

Tove Midtsundstad og
Roy A. Nielsen

Seniorer i sykehussektoren

Hvordan beholde seniorene
og deres kompetanse

Tove Midtsundstad og Roy A. Nielsen

Seniorer i sykehussektoren

Hvordan beholde seniorene
og deres kompetanse

Fafo-rapport 2022:18

© Fafo 2022

Fafo-rapport 2022:18
ISBN 978-82-324-0651-7
ISSN 2387-6859

Innhold

Forord	5
Sammendrag	6
1 Innledning	13
1.1 Rammevilkår for sykehusene	14
1.2 Data og metode.....	14
1.3 Gangen i rapporten	16
2 Sysselsatte i sykehussektoren	17
2.1 Datagrunnlag og avgrensning	17
2.2 Andelen seniorer på sykehusene.....	18
2.3 Hvem forlater sykehusene?	20
2.4 Oppsummering	23
3 Veier ut av sykehusjobben	25
3.1 Frafallet	25
3.2 Å jobbe et annet sted for en stund eller søke på en jobb utenfor sykehus	28
3.3 Oppsummering	29
4 Begrunnelser for å søke seg til annet arbeid	31
4.1 Begrunnelse for å søke annet arbeid.....	31
4.2 Hva mener jobbsøkerne bidrar til stress og dårlig arbeidsmiljø?	33
4.3 Oppsummering	35
5 Begrunnelser for å tidligpensjonere seg	37
5.1 Hvorfor gå av som 62-åring?	37
5.2 Begrunnelser for å gå av som 65-åring eller eldre	41
5.3 Forskjeller mellom yrkesgrupper	43
5.4 Koronasituasjonens betydning for avgangen	46
5.5 Oppsummering	48
6 Arbeidstid, arbeidstidsordning og bemanning	49
6.1 Arbeidstidsordning.....	49
6.2 Arbeidstid	50
6.3 Bemanning	52
6.4 Pauser	53
6.5 Oppsummering	54
7 Vurdering av eget arbeidsmiljø og arbeidsforhold	56
7.1 Vurderingen hos de som fortsatt jobber på sykehus	56
7.2 Forskjellen mellom de som sluttet og de som fortsatt jobber på sykehus	57
7.3 Forskjellen mellom pensjonistene og de som fortsatt jobber på sykehus	59
7.4 Forskjellen mellom sykepleier og hjelpepleiere/helsefagarbeidere	61
7.5 Oppsummering	65
8 Analyser av jobbskifte og tidligpensjonering	68
8.1 Hva kjennetegner de som slutter?.....	68
8.2 Kjennetegn ved de som bytter til jobb utenfor sykehus	69
8.3 Kjennetegn ved tidligpensjonistene.....	70
8.4 Oppsummering	70

9 Videreutdanning og kompetanseutvikling	71
9.1 Spesialisering og videreutdanning	71
9.2 Tilbud om og deltakelse i kompetanseutvikling	72
9.3 Begrunnelser for å delta	73
9.4 Begrunnelser for å ikke delta	74
9.5 Teknologiske endringer og kompetanseutvikling	75
9.6 Oppsummering	79
10 Tilrettelegging og tiltak i arbeidsplassregi	81
10.1 Tilrettelegging ved sykdom	81
10.2 Tiltak for å lette fysiske belastninger	82
10.3 Seniortiltak	83
10.4 Oppsummering	87
11 Hvordan kan frafall og tidligpensjonering forhindres?	88
11.1 Hva kan få flere til å utsette avgangen?	88
11.2 Oppsummering	91
12 Sammenfatning og drøfting	92
12.1 Sysselsetting og frafall	92
12.2 Årsaker til tidligpensjonering	93
12.3 Årsaker til ønske om jobb-bytte	94
12.4 Hva kan bidra til at flere vil og kan jobbe lenger	94
Litteraturliste	99
Vedlegg 1 Utvalg, frafall og representativitet	101
Vedlegg 2 De multivariate analysene	103
Vedlegg 3 Seniorer i pleieyrkene	106

Forord

Formålet med dette prosjektet har vært å frambringe ny kunnskap om hvorfor seniorer slutter i sykehusjobben, og hva som eventuelt skal til for at flere kan, og vil, fortsette. Prosjektet er gjennomført etter initiativ fra Senter for seniorpolitikk og finansiert av dem, Spekter, Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet, samt Vestre Viken HF, Sørlandet sykehus HF og Kommunal landspensjonskasse.

Prosjektet er ledet av Tove Midtsundstad, og utført i samarbeid med Roy A. Nielsen. Nielsen har hatt ansvar for og skrevet kapittel 2, mens Midtsundstad har utført og analysert spørreundersøkelsen og skrevet de resterende kapitlene og sammendraget.

Vi takker oppdragsgivernes medlemmer i referansegruppa for gode spørsmål, kommentarer og innspill til nettskjema og rapportutkast samt Fagforbundets og Norsk Sykepleierforbunds IT-ansvarlige for trekking av utvalg fra sine medlemsregistre. En stor takk også til alle nåværende og tidligere sykehusansatte som tok seg tid til å besvare undersøkelsen. Jeg vil rette en særlig takk til kollega Ketil Bråthen på Fafø som har kodet og tilrettelagt nettundersøkelsen. En takk også til Anne Inga Hilsen, som har kvalitetssikret rapporten, og til informasjonsavdelingen for korrektur og ferdiggjøring av rapporten. Feil og mangler som likevel måtte forekomme, er forfatterens ansvar.

Oslo, 26. august 2022

Tove Midtsundstad,
prosjektleder

Roy A. Nielsen

Sammendrag

Formålet med studien er å bidra til et oppdatert faktagrunnlag om hvordan det er å være senior i sykehus for sykepleiere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere med pasientkontakt, og angi hva som kan være egnede tiltak for at flere kan, og vil, fortsette noen år til.

Data som analyseres for å besvare problemstillingene er hentet fra Statistisk sentralbyrås (SSB) registerbaserte sysselsettingsstatistikk microdata, og en nettundersøkelse blant Norsk Sykepleierforbunds og Fagforbundets medlemmer. Nettundersøkelsen ble gjennomført i november-desember 2021 blant drøyt 14 300 pleiere, hvorav 5450 deltok (svarprosent på 38 %). Alle de spurte jobbet på sykehus i 2015 og var født i 1954-1968. På intervju tidspunktet var de mellom 54 og 67 år gamle og enten pensjonert, uføre, på AAP eller fortsatt i arbeid på sykehus eller annet sted.

Resultatene

Én av tre i pleieyrkene er senior

Antallet ansatte i sykehusenes ulike pleieyrker økte fra om lag 37 000 i 2011 til 40 000 i 2019. I samme periode gikk andelen ansatte over 50 år ned - og utgjør nå snaut en tredjedel. 84 prosent av seniorer i pleieyrker på sykehus er sykepleiere, om lag 8 prosent er hjelpepleiere og helsefagarbeider og 8 prosent annet pleiepersonale. Det er flere seniorer blant kvinner enn menn og flere blant spesialsykepleiere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere enn øvrige pleieansatte.

Mange har spesialisering og videreutdanning

Nærmere 70 prosent av sykepleiere over 50 på sykehus har en spesialisering, og 10 prosent har en mastergrad, en master i kombinasjon med en spesialisering eller flere parallelle spesialiseringer. De fleste med spesialistutdanning er enten intensivsykepleiere, psykiatriske sykepleiere, operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere eller kreftsykepleiere. Blant hjelpepleiere og helsefagarbeidere har 25 prosent en videreutdanning, hvorav flest innen barsel og barnepleie eller psykisk helse.

Snaut 40 prosent har en deltidsstilling

Ifølge data fra SSB jobber snaut 40 prosent av seniorer i pleieyrkene redusert tid. Det er flest seniorer som jobber redusert blant hjelpepleiere og helsefagarbeidere uten videreutdanning og færrest blant sykepleiere.

Hovedgrunnen som oppgis for deltidsarbeid er helseproblemer, at de føler seg utslitt om de jobber mer, at arbeidet er for krevende til å jobbe fulltid og vaktbelastningen/turnusen. 10 prosent jobber også deltid fordi de ikke får tilbud om noe annet. Sistnevnte gjelder oftere hjelpepleiere og helsefagarbeidere enn sykepleiere.

25 prosent har valgt å jobbe deltid fordi de ønsker mer fritid. 15 prosent ønsker også den fleksibiliteten deltidsstilling gir til å ta ekstravakter når det passer. Det gjelder primært hjelpepleiere og helsefagarbeidere.

Snaut 7 prosent oppgir at de alltid har jobbet deltid. Andelen er høyest blant sykepleiere og blant hjelpepleiere og helsefagarbeidere uten videreutdanning. For noen er deltid en familietilpasning, og noe som gir mer tid sammen med pensjonert ektefelle eller samboer eller mer tid til å ta seg av pleietrengende i nær familie.

Drøyt 10 prosent jobber deltid fordi de er pensjonert eller uføre, og da ikke kan eller ønsker å jobbe mer. Dette kan omfatte en del pensjonister eller trygdede som har valgt å jobbe noe under koronapandemien, da pensjonert pleiepersonell ble særlig oppfordret til å bidra, og det kom en spesialordning som gjorde dette mer lønnsomt.

30 prosent har nattarbeid

Flere studier viser at nattarbeid øker faren for helseplager (Garde mfl., 2020), og sykehusansatte pleiere er blant de yrkesgruppene hvor mange jobber nattevakt. Det gjelder nærmere 30 prosent av seniorene, hvorav 25 prosentpoeng har tredelt turnus og 5 prosentpoeng kun jobber på natta.

38 prosent jobber kun på dagtid, 27 prosent todelt turnus (dag og kveld), mens 5 prosent har annen arbeidstidsordning. Arbeid på dagtid er mest vanlig blant spesialsykepleiere, hvor det gjelder snaut 40 prosent, og minst vanlig blant hjelpepleiere og helsefagarbeider med videreutdanning, hvor det gjelder rundt 15 prosent.

Vurdering av arbeidsmiljø og arbeidssituasjon

Godt over 90 prosent av de yrkesaktive seniorene i pleieyrkene opplever arbeidsoppgavene som interessante og givende. De mener det er godt samsvar mellom egen kompetanse og arbeidet de har ansvar for. Mer enn 80 prosent oppgir da også at de får den opplæringen og treningen de trenger. De aller fleste kommer også godt overens med, har regelmessig kontakt med og føler seg verdsatt av, nærmeste leder. Over 60 prosent føler også de har stor frihet i jobben.

Samtidig er det nærmere 70 prosent som synes arbeidet er psykisk krevende og over 50 prosent som finner arbeidet svært fysisk krevende. Over 80 prosent mener de har for mye å gjøre, og snaut 50 prosent at de sjelden får tid til å utføre arbeidsoppgavene slik de bør gjøres. 25 prosent hevder i tillegg at de ofte opplever situasjoner som grenser til det faglig uforsvarlige.

Når det gjelder andre arbeidsmiljøutfordringer, som utsatthet for vold og trusler, rapporterer 18 prosent at dette er et problem. Snaut 23 prosent mener at krevende pårørende, og drøyt 38 prosent at krevende pasienter, er en arbeidsmiljøbelastning.

Kjernen i arbeidsmiljøproblemet for de som fortsatt jobber på sykehus er derfor mengden arbeidsoppgaver og arbeidsbelastninger, ikke manglende lederkontakt, verdsetting, kompetanse og motivasjon.

Sykepleiere, hjelpepleiere og helsefagarbeider vurderer arbeidsmiljøet ganske likt. Det er likevel litt flere sykepleiere med spesialisering enn øvrige pleiere som mener de har interessante og givende arbeidsoppgaver, mens litt flere hjelpepleiere og helsefagarbeidere enn sykepleiere opplever å ha stor frihet i jobben og føler seg verdsatt av nærmeste leder. Samtidig er andelen som opplever arbeidet som fysisk tungt og at krevende pårørende kan være en belastning, høyere blant hjelpepleiere og helsefagarbeidere enn sykepleiere.

Sammenlignes jobbytteres og stayeres vurdering av arbeidsmiljøet er det forskjeller både når det gjelder ledelse, ledelseskontakt og arbeidsmengde. Færre av de som skiftet jobb enn de som valgte å bli har hatt regelmessig kontakt med nærmeste leder og færre har opplevd relasjonen som god. Flere av jobbytterne enn stayerne mente også at de hadde for mye å gjøre, og at de sjelden fikk tid til å utføre arbeidsoppgavene slik de mente de burde gjøres. De opplevde også å ha mindre frihet i jobben. 40 prosent mente at de ofte opplevde arbeidssituasjoner som grenset til det faglig uforsvarlige, mot 25 prosent blant stayerne.

Tilsvarende finner vi at de som fortsetter i jobb etter fylte 62 år oftere enn de som tidligpensjoneres, har god kontakt og en god relasjon med nærmeste leder og føler seg verdsatt. Det er også litt færre av de som fortsetter enn de som går av tidlig som synes arbeidet er fysisk og psykisk belastende, opplever at de har for mye å gjøre og at de sjelden får tid til å utføre arbeidet slik de mener det bør gjøres. Dobbelt så mange av tidligpensjonistene enn de som fortsetter, mener også at de ofte opplevde arbeidssituasjoner som grenset mot det faglig uforsvarlige.

Vurdering av bemanningssituasjonen

Ifølge de yrkesaktive seniorene i sykehusenes pleieyrker hender det ofte at det ikke er full bemanning på arbeidsplassen. Drøyt 24 prosent sier det skjer daglig og litt over 50 prosent at det skjer ukentlig. Spesialsykepleiere opplever dette oftest, og da spesielt operasjonssykepleiere, intensivsykepleiere og jordmødre, hvor en tredjedel sier det skjer hver dag.

Knapp bemanning, enten det skyldes for få ansatte, for mange gjøremål, høyt sykefravær eller problemer med å skaffe vikarer, fører gjerne til at de som er på jobb må rekke over mer. Arbeidsdagen kan da bli ekstra travel, og en kan føle at en ikke strekker til eller får utført alle oppgavene en er pålagt.

Lav bemanning i forhold til oppgaver kan også begrense den enkeltes mulighet til å ta matpause og få seg en pust i bakken mellom øktene. Drøyt 15 prosent oppgir at de ukentlig må droppe matpausa, og 6 prosent at det skjer på nesten hver vakt. 32 prosent av pleierne oppgir i tillegg at de ikke har anledning til å ta seg en liten puste-pause ved behov. Særlig gjelder det spesialsykepleiere og ansatte på avdelinger med døgndrift. Det er også en viss forskjell mellom helseregionene: pleiere i Helse Nord rapporterer noe oftere at de har en slik mulighet enn pleiere i Helse Sør-Øst.

Frafall fra sykehussektoren

Mellom 3 og 7 prosent av 50-61-åringene i pleieyrker forlater sykehusjobben hvert år ifølge registerdata fra SSB. Andelen har vært relativt stabil mellom 2011 og 2019, og er ikke vesentlig høyere enn det en finner i andre sektorer. En tredjedel av det samlede frafallet er jobb-bytter, og de som skifter jobb går som oftest til andre sykehus-tjenester. De fleste som forlater sykehusjobben før fylte 62 år går over til arbeidsavklaringspenger eller uførepensjon.

En økende andel står likevel i arbeid fram til pensjonering. Høyest er derfor frafallet eller avgangen ved fylte 62, 65 og 67 år, da de fleste går av med avtalefestet pensjon, særalderspensjon eller tjenestepensjon.

Grunner til at noen søker annet arbeid

Hovedårsaken til at seniorenne søker annet arbeid er arbeidssituasjonen og arbeidsbelastningene. Halvparten av søkerne ønsket seg en mindre stressende jobb, 15 prosent en fysisk lettere jobb, mens 20 prosent ville bort fra turnusarbeidet og 15 prosent relaterte det til et generelt dårlig arbeidsmiljø. For 25 prosent var manglende verdsetting en viktig grunn og for 10 prosent helseproblemer.

Det jobbsøkerne særlig mente bidro til dårlig arbeidsmiljø og stress var lav bemanning, høyt tempo og stadige endringer og omorganiseringer, og det å alltid ha dårlig samvittighet. Langt færre, men likevel et betydelig antall, mente også helgearbeid, nattarbeid og vakter med hyppige vaktskifter førte til stress og dårlig arbeidsmiljø, som igjen førte til at de ønsket seg bort. Det samme gjaldt uenigheter/konflikter på arbeidsplassen, og da særlig med leder.

Men det å søke annen jobb er også relatert til karriereambisjoner, ønske om faglig utvikling og høyere lønn. 15 prosent mente de ikke ble satset på og oppga det som en av grunnene til at de hadde søkt seg bort, mens drøyt 20 prosent ønsket seg større utfordringer og 25 prosent relaterte det til ønske om høyere lønn.

Andre grunner, som flytting, midlertidig jobb eller vikariat, nedbemanning og oppsigelser, lite fagmiljø, omsorgsforpliktelser, manglende tilrettelegging og ønske om hel stilling, vektlegges av få.

Grunner til at noen går av tidlig

Helseproblemer og fysiske og psykiske belastninger ved yrket er hovedårsakene som oppgis av pleiere som går av som 62-åring. I tillegg vektlegger mange ønske om mer fritid, som like mye kan forstås som et ønske om å slippe fra en belastende jobb fordi helsa er dårlig, som ønske om ferie og fri til å gjøre hva man vil.

Drøyt 30 prosent relaterte også avgangen til manglende motivasjon og 10 prosent til at arbeidsoppgavene ikke var like interessante og givende som før. Drøyt 30 prosent av de som tidligpensjonerte seg, hadde heller ikke følt seg satset på, og 20 prosent hadde følt seg lite verdsatt. Det er likevel få som føler seg presset til å gå av tidlig eller relaterer det til en arbeidsplasskultur, hvor det er vanlig at flertallet går av tidlig.

20 prosent sa at en lite fleksibel arbeidstidsordning hadde vært medvirkende, 8 prosent den teknologiske utviklingen, som de hadde problemer med å henge med på, og 10 prosent knyttet det til manglende tilrettelegging. Å ha mulighet til å kombinere deltidsarbeid med uttak av delvis pensjon ble derimot lite vektlagt.

For 19 prosent var det viktig at de ikke lenger trengte lønnsinntektene for å klare seg økonomisk. Det kan bety at de anså pensjonen de hadde krav på som tilstrekkelig, at de hadde oppsparte midler eller formue de kunne tære på og/eller en generell god familieøkonomi. Like mange, 19 prosent, begrunnet avgangen med at de ikke forventet noe mer i pensjon om de fortsatte. Andre årsaker knyttet til familien og privatlivet, som ønske om å koordinere avgangen med ektefelle eller partner eller syke eller pleietrengende i nær familie, ble for øvrig vektlagt av få.

En del beskrev i tillegg andre grunner i et fritekstfelt, som problematiske sider ved samhandlingsreformen, pakkeforløpene, stadige omorganiseringer og de økte dokumentasjons- og rapporteringskravene. For enkelte hadde også dårlig ledelse, mobbing og trakassering vært utslagsgivende.

Sykepleiere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere begrunner avgangen temmelig likt. Det som i hovedsak skiller, er vektleggingen av de psykiske og fysiske arbeidsbelastningene, hvor hjelpepleiere og helsefagarbeidere vektla de fysiske belastningenes

betydning for avgangen, mens sykepleierne vektla de psykiske belastningene. Flere hjelpepleiere og helsefagarbeidere enn sykepleiere hadde også gått av fordi de ikke følte seg satset på.

Sykefravær, oppfølging og tilrettelegging

4,4 prosent av de som svarte på surveyundersøkelsen var sykmeldt på undersøkelsestidspunktet. Av disse hadde snaut halvparten vært sykmeldt i tre måneder eller mer. Drøyt halvparten av disse langtidssykmeldte var 100 prosent sykmeldt.

68 prosent av de langtidssykmeldte relaterte fraværet til arbeidet. Rundt 50 prosent hadde da også fått tilbud om tilrettelegging på arbeidsplassen, primært lettere arbeidsoppgaver, redusert arbeidstid og endrede vakter. 67 prosent av de som var langtidssykmeldt og delvis sykmeldt mente dette hadde gjort det lettere for dem å være i jobb, mens 40 prosent av de fulltidssykmeldte mente tiltakene ville kunne bidra til at de kom raskere tilbake i arbeid.

De som ikke hadde fått tilbud om tilrettelegging ble også spurt om hvilke endringer eller tiltak som kunne forhindre fraværet. De fleste av dem svarte økt bemanning, som de mente ville redusere så vel arbeidsbelastningene som arbeidstempoet.

Tiltak for å lette de fysiske arbeidsbelastningene

For å forbygge helseproblemer og frafall er tiltak for å lette fysiske arbeidsbelastninger viktig. Drøyt en tredjedel av seniorpleierne sier det finnes hjelpemidler og ordninger på arbeidsplassen, som kurs i forflytnings- og løfteteknikker og ulike hjelpemidler for forflytning, som takheiser, sengeheiser, pasientheiser, spesialsenger som kan heves og senkes og tilpasses, skililaken og skliplater, og at de har arbeidsbord, operasjonsbord, kontorpulter, benker og stoler som kan heves og senkes, sparkesykler til bruk ved lange avstander og spesielle gummimatter til bruk i operasjonssaler. Åtte av ti av som har slike hjelpemidler eller ordninger mener de bidrar til å redusere arbeidsbelastningene.

Seniortiltak og seniorordninger

26 prosent av pleierne oppgir at det er seniortiltak på arbeidsplassen. Mange er likevel usikre på om sykehuset har slike ordninger. Andelen som vet de har tiltak variere mellom helseforetakene, fra 33 prosent i Helse Midt-Norge, 25 prosent i Helse Vest og Helse Sør-Øst til 15 prosent i Helse Nord. Pleiere som jobber på kontor oppgir oftere å ha tilgang til seniortiltak enn de som jobber på poliklinikk eller avdeling med døgndrift.

Det tiltaket flest får tilbud om er ekstra fridager utover den ekstra ferieuka alle får fra fylte 60 år. Av de som får tilbud, får en god del også tilbud om seniorkurs og/eller medarbeidersamtaler med seniorperspektiv. I tillegg synes ulike former for tilrettelegging for seniorer å være vanlig, som for eksempel fritak for nattevakter. Forøvrig nevnes mulighet for å velge turnus og vakter, redusert arbeidstid med hel eller delvis lønnskompensasjon, mulighet til å bytte arbeidsoppgaver og pensjonistlønn. Andre tiltak er svært lite kjent eller utbredt.

Helse Midt-Norge synes å satse noe mer på seniorkurs enn de øvrige helseregionene, mens flere i Helse Sør-Øst enn de øvrige regionene oppgir at de får tilbud om redusert arbeidstid med hel eller delvis lønnskompensasjon. Det er ellers små forskjeller mellom regionene.

Ny teknologi og omstillingsevne

Stadige endringer i teknologi og datasystemer, og utvikling av nye og mer effektive behandlingsformer krever kontinuerlig oppdatering av kunnskap og kompetanse. 42 prosent av de eldre pleierne finner det motiverende og faglig utfordrende med alt det nye, og 35 prosent synes det er uproblematisk å sette seg inn ny teknologi og nye systemer. For noen kan det likevel være krevende. 27 prosent synes de får for lite opplæring og trening i bruk av ny teknologi og nye systemer, 18 prosent sier de sliter med å henge med i den teknologiske utviklingen, og 9 prosent synes det er vanskelig å stå i en jobb som er i kontinuerlig endring. 20 prosent synes en del av endringene er unødvendige og/eller overflødige.

Opplevelsen og erfaringene varierer mellom yrkesgruppene. Sykepleierne har en litt mer offensiv holdning enn de øvrige, da langt flere føler seg motivert av slike endringer og flere enn blant øvrige pleiere opplever det som lett å lære seg nye rutiner og sette seg inn i ny teknologi. Det er også færre sykepleiere og færre hjelpepleiere og helsefagarbeidere med enn uten videreutdanning som sier de sliter med å henge med på den teknologiske utviklingen. Forøvrig synes eldre pleiemedhjelpere og –assistenter oftere enn øvrige pleiere at opplæring og treningen i ny teknologi og nye systemer er utilstrekkelig. 40 prosent av dem opplever det slik.

Tilbud om og deltakelse i kompetanseutvikling

Pleiere på sykehus får jevnlig tilbud om å delta på faglige kurs og konferanser, fortrinnsvis fra arbeidsgiver. Det gjaldt 66 prosent i treårsperioden fra 2019 til 2022. Sykepleiere med spesialisering eller videreutdanning er de som oftest får et slikt tilbud, og da som regel fra arbeidsgiver, mens hjelpepleiere og helsefagarbeidere oftere enn sykepleiere får tilbud fra sin fagforening.

55 prosent deltok også på slike kurs og konferanser i løpet av treårsperioden fra 2019 til 2022. Det er flest som deltar blant sykepleiere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere med videreutdanning eller spesialisering og færrest som deltar blant pleiemedhjelpere og –assistenter. De som deltar synes å være drevet av en genuin interesse for faget og en personlig opplevd forpliktelse til å holde seg faglig oppdatert, selv om enkelte oppgir at kurset var obligatorisk, slik at de ikke hadde noe valg.

11 prosent hadde fått et tilbud om å delta på kurs og konferanser, men valgt å ikke delta. Denne andelen er høyest blant hjelpepleiere og helsefagarbeider, pleiemedhjelpere og –assistenter. Av naturlige grunner var en hovedårsak til manglende deltakelse i 2019–2022 koronapandemien. Ellers relaterte begrunnelsene seg til *selve kurstilbudet*, som at det ikke var relevant eller at de hadde vært på lignende kurs tidligere, eller *arbeidssituasjonen*, som muligheten til å ta seg fri fra arbeidet. For enkelte var det også problematisk at kurset/konferansen strakk seg over flere dager, at det forutsatte at en reiste bort, at det var på kveldstid, at det var for dyrt, og/eller at en delvis måtte bekoste det selv, da arbeidsgiver ikke dekket alle utgiftene.

Tiltak tidligpensjonistene tror kan forhindre frafall

Det flest pleiere tror vil forhindre frafall er økt grunnbemanning. Slik de ser det, vil flere ansatte gi dem større mulighet til å utøve faget sitt, bidra til mindre overtid og ekstraoppgaver, og gi større rom for å ta små pauser og hente seg inn ved behov.

Flere var også inne på verdsetting av senioren og deres kompetanse. De mente det var viktig at flere så og anerkjente seniorennes kompetanse og brukte den, både i

behandlings- og opplæringsøyemed. I denne sammenheng pekte en del på behovet for en mer tilstedeværende ledelse som så og verdsatte, så vel som lyttet til, informerte og motiverte den enkelte.

Førøvrig dreide forslagene seg om behovet for å redusere mengden rapporterings- og dokumentasjonskrav som stjal tid fra det som var kjerneoppgavene; ønske om endrede turnus og vaktordninger, samt ønske om en bedre håndtering av endrings- og omorganiseringsprosesser, hvor en i større grad ble hørt og hvor det ble tatt hensyn til den enkeltes kompetanse og erfaring.

1 Innledning

Flere undersøkelser og framskrivinger viser at helsesektoren har bemanningsutfordringer. Avgangsalderen blant ansatte i sektoren er lavere enn gjennomsnittet i arbeidslivet, samtidig som økt etterspørsel, utilstrekkelig nyrekruttering og tidlig avgangsalder forventes å øke mangelen på helsepersonell framover. Det gjør det viktig å stimulere til at flere i sektoren jobber lenger.

På oppdrag for Spekter, Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet, samt Vestre Viken HF, Sørlandet sykehus HF, Kommunal landspensjonskasse, har Fafo kartlagt situasjonen for sykepleiere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere over 50 i sykehussektoren.

Det overordne spørsmålet for prosjekter er «Hvordan beholde senioren og deres kompetanse lenger?» Studien skal bidra til et oppdatert faktagrunnlag om hvordan det er å være senior i sykehus for sykepleiere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere med pasientkontakt, og angi hva som kan være egnede tiltak for at flere kan, og vil, fortsette noen år til. Målet for kartleggingen er å bidra til økt felles forståelse og kunnskap om situasjonen for seniorer på sykehus og status for seniorpolitikk i sektoren. De konkrete problemstillingene og temaene for prosjektet er:

1 Rammebetingelser, bemannings situasjon og frafall

- Utvikling i antall og andel i bransjen i ulike stillingskategorier over tid, herunder fordeling etter alder og kjønn og utdanning/kompetanse.
- Antall og andel innen de ulike yrkeskategoriene som skifter jobb og/eller yrke i løpet av et år – og hvor de går (til annet sykehus, til kommunehelsetjenesten, til annen bransje eller til annet yrke mv.) – og antall og andel som ev. vender tilbake til sektoren (helt eller delvis)
- Antall og andel i de ulike yrkeskategoriene som midlertidig eller permanent går ut av arbeidsstyrken grunnet pensjonering, lengre sykefravær, overgang til arbeidsavklaring og uførepensjon, alder ved avgang – og antall og andel som helt eller delvis vender tilbake til sektoren.

2 Årsaker til frafall, både jobbskifte og avgang/tidligpensjonering

- Grunner til å søke seg til eller skifte til annen arbeidsgiver/yrke
- Grunner til tidligpensjonering

3 Seniorennes egne vurderinger og erfaringer i jobben

- Yrkesvalg og karriere
- Arbeidsmiljø og helse
- Tilrettelegging og seniorpolitikk,
- Kompetanse og læringsmuligheter,
- Verdsetting og mulighetene for å jobbe lenge

4 Forslag/hypoteser om hva som kan bidra til at flere kan og vil arbeide lenger

- Drøfting av ulike forslag og hypoteser på basis av funn fra punktene 1–3.

1.1 Rammevilkår for sykehusene

For å forstå de utfordringer senioransatte i sykehussektoren sliter med og ikke minst hva mulighetsområdet for lengre yrkeskarrierer er, må en kjenne de sentrale rammebetingelsene for sektoren, herunder hvordan den organiseres, reguleres og styres, samt hvilke sentrale lover og avtaler som regulerer lønn, pensjon og andre essensielle arbeidsvilkår.

I 2022 er det 20 år siden Stoltenberg I-regjeringen omorganiserte spesialisthelsetjenesten fra forvaltningsorgan til helseforetak. Begrunnelsen for reorganiseringen var ønske om mer effektiv, og for pasientene, bedre spesialisttjeneste (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)). Ifølge Hippe & Trygstad (2012) hadde helseforetaksreformen to formål: dels å gi bedre virkemidler for politisk styring av spesialisthelsetjenesten, og dels å bidra til å myndiggjøre ledere og heve deres kompetanse, rolleforståelse og gjennomføringsevne. Reformen var slik sett et ektefødt barn av sin tid, hvor målet var å gjøre forvaltningen til en mer bedriftsorientert organisasjon etter modell fra privat sektor, ofte kalt New Public Management eller NPM.

Helseforetakene er en del av Spekter-området og lønns- og arbeidsforhold reguleres av tariffavtalene mellom Spekter og Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Fagforbundet. Sykehusansatte har videre en offentlig avtalefestet pensjon (AFP) og en offentlig tjenstepensjonsordning, som fram til nylig sikret dem en pensjon på 66 prosent av sluttlønnen ved 30 års opptjeningstid, forutsatt at de jobbet i offentlig sektor fram til avgang. Sykepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere og renholdere på sykehus har også en særaldersgrense på 65 år, som gjør at de kan gå av med tjenstepensjon som 62-åring, om summen av alder og tjenestetid i offentlig sektor er 85 år eller mer.

1.2 Data og metode

I denne rapporten benyttes to datakilder, henholdsvis data fra Statistisk sentralbyrås (SSB) registerbaserte sysselsettingsstatistikk og data fra en egen nettbasert surveyundersøkelse blant NSF og Fagforbundets medlemmer.

Registerdata

For å kartlegge bemanning og frafall har vi benyttet registerdata, som gir opplysninger om alle sysselsatte i sektoren etter alder, kjønn, utdanningsnivå og yrkeskategori i tillegg til NAV-data om overgang til ulike ytelser og eventuelt andre arbeidsgivere og yrker. For å belyse problemstillingene under punkt 1, benyttes registerdata fra SSB som er tilgjengelig gjennom den nettbaserte analyseplattformen [microdata.no](https://www.microdata.no)¹. Hovedkilde for disse analysene er data fra A-ordningen, fra 2015 fram til 2019. A-ordningen inneholder blant annet yrke, næring og arbeidstid. I tillegg har vi, for å dekke perioden før A-ordningen kom, benyttet den registerbaserte sysselsettingsstatistikken (REGSYS). En begrensning i REGSYS er at yrkeskodene blir mangelfulle når en går mer enn 10–12 år tilbake. Derfor har vi ikke gått lenger tilbake enn til 2011. Analysene dekker perioden fra 2011 til og med 2019 som er siste tilgjengelig

¹ <https://www.microdata.no/>

årgang på undersøkelsens tidspunkt. I analysene inkluderes data for årene 2011–2012, 2015–2016 og 2018–2019.

Med utgangspunkt i registerdataene gir vi oversikt over hvor mange det er i gruppen over 50 blant sykepleiere, helsefagarbeidere og hjelpepleiere i sykehussektoren, deres kompetanse og deres avtalte arbeidstid. I tillegg gir vi en oversikt over antall og andel som hvert år forlater sektoren, og om disse går over til annet yrke eller ut av arbeidsstyrken, om de blir arbeidsledige, brukere av arbeidsavklaringspenger (AAP), uførepensjonerte eller tar ut alderspensjon tidlig. Vi undersøker også hvordan frafallsmønsteret varierer etter alder, kjønn og mellom yrkesgruppene.

Nettundersøkelsen

For å få kunnskap om årsakene og begrunnelsene til at en del søker seg til andre yrker eller skifter jobb, slutter eller pensjonerer seg, og hva som eventuelt kan få dem til å fortsette, har vi gjennomført en nettbasert spørreundersøkelse blant et representativt utvalg seniorer i de aktuelle yrkesgruppene på sykehusene.

Formålet med undersøkelsen er å kartlegge mulige årsaker til at enkelte forblir i yrket, mens andre forlater det, eventuelt ønsker eller planlegger å forlate yrket, samt hva de mener kan gjøres for at flere skal velge å bli i yrket lenger. I tillegg til spørsmål som direkte berører egne begrunnelser for å bli versus å gå, og mulige tiltak for fastholdelse, kartlegges de ansattes tilgang til kompetanseutvikling og seniortiltak, deres vurdering av arbeidsmiljøet og arbeidsbelastningene, i tillegg til bakgrunnsfaktorer som alder, kjønn, utdanningsnivå med videre.

Utvalget til nettundersøkelsen ble trukket fra medlemsregistrene til NSF og Fagforbundet. Da vi skulle kartlegge frafall og frafallsårsaker etter fylte 50 år, måtte vi sikre at vi fikk med en viss andel tidligere sykehusansatte. Det vil si personer som tidligere hadde jobbet på sykehus, men nå jobbet i et annet yrke og/eller bransje, var uføre- eller alderspensjonister, under utdanning, arbeidsledige eller mottakere av AAP. Da disse undergruppene utgjør en liten andel av forbundenes samlede medlemsmasse, ble utvalget avgrenset til medlemmer som var født i perioden fra 1954 til og med 1968 og var registrert som ansatt på sykehus i hele eller deler av 2015. Ved å se på de som var ansatt på sykehus sju år tilbake i tid i 2015, antok vi at en viss prosentandel på undersøkelsestidspunktet ville jobbe et annet sted, være pensjonert eller uføre. Problemet med en slik utvalgsstrategi og med bruk av forbundenes registre som utgangspunkt for trekking, noe vi ikke får gjort noe med, er likevel at enkelte av de som skifter jobb, samtidig vil melde seg ut av forbundet eller skifte forbund. Disse har vi ikke hatt mulighet til å fange opp, da de ikke lenger er å finne i forbundenes medlemsregistre. Forbundene hadde heller ikke tillatelse til å gi oss e-postadressene til disse tidligere medlemmene.

Med de nevnte utvalgskriteriene endte vi opp med å sende undersøkelsen til 14 698 personer, henholdsvis 12 448 fra NSF og 2250 fra Fagforbundet, hvorav 21 viste seg å ikke være i målgruppa, da de ikke hadde jobbet på sykehus i 2015. I tillegg fikk vi 335 e-poster i retur grunnet feil e-postadresse, spamfilter hos mottaker eller andre feil. Første forespørsel ble sendt ut 22. november 2021 med etterfølgende purringer 1. og 8. desember. Svarfrist ble satt til 15. desember, og undersøkelsen ble endelig avsluttet 23. desember. Av det korrigerte bruttoutvalget på 14 342 valgte 5450 personer å svare, det vil si at 38 prosent av de forespurte deltok i undersøkelsen. Se for øvrig vedlegg 1 for mer detaljer om utvalg og frafall.

Undersøkelsen inneholdt spørsmål om den enkeltes yrkesstatus så vel som forhold vi fra tidligere forskning vet har betydning for avgang og frafall, som utdanningsnivå, helse og arbeidsevne, sivil status og ektefelles/samboers yrkesstatus og eventuelle pleie- og omsorgsbehov, inntekt, gjeld og sparing, tidligere yrkeserfaring og karriere-lengde. De som fremdeles jobbet på sykehus, fikk i tillegg en rekke spørsmål om nå-værende jobb, jobbsituasjon og arbeidsmiljø, og om de hadde søkt eller vurdert å søke annen jobb utenfor sykehus, og hva som var hovedgrunnen til det. Mens de som ikke lenger jobbet på sykehus ble spurt om tidligere sykehusjobb og bakgrunnen for at de hadde pensjonert seg. Uføre og langvarig sykmeldte ble også spurt om de hadde fått tilbud om tilrettelegging og/eller annen oppfølging da de gikk sykmeldt. Alle som var i jobb eller ennå ikke var pensjonert, ble i tillegg spurt om planer for pensjonering, i tillegg til å angi begrunnelser for ønske om tidlig eller sein avgang. Alle ble i tillegg spurt om tilbud om og deltakelse i kompetanseutvikling, og om sykehusenes senior-politiske tiltak, og ikke minst, hva de mente kunne gjøres for å få flere til å stå i sykehusjobben lenger. Gitt den pågående koronasituasjonen inkluderte vi også et par spørsmål som berører pandemien og dens betydning for arbeidsmiljø, fravær og eventuelt frafall som forsert pensjonering.

1.3 Gangen i rapporten

I kapittel 2 ser vi nærmere på sysselsetting og frafall blant seniorer i alderen over 50 på sykehus med utgangspunkt i SSBs registerbaserte sysselsettingsstatistikk, før vi i de etterfølgende kapitlene presenterer resultatene fra spørreundersøkelsen blant medlemmene i NSF og Fagforbundet som var sysselsatt i sykehussektoren i 2015 og var 50 år eller eldre. Kapittel 3 gir en oversikt over deres veier ut av sykehusene fra 2015 til desember 2021, mens kapittel 4 og 5 gir en oversikt over begrunnelsene seniorene gir for henholdsvis å søke seg til annet arbeid eller tidligpensjonere seg, før vi i kapittel 6 og 7 ser på noen sider ved arbeidsmiljøet og arbeidsforholdene og i kapittel 8 analyserer frafallet. I kapittel 9 og 10 omhandler henholdsvis tilbud om og deltakelse i kurs og konferanser, og tilbud om tilrettelegging og seniortiltak, før vi i kapittel 11 gjennomgår tidligpensjonistenes tanker om hvilke endringer og tiltak som kunne være gunstige for å redusere frafallet. De ulike resultatene sammenfattes og drøftes i kapittel 12.

2 Sysselsatte i sykehussektoren

I dette kapitlet skal vi se nærmere på antallet ansatte i noen utvalgte yrkesgrupper innenfor sykehustjenesten. Vi vil undersøke utvalgte år i perioden 2011–2019, men med størst fokus på slutten av perioden. Vi er mest opptatt av senioren, det vil arbeidstakere i alderen 50 år og eldre, og avgangsmønstrene i denne gruppen. Innledningsvis skal vi imidlertid inkludere alle aldersgrupper, blant annet for å undersøke den samlede aldersfordelingen, og for å kartlegge andelen seniorer i ulike grupper av ansatte.

2.1 Datagrunnlag og avgrensning

Vi benytter registerdata fra SSB² for å beskrive sysselsettingen og avgangsmønstre i sykehustjenesten. Vi retter oppmerksomheten mot sykepleiere, hjelpepleiere/helsefagarbeidere og andre pleiemedarbeidere/-assistenter. Vi skiller også mellom spesialsykepleiere, inkludert jordmødre og øvrige sykepleiere. Når vi behandler disse gruppene samlet vil vi omtale dem som pleieryrkene.

Yrkeskodene (STYRK-08) som er brukt:

Spesialsykepleiere	= 2221, 2222
Sykepleiere	= 2223
Helsefagarbeidere	= 5321
Andre pleiemedarbeidere	= 5329

Pleieryrkene utgjorde nesten 245 000 lønntakere i 2019. Mange av disse jobbet ikke på sykehus, men for eksempel i pleie- og omsorgssektoren, og vil dermed ikke inkluderes her. Det var drøye 58 000 som arbeidet innen sykehustjenester, over 42 000, 72 prosent, av disse jobbet på «Alminnelige somatiske sykehus», næringskode 86.101. Det finnes noen private og noen ideelle sykehus, men disse utgjør en liten del av denne gruppen, dermed valgte vi å avgrense oss til sykehus under statlig forvaltning, tilsvarende de statlige helseforetakene, hvor nesten 40 000 var ansatt i pleieryrkene i 2019.

Tabell 2.1 Antall ansatte i pleieryrkene på norske sykehus i 2019.

Spesialsykepleiere	13 536
Sykepleiere	19 627
Hjelpepleiere/helsefagarbeidere	3 288
Andre pleiemedarbeidere	3 448
Totalt	39 906

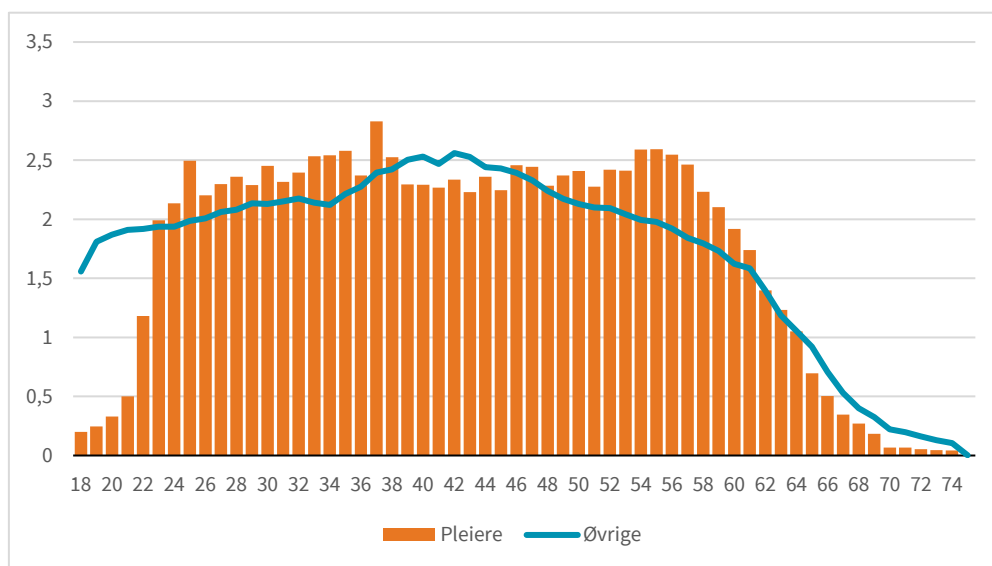
² Gjennom analyseplattformen microdata.no og data som er tilgjengelige der. Informasjon om tjenesten finnes på <https://microdata.no/>

2.2 Andelen seniorer på sykehusene

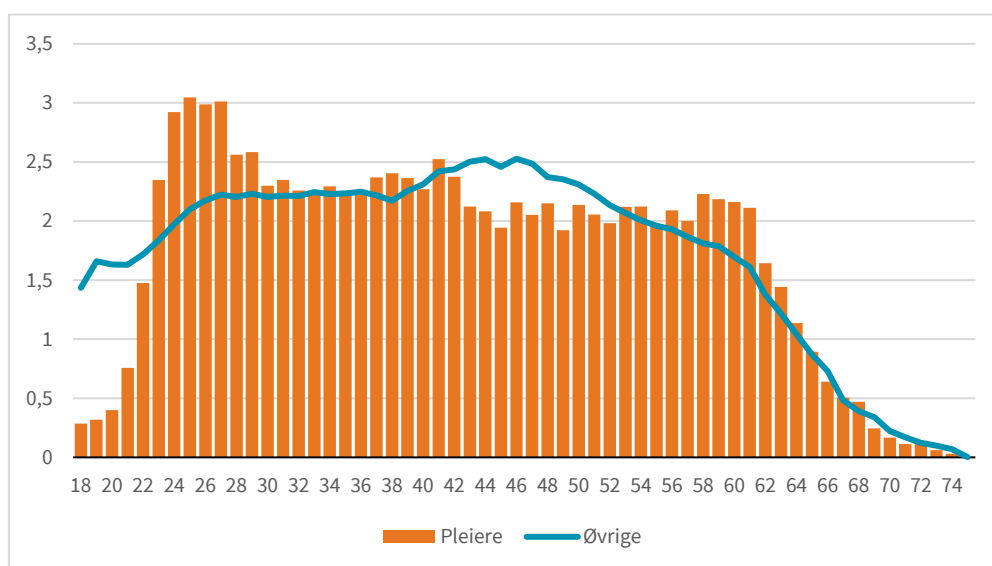
Antall ansatte i pleieryrkene på norske sykehus økte fra drøye 37 000 i 2011 til nesten 40 000 i 2019. I den samme perioden var antallet seniorer stabilt, rundt 12 000 ansatte. I og med at det totale antallet ansatte økte sank dermed andelen seniorer.

Ser vi på aldersfordelingen i pleieryrkene sammenlignet med øvrige lønntakere ser vi i figur 2.1a at det i 2011 var en noe høyere andel unge ansatte og klart flere i alderen 60–62 år innen pleieryrkene. Dette endret seg en del fram til 2015 (figur 2.1b), da det var svært mye høyere andel unge ansatte blant pleiere på sykehus enn blant øvrige ansatte, mens det var færre årskull blant seniorene som var overrepresenterte, selv om vi ser at pleieryrkene i noe større grad var overrepresentert fram til midten av 60-årene i 2015. I 2019 (figur 2.1c) hadde det kommet til enda flere yngre, men det var fortsatt en noe høyere andel pleiere rundt 60 år enn på de øvrige alderstrinnene over 50 år.

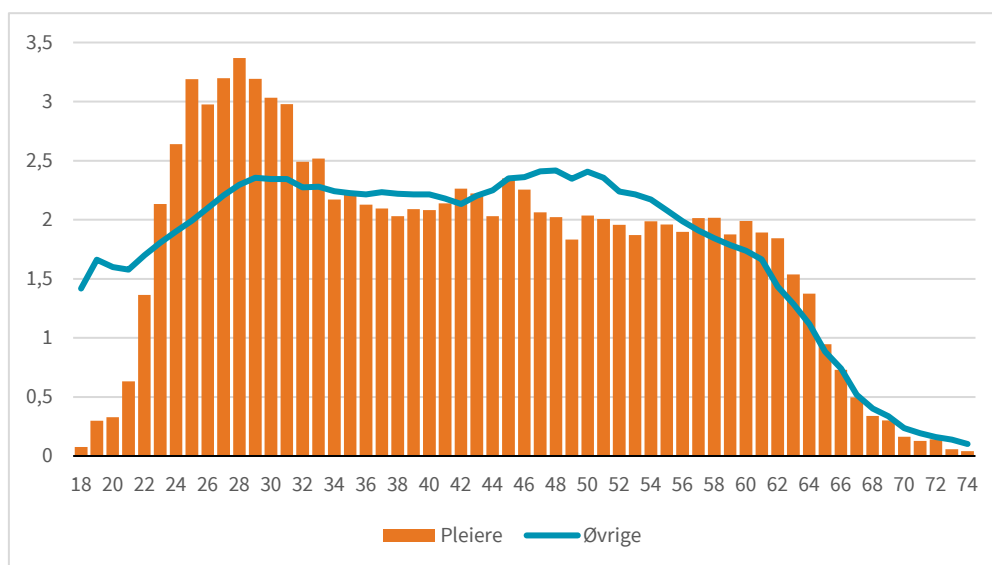
Figur 2.1a. Aldersfordeling i pleieryrkene på norske sykehus og blant øvrige lønntakere. 2011.



Figur 2.1b. Aldersfordeling i pleieryrkene på norske sykehus og blant øvrige lønntakere. 2015.



Figur 2.1c. Aldersfordeling i pleieryrkene på norske sykehus og blant øvrige lønnstakere. 2019.



Som nevnt over var antallet seniorer i pleieryrkene temmelig stabilt fra 2011 til 2018, mens antallet ansatte økte noe. Dermed sank andelen seniorer litt, fra 33,6 prosent i 2011 til 30,9 prosent i 2018 (tabell 2.2). Andelen seniorer sank både blant menn og kvinner, men andelen var langt høyere blant kvinner (32 prosent) enn blant menn (22,5 prosent).

Det var stor variasjon i aldersfordelingen mellom de ulike yrkesgruppene som inngår. Reduksjonen i andelen over 50 år var lavest blant de med lengst og med mest spesialisert utdanning. I praksis var andelen seniorer blant spesialsykepleiere omtrent identisk i 2015 og 2018, på over 44 prosent. Heller ikke blant sykepleiere uten spesialisering sank andelen seniorer nevneverdig, bare fra 19,5 prosent i 2015 til 18,8 prosent i 2019. Tydeligst reduksjon i andelen seniorer var det blant hjelpepleiere/helsefagarbeidere, hvor andelen over 50 år sank fra 62 til 55 prosent. Hjelpepleiere/helsefagarbeidere var likevel den gruppen med klart høyest andel seniorer, også i 2018. Andelen seniorer i gruppen av andre pleiemedarbeidere var i 2018 omtrent som for sykepleierne, men de opplevde en litt større reduksjon fra 2015 til 2018.

Tabell 2.2. Andel seniorer i pleieryrker på norske sykehus.

	2011	2015	2018
Samlet	33,6	32,4	30,9
Menn	23,3	21,8	22,5
Kvinner	34,6	33,6	32,0
Spesialsykepleiere**		44,5	44,6
Sykepleiere	29,1*	19,5	18,8
Helsefagarbeidere/hjelpepleiere	51,4*	61,9	55,5
Andre pleiemedarbeidere		20,8	19,3

* I 2011 var det ikke mulig å skille de ulike sykepleieryrkene fra hverandre, det var heller ikke mulig å skille mellom helsefagarbeidere og andre pleiemedarbeidere.

** Spesialsykepleiere inkluderer jordmødre.

Den avtalte arbeidstiden³ blant senioren i pleieyrkene i norske sykehus har gått opp i perioden vi dekker. Samlet sett økte andelen som jobbet heltid⁴, her definert som 30 timer eller mer per uke, fra over 57 prosent i 2015 til nesten 61 prosent i 2018 (tabell 2.3). Unntaket fra denne trenden er andelen menn over 50 år som arbeider heltid, som sank litt. Andelen lå likevel på 77,5 prosent i 2018. Blant kvinner over 50 år økte andelen som jobbet heltid fra rundt 55 prosent tidlig i perioden til 59 prosent i 2018. Andelen heltidsarbeidende seniorer har økt i alle yrkesgruppene som inngår. Spesi- alsykepleierne hadde høyest andel som jobbet heltid både i 2015 og 2018, da andelen i heltidsstillinger var godt over 70 prosent. Deretter følger gruppen av andre pleie- medarbeider, hvor andelen økte til over 61 prosent i 2018. Også blant sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere økte andelen som arbeidet heltid tydelig, omtrent tre prosentpoeng fra 2015 til 2018. Andelen heltidsarbeidende var likevel klart høyere blant sykepleiere, hvor 54 prosent var heltidsarbeidende i 2018, mot under 40 prosent blant hjelpepleiere/helsefagarbeidere.

Tabell 2.3 Heltidsandel blant senioren

	2011	2015	2018
Samlet	56,4	57,3	60,6
Menn	80,2	78,3	77,5
Kvinner	54,7	55,8	59,1
Spesialsykepleiere**		69,0	71,1
Sykepleiere	62,4*	51,5	54,4
Helsefagarbeidere	42,6*	35,6	38,5
Andre pleiemedarbeidere		58,4	61,2

* I 2011 var det ikke mulig å skille de ulike sykepleieryrkene fra hverandre, det var heller ikke mulig å skille mellom helsefagarbeidere og andre pleiemedarbeidere.

** Spesialsykepleiere inkluderer jordmødre.

2.3 Hvem forlater sykehusene?

At ansatte forlater en jobb trenger ikke bety at de slutter å jobbe. Samtidig kan det å bli i en jobb fram til pensjoneringsalder være en indikasjon på både trivsel og mest- ring, men også innelåsing, dersom en ikke har mulighet til å få arbeid andre steder. Vi skal i det følgende undersøke avgangsmønsteret fra pleieryrkene i norske sykehus. Med avgang menes her ansatte som ikke jobbet i denne delen av helsetjenesten det påfølgende året.⁵ Avgang kan bety både pensjonering og overgang til annet arbeid, så vi skal også undersøke hvor mange som forlot arbeidsstyrken og hvor mange som fortsatte i arbeid andre steder.

Vi begynner med den samlede avgangen fra sykehusene i 2011, 2015 og 2018, og undersøker hvor stor andel av hvert årskull som *ikke* arbeidet der det påfølgende året (figur 2.2). Vi ser for eksempel at det blant 50-åringene i 2011 var det omtrent 10 prosent som ikke jobbet på sykehus året etter, som 51-åringer. Andelen 50-åringer

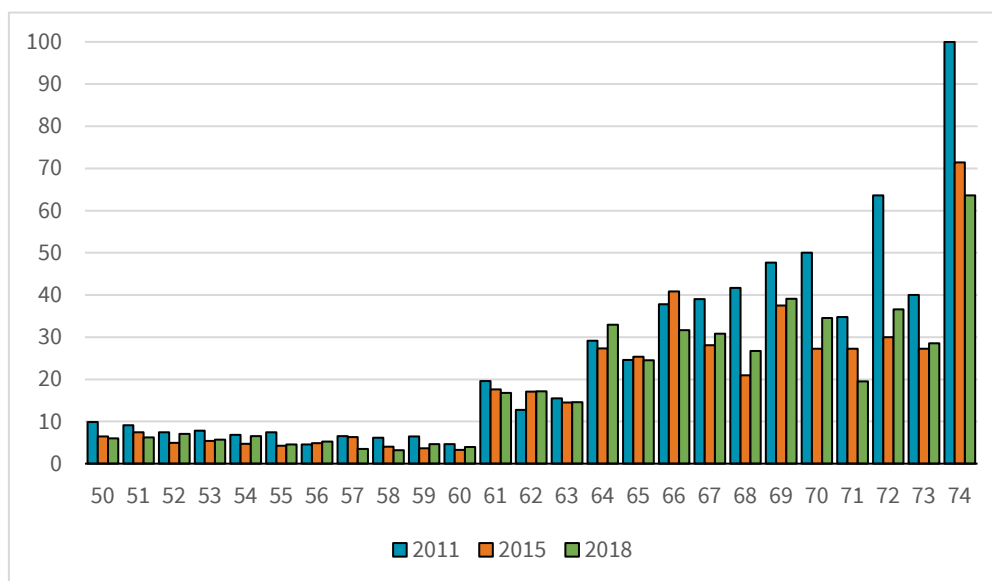
³ Det er kun avtalt eller kontraktsfestet arbeidstid som er tilgjengelig i registrene, ikke faktisk ar- beidstid. All omtale av arbeidstid gjelder avtalt arbeidstid.

⁴ For sammenligning over tid benyttes avtalt arbeidstid på 30 timer eller mer per uke som heltid. For gruppene som studeres her varierer timetallet for en heltidsstilling, blant annet avhengig av turnus.

⁵ Ansatte som bytter jobber mellom ulike (somatiske) sykehus regnes ikke som avganger.

som forlot sykehusene var lavere både i 2015 og 2018. Blant de yngste seniorenne, fra 50 til og med 60 år var andelen som gikk av gjennomgående lav. Andelen er jevnt over noe høyere i 2011 enn senere, men det er ikke noen tydelig trend fra 2015 til 2018. Det er tydelige hopp i avgangsmønsteret ved 61, 64 og 66 år i figuren, altså de som går av ved fylte 62, 65 og 67 år. Hoppene sammenfaller med aldersgrensene for uttak av ulike pensjoner, og i disse gruppene har hjelpepleiere, sykepleiere, helsefagarbeidere og renholdere en særaldersgrense på 65 år. Det er ingen tydelig trend mellom de tre målepunktene blant de som var 61 år og eldre. Tallgrunnlaget i de eldste gruppene er lavt, så en skal være forsiktig med å tolke forskjellene der.

Figur 2.2. Andel som forlot pleieryrkene i 2011*, 2015 og 2018. Etter status påfølgende år. Prosent.



*I 2011 inngår ikke arbeidstakere over 74 år i datagrunnlaget, dermed framstår det som at alle sluttet.

Kort arbeidstid kan være et uttrykk for at en ikke evner å arbeide mer eller at en har andre prioriteringer som veier tyngre. Når vi ser på avgangsmønsteret fra sektoren etter arbeidstid, er det klar sammenheng mellom stillingsstørrelse og avgang. Når stillingsstørrelsen øker reduseres andelen som går av (tabell 2.4). Når en ser alle seniorenne på sykehus samlet, har andelen som går av vært stabil gjennom perioden. Blant seniorer som arbeidet kort deltid, under 20 timer i uken, var det rundt en av fire som forlot sykehusene. Blant seniorer som hadde avtalt å jobbe lang deltid, 20 til 30 timers uke, økte andelen som gikk av litt, fra 9 prosent i 2011 til 11 prosent i 2018. Seniorer som arbeidet i heltidsstilling, 30 timer eller mer per uke, hadde lavest avgangsrater, rundt 7 prosent gjennom hele perioden.

Tabell 2.4 Andel som forlot pleieryrkene, etter arbeidstid. Prosent.

	2011	2015	2018
Samlet	11,0	10,2	11,0
1 - Kort deltid (< 20 timer per uke)	25,4	23,1	24,8
2 - Lang deltid (20–29,9 timer per uke)	9,0	9,5	11,0
3 - Heltid	7,4	6,1	7,0

At en ansatt forlater sykehussektoren trenger ikke å bety at hun eller han slutter å jobbe, og dette gjelder også for ansatte over 50 år. Muligheten til å skifte jobb kan oppleves som positivt for mange, samtidig som en også kan tenke at det å stå i en jobb frem til pensjonsalder kan være et uttrykk for at det er et godt sted å være. Som vi så over har andelen i pleieryrkene som forlater sykehusene vært forholdsvis stabil de siste årene. Når vi ser nærmere på hvor de går, finner vi at det har skjedd noen endringer. For det første ser vi at det har vært en økende andel som blir i pleieryrkene til de går ut av arbeidsstyrken (tabell 2.5). I 2011 gikk 58 prosent ut av arbeidsstyrken, en andel som økte til 67 prosent i 2018. For det andre ser i at andelen ledige har vært lav gjennom hele perioden. Dermed har også andelen som fortsatte i jobb et annet sted blitt redusert, fra nesten 42 prosent i 2011 til 32 prosent i 2018.

Tabell 2.5 Andel seniorer som forlot pleieryrkene. Etter status på arbeidsmarkedet året etter. Prosent.

	2011	2015	2018
Seniorer som forlot pleieryrkene	11,0	10,2	11,0
Herav:			
Utenfor arbeidsstyrken	58,2	65,6	67,0
Ledige	0,4	0,7	0,5
Sysselsatte	41,8	32,9	32,4

Når vi undersøker om andelen som forlater arbeidsstyrken varierer mellom grupper, så finner vi at den varierer ganske mye (tabell 2.6). Når andelen av de som forlot sykehusene som forlater arbeidsstyrken er høy, vil andelen som fortsetter i arbeid være lav, i og med at ledigheten gjennomgående har vært lav. Vi presenterer derfor bare andelen som forlot arbeidsstyrken. Blant kvinner over 50 år som forlater sykehusene gikk to av tre kvinner ut av arbeidsmarkedet i 2018, mens den tilsvarende andelen blant menn var litt over halvparten. Menn over 50 år er altså mer tilbøyelig enn kvinner i samme alder til å forlate sykehusene til fordel for annet arbeid. Likevel har andelen som blir i sektoren økt gjennom perioden, både for menn og kvinner.

Når vi ser på de ulike yrkesgruppene på sykehusene varierer andelen seniorer som står i jobb til de forlater arbeidsmarkedet ganske mye. Hjelpepleiere/helsefagarbeidere utmerker seg med høyest andel som står karrieren ut i sektoren, med 80 prosent, mens andre pleiemedarbeidere hadde lavest andel, bare litt over 50 prosent.

Tabell 2.6 Andel av seniorene som forlot pleieryrkene som også forlot arbeidsstyrken. Prosent.

	2011	2015	2018
Samlet	58,2	65,2	65,5
Menn	31,9	53,2	53,0
Kvinner	59,9	66,8	67,2
Spesialsykepleiere**		63,9	63,5
Sykepleiere	53,5*	60,3	61,5
Hjelpepleiere/helsefagarbeidere	62,9*	76,9	79,9
Andre pleiemedarbeidere		62,9	51,6

* I 2011 var det ikke mulig å skille de ulike sykepleieryrkene fra hverandre, det var heller ikke mulig å skille mellom helsefagarbeidere og andre pleiemedarbeidere.

** Spesialsykepleiere inkluderer jordmødre.

En stor andel av de som går ut av arbeidsstyrken før de fyller 62 år går over på helse-relaterte ytelser, uførepensjon eller AAP (tabell 2.7). Andelen AAP-mottakere blant unge seniorer varierte mellom 61 prosent i 2018 og 46 prosent i 2018. Andelen av disse som ble uføre økte noe, fra 24 prosent i 2011 til 31 prosent i 2018. Det var også en økende andel som tok ut alderspensjon fra folketrygden fra de fylte 62 år, fra 24 prosent i 2011 til 57 prosent i 2018, mens andelen uføre ble halvert fra over 22 til 11 prosent i denne aldersgruppen. Andelen som tok ut AFP gikk fra 19 prosent i 2011 til 16 prosent i 2019. AAP ble imidlertid lite benyttet blant seniorer i alderen 62–66 år.

Tabell 2.7 Mottak av ulike ytelser blant seniorer som forlot arbeidsstyrken.

	50–61 år			62–66 år			
	Uførepensjon	AAP	Alderspensjon	Uførepensjon	AAP	AFP	Alderspensjon
2011	23,6	54,4	0,0	22,5	4,4	19,0	24,2
2015	25,4	61,0	0,0	13,9	4,2	14,7	53,5
2018	31,0	46,4	0,0	10,7	2,3	16,2	56,9

Som vi har sett over har det vært en økende andel av de som forlater sykehusene som også forlater arbeidsmarkedet. I 2018 var det likevel en tredjedel av seniorene som forlot sykehusene som fortsatte i arbeid andre steder, og andelen var høyere tidligere. Seniorene som forlater sykehusene uten å slutte å jobbe, gikk i stor grad til liknende næringer (tabell 2.8). Den klart største andelen gikk til andre sykehustjenester, blant annet til psykisk helsevern. En stor andel går også til pleie- og omsorgstjenestene. Andelen som går til vikarbyråer har økt gjennom perioden, til nesten 5 prosent i 2018.

Tabell 2.8 De største næringsgruppene blant seniorer som forlot sykehusene og fortsatt i annet arbeid. Prosent

Næring med to-sifret næringskode	2011	2015	2018
78 - Arbeidskrafttjenester	1,0	1,2	4,8
85 - Undervisning	2,4	4,4	4,1
86 - Andre sykehustjenester	64,0	60,5	59,1
87 - Pleie- og omsorgstjenester	14,2	18,4	16,6
88 - Sosiale omsorgstjenester	4,9	5,6	6,5
Øvrige tjenester	13,5	9,9	8,9

2.4 Oppsummering

Antall ansatte i pleieryrker på sykehusene, spesialsykepleiere inkludert jordmødre, sykepleiere, hjelpepleiere/helsefagarbeidere og andre pleiemedarbeidere, økte fra omtrent 37 000 i 2011 til 40 000 i 2019. På grunn av kraftig rekruttering av unge, særlig på slutten av perioden har andelen seniorer, ansatte 50 år og eldre, blitt noe redusert. Antallet seniorer har imidlertid ligget stabilt over 12 000 ansatte.

Andelen seniorer har vært høyere blant kvinner enn blant menn, men menn jobber i større grad i heltidsstillinger. Ser en på de ulike yrkesgruppene som inngår utmerker spesialsykepleiere og særlig hjelpepleiere/helsefagarbeidere seg med høyest andel seniorer. Spesialsykepleiere har også høyest andel i heltidsstillinger, mens hjelpepleiere/helsefagarbeidere hadde lavest andel som arbeidet heltid.

Avgang fra sektoren har vært stabil gjennom perioden, men det har vært en økende andel som står i disse yrkene fram til pensjonering framfor å bytte jobb. Menn går oftere til nytt arbeid andre steder. Blant yrkesgruppene er det hjelpepleiere/helsefagarbeidere som i størst grad blir værende på sykehusene til de forlater arbeidsstyrken.

Avgangsmønstrene har vært stabile gjennom perioden, generelt noe høyere i 2011 enn i 2015 og 2018, men andelen som forlater arbeidsstyrken øker tydelig ved fylte 62, 65 og 67 år i alle årene. De fleste som forlater arbeidsstyrken før de når 62 år mottar enten AAP eller uførepensjon. Blant dem som går av fra 62 år har det vært en økende andel som tar ut pensjon fra folketrygden, men også der er det en del uføre. De som fortsetter i arbeid andre steder går som regel til andre sykehustjenester.

3 Veier ut av sykehusjobben

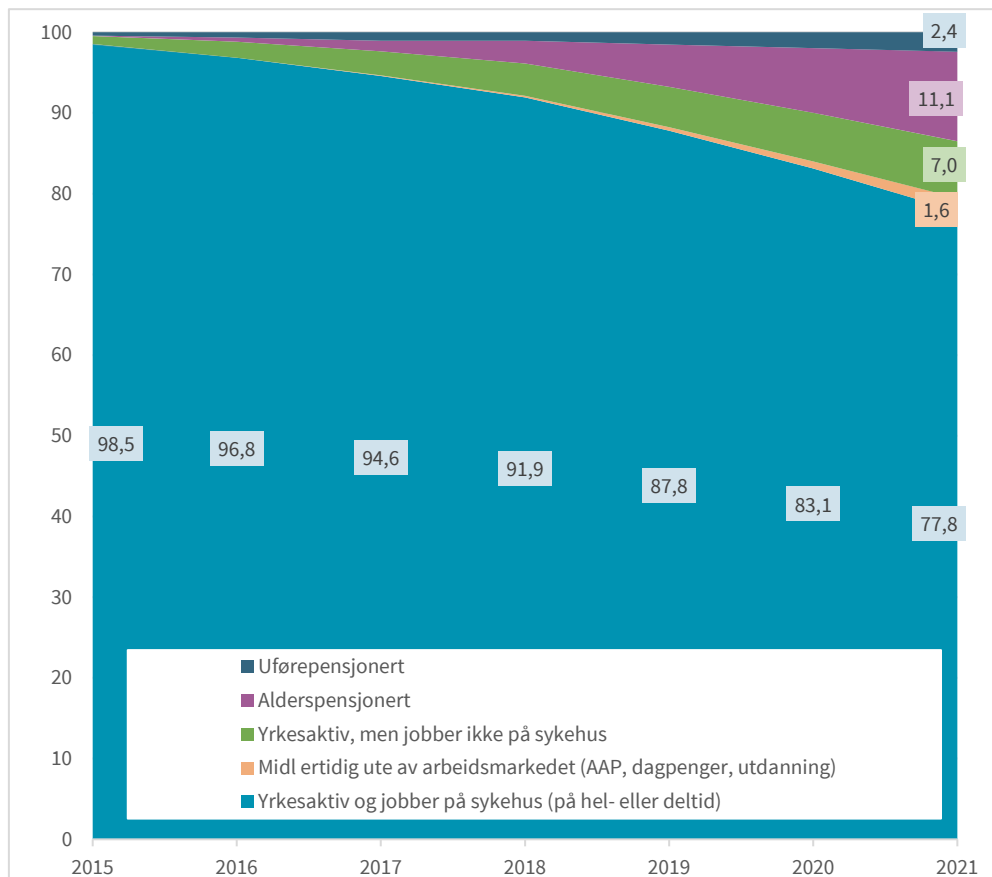
I dette kapitlet tar vi utgangspunkt i data fra den nettbaserte spørreundersøkelsen blant NSFs og Fagforbundets medlemmer født mellom 1954 og 1968. Vi ser på andelen blant sysselsatte i 2015 som per desember 2021 hadde sluttet i sykehusjobben, og undersøker hvor mange av disse som har gått over til annen jobb, blitt mottakere av AAP eller uførepensjon eller valgt å gå av med alderspensjon. Dette gjøres for utvalget samlet og separat for følgende grupper: 1) sykepleiere med spesialisering/videreutdanning, 2) sykepleiere uten spesialisering/videreutdanning, 3) Hjelpepleiere/helsefagarbeidere med videreutdanning, 4) Hjelpepleiere/helsefagarbeidere uten videreutdanning, samt en 5) restkategori av andre pleieyrker/-stillinger. I tillegg har vi sett nærmere på frafallsmønsteret blant åtte ulike undergrupper av sykepleiere, hvor antallet i utvalget utgjorde minimum 70 personer.

3.1 Frafallet

Frafall eller avgang fra sykehussektoren vil i denne sammenheng si at en enten har forlatt et yrke eller en stilling i sykehussektoren til fordel for et annen jobb eller yrke i en annen bransje eller næring, at en er varig utenfor arbeidsmarkedet og nå mottar alderspensjon fra folketrygden, AFP- eller tjenstepensjonsordningen, mottar uførepensjon, eller er midlertidig ute arbeidsmarkedet da en mottar arbeidsavklaringspenger, ledighetstrygd, er under utdanning, eller av andre grunner ikke lenger jobber på sykehus.

22,2 prosent av de som var sysselsatt på sykehus i 2015 og deltok i undersøkelsen, var per desember 2021 ikke lenger sykehusansatt (figur 3.1). Hoveddelen av disse hadde blitt alderspensjonister (11,1 prosentpoeng). I tillegg var noen uførepensjonert (2,4 prosentpoeng) eller mottakere av arbeidsavklaringspenger eller ledighetstrygd. (1,6 prosentpoeng). Det var bare 7 prosentpoeng som i løpet av 7-årsperioden hadde valgt å skifte til annet arbeid utenfor sykehus. Samlet utgjorde de som hadde byttet jobb 31,5 prosent av alle som forlot sykehussektoren i perioden. Det betyr at hoveddelen av frafallet skyldtes pensjonering og/eller sykdom eller uførhet.

Figur 3.1 Andelen i utvalget som i løpet perioden 1.12.2015–15.12.2021 fortsatt var yrkesaktive eller hadde sluttet i sykehusjobben, etter type avgang og tidspunkt for avgangen. Prosent. n = 5450.



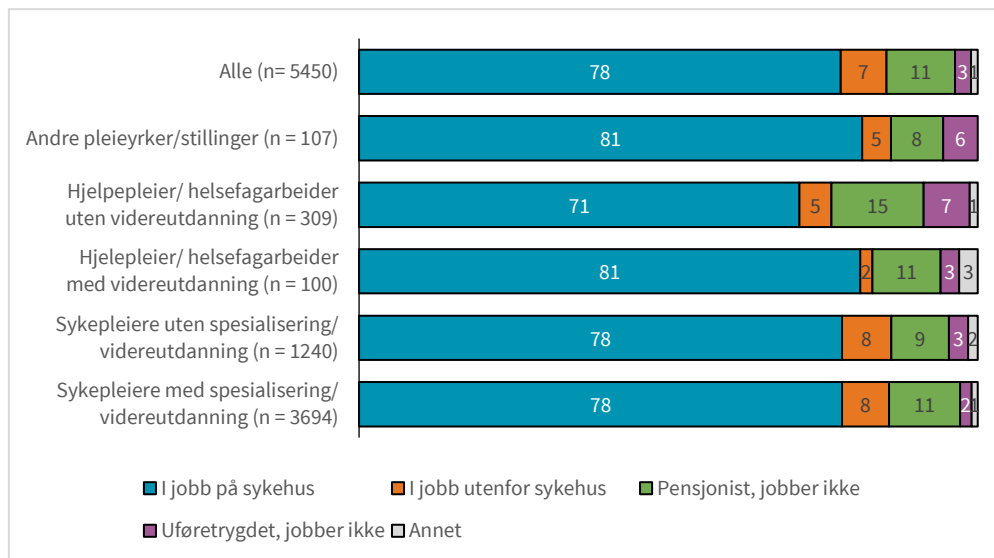
Det samlede frafallet i perioden var høyest blant hjelpepleiere/helsefagarbeidere uten videreutdanning (figur 3.2), hvor nærmere 29 prosent hadde forlatt sykehusjobben etter 2015. Av disse hadde 5 prosentpoeng funnet seg annet arbeid i løpet av 7-årsperioden. Fraffallet har i all hovedsak sammenheng med overgang til alderspensjon (15 prosent) eller uførepensjon (7 prosent).

Blant hjelpepleiere/helsefagarbeidere med videreutdanning var det, til sammenligning, 19 prosent som hadde forlatt sykehusjobben, hvorav 2 prosentpoeng hadde skiftet jobb, 11 prosentpoeng hadde gått av med alderspensjon, 3 prosentpoeng med uførepensjon og de øvrige var på AAP, ledige eller under utdanning.

Til forskjell fra hjelpepleiere/helsefagarbeidere er det små forskjeller i frafall mellom sykepleiere med og uten spesialisering/videreutdanning. I begge grupper var det snaut 22 prosent som hadde forlatt sykehusjobben siden begynnelsen av 2015. Sammenlignet med hjelpepleierne/helsefagarbeiderne er det flere som har skiftet jobb. Det gjaldt 8 prosent av sykepleierne uten spesialisering/videreutdanning og 8 prosent av sykepleiere med spesialisering/videreutdanning.

I restkategorien andre yrker er det samlede fraffallet mindre enn blant både sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere. 19 prosentpoeng har forlatt sykehusene, hvorav 5 prosentpoeng gikk over til annen arbeidsgiver/annet yrke, 8 prosentpoeng til alderspensjon og 6 prosentpoeng til uførepensjon.

Figur 3.2 Andelen i utvalget som har sluttet i sykehusjobben i perioden 2015 til desember 2021, etter stillingskategori. Prosent.



Figur 3.3 viser frafallet innen åtte ulike sykepleierspesialiteter, henholdsvis blant intensivsykepleiere, psykiatriske sykepleiere, kreftsykepleiere, operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere, barnesykepleiere, jordmødre og akuttsykepleiere.

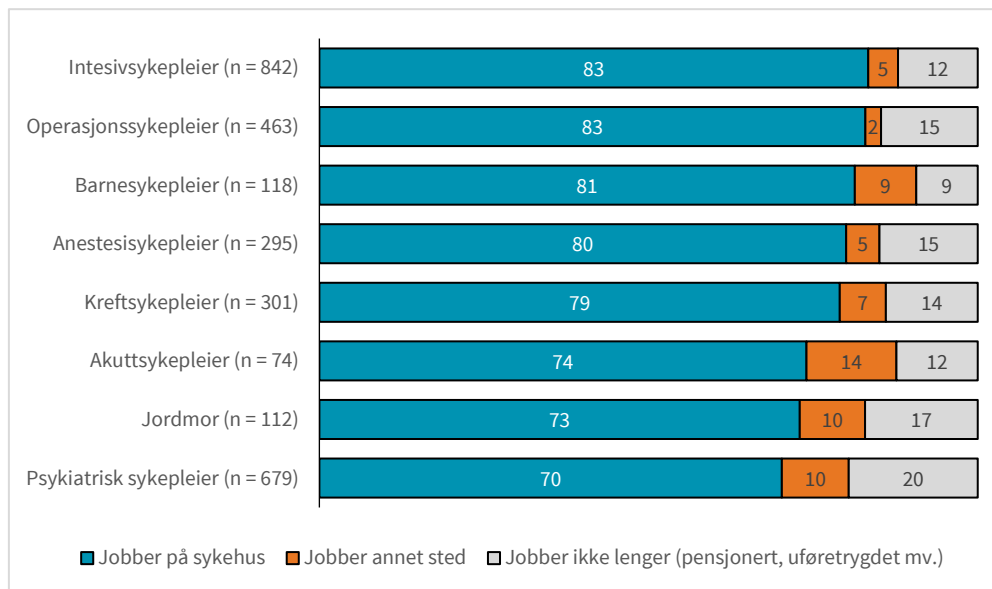
Blant disse har det samlede frafallet siden 2015 vært høyest blant psykiatriske sykepleiere (30 prosent), jordmødre (27 prosent) og akuttsykepleiere (26 prosent), og lavest blant intensivsykepleiere (17 prosent), operasjonssykepleiere (17 prosent) og barnesykepleiere (18 prosent).

Ser en bare på jobbskifte er det flest som har forlatt sykehusjobben til fordel for annen arbeidsplass blant akuttsykepleierne (14 prosent), de psykiatriske sykepleierne (10 prosent), jordmødrene (10 prosent) og barnesykepleierne (9 prosent).

Tilsvarende er andelen som ikke lenger jobber, da de har gått av med alderspensjon, uførepensjon eller mottar AAP, høyest blant psykiatriske sykepleiere (20 prosent), jordmødre (17 prosent), anestesisykepleiere (15 prosent) og operasjonssykepleiere (15 prosent), og aller lavest blant barnesykepleierne (9 prosent).

Andelen pensjonerte og trygdede i de ulike stillingskategoriene vil naturlig nok påvirkes av aldersfordelingen innad i yrkesgruppa. Gjennomsnittsalderen for de ulike sykepleierspesialitetene i utvalget varierer med 0,8 år, fra 59,3 år for kreftsykepleiere til en gjennomsnittsalder i 2021 på 60,1 år for anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere. Tilsvarende varierer andelen innen hver gruppe som er 62 år og eldre fra drøye 31 prosent blant kreftsykepleierne til nærmere 42 prosent blant jordmødrene. Det er derfor liten grunn til å tro at forskjellene alene skyldes alder eller ulikhet i andelen i de ulike gruppene som har passert 62 år, og slik sett har hatt mulighet til å ta ut alderspensjon, AFP eller særalderspensjon etter 85-årsregelen. Unntaket er jordmødre, hvor den store andelen over 62 år nok delvis kan forklare en noe høyere andel frafall grunnet pensjonering i denne yrkesgruppen. Det samme gjelder imidlertid ikke for psykiatriske sykepleiere og kreftsykepleiere.

Figur 3.3 Andelen som fortsatt jobber på sykehus, jobber et annet sted eller ikke lenger er i jobb blant ulike grupper av sykepleiere etter spesialitet. Prosent.



3.2 Å jobbe et annet sted for en stund eller søke på en jobb utenfor sykehus

I litteraturen om jobbskifte er det vanlig å skille mellom turnoverintensjoner og faktisk turnover, da årsakene kan være ganske forskjellige. Mange som har intensjoner om å slutte, søker seg aldri til annet arbeid, ei heller slutter om de skulle få tilbud om en annen jobb. Det å søke annet arbeid betyr jo heller ikke alltid at en får tilbud om ny jobb.

I tillegg til personer som varig har forlatt sykehussektoren, reelt frafall, kartlegges andelen som oppgir at de har søkt seg til en jobb utenfor sykehus i løpet av 7-årsperioden fra begynnelsen av 2015 til utgangen av 2021, samt andelen som oppgir at de har jobbet utenfor sykehus i kortere eller lengre perioder i løpet av samme tidsrom. Disse to gruppene vil gi en indikasjon på hvor mange som har ønsket seg bort fra sykehusjobben, utover de som faktisk har sluttet. Den første gruppa har, som sagt, ønsket seg bort og i tillegg gjort noe aktivt for å realisere dette, selv om de ennå ikke har lyktes med å få ny jobb eller ennå begynt i den nye jobben, mens den andre gruppa har sluttet, men angret seg og valgt å gå tilbake til sykehusjobben.

For disse to gruppene har vi ikke oversikt over henholdsvis hvilke år de har jobbet andre steder enn på sykehus, eller akkurat hvilke år de søkte på jobb(er) utenfor sykehussektoren.

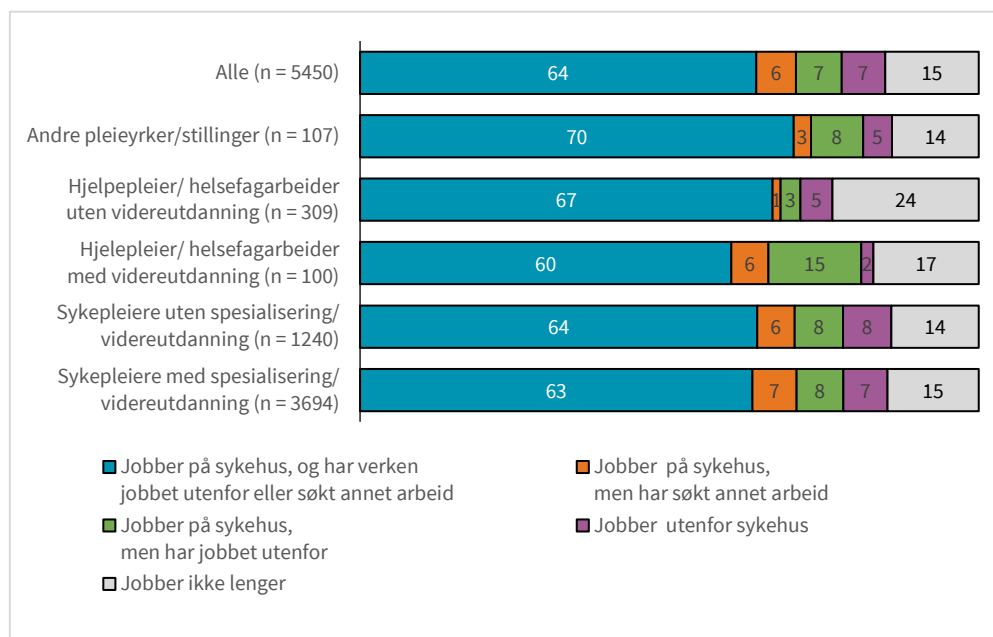
Som figur 3.4 viser, oppgir 7 prosent at de har jobbet utenfor sykehus i kortere eller lengre tid i perioden 2015 til utgangen av 2021, mens 6 prosent oppgir at de har søkt på én eller flere jobber utenfor sykehus i løpet av perioden, men ikke jobbet annet sted. Om vi inkluderer disse to gruppene, er det 36 prosent som har søkt seg bort eller faktisk sluttet i sykehusjobben, varig eller for en periode, mens 64 prosent av dem som jobbet på sykehus i 2015 har vært i sykehusjobben hele tiden og heller ikke søkt annet arbeid.

Ser vi på forskjellen mellom sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere er det færre som har blitt værende i sykehusjobben gjennom hele perioden og ikke søkt seg

annet arbeid blant sykepleiere (63 prosent) enn blant hjelpepleiere/helsefagarbeidere (65 prosent). I det andre ytterpunktet finner en andre pleieyrker/-stillinger, hvor sju av ti har vært i sykehusjobben i hele perioden uten å ønske seg bort. Det er likevel stor forskjell innad i gruppen hjelpepleiere/helsefagarbeidere, da bare 60 prosent av dem uten videreutdanning har blitt værende, mens det gjelder 67 prosent av de med videreutdanning. Blant sykepleiere finner vi ikke en tilsvarende forskjell etter utdanningsnivå.

Tar vi en litt annen innfallsvinkel og ser bort fra de som er helt ute av arbeidslivet på grunn av uførhet eller alderspensjonering, er det blant sykepleiere en finner den høyeste andelen seniorer som har søkt seg bort fra yrket. Det gjelder 22 prosent av sykepleierne, uavhengig av spesialisering/utdanningsnivå, mot 19 prosent blant hjelpepleierne/helsefagarbeiderne. Det er likevel blant hjelpepleierne/helsefagarbeiderne med videreutdanning at andelen er aller høyest. Her har 23 prosent gått over til annet arbeid, varig eller midlertidig eller søkt på annet arbeid, mens det samme gjaldt for bare 9 prosent av hjelpepleierne/helsefagarbeiderne med videreutdanning. I gruppen andre utgjør de, til sammenligning 16 prosent.

Figur 3.4 Andelen som har jobbet et annet sted, og andelen som har søkt arbeid utenfor sykehus, i perioden 2015–2021, etter type utdanning. Prosent.



3.3 Oppsummering

Drøyt en av fem sykepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere og pleiemedhjelpere over 50 år som jobbet på sykehus i 2015, hadde sluttet i jobben ved utgangen av 2021. Halvparten av frafallet skyldes alderspensjonering, drøyt én tidel uførepensjonering og snaut én tidel overgang til arbeidsavklaringspenger eller ledighetstrygd. Kun en tredjedel av frafallet er jobbytte.

Utover den drøye femtedelen som har sluttet i sykehusjobben, var det 7 prosent som hadde jobbet utenfor sykehus i kortere eller lengre perioder fra 2015 til utgangen av 2021, mens 6 prosent hadde søkt seg til jobber utenfor sykehus, men ikke jobbet annet sted. Om vi inkluderer disse to gruppene, er det 36 prosent som har søkt seg

bort eller faktisk sluttet i sykehusjobben, varig eller for en periode, mens 64 prosent av de som jobbet på sykehus i 2015 har vært i sykehusjobben hele tiden og heller ikke søkt seg bort.

Om en ser bort fra frafall som skyldes pensjonering, uførhet og andre helserelaterte ytelser, betyr det at én av fem 50-åringer i løpet av 7-årsperioden enten har byttet til jobb utenfor sykehus, søkt seg til jobb utenfor sykehus, eller jobbet en periode utenfor sykehus.

4 Begrunnelser for å søke seg til annet arbeid

En kan ha ulike beveggrunner for å ønske å slutte i jobben (Midtsundstad, 2016). Det kan ha sammenheng med strukturelle forhold som gjør at en må skifte jobb, som at en har hatt en midlertidig jobb, et tidbegrenset vikariat eller har mistet jobben av andre grunner. Men det kan også være forhold og omstendigheter knyttet til privatsfæren, som flytting og/eller lang reisevei, som gjør at en ønsker seg jobb nærmere bostedet. Egne helseproblemer eller at noen i nær familie har fått helseproblemer kan også føre til at en ønsker en mindre belastende eller en mer fleksibel jobb. Men jobbskifte kan også ha sammenheng med ønske om forandring og personlig utvikling, at en for eksempel vil ha en mer utfordrende eller bedre betalt jobb. Sist, men ikke minst kan det å ønske å slutte eller faktisk slutte, ha sammenheng med forhold på arbeidsplassen og i arbeidsmiljøet, som at arbeidet oppleves som for belastende fysisk eller psykisk, at det er uenighet/konflikt med leder og/eller kollegaer, at en opplever å ha få utviklingsmuligheter i jobben, at arbeidspresset er for stort eller fagmiljøet for begrenset. Og det er primært disse arbeidsplassrelaterte faktorene det er interessant å fokusere dersom en ønsker å forebygge frafall gjennom tiltak på arbeidsplassen.

Tidligere studier har vist at begrunnelsene for å vurdere å flytte på seg og det å faktisk søke seg bort kan være svært ulike (Midtsundstad, 2016; Hilsen & Tofteng, 2016; Tofteng & Hilsen, 2016). I undersøkelsen har vi derfor sett separat på begrunnelsene hos sykehusansatte som har vurdert å søke annet arbeid, men ennå ikke gjort det, og ansatte som faktisk har søkt seg til annet arbeid.

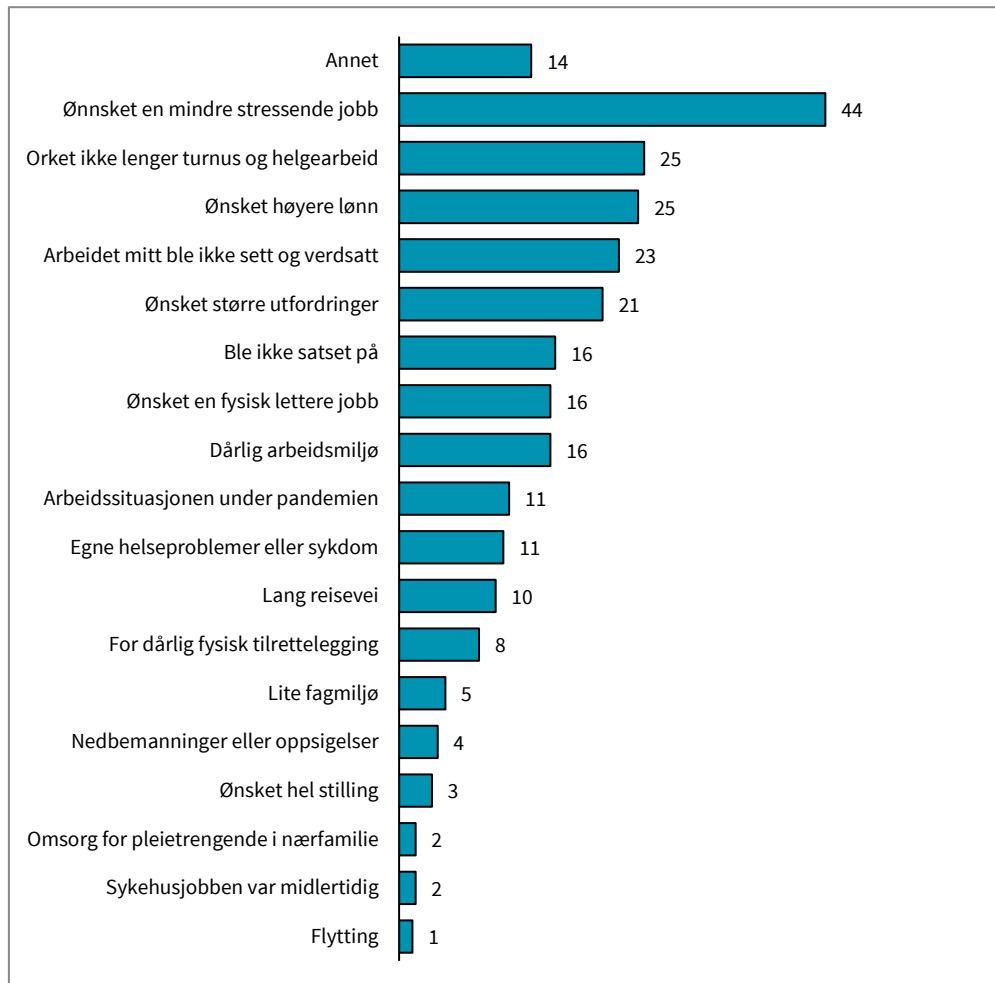
4.1 Begrunnelse for å søke annet arbeid

De viktigste begrunnelsene for å søke seg bort fra sykehusjobben blant sykepleiere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere er knyttet til arbeidssituasjonen og til manglende verdsetting (figur 4.1). 44 prosent oppga ønske om en mindre stressende jobb som svært viktig, 25 prosent at de ikke lenger orket turnus og helgearbeid, mens 22 prosent vektla manglende verdsetting. Én av seks relaterte det i tillegg til et dårlig arbeidsmiljø og ønske om en fysisk lettere jobb. Det er i tillegg drøye 10 prosent som sier at de søker seg bort på grunn av helseproblemer. 11 prosent oppgir også å ha søkt annet arbeid som følge av koronasituasjonen.

Men for en del er det å søke seg bort fra sykehusjobben relatert til ønske om større utfordringer (21 prosent), høyere lønn (25 prosent) og et ønske om å bli satset på (16 prosent). Det kan indikere at en annen viktig driver bak jobbytte, i tillegg til belastningene ved yrket, er karriereambisjoner og ønske om faglig utvikling.

Faktorer som flytting, midlertidig jobb/vikariat, nedbemanning/oppsigelse, lite faglig miljø, manglende tilrettelegging, omsorgsforpliktelser og ønske om hel stilling synes derimot å ha marginal betydning.

Figur 4.1 Andelen som mener følgende forhold har stor betydning for at de søkte arbeid utenfor sykehus. Flere svar mulig. Prosent. n = 351.



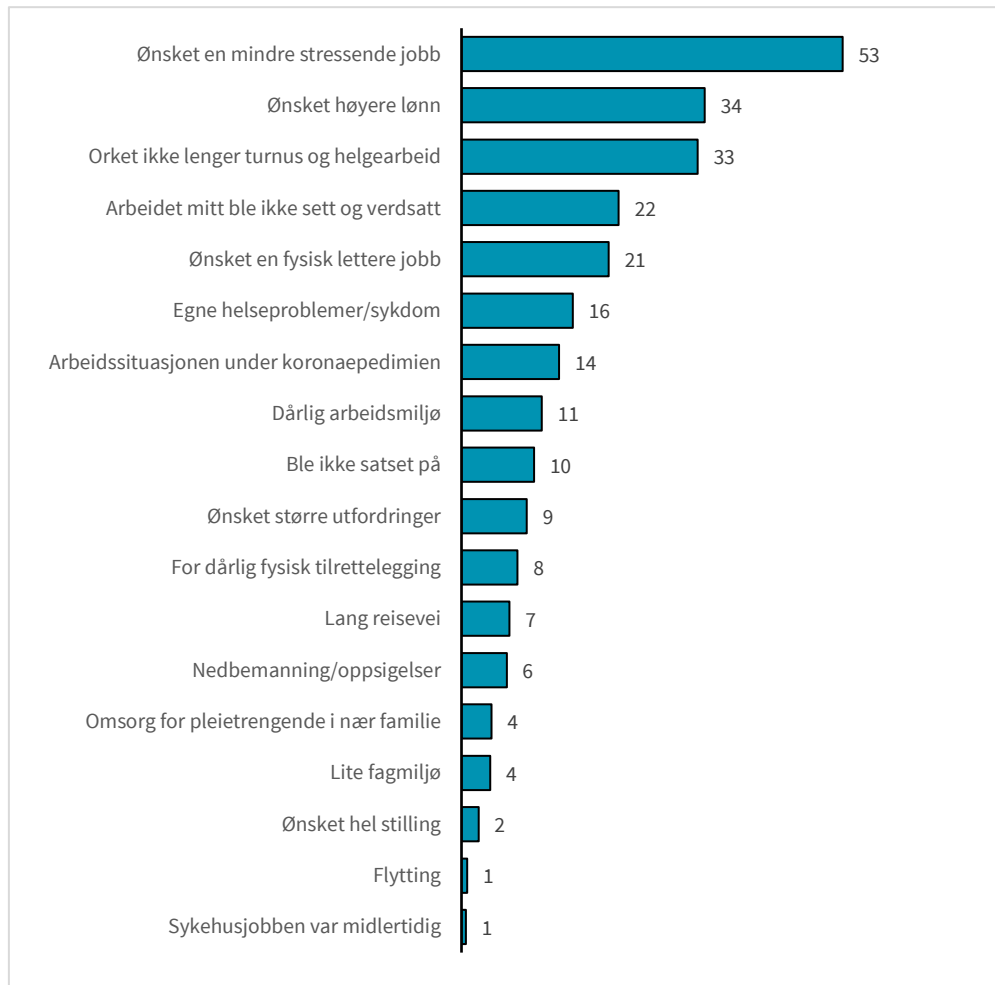
Sammenligner en hva de som har vurdert å søke (figur 4.2) med hva de som faktisk har søkt (figur 4.1) vektlegger, framkommer et interessant mønster, som kanskje kan gi en pekepinn om hva som avgjør om en tar det endelige skrittet og søker seg bort.

Selv om begge grupper legger mest vekt på det stressende ved jobben, at de ikke lenger orker turnus og helgearbeid og i liten grad føler seg sett og verdsatt, er det langt flere som ønsker en mer utfordrende jobb (21 prosent) og ikke opplever å bli satset på (16 prosent) blant dem som faktisk har søkt annet arbeid enn blant dem som bare har vurdert det. Det indikerer at misnøye med arbeidstidsordningene, jobbstresset og lønn ikke i alltid er tilstrekkelig for å ta skrittet og faktisk søke seg bort.

Samtidig ser vi at helseproblemer og egen sykdom langt oftere oppgis som en viktig grunn blant de som vurderer å søke enn blant de som har søkt, henholdsvis 16 mot 11 prosent. At det likevel ikke har fått de helt store konsekvensene for jobbsøkingen kan indikere at en vet, eller kanskje heller frykter at det kan være vanskeligere å finne seg annet arbeid når en sliter med helsa.

Vi ser også at flere av de som har søkt annet arbeid enn de som bare har vurdert å søke, vektlegger flytting, som jo i mange sammenhenger gjør at en må bytte jobb, enten en ønsker det eller ikke.

Figur 4.2 Andelen som mener følgende forhold har stor betydning for at de har vurdert å søke seg til arbeid utenfor sykehus. Flere svar mulig. Prosent. n = 1845.



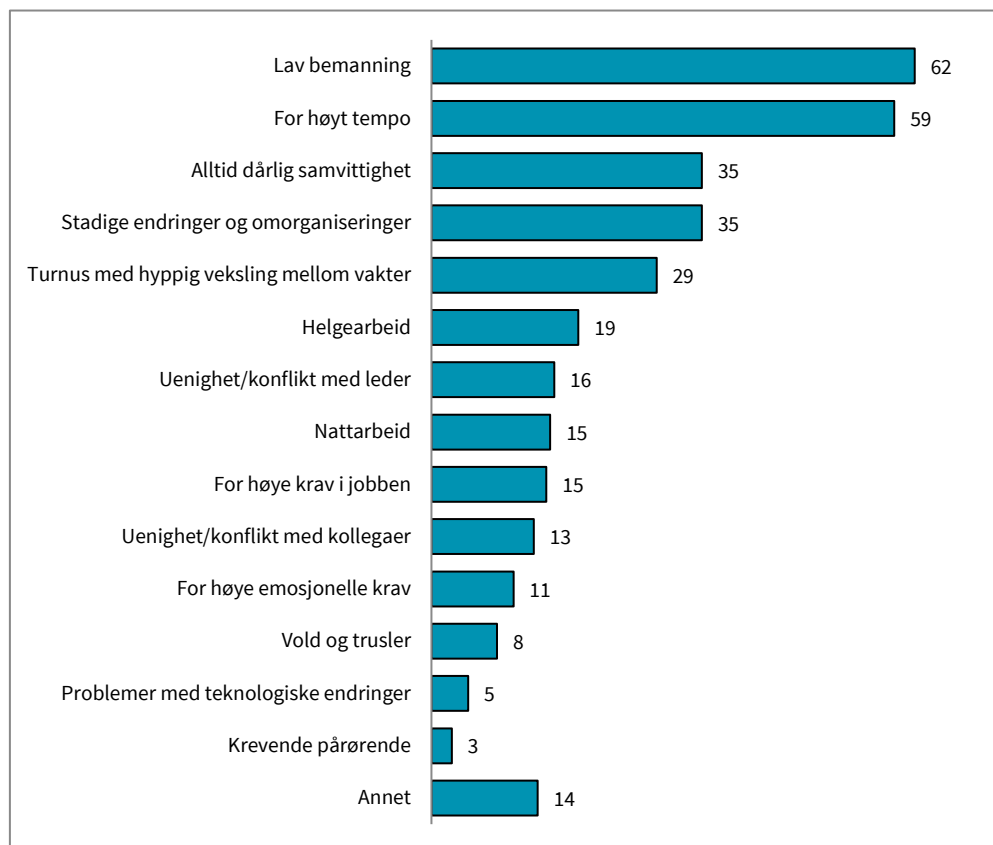
4.2 Hva mener jobbsøkerne bidrar til stress og dårlig arbeidsmiljø?

Drøyt halvparten av de som har søkt seg til annet arbeid oppgir at de ønsket en mindre stressende jobb og/eller søkte seg bort fordi de opplevde arbeidsmiljøet som dårlig. Vi ba dem oppgi hva de mente bidro til dårlig arbeidsmiljø og hva ved arbeidet de konkret opplevde som stressende.

Det flest la vekt på var lav bemanning og høyt tempo. Hele seks av ti av de som hadde begrunnet jobbsøkingen med et stressende og/eller dårlig arbeidsmiljø, tillia disse to faktorene betydning. I tillegg var det drøyt én av tre som vektla at de alltid hadde dårlige samvittighet, og følte seg stresset av stadige endringer og omorganiseringer. Langt færre, men likevel en betydelig andel mente også at helgearbeid (19 prosent), nattarbeid (15) og turnus med hyppig skifte av vakter (29 prosent) særlig bidro til stress og/eller dårlig arbeidsmiljø, slik at de ønsket seg bort. Da snaut 30 prosent oppgir å ha nattarbeid og 25 prosent jobber i helgene, indikerer det at andelen som sliter med henholdsvis natt- og/eller helgearbeid utgjøre drøyt halvparten av de med nattskift og nesten tre av fire av de som jobber i helgene.

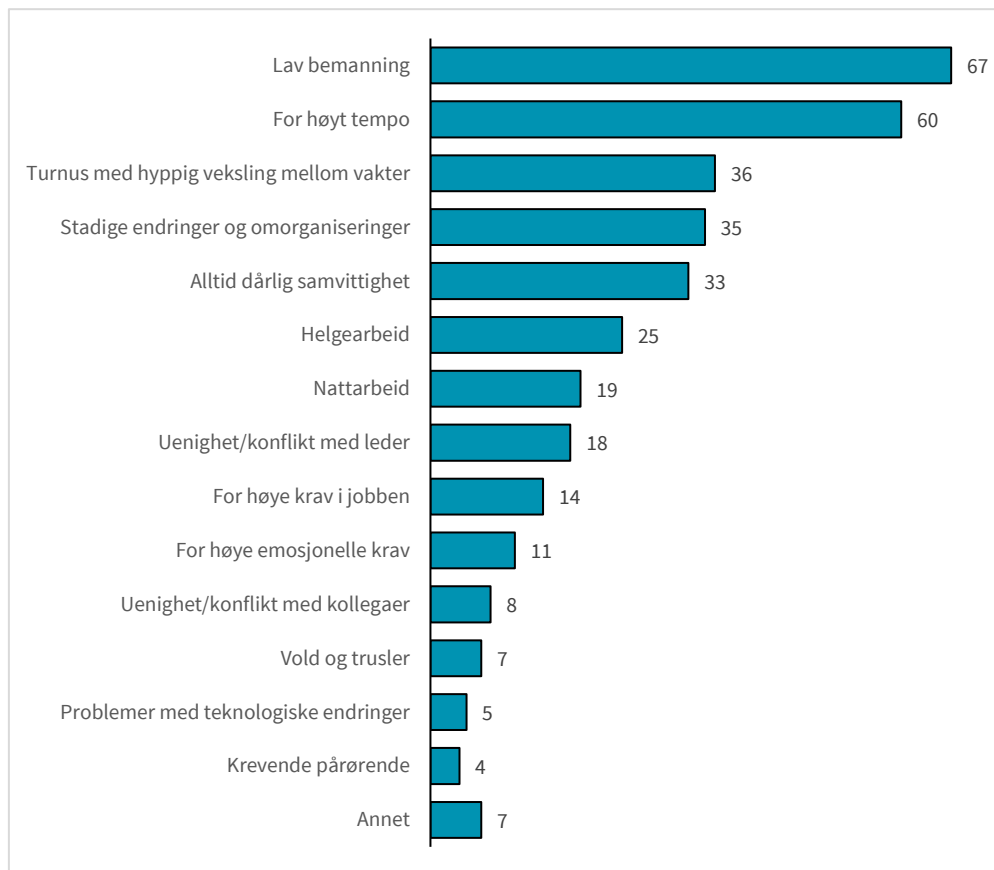
Mellom 10 og 15 prosent av søkerne relaterte også stress og dårlig arbeidsmiljø til uenighet og konflikt på arbeidsplassen, og da særlig med leder. Andre arbeidsmiljøbelastninger som enkelte av jobbsøkerne mener er stressende og bidrar til dårlig arbeidsmiljø, er vold og trusler (8 prosent), vansker med å henge med i den teknologiske utviklingen (5 prosent) og krevende pårørende (3 prosent).

Figur 4.3 Andel blant dem som *har søkt seg annet arbeid* som mener følgende forhold ved jobben bidrar til dårlig arbeidsmiljø eller oppleves som særlige stressende. Flere svar mulig. Prosent. n = 191.



Blant de som hadde vurdert å søke ny jobb, var det også rundt seks av ti som pekte på stress og dårlig arbeidsmiljø som medvirkende årsaker til at de ønsket å slutte (figur 4.4). Som hos jobbsøkerne var det lav bemanning og høyt tempo flest anså som stressende og en viktig kilde til dårlig arbeidsmiljø, i tillegg til stadige endringer og omorganiseringer, og følelsen av alltid å ha det dårlig samvittighet. En god del pekte også på arbeidstidsordningen med helgearbeid, nattevakter og turnuser med stadig skiftende vakter som viktige, medvirkende faktorer. 18 prosent angir også uenighet/konflikt med leder som en vesentlig grunn til at de opplever arbeidsmiljøet som dårlig og jobben som stressende – og derfor ønsker seg et annet arbeid.

Figur 4.4 Andel blant dem som har vurdert å søke seg annet arbeid som mener følgende forhold ved jobben bidrar til dårlig arbeidsmiljø eller oppleves som særlige stressende. Flere svar mulig. Prosent. n = 1097.



4.3 Oppsummering

De viktigste grunnene for å søke seg bort fra sykehusjobben er knyttet til arbeidssituasjonen og arbeidsbelastningene. Men karriereambisjoner og ønske om faglig utvikling er også viktig for mange. Kun én av ti søkte seg bort på grunn av helseproblemer.

Nærmere halvparten av søkerne ønsket seg en mindre stressende jobb og drøyt tjue prosent ga uttrykk for at de ville bort fra turnusarbeidet. I tillegg relaterte rundt 15 prosent jobbsøkingen til et generelt dårlig arbeidsmiljø og/eller ønske om en fysisk lettere jobb. Nærmere 25 prosent skrev at manglende verdsetting var en viktig årsak.

Drøyt 20 prosent hadde imidlertid søkt seg bort fordi de ønsket større utfordringer, og 15 prosent fordi de ikke ble satset på. 25 prosent hadde også ønsket en jobb med høyere lønn.

Det jobbsøkerne mente særlig bidro til dårlig arbeidsmiljø og stress var lav bemanning, høyt tempo og stadig endringer og omorganiseringer. En tredjedel av dem vektla også stresset forbundet med å alltid ha dårlige samvittighet. Langt færre, men likevel en betydelig andel, mente helgearbeid, nattarbeid og turnus med hyppig skifte av vakter også bidro til dårlig arbeidsmiljø og stress. Det samme gjaldt uenigheter og konflikter på arbeidsplassen, og da særlig med leder. Andre arbeidsmiljøbelastninger som kan være krevende og slitsomme for dem det gjelder, selv om få vektla dem, var

stress forbundet med vold og trusler, vansker med å henge med i den teknologiske utviklingen og det å oppleve krevende pårørende.

Flytting, midlertidig jobb eller vikariat, nedbemanning og oppsigelser, lite faglig miljø, manglende tilrettelegging, omsorgsforpliktelser og ønske om hel stilling synes derimot å ha marginal betydning.

5 Begrunnelser for å tidligpensjonere seg

Årsakene til tidlig pensjonering er mange og sammensatte (se blandt andre Nilsson, 2016, 2020; Midtsundstad, 2015; Hasselhorn & Apt, 2015; Poulson mfl., 2017). I de fleste tilfeller er det heller ikke ett forhold alene, men gjerne flere sammen som bidrar til at noen velger å pensjonere seg tidlig. De kan være knyttet til private og familieære forhold, til forhold på arbeidsplassen eller til rammebetingelser som pensjonssystemet og arbeidsmarkedet. Det vil si, årsakene kan være alt fra egne helseproblemer kombinert med en stressende, travel og belastende arbeidshverdag, syk ektefelle eller omsorg for gamle foreldre, ønske om mer tid sammen med pensjonert ektefelle og barnebarn, god økonomi og tilfredstillende pensjonsopptjening, som gjør det mulig å gå av, lang fartstid og en følelse av å ha ytt sin skjerv, belastningen ved stadige omorganiseringer og endringer i oppgaver og ansvar, dårlig ledelse og manglende verdsetting til det å ikke få tilrettelegging og tilpasning av arbeidet ved behov.

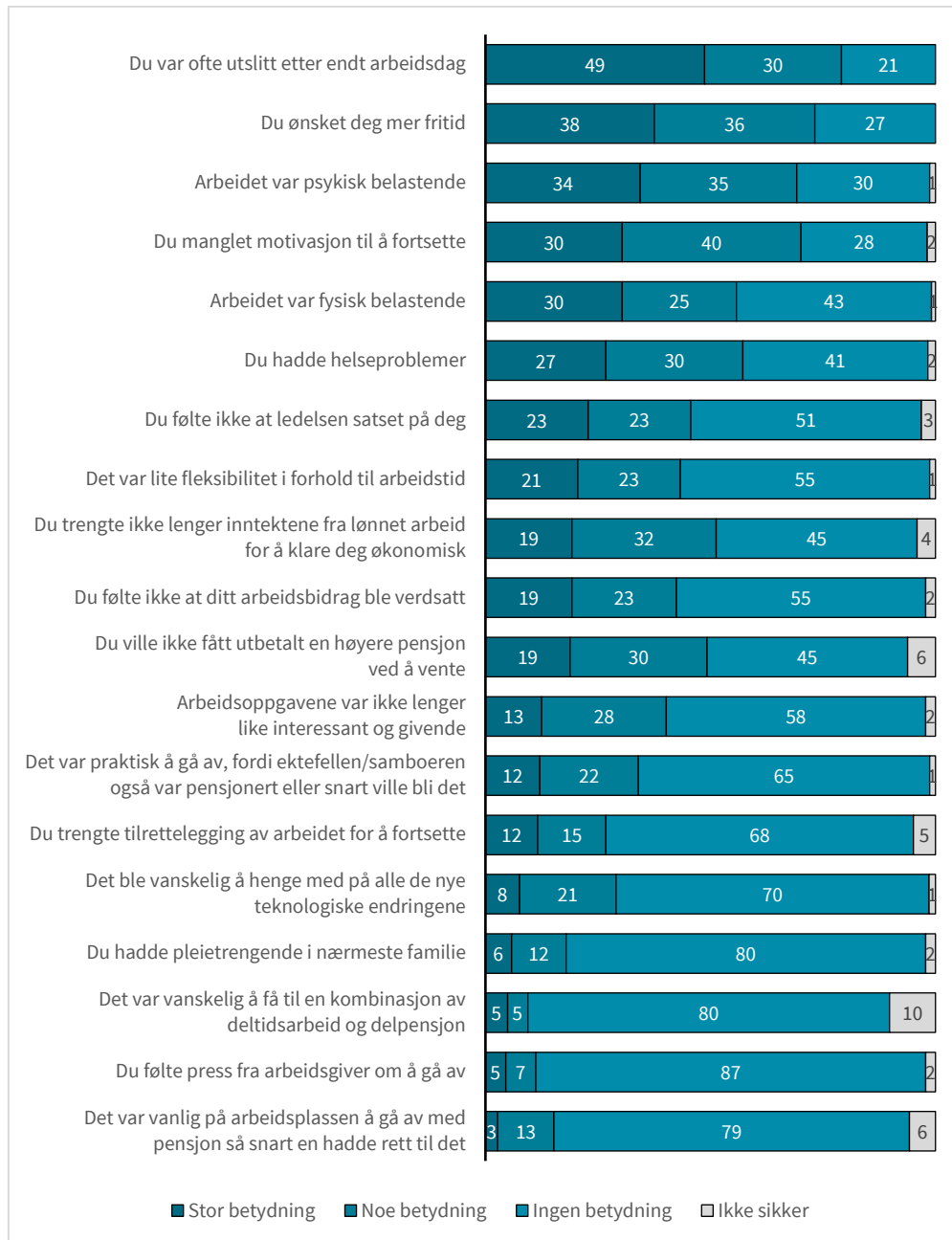
5.1 Hvorfor gå av som 62-åring?

Det flest tidligpensjonister begrunner avgangen med helseproblemer (27 prosent), at arbeidet var svært psykisk (34 prosent) eller fysisk belastende (30 prosent), at en følte seg utslitt etter endt arbeidsdag (49 prosent), og/eller ønsket seg mer fritid (38 prosent) (figur 5.1). Sistnevnte kan, som nevnt i flere tidligere studier (bl.a. Midtsundstad, 2002, 2005, Nielsen & Midtsundstad, 2013), like mye være et ønske om å slippe fri fra et belastende arbeid på grunn av helseproblemer, som ønske om fri i betydningen mer frihet til å gjøre hva en vil, da brorparten av de som vektlegger mer fritid også vektlegger helseproblemer og/eller et belastende arbeid.

For 30 prosent hadde det også vært viktig for avgjørelsen at arbeidsoppgavene ikke opplevdes som like interessante og givende. 12 prosent oppga også at de manglet motivasjon til å fortsette. 27 prosent hadde heller ikke følt at ledelsen satset på dem og sa at det hadde påvirket valget. Tilsvarende hadde manglende verdsetting vært viktig for 19 prosent. For 21 prosent hadde også lite fleksibel arbeidstid hatt stor betydning.

Det er derimot få som føler seg presset av ledelsen til å gå av tidlig, 5 prosent tillegger det stor betydning, eller sier at det er en kultur på arbeidsplassen som gjør at flertallet går av så tidlig som mulig, det har stor betydning for 3 prosent.

Figur 5.1 Andel blant dem som gikk av 62 år gamle som mente at følgende forhold hadde betydning for avgangen.. Flere svar mulig. Prosent. n = 224.



Manglende mulighet til å kombinere deltid og delvis pensjon ble heller ikke ansett som en viktig årsak av mange. 5 prosent tilla det stor betydning. 12 prosent mente likevel at manglende tilrettelegging av arbeidet var en vesentlig årsak til at de gikk av som 62-åringer. Dette ble også utdypet av enkelte i fritekstfeltet, hvor de kunne beskrive andre grunner til avgangen. Disse enkeltbeskrivelsene fra fritekstfeltet er ikke representative, da vi ikke vet hvor mange som opplever det akkurat slik det beskrives. Vi har likevel valgt å ta med enkelte av dem, da de gir oss et verdifullt innblikk i hvordan enkeltpersoner opplever og resonnerer omkring problematikken.

«Det ble ikke tatt noen hensyn til hva man orket av arbeidsoppgaver; driften av delingen kom før personalet!! Jeg var helt utbrent da jeg gikk av med pensjon!»

«Kombinasjonsstilling. Ønsket lenge å kunne slippe arbeid på sengepost da det var en liten stilling. Vanskelig å bli oppdatert. Lite kontinuitet. Ble engstelig på grunn av nye arbeidsoppgaver. Fikk ikke lov til å gå over til kun poliklinikk-arbeid. Lite velvillighet fra ledelsen.»

«Det var ikke mulig å slippe arbeid på natt, selv etter å ha passert 60 år.»

«Hadde ikke noe annet valg siden arbeidsgiver nektet meg alle former for alternative arbeidsoppgaver og redusert stillingsprosent.»

Åtte prosent oppga også å ha problemer med å henge med på det tekniske og mente det hadde gjort det vanskelig å fortsette. Noe en også kunne lese ut av fritekstfeltene, hvor enkelte ga uttrykk for at de var redd for ikke lenger å mestre jobben:

«Ble mer og mer redd for å gjøre feil og forårsake skade eller død.»

«Jeg merket at jeg trenger mer tid til å utføre arbeidsoppgaver og til å sette meg inn i endringer. Fra før var der alt for lite tid til å utføre faglig godt nok arbeid. Det gikk på sikkerheten løs noe de yngre også merket. Jeg orket ikke leve med det presset lenger, nemlig angsten for å gjøre en fatale feil grunnet slitenhet og tidsnød. Flere eksempler på det allerede på arbeidsplassen.»

«Redd for å gjøre alvorlig feil.»

Selv om en ønsker å gå av tidlig, enten det skyldes dårlig helse, belastende arbeid, manglende motivasjon eller manglende verdsetting, vil det ikke alltid være mulig eller realistisk om en har stram økonomi. Motsatt vil det gi frihet til å velge dersom en har god økonomi og vet en vil få en akseptabel pensjon.

For 19 prosent hadde det hatt stor betydning at de visste de ikke trengte inntektene fra arbeidet for å klare seg økonomisk, og at de visste de ikke ville få høyere pensjon om de fortsatte noen år til. Førstnevnte kan enten bety at de anså den pensjonen de kunnen forvente som tilstrekkelig, og/eller at familien samlet hadde en økonomi som tillot nedgangen i inntekt pensjoneringen innebar.

Generelt tillegges likevel faktorer knyttet til familie- og privatsfæren begrenset betydning av pleierne. Kun 12 prosent mente koordinering av avgangen med ektefellen/partneren hadde stor betydning, det vil si at det var ønskelig å gå av fordi ektefellen var pensjonist eller snart skulle bli det.

Selv om det snakkes mye om belastningene knyttet til det å ha syke og pleietrengende foreldre eller annen i nær familie med omsorgsbehov, er det få av pleierne som angir at dette ble vektlagt da de selv bestemte seg for å gå av. Det er bare 6 prosent sier det hadde stor betydning.

Utover de begrunnelsene og årsakene vi konkret spurte om var det en god del som i fritekstfeltet vektla at lav bemanning kombinert med et generelt høyt arbeidspress, hadde vært det utslagsgivende. Nedenfor gjengis noen eksempler:

«Stort arbeidspress, som har økt fra år til år. Ble helt utslitt etter endt dag. Ellers fantastisk og interessant arbeidssted.»

«Underbemanning. Lei av travle vakter (etter 40 år) hvor ressursene ikke står i forhold til behovene.»

«Det ble hele tiden travlere og flere oppgaver på jobb, uten at bemanningen ble styrket. Selve pasientforholdet ble mer og mer overfladisk fordi "fast track" var det nye mantraet. Var fornøyd etter å ha jobbet i nesten 40 år, og tenkte at den yngre generasjon fikk overta.»

«Gjentatte omorganiseringer som ikke gjenspeilet det jeg så som riktig for organisasjonen og som jeg ikke kunne stå for som førstelinjeleder.»

«Var leder på 3. nivå med ansvar for poliklinikker og sengeposter. Det var krav til innsparinger hvert år i forbindelse med budsjettet. Følte at dette etter hvert gikk utover kvaliteten, (nesten utover pasientsikkerheten), da årsverk måtte tas bort. Lite tid til utviklings- og forbedringsarbeid. Da var det greit å kunne gå av med tidligpensjon.»

Noen påpekte også i fritekstfeltet, under andre grunner, problematiske sider ved samhandlingsreformen, pakkeforløpene, stadige omorganiseringer og det økte rapporterings- og dokumentasjonskravene:

«Dårlig samvittighet hver dag ovenfor pasientene. Brukte mer tid på dokumentasjon og praktiske gjøremål.»

«Det ble etterhvert demotiverende og lite givende å jobbe som psykiatrisk sykepleier på Distrikts Psykiatrisk Senter (DPS). Viktig med dokumentasjon, men for mye av tiden ble brukt til dette i stedet for pasientbehandling. Mye meningsløs koding av gjøremål, vanskelig med pakkeforløp ved psykiske lidelser.»

«Samhandlingsreformen. Jeg jobbet i psykiatrisk poliklinikk, og mye av det jeg hadde jobbet med, skulle nå overføres til primærhelsetjenesten. Nye og yngre psykiatere fulgte inntaksveilederen veldig nøye og avslo en masse henvisninger, særlig slike med kroniske og alvorlige sykdommer og sammensatte behov som jeg var god på.»

«Stadige omstillingsprosesser, flytting fra arbeidsområder hvor vi hadde mye erfaring og kompetanse til avdelinger hvor vi ikke hadde erfaring. Kompetanse ble ikke verdsatt. Følte meg som en kasteball.»

Enkelte ga også uttrykk for misnøye med lønnsvilkårene som pensjonist, og da særlig det å måtte gå over til pensjonistlønn og få dårligere betalt, selv om en hadde samme kompetanse og utførte den samme jobben som tidligere:

«Tar noen ekstravakter, men alt for vanskelig å kombinere med pensjonsordningene. Den nye ordningen med pensjonistlønn med 200-300 kr timen er en hån mot oss som har spesialitet og gjør akkurat samme innsats/arbeide når man er på jobb. Av prinsipp kan ikke jeg jobbe for luselønn.»

I tillegg er det dessverre enkelte ansatte som har vært utsatt for dårlig ledelse og i enkelttilfeller sågar mobbing og trakassering:

«Jeg kunne gå av når jeg var 62 og hadde full opptjening. Svært dårlige ledere, som ivaretar ansatte dårlig. Opplevde trakkasering.»

«Svak ledelse. Leder var omplassert fra annet sted i helseforetaket. Det er underlig at folk sendes rundt i systemet når de har bevist at de ikke duger. I et-tertid er lederen fjernet. Det var ikke bare meg som opplevde dette problematisk. Mange sluttet i jobben og det var en meget krevende tid for ansatte på ulike avdelinger der jeg jobbet.»

«Varslet om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen, ble mobbet av nærmeste leder.»

Men enkelte mente også at de fortjente å gå av tidlig etter mange år i et belastende yrke, og ønsket å slutte, skrev de, mens de fortsatt mestret jobben og helsa var tilfredsstillende:

«Det er en tid for alt! Ville avslutte som en dyktig og velfungerende operasjons-sykepleier!»

«Nærmere 40 år i 100 % stilling med fulle vakter ved svært aktiv avdeling og sykehus følte som bidrag nok.»

«Å gå av før man blir mer utslitt - å være frisk når jeg sluttet.»

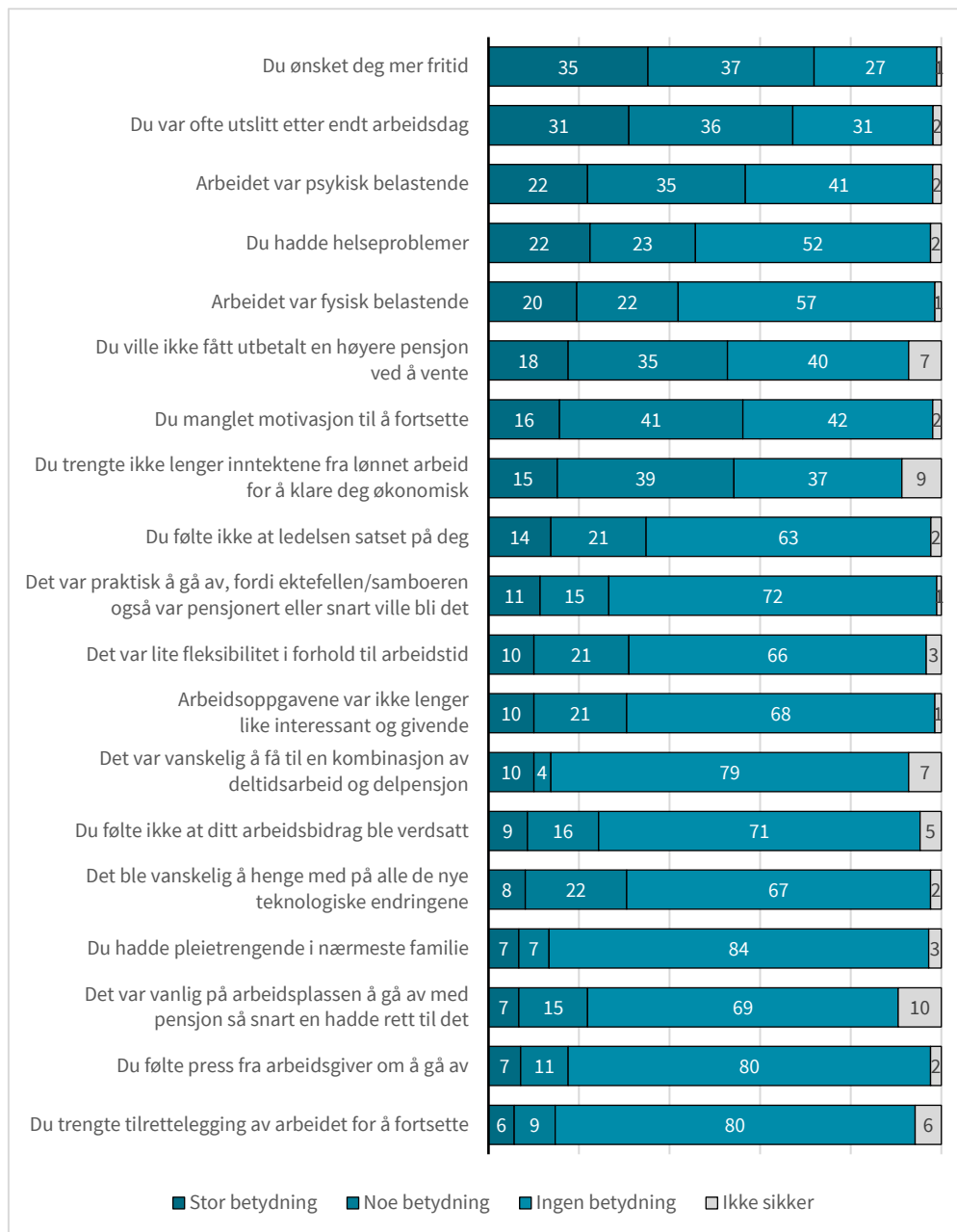
«Viktig å gå av mens helsa er noenlunde ok.»

5.2 Begrunnelser for å gå av som 65-åring eller eldre

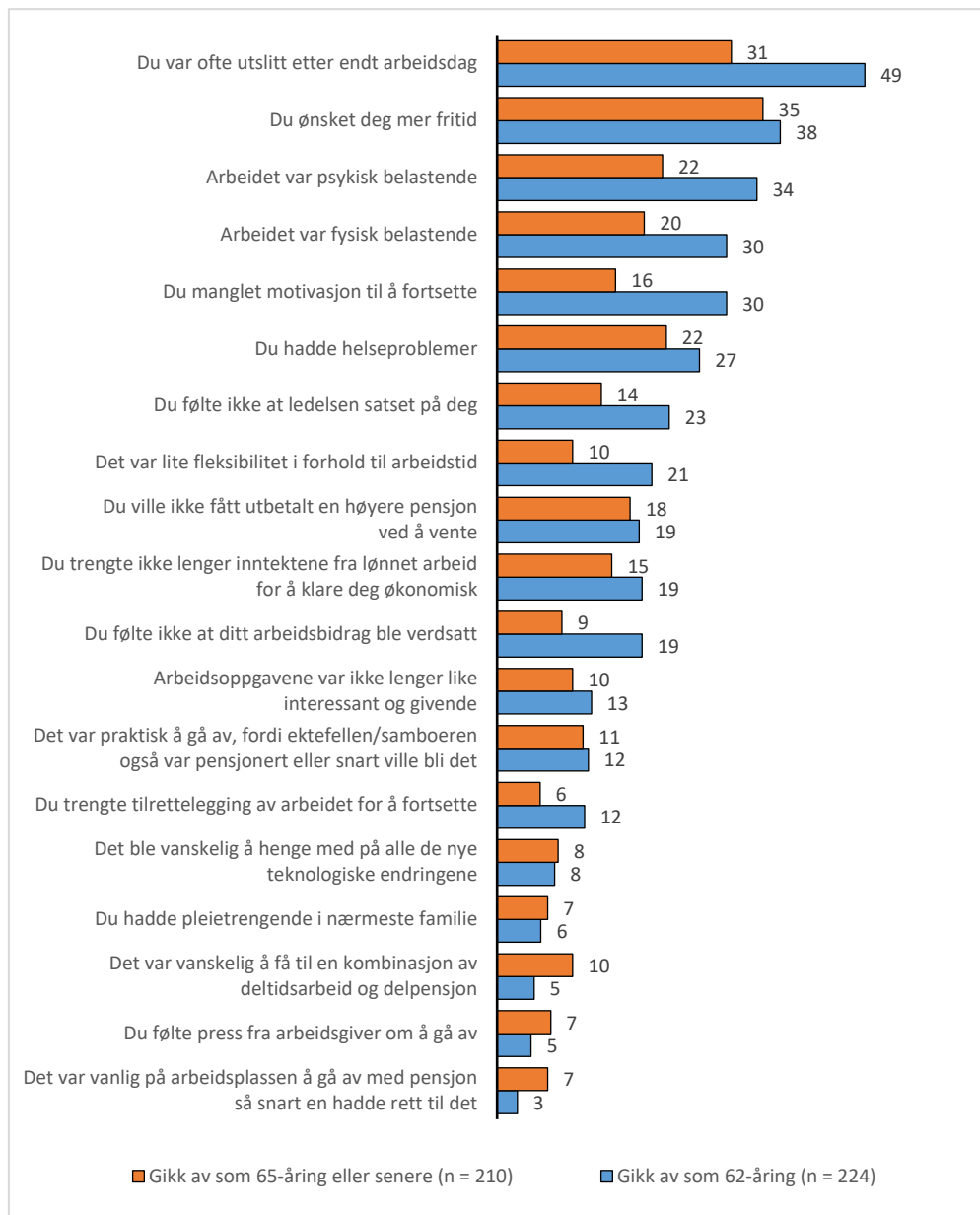
En god del helsepersonell venter med å ta ut pensjon og gå av til de er 65 år eller eldre. Hovedbegrunnelsene hos de som venter med å gå av, de vi kan kalle stayerne (figur 5.2), er stor sett de samme som hos tidligpensjonistene (figur 5.1). Den største andelen vektlegger ønsket om mer fritid, at de ofte følte seg utslitt etter endt arbeidsdag, at arbeidet er psykisk belastende og at de har helseproblemer. Det er likevel færre blant de som ventet med å gå av enn blant tidligpensjonistene som tillegger disse faktorene stor betydning. Mens nesten halvparten av tidligpensjonistene sa det hadde stor betydning at de følte seg utslitt etter endt arbeidsdag, gjelder det snaut én av tre av de som utsatte avgangen til de var 65 år eller eldre. Dette er heller ikke overraskende, da det som oftest er de helsemessig sterkeste som fortsetter i arbeid (healthy worker-effekten). Det gjelder også i helsesektoren; noe Holte & Hilsen (2010) kaller jernkvinnesyndromet.

En tilsvarende stor forskjell finner en for arbeidsbelastninger. Mens 34 prosent av tidligpensjonistene sa det hadde stor betydning for avgangen at arbeidet var fysisk belastende og 30 prosent at det var psykisk belastende, gjaldt det samme henholdsvis snaut 22 og 20 prosent av dem som sto i jobb til de var 65 år eller eldre. Det samme gjelder manglene motivasjon og verdsetting, som ble vektlagt som svært viktig for avgangsbeslutningen av dobbelt så mange tidligpensjonister som stayere.

Figur 5.2 Andel som gikk av som 65-åring eller senere som mente at følgende forhold hadde betydning for avgangen. Flere svar mulig. Prosent. n = 210.



Figur 5.3 Forskjeller mellom de som gikk av 62 år gamle og de som ventet med å gå av til de var 65 år eller eldre. Prosent. n = 454.



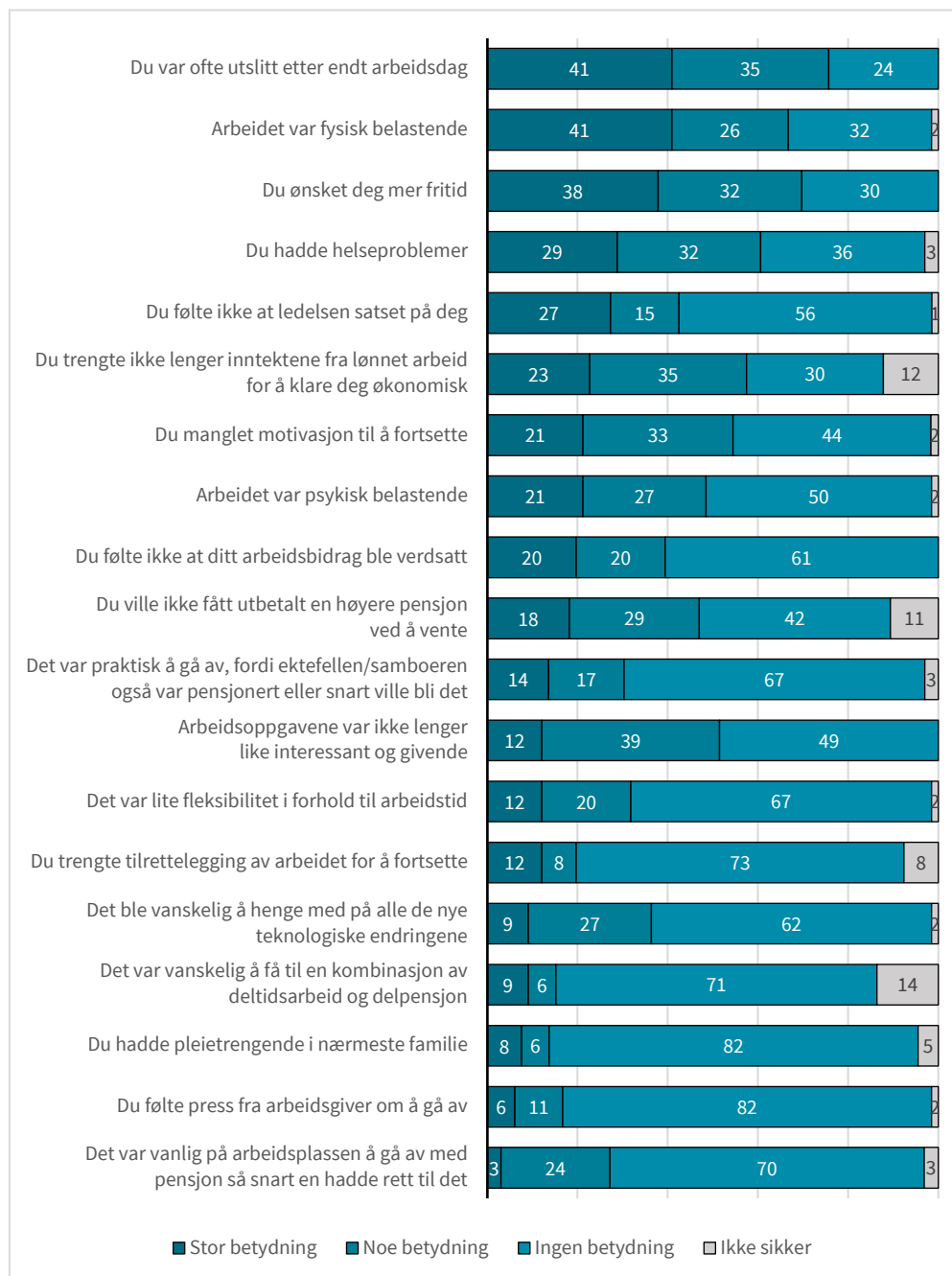
5.3 Forskjeller mellom yrkesgrupper

Tidligere studier av tidligpensjonering viser at det er betydelige forskjeller mellom yrkes- og utdanningsgrupper både når det gjelder typisk avgangsalder, og når det gjelder begrunnelser for avgangen/pensjoneringen (Midtsundstad, 2002, 2005, 2022; Midtsundstad & Nielsen, 2013). Kort fortalt blir lange karrierer, helseproblemer og et belastende arbeid oftere oppgitt som hovedgrunner av dem med kort enn dem med lang utdanning og oftere av ansatte i tradisjonelle arbeideryrker og omsorgsyрker enn av ledere og akademikere.

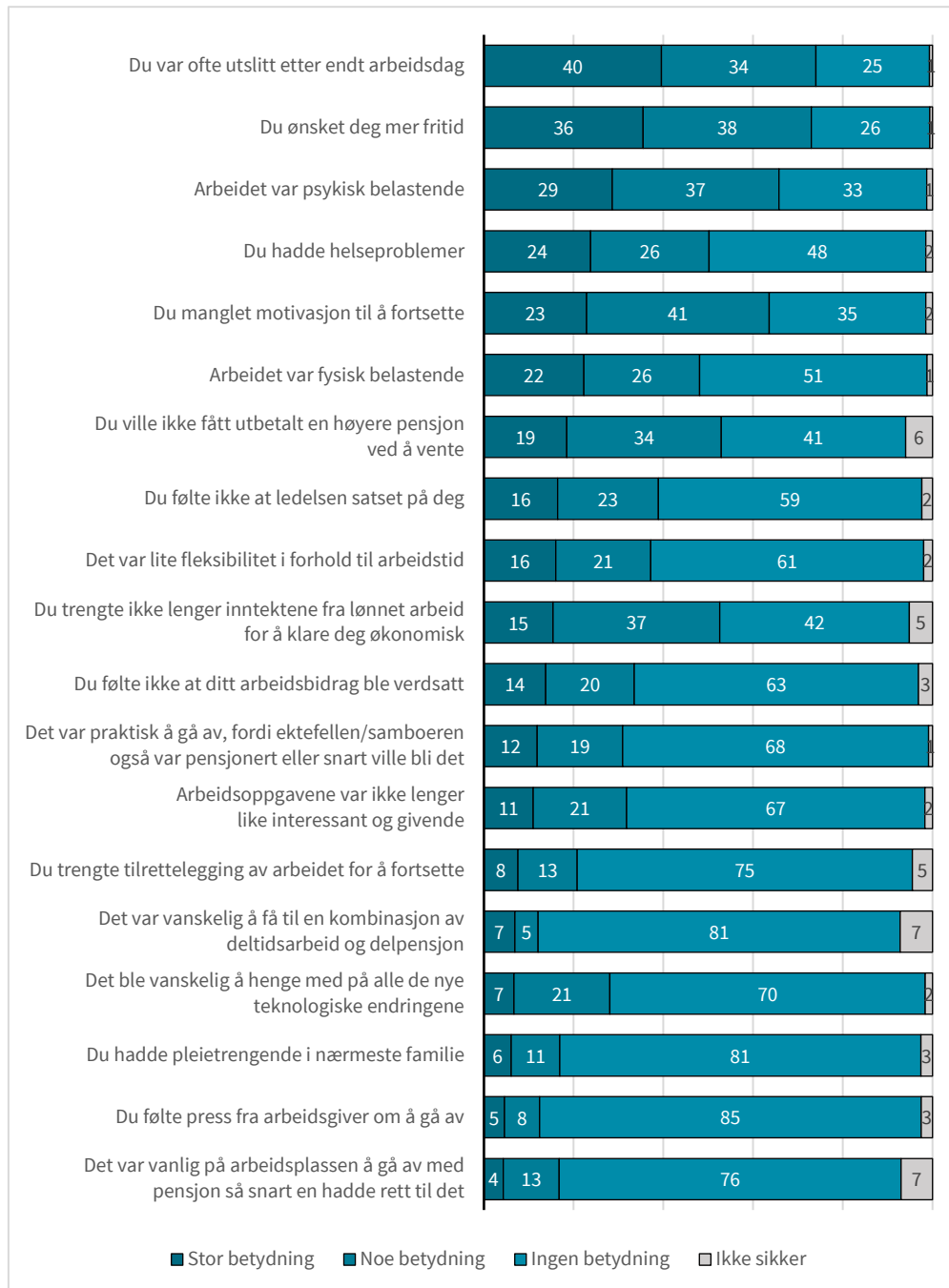
Alt i alt er forskjellene i begrunnelsene til sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere små. Det som i hovedsak skiller yrkesgruppene er hvorvidt de vektlegger de

fysiske arbeidsbelastningene som viktige, hvor en langt større andel hjelpepleier/helsefagarbeidere enn sykepleiere oppgir dette som betydningsfullt; henholdsvis 41 mot 22 prosent. For en langt større andel hjelpepleiere/helsefagarbeidere enn sykepleiere var følelse av ikke å bli satset på av ledelsen også utslagsgivende. Motsatt vektla sykepleiere noe oftere enn hjelpepleiere/helsefagarbeidere det psykisk belastende ved arbeidet, noe som kan ha sammenheng med at de i kraft av sin stilling har større ansvar.

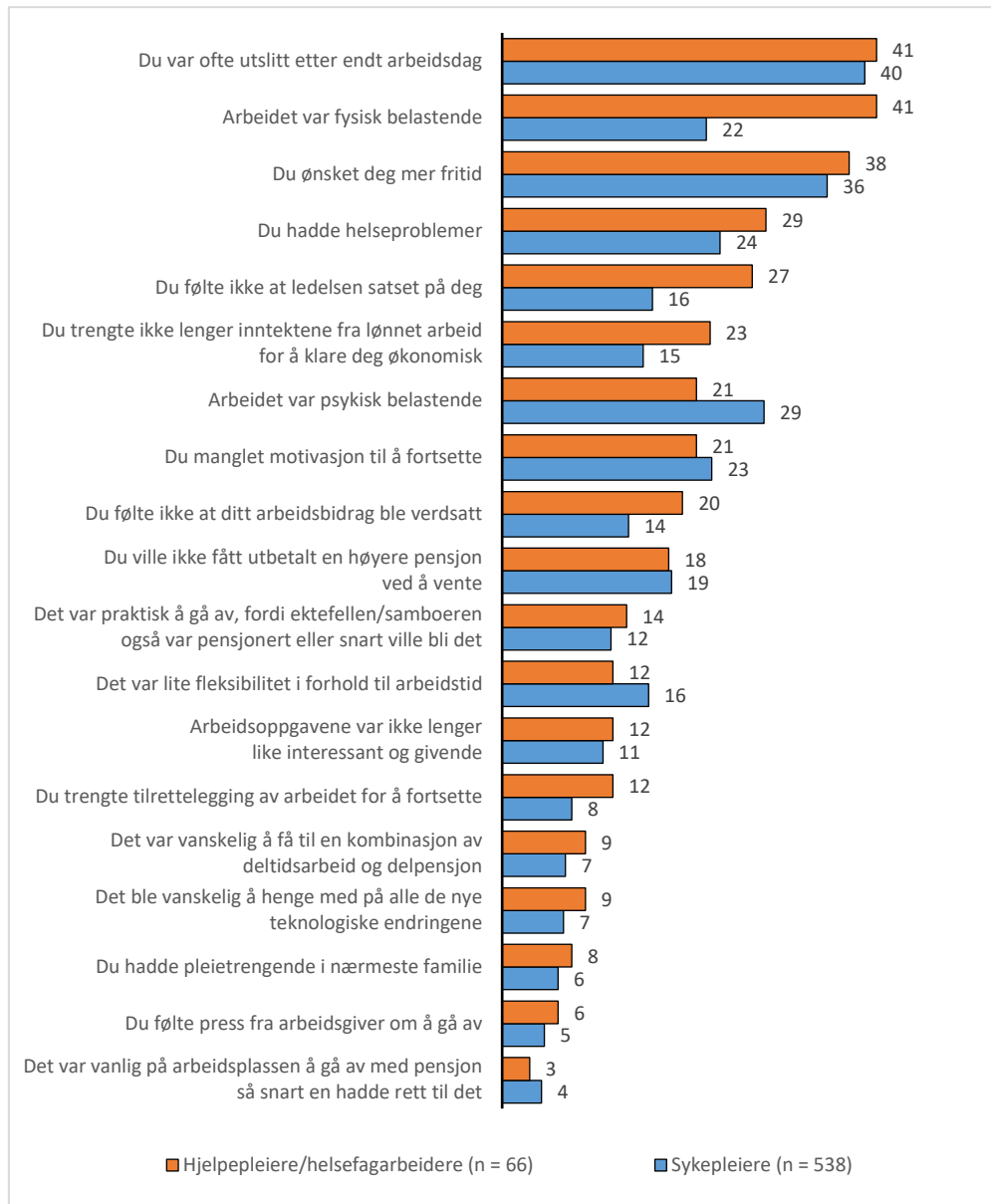
Figur 5.4 Andel blant tidligpensjonerte hjelpepleiere, helsefagarbeidere mfl. som mente at følgende forhold hadde betydning for avgangen. Flere svar mulig. Prosent. n = 66.



Figur 5.5 Andel blant tidligpensjonerte sykepleiere som mente at følgende forhold hadde betydning for avgangen. Flere svar mulig. Prosent. n = 538.



Figur 5.5 Forskjeller i begrunnelser mellom sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere. Flere svar mulig. Prosent.



5.4 Koronasituasjonens betydning for avgangen

De som gikk av etter mars 2020 ble spurt om koronasituasjonen hadde påvirket deres pensjoneringsbeslutning. Samlet var det 319 personer, eller drøyt halvparten av alderspensjonistene i utvalget som hadde pensjonerte seg etter 20 mars 2020 og slik sett hadde jobbet under pandemien. Av disse oppga en tredjedel at arbeidssituasjonen under koronapandemien hadde hatt betydning for deres beslutning om å gå av, hvorav 12,5 prosent sa det hadde gjort det i stor grad og 20,7 prosent i noen grad.

Vi ba dem også om å skrive ned i et fritekstfelt hva konkret ved pandemien de hadde opplevde som spesielt krevende, hvorav 98 av 106 valgte å svare. Sammenfattes kommentarene dreier det seg primært om *økte arbeidsbelastninger* knyttet til

knapp bemanning, lengre arbeidsdager og overtid, og generelt mer å gjøre på grunn av smitteverntiltakene.

«Dårlig bemanning, stort arbeidspress, tungt å jobbe i verneutstyr, fagarbeid lå nede»

«Enda mer krevende å være på jobb, logistikk med pasientplassering, smitteutstyr, registrere /telle utstyr, kle av og på smittevernutstyr.»

Det var særlig *smitteverntiltakene* som ble beskrevet som krevende, og da primært uklare og stadig skiftende regler og retningslinjer. Særlig hadde en del følt seg usikre og utrygge i starten av pandemien, da det nesten ikke var nok smittevernutstyr tilgjengelig. I tillegg rapporterte noen få at de hadde fått plager ved bruk av maske og munnbind på grunn av eksem og lignende, og derfor hadde valgt å slutte. Mange beskrev også den generelle økte arbeidsmengden som fulgte av smitteverntiltakene som en belastning i seg selv, som for eksempel det å stadig måtte vaske og desinfisere alt.

«Utfordrende med isolering og smitteregimer i forbindelse med denne pasientgruppen i en allerede travel avdeling der en også hadde andre syke og svake en skulle ta seg av samtidig. Var redd for å bringe smitte med til andre pasienter.»

Enkelte vektla i tillegg *omorganisering og omplassering* som en årsak, da de hadde blitt flyttet til andre avdelinger og nye arbeidsoppgaver på grunn av pandemien.

«At jeg måtte jobbe på avdeling med mistenkte koronasmittede pasienter. Hadde jobbet 24 år på poliklinikk. Altfor mye jeg var usikker på i forhold til å jobbe på sengepost.»

«Omplassering mot min vilje.»

For andre var det usikkerheten rundt selve *smittesituasjonen* som var en påkjenning. Enkelte oppga at de selv eller familiemedlemmer var i risikogruppen eller hadde underliggende sykdom, og at de derfor valgte å slutte. Enkelte skrev også at de i perioder hadde vært engstelig for å smitte pasienter. Sistnevnte ble særlig påpekt av de som gikk av før vaksiner og vaksinerings var tilgjengelig. Flere av disse skrev da også at dette hadde vært den direkte årsaken til at de hadde valgt å slutte.

«Har dårlig immunforsvar og umulig å få tilrettelegging mht. dette.»

«Har astma og det er ikke enkelt å bli fritatt for corona-pasienter når andre kolleger må ta belastningen ved å ha corona-pasienter.»

«Kombinasjon med eldre familiemedlemmer, egen astma og ingen tilgjengelig vaksine på det tidspunktet.»

I tillegg var det noen som påpekte at mye av det sosiale samværet på arbeidsplassen med kolleger, men også med pasientene, hadde blitt svært forandret under pandemien, da smitteverntiltakene, naturlig nok, begrenset muligheten for kontakt mellom de som var på jobb, i tillegg til at sykefraværet til tider var svært høyt så mange kolleger var borte. Dette påvirket også, som enkelte nevnt, det faglige. Noe de savnet. Følgende beskrivelser er illustrerende:

«Ensidige arbeidsoppgaver, lite kontakt med fagmiljø og kollegaer.»

«Følte meg isolert på jobb. Fikk ikke utført jobben som ønskelig.»

5.5 Oppsummering

Helseproblemer og de fysiske og psykiske belastninger ved yrkene er hovedgrunnene til at pleiere går av som 62-åring, i tillegg til ønske om mer fritid. Sistnevnte kan imidlertid også være et ønske om å slippe fri fra et belastende arbeid på grunn av helseproblemer, like mye som et ønske om ferie og fri til å gjøre hva en vil.

For én av tre er det likevel manglende motivasjon som er utslagsgivende. Drøyt én av ti begrunner også avgangen med at arbeidsoppgavene ikke lenger var like interessante og givende. Nærmere én av tre hadde heller ikke følt at ledelsen satset på dem og nesten én av fem følte seg lite verdsatt. Det er likevel få som føler seg presset til å gå av tidlig eller sier det er en kultur på arbeidsplassen som fører til at flertallet går av så tidlig som mulig.

For en femtedel hadde også lite fleksibel arbeidstid hatt stor betydning for beslutningen. Å ikke ha mulighet til gradvis nedtrapping ved å kombinere deltid og delvis pensjon ble likevel lite vektlagt, selv om drøye én av ti tilla manglende tilrettelegging stor vekt. Åtte prosent oppga også at problemer med å henge med på det tekniske gjorde det vanskelig å fortsette.

For 19 prosent hadde det stor betydning at de ikke lenger trengte inntektene fra arbeidet for å klare seg økonomisk, og at de visste at de ikke ville få høyere pensjon om de fortsatte noen år til. Det kan enten bety at de anså den pensjonen de kunne forvente seg som tilstrekkelig, og/eller at familien samlet hadde en økonomi som tillot en lavere inntekt. Faktorer knyttet til familie- og privatsfæren, som det å koordinere avgangen med ektefellen/partneren eller behov for å ta seg av syke og pleietrengende foreldre eller annen i nær familie med omsorgsbehov ble for øvrig vektlagt av få.

En del oppga også andre grunner til avgangen enn de vi eksplisitt ba de vurdere, som problematiske sider ved samhandlingsreformen, pakkeforløpene, stadige omorganiseringer og de økte rapporterings- og dokumentasjonskravene. I tillegg er det dessverre enkelte ansatte som har vært utsatt for dårlig ledelse og i enkelttilfeller sågar mobbing og trakassering.

Selv om tidligere studier av tidligpensjonering viser at det er betydelige forskjeller mellom yrkes- og utdanningsgrupper er forskjellen i begrunnelser mellom sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere små. Det som i hovedsak skiller er at hjelpepleiere/helsefagarbeidere begrunner avgangen med at arbeidet er fysisk belastende, mens sykepleiere begrunnet avgangen med at arbeidet var psykisk belastende. En langt større andel hjelpepleiere/helsefagarbeidere enn sykepleiere sa også at de hadde gått av fordi de ikke følte seg satset på av ledelsen.

6 Arbeidstid, arbeidstidsordning og bemanning

Som vist i kapittel 4 relaterte brorparten av dem som har søkt seg bort fra sykehussektoren dette til høyt arbeidspress og arbeidsbelastninger. Det samme gjaldt for dem som hadde pensjonert seg tidlig (kapittel 5). I dette kapitlet ser vi derfor nærmere på sykehusansattes arbeidssituasjon, arbeidstid og arbeidstidsordninger, samt hvordan de vurderer eget arbeidsmiljø og egne arbeidsforholdene.

6.1 Arbeidstidsordning

Flere studier viser at nattarbeid kan øke faren for en del helseplager (Stami, 2021; Garde, Begtrup, Bjorvatn mfl. 2020). Av seniorene i vårt utvalg oppga snaut 30 prosent av de jobbet natt, hvorav snaut 25 prosentpoeng jobbet tredelt turnus, mens snaut 5 prosentpoeng bare jobbet nattskift (tabell 6.1).

Også på dette området er det markante forskjeller mellom yrkesgruppene. De som jobber mest om natta er hjelpepleiere/helsefagarbeidere med videreutdanning, hvor det gjelder nærmere 35 prosent, mens de som sjeldnest har nattevakt er hjelpepleiere/helsefagarbeidere uten videreutdanning, der det gjelder snaut 20 prosent. Blant sykepleiere har rundt 30 prosent nattarbeid. Det er langt vanligere blant sykepleier enn øvrige pleiere å kun jobbe på dagtid. Nærmere 40 prosent gjør det.

Tabell 6.1 Andel innen de ulike yrkene som har ulike arbeidstidsordninger blant dem som fortsatt var ansatt på sykehus i 2021. Prosent.

	Kun dagtid	Todelt turnus (dag og kveld)	Tredelt turnus (dag, kveld og natt)	Kun natt	Annet	Totalt
Sykepleiere uten spesialisering/ videreutdanning (n = 967)	36,6	28,7	23,3	6,9	4,4	100,0
Sykepleiere med spesialisering/ videreutdanning (n = 2885)	39,9	24,2	26,4	4,2	5,3	100,0
Hjelpepleiere/helsefagarbeidere uten videreutdanning (n = 220)	20,5	55,9	15,5	4,5	3,7	100,0
Hjelpepleiere/helsefagarbeidere med videreutdanning (n = 81)	14,8	48,1	29,6	4,9	2,5	100,0
Andre pleieyrker/stillinger (n = 87)	55,2	21,8	11,5	6,9	4,6	100,0
Alle (n = 4242)	37,9	27,3	24,9	4,9	5,0	100,0

Tilsvarende ser vi at arbeidstidsordningen varierer avhengig av hvor en jobber. Litt selvforklarende, er andelen som jobber turnus og kun natt langt høyere på avdelinger med døgndrift, enn den er blant de som jobber på poliklinikk eller har administrativt arbeid og jobber på kontor.

Tabell 6.2 Andel innen de ulike avdelinger som har ulike arbeidstidsordninger blant dem som fortsatt var ansatt på sykehus i 2021. Prosent.

	Arbeidstidsordning					Totalt
	Kun dagtid	Todelt turnus (dag og kveld)	Tredelt turnus (dag, kveld og natt)	Kun natt	Annet	
Avdeling med døgndrift (n = 2747)	14,6	35,5	37,6	7,5	4,8	100,0
Poliklinikk (n = 841)	83,0	12,0	0,5	0	4,5	100,0
På kontor (n = 267)	95,5	0,7	0,7	0	2,6	100,0
Annet (n = 385)	66,1	20,7	4,1	0,8	8,3	100,0
Alle (n = 4242)	37,9	27,3	24,9	4,9	4,6	100,0

6.2 Arbeidstid

Mange innen helse- og omsorgssektoren jobber deltid, og andelen som jobber redusert er ofte høyere blant de aller eldste seniorene enn blant de yngste. Blant sykehussansatte i vår utvalg er det 63,8 prosent som har en 100 prosent stilling. Det vil si at 36,2 prosent jobber deltid, eller redusert. Hoveddelen, 30 prosentpoeng, jobber lang deltid og har en stillingsprosent mellom 50–99 prosent av full stilling, og 6,2 prosentpoeng en stillingsprosent under 50 prosent.

Andelen som jobber heltid er høyest blant den største yrkesgruppen på sykehusene, sykepleiere med spesialisering/videreutdanning. Her har nesten syv av ti seniorer en heltidsstilling. Blant hjelpepleiere/helsefagarbeidere er andelen under 50 prosent.

Tabell 6.3 Andel innen de ulike yrkene som har ulike stillingsprosent blant dem som fortsatt var ansatt på sykehus i 2021. Prosent.

	Stillingsprosent					Totalt
	Opptil 25	25–49	50–74	75–99	100	
Sykepleiere uten spesialisering/videreutdanning (n = 967)	3,3	1,4	17,7	23,8	53,7	100,0
Sykepleiere med spesialisering/videreutdanning (n = 2885)	5,2	1,3	7,7	16,9	68,9	100,0
Hjelpepleiere/helsefagarbeidere uten videreutdanning (n = 220)	6,4	2,5	18,6	25,4	47,1	100,0
Hjelpepleiere/helsefagarbeidere med videreutdanning (n = 81)	7,2	1,2	15,7	33,7	42,2	100,0
Andre pleieyrker/stillinger (n = 87)	2,2	2,2	13,0	14,4	68,5	100,0
Alle (n = 4242)	4,8	1,4	10,8	19,2	63,8	100,0

Det kan være ulike grunner til at man jobber redusert, alt fra helseproblemer, at en er ufør eller på AAP, at en har valgt å trappe ned i sluttfasen av karrieren og kombinerer alderspensjon og arbeid, at arbeidsbelastningene gjør at en ikke orker å jobbe full tid eller at en ikke har fått tilbud om annet enn en deltidsstilling, eller rett og slett ønsker seg mer fritid.

I vårt utvalg oppgir flest deltidsarbeidende helseproblemer (27,6 prosent), at de føler seg utslitt når de jobbet fulltid (25,5 prosent), at arbeidet er såpass krevende at de ikke klarer å jobbe annet enn redusert (27,6 prosent) og vaktbelastningen/turnu-

sen (24,8 prosent). I tillegg oppga 25 prosent at de ønsket seg mer fritid, og 17,1 prosent at de ønsket fleksibilitet til å ta ekstravakter når det passet dem. Sistnevnte gjaldt særlig hjelpepleiere/helsefagarbeidere, hvor godt over 20 prosent la vekt på dette.

Det er også verdt å merke seg at drøyt én av ti sier hovedgrunnen til at de jobber redusert er at de ikke får tilbud om annet enn en deltidsstilling. Dette gjelder i større grad hjelpepleiere/helsefagarbeidere enn sykepleiere.

6,9 prosent oppgir også at de alltid har jobbet deltid. Dette gjelder særlig sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere uten videreutdanning, hvor henholdsvis 10,3 og 13,6 prosent oppgir dette som en av begrunnelsene for å jobbe redusert. Det er, med andre ord, ikke et valg de har gjort i seinkarrieren for å tilpasse seg eventuelle helseproblemer eller store arbeidsbelastninger.

Det er også 12,9 prosent som jobber redusert, fordi de har tatt ut pensjon eller er trygdet. I disse tilfellene må vi anta at det er en form for gradvis nedtrapping i sein-karrieren, eller at det dreier seg om personer som har gradert uførepensjon, men jobber noe. Det kan også være pensjonister som har valgt å gå tilbake til sykehusjobben på grunn av pandemien.

For enkelte er det å jobbe deltid også en familietilpasning. Det gjelder for eksempel de som oppgir at de har valgt å jobbe mindre for å få mer fritid sammen med en pensjonert ektefelle (4,8 prosent), eller fordi de har pleietrengende i nær familie (7 prosent). Disse utgjør likevel en begrenset andel av de deltidsarbeidende.

Tabell 6.4 Begrunnelser for å jobbe deltid blant de ulike yrkene. Flere svar mulig. Prosent.

	Sykepleiere		Hjelpepleiere/ helsefagarbeidere		Alle (n = 1647)
	uten spesialisering/ videreutdanning (n = 493)	med spesialisering/ videreutdanning (n = 981)	uten videre- utdanning (n = 125)	med videre- utdanning (n = 48)	
Jeg har helseproblemer	29,0	27,0	24,8	27,1	27,6
Jeg ble utslitt når jeg jobbet 100%	26,8	26,6	15,2	10,4	25,5
Jeg har omsorg for pleietrengende i nær familie	8,9	6,7	4,07	2,1	7,0
Økonomisk trenger jeg ikke å jobbe fulltid	17,4	14,4	12,0	10,4	15,0
Arbeidet er såpass krevende at jeg ikke klarer å jobbe mer	33,7	26,3	19,2	20,8	27,6
Vaktbelastningen/turnusen	31,0	22,9	15,2	33,3	24,8
Jeg ønsket meg mer fritid	27,8	25,3	19,2	12,5	25,0
Ektefellen hadde gått av med pensjon, så jeg ville ha mer fritid	4,5	5,2	4,0	4,2	4,8
Jeg ønsket fleksibilitet til å ta ekstravakter når det passet meg	19,1	16,1	21,6	27,1	17,6
Jeg har alltid jobbet deltid	10,3	4,2	13,6	8,3	6,9
Jeg har bare fått tilbud om deltidsstilling	8,3	4,3	12,0	12,5	10,3
Jeg tar utdanning ved siden av	0,2	0,5	0,0	0,0	0,4
Jeg er pensjonist/trygdet	7,5	16,8	5,6	14,6	12,9
Andre grunner	8,3	11,9	4,8	4,2	10,1

6.3 Bemanning

Knapp bemanning enten det skyldes for få ansatte eller høyt sykefravær vil medføre at de som er på jobben må rekke over flere oppgaver. Arbeidshverdagen blir da gjerne mer travel, og en kan føle at en ikke alltid strekker til eller får utført alle oppgaver en mener bør gjøres.

Mange av de sykehusansatte rapporterer da også at de daglig (24,4 prosent) eller ukentlig (50,4 prosent) opplever at det ikke er full bemanning (tabell 6.5). Det gjelder oftest sykepleiere med spesialisering, og da særlig operasjonssykepleiere, intensivsykepleiere og jordmødre, hvor én av tre rapporterer at de opplever dette daglig.

Tabell 6.5 Andel etter yrkesgruppe som oppgir at det henholdsvis daglig, ukentlig, månedlig eller sjeldnere ikke er full bemanning. Blant dem som fortsatt er i sykehusjobben. Prosent.

	Daglig	Ukentlig	En gang i måneden	Sjeldnere enn månedlig	Usikker	Totalt
Sykepleiere uten spesialisering/ videreutdanning (n = 967)	21,4	52,7	7,7	9,5	8,7	100,0
Sykepleiere med spesialisering/ videreutdanning (n = 2885)	26,0	49,7	7,0	7,9	9,3	100,0
Hjelpepleiere/helsefagarbeidere uten videreutdanning (n = 220)	19,5	53,2	7,7	7,7	11,8	100,0
Hjelpepleiere/helsefagarbeidere med videreutdanning (n = 81)	17,3	55,6	4,9	9,9	12,3	100,0
Andre pleieyrker/stillinger (n = 87)	20,7	35,6	11,5	18,4	13,8	100,0
Alle (n = 4 242)	24,4	50,4	7,2	8,5	9,4	100,0

At det daglig eller ukentlig ikke er full bemanning er også oftere tilfelle om en arbeider i en avdeling med døgndrift, hvor 27 prosent sier dette skjer hver dag (tabell 6.6).

Tabell 6.6 Andel etter type arbeid/avdeling som oppgir at det henholdsvis daglig, ukentlig, månedlig eller sjeldnere ikke er full bemanning. Blant dem som fortsatt er i sykehusjobben. Prosent.

	Daglig	Ukentlig	En gang i måneden	Sjeldnere enn månedlig	Usikker	Totalt
Avdeling med døgndrift (n = 2747)	27,6	53,2	6,1	5,5	7,6	100,0
Poliklinikk (n = 841)	19,1	52,0	10,7	10,1	8,1	100,0
På kontor n = 267)	13,1	25,5	6,7	28,1	26,6	100,0
Annet n = 385)	20,5	44,7	8,3	13,0	13,5	100,0
Alle (n = 4242)	24,4	50,4	7,2	8,5	9,4	100,0

Det er også en viss forskjell mellom helseregionene (tabell 6.7), om enn ikke store, hvor sykehusansatte i de aktuelle yrkene opplever dette oftest om de jobber i Helse Sør-Øst (26,1 prosent) og sjeldnest om de jobber i Helse Nord (22,3 prosent).

Tabell 6.7 Andel etter helseregion som oppgir at det henholdsvis daglig, ukentlig, månedlig eller sjeldnere ikke er full bemanning. Blant dem som fortsatt er i sykehusjobben. Prosent.

	Daglig	Ukentlig	En gang i måneden	Sjeldnere enn månedlig	Usikker	Totalt
Helse Nord (n = 440)	22,3	51,4	7,7	9,1	9,5	100,0
Helse Midt-Norge (n = 700)	20,4	54,6	7,9	7,9	9,3	100,0
Helse Vest (n = 728)	23,9	51,9	7,6	7,7	8,9	100,0
Helse Sør-Øst (n = 2372)	26,1	48,6	6,9	8,9	9,6	100,0
Alle (n = 4242)	24,4	50,4	7,2	8,5	9,4	100,0

6.4 Pauser

Studier viser at det kan være viktig i løpet av en arbeidsdag å ta korte pauser for unngå helseplager (se blant andre Ejlertsson 2021, Ejlertsson, mfl., 2018, Cropley, mfl., 2020). Drøyt halvparten (56,6 prosent) av seniorpleierne oppgir at de har anledning til å ta seg slike småpauser ved behov, mens én av tre sier de ikke har anledning til det (tabell 6.8). De øvrige er usikre.

Muligheten til å ta småpauser avhenger av hvor en jobber og hva en jobber med (tabell 6.8 og 6.9). Generelt synes det å være enklere for hjelpepleiere/helsefagarbeidere å ta seg en mikropause enn for sykepleiere. Særlig sykepleiere med spesialisering/videreutdanning har lite rom for det, og da i særlig grad jordmødre og sykepleiere som utfører palliativ omsorg. Det er oftest seniorer på avdelinger med døgndrift som har lite rom for småpauser, mens nesten alle kontoransatte pleiere oppgir at de kan ta seg en pustepause innimellom.

Tabell 6.8 Andel etter yrkesgruppe som oppgir at de har anledning til å ta småpauser i løpet av dagen (bortsett fra matpause, toalettbesøk ol.) Blant dem som fortsatt er i sykehusjobben. Prosent.

	Ja	Nei	Usikker	Totalt
Sykepleiere uten spesialisering/videreutdanning (n = 967)	52,0	37,5	10,4	100,0
Sykepleiere med spesialisering/videreutdanning (n = 2885)	57,2	31,6	11,2	100,0
Hjelpepleiere/helsefagarbeidere uten videreutdanning (n = 220)	62,3	27,7	10,0	100,0
Hjelpepleiere/helsefagarbeidere med videreutdanning (n = 81)	51,9	32,1	16,0	100,0
Andre pleieyrker/stillinger (n = 87)	78,2	12,6	9,2	100,0
Alle (n = 4242)	56,6	32,4	11,0	100,0

Tabell 6.9 Andel etter type arbeid/avdeling som oppgir at det henholdsvis daglig, ukentlig, månedlig eller sjeldnere ikke er full bemanning. Blant dem som fortsatt er i sykehusjobben. Prosent.

	Ja	Nei	Usikker	Totalt
Avdeling med døgndrift (n = 2747)	50,2	37,8	12,0	100,0
Poliklinikk (n = 841)	63,6	25,9	10,5	100,0
På kontor (n = 267)	86,5	8,6	4,9	100,0
Annet (n = 385)	66,2	24,7	9,1	100,0
Alle (n = 4242)	56,6	32,4	11,0	100,0

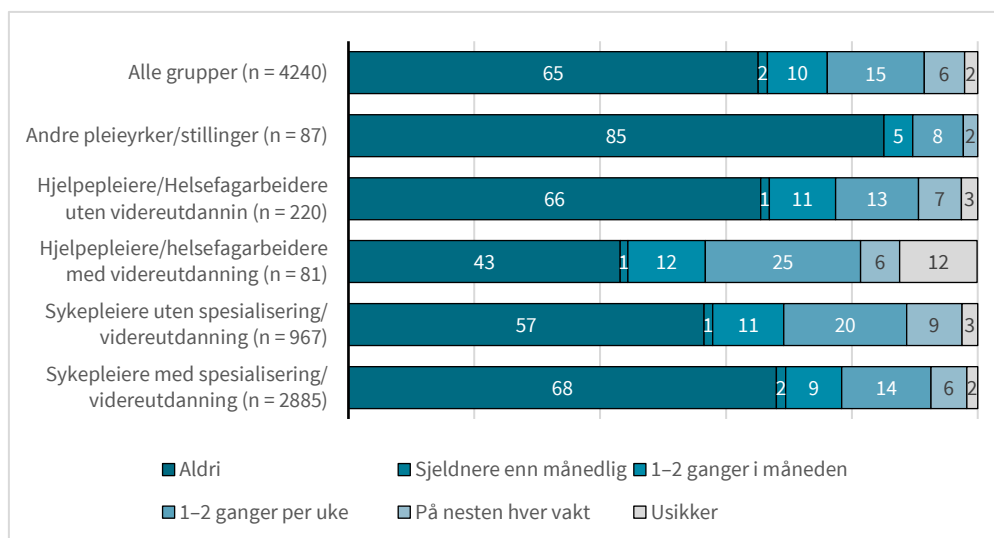
Det er også en viss forskjell mellom helseregionene, hvor ansatte i Helse Nord rapporterer oftere at de har anledning til å ta slike pauser enn ansatte i Helse Sør-Øst (tabell 6.10).

Tabell 6.10 Andel etter helseregion som oppgir at det henholdsvis daglig, ukentlig, månedlig eller sjeldnere ikke er full bemanning. Blant dem som fortsatt er i sykehusjobben. Prosent.

	Ja	Nei	Usikker	Totalt
Helse Nord (n = 440)	69,9	23,9	10,2	100,0
Helse Midt-Norge (n = 700)	59,7	30,9	9,4	100,0
Helse Vest (n = 728)	58,0	32,3	9,8	100,0
Helse Sør-Øst (n = 2372)	53,6	34,4	12,0	100,0
Alle (n = 4242)	56,6	32,4	11,0	100,0

De fleste pleiere rekker imidlertid å ta matpause på hver vakt (figur 6.1). Det gjelder to av tre seniorpleiere. Likevel, for drøye 15 prosent hender det ukentlig at de ikke rekker matpauza, og for 6 prosent skjer det på nesten hver vakt. De som oftest må droppe matpauza er sykepleiere uten spesialisering/videreutdanning og hjelpepleiere/helsefagarbeidere med spesialisering. Blant 30 prosent i disse gruppene skjer det ukentlig eller oftere.

Figur 6.1 Andel som oppgir hvor ofte det hender at de ikke får tatt matpause blant dem som fortsatt er i sykehusjobben. Prosent.



6.5 Oppsummering

Nattarbeid

Flere studier viser at nattarbeid øker faren for helseplager, og sykehusansatte er av de yrkesgruppene hvor svært mange jobber på natta. Det gjelder 30 prosent av seniorene i pleieyrkene. Andelen er høyest blant hjelpepleiere/helsefagarbeidere med videreutdanning og lavest blant hjelpepleier/helsefagarbeidere uten videreutdanning.

Deltid

Mange i helse- og omsorgssektoren jobber deltid. Blant sykehusansatte har to av tre en 100-prosent stilling. Det vil si at drøyt én av tre seniorer jobber redusert, hvorav hoveddelen hadde en stillingsprosent mellom 50 og 99 prosent. Andelen som har en 100-prosent stilling er høyest blant sykepleiere med spesialisering/videreutdanning, hvor det gjelder syv av ti. Blant hjelpepleiere/helsefagarbeidere er andelen under 50 prosent.

Hovedgrunnene som oppgis for deltidarbeidet er helseproblemer, at de føler seg utslitt når de jobbet mer, at arbeidet er for krevende til at de klarer å jobbe fulltid, samt vaktbelastningen/turnusen. Drøyt én av ti begrunner også den lave stillingsprosenten med at de ikke fikk tilbud om annet enn en deltidstilling. Det gjelder oftere hjelpepleiere/helsefagarbeidere enn sykepleiere.

Én av fire jobber imidlertid deltid fordi de ønsker seg mer fritid, og drøyt én av seks fordi de ønsker fleksibilitet til å ta ekstravakter når det passer dem. Sistnevnte gjaldt særlig hjelpepleiere/helsefagarbeidere. En liten andel, 6,9 prosent, oppgir også at de alltid har jobbet deltid. Dette gjelder særlig sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere uten videreutdanning. For enkelte er det å jobbe deltid også en familietilpassning. De ønsker mer fritid sammen med en pensjonert ektefelle/samboer eller har en pleietrengende i nær familie. Disse utgjør likevel en liten andel.

I tillegg jobber drøyt én av ti redusert, fordi de har tatt ut pensjon eller fordi de er trygdet. I disse tilfellene må vi anta at det er en form for gradvis nedtrapping i sein-karrieren, eller at det dreier seg om personer som har gradert uførepensjon, men jobber noe.

Bemanning

Nærmere én av fire sykehusansatte rapporterer at de daglig, og drøyt halvparten at de ukentlig, opplever at det ikke er full bemanning. Det gjelder oftest sykepleiere med spesialisering, og da særlig operasjonssykepleiere, intensivsykepleiere og jordmødre, hvor én av tre sier at dette skjer daglig.

Pauser

Studier viser at det kan være viktig å ta korte pauser i løpet av en arbeidsdag for å hente seg inn. Én av tre sykehusansatte oppgir at de ikke har anledning til det. Generelt synes det å være noe enklere for hjelpepleiere/helsefagarbeidere, enn for sykepleiere, og særlig sykepleiere med spesialisering, og da i særlig grad jordmødre og sykepleiere i palliativ omsorg, å ta seg en pust i bakken. Det er da også de som jobber i avdelinger med døgndrift som oftest opplever at rommet for småpauser er begrenset, mens det for kontoransatte er helt annerledes. Der har nesten alle rom til å ta seg en pustepause innimellom. Det er også en viss forskjell mellom helseregionene, hvor ansatte i Helse Nord rapporterer noe oftere at de har anledning til å ta slike pauser enn ansatte i Helse Sør-Øst.

De fleste pleiere rekker imidlertid å ta matpause. Det gjelder to av tre. Likevel, drøye 15 prosent må droppe matpauza ukentlig, og 6 prosent på nesten hver vakt. De som oftest må droppe matpauza er sykepleiere uten spesialisering og hjelpepleiere med spesialisering.

7 Vurdering av eget arbeidsmiljø og arbeidsforhold

Brorparten av de som har søkt seg bort fra sykehusjobben eller pensjonert seg relaterte valget til store arbeidsbelastninger og et for høyt arbeidspress (kapittel 4 og 5). I dette kapitlet ser vi nærmere på hvordan sykehusansatte pleiere vurderer sitt arbeidsmiljø og sine arbeidsforhold. De ble bedt om å ta stilling til et utvalg påstander om relasjonen til nærmeste leder, det fysiske og psykiske arbeidsmiljøet, egen kompetanse og ulike aspekter av forholdet mellom egne ressurser og kravene i jobben. For hver påstand ble de bedt om å angi om utsagnet stemte godt, til en viss grad, i liten grad eller overhodet ikke. I tillegg kunne de angi om de var usikre eller ikke visste hva de skulle svare. I kapitlet ser vi først på arbeidsmiljøet til de som fortsatt er yrkesaktive. Deretter ser vi på forskjellen mellom de som sluttet i sykehusjobben og de som ble, mellom tidligpensjonistene og stayerne, og på forskjeller mellom sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeider.

7.1 Vurderingen hos de som fortsatt jobber på sykehus

Av de som fremdeles var i sykehusjobben i desember 2021 (figur 7.1) oppgir nærmere tre av fire at de kommer godt overens med sin nærmeste leder. Drøyt halvparten opplever også at lederen verdsetter dem. De fleste synes også å ha regelmessig kontakt med leder. Det er kun 8 prosent som oppgir å ha lite kontakt. 64 prosent opplever i tillegg at arbeidsoppgavene er interessante og givende, og 60 prosent mener at det er godt samsvar mellom egen kompetanse og de arbeidsoppgavene de har ansvar for. Én av fem mener dessuten de har stor frihet i jobben.

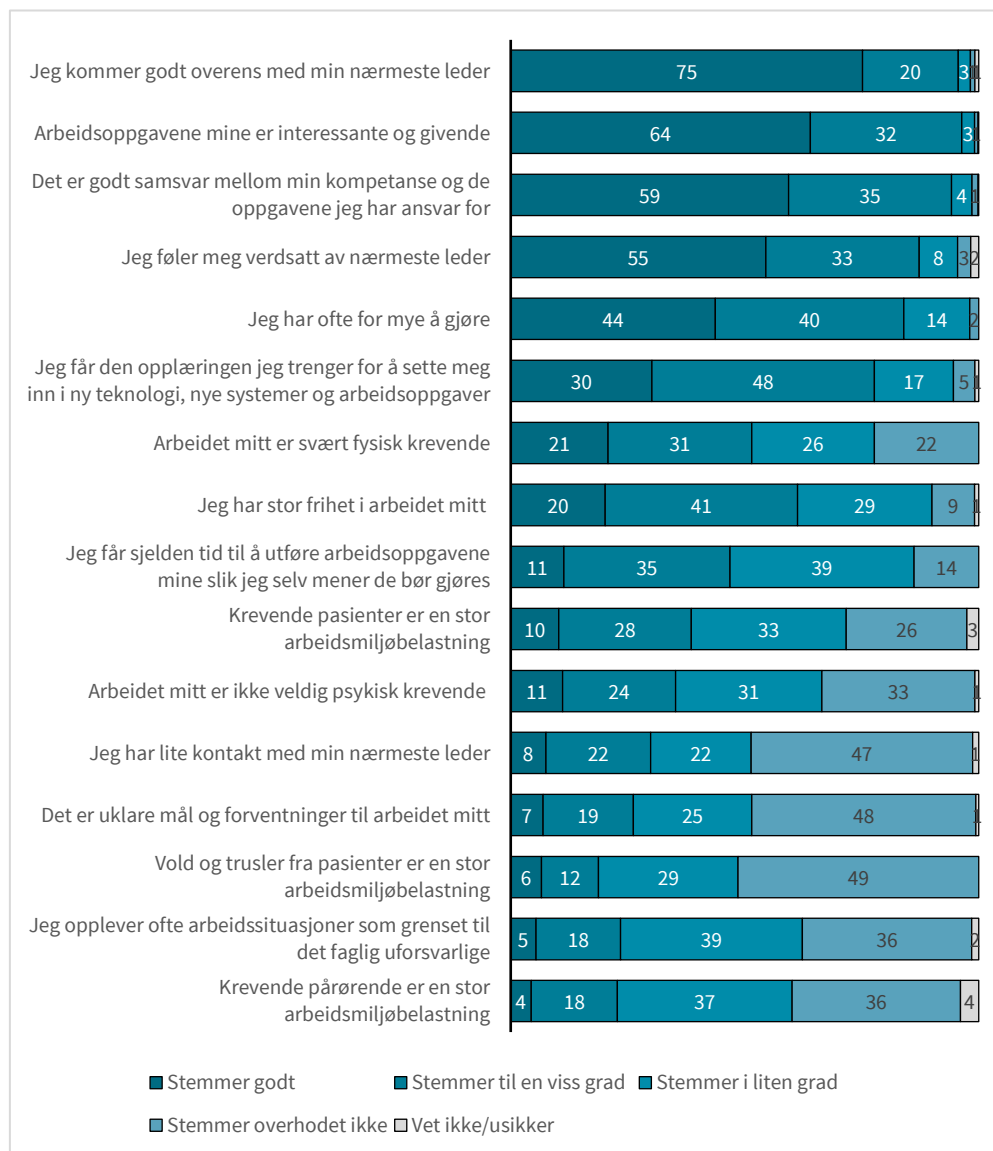
Samtidig er det nærmere halvparten som mener de har for mye å gjøre, og drøyt 20 prosent som mener de ikke får den opplæringen de trenger for å sette seg inn i ny teknologi, nye systemer og arbeidsoppgaver. En tilsvarende andel synes også arbeidet er svært fysisk krevende, og to av tre at den er psykisk krevende. 10 prosent mener da også at det stemmer godt og 35 prosent at det stemmer til en viss grad at de sjelden får tid til å utføre arbeidsoppgavene slik de bør gjøres. 5 prosent mener at det stemmer godt og 18 prosent til en viss grad, at de ofte opplever arbeidssituasjoner som grenser til det faglig uforsvarlige.

Når det gjelder utsatthet for vold og trusler er det 6 prosent som mener det stemmer godt at dette er en stor arbeidsmiljøbelastning og 11 prosent som mener det stemmer til en viss grad. Tilsvarende er det 4 prosent som mener det stemmer godt at krevende pårørende er en belastning og 18 prosent som mener det stemmer til en viss grad, og drøye én av ti som mener det stemmer godt at krevende pasienter er en arbeidsmiljøbelastning, mens 28 mener det stemmer til en viss grad. Hvor ofte de utsettes for krevende pårørende og pasienter vet vi imidlertid ikke.

Oppsummerer vi, synes kjernen i arbeidsmiljøproblemet å ligge i mengden oppgaver, i det å ikke rekke over alt, eller få tid til å utføre oppgavene slik en mener er

riktig og faglig forsvarlig, mer enn i manglende lederkontakt og verdsetting, krevende brukere eller utilstrekkelig kompetanse, selv om en del mener at de ikke alltid får tilstrekkelig opplæring når nye systemer og oppgaver og ny teknologi introduseres.

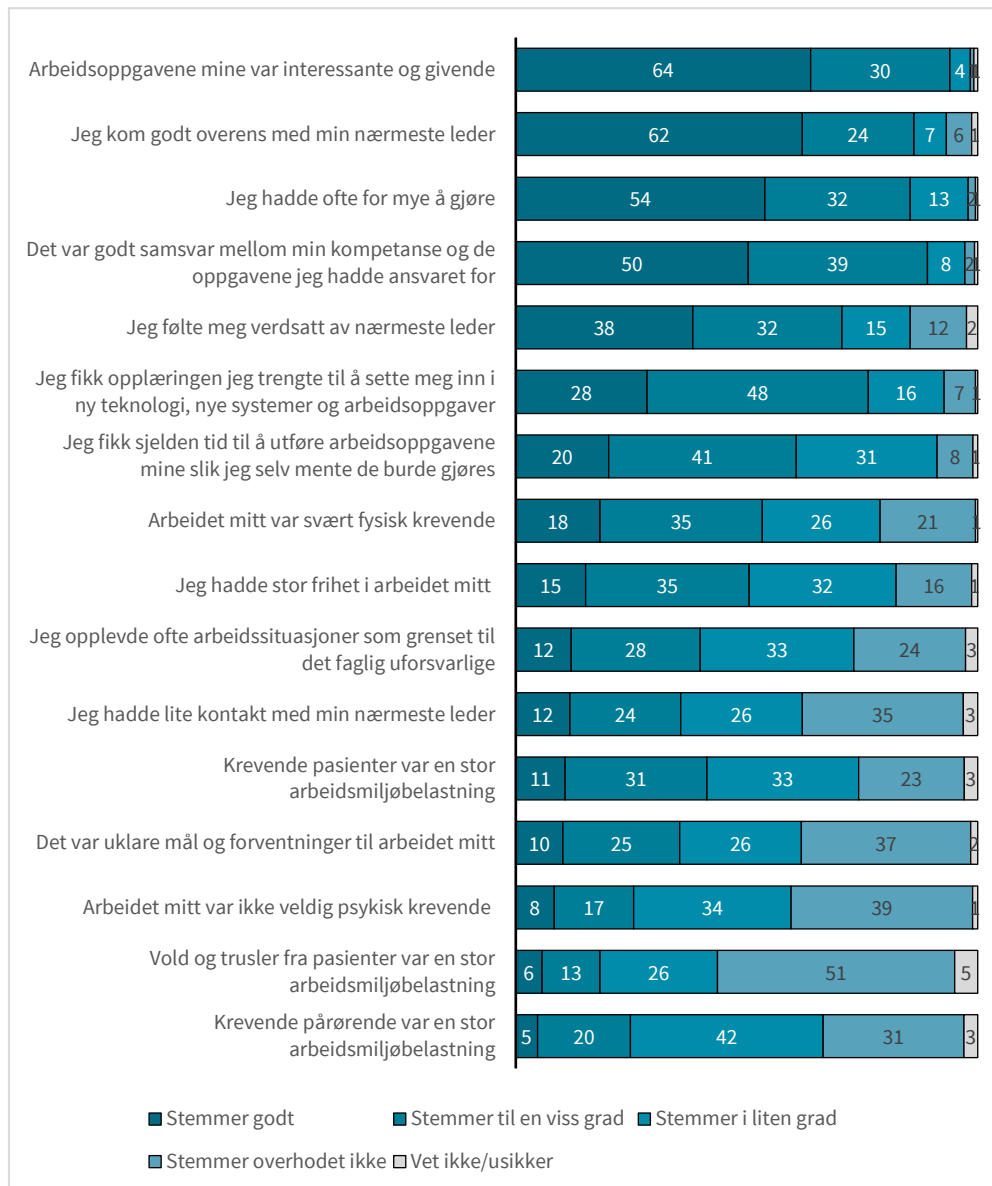
Figur 7.1 Andel av de som jobber på sykehus som mener at følgende forhold stemmer godt, til en viss grad, i liten grad eller overhodet ikke for deres arbeidssituasjon/arbeidsmiljø, eventuelt er usikre. Prosent. n = 4240.



7.2 Forskjellen mellom de som sluttet og de som fortsatt jobber på sykehus

Vi finner tilnærmet samme svarmønster hos de som har sluttet i sykehusjobben og funnet seg annet arbeid og de som har valgt å bli (figur 7.2 og 7.3).

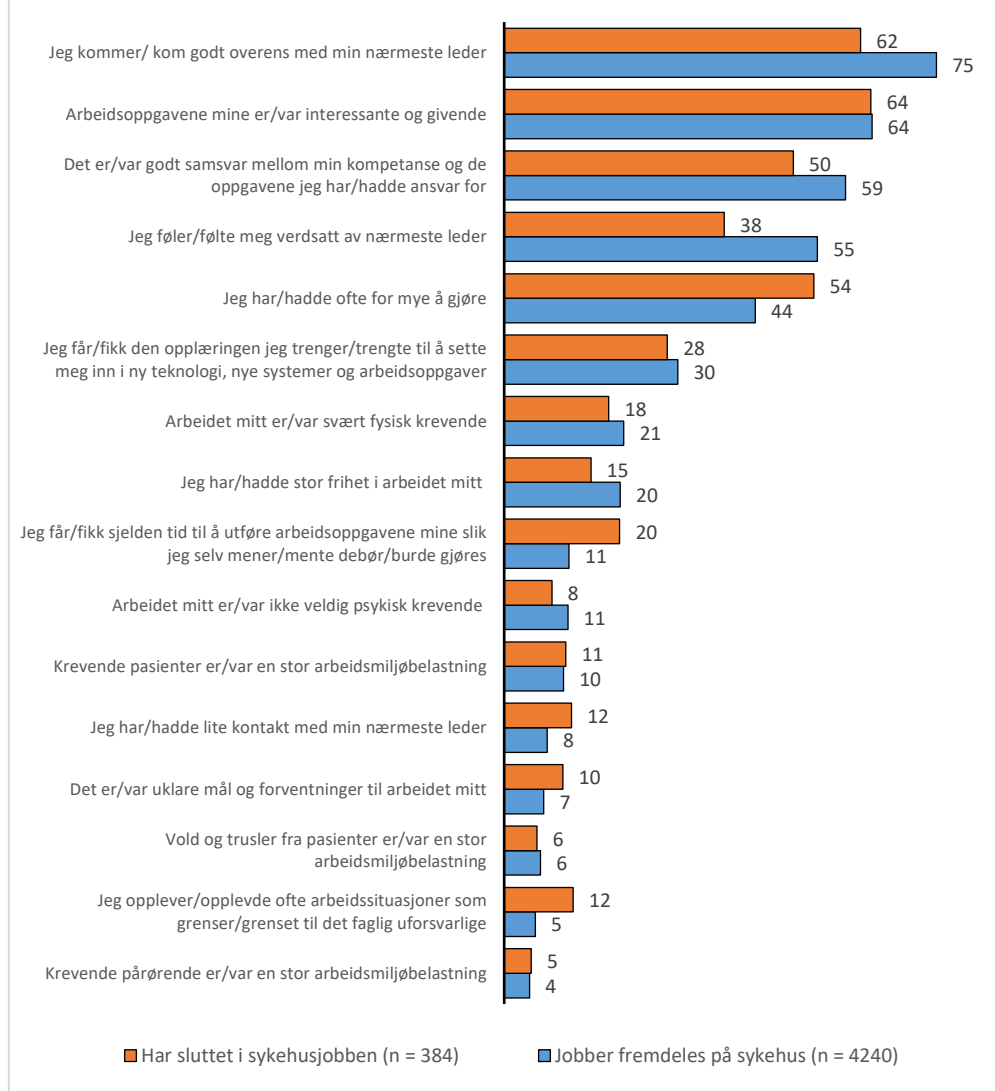
Figur 7.2 Andel av de som har sluttet og funnet seg jobb utenfor sykehus som mener at følgende forhold stemte godt, til en viss grad, i liten grad eller overhodet ikke for deres arbeidssituasjon/arbeidsmiljø på sykehuset, eventuelt var usikre. n = 384. Prosent.



Noen vesentlige forskjeller er det likevel (figur 7.3): Det er færre blant de som har skiftet til annet arbeid enn de som har blitt, som oppgir at de hadde et godt forhold til nærmeste leder, samtidig som flere oppgir å ha hatt lite kontakt med nærmeste leder. Langt færre har i tillegg følt seg verdsatt av nærmeste leder.

Langt flere blant de som sluttet oppga også at de hadde for mye å gjøre i sykehusjobben, og langt flere mente det stemte godt at de sjelden hadde fått tid til å utføre oppgavene slik de mente de burde gjøres. Færre opplevde også å ha hatt stor frihet i arbeidet. Fire av ti mente i tillegg det stemte godt (12 prosent) eller til en viss grad (27 prosent) at de ofte opplevde arbeidssituasjoner som grenset til det faglig uforsvarlige. Selv om svarene er uttrykk for subjektive opplevelser, som vi ikke har mulighet til å sjekke om stemmer med virkeligheten, kan det for de som opplever arbeidet slik, bidra til å tære på så vel yrkesstoltheten som samvittigheten over tid.

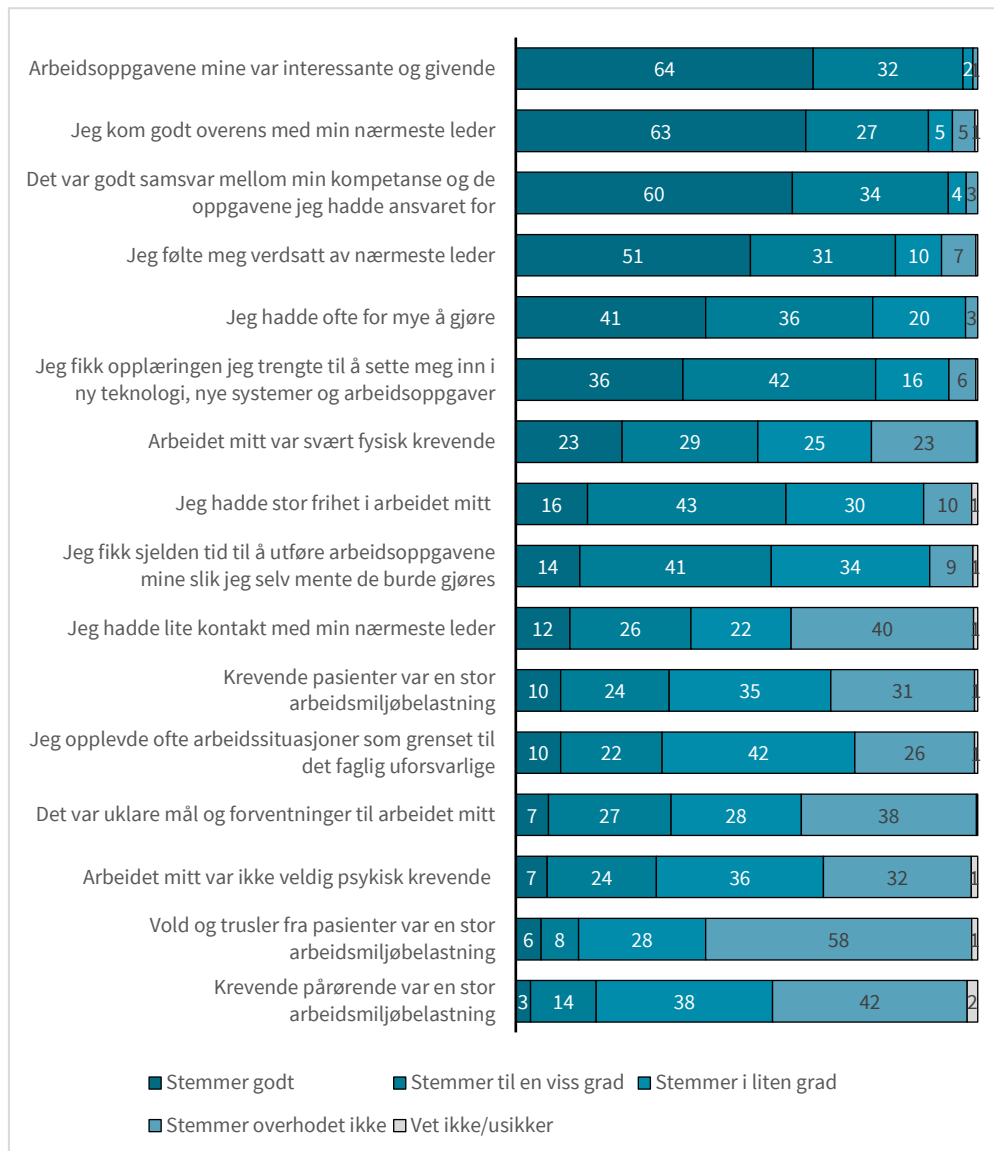
Figur 7.3 Andel blant de som skiftet jobb og de som fortsatt jobber på sykehus som mener følgende



7.3 Forskjellen mellom pensjonistene og de som fortsatt jobber på sykehus

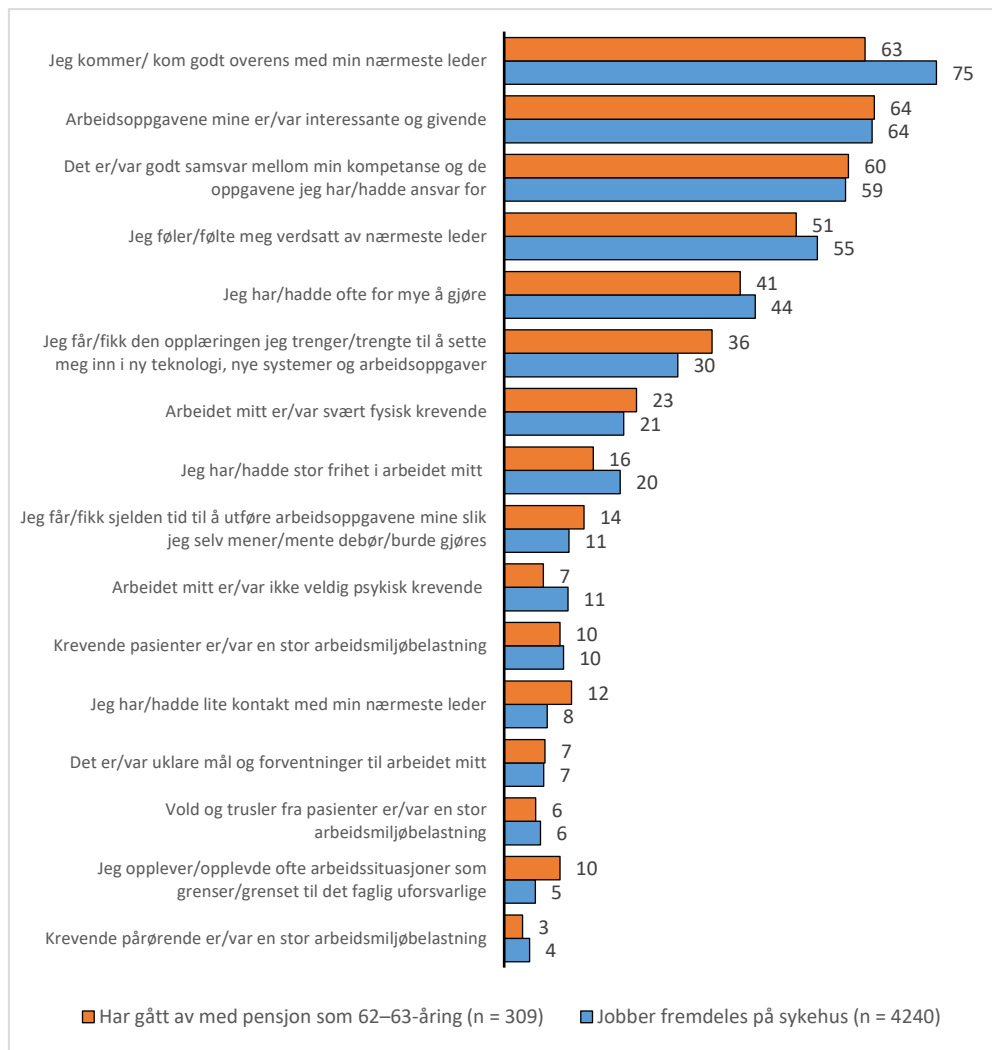
Vi har også sett på hvordan tidligpensjonistene som gikk av med pensjon som 62-63-åringer, vurderer arbeidssituasjonen (figur 7.4) sammenlignet med stayerne som fortsatte i jobb etter denne alderen (figur 7.5).

Figur 7.4 Andel blant de som pensjonerte seg som 62-63-åringer som mener at følgende forhold stemte godt, til en viss grad, i liten grad eller overhodet ikke for deres arbeidssituasjon/arbeidsmiljø på sykehuset, eventuelt er usikre. Prosent. n = 309.



Samlet skiller tidligpensjonistenes vurdering av arbeidssituasjon og arbeidsmiljø seg lite fra stayerne (figur 7.5). Noe forskjell er det likevel. Langt færre av tidligpensjonistene enn stayerne kom godt overens med nærmeste leder, litt færre hadde også følte seg verdsatt av nærmeste leder og litt flere oppga å ha lite kontakt med leder. Det er også en tendens til at litt flere av tidligpensjonistene vurderte det fysiske og psykiske arbeidsmiljøet som belastende, opplevde å ha for mye å gjøre og sjelden fikk tid til å utføre arbeidsoppgavene slik de selv mente de burde gjøres. Forskjellene er likevel små. Det er derimot flere som mener det stemmer godt at de ofte opplevde situasjoner som grenset til det faglig uforsvarlige. Det gjaldt dobbelt så mange blant tidligpensjonistene som stayerne.

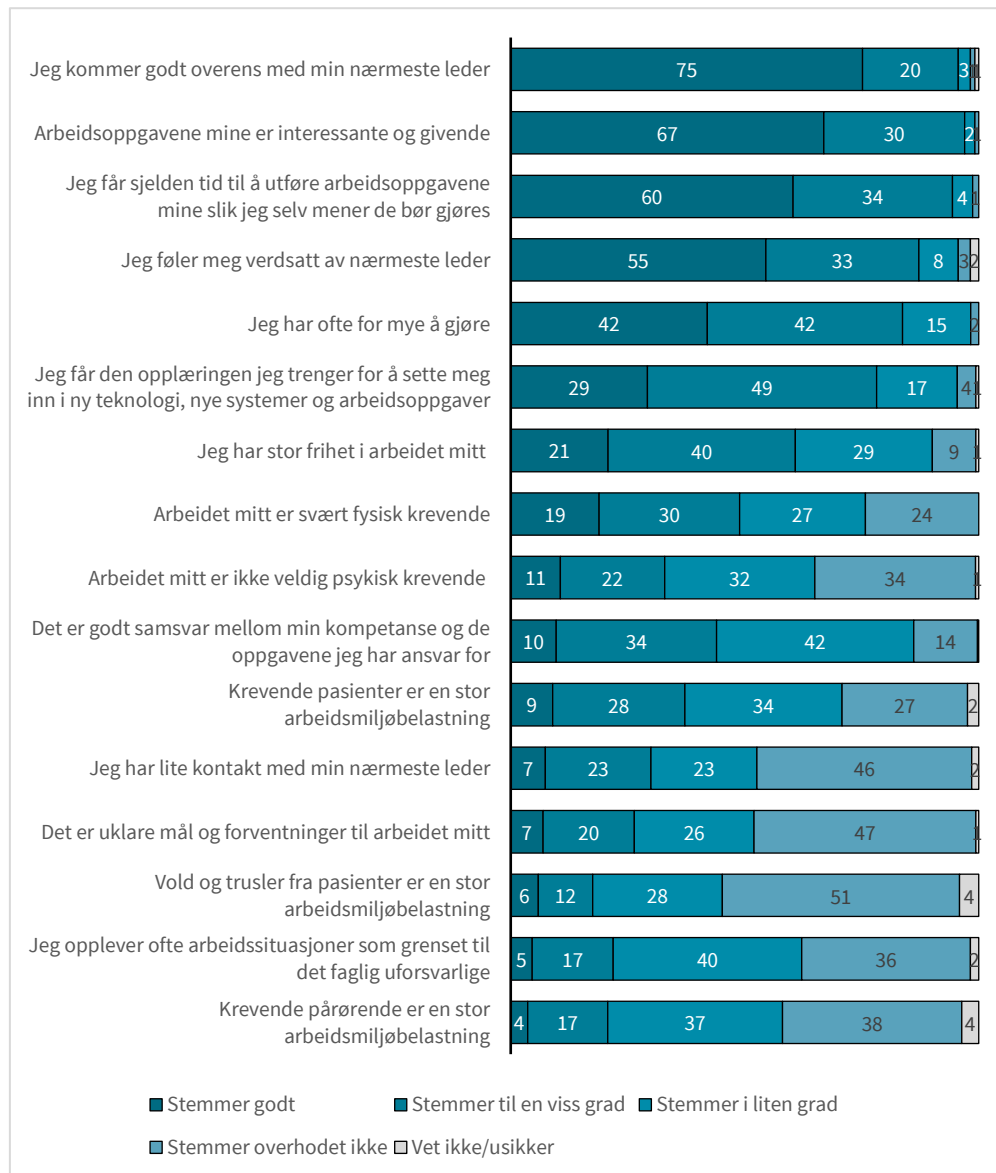
Figur 7.5 Andel blant de som pensjonerte seg som 62-63-åringer og de som fortsatt i sykehusjobben etter den alderen som mener/mente følgende stemte godt for deres arbeidssituasjon/arbeidsmiljø. Prosent.



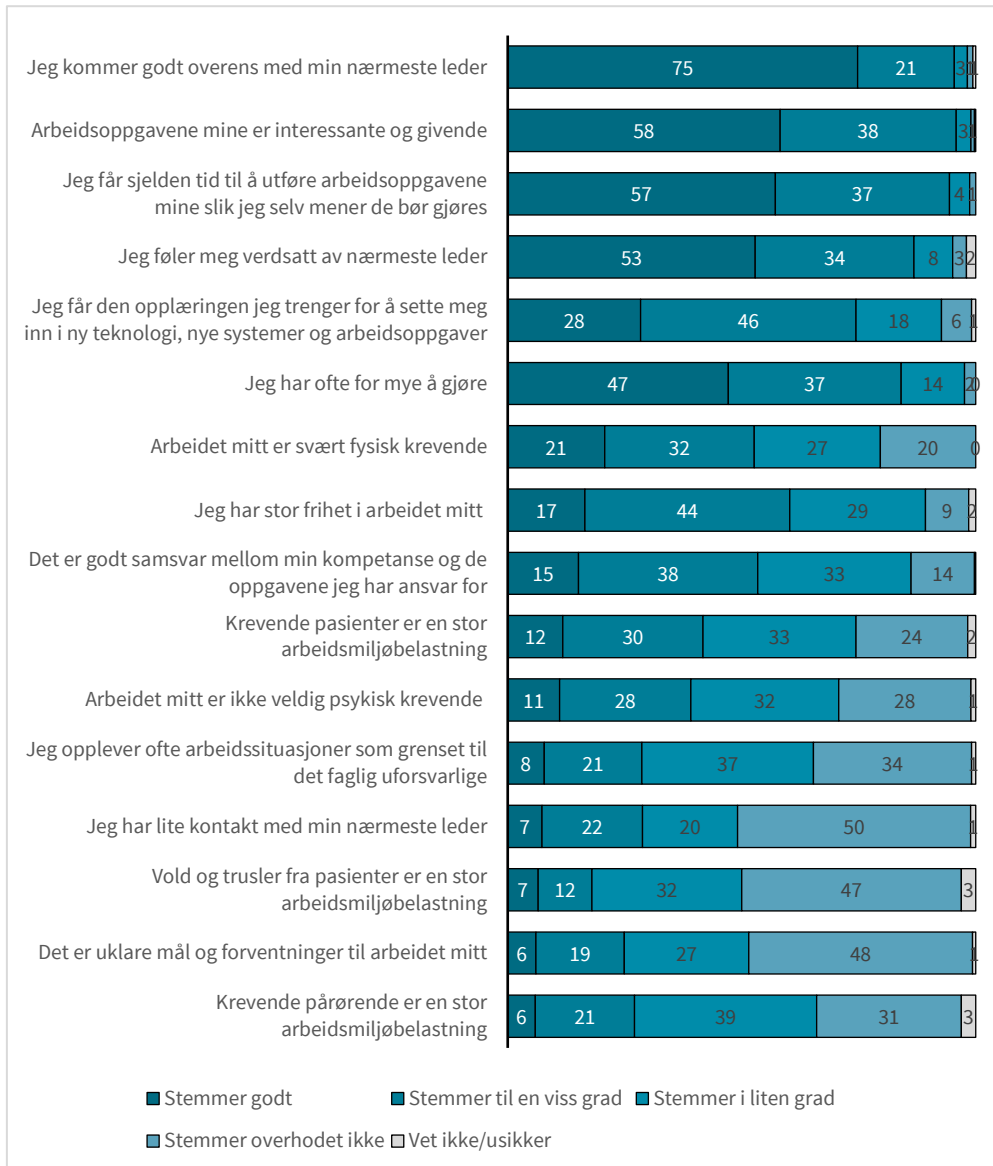
7.4 Forskjellen mellom sykepleier og hjelpepleiere/helsefagarbeidere

Det er også forskjeller i sykepleieres og hjelpepleiere/helsefagarbeideres vurdering av arbeidssituasjonen, selv om vurderingene jevnt over er ganske like (figur 7.6, 7.7 og 7.8). Tydeligst er det når det gjelder vurdering av arbeidsoppgavene. Sykepleiere med spesialisering/videreutdanning opplever langt oftere enn hjelpepleiere/helsefagarbeidere og sykepleiere uten spesialisering/videreutdanning at arbeidsoppgavene er interessant og givende. En større andel hjelpepleiere/helsefagarbeidere enn sykepleiere opplever også arbeidet som fysisk belastende og mener at krevende pårørende er en arbeidsmiljøbelastning. Samtidig mener flere at de har stor frihet i arbeidet og at de får den opplæringen de trenger. Litt flere føler seg også verdsatt av nærmeste leder sammenlignet med sykepleierne.

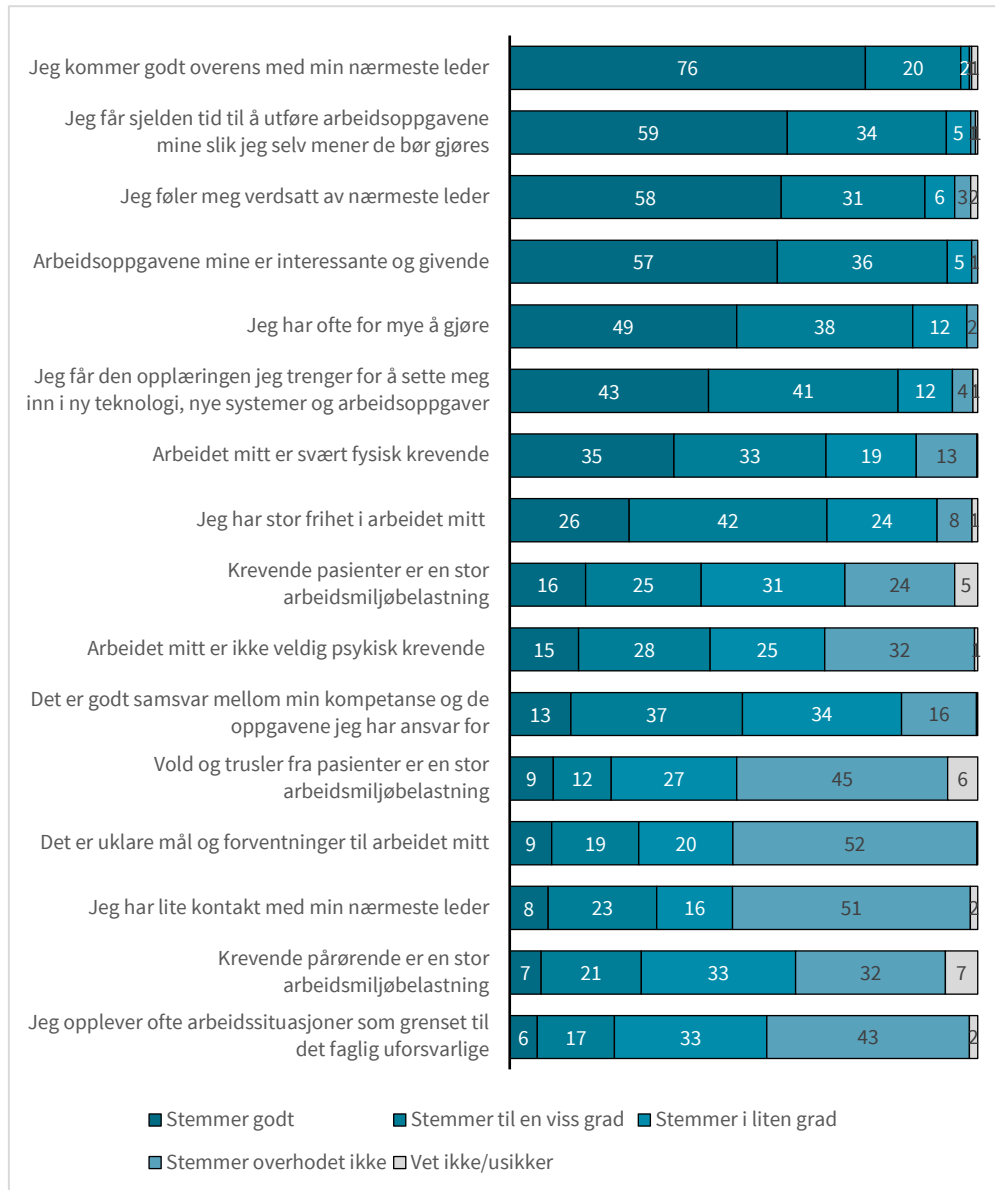
Figur 7.6 Andel sykepleiere med spesialisering/videreutdanning som mener at følgende forhold stemmer godt, til en viss grad, i liten grad eller overhodet ikke for deres arbeidssituasjon/arbeidsmiljø, eventuelt er usikre. Forsatt yrkesaktive. Prosent. n = 2886.



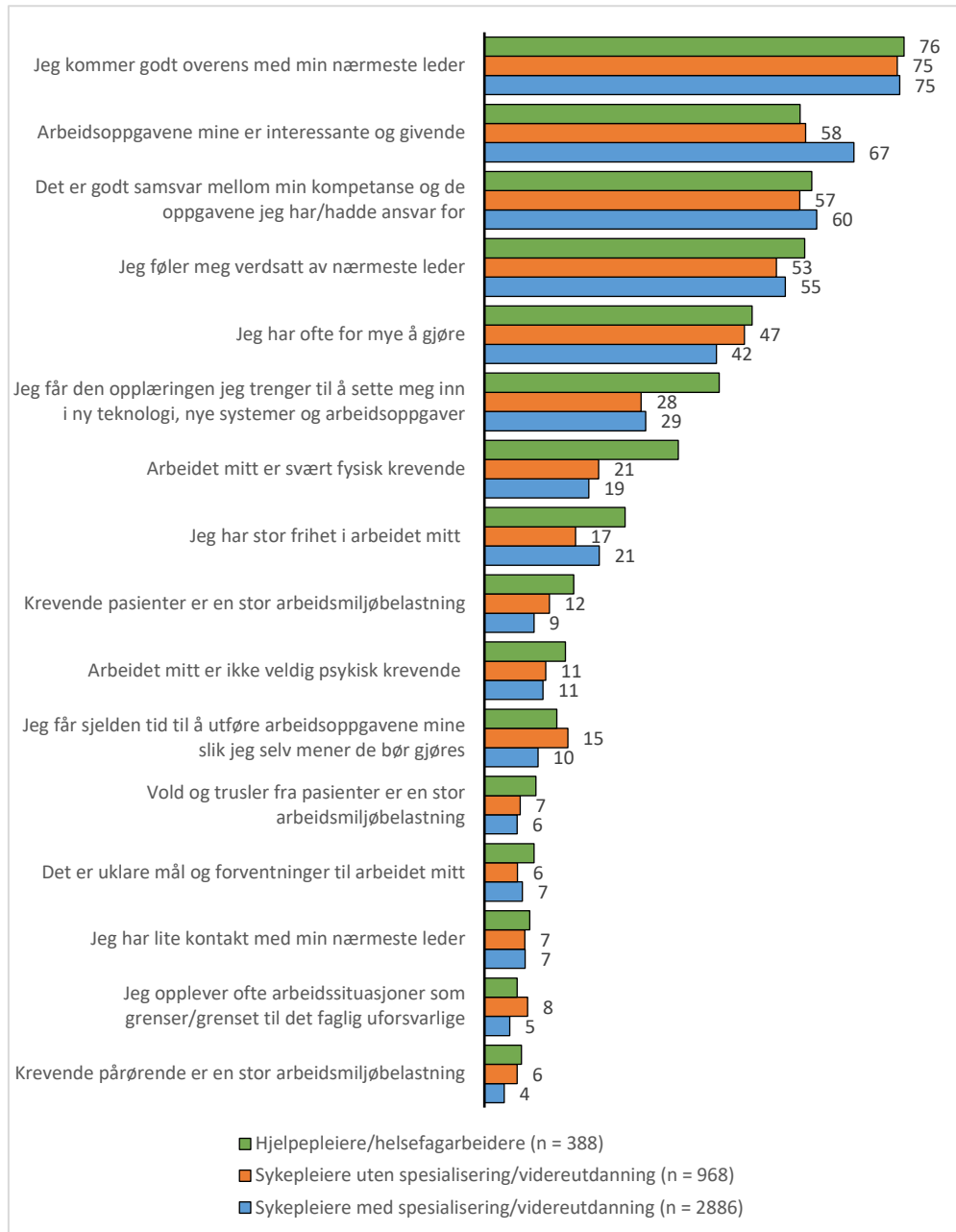
Figur 7.7 Andel sykepleiere uten spesialisering/videreutdanning som mener at følgende forhold stemmer godt, til en viss grad, i liten grad eller overhodet ikke for deres arbeidssituasjon/arbeidsmiljø, eventuelt er usikre. Fortsatt yrkesaktive. Prosent. n = 968.



Figur 7.8 Andel hjelpepleiere/helsefagarbeider som mener at følgende forhold stemmer godt, til en viss grad, i liten grad eller overhodet ikke for deres arbeidssituasjon/arbeidsmiljø, eventuelt er usikre.. Fortsatt yrkesaktive. Prosent. n = 388.



Figur 7.9 Andel blant hhv. sykepleiere med spesialisering/videreutdanning, sykepleiere uten spesialisering/videreutdanning og hjelpepleiere/helsefagarbeidere i arbeid som mener følgende stemte godt for deres arbeidssituasjon/arbeidsmiljø. Prosent.



7.5 Oppsummering

Ifølge sykepleierne og hjelpepleierne/helsefagarbeidernes svar, ligger kjernen i arbeidsmiljøproblemet i mengden oppgaver som gjør at en ikke rekker over alt, eller får tid til å utføre oppgavene slik en mener er riktig og faglig forsvarlig - mer enn i manglende lederkontakt og verdsetting, krevende brukere eller utilstrekkelig kompetanse. Selv om enkelte opplever å få utilstrekkelig opplæring ved introduksjon av ny teknologi, nye systemer og oppgaver.

Ser en først på de fortsatt sykehusansattes forhold til lederen sier nærmere tre av fire at de kommer godt overens med nærmeste leder. Drøyt halvparten opplever også at nærmeste leder verdsetter dem. De aller fleste synes også å ha regelmessig kontakt med lederen. Nærmere to av tre opplever også at arbeidsoppgavene de har er interessante og givende, og 60 prosent mener at det er godt samsvar mellom egen kompetanse og de arbeidsoppgavene de har ansvar for. Én av fem mener dessuten de har stor frihet i jobben.

Samtidig er det nærmere halvparten som mener de har for mye å gjøre, og drøyt én av fem som mener de ikke får den opplæringen de trenger for å sette seg inn i ny teknologi, nye systemer og arbeidsoppgaver. En tilsvarende andel synes også arbeidet er svært fysisk krevende, og hele to av tre at det er psykisk krevende. Mellom førti og femti prosent mener da også at det stemmer godt eller nokså godt at de sjelden får tid til å utføre arbeidsoppgavene slik de bør gjøres. Nærmere én av fire mener også at det stemmer at de ofte opplever arbeidssituasjoner som grenser til det faglig uforsvarlige.

Når det gjelder utsatthet for vold og trusler rapporteres dette av drøyt én av seks, mens mellom drøye én av fem mener det stemmer godt etter nokså godt at krevende pårørende er en belastning og nærmere fire av ti at det også gjelder krevende pasienter.

Ser vi på vurderingen av sykehusjobben hos de som har sluttet og funnet seg annet arbeid, finner en tilnærmet det samme svarmønsteret som hos de som fremdeles jobber på sykehus. Det er likevel færre av de som har skiftet jobb enn de av som har blitt, som oppgir at de hadde et godt forhold til nærmeste leder, samtidig som flere oppgir å ha hatt lite kontakt med nærmeste leder. Langt færre har følt seg verdsatt av nærmeste leder. Flere av de som sluttet opplevde også å ha for mye å gjøre i sykehusjobben, og langt flere mente det stemte godt at de sjelden hadde fått tid til å utføre oppgavene slik de mente de burde gjøres. Færre opplevde også å ha hatt stor frihet i jobben. I tillegg var det fire av ti av jobbytterne som mente det stemte at de ofte opplevde arbeidssituasjoner som grenset til det faglig uforsvarlige, mot én av fire blant de som fremdeles jobbet på sykehus. Selv om svarene er uttrykk for subjektive opplevelser, som vi verken har mulighet til å sjekke om stemmer med virkeligheten, kan det å oppleve arbeidet slik nok bidra til å tære på så vel yrkesstoltheten som samvittigheten over tid.

Tilsvarende er det relativt liten forskjell mellom de som gikk av som 62–63-åringer og de som fortsatte etter denne alderen. Det er likevel færre av tidligpensjonistene enn de som fortsatte som kom godt overens med nærmeste leder, litt færre hadde også følt seg verdsatt av nærmeste leder og litt flere oppga å ha lite kontakt med leder. Det er også en litt større andel av tidligpensjonistene enn de som fortsatte som vurderte det fysiske og psykiske arbeidsmiljøet som belastende, opplevde å ha for mye å gjøre og mente de sjelden fikk tid til å utføre arbeidsoppgavene slik de selv mente burde gjøres. Forskjellene er imidlertid små. Det er også dobbelt så mange av tidligpensjonistene som de som fortsatte som mener det stemmer godt at en ofte opplevde situasjoner som grenset til det faglig uforsvarlige.

Forskjellene er også små når en sammenligner svarene fra sykepleiere med og uten spesialisering/videreutdanning og hjelpepleiere/helsefagarbeidere. Sykepleiere med spesialisering/videreutdanning opplever imidlertid noe oftere arbeidsoppgavene som interessante og givende enn hjelpepleiere/helsefagarbeidere og sykepleiere uten spe-

sialisering/videreutdanning, mens hjelpepleiere/helsefagarbeidere oftere enn sykepleiere oppgir at arbeidet er svært fysisk krevende arbeid og at krevende pårørende er en arbeidsmiljøbelastning. På den annen side mener også en større andel av dem at de har stor frihet i arbeidet og at de får den opplæringen de trenger. Litt flere føler seg også verdsatt av nærmeste leder, sammenlignet med sykepleiere.

8 Analyser av jobbskifte og tidligpensjonering

I dette kapitlet ser vi nærmere på hva som kjennetegner dem som forlater sykehusjobben, til forskjell fra dem som blir i jobben, ved å gjennomføre to multivariate regresjonsanalyser. Målet er å se om det er trekk ved arbeidsforholdene, forhold ved hjemmesfæren, privatlivet eller karrieren som synes å ha mest å si for valget om å forlate sykehusjobben. For å lette lesingen er redegjørelsen for hvilke faktorer som inngår i analysene og regresjonstabellene, lagt i vedlegg 2.

8.1 Hva kjennetegner de som slutter?

Bakgrunnen for at noen slutter på en arbeidsplass og finner seg annet arbeid eller velger å pensjonere seg tidlig, er sammensatt (Saridakis & Cooper, 2016; Midtsundstad, 2015, 2016, Tofteng & Hilsen, 2016; Hilsen & Tofteng, 2016 Nilsson 2016, 2020). Det kan være knyttet til forhold ved arbeidsplassen, til type arbeid og arbeidsoppgaver, til arbeidsbelastninger, til hvor lenge en har vært i en jobb og på samme arbeidssted, til personlighet, ansettelsesforhold, og til hva slags forhold en har til nærmeste leder og til kollegaer. Men det kan også være knyttet til individuelle egenskaper og ressurser som type utdanning og utdanningsnivå, alder, kjønn, helsesituasjon og arbeidsevne.

I analysene som følger, ses flere av disse forholdene i sammenheng for å finne ut hva som kjennetegner de som sluttet og de som valgte å gå av tidlig til forskjell fra de som ikke sluttet og de som fortsatte i jobben etter fylte 62 år. Slik kan en komme på sporet av hvilke faktorer og forhold ved arbeidssituasjonen og arbeidsmiljøet som synes å være utslagsgivende for frafallet.

De variablene som er med i analysen er følgende:

I analysen av jobb-bytte:

Kjennetegn ved individet, som type utdanning og yrke, alder og egenvurdert helse og arbeidsevne og om en har jobbet andre steder tidligere

Kjennetegn ved jobben, som stillingsprosent, type avdeling en jobber på, helseregion og om en mener en får tilstrekkelig opplæring.

Kjennetegn ved arbeidsmiljøet, som kontakt med nærmeste leder, om en opplever å bli verdsatt, hvor psykisk tungt arbeidet oppleves, og om en ofte opplever situasjoner en finner faglig uforsvarlig og om en sjelden får tid til å utføre oppgavene slik en mener de bør gjøres

I analysen av tidligpensjonering:

Kjennetegn ved individet, som type utdanning og yrke, egenvurdert helse og arbeidsevne

Familiesituasjon, som sivilstatus og partners yrkesaktivitet og om en har omsorgsforpliktelser

Kjennetegn ved jobben, som stillingsprosent, type avdeling en jobber på, helseregion, om en mener en får tilstrekkelig opplæring, om en har anledning til å ta småpauser og om det finnes seniortiltak

Kjennetegn ved arbeidsmiljøet, som kontakt med nærmeste leder, om en opplever å bli verdsatt, hvor psykisk tungt arbeidet oppleves, og om en ofte opplever situasjoner en finner faglig uforsvarlig og om en sjelden får tid til å utføre oppgavene slik en mener de bør gjøres

Ved valg av uavhengige variabler som inkluderes i analysen har vi måttet forenkle. Alle variable og kjennetegn som i utgangspunktet kan synes interessante er derfor ikke inkludert. Det skyldes at enkelte variable dels måler det samme fenomenet og derfor er sterk korrelert, at noen variable har for liten variasjon, og at noen variabler ut fra arbeidsmiljøanalysene synes mindre interessant. Vi har likevel testet de fleste variablene i en rekke ulike modeller, og de som gjennomgående har vist seg å ikke vise noen signifikante sammenhenger er utelatt. Da jobbytte og tidligpensjonering er to ulike fenomener vil også variablene som inngår i de to analysemodellene variere.

8.2 Kjennetegn ved de som bytter til jobb utenfor sykehus

Analysen viser at sykepleiere har høyere sannsynlighet for å skifte jobb enn hjelpepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter. Det gjelder særlig sykepleiere uten spesialisering/videreutdanning. Sannsynligheten for å ha forlatt yrket til fordel for annen jobb er også høyere hos de eldste; de som i dag er 65–67 år gamle, og som da forlot yrket når de var 58–67 år gamle. Helse og arbeidsevne har også betydning. De som rapporterer å ha helseproblemer som i stor grad går ut over arbeidsevnen har større sjanse for å ha byttet jobb enn de som verken har helseproblemer eller føler seg slitne.

Ser vi nærmere på hvor de jobber og hvor mye de jobber, er jobbskifte vanligere om en har hatt en heltidsstilling og om en har jobbet på en avdeling med døgndrift.

Sannsynligheten for at en har byttet jobb øker også om en ofte opplever arbeidssituasjoner som grenser til faglig uforsvarlig og mener en sjelden har tid til å utføre oppgavene slik en selv mener de bør gjøres. De som ikke føler seg verdsatt av nærmeste leder har også større sannsynlighet for å slutte i sykehusjobben og finne seg en annen jobb. Om en tidligere har jobbet annet sted enn på sykehus øker det også sannsynligheten for at en bytter til en jobb utenfor sykehus.

Helseregion, det å oppleve at arbeidet er psykisk tungt eller ha lite kontakt med nærmeste leder synes imidlertid ikke å påvirke sannsynligheten for jobbytte. Vi finner i alle fall ingen statistisk sikre sammenhenger her, når det kontrolleres for de øvrige variablene i modellen. At det å oppleve arbeidet som psykisk tungt ikke slår ut kan kanskje overraske, men det kan rett og slett skyldes at de aller fleste som jobber på sykehus i de yrkene vi ser på opplever arbeidet slik. Det blir derfor ikke avgjørende for valget om jobbytte. Noe av det samme er trolig tilfelle når det gjelder det å oppleve

arbeidet som fysisk tung eller det å synes at en har for mye å gjøre, da vi heller ikke fant noen signifikant sammenheng for disse to variablene.

8.3 Kjennetegn ved tidligpensjonistene

Tidligpensjonering har vi definert som det å gå av som 62-åring til forskjell fra det å fortsette etter denne alderen. Av de individuelle kjennetegnene og faktorene som inngår i analysene øker sannsynligheten for å tidligpensjonere seg om en har helseproblemer og opplever at dette reduserer arbeidsevnen i stor eller noen grad. Type utdanning og yrke har derimot ingenting å si. Det å jobbe heltid øker imidlertid sannsynligheten for at en pensjonerer seg som 62-åring, sammenlignet med det å jobbe kort deltid, noe som nok har med opptjente rettigheter og forventet pensjon å gjøre. Om en jobber på en avdeling med døgndrift øker også sjansen for å gå av tidlig, sammenlignet med det å jobbe på kontor. Det samme gjelder om en jobber på poliklinikk. Helseregion synes å ha lite å si, selv om det er en tendens til at sjansene for å velge tidligpensjonering er noe større i Helse Nord.

Av arbeidsmiljøfaktorer synes det å oppleve arbeidet som psykisk krevende å øke sannsynligheten for at en går av tidlig, mens det å ha anledning til å ta småpauser, utenom matpause og toalettbesøk, synes å redusere sannsynligheten for å gå av tidlig. Interessant er det også å observere at det å jobbe et sted som har seniortiltak reduserer sannsynligheten for å gå av som 62-åring. Om en opplever å ha fått tilstrekkelig opplæring eller ikke har derimot lite å si. Øvrige arbeidsmiljøfaktorer det kontrolleres for har heller ingen betydning.

Av faktorer knyttet til familien og hjemmesfæren øker, ikke uventet, det å ha en pensjonert ektefelle sannsynligheten for å tidligpensjonere seg. Det samme gjelder ikke om en har en syk og pleietrengende i nær familie. Det er få som oppgir å ha slike forpliktelser i utvalget.

8.4 Oppsummering

Analysen viser at sykepleiere har høyere sannsynlighet for å skifte jobb enn hjelpepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter. Det gjelder særlig sykepleiere uten spesialisering/videreutdanning. Sannsynligheten for å ha forlatt yrket til fordel for annen jobb er også høyere hos de eldste, de som rapporterer å ha helseproblemer som i stor grad går ut over arbeidsevnen, de som hadde en heltidsstilling og jobbet på en avdeling med døgndrift, de som mente arbeidssituasjoner ofte grenset til det faglig uforsvarlig, de som sjelden hadde tid til å utføre oppgavene slik de selv mente de burde gjøres, de som ikke følte seg verdsatt av nærmeste leder, og de som tidligere hadde jobbet annet sted enn på sykehus. Helseregion, det å oppleve at arbeidet er psykisk tungt eller ha lite kontakt med nærmeste leder synes imidlertid ikke å påvirke sannsynligheten for jobbytte.

Sannsynligheten for å gå av som 62-åring øker om en har helseproblemer som reduserer arbeidsevnen, om en jobber heltid i motsetning til kort deltid, om en jobber på en avdeling med døgndrift eller på poliklinikk, om en opplever arbeidet som psykisk krevende, ikke har mulighet til å ta småpauser, om en jobber et sted som ikke har seniortiltak, og om ektefelle/samboer er pensjonert. Om en opplever å ha fått tilstrekkelig opplæring eller ikke har derimot lite å si. Det samme gjelder om en har en syk og pleietrengende i nær familie.

9 Videreutdanning og kompetanseutvikling

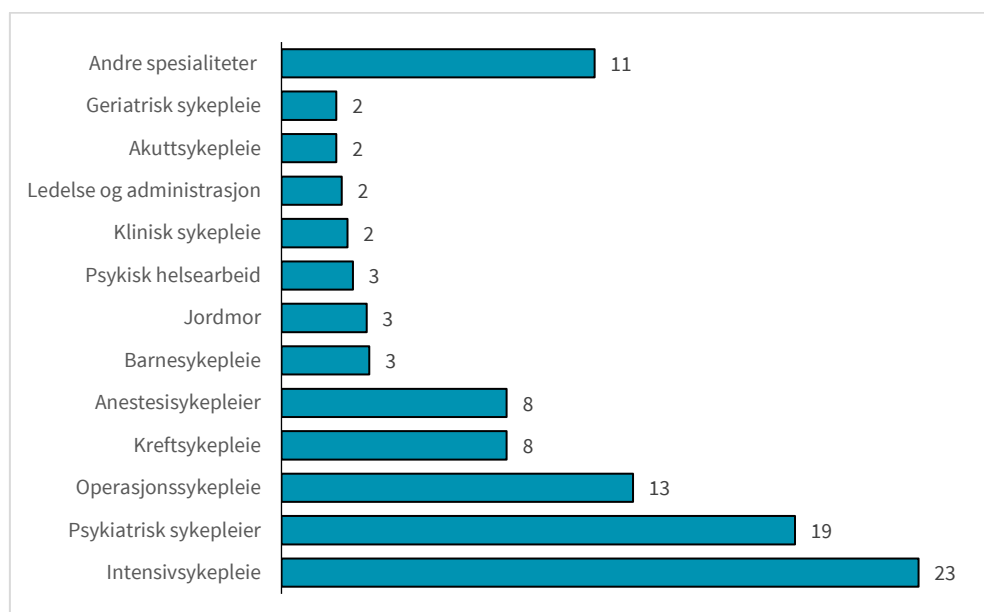
Kravene til kompetanseutvikling i helsesektoren er høye, da behandlingsformer og tilgjengelig teknologi stadig er i endring. For de som har vært i yrket lenge er det derfor viktig med jevnlig, faglig påfyll og opplæring for ikke å sakke akterut. I dette kapitlet ser vi nærmere på tilbudet om kurs og opplæring, og andelen som sier de deltar i slike aktiviteter, og hva som er grunnene til å delta eller la være.

9.1 Spesialisering og videreutdanning

En betydelig andel av sykepleiere, helsefagarbeidere og hjelpepleierne har tatt videreutdanning og/eller spesialisering utover grunnutdanningen. Nesten to av tre sykepleierne over 50 år har en spesialisering, og én av ti har en mastergrad eller en master i kombinasjon med en spesialisering, eller flere spesialiseringer parallelt.

De fleste sykepleiere med spesialistutdanning i utvalget er enten intensivsykepleiere (23 prosent), psykiatriske sykepleiere (19 prosent), operasjonssykepleiere (13 prosent), anestesisykepleiere (8 prosent) eller kreftsykepleiere (8 prosent) (figur 9.1). Disse fem sykepleiespesialitetene innehas av over 70 prosent av alle med spesialisering i utvalget. Ut over dette finnes en rekke spesialiteter, som jordmor, helsesykepleier, barnesykepleie, akuttisykepleie, klinisk sykepleie, gastrosykepleie, geriatrisk sykepleie, nevrosykepleie, diabetes sykepleie, samt spesialisering innen rehabilitering, revmatologi, rus, dialyse, psykisk helsearbeid, ledelse og administrasjon, for å nevne noe. Vi har med andre ord med en svært velutdannet arbeidsstokk å gjøre.

Figur 9.1 Andel med ulike spesialistutdanninger/videreutdanninger blant sykepleiere. Prosent. n = 3652.



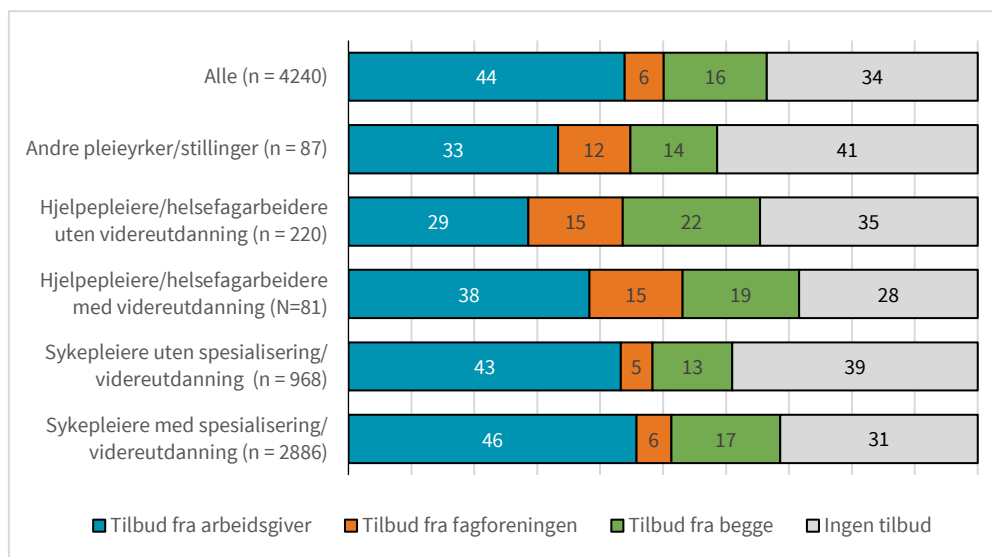
Blant hjelpepleierne/helsefagarbeiderne, er det 25 prosent som har videreutdanning ut over grunnutdanningen. Av disse hadde flest videreutdanning innen barsel og barnepleie (51 prosent) og psykisk helse (17 prosent). Ellers fordeler det seg jevnt på blant annet kreftomsorg og lindrende pleie, rusomsorg, helse, aldring og aktiv omsorg, demensomsorg og alderspsykiatri.

9.2 Tilbud om og deltakelse i kompetanseutvikling

Sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere får jevnlig tilbud om å delta på ulike faglige kurs og konferanser i regi av arbeidsgiver eller egen fagforening. To av tre hadde mottatt slike tilbud i løpet av 2019, 2020 og 2021. I to av tre tilfeller kom tilbudet fra arbeidsgiver, i ett av ti tilfelle fra egen fagforening, mens de resterende oppga at de hadde fått slike tilbud både fra arbeidsgiver og fra fagforeningen.

Sykepleiere med spesialisering/videreutdanning og hjelpepleiere/helsefagarbeidere med videreutdanning er de som oftest får et tilbud, mens sykepleiere uten spesialisering/videreutdanning er de som sjeldnest får det. Sykepleiere med spesialisering er også de som oftest får et tilbud fra arbeidsgiver. Det gjelder hele 69 prosent. Hjelpepleiere/helsefagarbeidere, på sin side, får langt oftere et tilbud av sin fagforening. Drøyt én av tre fikk et slik tilbudt i løpet av de siste tre årene. Blant sykepleier gjelder det 23 prosent om de har en spesialisering og 18 prosent om de ikke har det.

Figur 9.2 Andel i de ulike utdannings-/stillingsgruppene som har fått tilbud om kurs/kompetansepåfyll fra arbeidsgiver eller fagforening i løpet av de tre siste årene, blant dem som jobbet på sykehus i desember 2021. Prosent.

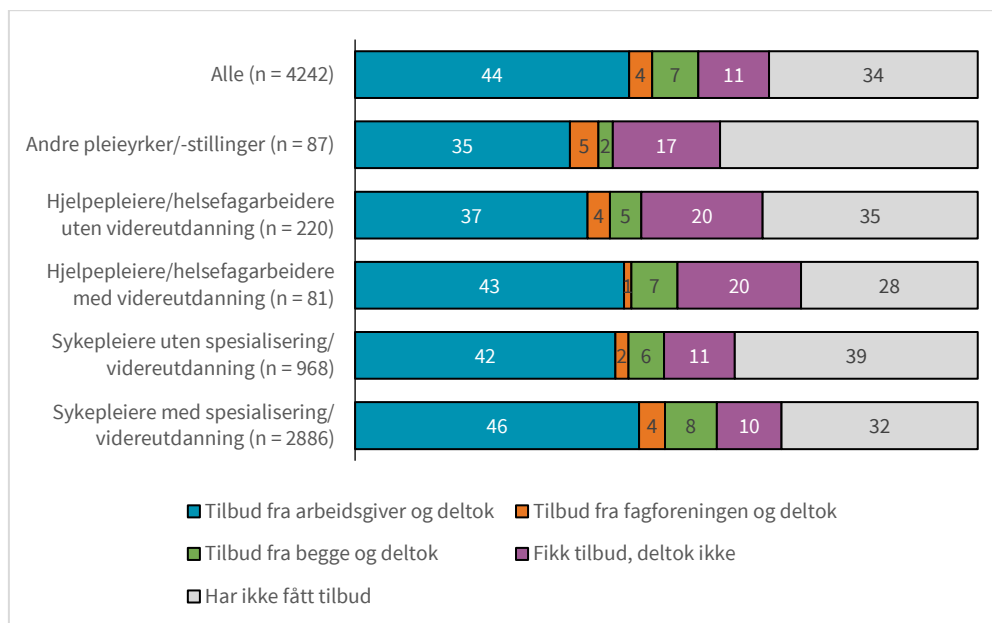


Selv om en får tilbud om å være med på et kurs eller en konferanse er det ikke alltid en har anledning til eller ønsker, å delta. De fleste oppga likevel at de hadde takket ja til ett eller flere av kursene eller konferansene. Over åtte av ti som hadde fått et tilbud, hadde derfor deltatt på et kurs i regi av arbeidsgiver og/eller fagforeningen i løpet av de siste tre årene, hvorav de fleste var i regi av arbeidsgiver.

Ser vi tilbud og deltakelse i sammenheng er det 55 prosent av alle som både har fått et tilbud og deltatt i løpet av de tre siste årene, 11 prosent hadde fått et tilbud, men ikke deltatt, mens 34 prosent ikke hadde fått noe tilbud og derfor heller ikke deltatt (figur 9.3).

De som oftest deltar på et kurs eller en konferanse er hjelpepleiere/helsefagarbeidere med videreutdanning og sykepleiere med spesialisering/videreutdanning. De som sjeldnest deltar, er sykepleiere uten spesialisering, og de i andre pleieyrker/stillinger. De som oftest takker nei til de tilbudene de får, er hjelpepleierne og ansatte i andre pleieyrker/stillinger.

Figur 9.3 Andel i de ulike utdannings-/stillingsgrupper som har deltatt på kurs i løpet av (2019, 2020 og 2021). Prosent.



9.3 Begrunnelser for å delta

Deltakelse synes for de fleste å være drevet både av en genuin interesse for faget og en personlig opplevd forpliktelse til å holde seg faglig oppdatert, selv om enkelte også oppgir at kurset var obligatorisk eller at de hadde blitt pålagt av arbeidsgiver/leder å delta. Det trenger imidlertid ikke å være noen motsetning mellom å bli pålagt å ta del i slike kurs og det selv å ønske det. Det var også anledning til å gi flere svar, så samme person kunne oppgi flere ulike begrunnelser.

Noen forskjeller finnes mellom yrkesgruppene. Sykepleiere deltar i noe større grad enn hjelpepleiere/helsefagarbeidere fordi de synes det er spennende å lære nye ting og fordi de føler en forpliktelse til å holde seg faglig oppdatert. Hjelpepleiere/helsefagarbeidere uten videreutdanning legger imidlertid på sin side også større vekt på forpliktelsen til å holde seg oppdatert og at kursdeltakelse er nødvendig for å kunne utføre jobben enn hjelpepleiere med videreutdanning, og svært mange ansatte i andre pleieyrker/stillinger oppgir at de synes det er spennende å lære nye ting. Ellers er forskjellene små.

Tabell 9.1 Begrunnelser for å delta på kurs/etterutdanning etter utdannings-/stillingsgruppe. Flere svar mulig. Prosent..

	Sykepleiere		Hjelpepleiere/ helsefagarbeidere		Andre pleieyrker/ stillinger (n = 36)	Alle (n = 2336)
	med spesialisering/ videreutdanning (n = 1677)	uten spesialisering/ videreutdanning (n = 480)	med videreutdanning (n = 42)	uten videreutdanning (n = 101)		
Jeg har et ansvar for å holde meg faglig oppdatert	73	71	64	77	56	72
Jeg synes det er spennende å lære nye ting	57	58	45	40	67	56
Det var nødvendig for å kunne utføre mine oppgaver	24	27	19	32	19	25
Jeg ble pålagt av leder å delta	16	20	21	21	11	17
Annet	5	4	5	3	3	4

Under «Annet» ble også andre grunner oppgitt. Her la flere stor vekt på det positive med det sosiale, det at kursdeltakelsen ga mulighet til å treffe kollegaer fra andre steder og utveksle erfaringer, mens andre vektla at deltakelse ga dem mulighet for litt avveksling og oppleve noe annet en dag eller to; rett og slett det å få et lite pusteroom i en ellers travel hverdag. For andre igjen var hovedgrunnen til deltakelse at de var medarrangør eller sto for selve kurset/konferanser, eller selv var en av de som skulle holde innlegg. Det var derfor en selvfølge at de deltok.

Når det gjaldt kursene i regi av fagforeningen, dreide disse seg i stor grad om pensjon og pensjonsrettigheter. Begrunnelsene for deltakelse var derfor ikke eget fag og ønske om videreutvikling av egen kompetanse, men personlige behov for å sette seg inn i pensjonsregelverket og egne rettigheter, som en forberedelse til pensjonisttilværelse og de valg de snart måtte gjøre.

9.4 Begrunnelser for å ikke delta

Selv om deltakelsesratene generelt var høye, var det snaut 20 prosent som hadde fått et tilbud men ikke hadde vært på et kurs eller deltatt på en konferanse i løpet av de tre siste årene. Av naturlige grunner var én av de viktigste årsakene pandemien, som jo har begrenset muligheten for å delta på større arrangementer og samlinger av smittevern hensyn. Gitt arbeidets karakter har i tillegg sykehusansatte måttet være særskilt påpasselige i så måte. 12 prosent pekte derfor på dette som en av hovedårsakene til at de ikke hadde deltatt.

Ser vi bort fra pandemien relateres de oppgitt grunnene seg til *selve kurstilbudene*, som at de ikke hadde vært relevante og at en hadde vært på et liknende kurs tidligere. Det kan ha sammenheng med at senioren har vært i yrket lenge og at mange av de samme kursene tilbys regelmessig. En del oppga også at kurset strakk seg over for mange dager og forutsatte at en reiste bort, at det var på kveldstid eller at det var for dyrt og/eller delvis måtte bekostes av den enkelte selv.

For andre, var manglende deltakelse knyttet til selve *arbeidssituasjonen*, som muligheten den enkelte har for å slippe fra og få fri, til om arbeidsgiver dekket kursavgift og reise- og oppholdskostnadene, og om de følte de hadde overskudd i en travel arbeidshverdag til å prioritere deltakelse.

For det tredje, var det en rekke mer *private og personlige* grunner til manglende deltakelse, som sykdom og sykefravær hos en selv eller familien, prioritering av egen

fritid framfor jobberelaterte aktiviteter, om kurset ble avholdt utenom arbeidstid, at reiseveien var for lang, og at en selv hadde måttet betale deler av reise og opphold.

Alder synes også å spille inn for noen, da enkelte viste til egen alder og at de nærmer seg pensjonsalderen, innforstått at de verken mente de selv eller arbeidsgiver ville ha noe utbytte av at de deltok på kurs og fikk kompetansepåfyll nå, da de snart likevel skulle gå av med pensjon. Enkelte skrev også eksplisitt at yngre burde prioriteres til slike kurs, av samme grunn.

Tabell 9.2 Begrunnelser for å ikke delta på kurs/etterutdanning, blant dem som har fått tilbud, men ikke deltatt. Etter utdannings-/stillingsgruppe. Flere svar mulig. Prosent.

	Sykepleiere		Hjelpepleiere/ helsefagarbeidere		Andre pleieyrker/ stillinger (n = 72)	Alle (n = 725)
	med spesialisering / videreutdanning (n = 301)	uten spesialisering / videreutdanning (n = 110)	med videreutdanning (n = 65)	uten videreutdanning (n = 177)		
Annet	39	41	56	28	27	33
Jeg fikk ikke fri av leder til å delta	7	6	6	2	0	6
Arbeidspresset gjorde det umulig å finne tid til å delta	26	30	13	21	13	25
Jeg føler jeg har lite utbytte av slike kurs	0	7	6	9	33	11
Jeg hadde tatt de kursene de tilbød tidligere	13	11	6	14	7	12
De tilbudene jeg fikk var ikke relevante	19	23	19	42	40	23

Det er litt ulik vektlegging av de ulike begrunnelsene hos ansatte i ulike utdannings- og stillingsgrupper (tabell 9.2). For sykepleiere var manglende deltakelse primært knyttet til arbeidspress og problemer med å ta seg fri fra jobben, at de hadde deltatt på lignende eller samme kurs tidligere og at de ikke anså tilbudet som relevant. Dette var også viktige grunner for hjelpepleiere/helsefagarbeidere som ikke deltok, men i langt mindre grad, bortsett fra hjelpepleierne/helsefagarbeidere uten videreutdanning, hvor 42 prosent begrunnet manglende deltakelse med lite relevans og 14 prosent sa de hadde deltatt på et lignende kurs tidligere. For ansatte i andre pleieyrker/stillinger var manglende relevans også en viktig grunn. I tillegg følte én av tre at de hadde lite utbytte av slike kurs.

9.5 Teknologiske endringer og kompetanseutvikling

Det skjer stadig utvikling og endring i tilgjengelig teknologi og datasystemer, samtidig som nye og mer effektive behandlingsformer utvikles og forbedres. Sykehusansatte har derfor kontinuerlig behov for å oppdatere seg, sette seg inn i og ta i bruk ny teknologi og nye datasystemer. Hvordan oppleves dette av de det gjelder?

Svært mange synes det er motiverende og faglig utfordrende med alt det nye (41,7 prosent), og opplever det som uproblematisk å sette seg inn i de nye systemene (33,6 prosent) (tabell 9.3). Det gjelder likevel ikke alle. Drøyt én av fire synes de får for lite opplæring og trening i nye systemer, mens nærmere én av fem sier de sliter med å henge med i den teknologiske utviklingen, samtidig som nesten én av ti opplever det

som vanskelig å stå i en jobb som er i kontinuerlig endring. Én av fem mener dessuten at en del av endringene er unødvendige og/eller overflødige.

Det er en del forskjeller mellom de ulike utdannings- og stillingsgruppene holdning til teknologiske endringer og nye datasystemer. Sykepleiere synes å ha en litt mer offensiv holdning, da langt flere enn de øvrige føler seg motivert av slike endringer. En større andel enn blant hjelpepleierne/helsefagarbeiderne synes også det er lett å lære seg nye rutiner og ny teknologi. Det er også færre som sliter med å henge med i den teknologiske utviklingen blant sykepleierne og hjelpepleiere/helsefagarbeidere med videreutdanning enn uten. Innen andre pleieyrker/stillinger er det også en langt større andel enn blant de øvrige som mener de får for lite opplæring og trening i bruk av de nye systemene.

Tabell 9.3 Opplevelse av og holdning til teknologisk endring og nye datasystemer. Flere svar mulig. Prosent.

	Sykepleiere		Hjelpepleiere/ helsefagarbeidere		Andre pleieyrker/ stillinger	Alle
	med spesialisering/ videreutdanning (n = 2886)	uten spesialisering/ videreutdanning (n = 968)	med videreutdanning (n = 81)	uten videreutdanning (n = 220)	(n = 87)	(n = 4239)
Annet	5	5	4	4	6	5
Jeg opplever at det er vanskelig å stå i en jobb som er i kontinuerlig endring	9	11	9	8	5	9
Jeg sliter med å henge med i den teknologiske utviklingen	16	20	17	27	21	18
Jeg opplever at en del av endringene er unødvendige og overflødige	20	21	22	16	26	20
Jeg opplever at vi får for lite opplæring og trening i bruk av ny teknologi	27	29	22	26	40	27
Jeg synes det er lett å lære nye rutiner og ny teknologi	35	31	28	23	29	34
Jeg blir motivert når vi får tilført ny teknologi og faglig utfordringer	43	40	33	31	32	42

Drøyt 200 av senioren (4.7 prosent) oppgir også andre grunner, eller utdyper sine svar, da en hadde anledning til det i et fritekstfelt. Disse er ikke i samme grad representative, men svarene gjengis fordi de nevner en del problemer som kan være relevante å undersøke nærmere.

Svært mange av kommentarene påpeker problemer med enkelte av de nye dokumentasjonssystemene, både hvordan disse er utformet, hvordan de fungerer i det daglige, og prosessene knyttet til når, hvor fort og hvordan systemene og de nye programmene har blitt faset inn. Her er et knippe av sitater som illustrerer en del av de problemene de opplever:

«Innføring av helseplattformen virker lite gjennomtenkt siden ingen andre helseforetak innfører den. Da blir det ikke likt over hele landet likevel, noe som var intensjonen til Stortinget i 2001.»

«It-systemene fungerer dårlig, Gamle systemer kombinert med nye gir mye feil på datasystemet. Problemer med å få opp systemene. Det tar lang tid. Får ikke forberedt pasientene. Trenger nesten daglig IT-support på Dips/metavision.»

«Jeg opplever ikke at sykepleiedokumentasjonen slik den skal utføres nå, ivaretar den enkelte pasients behov og sikkerhet for videreformidling av viktige beskjeder som gjelder pasientene. Det er ok at dokumentasjonen er elektronisk, men det dokumenteres for mye (kun for å sikre seg juridisk). Det jeg anser som viktig, skal ikke dokumenteres lenger- og det tar bort fokus på pasienten og andre ting jeg har ansvaret for under operasjonen, som er viktig for pasienten.»

«Jeg opplever til dels at vi personalet "nederst", nærmest pasienten, "kjernevirksomheten" på sykehuset ikke når fram med tilbakemeldinger til de som beslutter. Eks: Det tar lang tid når vi kommer med innspill i forhold til nye datasystemer som skal fases inn for etableres og vi ser enkelte tida bør justeres da det hemmer vært arbeid og stjeler tid fra fokuset vårt: behandle den kritisk syke pasienten.»

«Dårlig kompatibilitet og integrasjon av datasystemer, og for lite brukervennlige grensesnitt.»

«Jeg liker ny teknologi. Problemet er at systemene er trege, speiler det arbeidet som gjøres i liten grad. Dokumentasjon er dårligere pga. systemrigiditet.»

«Lite brukervennlig, da vi må dokumentere i flere systemer som ikke jobber sammen. Så vi bruker for mye tid til dokumentasjon i hverdagen grunnet for dårlige systemer. Spesielt at de ikke kommuniserer seg imellom.»

«Mye er bra, som f.eks. Metavision. Synes det var en klar forbedring. Men så velger de å introdusere KDS midt i en pandemi, når vi mangler personell. Vi får noen få timer opplæring ... Det er det motsatte av kvalitetssikring! Helt utrolig, og det viser at de oppover i systemet ikke skjønner hvordan hverdagen vår er.»

«Mye nytt på kort tid, pakkeforløp PHV og TSB samt overgang fra Dips classic til Dips Arena, litt vel mye på kort tid, vurderte en periode å gå av på AFP.»

«Noen system er lite intuitive og unge som gamle bruker unødvendig mye tid på å få tilgang og oppsett av nye system. Sykehuspartner gir ikke alltid den beste hjelpen.»

«Opplever at det er usikkert system mtp. pasientsikkerhet i systemet Metavision.

Systemet krever svært høy årvåkenhet og kompetanse innenfor medikament-håndtering. Mye feil ordinasjoner ifht. dosering, tider, type medikamenter osv., samt avbrytelser fra kollega som trenger kontroll osv. Det brukes alt for mye tid på dette. Det er ikke innført flere ressurser på tapt tid hos pasientene. Leger og sykepleiere har økt arbeidsbelastning og økt stress. Man har liten eller ingen påvirkningsmulighet på dette.»

«PCene er treige, og klarer ikke jobbe fort nok og dette er et økende problem siden det stadig kommer nye program. Fornying av dataparken er nødvendig.»

«Stor forskjell på nye rutiner og nye tekniske løsninger, sliter mer med nye IKT-løsninger enn andre endringer.»

«Synes arbeidsgiver velger dårlige tekniske løsninger noen ganger, f.eks. nytt telefonsystem. De må ta høyde for at sykehuset bruker mye vikarer og det er vanskelig for vikarer med så spesielle systemer. Elektroniske kurver og data-program kan være unødig innvikla og svært tidkrevende. Jeg opplever at mange sitter ved datamaskinen store deler av tiden på jobb. Det er bra med data, men det tar tid. Bruker ofte lang tid på å få logget inn, systemene jobber tregt.»

«Systemene er for dårlig, mye dobbelføring og utstyret for gammelt og systemene for trege, må logge seg på gang på gang fordi en blir kastet ut hele tiden.»

De skriver også følgende om manglende opplæring:

«Vi trenger mer tid på kurs og i bruk av MetaVision. Det fungerer fint i daglig bruk, men altfor mange av oss mangler kunnskap om alle mulighetene som ligger i programmet. Trenger også mer opplæring i hvordan bruke sykepleierdokumentasjon i Dips før vi kan bruke det som intensjonen var - og nesten klare oss uten de gamle skriftlige rapportene.»

«Vi får opplæring, men får for lite tid til trening/gjøre endringer pga. stor arbeidsbelastning.»

«Det er greit med ny teknologi, men ikke alltid nok opplæring/øving i forkant.»

«Har kunn 50% stilling. Det vanskeleggjer fagleg oppdatering på eit nivå eg ønske å vere, liten forståing for dette ved leder og kollegaer, treng like mykje mengdetrening utan å få like mykje tid som dei i ein 100% stillingar.»

«Liten tid til å lære det nye, da jeg jobber redusert. Nye ting tar lengre tid å lære, og med travle vakter rekker en ikke å øve seg/sette seg inn i det nye.»

Enkelte påpekte også at det kunne bli litt vel mye nye og kompliserte apparater og at de enkelte ganger kunne føle seg utrygge når de måtte ta i bruk teknisk utstyr de sjelden benyttet:

«I tillegg til den faglige biten som sykepleier - som er stor - så må man snart være ingeniør for å jobbe på sykehus ... Mye og vanskelige apparater til tider.»

«Flere forskjellige smertepumper. Noen blir brukt ofte og oppleves greit. Men pumper og teknisk utstyr som blir bruk sjeldnere, kan oppleves noe utrygt.»

«Noe er lett å lære, men hvis det er svært mye, og ting vi bruker sjelden, da kan det være vanskelig å få det integrert.»

«Mange avanserte medisinske apparater blir brukt kun av og til, man får ikke den mengdetreningen man ønsker seg.»

«Usikker. Noe nytt er greit, ting og utstyr som benyttes ofte. Vanskeligere å huske hvordan en bruker utstyr/prosedyrer som sjelden brukes. Men en kan jo finne fram prosedyrer, de finnes.»

Enkelte knytter disse problemene eksplisitt til alder, og henviser til det at de snart skal pensjonere seg som forklaring på manglende engasjement:

«Har til nå lært det jeg skal. Er lite motivert på veldig store forandringer på tampen av arbeidskarrieren.»

«Går greit å lære ny teknologi, selv om det går litt tregere enn når jeg var yngre. Noen endringer oppleves ikke alltid hensiktsmessige.»

«Det kan være lett å lære ny teknologi- Det som er vanskelig er å kunne det godt nok til å endre praksis. Det har sikkert noe med alder å gjøre, men også at det hadde vært viktig å få mer støtte til endring. Ikke bare få opplæring, men også tilbud om støtte ved oppstart av ny teknologi i bruk.»

«Klarer å henge med, men bruker lenger tid og ser at de yngre kollegaene mestrer dette fortere.»

Flere opplever også at data og dokumentasjonskravene stjeler verdifull og viktig tid fra pasientene og behandlingen, og uttrykker frustrasjon over det.

«Må jobbe raskere da nye dataoppgaver må utføres i tillegg til øvrige oppgaver. Eller på bekostning av oppmerksomheten på det aktive kirurgiske feltet.»

«Mye nytt er bra, men jeg synes teknologien fører til at vi fjerner oss fra pasientkontakten. Vi sitter mer og mer foran dataskjermen istedenfor å være nær pasienten.»

«Opplever dårlige datasystemer som tar mye av tiden jeg kunne brukt på pasienten. Trippelfører mye av dokumentasjonen. Fødsler krever særdeles god dokumentasjon. Dårlige systemer som ikke fremmer god dokumentasjon.»

9.6 Oppsummering

Spesialisering og videreutdanning

En betydelig andel av sykepleiere, helsefagarbeidere og hjelpepleierne har tatt videreutdanning og/eller spesialisering utover grunnutdanningen. Nesten to av tre sykepleiere over 50 år har en spesialisering, og én av ti har en mastergrad eller en master i kombinasjon med en spesialisering, eller flere spesialiseringer parallelt.

Blant hjelpepleierne/helsefagarbeiderne er det færre, om lag 25 prosent som har en videreutdanning ut over grunnutdanningen. Av disse hadde flest tatt en videreutdanning innen barsel og barnepleie (51 prosent) og psykisk helse (17 prosent). Ellers fordelte det seg jevnt på blant annet kreftomsorg og lindrende pleie, rusomsorg, helse, aldring og aktiv omsorg, demensomsorg og alderspsykiatri.

Tilbud om og deltakelse på kurs og konferanser

Sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere får jevnlig tilbud om å delta på ulike faglige kurs og konferanser. To av tre hadde mottatt et slikt tilbud i løpet av perioden 2019–2021, og da primært fra arbeidsgiver. Sykepleiere med spesialisering/videreutdanning og hjelpepleiere/helsefagarbeidere med videreutdanning er de som oftest får slike tilbud og da som oftest fra arbeidsgiver, mens sykepleiere uten spesialisering er de som sjeldnest får det. Hjelpepleiere/helsefagarbeidere, på sin side, får langt oftere et tilbud av sin fagforening enn sykepleierne. Drøyt én av tre av dem fikk et slikt tilbud i løpet av de siste tre årene.

Grunner for å delta

Deltakelse synes for de fleste å være drevet både av en genuin interesse for faget og en personlig opplevd forpliktelse til å holde seg faglig oppdatert, selv om enkelte også oppgir at kurset var obligatorisk, slik at de ikke hadde noe valg, eller at de hadde blitt pålagt av arbeidsgiver/leder å delta.

Grunner for å ikke delta

Av naturlige grunner var én av de viktigste årsakene for ikke å delta på kurs i perioden 2019–2021 pandemien. Ser vi bort fra den, relaterer de fleste oppgitt grunnene seg til *selve kurstilbudet*, som at det ikke hadde vært relevante og at en hadde vært på et liknende kurs tidligere.

For andre, var manglende deltakelse knyttet til selve *arbeidssituasjonen*, som vanskene den enkelte har for å slippe fra og få fri på grunn av arbeidspress. Under annet oppga også en del at kurset strakk seg over for mange dager og forutsatte at en reiste bort, at det var på kveldstid eller at det var for dyrt og/eller delvis måtte bekostes av den enkelte selv, da arbeidsgiver ikke dekket alle utgiftene.

For sykepleiere var manglende deltakelse primært knyttet til arbeidspress og problemer med å ta seg fri fra jobben for å delta, at de hadde deltatt på lignende eller samme kurs tidligere og at de ikke anså tilbudet som relevant. Dette var også viktige grunner for hjelpepleiere/helsefagarbeidere som ikke deltok, men i langt mindre grad, bortsett fra for hjelpepleierne/helsefagarbeidere uten videreutdanning

Teknologiske endringer og kompetanseutvikling

Det skjer stadig utvikling og endring i tilgjengelig teknologi og datasystemer, samtidig som nye og mer effektive behandlingsformer utvikles og forbedres. Svært mange sykehusansatte synes det er motiverende og faglig utfordrende med alt det nye, og opplever det som uproblematisk å sette seg inn i de nye systemene. Det gjelder likevel ikke alle. Drøyt én av fire synes de får for lite opplæring og trening i nye systemer, mens nærmere én av fem sier de sliter med å henge med i den teknologiske utviklingen, samtidig som nesten én av ti opplever det som vanskelig å stå i en jobb som er i kontinuerlig endring. Én av fem mener dessuten at en del av endringene er unødvendige og/eller overflødige.

Det er en del forskjeller mellom de ulike utdannings- og stillingsgruppenes holdning til teknologiske endringer og nye datasystemer. Sykepleiere synes for eksempel å ha en litt mer offensiv holdning, da langt flere føler seg motivert av slike endringer enn de øvrige. En større andel enn blant hjelpepleierne/helsefagarbeiderne synes også det er lett å lære seg nye rutiner og ny teknologi. Det er også færre som sliter med å henge med i den teknologiske utviklingen blant sykepleierne og hjelpepleiere/helsefagarbeidere med videreutdanning enn blant hjelpepleiere/helsefagarbeidere uten videreutdanning. Innen andre pleieyrker/stillinger er det også en langt større andel enn blant de øvrige som mener de får for lite opplæring og trening i bruk av de nye systemene.

10 Tilrettelegging og tiltak i arbeidsplassregi

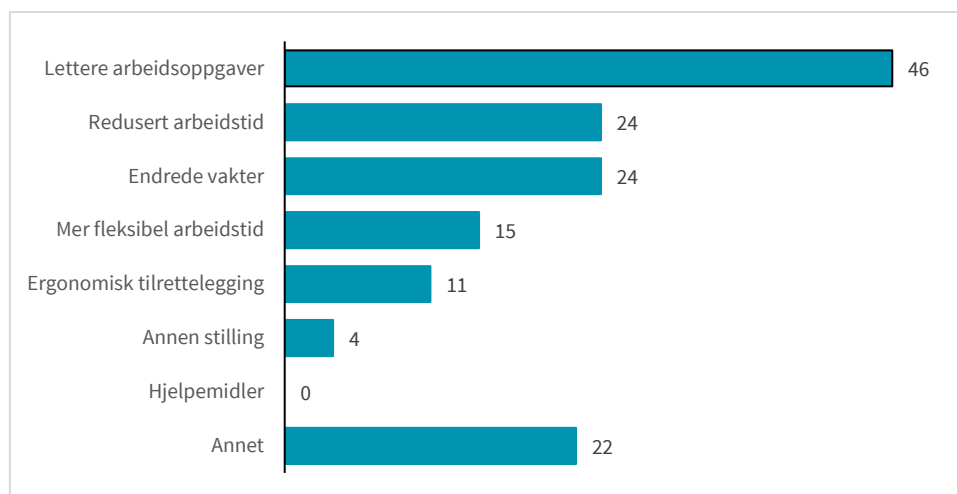
Likeså viktig som å påpeke hva som ikke fungerer, er det å se på hva som faktisk gjøres i dag for å få flere av seniorene til å stå i sykehusjobben lenger. I dette kapitlet gir vi en oversikt over hvordan seniorene selv opplever tilretteleggingen og tiltakene som blir tilbudt av sykehusene i dag, og om de har oversikt over om sykehuset har seniortiltak og hva slags tiltak dette er.

10.1 Tilrettelegging ved sykdom

I utvalget var 4,4 prosent sykmeldt på intervjutidspunktet. Nærmere 45 prosent av disse hadde vært sykmeldt i tre måneder eller mer og 56 prosent var 100 prosent sykmeldt.

Av de som hadde vært sykmeldt i mer enn tre måneder mente to av tre at sykmeldingen i stor (31 prosent) eller noen grad (37 prosent) skyldtes deres arbeid på sykehuset. Nesten alle sykmeldte svarte at arbeidsgiver hadde vært i kontakt med dem i løpet av sykmeldingsperioden, og tre av fire av de langtidssykmeldte opplevde at nærmeste leder i stor eller noen grad har vært opptatt av å finne en løsning på den situasjonen de var i. Nærmere halvparten (49 prosent) hadde fått tilbud om tilrettelegging på arbeidsplassen, blant annet lettere arbeidsoppgaver, redusert arbeidstid og endrede vakter (figur 10.1).

Figur 10.1 Andel som har fått tilbud om ulike typer av tilrettelegging under sykmeldingen blant dem som har vært sykmeldt i 3 måneder eller lenger. Prosent. n = 110.



Enkelte valgte å utdype hva tilbudet bestod i fritekstfeltet, og fortalte at de hadde fått mer administrative oppgaver, hadde fått anledning til å bruke hjemmekontor, hadde kunnet gå over til 60 prosent stilling på natt ved 20 prosent sykmelding og skulle søke om 20 prosent uførepensjon; hadde fått slippe ansvarsvakt og gruppelederfunksjon i

en periode, hadde fått anledning til å veksle mellom faste oppgaver og andre avdelinger etter eget ønske; kunne kombinerte jobb på post med arbeid i en HR-avdelingen. Andre igjen, benyttet anledningen til å understreke at det generelt var vanskelig å få til ordninger med mindre belastende arbeid, selv om en trengte det, på grunn av generell ressursmangel.

Hadde så tiltakene de fikk hatt noen effekt? Nærmere to av tre av de delvis sykmeldte mente at tilretteleggingen i stor (24 prosent) eller noen grad (40 prosent) hadde gjort det lettere for dem å være i jobb, mens 40 prosent blant de som var 100 prosent sykmeldt mente at tiltakene i stor (25 prosent) eller noen grad (12 prosent) ville kunne bidra til at de kom raskere tilbake i arbeid.

De som ikke hadde fått noe tilbud ble spurt om hva slags tiltak som kunne fått dem tilbake i arbeid. De fleste pekte på bedre bemanning, som de mente ville redusere arbeidsbelastningene og arbeidstempoet noe. Godt illustrert ved følgende utsagn:

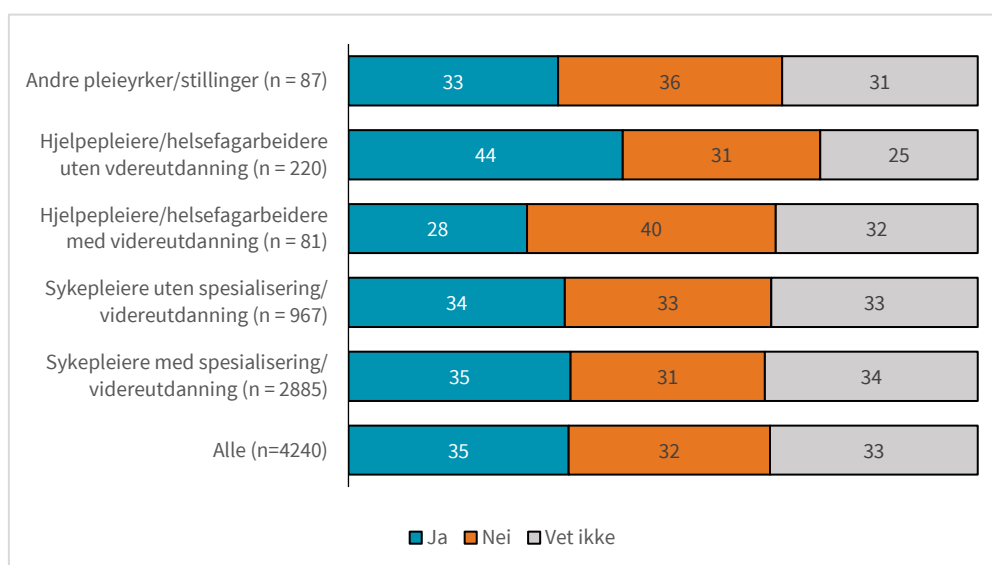
«At vi har en arbeidsdag med normal arbeidsbyrde, dvs. at det er mulig å rekke oppgavene uten å gå overtid. Kravene er større enn det som er mulig å rekke. Når sykmeldingene kommer, må det settes inn vikar. Det skjer nesten ikke fordi vi ikke har vikarer å ta av. Jobber på poliklinikk. Ved sykdom bør kurer utsettes, ikke fordeles på de som er på jobb og allerede har fulle lister.»

Andre nevnte endringer av turnus, tilrettelegging av turnus, friere arbeidstid, arbeidsoppgaver som var bedre tilpasset ens kvalifikasjoner og evner, større interesse fra leder, inkluderende ledelse, tilrettelagt arbeidstid og fritak fra tyngre arbeidsoppgaver under sykmeldingen.

10.2 Tiltak for å lette fysiske belastninger

For å forbygge helseproblemer og frafall er tiltak for å lette fysiske arbeidsbelastninger viktig. Drøyt en tredjedel av seniorpleierne på sykehus mente det var slike ordninger på deres arbeidsplass, mens snaut en tredjedel sa det ikke fantes og de resterende var usikre på om det fantes (figur 10.2).

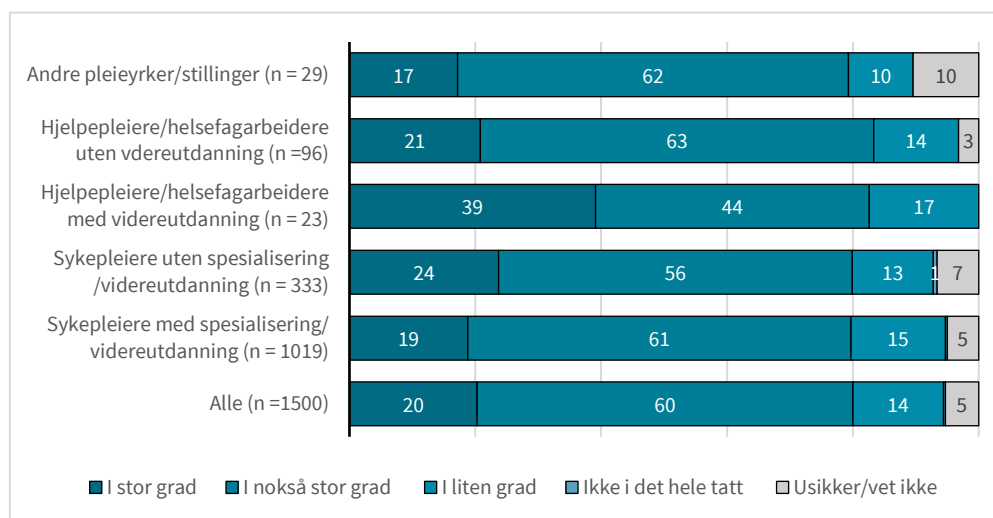
Figur 10.2 Andel av de yrkesaktive pleierne som oppgir at det på sykehuset er innført tiltak/ordninger/hjelpemidler for å lette de fysiske arbeidsbelastningene. Prosent.



Av de 1500 pleierne som visste om slike tiltak, ordninger og hjelpemidler oppga nesten alle at det var kurs i forflytnings-/løfteteknikker og at de hadde tilgjengelig ulike hjelpemidler for forflytning (blant annet takheiser, sengeheiser, pasientheiser, spialsenger som kan heves og senkes og tilpasses og sklilaken/skliplater). Videre oppga mange at det fantes arbeidsbord/operasjonsbord/kontorpulter/benker og stoler som kunne heves og senkes, sparkesykler til bruk ved lange avstander, og spesielle gum-mimatter til bruk i operasjonssaler og annet.

20 prosent av de som vet det finnes slike hjelpemidler og tiltak/ordninger, mener disse i stor grad bidrar til å redusere de fysiske arbeidsbelastningene og 60 prosent mener de hjelper i noen grad (figur 10.3).

Figur 10.3 Andel av dem som oppgir at det finnes hjelpemidler/tiltak på arbeidsplassen som mener disse bidrar i hhv. stor grad, nokså stor grad, liten grad, ikke i det hele tatt til å lette de fysiske arbeidsbelastningene, eller er usikre på effekten. Prosent.

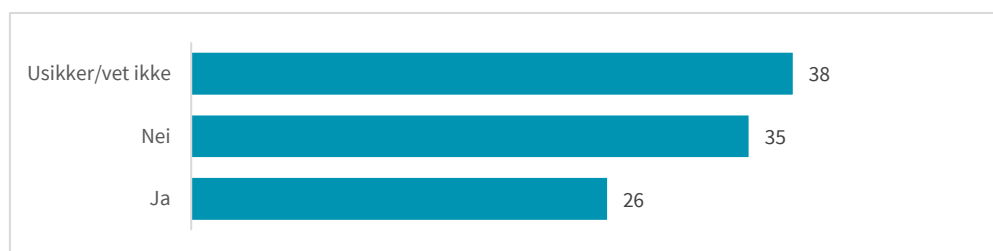


10.3 Seniortiltak

Tidligere har særskilte seniortiltak, ofte kalt seniorgoder, som ekstra ferie og fridager, redusert arbeidstid til samme lønn, bonuser og ekstra lønn, vært utbredt i offentlig sektor og særlig kommunesektoren. Dette endret seg mellom 2010 og 2013 hvor en del arbeidsgivere valgte å justere eller avvikle en del av disse tiltakene (Midtsundstad, 2014).

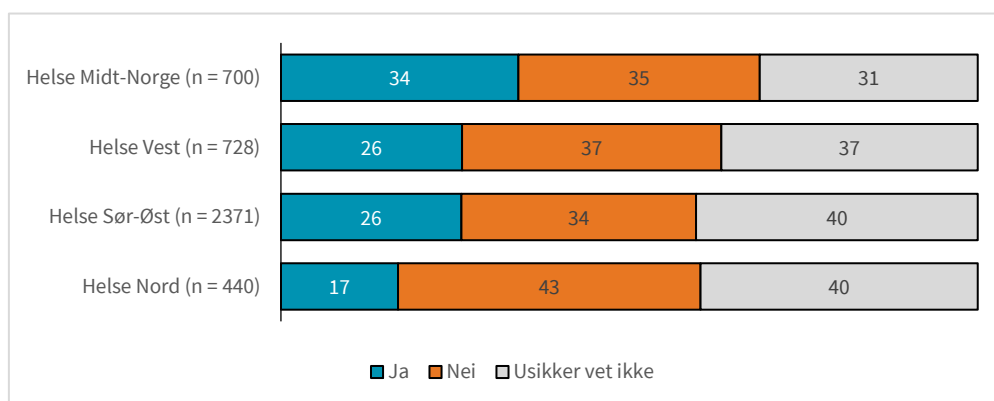
I dag er det kun én av fire av de sykehusansatte seniorene som oppgir at det finnes en eller annen form for seniortiltak eller seniorordning på arbeidsplassen. Mange oppgir også at de ikke er sikre på om sykehuset har slike tiltak/ordninger.

Figur 10.4 Andel som oppgir at sykehuset tilbyr særskilte seniortiltak. De som fortsatt jobber på sykehus. Prosent. n = 4239.



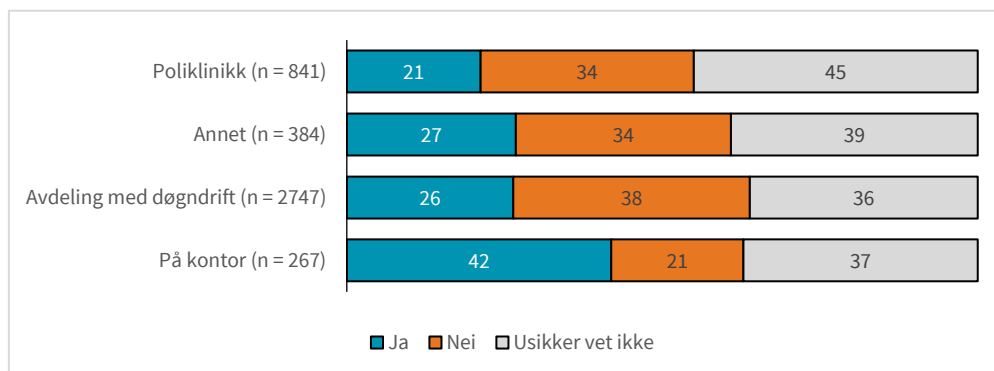
Andelen ansatte som oppgir at arbeidsplassen har eller tilbyr seniortiltak/-ordninger varierer mellom helseregionene (figur 10.5), hvor drøyt en tredjedel av senioren i Helse Midt-Norge oppgi at de vet av arbeidsplassen har slike, mens det gjelder 17 prosent av senioren i Helse Nord. I Helse Vest og Helse Sør-Øst oppgir rundt én av fire at arbeidsplassen har seniortiltak. Det mest overraskende er kanskje at det er så mange som ikke vet eller er usikre på om arbeidsplassen har slike ordninger.

Figur 10.5 Andel som oppgir at sykehuset tilbyr særskilte seniortiltak/-ordninger blant de som fortsatt jobber på sykehus. Etter helseregion. Prosent. n = 4239.



Som vi ser av figur 10.4 varierer også kjennskapen til slike mellom avdelinger. Kanskje litt overraskende er det dem som har kontorarbeid som oftest opplyser om at slike tiltak finnes, mens det er mest uvanlig med slike tiltak blant de som jobber på poliklinikk.

Figur 10.6 Andel som oppgir at sykehuset tilbyr særskilte seniortiltak/-ordninger blant de som fortsatt jobber på sykehus. Prosent. n = 4239.

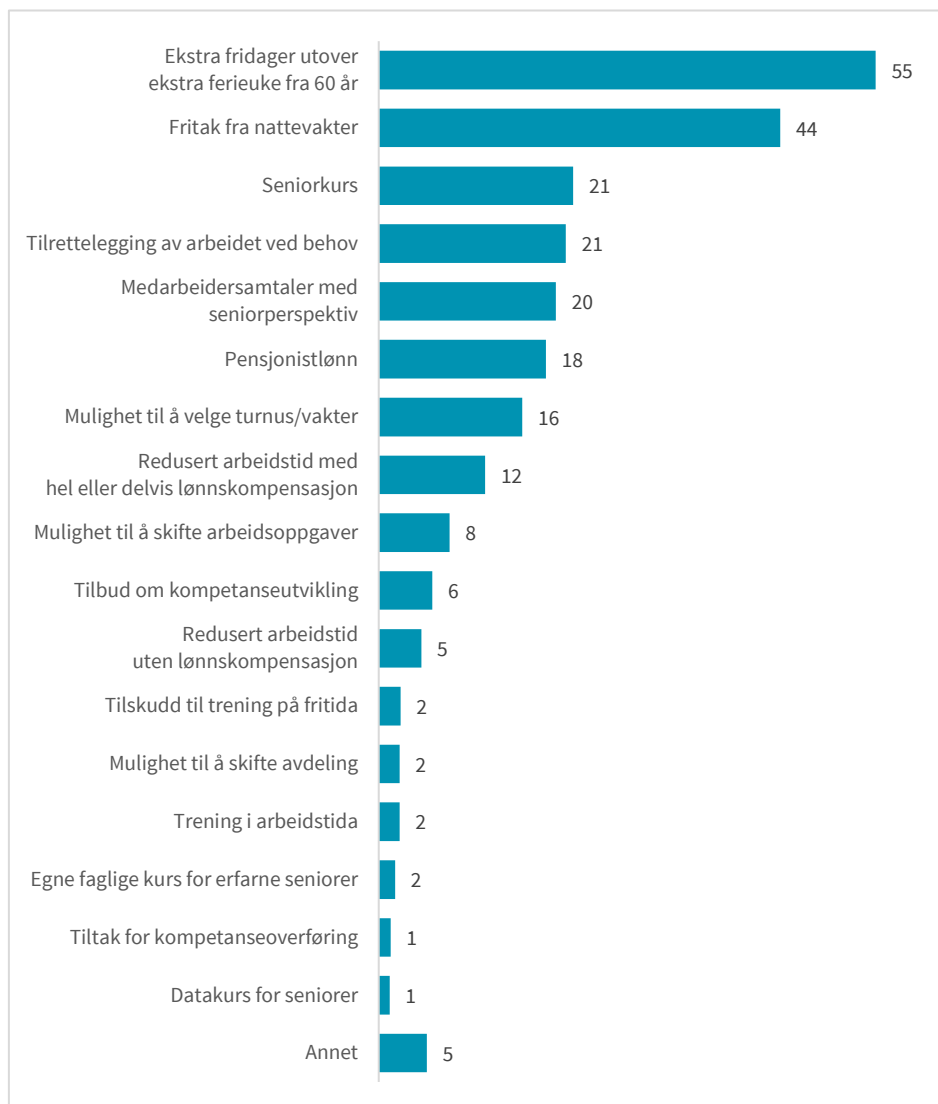


De som oppga at sykehuset hadde seniortiltak ble også bedt om å angi hva slags tiltak dette var (figur 10.7). Det tiltaket flest kjente til og oppga var ekstra fridager utover den ekstra ferieuka alle får fra fylte 60 år. Det synes også å være en del som får tilbud om seniorkurs og/eller medarbeidersamtaler med seniorperspektiv.

I tillegg synes ulike former for tilrettelegging å være utbredt der hvor det finnes tiltak/ordninger. Hele 44 prosent blant dem som vet at sykehuset har seniortiltak (og 9,1 prosent av alle senioren) oppgir at det er vanlig å få fritak fra nattevakter. Tar vi utgangspunkt i beskrivelsen i fritekstfeltet dreier dette seg for eksempel om muligheten for to mindre nattevakter per turnus enkelte steder og tre mindre nattevakter etter fylte 58 år andre steder, det vil si at nettene byttes til ettermiddagsvakter.

Ellers nevnes mulighet til å velge turnus/vakter, redusert arbeidstid med hel eller delvis lønnskompensasjon, mulighet til å bytte arbeidsoppgaver og pensjonistlønn. De øvrige tiltakene er svært lite utbredt, eller lite kjent.

Figur 10.7 Andel som oppgir å ha følgende tiltak blant dem som vet at sykehuset har seniortiltak. Prosent. n = 1117.



Andre tiltak som nevnes utover de vi konkret spør om, er:

- ekstra lønn i form av 15 000 kr om en fortsetter i 100-prosent stilling etter fylte 62
- 110 prosent lønn ved 100 prosent turnus
- fire studiedager i året
- fem ekstra fridager per år fra fylte 62
- en avtalt avspasering per måned
- fritak for bakvakt og seinvakt
- valg av vakter i form av ønsketurnus
- et kurs som heter «55+» og går over tre dager
- 2 dager i året hvor seniorer møtes til faglig oppdatering på jobb
- Kronebeløp til fridager eller trening

- Opparbeidet fridag hver 3. uke
- Slipper å jobbe helg hver 6. uke
- Trene, yoga eller gå tur i arbeidstiden, gjelder for alle aldre

En nevner også at de har anledning til å søke om full lønn ved 90 prosent stilling (tilstedeværelse), men oppgir at det er få som har søkt og fått en slik ordning. En annen beskriver ordningen de har litt mer i detalj:

«Vekting fra første nattevakt. Må ta minst 6 nattevakter i en 12 ukers periode. Får 3 timer i timebank i helgene (dvs. fredag, lørdag og søndag). 1,5 time på netter i ukedagene. 60 åringer kan velge om de ønsker eller ikke å gå i de ulike ønsketurnusperiodene.»

Seniortiltakene som tilbys synes også å variere noe mellom helseregionene (tabell 10.1). De vanligste ordningene i alle regionene er ekstra fridager og fritak for nattevakter. Vi ser også at Helse Midt-Norge synes å satse noe mer på seniorkurs enn de øvrige regionene, mens flere i Helse Sør-Øst enn i de øvrige regionene oppgir at de har en ordning med redusert arbeidstid med hel- eller delvis lønnskompensasjon. Ellers er det bare små forskjeller mellom regionene.

Tabell 10.1 Andel som oppgir å ha følgende tiltak blant dem som vet at sykehuset har seniortiltak. Fordelt etter helseregion. Flere svar mulig. Prosent. n = 1117.

	Helse Nord (n = 74)	Helse Midt-Norge (n = 239)	Helse Vest (n = 189)	Helse Sør-Øst (n = 615)
Annet	6,8	2,9	8,5	5
Tiltak for kompetanseoverføring	0	0,4	1,6	1,8
Datakurs for seniorer	1,4	0,4	1,6	1,3
Tilskudd til trening på fritida	1,4	0,8	4,2	2,6
Mulighet til å skifte avdeling	1,4	1,3	3,7	2,4
Redusert arbeidstid uten lønnskompensasjon	1,4	2,5	7,4	5
Egne faglige kurs for erfarne seniorer	2,7	1,7	3,2	1,3
Mulighet til å skifte arbeidsoppgaver	2,7	7,1	11,1	7,6
Redusert arbeidstid med hel eller delvis lønnskompensasjon	2,7	6,7	5,3	16,7
Trening i arbeidstida	4,1	1,7	2,1	2,4
Tilbud om kompetanseutvikling	9,5	4,2	10,1	4,9
Seniorkurs	16,2	44,4	14,3	15,3
Mulighet til å velge turnus/vakter	18,9	11,7	15,9	17,1
Medarbeidersamtaler med seniorperspektiv	20,3	15,1	17,5	21,8
Pensjonistlønn	25,7	7,9	20,1	21
Tilrettelegging av arbeidet ved behov	25,7	19,2	24,3	19,3
Ekstra fridager utover ekstra ferieuke fra 60 år	44,6	67,8	46,6	53,3
Fritak fra nattevakter	50	35,6	47,6	45,9

Andelen som presenteres sier imidlertid kun noe om svarfordelingen blant de som oppga å ha tiltak, ikke andelen av alle i den aktuelle regionen som kjente til disse tiltakene. Det vil være langt færre, og særlig da i Helse Nord hvor bare drøyt 16 prosent oppga at sykehuset hadde seniortiltak.

10.4 Oppsummering

Tilrettelegging ved sykdom

Av de som hadde vært sykmeldt i mer enn tre måneder mente to av tre at sykmeldingen i stor eller noen grad skyldtes deres arbeid på sykehuset. Nærmere halvparten sa at de hadde fått tilbud om tilrettelegging på arbeidsplassen, som lettere arbeidsoppgaver, redusert arbeidstid og endrede vakter. Nærmere to av tre av de delvis sykmeldte mente at tilretteleggingen i stor eller noen grad hadde gjort det lettere for dem å være i jobb, mens drøyt fire av ti av de som var 100 prosent sykmeldt mente at tiltakene de hadde blitt tilbudt i stor eller noen grad ville kunne bidra til at de kom raskere tilbake i arbeid.

De som ikke hadde fått noe tilbud ble så spurt om hva slags tiltak som konkret kunne få dem til å komme tilbake til jobb. De pekte da primært på behovet for bedre bemanning som ville gi reduserte arbeidsbelastning og redusere arbeidstempoet.

Tiltak for å lette de fysiske arbeidsbelastningene

For å forbygge helseproblemer og frafall er tiltak for å lette fysiske arbeidsbelastninger viktig. Drøyt en tredjedel av seniorpleierne på sykehus mente det fantes slike hjelpemidler og ordninger på sykehuset hvor de jobbet. Det vanligste synes å være kurs i forflytnings-/løfteteknikker og ulike hjelpemidler for forflytning, som takheiser, sengeheiser, pasientheiser, spesialsenger som kan heves og senkes og tilpasses og skilaken/skliplater, samt arbeidsbord/operasjonsbord/kontorpulter/benker og stoler som kunne heves og senkes, sparkesykler til bruk ved lange avstander og spesielle gummimatter til bruk i operasjonssaler. Åtte av ti av de som oppgir å ha slike hjelpemidler/ordninger mener de bidrar til å redusere de fysiske arbeidsbelastningene.

Seniortiltak

I dag er det kun én av fire av de sykehusansatte seniorenne som oppgir at det finnes en eller annen form for seniortiltak eller seniorordning på arbeidsplassen. Mange oppgir også at de ikke er sikre på om sykehuset har slike tiltak/ordninger. Andelen varierer mellom helseregionene, hvor drøyt en tredel i Helse Midt-Norge vet at arbeidsplassen har slike ordninger, mens det samme bare gjelder en sjettedel i Helse Nord, og rundt en fjerdedel i Helse Vest og Helse Sør-Øst. Det er også vanligere å ha slike tiltak for kontoransatte enn øvrige ansatte.

Det tiltaket flest kjente til og oppga var ekstra fridager utover den ekstra ferieuka alle får fra fylte 60 år. Det synes også å være en del som får tilbud om seniorkurs og/eller medarbeidersamtaler med seniorperspektiv. I tillegg synes ulike former for tilrettelegging å være utbredt, som for eksempel fritak fra nattevakter. Ellers nevnes mulighet til å velge turnus/vakter, redusert arbeidstid med hel eller delvis lønnskompensasjon, mulighet til å bytte arbeidsoppgaver, og pensjonistlønn. De øvrige tiltakene er svært lite utbredt, eller lite kjent. Helse Midt-Norge synes å satse noe mer på seniorkurs enn de øvrige regionene, mens flere i Helse Sør-Øst enn i de øvrige regionene oppgir at de har en ordning med redusert arbeidstid med hel- eller delvis lønnskompensasjon. Ellers er det kun mindre forskjeller mellom regionene.

11 Hvordan kan frafall og tidligpensjonering forhindres?

I dette kapitlet gjengis tidligpensjonistenes forslag til tiltak og endringer som de mener kan forhindre tidlig frafall og få flere av seniorenne til å stå i jobb til en høyere alder.

11.1 Hva kan få flere til å utsette avgangen?

Drøyt en tredjedel, 35,4 prosent, av de 605 alderspensjonistene i utvalget mener det er endringer og tiltak arbeidsplassen kan iverksette for å få flere til å stå lenger i jobb, og drøyt 200 av disse tok seg tid til å beskrive hvilke endringer de mente måtte til. Alle forslagene de kommer med kan ikke gjengis. Vi har imidlertid gjennomgått, systematisert og gruppert dem i ulike tiltakstyper for å få oversikt over bredden i tiltak og ordninger som foreslås.

Kort fortalt, la flest vekt på behovet for økt bemanning og en mindre belastende og travel arbeidshverdag, i tillegg til behovet for endret turnus, herunder eventuelt mer bruk av ønsketurnus.

Under gjennomgått et utvalg typiske eller gode eksempler på de ulike typene av endringsforslag og tiltak som ble beskrevet.

Økte ressurser og økt bemanning

De fleste forslagene er knyttet til bemanning, enten direkte eller indirekte. De fleste av dem peker på behovet for å øke grunnbemanningen og mener at dette vil løse en del av de andre problemene de opplever og gi dem større mulighet til å utføre faget sitt, slippe all overtid og ekstraoppgavene de mener de erfarne sykepleierne pålegges, i tillegg til å gi dem mulighet til å sette ned tempoet, ta pauser og få det en av dem beskriver som en levelig hverdag. Herunder ble også behovet for flere støttefunksjoner vektlagt, slik at de fikk brukt kompetansen sin på rett sted og til de riktige oppgavene.

«Ansette flere i støttefunksjoner, slik at intensivsykepleiere fikk være hos intensivpasienten, rett kompetanse på rett sted. Tilbud om redusert arbeidstid til full lønn.»

«Tilrettelegging av arbeidsoppgaver og vaktbelastning, slik at man kunne utføre sykepleiefaget og ikke drive med "brannslukking" (gjøre kun det som må prioriteres). Med økende spesialisert behandling i sykehusene, kreves det kompetente sykepleiere med erfaring. Hvis de bevilgende myndigheter vil ha et operativt og fullverdig helsetilbud for befolkningen, må bevilgningene til sykehusdrift økes. Grunnbemanningen må også økes, slik at sykepleierne får en levelig arbeidshverdag. Da vil flere orke å stå lenger i jobb, tror jeg. Det er også

viktig med gode ledere. En dyktig sykepleier eller lege, er nødvendigvis ingen god leder.»

«Øke bemanningen slik at en ikke alltid var for få og alle måtte gå mye overtid. Økt lønn. Mulighet for å ikke stå ytterst med traumer etc. Aksept for at en er eldre og ikke har like stor arbeidskapasitet. Aksept for lang erfaring i yrket. I dag forventes det at en sykepleier på 65 skal gå i samme tempo som en på 25.»

«Sammensatt, stor avdeling, 97 % akuttinnleggelser, stadig nedbemanning, og økt arbeidsbelastning på erfarne, eldre sykepleiere med opplæring til nyanstatte og til nyutdannede sykepleiere. Også flere og flere utenlandske sykepleiere som læres opp, i tillegg til språkproblemer. Alt dette kommer i tillegg til egne arbeidsoppgaver gjennom vakta. Og det er som oftest ikke styrket bemanning til dette, samt dårlig kontinuitet, og lite tilrettelegging»

«Bedre bemanning som gjorde at det ble mulig med spisepause på hver vakt og å være sikker på å få hjelp i krevende arbeidssituasjoner.»

Mindre dokumentering og rapportering

Flere peker også på at all dokumenteringen og rapporteringen er et problem, fordi det stjeler tid fra det de oppfatter som kjerneoppgavene, som å se og ta seg av pasientene.

«En ny tenkning rundt behandling. Ikke fordi jeg tror alt var bedre før, men likevel; tidligere satt 'gangkonene' og strikket sokker til pasientene så de skulle være varme på føttene. Nå sitter sykepleierne, lege, psykolog, ergoterapeut og sosionom (i den grad de ennå ikke er oppsagt) med ryggen til pasientene og dokumenterer og registrerer diverse parametere for å ha 'ryggen fri', mens pasientene går rundt kalde på føttene. Så blir det da også leders jobb å passe på at alt er berøring dokumentert og ført inn i de rette kolonnene»

«Reduksjon av tidstyver, f.eks. registreringer. Red krav til hastighet. Jeg jobbet i inntaksteam og det ble forventet ferdig avklaring innenfor en viss tid.»

«Andre arbeidsoppgaver, bedre satsing på arbeidsmiljø og trivsel og fagmiljø, færre rutineoppgaver med rapportering og registrering o.l., bedre verdsetting av kompetanse.»

Bedre håndtering av omorganiseringer

Enkelte nevner også omorganisering og stadige endringer som problematiske, blant annet fordi de det ikke alltid tas hensyn til erfaring og opparbeidet kunnskap når nye avdelinger etableres og folk flyttes på.

«Ikke kastet oss rundt på forskjellige avdelinger når det enda en gang skal omorganiseres.»

«Istedenfor å bli flyttet rundt, kunne en fått lov til å fortsette med den pasientgruppen som en har opparbeidet en viss kunnskap om.»

«Kunnet få jobbe med det jeg har utdanning som, innenfor par, familie- og gruppe, og ikke polikliniske enmannssamtaler.»

«Mer stabil arbeidssituasjon uten stadige endringer og nok ansatte, slik at det ikke ble overtid hver dag. Mer kurs og seminarer.»

«Mer stabile forhold. Mindre omstilling og endring. Mer respekt for kompetanse og for de ansatte generelt.»

Endrede vaktordninger og turnuser

Turnus- og vaktordningene var også et gjennomgående tema. Ønskene sprikte imidlertid, noe som kanskje ikke er så rart, da toleransen for nattarbeid for eksempel vil variere, og personer i ulike livssituasjoner og livsfaser vil kunne ønske ulike ordninger. Mens lange vaktbolker kan passe for noen, vil det ikke være ønskelig hos andre.

«Bedre tilrettelagt turnus på natt. Jeg ønsket mange vakter i lange bolker uten fri i mellom, og så like lange friperioder for det var vanskelig å snu døgnet så ofte (det ble som å reise hver 2. dag til USA og så frem og tilbake).»

«Mer fleksibel arbeidstid, f.eks. ønsketurnus. Redusert stilling med lønns kompensasjon og ikke avkortning i forhold til pensjons opptjening slik det nå er»

«Tilrettelagt turnus (fikk turnus med 18 kveld/dag på 12 uker). Lite vilje til endring av denne fra leder.»

Økt verdsetting og bedre bruk av seniorennes kompetanse

Flere var også inne på det med verdsetting av seniorenne og deres kompetanse. De ønsket at flere skulle se og anerkjenne det de kunne og visste, og bruke det, både i behandlings- og opplæringsøyemed.

«At erfaring hadde vært mer satt pris på av den nærmeste ledelse. Når man sitter inne med spesialutdanninger "skreddersydd" for arbeidet med kreftpasienter i stråleterapi hadde jeg forventet det. Ledelsen var veldig opptatt av "å ta vare på" på sykmeldte, mens vi som alltid var på jobb fikk minimal med oppmerksomhet. Fagforeninger kunne også være mer opptatt av å sette pris på de som til enhver tid er tilstede enn hele tiden å jobbe med å lage lover og avtaler for de som av en eller annen grunn ikke er på jobb.»

«Bli verdsatt som erfaren spesialsykepleier. Kunne få lov til å ta enkle avgjørelser sjøl (f.eks. smertelindring pre- og postoperativt).»

«Opplæring og det å være ønsket.»

«Bli verdsatt for den kompetanse jeg har opparbeidet gjennom et langt yrkesliv.»

«Økt satsing på kompetansebygging. Tilbød å stå et år lenger for å fortsette opplæring av de nyansatte dersom jeg fikk lønnskompensasjon (noe som ville betydd mye for min pensjon). Dette ble avslått, så da sluttet jeg. Kunne også ønsket tilbud om kurs i fagfeltet.»

«Det å legge til rette for at jeg kunne jobbe lenger og det å ta vare på kompetansen som jeg hadde fra mitt lange arbeid som sykepleier. Vi hadde studenter og nytilsatte som jeg kunne lære opp.»

«Bedre lønn. Bedre faglig påfyll. Bedre tid til opplæring av nye sykepleiere. Dette ble det satt av lite ressurser til.»

Mer tilstedeværende og bedre ledelse

Enkelte tok også opp det med lite tilstedeværende ledelse, som dels henger sammen med behovet for å bli sett og verdsatt, men også for å bli hørt, informert og motivert.

«Tilstedeværende leder. Når sjefen må rase rundt i drosje fra sted til sted for å være 'tilstedeværende' på alle destinasjoner, er det ikke greit for NOEN!!»

«Bedre arbeidsmiljø, en leder som er konfliktløsende og ikke gjemmer seg bort. En leder som ser viktigheten av og respekterer dyktige sykepleiere.»

«Ledere som ønsker å lytte til ansatte, kan kommunisere, informere, motivere og som var mottakelig for innspill.»

«Mer inkluderende leder, som kunne se sine ansatte, ikke bare seg selv.»

«At lederen for den delen av sykehuset jeg jobbet ved hadde vært positiv og interessert i min arbeidsinnsats. Lederen var mest opptatt av når jeg skulle gå av med pensjon. Begynte allerede da jeg var 60 år å spørre om når jeg skulle gå av med pensjon. Dette var lite motiverende for meg.»

«En mer tydelig, oppmuntrende, støttende og interessert avdelingssjef.»

Bedre informasjon og veiledning i sluttfasen

En nevnte også at det var et behov for en kompetent ansatt på personalsiden som kunne informere om de mulighetene som fantes for å kombinere pensjon og arbeid med videre. Noe som trolig kan være gunstig, da mange vil ha vanskelig for å sette seg inn i pensjonsregelverket, og kan være usikre på hva som vil være gunstig å velge i seinkarrieren.

«Fysisk tilgjengelige og kompetente personalkonsulenter. Som kunne informert om muligheter for redusert stilling kombinert med pensjon, uten økonomisk tap. Ansatte i "personal/lønn/adm." må snakke så vi andre forstår, og ikke bruke sin egen terminologi i møte med oss. Det var anledning til en personlig time med konsulent fra KLP, men denne var veldig rask og overfladisk, og jeg hadde liten nytte av den. Jeg følte meg nokså rådvill og alene i beslutningsprosessen.»

11.2 Oppsummering

De fleste av pleierne som foreslår endringer og tiltak, peker på behovet for å øke grunnbemanningen og mener at det vil bidra til redusert frafall. Slik de ser det vil flere på jobb gi dem større mulighet til å utføre faget sitt og bidra til mindre overtid og ekstraoppgaver, som flere mente særlig erfarne sykepleierne ble pålagt. Videre mente de det ville øke mulighet til å hente seg inn og ta en pustepause ved behov.

Flere var også inne på verdsetting av seniorene og deres kompetanse. De ønsket at flere skulle se og anerkjenne det de kunne og visste, og bruke det, både i behandlings- og opplæringsøyemed. I den sammenheng vektla enkelte behovet for en mer tilstedeværende ledelse, som så og verdsatte, så vel som lyttet til, informerte og motiverte den enkelte.

Forøvrig dreide forslagene seg om behovet for å redusere all dokumenteringen og rapporteringen fordi det stjeler tid fra det de oppfatter som kjerneoppgavene, ønske om endrede vakt- og turnusordninger, og bedre håndtering av omorganiserings- og endringsprosesser, hvor en tok mer hensyn til eksisterende kompetanse og erfaringer.

12 Sammenfatning og drøfting

I de foregående kapitlene har vi fått innblikk i frafallet fra sykehus blant seniorer over 50, både andelen som forlater sykehusjobben, hvor de går, og hva som er hovedgrunnene til avgangen. Videre er det redegjort for trekk ved arbeidsmiljøet, og faktorer som bidra til å fremme, eventuelt hemme frafallet. Sist, men ikke minst har vi gjennomgått seniorennes egne forslag til tiltak de tror kan få flere til å ønske og klare å stå i sykehusjobben lenger.

I dette avslutningskapitlet ser vi de ulike funnene og analysene i sammenheng. Målet er å tydeliggjøre hva som er essensen i frafallsproblematikken, og hva som kan være mulige løsninger for at flere skal kunne og ville stå i arbeid lenger.

12.1 Sysselsetting og frafall

Antallet ansatte i pleieryrker på sykehusene økte fra omtrent 37 000 i 2011 til 40 000 i 2019. I samme periode har det vært en sterk økning i andelen under 30 år, mens antallet over 50 har ligget stabilt på litt over 12 000. Andelen seniorer har derfor blitt redusert siden 2011. I 2018 utgjorde de snaut en tredjedel av alle ansatte.

Sammenlignet med andre næringer er det flere i de yngste (under 30 år) og i de eldste aldersgruppene (60–65 år) i sykehussektoren. Andelen senioransatte i pleieryrkene er også høyere blant kvinner enn menn. I tillegg er andelen seniorer høy blant spesialiserte pleiere og blant hjelpepleiere/helsefagarbeidere, selv om det i sistnevnte gruppe har vært en betydelig nedgang i andel eldre fra 2011.

Frafallet blant seniorenne i samme periode har vært stabilt. Blant de yngste seniorenne er andelen som går av gjennomgående lav. Mellom 3 og 7 prosent av de mellom 50 og 62 år i pleieryrkene forlater sykehusene årlig. Det tilsvarer om lag avgangen blant yrkesaktive generelt på tilsvarende alderstrinn (Nielsen & Hagen, 2016). Andelen som går av øker først utover i 60-årene hvor en har rett til å ta ut pensjon, og da særlig fra fylte 62 år. En økende andel står dermed i pleieryrkene til de kan ta ut pensjon. Det gjelder særlig hjelpepleierne og helsefagarbeiderne.

De fleste som forlater sykehusjobben før de fyller 62 år går over på helserelaterte ytelser, uførepensjon eller AAP, mens frafallet etter 62, primært skyldes uttak av AFP, særalderspensjon og tjenstepensjon. Litt over 30 prosent av det samlede frafallet blant seniorenne skyldes Jobbytter. Andelen gikk ned fra nesten 42 prosent i 2011 til 32 prosent i 2018.

Andelen som skifter jobb er høyere blant menn enn kvinner, og høyere blant andre pleieryrker/-stillinger, hjelpepleiere og helsefagarbeidere enn i øvrige pleieryrker. De som skifter jobb, går i stor grad til andre sykehustjenester som psykisk helsevern og til jobb i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Det har også vært en økning i andelen som går til vikarbyråer.

Undersøkelsen blant Fagforbundets og NSF's medlemmer som er født i 1954-1968 og jobber på sykehus underbygger dette bildet. Drøyt 20 prosent i disse alderskohortene som jobbet på sykehus i 2015 hadde sluttet ved utgangen av 2021. Rundt en

tredjedel av de som sluttet hadde byttet jobb, mens resten hadde pensjonert seg eller var på helserelaterte ytelser.

Det samlede frafallet mellom 2015 og 2022 var høyest blant hjelpepleiere og helsefagarbeidere uten videreutdanning og lavest blant de med videreutdanning og blant pleiemedarbeidere og -assistenter. I alle disse yrkesgruppene var det få som byttet jobb. De fleste sluttet fordi de tok ut pensjon eller ble uføretrygdet. Blant sykepleiere var frafallet det samme for de med og de uten spesialisering/videreutdanning. Sammenlignet med hjelpepleierne og helsefagarbeiderne var det imidlertid flere som hadde skiftet jobb, selv om hovedgrunnen til frafall blant sykepleiere også var pensjonering og uførhet.

6 prosent av de som jobbet på sykehus i 2015 hadde søkt seg til annet arbeid uten å bytte jobb. De hadde, med andre ord, ønsket seg bort fra sykehusjobben, men valgt å bli, enten fordi de ikke fikk noen annen jobb eller fordi de likevel ønsket å bli værende. I tillegg hadde 7 prosent vært i jobb utenfor sykehussektoren en periode mellom 2015 og 2022, men valgt å vende tilbake til sykehusjobben. Om vi inkluderer disse to gruppene, var det rundt 33 prosent av seniorene i pleieyrkene som jobbet på sykehus i 2015 som enten hadde søkt annet arbeid eller sluttet i sykehusjobben før utgangen av 2021, varig eller for en periode, mens snaut 67 prosent hadde vært i sykehusjobben hele tiden og heller ikke søkt seg bort.

Oppsummert viser dataene at frafall blant seniorer i pleieyrker på sykehus i all hovedsak er helserelatert, og skyldes overgang til AAP, uførepensjon og tidligpensjonering. En betydelig andel av pleierne jobber i tillegg redusert, fordi de ikke orker å stå i en heltidsstilling. For en sektor som har et stort og økende arbeidskraftsbehov, er dette en utfordring.

12.2 Årsaker til tidligpensjonering

Helseproblemer og de fysiske og psykiske belastningene ved yrkene er ifølge pleierne hovedgrunnene til at de går av tidlig. I tillegg begrunner noen avgangen med manglende motivasjon, manglende verdsetting og at de ikke ble satset på. For en del er også avgangen knyttet til manglende arbeidstidfleksibilitet. Drøyt 10 prosent tillia også manglende tilrettelegging stor vekt, og 8 prosent oppga at problemer med å henge med i den tekniske utviklingen, gjorde det vanskelig å fortsette.

Andre forhold som pleierne vektlegger av betydning for avgangen, ligger utenfor virksomhetenes påvirkningsområde, som at noen ikke lenger trengte inntektene fra arbeidet for å klare seg økonomisk, og at de visste de ikke ville få høyere pensjon om de fortsatte. Det samme gjelder faktorer knyttet til familien og privatsfæren, som ønske om å gå av samtidig med ektefellen/partneren og/eller å ha syke og pleietrengende i nær familie. Sistnevnte har også begrenset betydning for tidligavgangen.

Årsakene er, med andre ord, sammensatte, og det er sjelden én enkeltfaktor som avgjør valget. Hva som er utslagsgivende eller avgjørende kan likevel variere. Har en betydelige helseproblemer, opplever arbeidet som svært belastende og i tillegg mangler tilrettelegging, er veien til pensjonering sannsynligvis kort, forutsatt at en har råd til å gå av. De multivariate analysene viser da også at sannsynligheten for å gå av tidlig øker om en har helseproblemer og redusert arbeidsevne, om en jobber heltid, jobber på en avdeling med døgndrift, opplever arbeidet som psykisk krevende, ikke kan ta småpauser eller mangler tilgang til seniortiltak.

12.3 Årsaker til ønske om jobb-bytte

Det halvparten av jobbsøkerne synes å ønske seg, er en mindre stressende jobb og et bedre arbeidsmiljø, som de igjen koblet til lav bemanning, et for høyt tempo, stadige endringer og omorganiseringer, og det å alltid ha dårlige samvittighet. Langt færre, men likevel en betydelig andel, mente helgearbeid, nattarbeid og turnus med hyppig skifte av vakter bidro til stress og dårlig arbeidsmiljø. For 10–15 prosent var også uenigheter og konflikter på arbeidsplassen en stressfaktor, og da særlig uenighet og konflikt med leder. I tillegg søkte 15 prosent seg bort fordi de ønsket en fysisk lettere jobb, og nærmere 35 prosent, fordi de ikke følte seg verdsatt. Kun én av ti søkte seg bort på grunn av helseproblemer.

Men jobbsøkingen er også knyttet til karriereambisjoner, som ønske om faglig utvikling og høyere lønn. For 15 prosent hadde det også vært utslagsgivende at de ikke opplevde å bli satset på.

Årsaken til jobbytte er, med andre ord, også sammensatte. Det handler dels om de samme tingene som tidligpensjonistene vektla; det vil si arbeidsmengde og arbeidsbelastninger, men også om karriereambisjoner og manglende verdsetting. Som de multivariate analysene viste øker sannsynligheten for jobbskifte om en er sykepleiere, har helseproblemer og redusert arbeidsevne, jobber heltid, jobber på en avdeling med døgndrift, føler seg lite verdsatt, ofte opplever arbeidssituasjoner som grenser det til faglig uforsvarlig, og sjelden har tid til å utføre oppgavene slik en selv mener de bør gjøres.

12.4 Hva kan bidra til at flere vil og kan jobbe lenger

Det overordne spørsmålet for prosjekter er «Hvordan beholde senioren og deres kompetanse lenger?» Som sammenfatningen over viser, er årsakene til frafallet sammensatt. Pleierne selv knytter det til arbeidsbyrden, og til at arbeidet er svært psykiske belastende og stressende. Det igjen relateres i all hovedsak til opplevd lav grunnbemanning, arbeidets relasjonelle karakter og til en lite tilstedeværende og støttende ledelse. Selv om flertallet har regelmessig kontakt og en god relasjon med nærmeste leder og føler seg verdsatt, har færre blant de som sluttet opplevd lederrelasjonen slik enn de som ble. I tillegg mente flere av de som sluttet enn de som ble, at de fikk liten tid til å utføre arbeidet slik de mente det burde gjøres. Flere oppga også at de ofte opplevde arbeidssituasjoner som grenset til det faglig uforsvarlige.

Mange av de nevnte begrunnelsene og årsakene til frafall henger sammen: Lav bemanning eller det å ofte oppleve at det ikke er full bemanning, fører gjerne til at arbeidstempoet øker og muligheten for å ta pustepauser mellom øktene minker, fordi de som er på jobb må rekke over flere oppgaver innenfor samme arbeidstid. Mange opplever det som stressende, selv om enkelte også kan trives med høyt tempo. Dårlig ledelse, lite brukervennlige datasystemer og utilstrekkelig opplæring og trening kan også oppleves som en belastning; gi en følelse av å ikke mestre, og stjele tid fra det som oppleves som kjerneoppgavene.

I det følgende tar vi for oss og drøfter mulige tiltak knyttet til noen av de områdene, som senioren i særlig grad mener berører frafallsproblematikken, henholdsvis:

- Arbeidsbelastninger
- Grunnbemanning
- Arbeidsmengde, arbeidsorganisering og opplæring
- Personalpolitikk og ledelse

Arbeidsbelastninger

Tar vi utgangspunkt i seniorennes egne begrunnelser for å gå av tidlig, relateres disse av flertallet til yrkenes arbeidsbelastninger. For de som har søkt seg bort angis også arbeidsbelastningene som et hovedproblem og en faktor som fremmer jobbskifte. Ifølge Stamis analyser av arbeidsmiljø (Stami, 2021) er pleiepersonell blant de yrkesgruppene som i størst grad utsettes for ulike, uheldige arbeidsmiljøeksponeringer.

Grad av sårbarhet og toleranse for ulike arbeidsmiljøeksponeringer vil variere mellom ansatte, også seniorenne. For en sektor som allerede har rekrutteringsproblemer, er det likevel viktigere enn i mange andre sektorer at det legges til rette for at flere med helseproblemer fortsatt kan bidra, da de som slutter ikke så lett lar seg erstattes med nyutdannede. Å tilby tilrettelegging og tilpasning av arbeidet for seniorer ved behov, vil derfor være et viktig tiltak for å forhindre frafall. Hva dette konkret skal være eller bestå i vil imidlertid variere. Individuelle, skreddersydde tiltak vil ofte fungere bedre enn generelle, standardiserte tiltak og ordninger, da problemene, behovene og ønskene er forskjellige. For å få til det fordres det gjerne samarbeid mellom partene lokalt om hva som er virksomhetens reelle handlingsrom og hva som kan være mulige ordninger og hva som bør være kriterier for tildeling, slik blant annet Hilsen og Midtsundstad (2014) skriver i søkelysartikkelen – *Seniorpolitikk - behov for nytt kart og kompass?*

Arbeid med mennesker i sårbare situasjoner er i seg selv krevende. særlig kan det skape frustrasjon og dårlig samvittighet om tida stadig blir for knapp, og en ikke får utført arbeidet slik en som fagperson mener det bør gjøres. Mange av de som søkte seg til andre jobber poengterte da også at de alltid har dårlig samvittighet, og at det var en viktig stressfaktor. Enkelte oppga sågar at de ofte opplevde arbeidssituasjoner som grenset til det faglig uforsvarlige, og andelen som så det slik var høyere blant de som hadde valgt å forlate yrket enn blant de som ble. Om årsaken til forskjellen er at de som valgte å gå av oftere enn de som ble, faktisk opplevde slike arbeidssituasjoner, eller om vurderingen av hva som er akseptabelt eller uforsvarlig varierer, vet vi ikke. Uansett kan det å ofte oppfatte og oppleve at arbeidssituasjonen er uforsvarlige tære på så vel samvittighet som yrkesstolthet, og i siste instans føre til at en forlater yrket. Mange av disse erfaringene og opplevelsene er også utbredt blant ansatte innen pleie og omsorgssektoren (se blant annet Midtsundstad & Bogen, 2011; Midtsundstad & Nielsen 2021), og der kobles også problematikken rundt psykiske belastninger i relasjonelle yrker til grunnbemanningen og arbeidsmengden. Vi drøfter derfor dette spesielt i avsnittene grunnbemanning og arbeidsmengde og arbeidsorganisering under.

En del pleiere peker også på turnus, natt- og helgearbeid som særlig krevende og som en av grunnene til at de valgte å forlate sykehusjobben. Det kan likevel bli vanskelig å gjøre noe med dette, da sykehusarbeid fordrer at noen er på jobb også på kvelden, natta, i helger og på helligdager. Turnusarbeidet kan imidlertid organiseres og fordeles på ulike måter. Hva som samlet sett er den beste løsningen for å redusere helseproblemer og frafall kan likevel være vanskelig å si noe sikkert om, da tåleevnen og ønskene hos arbeidstakerne kan være ulik. Noen trives best med kvelds- og nattarbeid, mens dette for andre blir et helseproblem. Om valget står mellom å miste en eldre ansatt eller la vedkommende slippe enkelte vakter bør en kanskje likevel vurdere om sistnevnte er mulig. På den annen side, kan det også bli vanskelig å få bemanningskabalene til å gå opp om det blir for mange som ønsker slike unntak eller fritak i seinkarrieren.

Nattarbeid kan til forskjell fra kvelds- og helgevakter føre til helseproblemer. Det er godt dokumentert at det øker faren for en rekke sykdommer (Garde mfl., 2020). Uavhengig av seniorenas ønsker, bør en derfor vurdere hvor mange år det er forsvarlig å forvente at noen jobber natt, og om ikke seniorer som har gått i tredelt turnus over flere tiår og ønsker å slippe på tampen av karrieren, bør få lov til det. Enkelte seniorer nevner da også at dette er et tilbud på deres arbeidsplass (kapittel 9).

Grunnbemanning

Selv om turnus og vakter for noen kan kjennes tyngende med alderen er det den lave bemanningen som framheves som hovedproblemet av pleierne. Men økt bemanning koster og fordrer økte bevilgninger, eller en omdisponering av eksisterende midler. Om og i hvilken grad dette vil være mulig har vi ikke grunnlag for å si noe om i denne rapporten. På den annen side, har høyt sykefravær og tap av essensielt personale gjennom frafall også en kostnadsside, da det å stadig måtte rekruttere nye pleiere og skaffe vikarer til vakter, også tar tid og koster penger. Spørsmålet er da om en ikke noen ganger sparer seg til fant, og om summen av kostnader ville blitt det samme om en ansatte noen flere og derigjennom reduserte frafall, sykefravær og andelen som jobber deltid. I en situasjon hvor det er mangel på kvalifisert personell, særlig sykepleiere og spesialsykepleiere, kan en slik tilnærming være mer samfunnsøkonomisk lønnsom i det lange løp, selv om det kanskje ikke alltid vil framstå slik på kort sikt for det enkelt sykehus og den enkelte avdeling.

Under koronapandemien har det også vært luftet om en ikke igjen bør øke andelen hjelpepleiere/helsefagarbeidere på sykehusene slik at sykepleiere og særlig spesialsykepleierne i større grad kan utføre arbeid i tråd med sine faglige spesialiseringer. Bakgrunnen er at andelen hjelpepleiere, helsefagarbeidere og pleiemedarbeidere/assistenter har blitt kraftig redusert i sykehussektoren de siste tiårene. Å øke andelen i disse gruppene framstår derfor som fornuftig, og kan være noe som bidrar til at flere eldre sykepleiere holder ut noen år ekstra, da de i større grad vil kunne konsentrere seg om sitt fag. Samtidig vil økt etterspørsel etter helsefagarbeidere i sykehussektoren gi økt konkurranse om disse faggruppene mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale pleie og omsorgssektoren, da kommunene også har et stort og økende behov for kvalifisert personale grunnet både at det blir flere eldre og samhandlingsreformen.

Det kan derfor være vel så hensiktsmessig å vurdere om noen av oppgavene sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere i dag utfører kan utføres av yrkesgrupper med annen utdanning. Det kan i alle fall være grunn til å gjennomgå oppgaveporteføljen nøye med dette for øye, da bemanningsproblemet ikke bare er et spørsmål om økonomi og utdanningskapasitet og hva som vil være en realistisk tilgang på kvalifiserte sykepleiere og helsefagarbeidere framover. Selv om det har vært en økning i andelen som utdanner seg disse yrkene, dekker det på langt nær behovet, verken på kort eller noe lengre sikt.

I denne sammenheng er også heltid-deltid problematikken viktig, da noe av bemanningsbehovet vil kunne dekkes om flere på deltid jobbet heltid. Gitt at hovedårsaken til deltidsarbeid blant pleierne er helseproblemer og yrkets belastninger, er det likevel ikke noen kvikk-fiks løsning i sikte her. Men å la de ti prosentene av de deltidsarbeidende seniorenas ønsker seg større stillingsprosenten få det, bør være uproblematisk.

Arbeidsmengde, arbeidsorganisering og opplæring

Men travelhet og stress er ikke bare koblet til lav grunnbemanning. Det er også knyttet til antall og type arbeidsoppgaver en pålegges, til selve arbeidsorganiseringen og de hjelpemidlene, datasystemene og teknologien en har tilgjengelig. Får en pålagt stadig nye oppgaver på toppen av kjerneoppgavene vil tiden en har til å utføre hver enkelt bli knappere, selv med samme bemanning. I tillegg til å se på antall ansatte kan det derfor være hensiktsmessig å se hvilke oppgaver pleiepersonalet pålegges og hvordan arbeidet organiseres. Er alt like viktig og nødvendig, er det noen oppgaver som kan nedprioriteres eller, som nevnt over, fint kan utføres av andre yrkesgrupper med annen utdanning?

I en studie av seniorpolitikk ved St Olavs Hospital (Hilsen, 2012) der møter, utvalg og nettverk ble kartlagt, fant en at en hel rekke av møtene var overlappende, der de samme deltakerne deltok for å diskutere omtrent de samme temaene med litt forskjellig overskrifter. Det ble antydnet at det kanskje var tre ganger så mange møter som nødvendig. En bør derfor også spørre seg: Er alle møtene en innkaller til like nødvendige, eller kan noen av dem sløyfes eller kortes ned? Trenger alle å delta på møtet, eller kan noe informasjon gis på annen måte, for eksempel elektronisk? Her bør hver avdeling gå igjennom sine rutiner og sin møteorganisering for å se om det kan organiseres på en bedre måte for å redusere arbeidsbelastningene.

En del tilleggsoppgaver som medfører økte krav til rapportering og dokumentering er pålagt institusjonene av overordnet myndighet og følger av lovbestemte rettigheter. De er det vanskelig for arbeidsgiver å gjøre noe med. Tungvinte og lite hensiktsmessige datasystemer og -programmer, som ble påpekt av flere av pleierne som problematisk og tidkrevende, kan en likevel ta tak i lokalt. Det samme gjelder opplæringen i nye systemer og tilstrekkelig trening i bruk av ny teknologi. Selv om mange av sykepleierne med videreutdanning og spesialisering håndterte dette godt, var det 20 prosent som opplevde at mye av det nye var unødvendig, og 27 prosent som mente de fikk utilstrekkelig opplæring og trening. 8 prosent av de som gikk av som 62-åringer sa også at de hadde problemer med å henge med på den teknologiske utviklingen og at det hadde stor betydning for deres avgangsbeslutning.

I tillegg til at mengden opplæring og trening kan være utilstrekkelig, slik en del av pleierne påpeker, tilegner gjerne eldre arbeidstakere seg kunnskap på en annen måte enn yngre. De lærer best når opplæringen er knyttet direkte til egne arbeidsoppgaver og de vil gjerne ha mulighet til å spørre kolleger om råd. De blir, med andre ord, best motivert når læringen har en nyttefunksjon. Det kan derfor være behov for egne, tilpassede kurs for seniorer, blant annet i de nye datasystemene og -programmene som innføres. En annen mulighet er å dra veksler på yngres ofte bedre datakunnskap i større grad i opplæringsøyemed. I enkelte næringer og bransjer har aldersblandede team gjerne vært benyttet slik at eldre og yngre i større grad kan lære av hverandre og dra nytte av hverandres gjerne, ulike, men ofte komplementære kompetanse.

Personalpolitikk og ledelse

Deler av frafallsproblematikken er knyttet til dårlig personalpolitikk og ledelse; til det å ikke bli sett, hørt, verdsatt og satset på, og i enkelte tilfeller også til uenighet og konflikter og sågar trakassering og mobbing. Sistnevnte burde være en unødvendig årsak til frafall, og løsningen er like enkel som vanskelig – å rekruttere de riktige personene til lederstillinger, og gi dem som er satt til å lede tilstrekkelig tid til å lede. I enkelte tilfeller kan det også være behov for videreutdanning, særlig i seniorpolitikk,

da stereotype og negative holdninger til eldre og aldersdiskriminering i arbeidslivet er mer utbredt enn en kanskje liker å tro (Solem, 2022).

Det samme gjelder for så vidt for ønsket om å bli sett og verdsatt av nærmeste leder. Selv om manglene her også kan skyldes begrenset tid hos lederne eller for få ledere i forhold til antall ansatte, eller at uforholdsmessig mye tid går bort på rapportering, dokumentasjon og kontroll, på å skaffe vikarer og få turnus og vaktkabalene til å gå opp. Mye unødvendig ressursbruk kan derfor trolig unngås ved å gjennomgå og forenkle en del av rapporteringsrutinene slik at ledere får tid til å lede og følge opp medarbeiderne. Til dette hører også lite egnede, tungvinte og tidkrevende data-løsninger, som en del av informantene påpekte.

Men det å bli sett og verdsatt handler også om at noen anerkjenner ens kompetanse; alt det en gjennom utdanning og spesialisering og et langt yrkesliv har opparbeidet seg av kunnskap. Som nevnt, har en i sykehussektoren med svært kunnskapsrike og utdanningsvillige yrkesgrupper å gjøre, gitt at de fleste sykepleiere på sykehus har en spesialisering og/eller videreutdanning og en god del av hjelpepleiere/helsefagarbeider har videreutdanning. I tillegg deltar svært mange på kurs og konferanser i regi av arbeidsgiver. Så å bli anerkjent og sett i så måte handler kanskje ikke om flere kurs og konferanser. Det er trolig viktigere at kunnskapen og erfaringen en innehar, i større grad blir brukt, delt og videreformidlet – og at en får oppgaver i tråd med dette, herunder at det gis større rom for yrkesutøvelse i tråd med det en anser som yrkets faglige standarder.

I tillegg kan det å bli sett og verdsatt handle om medbestemmelse, og bli hørt om en sier fra om uakseptable eller problematiske sider ved arbeidet, og å oppleve å ha reell medbestemmelse og blir tatt på alvor, når det skal foretas endringer og omorganiseringer som berører ens arbeid.

En viktig grunn for en tredjedel av de som søkte seg bort fra sykehusjobbene var ønske om høyere lønn. Å få lønn i samsvar med ansvar og oppgaver kan derfor også være en del av det å føle seg sett og anerkjent.

Litteraturliste

- Cropley, M., Rydstedt, L. W., & David Andersen, D. (2020). Recovery from work: testing the effects of chronic internal and external workload on health and well-being. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 72(11).
Doi.org/10.1136/jech-2019-213367
- Ejlertsson, L. (2021). *Recovery at work as a health-promoting process*. Lund University, Faculty of Medicine.
- Ejlertsson, L., Heijbel, B., Ejlertsson, G., & Andersson, I. (2018). Recovery, work-life balance and work experiences important to self-rated health: A questionnaire study on salutogenic work factors among Swedish primary health care employees. *Work*, 59(1), 155-163. <https://doi.org/10.3233/WOR-172659>
- Garde, A. H., Begtrup, L, Bjorvatn, B, Bonde J. P., Hansen, J, Hansen, Å. M., Härmä, M., Jensen, M. A., Kecklund, G., Kolstad, H. A., Larsen, A. D., Lie, J. A., Moreno, C. R. C. Nabe-Nielsen, K. & Sallinen, M. (2020). How to schedule night shift work in order to reduce health and safety risks. *Scand J Work Environ Health* 2020; 46(6):557-569. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3920>
- Hasselhorn, H-M. & Apt, W. (2015). *Understanding employment participation of older workers: Creating a knowledge base for future labour market challenges*. Research Report. Federal Ministry of Labour and Social Affairs (BMAS) and Federal Institute for Occupational Safety and Health (BAuA). BMAS/ BAuA, Berlin.
- Hilsen, A. I. (2012). *Seniorpolitikk i store virksomheter – følgeevaluering ved St Olavs Hospital*. AFI-rapport 15/2012.
- Hilsen, A. I. og Midtsundstad, T. (2014). Seniorpolitikk – behov for nytt kart og kompass? *Søkelys på arbeidslivet*, vol. 31 (1-2):157-182.
- Hilsen, A. I. & Tofteng (2016). *Virksomheter verdsetter seniorer, men søker også ny kompetanse og aldersmangfold*. I M. Tofteng (red.). Seniorers mobilitet på arbeidsmarkedet (s.15-33). Rapport nr. 50 – 2016. Oslo: Samfunnsøkonomisk analyse.
- Hippe, J. M. & Trygstad, S. C. (2012). *Ti år etter Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus*. Fafo-rapport 2012:57.
- Holte, H. H. & Hilsen, A. I. (2010). *Kvinnens holdninger til tidligpensjonering*. AFI-rapport. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Midtsundstad, T. (2022). *Seinkarrierer. Arbeid og pensjonering i privat sektor etter pensjonsreformen*. Fafo-rapport 2022:10.
- Midtsundstad, T. (2016). Eksisterende kunnskap om seniormobilitet. I M. Tofteng (red.). *Seniorers mobilitet på arbeidsmarkedet* (s.15-33). Rapport nr. 50 – 2016. Oslo: Samfunnsøkonomisk analyse.
- Midtsundstad, T. (2015). *IA som strategi for lengre yrkeskarrierer. En analyse av virksomhetenes seniorpolitikk og dens effekt på tidligpensjoneringen*. Doktoravhandling. Fafo-rapport 2015:49.
- Midtsundstad, T. (2014). *Voksende seniorengasjement i norsk arbeidsliv. En virksomhetsundersøkelse fra 2013*. Fafo-rapport 2014:30.

- Midtsundstad, T. (2005). *Ikke nødvendigvis sliten ... En analyse av tidligpensjonering og seniorpolitikk i staten*. Fafo-rapport 482.
- Midtsundstad, T. (2002). *AFP-pensjonisten: sliten – eller frisk og arbeidsfør? En analyse av tidlig pensjonering og bruk av AFP i privat sektor*. Fafo-rapport 385.
- Midtsundstad, T. og Bogen, H. (2011). *Ulikt arbeid – ulike behov. Seniorpolitisk praksis i norsk arbeidsliv*. Fafo-rapport 2011:10.
- Midtsundstad, T. og Nielsen, R. A. (2021). *Det erfarne blikket. Seniorer i pleie- og omsorgssektoren*. Fafo-rapport 2021:20
- Midtsundstad, T. og Nielsen, R. A. (2013). *Arbeid og pensjon i kommunal sektor. Analyse av survey- og registerdata fra før og etter pensjonsreformen*. Fafo-rapport 2014:45.
- Midtsundstad, T., Mehlum, I. S. og Hilsen, A. I. (2017). *The impact of the working environment on work retention of older workers*. National report – Norway. Fafo-papir 2017:19. Oslo: Fafo.
- Nielsen, R. A. og Hagen, M. N-S. (2016). Mobiliteten faller over tid og med alder. I M. Tofteng (red.). *Seniorers mobilitet på arbeidsmarkedet* (s.15-33). Rapport nr. 50 – 2016. Oslo: Samfunnsøkonomisk analyse.
- Nilsson, K. (2020). A sustainable working life for all ages – The swAge-model. July 2020. *Applied Ergonomics* 86:103082. DOI: 10.1016/j.apergo.2020.103082
- Nilsson, K. (2016). Conceptualisation of ageing in relation to factors of importance for extending working life - a review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(5):490-505. <https://doi.org/10.1177/1403494816636265>
- Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) *Lov om helseforetak mm*.
- Poulsen, O.M., Fridriksson, J.F., Tomasson, K., Midtsundstad, T., Mehlum, I.S., Hilsen, A.I., Nilsson, K. and Albin, M. (2017). *Working environment and work retention*. TemaNord 2017: 559. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- Roksvaag K, Texmon I. (2012). *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD*. Rapport 14/2012. Oslo – Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Saridakis, G. & Cooper, C (red.) (2016). *Research Handbook of Employee Turnover*. Cheltham Glos: Edgar Elgar.
- Solem, P. E. (2022). *Alderisme og aldersdiskriminering - en samfunnsutfordring*. SSP-NOTAT NR. 7 31. MAI 2022.
- Stami (2021). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2020*. Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Tofteng, M. & Hilsen, A. I. (2016). Seniorene trives på jobben. I M. Tofteng (red.), *Seniorers mobilitet på arbeidsmarkedet* (s. 56-65). Rapport nr. 50 -2016. Oslo: Samfunnsøkonomisk analyse.

Vedlegg 1 Utvalg, frafall og representativitet

Design, utvalg og gjennomføring

Utvalget til nettundersøkelsen ble trukket fra Norsk Sykepleierforbunds og Fagforbundets medlemsregistre. Da vi var særlig interessert i å kartlegge frafall etter fylte 50 år blant sykepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere og annet pleiepersonell, måtte vi prøve å sikre oss at vi fikk med en viss andel tidligere sykehusansatte. Det vil si medlemmer som tidligere hadde jobbet på sykehus, men nå var uføre eller alderspensjonister, jobbet i annet yrke og bransje, var under utdanning eller var arbeidsledige, på AAP og lignende. Da disse undergruppene utgjør en liten andel av forbundenes samlede medlemsmasse, ble utvalget avgrenset til alle medlemmer som var født i perioden fra og med 1958 til og med 1968, og som var registrert som ansatt på sykehus i hele eller deler av 2015. Ved å se på de som var ansatt på sykehus noen år tilbake i tid (i 2015), antok vi at en viss prosentandel på undersøkelsestidspunktet ville jobbe et annet sted, være alderspensjonist, uførepensjonist eller annet.

Problemet med en slik utvalgsstrategi og med bruk av forbundenes registre som utgangspunkt for trekking, er at enkelte av de som har skiftet jobb, samtidig vil ha meldt seg ut av forbundet eller skiftet forbund. Disse har vi ikke hatt mulighet til å fange opp, da de ikke lenger er å finne i forbundenes medlemsregistre. Forbundene hadde heller ikke tillatelse til å gi oss e-postadressene til disse tidligere medlemmene. Dette innebærer at de som har byttet jobb er underrepresentert i utvalget. De organiserte i disse aldersgruppene vil også utgjør færre personer enn det samlede antallet registrerte sykehusansatte i den aktuelle alderen i populasjonen.

Undersøkelsen ble gjennomført som en nettundersøkelse. Undersøkelsen inneholdt spørsmål om den enkeltes yrkesstatus så vel som spørsmål om en rekke faktorer vi fra tidligere forskning vet har betydning for avgang og frafall, som utdanningsnivå, helse og arbeidsevne, sivil status og ektefelles/samboers yrkesstatus og eventuelle pleie-/omsorgsbehov, inntekt, gjeld og sparing, tidligere yrkeserfaring og karrierelengde. Videre ble de som fremdeles jobber på sykehus, spurt om nåværende sykehusjobben, herunder en rekke spørsmål om arbeidsmiljø, om de hadde søkt eller vurdert å søke annen jobb utenfor sykehus, og hva som var hovedgrunnen til det. De som ikke lenger jobbet på sykehus, ble spurt om tidligere sykehusjobb og bakgrunnen for at de hadde blitt uføre eller pensjonert seg. Uføre og sykmeldte ble også spurt om de hadde fått tilbud om tilrettelegging og/eller annen oppfølging da de gikk sykmeldt. Alle som var i jobb ble også spurt om planer for pensjonering og begrunnelser for et ønske om eventuell tidlig eller sein avgang. Alle ble også spurt om hva de mente kunne gjøres for å få flere til å stå i sykehusjobben lenger.

Med de nevnte utvalgskriterier endte vi opp med å sende undersøkelsen til 14 698 personer, 2250 fra Fagforbundet og 12 448 fra Norsk Sykepleierforbund. Første forespørsel om deltakelse ble sendt ut 22. november 2021 med etterfølgende purringer 1. desember og 8. desember. Endelig svarfrist var 15. desember og undersøkelsen ble endelig avsluttet 23. desember. Etter første henvendelse viste det seg at 21 ikke var i

målgruppa. I tillegg kom 335 e-postadresser i retur fordi e-posten ikke kunne leveres til en kontakts epostserver. Dette skyldes at vedkommende e-postadresse ikke lenger finnes, fordi den ansatte for eksempel har sluttet, e-postboksen er full, eller det kan være at vi blir stoppet av et spamfilter eller lignende. Trekker vi disse fra bruttoutvalget var det 14 342 som aktivt forholdt seg til undersøkelsen. Av det korrigerte bruttoutvalget valgte 5450 å delta. Det gir en svarprosent på 38.

	Fagforbundet	NSF	Samlet
Bruttoutvalg	2250	12 448	14 698
Egenmelding om av de ikke tilhører utvalget	3	18	21
Feil e-postadresse «bounces» ol.			335
Korrigert bruttoutvalg			14 342
Ikke besvart undersøkelsen			8892
Nettoutvalg			5450
Svarprosent			38

Da vi ikke har opplysninger om fagforeningsmedlemskap for den enkelte vet vi ikke svarprosenten for medlemmene i henholdsvis NSF og Fagforbundet. Ser vi imidlertid på deltakernes utdanningsbakgrunn utgjør sykepleiere samlet drøye 85 prosent, hjelpepleiere 9,9 prosent og assistenter 3,7 prosent av bruttoutvalget, mens øvrige grupper (helsefagarbeidere, barnepleiere og omsorgsarbeider.) utgjør under 1 prosent.

Tabell V1.1 Oversikt over bruttoutvalget fordelt etter fagforbund.

	Fagforbundet		NSF		Samlet	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Hjelpepleiere	1462	65,0			1 462	9,9
Helsefagarbeidere	37	1,7			37	0,3
Barnepleiere, omsorgsarbeidere	60	2,6			60	0,4
Assistenten	550	24,4			550	3,7
Sykepleiere	141	6,3	12 448	100	12 589	85,7
Totalt	2250	100	12448	100	14 698	100,0

Som vi kan lese av tabellen under utgjør sykepleiere noe flere i nettoutvalget enn i bruttoutvalget, da flere i denne gruppen enn blant hjelpepleiere/helsefagarbeidere og assistenter har valgt å delta i undersøkelsen. Forskjellene er likevel små, så utvalget speiler yrkesfordelingen på sykehusene i denne aldersgruppen relativt godt.

Tabell V1.2 Oversikt over bruttoutvalg og nettoutvalget og svarprosent for de ulike yrkesgruppene.

	Bruttoutvalg (ukorrigert)		Nettoutvalg	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Hjelpepleiere	1 559	10,6	394	7,2
Assistenten	550	3,7	122	2,2
Sykepleiere	12 589	85,7	4 934	90,6
Totalt	14 698	100,0	5 450	100,0

Vedlegg 2 De multivariate analysene

I kapittel sju gjengis og drøftes resultatene av et utvalg multivariate regresjonsanalyser. Under redegjøres det kort for analysene og operasjonaliseringen av variablene som inngår i analysemodellene.

De **avhengige variablene** i analysene er henholdsvis:

Lobbytte: Hvorvidt en har byttet til jobb utenfor sykehus eller ikke i løpet av perioden 2015 til desember 2021. 1=Yrkesaktiv og jobber ikke på sykehus; 0= yrkesaktiv og jobber på sykehus (tabell V2.1)

Tidligpensjonering – avgang 62 år: Hvorvidt en har gått av med alderspensjon eller ikke i løpet av perioden 2015 til desember 2021. 1=ikke yrkesaktiv og tok ut pensjon som 62-åring; 0=yrkesaktiv og 62+ (tabell V3.3)

De **uavhengige variablene** i analysene (litt varierende fra analyse til analyse) er:

Alder 2021: 53--56 år =1, 57–61 år=2, 61–64 år=3, 65–67 år=4 (ref.)

Utdanning/yrke: Sykepleiere uten spesialisering/videreutdanning = 1, Sykepleiere med spesialisering/videreutdanning =2, Hjelpepleiere, helsefagarbeidere, assistenter ol. =3 (ref.)

Stillingsprosent: Opp til og med 50 %=1, 51–99 % = 2, 100 % = 3 (ref.)

Arbeidsrelaterte helseproblemer/slitenhet: Arbeidsrelaterte helseproblemer og arbeidsrelatert slitenhet = 1, Arbeidsrelaterte helseproblemer, men ikke arbeidsrelatert slitenhet = 2, Arbeidsrelatert slitenhet, men ikke arbeidsrelaterte helseproblemer =3, og har verken helseproblemer eller føler seg sliten = 4 (ref.).

Avdeling: Døgndrift=1, Poliklinikk=2, Kontor=3, Annet=4 (ref.)

Helseregion: Helse Nord=1, Helse Midt-Norge=2, Helse Vest=3, Helse Sør-Øst=4 (ref.)

Ikke et psykisk krevende arbeid: Svar på spørsmål om arbeidet ikke er/var videre psykisk krevende. Stemmer i stor grad = 0, ellers = 1.

Verdsatt av nærmeste leder: Stemmer i stor grad = 1, ellers = 0.

Lite kontakt med nærmeste leder: Stemmer i stor grad = 1, ellers = 0.

Får tilstrekkelig opplæring: Stemmer i stor grad = 1, ellers = 0.

Opplever arbeidssituasjoner som grenser til det faglig uforsvarlige: I stor grad = 1, eller = 0.

Mulighet til å ta småpauser om en ser bort fra matpause og toalettbesøk: Ja = 1, Nei = 0.

Om Sykehuset har seniortiltak: Ja = 1, Nei = 0.

Sivil status og partners arbeidsmarkedstilknytning: Partner yrkesaktiv =1, partner helt eller delvis pensjonert/ikke i arbeid = 2, ingen partner/ukjent = 3 (ref.).

Omsorgsforpliktelser for noen i nær familie: I stor grad = 1, ellers = 0.

Tidligere jobbet annet sted: Ja = 1, Nei = 0.

* Angir at sammenhengen er statistisk sikker (p-verdien er mindre eller lik 0,05).

Tabell V2.1 Sannsynlighet for å slutte i sykehusjobben og begynne å jobb et annet sted.

	OR	P-verdi
Alder (ref.=65-67 år per desember 2021)		
53-56 år per desember 2021	0,384	0,000
57-61 år per desember 2021	0,319	0,000
62-64 år per desember 2021	0,381	0,000
Utdanning/yrke (ref.= hjelpepleier, helsefagarbeider, assistent)		
Sykepleier uten spesialisering/videreutdanning.	1,694*	0,033
Sykepleier med spesialisering/videreutdanning	1,500	0,080
Stillingsprosent (ref. = 100 prosent)		
1-49 prosent	0,108*	0,000
50-99 prosent	0,441*	0,000
Avdeling (ref. = annet)		
Døgndrift	1,392	0,121
Poliklinikk	0,923	0,742
Kontor	0,732	0,367
Helseregion (ref. = Helse Sør-Øst)		
Helse Nord	1,246	0,192
Helse Midt-Norge	0,932	0,650
Helse Sør-Øst	0,816	0,219
Helseproblemer/slitenhet og arbeidsevne (ref. = verken helseproblemer eller slitenhet)		
Helseproblemer som i stor grad reduserer arbeidsevnen	2,655*	0,000
Helseproblemer som i noen grad reduserer arbeidsevnen	1,216	0,326
Slitenhet som i stor grad reduserer arbeidsevnen	1,252	0,561
Slitenhet som i noen grad reduserer arbeidsevnen	1,189	0,247
Et psykisk krevende arbeid	1,303	0,187
Følte seg verdsatt av nærmeste leder	0,567*	0,000
Lite kontakt med nærmeste leder	1,275	0,173
Får tilstrekkelig opplæring	1,227	0,113
Ikke tid til å utføre arbeidet slik en mener det bør gjøres	1,521*	0,006
Opplever arbeidssituasjoner som grenser til det faglig uforsvarlige	1,652*	0,009
Har tidligere jobbet annet sted	1,266	0,067
Konstant	0,101	0,000
N = 4623		

Tabell V2.2 Sannsynlighet for å pensjonere seg som 62-åring.

	OR	P-verdi
Utdanning/yrke (ref. = hjelpepleier, helsefagarbeider, assistent)		
Sykepleier uten spesialisering/videreutdanning	0,1298	0,414
Sykepleier med spesialisering/ videreutdanning	0,1293	0,358
Stillingsprosent (ref. = 100 prosent)		
1–49 prosent	0,033*	0,000
50–99 prosent	1,001	0,996
Avdeling (ref. = annet)		
Døgndrift	1,721*	0,066
Poliklinikk	1,912*	0,050
Kontor	0,973	0,957
Helseregion (ref. = Helse Sør-Øst)		
Helse Nord	1,527	0,104
Helse Midt-Norge	1,193	0,438
Helse Sør-Øst	0,826	0,421
Helseproblemer/slitenhet og arbeidsevne (ref. = verken helseproblemer eller slitenhet)		
Helseproblemer som i stor grad reduserer arbeidsevnen	6,172*	0,000
Helseproblemer som i noen grad reduserer arbeidsevnen	2,514*	0,001
Slitenhet som i stor grad reduserer arbeidsevnen	0,771	0,746
Slitenhet som i noen grad reduserer arbeidsevnen	1,229	0,374
Et psykisk krevende arbeid	2,285*	0,009
Følte seg verdsatt av nærmeste leder	0,784	0,162
Lite kontakt med nærmeste leder	1,259	0,408
Får tilstrekkelig opplæring	1,219	0,268
Opplever arbeidssituasjoner som grenser til det faglig uforsvarlige	1,524	0,177
Omsorgsforpliktelser for noen i nær familie	0,910	0,651
Sivil status og partners arbeidsmarkedstilknytning (ref. = aleneboende/enslig)		
Yrkesaktiv partner	0,777	0,289
Partner helt eller delvis pensjonert/ikke i arbeid	2,039*	0,000
Sykehuset har seniortiltak	0,361*	0,000
Kan ta småpauser	0,750	0,095
Konstant	0,083	0,000
N = 1392		

Vedlegg 3 Seniorer i pleieryrkene

Tabell V3.1 Antall seniorer i pleieryrkene på sykehusene. Registerdata

	2011	2015	2018
Antall	12488	12618	12243
Kvinner	11713	11744	11282
Menn	775	876	966
Spesialsykepleiere**	8678*	5981	6106
Sykepleiere		3634	3609
Hjelpepleiere/helsefagarbeidere	3809*	2340	1888
Andre pleiemedarbeidere		655	644

* I 2011 var det ikke mulig å skille de ulike sykepleieryrkene fra hverandre, det var heller ikke mulig å skille mellom helsefagarbeidere og andre pleiemedarbeidere.

** Spesialsykepleiere inkluderer jordmødre

Seniorer i sykehussektoren

Formålet med dette prosjektet har vært å frambringe ny kunnskap om hvorfor seniorer slutter i sykehusjobben, og hva som eventuelt skal til for at flere kan, og vil, fortsette. Data som analyseres er hentet fra Statistisk sentralbyrås registerbaserte sysselsettingsstatistikk microdata, og en nettundersøkelse blant Norsk sykepleierforbunds og Fagforbundets medlemmer. Undersøkelsen ble gjennomført ved utgangen av 2021 og omfatter 5450 personer som jobbet på sykehus i 2015 og som på intervjutidspunktet var mellom 54 og 67 år gamle og enten pensjonert, uføre, på AAP eller fortsatt i arbeid på sykehus eller annet sted.

Problemstillinger som belyses er blant annet:

- Utvikling i antall og andel i ulike stillingskategorier over tid
- Antall og andel som skifter jobb og/eller yrke og hvor de går
- Antall og andel i de ulike yrkeskategoriene som midlertidig eller permanent går ut av arbeidsstyrken
- Grunner til å søke seg til eller skifte til annen arbeidsgiver/yrke, og grunner til tidligpensjonering
- Senioresenes vurdering av arbeidsmiljø og egen helse, tilrettelegging og seniorpolitikk, kompetanse og læringsmuligheter



Borggata 2B
Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-rapport 2022:18
ID-nr.:20821