella statistik.
- Solberg, T. (2014): *Ber svenskene reise hjem fra Norge*. URL: <http://e24.no/jobb/ber-svenskene-reise-hjem-fra-norge/22766164> [Lest: 04.07.2015]
- Sportel, T. (2013): Agency within a socially regulated labour market: A study of "unorganized" agricultural labour in Kerala. *Geoforum*, 47. 42-52.
- Thagaard, T. (2009): *Systematikk og Innlevelse - en innføring i kvalitativ metode*. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Theodore, N., Peck, J. (2002): The temporary staffing industry: growth imperatives and limits to Contingency. *Economic Geography*, 78. 463-94.
- Tiilikka, T., Palukka, H. (2009): Agency workers in the Finnish health care – flexibility and freedom at work? *Mid-term Conference of NCoE Welfare REASSES 'Reassessing the Nordic Welfare Model'*. 18-20.mai 2009, Oslo.
- Underhill, E. (2005): Winners or losers? Work/Life balance and temporary agency workers. *Labour & Industry*, 16(2). 29-59.
- Vårdförbundet (2013): *Lönsamt Inför lönesamtalet*. Stockholm: Vårdförbundet.

Vårdförbundet (2013): *Verksamhetsberättelse inklusive årsredovisning*. Stockholm: Vårdförbundet.

Wallerstein, M., Golden, M. (1997): The Fragmentation of the Bargaining Society: Wage setting in the Nordic Countries, 1950 to 1992. *Comparative Political Studies*, 30(6). 699-731.

Warren, A. (2014): Working culture: the agency and employment experiences of nonunionized workers in the surfboard industry. *Environment and Planning A*, 4. 2300-2316.

Webster, E., Lambert, R, Bezuidenhout, A. (2008): *Grounding globalization: labour in the age of insecurity*. Malden, MA: Blackwell.

Wright, E. O. (2000): Working-Class Power, Capitalist-Class Interests, and Class Compromise. *American Journal of Sociology*, 105(44). 957-1002.

Vedlegg 1: Oversikt over informanter

Informanter med erfaring fra bemanningsbyråarbeid på norske sykehus

Sykepleier 7 er en kvinne i 60-årene, og spesialsykepleier i intensivt, operasjon og anestesi. Hun begynte å arbeide sporadisk i Norge i 1988. I 2003 begynte hun å jobbe i vikarbyrå før hun fikk direkte midlertidig ansettelse ved et universitetssykehus. Hun jobber også som direkte vikar i Sverige, og er fortsatt registrert i et bemanningsbyrå.

Periodevis

Sykepleier 9 er en kvinne i 20-årene med spesialisering i anestesi. Hun begynte å jobbe i et bemanningsbyrå i 2011, og jobbet i Norge i ferier i to år før hun fikk direkte midlertidig ansettelse ved et norsk sykehus.

Sykepleier 10 er en kvinne i 40-årene som er radiograf og distriktsykepleier. Hun har fast fulltidsjobb i Sverige, men har jobbet ekstra i bemanningsbyrå siden 2010. Sist gang hun jobbet i Norge var det direkte for en kommune.

Sykepleier 11 er en kvinne i 50-årene som distriktsykepleier og har en 40% fast stilling i Sverige. Hun jobber ekstra i bemanningsbyrå både i Norge og Sverige, og begynte å ta bemanningsbyråarbeid i Norge i 2013.

Sykepleier 13 er en kvinne i 50-årene med og har fast fulltidsjobb i Sverige, men jobbet i bemanningsbyråer som ferievikar i perioden 2006-2008.

Sykepleier 15 er en kvinnelig sykepleier i 30-årene med spesialisering i anestesi. Hun har fast fulltidsjobb i Sverige. Hun jobbet i bemanningsbyrå i 2011-2012. Siden 2013 har hun vært direkte midlertidig ansatt ved et norsk sykehus og jobber der som ferievikar.

Sykepleier 17 er en mann i 40-årene og begynte å jobbe i et vikarbyrå i 2006 og siden direkte ansatt i Norge fra 2007-2010. Han jobber nå kun i Sverige.

Sykepleier 19 er en kvinnelig operasjonssykepleier i 50-årene, som sa opp sin faste fulltidsjobb i Sverige for 12 år siden, og har freelancet siden både i Norge og i Sverige.

Informanter med erfaring fra bemanningsbyråarbeid fra norske kommuner

Sykepleier 4 er en kvinnelig sykepleier i 50-årene. Spesialsykepleier i medisin og kirurgi og har en fast fulltidsstilling i Sverige. Hun har jobbet ekstra i bemanningsbyrå siden 2014.

Sykepleier 5 er en kvinne i 40-årene som begynte å jobbe i bemanningsbyrå i 2009, og har siden 2011 jobbet direkte ved et norsk sykehus i 60% stilling og tar ekstra byråoppdrag ved siden av.

Sykepleier 12 er en mann i 30-årene, og er distriktsykepleier. Han jobbet i bemanningsbyrå og direkte for en kommune, før han fikk direkte ansettelse som vikar ved et norsk sykehus.

Sykepleier 20 er en mann i 20-årene som jobbet i vikarbyrå i 2013, før han fikk direkte ansettelse ved et norsk sykehus i 2014 og bor nå i Norge.

Informanter med erfaring fra direkte midlertidig ansettelse i Norge, og uten erfaring fra bemanningsbyråarbeid i Norge

Sykepleier 6 er en kvinne i 40-årene som er intensivsykepleier. Har siden 2013 vært direkte midlertidig ansatt både på et norsk og et svensk sykehus.

Sykepleier 8 er en kvinne i 20-årene som har hatt en 75% fast stilling i hjemmesykepleien i Norge siden 2010. Jobber midlertidig direkte i Sverige.

Sykepleier 14 er en kvinne i 20-årene som jobbet var direkte midlertidig ansatt ved et norsk sykehus i 2013, men siden har hun jobbet i en svensk kommune.

Sykepleier 16 er en kvinne i 30-årene som begynte å jobbe direkte for en norsk kommune i 2013 og flyttet hit.

Sykepleier 18 er en kvinne i 20-årene, som jobber direkte ved et norsk sykehus.

Vedlegg 2: Intervjuguide

Bakgrunnsinformasjon

Mann/Kvinne

Ferdig utdannet som sykepleier når?

Autorisert sykepleier?

Hjelpepleier?

Spesialkompetanse?

Aldersgruppe: 20-årene, 30-årene, 40 årene, 50 og eldre..

Jobbstatus i Sverige (ansatt i Sverige, full jobb, deltid, fast jobb, jobber som hva)?

«Nåtiden»

1. Fortell kort om hva slags type helseinstitusjon du jobber i her i Norge nå, hva slags type jobb (stilling: dvs: sykepleier, annet) du har, hvordan du har fått denne jobben og hva som har brakt deg til Norge?
2. Er du ansatt gjennom bemanningsbyrå nå, hvorfor har du valgt å skaffe deg arbeid i Norge på denne måten?
3. Jobber du for mer enn et bemanningsbyrå nå mens du er i Norge, i så fall hvor mange og hvorfor? Kan du i tillegg ansettes direkte av helseinstitusjonene eller legges det begrensninger på det?
4. Hender det at bemanningsbyrået flytter deg rundt til ulike arbeidsplasser? Hvor lenge er du vanligvis på hver arbeidsplass?
5. Hvis du har vært i Norge for å arbeide på helseinstitusjon før, hvor lenge er du vanligvis i Norge om gangen? Og hvor lenge skal du være her nå. Hva slags avtale har du med bemanningsbyrået (byråene) om lengden på oppholdet?
6. Ansettelsesperioden i: i) bemanningsbyrået, og ii) arbeidsplassen, iii) innebærer avtalen med bemanningsbyrået at du flyttes til ulike arbeidsplasser i tidsperioden du er her?
7. Ansettelsesforhold: fulltid, deltid (hva innebærer deltid, prosent og/eller andre opplysninger), ringehjelp?
8. Hva slags skiftordning har du? Skiller den seg vesentlig fra hva de direkteansatte sykepleierne har og i så fall hvordan? Hva synes du om skiftordningen din? Blir det for mye eller for lite arbeid?

9. Hvordan ordner du deg med bolig mens du arbeider i Norge? (hvem sørger for at du får bolig: gjennom bemanningsbyrå, gjennom arbeidsplass, på egen hånd, trekkes av lønn...)
10. Hvordan kombinerer du arbeid her med jobb /familie/hverdagsliv i Sverige?
11. Hva er etter din erfaring de største forskjellene mellom å jobbe i helsesektoren i Sverige og Norge?
12. Hvor relevante er arbeidsoppgavene du får i forhold til utdanningen din /spesialiseringen din?
13. Hvem bestemmer hvor mye du KAN arbeide mens du er i Norge, og hvor mye du MÅ arbeide (for eksempel per uke)?
14. Synes du at du får nok arbeid mens du oppholder deg i Norge?
15. Hvis du synes du får for lite eller for mye arbeid mens du oppholder deg i Norge, hvordan håndterer du det?

Arbeidsmigrasjonshistorie

1. Har du arbeidet i Norge før, i så fall med hva?
2. Når begynte du første gang å jobbe i den norske helsesektoren og hvorfor?
3. Hvor mange ganger har du reist til Norge for å arbeide på helseinstitusjon?
4. Hvis relevant: hvorfor kommer du tilbake for å arbeide i Norge?
5. Hva slags type institusjoner og hva slags type(r) jobb har du hatt?
6. Hvordan fikk du jobbene (gjennom bemanningsbyrå eller på annen måte)?
7. Hvis du har fått jobb på forskjellige måter (for eksempel bemanningsbyrå, på egen hånd, søkt direkte, gjennom bekjente): hvordan og hvorfor?
8. Har du jobbet for forskjellige bemanningsbyråer – hvorfor?
9. Hvor lenge (hvor mange år fremover) ser du for deg å arbeide i Norge på midlertidig basis (reise frem og tilbake mellom Norge og Sverige)?

Erfaringer med bemanningsbyråene og arbeidsplassene i Norge

1. Hva er bra med å jobbe gjennom bemanningsbyrå?
2. Hva er ulempene med å jobbe gjennom bemanningsbyrå?
3. Ut fra generell kunnskap om bemanningsbyråer i din sektor: hvordan vil du karakterisere et bemanningsbyrå som er godt å jobbe for?
4. Ut fra generell kunnskap om bemanningsbyråer i din sektor: hvordan vil du karakterisere et bemanningsbyrå som ikke er godt å jobbe for?
5. Hvilke bemanningsbyråer oppfattes som best og vanskeligst å jobbe for?

6. Hva skiller de ulike bemanningsbyråene DU har jobbet for mht:
- i) kontraktmessige forhold (tidsavgrensning og fulltid/deltid)?
 - ii) materielle forhold (lønn og andre goder)?
 - iii) arbeidsforhold/arbeidsmiljø (arbeidsoppgaver, tempo, overtid, arbeidsmiljø ellers / beinformanten vær mest mulig konkret)?
7. Har det noen betydning for deg hvorvidt det betales norske eller svenske sosiale avgifter (jfr. E101-debatten)?
8. Hva betyr mest for totalerfaringen ved å arbeide i Norge, bemanningsbyrået du arbeider igjennom eller lokale forhold på selve arbeidsplassen?
9. Hvordan oppleves det å være bemanningsbyråansatt på en arbeidsplass i helsesektoren (presiser hvor i helsesektoren, - sykehus og evt. annet): relasjoner til fast ansatte/direkte ansatte, ledelsen på arbeidsplassen, fordeling av arbeidsoppgaver, arbeidsmengde, arbeidstid, få med sosiale relasjoner og sosialt samkvem, annet?
10. Har du erfart forskjeller i lover og reguleringer i norsk og svensk arbeidsliv som på positiv eller negativ måte berører arbeidssituasjonen din i Norge?
11. Hvordan håndterer du ulemper eller andre negative aspekter som angår arbeidssituasjonen din i Norge. Gjerne konkrete eksempler. Hvorfor håndterer du det slik- er det noen spesielle grunner til at du griper det an på denne måten?
12. Hvis en svensk venn og kollega skulle vurdere å søke jobb i Norge gjennom bemanningsbyrå, hvilke råd ville du gi?

Interesseorganisasjoner og fagorganisering

1. Har du kontakt med ulike interesseorganisasjoner i Sverige eller Norge forbindelse med arbeidet ditt i Norge: Hvem/ Hvorfor/ Erfaringer med dette?
2. Er du fagorganisert i Sverige, i så fall i hvilken org. Begrunnelse for ja/nei?
3. Betyr fagorganisering i Sverige noe for arbeidet ditt i Norge (får dere hjelp hjemmefra om nødvendig, er det noe samarbeid mellom fagforeninger i Sverige og Norge)?
4. Har du hatt kontakt med norsk fagbevegelse / NSF? Hvorfor og hvilke erfaringer har du med dette?

Tilleggsspørsmål

Hvordan fungerer lønnsettingssystemet i praksis?

Spiller sosiale medier en rolle i informasjonsdeling om jobber og lønn?

Hvordan opplæring får du når du jobber for bemanningsbyrå?

Er det forskjell i personalsammensetningen og/eller hvordan det arbeides sammen ved svenske kontra norske sykehus? Er det forskjeller i arbeidsmåte?

Har inte under 24 hatt noe effekt på lønnsnivået i ditt hjemområdet?

Hvor fikk du informasjon om de forskjellige byråene? Hva var forskjellen mellom de?

Hvorfor valgte du å dra til?

Er det noe vi ikke har berørt i intervjuet som du ønsker at vi skal snakke om?

