

# Underbemanning er selvforsterkende

Konsekvenser av mangel på sykepleiere i  
hjemmesykepleien og sykehjem

HEIDI GAUTUN  
HENNING ØIEN  
CHRISTOPHER BRATT

Norsk institutt for forskning om  
oppvekst, velferd og aldring  
NOVA Rapport 6/2016

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) er fra 1. januar 2014 et forskningsinstitutt ved Senter for velferds- og arbeidslivsforskning (SVA) på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferdssamfunnets tiltak og tjenester.

© Velferdsforskningsinstituttet NOVA  
Høgskolen i Oslo og Akershus 2016

ISBN (trykt utgave) 978-82-7894-588-9

ISBN (elektronisk utgave) 978-82-7894-589-6

ISSN 0808-5013 (trykt)

ISSN 1893-9503 (online)

Illustrasjonsfoto: © colourbox.no  
Desktop: Torhild Sager  
Trykk: Allkopi

**Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:**  
NOVA, HiOA  
Stensberggata 26 · Postboks 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo  
Telefon: 67 23 50 00  
Nettadresse: [www.hioa.no/nova](http://www.hioa.no/nova)

# Forord

NOVA fikk i januar 2016 i oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) å gjennomføre et prosjekt om konsekvenser av mangel på sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien. Forskerne har i prosjektet ved hjelp av registerdata, to undersøkelser blant tillitsvalgte og en spørreundersøkelse blant 4945 sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien, for det første kartlagt mangel på sykepleiere, for det andre undersøkt hvilke konsekvenser mangel på sykepleiere har for kvaliteten på tjenestene og arbeidsmiljøet for de ansatte. Et tredje hovedspørsmål som er undersøkt, er hva som skal til for å rekruttere og beholde sykepleiere i disse tjenestene. Vi vil gjerne takke sykepleierne som har deltatt i undersøkelsene.

Spesialrådgiver Merete Lyngstad, seniorrådgiver Jo Cranner, fagsjef Kari Elisabeth Bugge, seniorrådgiver Hedda Kristine Mellingen, forhandlingssjef Harald Jesnes, kommunikasjonssjef Arvid Libak, og kommunikasjonsrådgiver Tore Bollingmo i NSF har fulgt prosjektet. De skal ha en stor takk for å ha bidratt med å ekspertvalidere spørreskjemaene til sykepleierne, og for å ha gitt mange gode kommentarer til rapportutkast. Seniorrådgiver Jo Cranner stod også for den praktiske gjennomføringen av datainnsamlingen blant tillitsvalgte i februar 2016. Seniorkonsulent Idar Eidseth og konsulent Marit Heitkøtter Lien (Respons Analyse) skal ha en stor takk for et godt og effektivt samarbeid om datainnsamlingen som de gjennomførte på oppdrag fra NOVA blant de 4945 sykepleierne i mars 2016.

Prosjektet har blitt gjennomført innenfor svært stramme tidsrammer, og hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten at et forskerteam stod sammen om oppdraget. PhD Henning Øien (NOVA) har utarbeidet oversikten over mangel på sykepleiere ved hjelp av offentlig statistikk samt presentert data fra kartleggingen av korttidsfravær i kapittel 2. PhD Christopher Bratt (Statistisk Analyse) har analysert data fra spørreundersøkelsen blant de 4945 sykepleierne i kapittel 5 og 6. Undertegnede har skrevet det meste av teksten i kapittel 5 og 6, og skrevet hele kapittel 1, 4 og 7. Kapittel 2 Metode og data er skrevet i et samarbeid mellom de tre forskerne. Forskningsleder Marijke Veenstra ved NOVA har kvalitetssikret rapporten.

Oslo, mai 2016

Heidi Gautun (prosjektleder)



# Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	7
<b>1 Innledning</b> .....	13
1.1 Mangel på sykepleiere? .....	15
1.2 Konsekvenser for brukere og ansatte? .....	15
1.3 Hvordan rekruttere og beholde sykepleiere? .....	16
1.4 Rapportens oppbygging.....	17
<b>2 Data og metode</b> .....	19
2.1 Kartlegging .....	19
2.2 Spørreundersøkelse blant sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien .....	20
<b>3 Mangel på sykepleiere</b> .....	23
3.1 Oversikt basert på NAVs bedriftsundersøkelse .....	23
3.2 Offentlig statistikk .....	25
3.3 Ubesatte stillinger, antall langtidssykemeldte og stillingsinnehavere i lengre permisjon.....	26
3.4 Avvik mellom planlagte og faktiske turnusvakter .....	30
3.5 Framskrivninger av arbeidskraftsbehovet i helse- og omsorgssektoren .....	34
3.6 Oppsummering .....	35
<b>4 Sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien</b> .....	39
4.1 Kjønn, alder, stilling, utdanning og ansiennitet.....	39
4.2 Type tjeneste.....	41
4.3 Kommunestørrelse og landsdel.....	41
4.4 Oppsummering .....	43
<b>5 Påvirker mangel på sykepleiere kvaliteten på tjenestene og arbeidsmiljøet til de ansatte?</b> .....	45
5.1 Mangel på sykepleiere .....	45
5.2 Kvalitet.....	48
5.3 Arbeidsmiljø .....	52
5.4 Mangel på sykepleiere påvirker kvaliteten i tjenesten.....	53
5.5 Mangel på sykepleiere påvirker arbeidsmiljøet .....	56
5.6 Forskjeller mellom avdelinger i sykehjem, kommuner med ulikt innbyggertall og ulike deler av landet .....	56
5.7 Oppsummering .....	66
<b>6 Rekruttering</b> .....	69
6.1 Hvorfor respondentene begynte å jobbe på sitt nåværende arbeidssted.....	69
6.2 Hvor mange som ønsker å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleie .....	72
6.3 Hvorfor sykepleiere ønsker å bli i tjenestene .....	76
6.4 Hvorfor sykepleiere ønsker å slutte .....	77
6.5 Oppsummering .....	79

<b>7 Avslutning</b> .....	81
7.1 Stor mangel på sykepleiere .....	81
7.2 Mangel på sykepleiere påvirker opplevd kvalitet på tjenestene.....	82
7.3 Halvparten vurderer å slutte .....	84
7.4 Underbemanning er selvforsterkende – er det mulig å snu utviklingen? .....	85
<b>Summary</b> .....	87
<b>Referanser</b> .....	89
<b>Vedlegg 1</b> .....	91
<b>Vedlegg 2</b> Spørreskjema til spørreundersøkelsen i mars 2016.....	103

# Sammendrag

## Kapittel 1 – Innledning

I rapporten kartlegges mangel på sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien. I tillegg undersøkes følgende spørsmål: Påvirker mangelen på sykepleiere kvaliteten på tjenestene og arbeidsmiljøet til de ansatte? Hvorfor velger sykepleiere å begynne å jobbe i disse tjenestene, hvor mange ønsker å slutte, og hvilke forhold har betydning for at de blir eller vil slutte? Den overordnede hensikten med studien er å fremskaffe kunnskap om hva som skal til for å rekruttere og beholde sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien.

## Kapittel 2 – Data og metode

Mangel på sykepleiere er kartlagt ved hjelp av ulike datakilder: en bedriftsundersøkelse som er gjennomført av NAV, offisiell statistikk fra SSB og to datainnsamlinger som er gjennomført blant NSF sine tillitsvalgte. Spørsmålene om mangel på sykepleiere påvirker kvaliteten på tjenestene og arbeidsmiljøet til de ansatte, er undersøkt i en spørreundersøkelse som ble gjennomført i mars 2016 blant 4945 sykepleiere som jobber i sykehjem og hjemmesykepleien. Spørsmålene om rekruttering er undersøkt i den samme undersøkelsen.

## Kapittel 3 – Mangel på sykepleiere

De ulike datakildene viser en stor mangel på sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien. Bedriftsundersøkelsen fra NAV viser at helse- og sosialtjenestene (på undersøkelsestidspunktet i 2015) hadde problemer med å rekruttere 6100 personer. I alt 2350 av disse var sykepleierstillinger, og 200 var spesialistsykepleierstillinger. I tillegg til problemer med å rekruttere nok sykepleiere viser helse- og sosialpersonellstatistikken at antall årsverk som er borte på grunn av lange fravær, utgjør 12 prosent av alle sykepleierstillinger i den kommunale helse- og sosialtjenesten. Undersøkelsen blant tillitsvalgte i februar 2016 viser at det kun ble satt inn annet personell for halvparten av ubesatte stillinger og stillinger med langtidsfravær i sykehjem og hjemmesykepleien. I de stillingene der det var satt inn annet personell, hadde tre av ti annen helsefaglig utdanning enn sykepleie på høyskolenivå, og nesten like

mange ble oppgitt å ha helsefaglig bakgrunn på videregående nivå. Ca. to av ti var ufaglærte, og en liten gruppe var sykepleierstudenter. Sykepleiere fra kommuner med et innbyggertall på mellom 10 000 og 50 000 innbyggere oppga høyest andel ubesatte sykepleierstillinger og stillingsinnehavere med lange fravær. Sykepleiere fra de minste kommunene oppga lavest andel ubesatte stillinger og stillingsinnehavere med lange fravær.

For også å fange opp korttidsfravær er det presentert funn fra en kartlegging som tillitsvalgte gjorde i sykehjem og hjemmesykepleien i 23 kommuner i de to fylkeskommunene Sør-Trøndelag og Østfold i 2015. Kartleggingen viser et gjennomsnittlig fravær på 24 prosent av sykepleiervaktene som var satt opp i planlagt turnus. I snitt var det 18 prosent av disse som ikke ble dekket opp. Flest sykepleiervakter med fravær ble dekket opp med personell med lavere kompetanse (37 %), og en stor andel (17 %) ble dekket opp med ufaglærte.

#### **Kapittel 4 – Sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien**

I alt 95 prosent av de 4945 sykepleierne som deltok i spørreundersøkelsen i mars 2016 var kvinner. Nesten seks av ti (57 %) jobbet i sykehjem, 37 prosent jobbet i hjemmesykepleien (inkl. omsorgsboliger), og 6 prosent jobbet både i hjemmesykepleien og sykehjem. Seks av ti var over 40 år. Tre av ti hadde en videreutdanning i sykepleie med 60 studiepoeng / 20 vekttall eller mer. I alt 16 prosent hadde en lederstilling i tjenestene. Nesten syv av ti jobbet heltid eller mer. Halvparten hadde jobbet mer enn ti år i disse tjenestene. De fleste jobbet i tjenester driftet av kommunen (94 %), 4 prosent jobbet i tjenester driftet av ideelle, og 2 prosent jobbet i tjenester driftet av private/kommersielle. Kommuner med ulik størrelse (målt i antall innbyggere) og landsdeler er godt representert i undersøkelsen.

#### **Kapittel 5 – Påvirker mangel på sykepleiere kvaliteten på tjenestene og arbeidsmiljøet til de ansatte?**

De fleste av de 4945 respondentene som svarte på spørreundersøkelsen i mars 2016, ga uttrykk for at det er for få sykepleiere på jobb: Nesten syv av ti sa seg helt eller delvis enig i at deres arbeidssted har problemer med å rekruttere sykepleiere. I tillegg sa nesten halvparten seg helt eller delvis enig i at det er et høyt fravær blant sykepleierne. Det var flere respondenter i sykehjem (74 %) enn i hjemmesykepleien (60 %) som oppga problemer med å rekruttere. Det



var også flere respondenter i sykehjem (47%) sammenlignet med hjemmesykepleien (42 %) som ga uttrykk for et høyt fravær blant sykepleierne.

I alt 16 prosent svarte at det ofte eller alltid ikke blir satt inn annet personell når det oppstår fravær blant sykepleierne. Over halvparten oppga at det ofte eller alltid blir satt inn personell med helsefaglig bakgrunn på videregående nivå. Noe under halvparten svarte at fravær blant sykepleiere ofte eller alltid dekkes opp av ufaglærte. Et mindretall (34 %) oppga at fravær blant sykepleiere blir dekket opp av andre sykepleiere. Bruk av ufaglærte var størst i sykehjem, men hjemmesykepleien lot oftere være å sette inn personell.

Jo større kommunene de jobbet i var, jo flere oppga problemer med å rekruttere sykepleiere og høyt fravær blant sykepleierne.

Respondentene tok stilling til en rekke utsagn om kvaliteten på tjenesten de jobber i. Syv av ti oppga at de var helt eller delvis enig i utsagnet om at pasientene ikke blir tilstrekkelig aktivisert i sitt hverdagsliv. Om lag halvparten sa seg helt eller delvis uenig i hvert av fire følgende utsagn: det er uvanlig med legemiddelfeil, de får nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at tiltak kan settes inn og forhindre forverring i helsetilstand, tjenesten de jobber i ivaretar pasienter med psykiske plager og problemer godt, og pasientene tilbys et godt kulturtilbud.

Fire av ti var helt eller delvis uenig i utsagnet om at de gir pasientene opplæring til å mestre behandling og forebygge forverring. Ca. tre av ti sa seg helt eller delvis enig i hvert av følgende utsagn: medisinske behov ivaretas ikke godt, behandling iverksettes for sent, og det oppstår ofte unødvendige pasientskader som trykksår, fall, infeksjoner og forverring av sykdommen. Tre av ti sa seg helt eller delvis uenig i at de tilpasser tjenestene etter pasientenes ønsker. I underkant av to av ti sa seg helt eller delvis uenig i at pasientenes ernæringsbehov ivaretas godt, og to av ti var helt eller delvis enig i utsagnet om at pasienter dør alene fordi de mangler personell. Et mindretall, ca. en av ti, sa seg helt eller delvis uenig i utsagnene om at pasienter får god smertelindring, og at pasientene får tilstrekkelig hjelp med personlig hygiene.

Over halvparten av respondentene oppga at de daglig eller ukentlig opplever situasjoner der kravene til faglig forsvarlighet ikke kan møtes på grunn av for lite tid til den enkelte pasient. I tillegg svarte to av ti at de opplever dette 1–3 ganger i måneden.

Kvalitetsvariablene ble gruppert i tre kategorier da vi sammenlignet forskjeller i opplevd kvalitet mellom kommuner med ulik størrelse. De tre kategoriene er: kvalitet i grunnleggende sykepleie, kvalitet i behandling, og kvalitet innen forebygging og aktivisering. De største kommunene kom dårligst ut, og de minste kommunene kom best ut da vi sammenlignet opplevd kvalitet på grunnleggende sykepleie og behandling. Da vi sammenlignet kvaliteten på forebygging og aktivisering, kom imidlertid de største kommunene best ut.

Analysene viste en klar og signifikant sammenheng mellom mangel på sykepleiere (vansker med å rekruttere og fravær) og opplevd kvalitet på grunnleggende sykepleie, behandling og forebygging og aktivisering. Resultatene er påfallende like for sykehjem og hjemmesykepleien.

Respondentene ble også bedt om å ta stilling til flere utsagn om arbeidsmiljø. De fleste ga uttrykk for en høy trivsel på arbeidsstedet, at de tør melde fra om kritikkverdige forhold og avvik, og at det er et høyt faglig engasjement. Et stort flertall ga imidlertid uttrykk for at de jobber under et stort tidspress, og at den fysiske og psykiske arbeidsbelastningen er stor. Ca. fire av ti ga også uttrykk for at ledelsen er lite tilgjengelig på arbeidsstedet. Sykehjem kom dårligst ut i alle utsagnene om arbeidsmiljø, med unntak av utsagnene om høyt sykefravær og stort tidspress (ingen forskjell mellom sykehjem og hjemmesykepleien), og lite faglig engasjement (hjemmesykepleien kom dårligst ut).

De minste kommunene kom best ut i sammenligningen av arbeidsmiljø (stor fysisk og psykisk arbeidsbelastning, tidspress og lite faglig engasjement) både innen hjemmesykepleien og sykehjem. De største kommunene kom dårligst ut.

Analysene viser en klar og signifikant sammenheng mellom mangel på sykepleiere (problem med å rekruttere og problem med høyt fravær), og arbeidsmiljø.

## Kapittel 6 – Rekruttering

Sykepleierne oppga ulike grunner til at de hadde begynte å jobbe på sitt nåværende arbeidssted. Nesten alle oppga at ønsket om å bidra til en best mulig livssituasjon for pasientene hadde svært stor eller stor betydning. Et stort flertall oppga også at det er meningsfullt å jobbe med eldre og kronisk syke, og

at arbeidsoppgavene virket varierte og spennende. I tillegg sa et stort flertall at kort reiseavstand til jobben hadde svært stor eller stor betydning for at de valgte å begynne å jobbe på sitt nåværende arbeidssted.

Ca. halvparten oppga at hvert av fire følgende forhold hadde svært stor eller stor betydning: mindre ubekvemme vakter (natt, helg), arbeidsstedet hadde et godt rykte, positive erfaringer fra tjenesten i studietiden, og tjenesten var godt bemannet med sykepleiere. I tillegg oppga flere i en åpen tekst: muligheten til å få en fast 100 prosent stilling.

Ca. tre av ti svarte også at hvert av tre følgende forhold hadde svært stor eller stor betydning for at de begynte å jobbe på sitt nåværende arbeidssted: god lønn, fleksibel arbeidstid og at det var gode muligheter til videreutdanning og spesialisering. Kun en av ti svarte at de begynte å jobbe på sitt nåværende arbeidssted fordi de ikke fikk jobb andre steder.

Halvparten av respondentene ønsket å slutte eller var usikre på om de vil fortsette med å jobbe i sykehjem eller hjemmesykepleie. De to gruppene var omtrent like store. En overvekt av de som ikke ønsket eller var usikre på om de ville fortsette med å jobbe i sykehjem eller hjemmesykepleien, var: unge, hadde jobbet få år i sykehjem eller hjemmesykepleie, var vanlig ansatt (ikke ledere) og kom fra de største kommunene. Vi fant små forskjeller mellom landsdeler og mellom de som jobbet i sykehjem og hjemmesykepleien.

Et stort flertall som ønsket å fortsette med å jobbe i sykehjem og/eller hjemmesykepleien, oppga at følgende hadde svært stor eller stor betydning: de føler de er til nytte, det er meningsfullt å jobbe med eldre, arbeidsoppgavene er varierte og spennende, de lærer noe nytt hele tiden, kort reiseavstand, gode karrieremuligheter, tjenesten har høy status, tjenesten er godt bemannet med sykepleiere, og det er gode muligheter til å utvikle tjenesten. Nesten halvparten sa også at det har stor eller svært stor betydning at tjenesten tilbyr god lønn, har fleksible arbeidstider og at de har god mulighet til videreutdanning og spesialisering.

Et stort flertall av de 2435 sykepleierne som ønsket å slutte (eller var usikre), oppga at følgende hadde stor eller svært stor betydning: arbeidsbelastningen er stor, og tidspresset er for stort til at de klarer å gi pasienten det de trenger. Et flertall oppga også: for få sykepleiere, for få kompetansehevede tiltak i tjenesten og liten mulighet til å utvikle tjenesten. Ca. halvparten oppga:

dårlig ledelse, lønna er for lav, de må jobbe på vakter de ikke ønsker, jobber for mye alene, begrensede karrieremuligheter, lite faglig engasjement, og begrenset mulighet til videreutdanning. I overkant av fire av ti oppga i tillegg at pasientene opplever kritikkverdige forhold, og nesten tre av ti oppga at arbeidsoppgavene er lite varierte. I overkant av tre av ti oppga at tjenesten har lav status. To av ti oppga at det at de ikke har fått en heltidsstilling, og har et dårlig forhold til kollegaer, har svært stor eller stor betydning for at de vurderer å slutte.

## Kapittel 7 – Avslutning

I avslutningskapitlet diskuteres følgende hovedresultater fra studien: Det er en stor mangel på sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien, som høyst sannsynlig vil bli større om 10 år. For det andre er det en sterk sammenheng mellom mangel på sykepleiere og opplevd kvalitet på tjenestene. Et tredje viktig funn er at halvparten av sykepleierne ga uttrykk for at de vurderer å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleie. Den siste hovedoverskriften i kapitlet er: Underbemanning er selvforsterkende – er det mulig å snu utviklingen? Selv om det ser ut som at en stor del av forklaringen på at halvparten av sykepleierne ønsker å slutte å jobbe i disse tjenestene handler om et stort tidspress som går ut over kvaliteten på tjenestene, kan et klokt grep være å gi sykepleierne en større anerkjennelse for det arbeidet som gjøres ved å tilby bedre arbeidsbetingelser i sykehjem og hjemmesykepleien. Halvparten av de 4945 sykepleierne som svarte på spørreskjemaet i mars 2016, ser ut til å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleie som klarer å få til dette. Respondentene ga uttrykk for at tjenesten har høy status, den er godt bemannet med sykepleiere, og de opplever å ha gode karrieremuligheter. På bakgrunn av svarene til sykepleierne som ønsker å slutte, kan mulige tiltak for å få dem til å bli, være å: tilby høyere lønn, utvikle bedre ledere, tilby flere kompetansehevende tiltak og muligheter til videreutdanning, gi sykepleierne større muligheter til å slippe å jobbe på vakter de ikke ønsker, og at de som ønsker tilbys fast jobb og heltidsstillinger. Mange sykepleiere som er interessert i å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien, oppfatter at de kan få bedre arbeidsbetingelser om de velger å jobbe i andre tjenester. En nyutdannet sykepleier skrev følgende da hun svarte på undersøkelsen «*Velger jeg med hodet mitt velger jeg sykehus, velger jeg sykehjem, velger jeg med hjertet mitt*». Kanskje kan forholdene legges til rette for at hun kan velge det samme med hodet og hjertet.

# 1 Innledning

Forskningsinstituttet NOVA ved Høgskolen i Oslo og Akershus har fått i oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) å gjennomføre en studie av mangel på sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien. I studien kartlegges for det første mangelen på sykepleiere. For det andre undersøkes det hvorvidt mangel på sykepleiere påvirker kvaliteten på tjenestene og arbeidsmiljøet for de ansatte. I tillegg undersøkes hvilke forhold som har hatt betydning for at sykepleiere har begynt å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien, hvor mange som ønsker å fortsette å jobbe i disse tjenestene, og hvilke grunner de som ønsker å slutte oppgir. Et hovedformål med studien er å fremskaffe kunnskap om forhold som kan ha betydning for en bedre rekruttering av sykepleiere til sykehjem og hjemmesykepleien, og forhold som bidrar til at de ønsker å bli i disse tjenestene.

Bakgrunnen for oppdraget er at en rekke undersøkelser har avdekket mangel på sykepleiere i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Det fremkommer i undersøkelser som er gjennomført både blant ansatte i kommunadministrasjonen, og sykepleiere som jobber i tjenestene at det flere steder er for få ansatte på vaktene, for få sykepleiere og ansatte med annen helsefaglig kompetanse, og en for høy bruk av ufaglærte (f.eks. Gautun & Hermansen 2011, Gautun & Bratt 2015, Norgesbarometeret 2011, Riksrevisjonen 2016). Behovet for sykepleiere har økt etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012. Registerdata viser en betydelig nedgang i antall liggedager ved sykehus i alle regioner og nesten alle kommunegrupper etter innføringen av samhandlingsreformen. I perioden fra 2011 til 2015 har omfanget av liggedager samlet sett blitt redusert med 240 000 liggedøgn (Helsedirektoratet 2014–2015). Reduksjonen i antall liggedager har ført til at kommunene må ta imot flere pasienter, med større behov for helsetjenester, enn tidligere. Registerdata viser at det har funnet sted en dreining mot høyere kvalifisert personell i primærhelsetjenesten etter reformen (Helsedirektoratet 2014). Antall sykepleiere i omsorgstjenesten økte med ni prosent i toårsperioden etter samhandlingsreformen. Veksten var sterkest for sykepleiere med spesialisering, hvor antallet

økte med 12–17 prosent. Spørsmålet er imidlertid om ressursinnsatsen har vært tilstrekkelig sett i forhold til de økte og nye oppgavene.

I en spørreundersøkelse som ble gjennomført 1 ½ år etter reformen blant 2372 sykepleiere som jobbet i sykehjem og hjemmesykepleien i 82 prosent av landets kommuner, ga et stort flertall uttrykk for at de mottok flere pasienter fra sykehus, og at flere av pasientene hadde et større behandlingsbehov enn tidligere (Gautun & Syse 2013). Dette gjaldt både sykehjem og hjemmesykepleien. Hjemmesykepleierne ga i størst grad uttrykk for et økt press på tjenesten de jobbet i, og for å ha mest begrensede ressurser. Respondentene etterspurte flere ansatte, kompetanseheving og medisinsk utstyr for å klare de økte og nye oppgavene. Kun tre av ti i denne undersøkelsen oppga at tjenesten var tilstrekkelig bemannet med sykepleiere. En nylig gjennomført undersøkelse om ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter samhandlingsreformen, konkluderer også med at kommunene i for liten grad har økt kapasiteten og styrket kompetansen (Riksrevisjonen 2016). I nesten halvparten av kommunene sa leder av pleie- og omsorgssektoren seg uenig i at de har tilstrekkelig med sykepleiere i tråd med økte behov etter reformen. På grunn av demografiske endringer forventes etterspørselen etter sykepleiere, og annet personell, å bli enda større. Det vil om 10–15 år komme en kraftig vekst i antall eldre over 80, som er den største gruppen brukere av helse- og omsorgstjenestene. (Omsorg 2020 Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020).

Eldre er imidlertid ikke de eneste som bruker disse tjenestene. Kommunene har over tid fått ansvar for å yte tjenester til et økende antall brukere under 67 år utenfor institusjon. Utviklingen har ført til en sterk vekst i etterspørsel etter kommunale pleie- og omsorgstjenester. Fra å være en ren eldreomsorgstjeneste for 25 år siden, går i dag 40 prosent av ressursinnsatsen i pleie- og omsorgstjenestene til brukere under 67 år (Romøren 2007, Brevik 2010, Gautun, Hermansen & Grødem 2012, Otnes 2015). Det dreier seg blant annet om utviklingshemmede og fysisk funksjonshemmede, og i de senere år har vi sett en økende tilstrømning av rusmiddelmissbrukere og personer med psykiske lidelser (Gautun, Grødem & Hermansen 2012, Brevik 2010, Otnes 2015). Kommunene ser ikke ut til å ha blitt tilført tilstrekkelig med ressurser til å ta imot nye yngre brukere, og flere (sykere) pasienter fra sykehus (Gautun, Grødem & Hermansen 2012, Gautun & Syse 2013). Flere ansatte i

kommuneadministrasjonen og i de kommunale tjenestene gir i undersøkelser uttrykk for at de opplever at de økonomiske og personellmessige rammene har blitt stadig strammere, og at de i økende grad har måttet prioritere hvem som skal få tjenester, og hvor mye. Når det må gjøres innstramninger kuttet det i eldreomsorgstilbudet, og eldre ser ut til å bli taperne når det tildeles tjenester til ulike grupper av brukere (Gautun & Grødem 2015, Gautun & Syse 2013)

## 1.1 Mangel på sykepleiere?

Mangel på sykepleiere kan komme til uttrykk på flere måter. Det handler ikke bare om antall sykepleiere man ikke klarer å rekruttere, dvs. omfanget av ubesatte sykepleiestillinger, men også om antall sykepleierårsverk og stillingsinnehavere som er borte på grunn av lange og korte fravær. Dersom det ikke settes inn andre sykepleiere, eller annet helsefaglig utdannet personell, når sykepleiere har fravær, vil tjenestene være underbemannet, eller være bemannet av personell med lavere kompetanse, enn planlagt. Flere undersøkelser har påvist store og systematiske avvik mellom antall sykepleiere som settes opp på vakter i 6 ukers turnusene, og hvor mange av disse som faktisk er på jobb (ECON 2009, Holmeide & Eimot 2010, Gautun 2012, Gautun & Bratt 2015). Undersøkelsene viser at flere av vaktene dekkes opp av personell grupper med lavere kompetanse enn sykepleiere, og at det heller ikke er uvanlig at vakter ikke blir dekket opp. Vi har derfor sett det som viktig at vi som en del av kartleggingen også tallfester hvilket personell som eventuelt dekker vakter når sykepleiere har fravær.

## 1.2 Konsekvenser for brukere og ansatte?

Mangel på (kompetent) personell kan ha betydning for tidspress og opplevelse av kontroll som ansatte opplever når de er på jobb. Flere undersøkelser i de senere år har påvist et stort og økende tidspress i sykehjem og hjemmesykepleien (f.eks. Gautun & Syse 2013, Hermansen og Gautun 2013, Haukelien m.fl. 2015). Vi undersøker i denne studien om det er en sammenheng mellom mangel på sykepleiere og kvaliteten på tjenestene, og arbeidsmiljøet til sykepleierne som jobber i sykehjem og hjemmesykepleien. En for lav og for lite kompetent bemanning kan føre til et stort tidspress, som igjen kan gå utover den faglige forvarligheten på tjenesten. En mangel på sykepleiere kan også føre

til at sykepleiere (og andre) som er på jobb blir syke på grunn av overbelastning, som igjen fører til mer sykefravær. For få på jobb kan altså bidra til en nedadgående spiral der stadig færre klarer å være på jobb.

### 1.3 Hvordan rekruttere og beholde sykepleiere?

Kompetanseløftet 2015 er en statlig satsning som har som mål å sikre nødvendig rekruttering og kvalifisering i den kommunale omsorgssektoren (Stortingsmelding nr. 25 (2005–2006), Høst m. fl. 2009). Bakgrunnen for planen var de betydelige personellmessige utfordringene som forventes i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene som følge av demografiske endringer og generelt økt etterspørsel. Det er et stort behov for mer personell, og med riktig kompetanse (Dale 2015). NIFU og NIBRs evaluering av Kompetanseløftet 2015 dokumenterer en klar økning i opptak av og antall uteksaminerte fra sykepleierutdanningene i planperioden (Aamodt og Tjerbo 2015). Forskerne konkluderer at det neppe blir noen knapphet på sykepleiere med det første når man ser hele helsesektoren under ett. De uttrykker imidlertid en bekymring for pleie- og omsorgssektoren i kommunene. Mange sykepleiere prioriterer å arbeide ved sykehus, fremfor i den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Avgangsundersøkelsen til NSF i 2015 viser, som det påpekes i NIFU og NIBR sin evaluering, at sykepleiere prioriterer sykehus fremfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I alt 59 prosent av nyutdannede sykepleiere oppga i avgangsundersøkelsen i 2015 at deres førsteprioritet var å begynne å jobbe i somatiske sykehus. Et mindretall ønsket å jobbe i hjemmesykepleien (15 prosent), og enda færre (8 prosent i sykehjem). Helse- og omsorgstjenestene, og spesielt eldreomsorgen ser altså ut til å være taperne i konkurransen om utdannet arbeidskraft. Aamodt og Tjerbo (2015) påpeker, i evalueringen av Kompetanseløftet, at vi nå står ovenfor en stor utfordring med å finne ut hvordan det kan legges til rette for at pleie- og omsorgssektoren blir mer attraktiv for sykepleiere. I denne studien har vi undersøkt hva sykepleierne som jobber i sykehjem og hjemmesykepleien gir uttrykk for at kan gjøre disse tjenestene mer attraktive.



## 1.4 Rapportens oppbygging

I kapittel 2 beskrives data og metoder som er anvendt for å belyse spørsmålene som er stilt i innledningskapitlet. I Kapittel 3 kartlegges mangelen på sykepleiere, og i kapittel 4 gis en oversikt over ulike kjennetegn ved de 4945 sykepleierne som deltok i undersøkelsen i mars 2016. I kapittel 5 belyses spørsmålene om mangel på sykepleiere påvirker kvaliteten på tjenestene, og arbeidsmiljøet til de ansatte. I Kapittel 6 undersøkes rekruttering, og i Kapittel 7 oppsummeres og diskuteres hovedfunn.



## 2 Data og metode

Mangel på sykepleiere er kartlagt ved hjelp av følgende datakilder: en bedriftsundersøkelse som er gjennomført av NAV, offisiell statistikk fra SSB, og to datainnsamlinger som er gjennomført blant NSF sine tillitsvalgte. Spørsmålene om mangel på sykepleiere påvirker kvaliteten på tjenestene og arbeidsmiljøet til de ansatte er undersøkt i en spørreundersøkelse som ble gjennomført i mars 2016 blant 4945 sykepleiere som jobber i sykehjem og hjemmesykepleien. Spørsmålene om rekruttering er undersøkt i den samme undersøkelsen.

### 2.1 Kartlegging

I kartleggingen presenteres funn fra bedriftsundersøkelsen som ble gjennomført av NAV blant offentlige og private virksomheter i (2015). Undersøkelsen viser antall personer som virksomheter har mislyktes med å rekruttere de siste tre månedene. Undersøkelsen har data for 23 næringer og 59 yrkesgrupper, deriblant i helse- og sosialnæringene, og for sykepleiere og spesialsykepleiere.

Videre analyseres registerdata fra SSBs helse- og sosialpersonellstatistikk om sysselsatte sykepleiere, avtalte sykepleierårsverk, og årsverk som går tapt på grunn av legemeldt sykefravær og fødselspermisjon for sykepleiere i kommunal forvaltning.

Verken NAVs bedriftsundersøkelse eller registerdata fra SSB har data som viser ubesatte stillinger, og langtidsfravær på tjenestenivå, dvs. i sykehjem og i hjemmesykepleien. Vi har derfor gjennomført en spørreundersøkelse blant alle NSF sine plasstillitsvalgte i kommunale sykehjem og hjemmesykepleien i februar 2016, der vi kartlegger antall ubesatte sykepleierstillinger og antall stillinger der stillingsinnehaver er langtidssykemeldt eller i lengre permisjon. Undersøkelsen har i tillegg kartlagt hvor mange av disse stillingene som er besatt av annet personell, og hvilke personellgrupper det dreier seg om. Undersøkelsen sammenligner svar fra informanter som er tillitsvalgt i kommuner med ulik størrelse (innbyggertall). Undersøkelsen er en web-basert undersøkelse. NOVA utarbeidet spørreskjemaet som NSF sendte til i alt 1115 e-postadresser. Det ble gjennomført to purrerunder. Vi vet ikke det eksakte tallet

på hvor mange av disse som var tillitsvalgt i sykehjem eller hjemmesykepleien på undersøkelsestidspunktet. Det er derfor ikke mulig å beregne svarprosent. Av de som svarte oppga 21 at de ikke jobber i kommunehelsetjenesten, og 93 svarte at de ikke jobber i sykehjem eller hjemmesykepleien. Disse fikk beskjed om at de ikke behøvde å svare på spørreskjemaet. Av de resterende 1001 svarte 451 informanter (45 prosent) på spørreskjemaet. Den reelle svarprosenten er sannsynligvis høyere i og med at flere kan ha latt være å klikke på linken og begynne å svare på spørsmål når de leste e-posten og så at de ikke er i målgruppa.

Undersøkelsen blant tillitsvalgte i februar 2016 har ikke kartlagt korttidsfravær. En oversikt over korttidsfravær og hvordan kommunene løser utfordringen med korttidsfravær, er utarbeidet ved å analysere data fra en kartlegging av avvik mellom planlagt og faktisk bemanning som NSF gjennomførte i sykehjem og hjemmesykepleien i 23 kommuner i to fylkeskommuner (Sør-Trøndelag og Østfold) i 2015.

I siste del av kartleggingen gis en presentasjon av framskrivninger fra SSB og KS som har beregnet behovet for sykepleiere i årene som kommer.

## 2.2 Spørreundersøkelse blant sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien

Spørsmålene om konsekvenser av mangel på sykepleiere for kvaliteten på tjenestene og arbeidsmiljøet til sykepleierne, samt spørsmålet om rekruttering, er belyst ved hjelp av en landsomfattende spørreundersøkelse som ble gjennomført i mars 2016 blant NSF sine medlemmer som jobbet i sykehjem og hjemmesykepleien. NOVA utarbeidet spørreskjemaet, som både inneholder spørsmål fra tidligere gjennomførte undersøkelser (Gautun & Hermansen 2011, Gautun & Syse 2013), og nye spørsmål som er ekspertvalidert av fagpersoner i NSF. Spørsmålene om kvalitet bygger i stor grad på ulike sider ved kvalitet som inngår i Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Forskriften gjelder både for sykehjem og hjemmesykepleien.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19 november 1982 nr.66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. Desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester mv.

Respons Analyse gjennomførte selve datainnsamlingen på oppdrag for NOVA. NSF overleverte Respons Analyse 19 951 epost adresser til alle medlemmer som jobber i kommunene. Disse fikk tilsendt en e-post med forespørsel, og lenke til et spørreskjema, som de kunne gå inn på og svare på.

Forskningsprosjektet er gjennomført i tråd med forskningsetiske retningslinjer. Datainnsamlingen er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). NOVA har fått overlevert en anonymisert datafil fra Respons Analyse, og Respons Analyse slettet listen over epostadresser etter at datainnsamlingen var gjennomført i begynnelsen av april.

### 2.2.1 DATAINNSAMLING

NSF oppfordret i forkant av datainnsamlingen medlemmene i en tekstmelding om å delta i undersøkelsen. Det viste seg at i alt 131 av de 19 951 medlemmene som var på listen var oppført to ganger. Bruttoutvalget var således 19 820 medlemmer. Leder av NSF undertegnet forespørselen i eposten som inneholdt lenken til spørreskjemaet. Informantene ble gjort oppmerksom på at det var frivillig å delta i undersøkelsen. Det ble gjennomført en purrerunde. Siden påsken var rett rundt hjørnet, lot Respons Analyse undersøkelsen stå åpen i tilfelle noen etternølere skulle finne på å svare i påsken. NOVA fikk overlevert datafilen 31 mars.

Tilsammen svarte 5864 respondenter på undersøkelsen. Av disse oppga 919 at de ikke jobber verken i sykehjem eller hjemmesykepleien. Disse ble fortalt at de ikke er i målgruppen, og ble så ekskludert fra spørreundersøkelsen. Det er gjennomført analyser på i alt 4945 respondenter. Spørreskjemaet er sendt ut til alle sykepleiere som jobber i kommunene. Vi har imidlertid ikke oversikt over hvor mange av de som har fått tilsendt epost med spørreskjema som ikke jobber sykehjem eller hjemmesykepleie<sup>2</sup>. Både Respons Analyse og

---

<sup>2</sup> F.eks. sykepleiere som jobber som helsesøster, kreftkoordinator, bedriftssykepleier, fagutvikler, i distriktsmedisinsk senter, dagsenter, ulike typer gruppeboliger, bofellesskap, aldershjem, akuttmottak, skolehelsetjenesten, familiesenter, flyktningehelseteam, Frisklivsentral, kommunal øyeblikkelig hjelp, kommunal psykiatri og rusomsorg m.fl. Vi har også fått tilbakemelding fra sykepleiere som har sluttet å jobbe i pleie og omsorgstjenestene, er langtidssykemeldte, midlertidig ufør, og nylig pensjonert som har latt være å svare på undersøkelsen.

NOVA har fått flere eposter fra sykepleiere som har gjort oss oppmerksomme på at de ikke jobber i disse tjenestene, og dermed latt være å gå inn på lenken. Sannsynligheten for at dette gjelder flere, uten at de har tatt kontakt med oss for å si fra om det er stor. Dersom de har lest eposten har de sett at de ikke er i målgruppen. Spørreskjemaet har også med stor sannsynlighet blitt sendt til epost adresser som ikke er i bruk. Det er ikke uvanlig at folk har flere epost adresser, og at de over tid velger å endre hvilken de bruker til daglig. Det er opp til medlemmene selv hvorvidt de oppdaterer epost adressene.

Vi har ikke informasjon som kan fortelle oss om respondentene som har svart på undersøkelsen er mer misfornøyd, eller mer fornøyd, med tjenestene de jobber i, sammenlignet med de som ikke har svart. Det kan tenkes at de som er mest misfornøyd er overrepresentert fordi de har hatt et sterkt behov for å fortelle om det de opplever som vanskelig på sitt arbeidssted. På den andre siden kan det være at flere av de som er misfornøyde, jobber under et stort tidspress, og har latt være å svare fordi de opplever at de har mer enn nok med jobben, og syns at de ikke har kunnet prioritere å bruke tid på å svare på undersøkelsen.

### 2.2.2 ANALYSER

Analysene av spørreundersøkelsen anvender ulike metoder, fra enkle frekvensoversikter og krysstabeller, til forholdsvis avanserte metoder med regresjonsanalyse kombinert med faktoranalyse av kvalitet og arbeidsmiljø. Kvalitet ved tjenesten og arbeidsmiljø blir latente variabler (de kan ikke måles direkte, men med måles med flere indikatorer, i dette tilfellet med flere spørsmål). Vedlegg 1 gir detaljer til de mer avanserte analysene. Faktoranalyse gir bedre mål på (opplevd) kvalitet i tjenesten og arbeidsmiljø, og bedrer dermed analysene. Vi beskriver dette nærmere i Vedlegg 1.

For krysstabeller har vi benyttet Kji-kvadrat for test av statistisk signifikans. Statistisk signifikans benyttes som et mål på hvor sannsynlig de observerte forskjellene er i vårt utvalg, hvis det ikke skulle være noen forskjell i de «populasjonen» (alle sykepleierne på sykehjem og hjemmesykepleie) våre utvalg er trukket fra. Vi definerer  $p < 0,05$  som statistisk signifikant, et hyppig brukt kriterium på statistisk signifikans.

## 3 Mangel på sykepleiere

I dette kapitlet kartlegges mangel på sykepleiere. For det første presenteres funn fra NAVs bedriftsundersøkelse 2015 som gir informasjon om antall sykepleiere som virksomheter i helse- og sosialnæringen ikke har klart å rekruttere i løpet av de tre siste månedene før undersøkelsen ble gjennomført. For det andre presenteres foreliggende statistikk fra SSB som har informasjon om langtidsfravær i helse- og sosialsektoren. I tillegg gis det ved hjelp av spørreundersøkelsen blant tillitsvalgte i februar 2016 en oversikt over antall ubesatte sykepleierstillinger, og antall stillinger der stillingsinnehavere er langtids-sykemeldt eller i lengre permisjon, i sykehjem og hjemmesykepleien. Denne undersøkelsen gir også informasjon om hvorvidt det settes inn annet personell for ubesatte sykepleierstillinger, og stillingsinnehavere med lange fravær. For det fjerde presenteres data fra kartleggingen av korttidsfravær som NSF gjennomførte i sykehjem og hjemmesykepleien i 23 kommuner i de to fylkeskommunene Sør-Trøndelag og Østfold, i 2015. Til slutt presenteres framskrivninger der SSB og KS har beregnet framtidig behov for sykepleiere.

### 3.1 Oversikt basert på NAVs bedriftsundersøkelse

Det finnes ikke registerbasert informasjon om ubesatte stillinger i helsesektoren. Ubesatte stillinger ble tidligere ført i Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene, men denne statistikken opphørte på grunn av for stor usikkerhet knyttet til tallene (jf. personlig korrespondanse med Dag Ragnvald Abrahamsen i SSB). NAVs bedriftsundersøkelse gir per i dag den beste oversikten over ubesatte sykepleierstillinger i helse- og sosialtjenestene. Undersøkelsen kartlegger mangel på arbeidskraft etter næringer og yrkesgrupper, og er en spørreundersøkelse blant et representativt utvalg av alle landets offentlige og private virksomheter. Bedriftene blir spurt om deres behov for arbeidskraft og på bakgrunn av dette blir mangel på arbeidskraft og en stramhetsindikator beregnet. Mangel på arbeidskraft er definert som antall personer bedrifter har mislykkes med å rekruttere de siste tre månedene. Stramhetsindikatoren er forholdstallet mellom forholdstallet mellom mangelen på arbeidskraft og ønsket sysselsetting, hvor ønsket sysselsetting er

lik den faktiske sysselsettingen pluss mangelen. Stramhetsindikatoren måler dermed prosentandelen av ønsket sysselsetting som mangler. En høy verdi av stramhetsindikatoren betyr at arbeidsmarkedet er stramt og bedriftene har problemer med å rekruttere arbeidskraft (for mer informasjon se NAVs bedriftsundersøkelse våren 2015). I tabell 3.1 viser vi mangel på personell i helse- og sosialtjenesten, sykepleiere og spesialsykepleiere i 2014 og 2015. Tabellen viser at det er stor mangel på sykepleiere. I Helse- og sosialtjenesten i 2015 var det mangel på 6100 personer og er den næringen (av 23 næringer som er med i undersøkelsen) som har størst mangel på arbeidskraft. Stramhetsindikatoren for helse- og sosialnæringen er på 1,2 prosent og var den fjerde høyeste av alle næringene (overnattings- og serveringsvirksomhet har den høyeste stramhetsindikatoren på 1,7 %). Det er særlig mangelen på sykepleiere som gjør at mangelen på arbeidskraft i helse- og sosialnæringen er så høy. Det mangler 2350 sykepleiere og 200 spesialsykepleiere. Sykepleiere utgjør dermed den yrkesgruppen, av totalt 59 yrkesgrupper, hvor det er størst mangel på arbeidskraft. Stramhetsindikatoren for sykepleiere og spesialsykepleiere er på henholdsvis 3,7 prosent og 1,2 prosent. Stramhetsindikatoren for sykepleiere var nummer 13 av total 59 yrkesgrupper, når stramhetsindikatoren er rangert fra høyest til lavest.

**Tabell 3.1 Mangel på sykepleiere**

	2014	2015
Mangel på arbeidskraft i helse- og sosialtjenesten (antall personer)	5900	6100
Stramhetsindikatoren, helse- og sosialtjenesten (prosent)	1,1	1,2
Mangel på sykepleiere (antall personer)	1850	2350
Stramhetsindikatoren, sykepleiere (prosent)	2,7	3,7
Mangel på spesialsykepleiere (antall personer)	200	200
Stramhetsindikatoren, spesialsykepleiere (prosent)	0,8	1,2

Kilde: NAVs bedriftsundersøkelser.



## 3.2 Offentlig statistikk

I denne delen av kapitlet presenteres offentlig statistikk som viser sysselsatte, avtalte årsverk og avtalte årsverk eksklusive lange fravær for sykepleiere i kommunal forvaltning, fra helse- og personellstatistikken. Det foreligger ikke data på tjenestenivå. Kommunal forvaltning inkluderer hele den kommunale helse- og sosialtjenesten, men helse- og omsorgssektoren er den største sektoren så dette vil gi oss en antydning om antall sykepleier årsverk i helse- og omsorg som går tapt på grunn av lange fravær.

### 3.2.1 OVERSIKTER BASERT PÅ HELSE- OG SOSIALPERSONELLSTATISTIKKEN

I tabell 3.2, finnes informasjon om sysselsatte sykepleiere, avtalte sykepleierårsverk, og avtalte sykepleierårsverk eksklusive legemeldt sykefravær og foreldrepermisjoner i kommunal forvaltning i år 2014, og informasjon om hvordan dette varierer mellom fylkene. Sysselsatte er definert som antall personer som er ansatt som sykepleiere i kommunal forvaltning. Avtalte sykepleierårsverk er heltids- og deltidsstillinger omregnet til heltids sykepleierstillinger, dvs. to sykepleiere i halvstilling blir omregnet til et sykepleierårsverk. Avtalte sykepleierårsverk eksklusive lange fravær er avtalte årsverk fratrukket årsverk som er tapt på grunn av foreldrepermisjon og legemeldt sykefravær (lange fravær). Alle tall er hentet i en referanse uke som er tredje uken i november (for mer informasjon og definisjoner se statistikk om helse- og sosialpersonell hos SSB).

I gjennomsnitt er det ansatt 1 847 sykepleiere. Det er ganske stor variasjon i antall sykepleiere mellom fylkene, standardavviket som er gjennomsnittlig avvik fra gjennomsnittet ligger på 729 sykepleiere. Dette er nok fordi det er stor spredning i befolkningsstørrelsen mellom fylkene. Det er derfor mer interessant å sammenligne forholdstall som antall årsverk per sykepleier og andelen av avtalte sykepleier årsverk som går tapt på grunn av legemeldt sykefravær og foreldrepermisjoner. Antall sykepleierårsverk per sysselsatt ligger på 0.86. Det betyr at i snitt har sykepleiere noe over 80 prosentstilling i kommunal sektor. Antallet årsverk som er borte på grunn av lange fravær er høyt og ligger i snitt på 197 årsverk som er 12 prosent av avtalte årsverk. Dette varierer lite mellom fylkene (jf. tabell 3.2).

**Tabell 3.2: Beskrivende statistikk av sysselsatte sykepleiere, avtalte sykepleierårsverk, og sykepleierårsverk eksklusive fravær pga. legemeldt sykefravær og foreldrepermisjon (lange fravær) i år 2014 på fylkesnivå. (N=19)**

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Minimum	Maks
Sysselsatte sykepleiere	1847	729	635	3333
Avtalte sykepleierårsverk	1586	632	578	2834
Antall årsverk per sysselsatt	0.86	0.03	0.79	0.91
Sykepleierårsverk ekskl. lange fravær	1389	550	512	2461
Andelen av avtalte årsverk som er tapt pga. lange fravær	0.12	0.01	0.11	0.13

Kilde: SSB tabell, 07944 Sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning i helse- og sosialtjenester.

### 3.3 Ubesatte stillinger, antall langtidssykemeldte og stillingsinnehavere i lengre permisjon

Omfanget av ubesatte sykepleierstillinger og stillingsinnehavere med lange fravær i sykehjem og hjemmesykepleien, hvor mange av disse det settes inn vikarer for, og hvilke yrkesgrupper dette dreier seg om, er kartlagt ved hjelp av spørreundersøkelsen blant alle NSF sine tillitsvalgte i sykehjem og hjemmesykepleien i februar 2016.

#### 3.3.1 BAKGRUNNSINFORMASJON

I alt 218 (48 %) av de 451 informantene som svarte på undersøkelsen var tillitsvalgt i sykehjem, 176 (39 %) var tillitsvalgt i hjemmesykepleien, og 57 (13 %) var tillitsvalgt både i sykehjem og hjemmesykepleien. Det totale antall sykepleierstillinger som informantene var tillitsvalgt for er 7849. I dette tallet inngår både ordinære sykepleierstillinger og spesialsykepleiere.

Noen av informantene har ikke svart på alle spørsmålene. For disse er det ikke mulig å beregne andeler ubesatte stillinger, antall langtidssykemeldte og i lengre permisjon, samt hvilke av disse det er satt inn annet personell for. De er derfor utelatt i analysene. Seks av informantene (tre fra sykehjem og tre fra hjemmesykepleien) oppga flere ubesatte stillinger enn det totale antall stillinger i tjenestene de er tillitsvalgt i. Disse er også utelatt fra analysene. Antallet informanter som vi med sikkerhet kan beregne andeler for, og gjøre sammenligninger for er 356.

Det kom inn svar fra tillitsvalgte i alle landets fylker. Kommuner med ulikt innbyggertall er også representert i undersøkelsen (tabell 3.3).

**Tabell 3.3 Antall innbyggere i kommunen informantene er tillitsvalgt i (N=356)**

<b>Under 3000</b>	10 %
<b>3000–10 000</b>	28 %
<b>10 001–20 000</b>	15 %
<b>20 001–50 000</b>	22 %
<b>50 001–100 000</b>	11 %
<b>Over 100 000</b>	14 %

### 3.3.2 OVERSIKT HJEMMESYKEPLEIEN OG SYKEHJEM

I alt 10 prosent av det totale antall sykepleierstillinger i tjenestene som informantene er tillitsvalgt i oppgis som ubesatte (jf. tabell 3.4). De som er tillitsvalgt for sykehjem oppgir en litt større andel (11 %) sammenlignet med tillitsvalgte i hjemmesykepleien (10 %). I tillegg oppgir informantene at i 8 prosent av det totale antall stillinger er stillingsinnehaver langtidssykemeldt eller i lengre permisjon. Tillitsvalgte i sykehjem oppgir en litt større andel stillingsinnehavere som er langtidssykemeldt eller i lengre permisjon (9 %), enn tillitsvalgte i hjemmesykepleien (8 %)

Slår vi sammen antall ubesatte stillinger og stillingsinnehavere som er sykemeldt utgjør dette 18 prosent av det totale antall sykepleierstillinger i sykehjem og hjemmesykepleien. Sykehjem kommer litt dårligere ut (20 %) sammenlignet med hjemmesykepleien (18 %). Lavest andel oppgis av de som er tillitsvalgt for både sykehjem og hjemmesykepleien (16 %).

Det er satt inn annet personell i ca. 10 prosent av stillingene for alle tjenestene samlet. Med andre ord ser det altså ut som at 8 prosent av det totale antall sykepleierstillinger i sykehjem og hjemmesykepleien står uten et fast personell. Sykehjem kommer dårligst ut. I alt 11 prosent av det totale antall sykepleierstillinger er ubesatt eller stillingsinnehaver har et langtidsfravær, dvs. at kun 9 prosent er besatt av annet personell i sykehjem.

**Tabell 3.4 Totalt antall sykepleierstillinger, ubesatte sykepleierstillinger, stillingsinnehavere som er langtidssykemeldt/i lengre permisjon, og stillinger dekket av ulike personellgrupper i sykehjem og hjemmesykepleien (N=356)**

	Hjemmesykepleien	Sykehjem	Sykehjem og hjemmesykepleien	Alle
Totalt antall sykepleierstillinger	2351	3288	807	6446
Antall ubesatte sykepleierstillinger	239 (10 %)	351 (11 %)	69 (9 %)	659 (10 %)
Antall langtidssykemeldte/i lengre permisjon	188 (8 %)	295 (9 %)	57 (7 %)	540 (8 %)
Samlet antall ubesatte og langtidssykemeldte/i lengre permisjon	427 (18 %)	646 (20 %)	126 (16 %)	1199 (18 %)
Antall stillinger som det er satt inn personell i	296 (13 %)	273 (9 %)	63 (8 %)	632 (10 %)
Antall stillinger det ikke er satt inn personell i	131 (5 %)	373 (11 %)	63 (8 %)	567 (8 %)

Det er en god spredning på hvilke personellgrupper som settes inn. I overkant av 30 prosent er annet personell, enn sykepleiere, med helsefaglig bakgrunn på høyskolenivå, og nesten like mange har helsefaglig bakgrunn på videregående nivå. Det er imidlertid også satt inn sykepleierstudenter (15 %) og ufaglærte (22 %).

**Tabell 3.5 Stillinger dekket av andre personellgrupper.**

	Hjemmesykepleien	Sykehjem	Sykehjem og hjemmesykepleien	Alle
Totalt antall stillinger det er satt inn personell i	296	273	63	632
<i>Bakgrunn til personell som er satt inn:</i>				
Annen helsefaglig bakgrunn på høyskolenivå	89 (30%)	93 (34%)	28 (44%)	210 (33%)
Helsefaglig bakgrunn på videregående nivå	88 (30%)	81 (30%)	20 (32%)	189 (30%)
Sykepleierstudenter	63 (21%)	27 (10%)	4 (6%)	94 (15%)
Ufaglærte	56 (19%)	72 (26%)	11 (17%)	139 (22%)

### 3.2.3 FORSKJELLER MELLOM KOMMUNER

De minste kommunene har lavest andel ubesatte stillinger (8 %) (jf. tabell 3.5). Kommuner med et innbyggertall på mellom 10 000 og 50 000 kommer dårligst ut. Mellom 13 og 14 prosent av sykepleierstillingene er ubesatt i disse kommunene. Det tilsvarende tallet for kommuner med over 50 000 innbyggere er ca. 10 prosent.

Forskjellene er små når vi sammenligner andel langtidssykemeldte og stillingsinnehavere i lengre permisjon. Kommuner med et innbyggertall på mellom 10 00 og 50 000 innbyggere skiller seg imidlertid også negativt ut her.

Når vi slår sammen ubesatte stillinger og langtidssykemeldte og sykepleiere som er i lengre permisjon varierer andelen mellom 15 prosent og helt opp til 23 prosent. Kommuner med mellom 10 000 og 50 000 innbyggere kommer dårligst ut. Selv om disse i størst grad setter inn annet personell, er det fortsatt en stor andel stillinger det ikke er satt inn annet personell i. For kommuner som har et innbyggertall på over 10 000 innbyggere er andelen på mellom 10 og 11 prosent. Dette gjelder også de store kommunene med et innbyggertall over 50 000 og 10 000.

**Tabell 3.6 Totalt antall sykepleierstillinger, ubesatte sykepleierstillinger, stillingsinnehavere som er langtidssykemeldt/i lengre permisjon, og stillinger dekket av ulike personellgrupper<sup>3</sup>, i kommuner med ulikt innbyggertall (N=356)**

Antall innbyggere	Under 3000	3000-10 000	10 001-20 000	20 001-50 000	50 001-100 000	Over 100 000
Totale antall sykepleierstillinger	574	1699	845	1489	788	1051
Antall ubesatte sykepleierstillinger	46 (8%)	127 (8%)	106 (13%)	204 (14%)	81 (10%)	95 (9%)
Antall langtidssykemeldte/i lengre permisjon	40 (7%)	149 (9%)	77 (9%)	132 (9%)	59 (7%)	84 (8%)
Samlet antall ubesatte og langtidssykemeldte/i lengre permisjon	86 (15%)	276 (16%)	183 (22%)	336 (23%)	140 (18%)	179 (17%)
Antall stillinger som det er satt inn personell i:	45 (8%)	151 (9%)	114 (14%)	177 (12%)	64 (8%)	64 (6%)
Antall stillinger det ikke er satt inn personell i:	41 (7%)	125 (5%)	69 (8%)	159 (11%)	76 (10%)	115 (11%)
<i>Bakgrunn til personell som er satt inn:</i>						
Annen helsefaglig bakgrunn på høyskolenivå	14	48	50	55	19	24
Helsefaglig bakgrunn på videregående nivå	19	55	21	42	22	30
Sykepleierstudenter	2	16	21	40	5	10
Ufaglærte	10	32	22	40	18	--
N	37	104	53	78	36	17

<sup>3</sup> I oversikten oppgis ikke prosenter for de ulike personell gruppene pga. for få enheter i de ulike kategoriene.

### 3.4 Avvik mellom planlagte og faktiske turnusvakter

For å belyse hvordan kommunene løser utfordringen med korttidsfravær i sykehjem og hjemmesykepleien, presenterer vi data fra en kartlegging som tillitsvalgte i NSF gjennomførte i 23 kommuner i 2 fylkeskommuner om planlagt og faktisk bemanning over en to ukersperiode i 2015.

Det ble spurt om hvor mange sykepleiere som var satt opp på turnusvakter i hjemmesykepleien og i sykehjem, antall sykepleiervakter med fravær, antall vakter som ble dekket opp av sykepleiere, personell med lavere kompetanse og ufaglærte, og antall vakter som ikke ble dekket opp. Antall kommuner i utvalget etter befolkningsstørrelse er angitt i tabell 3.7. Siden utvalget er såpass lite fra to fylker vil ikke utvalget være representativt for landets kommuner. Det vil imidlertid fortsatt være interessant å se hvordan kommunene i utvalget fordeler seg etter befolkningsstørrelse i forhold til kommuner som ikke er i utvalget. Dette har vi gjort i tabell 3.8. Vi ser at kommunene som er med i utvalget er godt balansert med tanke på befolkningsstørrelse, men fordelingen er noe forskjellig. Utvalgskommunene har en lavere andel med små kommuner og en større andel med store kommuner.

**Tabell 3.7 Utvalget etter befolkningsstørrelse.**

	Frekvens	pst.	kum.pst.
Små kommuner	10	43.48	43.48
Mellomstore kommuner	9	39.13	82.61
Store kommuner	4	17.39	100.00
Total	23	100.00	

**Tabell 3.8 Befolkningsstørrelse i kommuner som er med og ikke med i utvalget.**

	Utvalget	Ikke i utvalget	Total
	Gjennomsnitt	Gjennomsnitt	Gjennomsnitt
Antall innbyggere	12294	12054	12070
Små kommuner, befolkning<5000	0.393	0.535	0.526
Mellomstore kommuner, 5000<befolkning<20 000	0.464	0.338	0.346
Store kommuner, befolkning>20 000	0.143	0.128	0.129
Observasjoner	23	405	428

I tabell 3.9, presenterer vi planlagte vakter, vakter med fravær, og vakter som dekkes opp med annet personell, i utvalgskommunene. Vi ser at antall sykepleiervakter med fravær i snitt ligger på 75 og variasjonen er høy – gjennomsnittlig avvik fra gjennomsnittet ligger på i overkant av 100 stillinger. Andelen sykepleiervakter med fravær ligger i snitt på 24 prosent, og av disse er det i snitt 18 prosent som ikke blir dekket av annet personell.

**Tabell 3.9** beskrivende statistikk, planlagte vakter, vakter med fravær, og vakter som ikke dekkes opp med annet personell

	Gjennomsnitt	Standardavvik	Minimum	Maks
Planlagt turnus, sykepleiervakter	317.74	387.12	35.00	1313.00
Sykepleiervakter med fravær	74.96	101.08	6.00	346.00
Andel av planlagt turnus, sykepleiervakter med fravær	0.24	0.10	0.07	0.43
Sykepleiervakter som ikke er dekket	12.43	21.05	0.00	84.00
Andel av ledige sykepleiervakter som ikke er dekket	0.18	0.20	0.00	0.75
Observasjoner	23			

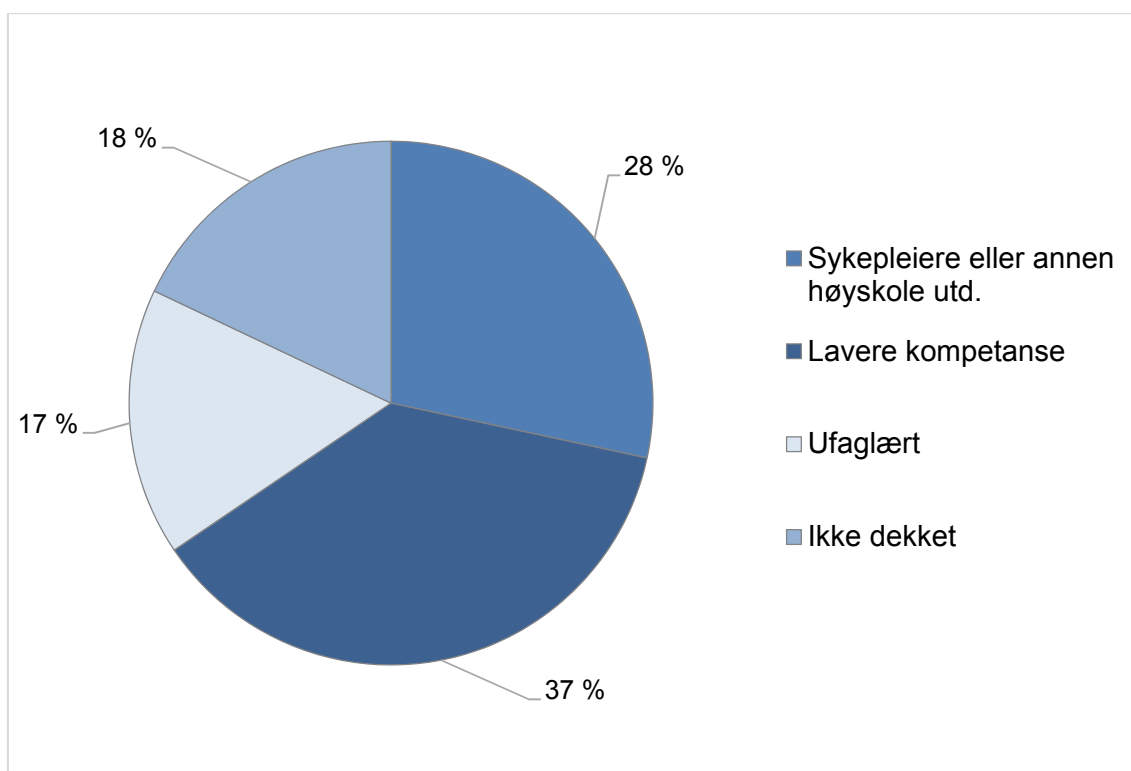
I tabell 3.10, ser vi hvilke yrkesgrupper som dekker vakter når sykepleiere har fravær. Vi ser at 28 prosent av vaktene blir dekket av sykepleiere eller av andre med helsefaglig utdanning på høyskolenivå. Flest stillinger blir dekket av personell med lavere kompetanse (37 %), og en stor andel blir dekket av personell som er ufaglærte (17 %). I snitt, blir det ikke satt inn noe personell på hele 18 prosent av vaktene som sykepleiere har fravær på. Det relative forholdet mellom yrkesgruppene som dekker sykepleiervakter med fravær er illustrert i et kakediagram, se figur 3.1.

Når vi sammenligner sykehjem og hjemmesykepleien i kommuner med ulik størrelse, ser vi at flest sykepleiervakter med fravær dekkes opp i mellomstore kommuner (figur 3.2). En høyere andel av vaktene dekkes også med sykepleiere eller annet høyskoleutdannet personell i mellomstore kommuner, sammenlignet med større og mindre kommuner. Vi må ta forbehold om at disse resultatene er usikre fordi utvalget er såpass lite.

**Tabell 3.10 andel av ledige sykepleierstillinger som er dekket etter kompetanse**

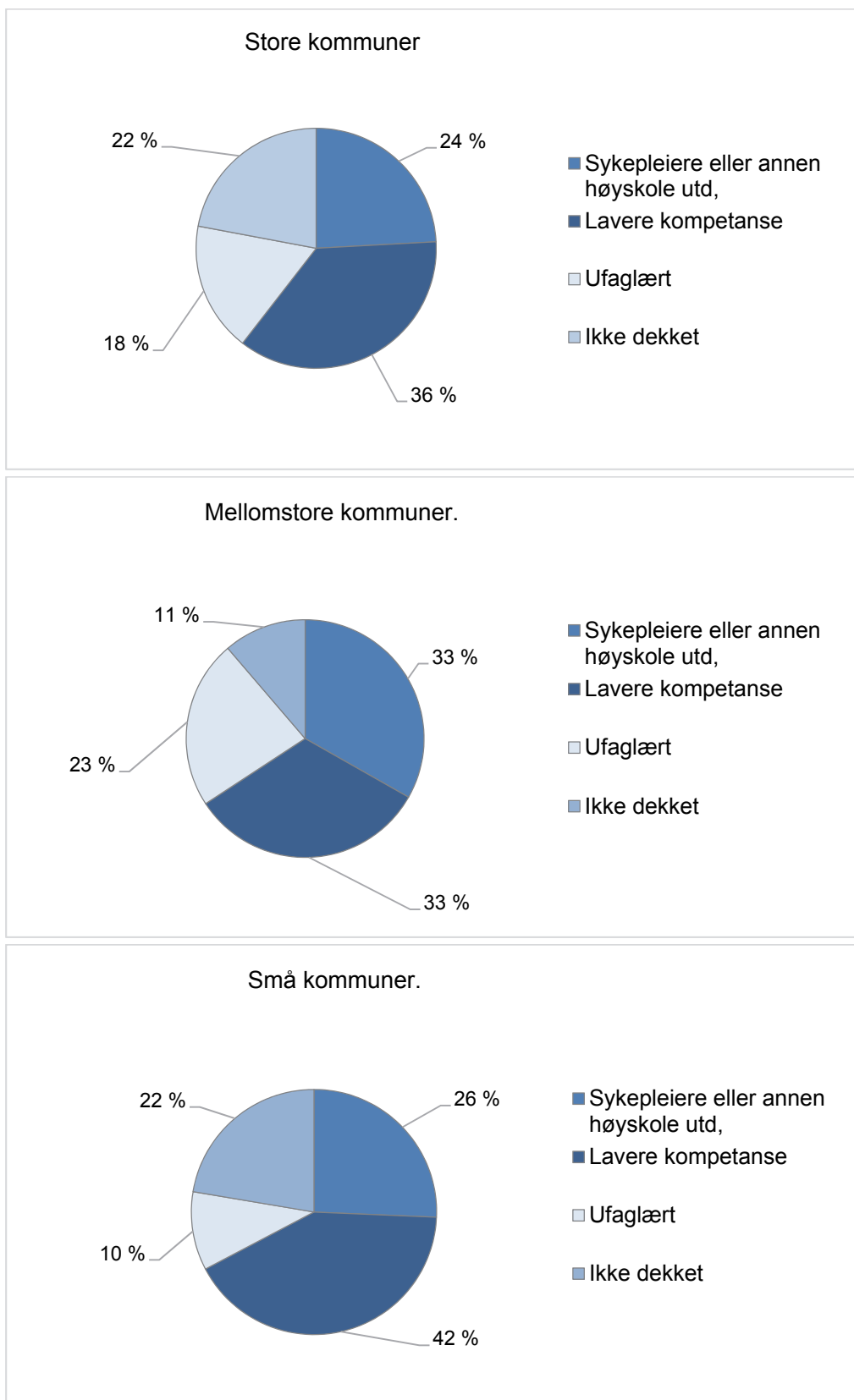
	Gjennomsnitt	Standardavvik	Minimum	Maks
Andel av sykepleiervakter med fravær dekket av sykepleiere eller annen høyskoleutdanning	0.28	0.24	0.00	0.78
Andel av sykepleiervakter med fravær dekket av lavere kompetanse	0.37	0.18	0.13	0.87
Andel av sykepleiervakter med fravær dekket av ufaglærte	0.17	0.16	0.00	0.56
Andel av ledige sykepleier-stillinger med fravær som ikke er dekket opp	0.18	0.20	0.00	0.75
Total	100.00			
Observasjoner	23			

**Figur 3.1 Andel av sykepleiervakter med fravær dekket av personell med ulik kompetanse.**





**Figur 3.2 Andel av sykepleiervakter med fravær dekket av personell med ulik kompetanse. Kommuner med ulik størrelse.**



### 3.5 Framskrivninger av arbeidskraftsbehovet i helse- og omsorgssektoren

For å illustrere fremtidig mangel på sykepleiere refererer vi til tre studier som har fremskrevet behovet for arbeidskraft i helse- og sosialsektoren: Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover, Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035 (2012) og Rekrutteringsbehov i kommunesektoren fram mot 2024.

I rapporten «Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover» har SSB fremskrevet arbeidskraftsbehovet i pleie- og omsorgssektoren. Referanseframskrivningene er basert på befolkningsendringer i henhold til Middellalternativet, og at årsverk per bruker etter alder og kjønn og andelen av befolkningen som mottar en omsorgstjeneste holder seg konstant på 2010-nivå. Middellalternativet betyr at befolkningsframskrivningene antar gjennomsnittsverdier for fruktbarhet, dødelighet, innvandring og innenlandske flyttinger, og er ifølge rapporten, det mest realistiske alternativet. Rapporten finner at en aldrene befolkning ikke vil påvirke arbeidskraftsbehovet de neste 10 årene, men fra 2025 vil arbeidskraftsbehovet i pleie- og omsorgssektoren øke kraftig. I henhold til middellalternativet vil arbeidskraftsbehovet øke med cirka 70 og 200 prosent i henholdsvis hjemmetjenesten og institusjonstjenesten. Grunnen til at arbeidskraftsbehovet øker mer i institusjonstjenesten enn i hjemmetjenesten er at brukerne av institusjoner hovedsakelig er personer 80 år og over, og denne aldersgruppen som andel av befolkningen vokser sterkere enn yngre aldersgrupper.

I rapporten Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035 bruker en forskergruppe ved SSB en framskrivningsmodell som heter HELSEMOD for å fremskrive behovet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Rapporten fremskriver tilbud av og etterspørsel for 20 grupper (se side 9) av helse- og sosialpersonell. I referansebanen blir opptak av studenter, fullføringsgrad av studier, yrkesdeltaking og arbeidstid hold konstant på samme nivå som i 2010. Det legges også inn standarder for befolkningsutvikling og økonomisk vekst. Hvis vi først vurderer alle gruppene samlet viser referansebanen at det vil være en stor underdekning av helse- og sosialpersonell i perioden 2010-2035. Tilbudsveksten er beregnet til 33 prosent mens etter-

spørselen er beregnet til hele 60 prosent. I følge resultatene av framskrivningsmodellen vil sykepleiere være den yrkesgruppen med sterkest etterspørselsvekst. Det er bare helsefagarbeidere som ligger over. Grunnen til dette er at sykepleiere og helsefagarbeidere er sentrale yrkesgrupper i eldreomsorgen. Sykepleierne vil tidlig i framskrivingsperioden overgå tilbudet og i 2035 vil underskuddet av sykepleierårsverk ligge på 28 000 årsverk.

I rapporten «Rekrutteringsbehov i kommunesektoren fram mot 2024» beregner KS rekrutteringsbehovet i kommunesektoren 10 år fremover i tid. De baserer seg på middelnivået av befolkningsfremskrivningene til SSB og konstante stillingsstørrelser, trender i yrkesdeltakelse over 59 år, trend i sykefravær og pleiepersonell per pasient etter alder. I den kommunale helse- og sosialsektoren vil behovet for arbeidskraft fram mot 2024 øke med 30 000 årsverk (22,4 %). Behovet for sykepleiere vil øke med 22 prosent i forhold til dagens nivå. Hvis man tar hensyn til antallet sykepleiere som vil slutte i den kommunale helse- og sosialtjenesten hvert år (11,4 %), vil man ha behov for snitt å rekruttere i overkant av 4 000 sykepleierårsverk hvert år fram mot 2024 for å holde sykepleieårsverk per bruker på dagens nivå.

### 3.6 Oppsummering

Mangel på sykepleiere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er kartlagt gjennom flere innfallsvinkler og med ulike datakilder. Hver for seg, og samlet, viser disse en stor mangel på sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien per i dag.

Bedriftsundersøkelsen fra NAV kartlegger mangel på arbeidskraft etter næringer og yrkesgrupper. Mangel på arbeidskraft er definert som antall personer bedrifter har mislykket med å rekruttere de siste tre månedene. Bedriftsundersøkelsen viser at helse- og sosialtjenesten, på undersøkelsestidspunktet i 2015, hadde problemer med å rekruttere 6100 personer. I alt 2350 var sykepleierstillinger, og 200 var spesialsykepleierstillinger. Helse- og sosialnæringen var den næringen (av 23 næringer som var med i undersøkelsen) som hadde størst mangel på arbeidskraft. Det var særlig mangelen på sykepleiere som var høy. Sykepleiere utgjorde den yrkesgruppen av totalt 59

yrkesgrupper hvor det var størst mangel på arbeidskraft. Helse- og sosialtjenesten (tallene gjelder både stat og kommune) prøvde altså å rekruttere 2350 sykepleiere og 200 spesialsykepleiere, uten å lykkes.

I tillegg til problemer med å rekruttere nok sykepleiere viser helse- og sosialpersonellstatistikken at antallet årsverk som er borte på grunn av lange fravær er høyt, og utgjør 12 prosent av alle sykepleierstillinger i den kommunale helse- og sosialtjenesten. Korttidsfravær inngår ikke i statistikken. I helse- og sosialpersonellstatistikken inngår alle kommunalt ansatte sykepleiere. Helse- og omsorgssektoren er imidlertid den største, så disse registerdataene gir en god pekepinn på antall og andel sykepleier-årsverk som går tapt i sykehjem og hjemmesykepleien på grunn av lange fravær.

Kartleggingen som er gjennomført blant NSF sine tillitsvalgte i februar 2016 viser, som NAV sin bedriftsundersøkelse og registerdata fra helse- og sosialpersonellstatistikken, et høyt antall/andel ubesatte sykepleier stillinger, og stillingsinnehavere med lange fravær. NSF sine plasstillitsvalgte i sykehjem og hjemmesykepleien oppgir at andelen ubesatte stillinger er på 10 prosent. Videre at langtidssykemeldte og stillingsinnehavere som er i lengre permisjon utgjør ca. 8 prosent.

Samlet utgjør dette 18 prosent av sykepleierstillingene i sykehjem og hjemmesykepleien. De tillitsvalgte oppgir at det kun er satt inn annet personell for 10 prosent av disse. I overkant av 30 prosent er personer med helsefaglig bakgrunn på høyskolenivå, og nesten like mange har helsefaglig bakgrunn på videregående nivå. Det er imidlertid også satt inn sykepleierstudenter (15 %) og ufaglærte (22 %).

For å belyse omfang av korttidsfravær blant sykepleiere og hvordan kommunene håndterer dette fraværet presenterer vi data fra en kartlegging som tillitsvalgte gjennomførte i sykehjem og hjemmesykepleien i 23 kommuner i to fylker i en 14 dagers periode i 2015. Kartleggingen viser et gjennomsnittlig avvik på 24 prosent. Dvs. at det er et fravær på 24 prosent av sykepleiervaktene som settes opp i planlagt turnus. I snitt er det 18 prosent av disse vaktene som ikke blir dekket opp, 28 prosent av vaktene dekkes av andre sykepleiere eller personell med annen helsefaglig bakgrunn på høyskolenivå. Flest vakter dekkes av personell med lavere kompetanse (37 %), og en stor andel (17 %) blir dekket av ufaglærte.

De ulike datakildene viser at det allerede i dag er en stor mangel på sykepleiere i helse- og omsorgstjenestene. Framskrivninger av fremtidig behov for sykepleiere viser at det vil komme en kraftig økning i etterspørselen etter sykepleiere om 10 år på grunn av en sterk vekst i antall eldre over 80 år. Framskrivninger gjort av SSB viser at arbeidskraftsbehovet i 2025 vil øke med 70 og 200 prosent i henholdsvis hjemmetjenesten og institusjonstjenesten når brukerandeler holder seg konstant på 2010 nivå og gjennomsnittsverdier for trender i befolkningsvekst. I en annen rapport fra SSB, som fremskriver behovet for helsepersonell, kommer det frem at etterspørselen etter sykepleiere vil være sterkest av yrkesgruppene i helse- og sosialsektoren. Underskuddet på sykepleierårsverk i 2035 er beregnet til å ligge på 28 000. KS har fremskrevet behovet for sykepleiere i kommunesektoren, og har kommet frem til at den kommunale helse- og sosialtjenesten må rekruttere 4 000 sykepleiere årsverk hvert år fram mot 2024 for å holde sykepleierårsverk per bruker på dagens nivå. I sum, viser framskrivningene at det vil komme en sterk vekst i etterspørselen etter sykepleiere fremover på grunn av en aldrende befolkning.



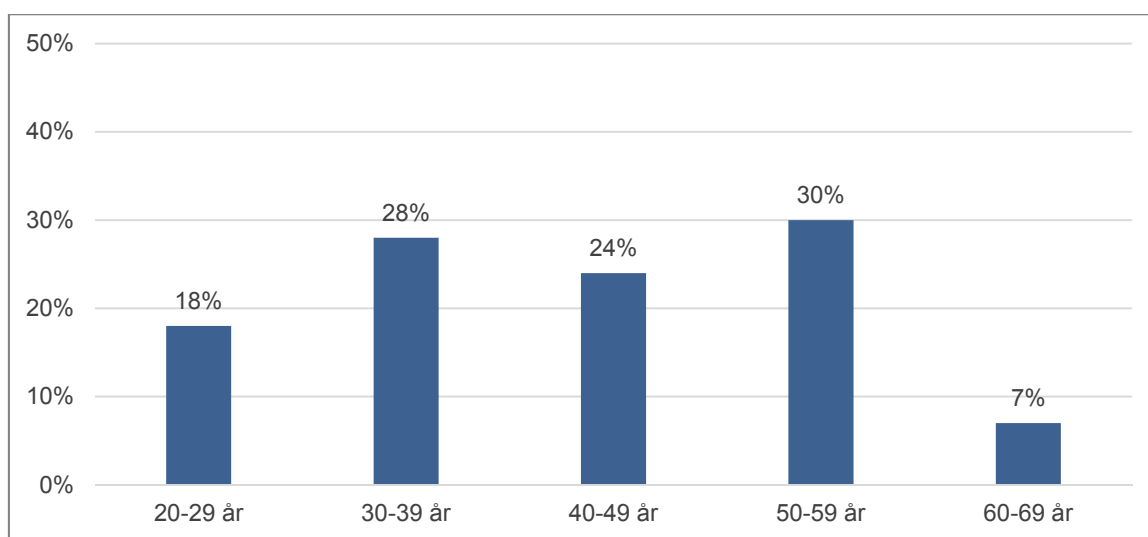
## 4 Sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien

I dette kapitlet gis en oversikt over noen kjennetegn ved de 4945 sykepleierne som svarte på spørreundersøkelsen i mars 2016. Vi ser på kjønn og alder, hvorvidt de hadde tatt videreutdanning, om de jobbet heltid eller deltid, og om de hadde en lederstilling eller var vanlig ansatt. Det er også undersøkt hvor mange år de totalt hadde arbeidet i kommunale helse- og omsorgstjenester, og antall år de hadde jobbet på sitt nåværende arbeidssted da undersøkelsen ble gjennomført. Videre ser vi på hvor mange som jobbet i hjemmesykepleien, sykehjem og i ulike avdelinger i sykehjem, og hvorvidt tjenestene var driftet av kommunen, ideelle eller private kommersielle. Til slutt gis en oversikt over hvordan informantene fordeler seg i forhold til kommunestørrelse (innbyggertall), og geografisk landsdel (Nord-Norge, Midt-Norge, Vestlandet, Sørlandet, Oslo/Akershus og Andre deler av Østlandet).

### 4.1 Kjønn, alder, stilling, utdanning og ansiennitet

Et stort flertall av informantene var kvinner (95 %), og godt voksne. I alt 61 prosent var over 40 år (figur 4.1). I alt 18 prosent var mellom 20 og 29 år og 28 prosent i alderen 30–39 år.

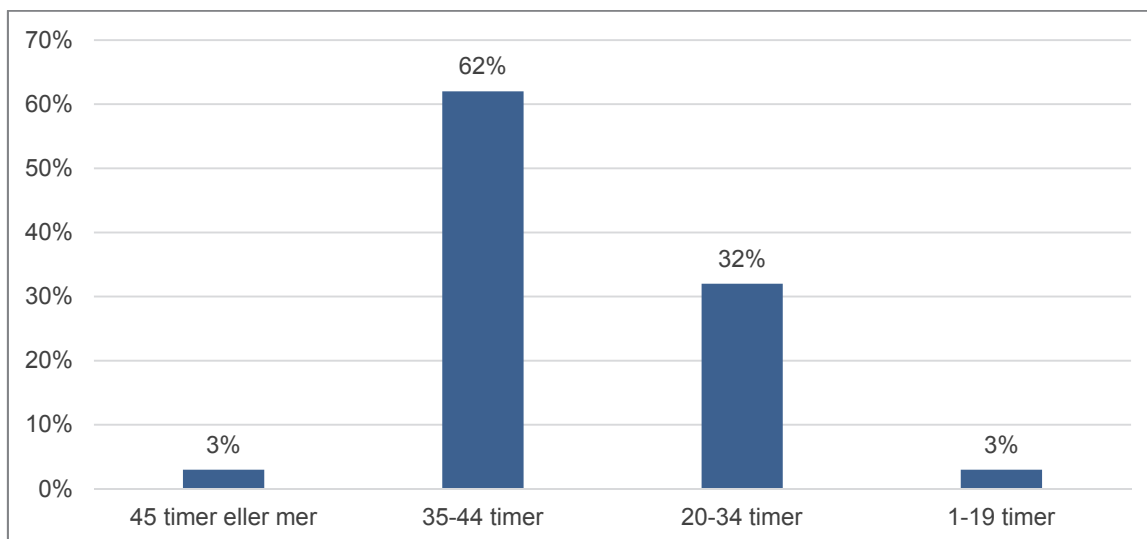
**Figur 4.1 Respondentenes alder (gruppert) (N= 4934)**



Tre av ti hadde en videreutdanning i sykepleie med 60 studiepoeng/20 vekttall eller mer. Videre ser vi at (16 %) av alle respondentene var avdelings eller område leder, eller leder for hele sykehjemmet eller hjemmesykepleien.

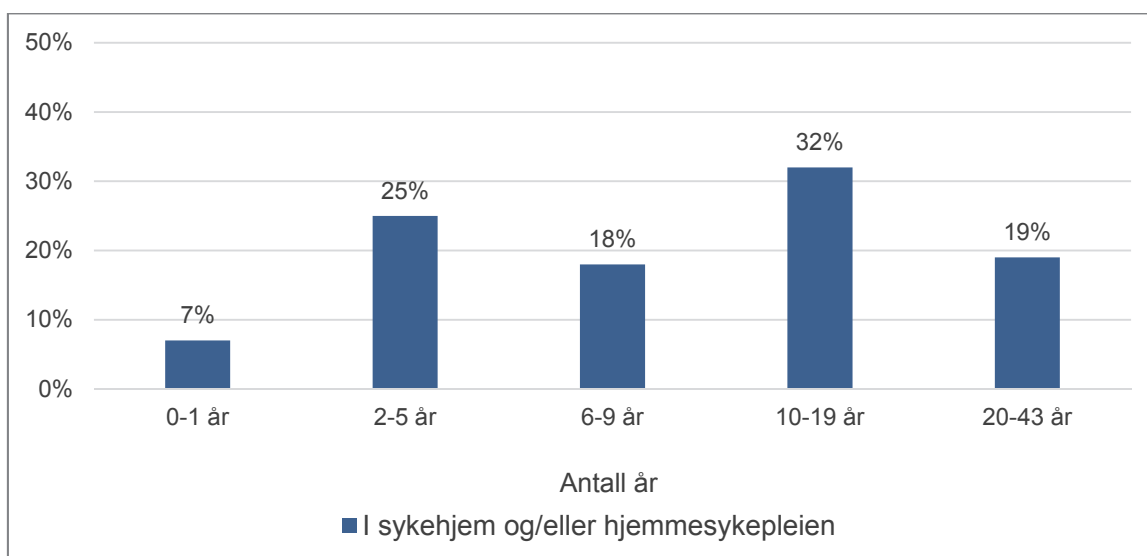
Nesten syv av ti (dvs. 65 %) jobbet heltid eller mer. Det var svært få som jobbet under 20 timer per uke (3 %) (figur 4.2).

**Figur 4.2 Antall timer respondentene vanligvis jobbet i løpet av en uke (N=4903)**



Halvparten hadde arbeidet mer enn 10 år i sykehjem og/eller hjemmesykepleie, 18 prosent hadde jobbet mellom 6 og 9 år, og 25 prosent mellom 2 og 5 år. Kun 7 prosent av de som har svart på undersøkelsen hadde jobbet mellom 0 og 1 år i sykehjem og/eller hjemmesykepleien (figur 4.3).

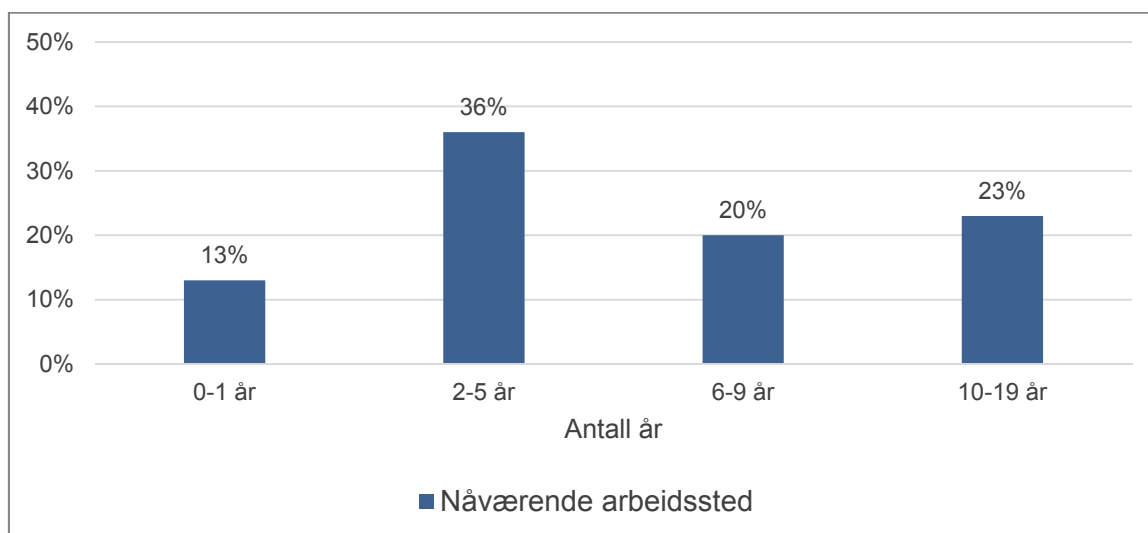
**Figur 4.3 Antall år i sykehjem og/eller hjemmesykepleie (N=4943)**





Tre av ti hadde jobbet mer enn 10 år på arbeidsstedet de var på da undersøkelsen ble gjennomført (figur 4.4), To av ti hadde jobbet på samme arbeidssted i mellom 6 og 9 år, og 36 prosent hadde jobbet mellom 2 og 5 år på deres nåværende arbeidssted.

**Figur 4.4 Antall år på nåværende arbeidssted (N=4945)**



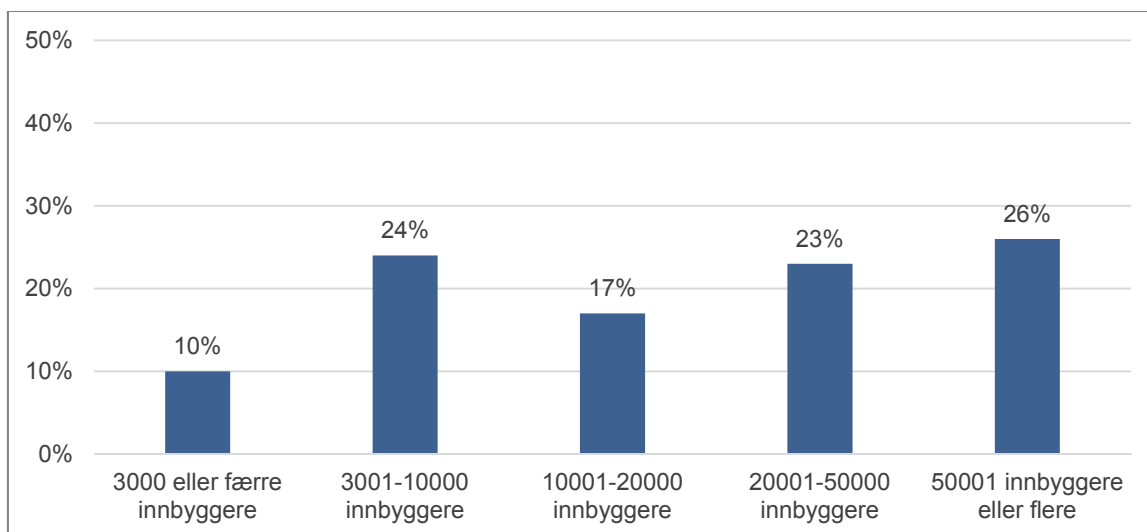
## 4.2 Type tjeneste

Vi fikk svar fra i alt 2815 (57 %) sykepleiere som jobbet i sykehjem, 1818 (37 %) jobbet i hjemmesykepleien (inkl. omsorgsboliger) og 312 (6 %) jobbet både i sykehjem og hjemmesykepleien. Ca. halvparten (48 %) av de som jobbet i sykehjem jobbet i langtidsavdelinger, 33 prosent oppga å jobbe både i langtidsavdelinger og korttidsavdeling, 14 prosent i korttidsavdelinger, og 5 prosent i andre typer avdelinger. De fleste arbeidet i kommunalt driftede sykehjem eller hjemmesykepleie (94 %), 4 prosent i sykehjem/hjemmesykepleie driftet av ideelle, og 2 prosent hadde private kommersielle arbeidsgivere.

## 4.3 Kommunestørrelse og landsdel

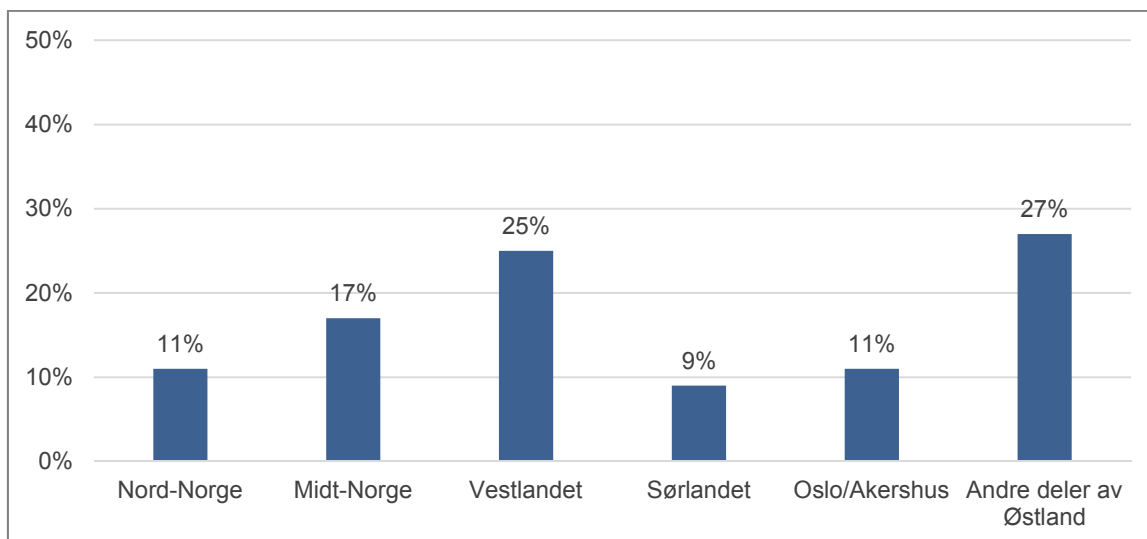
I alt 34 prosent av respondentene bodde i kommuner med et innbyggertall på under 10 000, 40 prosent bodde i kommuner med 10 001–50 000 innbyggere, og 26 prosent bodde i de største kommunene med et innbyggertall på over 50 000 (figur 4.5).

**Figur 4.5 Svar fordelt på antall innbyggere i respondentens bostedskommune (N=4945)<sup>4</sup>**



Alle landsdeler var representert i undersøkelsen (figur 4.6). De fleste bodde på Østlandet/ Oslo/Akershus (38 %), 25 prosent bodde på Vestlandet, 18 prosent i Midt- Norge, og 11 prosent i Nord- Norge.

**Figur 4.6 Respondenter fordelt på landsdeler (N=4945)**



<sup>4</sup>I enkelte tilfeller kan informanten jobbe i en annen kommune enn bostedskommunen. Det er ikke mulig å identifisere disse.

## 4.4 Oppsummering

I alt 2815 (57 %) av respondentene jobbet i sykehjem, 1818 (37 %) jobbet i hjemmesykepleien (inkludert omsorgsboliger), og 312 (6 %) jobbet både i hjemmesykepleien og sykehjem. Ca. halvparten av de som jobbet i sykehjem jobbet i langtidsavdelinger, 33 prosent jobbet både i langtids og korttidsavdelinger, og de resterende jobbet i korttidsavdelinger. Et stort flertall av informantene er kvinner (95 %) og over 40 år (61 %). Tre av ti hadde en videreutdanning i sykepleie med 60 studiepoeng/20 vekttall eller mer. I alt 16 prosent var avdelings- eller områdeleder, eller leder for hele sykehjemmet eller hjemmesykepleien. Nesten syv av ti jobbet heltid eller mer. Halvparten hadde jobbet mer enn 10 år i sykehjem og/eller hjemmesykepleie. De fleste jobbet i tjenester driftet av kommunen (94 %), 4 prosent jobbet i tjenester driftet av ideelle, og 2 prosent jobbet i tjenester driftet av private kommersielle. Kommuner med ulik størrelse (målt i antall innbyggere), og landsdeler er godt representert i undersøkelsen.



## 5 Påvirker mangel på sykepleiere kvaliteten på tjenestene og arbeidsmiljøet til de ansatte?

I dette kapitlet undersøkes hvorvidt mangel på sykepleiere påvirker opplevd kvalitet på tjenestene, og arbeidsmiljøet til de ansatte. Analysene bruker svar fra de 4945 sykepleierne som svarte på spørreundersøkelsen i mars 2016.

### 5.1 Mangel på sykepleiere

I tidligere kapitler av rapporten er det gitt en oversikt over mangel på sykepleiere per i dag ved hjelp av ulike datakilder. Oversikten viser: antall ubesatte sykepleierstillinger (stillinger som det ikke er klart å rekruttere sykepleiere til), antall sykepleierstillinger der stillingsinnehaver er langtidssykemeldt eller i lengre permisjon, og omfang av korttidsfravær. I spørreundersøkelsen som er gjennomført blant de 4945 sykepleierne er mangel på sykepleiere undersøkt ved at respondentene er blitt stilt spørsmål om hvorvidt sykehjemmet eller hjemmesykepleien de jobber i har problemer med å rekruttere sykepleiere, om det er mye fravær blant sykepleierne, og om og hvilke personellgrupper som tar vaktene når sykepleiere har fravær. Det er ikke spurt om antall sykepleiere tjenestene har problemer med å rekruttere eller om eksakt omfang av fravær, fordi mange av sykepleierne sannsynligvis ikke kjenner til de eksakte tallene.

Respondentene ble spurt om de var enig eller uenig i følgende utsagn om sitt arbeidssted: «Det er vanskelig å rekruttere sykepleiere til sykehjemmet/hjemmesykepleien», og «Det er et høyt fravær blant ansatte sykepleiere». I tabell 5.1 og tabell 5.2, som gir en oversikt over svarene, skilles det mellom svar fra tre grupper av respondenter: de som jobber i sykehjem, de som jobber i hjemmesykepleien, og de som både jobber i sykehjem og hjemmesykepleien.

**Tabell 5.1 Grad av enighet og uenighet i at det er vanskelig å rekruttere sykepleiere, adskilte tall for sykepleiere i sykehjem, hjemmesykepleie, og sykepleiere som arbeidet både i sykehjem og hjemmesykepleie**

	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Totalt	N
Sykehjem	37%	37%	7%	13%	6%	100%	2771
Hjemmesykepleie	23%	37%	9%	20%	12%	100%	1783
Sykehjem og hjemmesykepleie	35%	42%	9%	11%	4%	100%	310
Alle	32%	37%	8%	15%	8%	100%	4864

Nesten syv av ti respondenter sa seg helt eller delvis enig i at hjemmesykepleien eller sykehjemmet de jobber i har vansker med å rekruttere sykepleiere (tabell 5.1). Ca. tre av ti sa seg helt enig i utsagnet. Det er en større andel som jobber i sykehjem (37 %) enn i hjemmesykepleien (23 %) som sa seg helt enig i at det er vanskelig for arbeidsstedet å rekruttere sykepleiere. Forskjellene i svarene fra sykepleiere i henholdsvis sykehjem og hjemmesykepleie var statistisk signifikante ( $p < ,001$ ).<sup>5</sup>

**Tabell 5.2 Grad av enighet og uenighet i at det er høyt fravær blant ansatte sykepleiere, adskilte tall for sykehjem, hjemmesykepleie og sykepleiere som arbeidet både i sykehjem og i hjemmesykepleie.**

	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Totalt	N
Sykehjem	16%	31%	16%	22%	15%	100%	2772
Hjemmesykepleie	14%	28%	13%	25%	20%	100%	1787
Sykehjem og hjemmesykepleie	13%	29%	16%	23%	20%	100%	311
Alle	15%	30%	15%	23%	17%	100%	4860

I underkant av halvparten (45 %) sa seg helt eller delvis enig i at det er et høyt fravær blant sykepleierne (tabell 5.2). En større andel respondenter i sykehjem (47 %) enn i hjemmesykepleien (42 %) sa seg helt eller delvis enig i utsagnet om at det er et høyt fravær. Forskjellen mellom svarene fra respondenter i sykehjem og hjemmesykepleien er statistisk signifikant ( $p < ,001$ )

<sup>5</sup> All signifikanstester i dette kapitlet av forskjeller mellom svar fra respondenter i sykehjem og hjemmesykepleie har forholdt seg til hele skalaen for svarmuligheter (i tabell 5.1 vil det si hele skalaen fra helt enig til helt uenig).

På spørsmålene om hvilke personellgrupper som settes inn som vikarer for sykepleiere med fravær, svarte 21 prosent at vakter med fravær ofte eller alltid dekkes opp ved at andre sykepleiere går ekstravakter. I alt 13 prosent oppga at det ofte eller alltid settes inn vikarer som er sykepleiere (Tabell 5.3). Det er ingen forskjell mellom sykehjem og hjemmesykepleien.

**Tabell 5.3 Personellgrupper som dekker vakter for sykepleiere som har fravær (målt som hyppighet i bruk), adskilte tall for sykehjem (SH,  $n = 2815$ ), hjemmesykepleie (HJS,  $n = 1817$ ) og sykepleiere som arbeidet både i sykehjem og i hjemmesykepleie (SH og HJS,  $n = 313$ ).**

		Alltid	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri	Vet ikke
<i>Andre sykepleiere går ekstravakter</i>	SH	2%	18%	37%	36%	7%	0%
	HJS	1%	19%	36%	35%	7%	0%
	SH og HJS	2%	21%	35%	35%	6%	1%
	Totalt	2%	19%	36%	36%	7%	0%
<i>Dekkes av sykepleiere (vikarer)</i>	SH	1%	12%	29%	39%	19%	1%
	HJS	1%	12%	29%	39%	19%	1%
	SH og HJS	1%	12%	29%	36%	21%	1%
	Totalt	1%	12%	29%	39%	19%	1%
<i>Dekkes av andre fagutdannede</i>	SH	2%	53%	34%	9%	2%	1%
	HJS	3%	54%	34%	8%	1%	0%
	SH og HJS	2%	57%	31%	8%	1%	1%
	Totalt	2%	54%	34%	8%	2%	0%
<i>Vakter dekkes av ufaglærte</i>	SH	2%	46%	28%	15%	8%	1%
	HJS	2%	38%	26%	19%	13%	1%
	SH og HJS	2%	41%	30%	17%	10%	1%
	Totalt	2%	43%	27%	17%	10%	1%
<i>Det settes ikke inn vikarer</i>	SH	4%	10%	28%	30%	24%	4%
	HJS	3%	15%	34%	30%	16%	2%
	SH og HJS	3%	14%	25%	35%	21%	2%
	Totalt	4%	12%	30%	30%	21%	3%

Andre fagutdannede viser til hjelpepleiere/helsefagarbeidere

Over halvparten svarte at hjelpepleiere eller helsefagarbeidere ofte eller alltid dekker vakter for sykepleiere som har fravær. En litt større andel respondenter i hjemmesykepleien enn i sykehjem oppga at vakter ofte/alltid dekkes opp av hjelpepleiere/helsefagarbeidere, forskjellen er statistisk signifikant ( $p < ,001$ ). Noe under halvparten svarte at det alltid/ofte settes inn ufaglærte når sykepleiere har fravær. En større andel respondenter i sykehjem (48 %), enn andel respondenter i hjemmesykepleien (40 %) oppga at det alltid/ofte settes

inn ufaglærte når sykepleiere har fravær, forskjellene i svar fra sykehjem og hjemmesykepleien er statistisk signifikante ( $p < ,001$ ).

I alt 16 prosent av respondentene svarte at det alltid eller ofte ikke settes inn personell i det hele tatt ved fravær blant sykepleiere. 60 prosent sa at det av og til eller sjelden er tilfelle, og 21 prosent svarte at det aldri er tilfellet. Svarene viser at de fleste av respondentene opplever at det blir færre på jobb når det oppstår fravær, men kun et mindretall oppga at dette gjelder de fleste eller alle vakter (21 %). En større andel respondenter i hjemmesykepleien (18 %) sammenlignet med i sykehjem (14 %) oppga at det alltid eller ofte ikke settes inn noen vikarer når sykepleiere har fravær, forskjellen i svarene er statistisk signifikant ( $p < ,001$ ).

## 5.2 Kvalitet

Spørsmålet om kvalitet er belyst ved at respondentene er bedt om å ta stilling til en rekke utsagn om tjenesten de jobber i (listet opp i tabell 5.4). Et mindretall (17 %) sa seg helt eller delvis uenig i utsagnet om at pasientenes ernæringsbehov ivaretas godt. Av disse sa 3 prosent av de er helt uenig i utsagnet (på en 5-punkts skala fra helt enig til helt uenig). Det er en stor og statistisk signifikant forskjell ( $p < ,001$ ) mellom svarene fra sykehjem og hjemmesykepleien. Det er en betydelig større andel respondenter som jobber i hjemmesykepleien (26 %) som sa seg helt eller delvis uenig i at pasientenes ernæringsbehov ivaretas godt, sammenlignet med respondenter i sykehjem (11 %).

Det var færre (12 %) som sa seg helt eller delvis uenig i utsagnet om at pasientene får tilstrekkelig hjelp med personlig hygiene. Det var små forskjeller mellom sykehjem og hjemmesykepleien.

Halvparten sa seg helt eller delvis uenig med utsagnet om at det er uvanlig med legemiddelfeil. I alt 43 prosent av respondentene i sykehjem og 55 prosent i hjemmesykepleien sa seg helt eller delvis uenig i utsagnet, forskjellene i svar fra sykehjem og hjemmesykepleien er statistisk signifikante ( $p < ,001$ ).

En av ti sa seg helt eller delvis uenig i utsagnet om at pasienter får god smertelindring (kun 2 % sa seg helt uenig i utsagnet). Noen flere i hjemmesykepleien (13 %) enn sykehjem (10 %) sa seg uenig i at pasientene får god smertelindring, generelt var forskjellene mellom svar fra sykehjem og hjemmesykepleien i dette spørsmålet statistisk signifikante ( $p < ,001$ ).



Halvparten var helt eller delvis uenig i utsagnet om at de får nok tid til å følge med på behovsutviklingen, slik at tiltak kan settes inn og forhindre forverring i helsetilstand. En mindre andel respondenter i sykehjem (45 %) enn i hjemmesykepleien sa seg helt eller delvis uenig i utsagnet (55 %), generelt var forskjellene mellom svar fra sykehjem og hjemmesykepleien i dette spørsmålet statistisk signifikante ( $p < ,001$ ).

I alt 39 prosent sa seg helt eller delvis uenig i at de gir pasientene opplæring til å mestre behandling og forebygge forverrelse (14 % sa seg helt uenig i utsagnet). Det er betydelig flere i sykehjem (43 %) som var helt eller delvis uenig i utsagnet sammenlignet med hjemmesykepleien (32 %), og også i dette spørsmålet var forskjellene mellom svar fra sykehjem og hjemmesykepleien statistisk signifikante ( $p < ,001$ ).

Tilsammen sa 49 prosent seg helt eller delvis uenig i utsagnet om at de ivaretar pasienter med psykiske plager og problemer godt (19 % sa seg helt uenig i utsagnet). En betydelig større andel i hjemmesykepleien (55 %) enn i sykehjem (45 %) sa seg helt eller delvis uenig i utsagnet, nok en gang var forskjellene mellom svar fra sykehjem og hjemmesykepleien statistisk signifikante ( $p < ,001$ ).

Tre av ti (28 %) sa seg helt eller delvis uenig i utsagnet om at de tilpasser tjenestene etter pasientenes ønsker (en av ti av disse sa seg helt uenig). Det er en litt større andel i sykehjem (29 %) enn i hjemmesykepleien (26 %) som sa seg uenig i påstanden, og generelt var forskjellene mellom svar fra sykehjem og hjemmesykepleien i dette spørsmålet statistisk signifikante ( $p < ,001$ ).

I underkant av halvparten sa seg helt eller delvis uenig i at pasientene tilbys et godt kulturtilbud (23 % helt uenig). En betydelig større andel i hjemmesykepleien (58 %) enn i sykehjem (41 %) sa de er helt eller delvis uenig i utsagnet, og forskjellene mellom svar fra sykehjem og hjemmesykepleien i dette spørsmålet var statistisk signifikante ( $p < ,001$ ).

**Tabell 5.4 Andel som sa seg *uenig* (helt uenig i parentes) i følgende utsagn (de som har svart ikke sikker er utelatt)**

	Sykehjem	Hjemme- sykepleie	Sykehjem og hjemme- sykepleie	Totalt
N	2719 til 2811	1686 til 1812	307 til 313	4769 til 4936
Er næringsbehov ivaretas godt	11% (2%)	26% (4%)	16% (2%)	17% (3%)
Pasientene får tilstrekkelig hjelp med personlig hygiene	12% (3%)	13% (3%)	15% (4%)	12% (3%)
Det er uvanlig med legemiddelfeil	43% (12%)	55% (17%)	49% (18%)	49% (15%)
Pasienter får god smertelindring	10% (2%)	13% (2%)	12% (3%)	11% (2%)
Vi får nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at tiltak kan settes inn og forhindre forverrelse i helsetilstand	45% (16%)	54% (22%)	51% (17%)	50% (19%)
Vi gir pasientene opplæring til å mestre behandling og forebygge forverrelse av sykdommen	43% (17%)	32% (9%)	48% (19%)	39% (14%)
Vi ivaretar pasienter med psykiske plager og problemer godt	45% (16%)	55% (23%)	52% (22%)	49% (19%)
Vi tilpasser tjenestene etter pasientenes ønsker	29% (9%)	26% (9%)	33% (11%)	28% (9%)
Pasientene tilbys et godt kulturtilbud	41% (19%)	58% (31%)	49% (24%)	47% (23%)

For å motvirke en mulig uheldig effekt av å kun å la respondentene svare på positive utsagn, ble respondentene i tillegg bedt om å vurdere negative utsagn om kvaliteten på tjenesten. I alt 28 prosent sa seg helt eller delvis enig i at medisinske behov ikke ivaretas godt (tabell 5.5). Både i sykehjem og i hjemmesykepleien sa 28 prosent seg enig i utsagnet.

I alt 29 prosent var helt eller delvis enig i at behandling iverksettes for sent. En betydelig større andel i hjemmesykepleien (34 %) enn i sykehjem (26 %) sa seg helt eller delvis enig i utsagnet, med statistisk signifikante forskjeller mellom sykehjem og hjemmesykepleien ( $p < ,001$ ).

Ca. to av ti sa seg helt eller delvis enig i at pasientene dør alene fordi de mangler personell. Det er betydelig flere i sykehjem (24 %) enn i hjemmesykepleien (11 %) som sa seg enig i utsagnet, igjen med statistisk signifikante forskjeller mellom sykehjem og hjemmesykepleien ( $p < ,001$ ).

Tre av ti (33 %) sa seg helt eller delvis enig i at det ofte oppstår unødvendige pasientskader (som trykksår, fall, infeksjoner og forverrelse av sykdommen). En større andel respondenter i sykehjem (35 %) enn i hjemmesykepleien (29 %) sa seg helt eller delvis enig i utsagnet, igjen med statistisk signifikante forskjeller mellom sykehjem og hjemmesykepleien ( $p = ,002$ ).

Over syv av ti oppga at de er helt eller delvis enig i utsagnet om at pasientene ikke blir tilstrekkelig aktivisert i sitt hverdagsliv. Noen flere i hjemmesykepleien (78 %) enn i sykehjem sa seg helt eller delvis enig i utsagnet, igjen med statistisk signifikante forskjeller mellom sykehjem og hjemmesykepleien ( $p < ,001$ ).

**Tabell 5.5 Andel som sa seg enig (helt enig i parentes) i følgende utsagn (de som har svart ikke sikker er utelatt)**

	Sykehjem	Hjemmesykepleie	Sykehjem og hjemmesykepleie	Totalt
N	2733 til 2808	1711 til 1810	304 til 312	4748 til 4930
Medisinske behov ivaretas ikke godt	28% (7%)	28% (6%)	28% (5%)	28% (7%)
Behandling iverksettes for sent	26% (4%)	34% (4%)	32% (4%)	29% (4%)
Pasientene dør alene fordi vi mangler personell	24% (7%)	11% (4%)	26% (8%)	19% (6%)
Det oppstår ofte unødvendige pasientskader (som trykksår, fall, infeksjoner og forverrelser av sykdommen)	35% (8%)	29% (6%)	39% (8%)	33% (7%)
Pasientene blir ikke tilstrekkelig aktivisert i sitt hverdagsliv	71% (33%)	78% (34%)	75% (39%)	74% (34%)

Respondentene ble i tillegg stilt følgende spørsmål om kvalitet: Opplever du situasjoner der kravene til faglig forsvarlighet ikke kan møtes på grunn av for lite tid til den enkelte pasient? Over halvparten oppga at de daglig eller ukentlig opplever slike situasjoner (tabell 5.6). To av ti opplever at dette skjer 1–3 ganger i måneden, 23 prosent sjelden, og kun én prosent at det aldri skjer. Det er små forskjeller mellom sykehjem og hjemmesykepleien.

**Tabell 5.6 Svar på spørsmålet: Opplever du situasjoner der kravene til faglig forsvarlighet ikke kan møtes på grunn av for lite tid til den enkelte pasient?**

	Sykehjem	Hjemmesykepleie	Sykehjem og hjemmesykepleie	Totalt
N	2815	1817	313	4945
Daglig	22%	18%	23%	20%
Ca. hver uke	34%	36%	32%	34%
1–3 ganger i måneden	18%	19%	20%	19%
Sjelden	22%	24%	21%	23%
Aldri	1%	1%	0%	1%
Ikke sikker	3%	3%	4%	3%

### 5.3 Arbeidsmiljø

Relativt få (15 %) sa seg helt eller delvis uenig i at trivselen på arbeidsplassen er høy (tabell 5.7). Det er noen flere i sykehjem (17 %) enn i hjemmesykepleien (13 %) som sa seg helt eller delvis uenig i dette utsagnet, forskjellene mellom sykehjem og hjemmesykepleien er statistisk signifikante ( $p < ,001$ ).

I alt 62 prosent sa seg helt eller delvis uenig i at psykisk arbeidsbelastning er lav. En større andel respondenter i sykehjem (65 %) enn i hjemmesykepleie (59 %) sa seg helt eller delvis uenig i utsagnet, forskjellene mellom sykehjem og hjemmesykepleie er statistisk signifikante ( $p < ,001$ ).

I alt 64 prosent sa seg helt eller delvis uenig i utsagnet om at sykefraværet er lavt. Det er lite forskjell mellom sykehjem (66 %) og hjemmesykepleien (64 %).

**Tabell 5.7 Andel som sa seg uenig (helt uenig i parentes) i følgende utsagn, de som har svart ikke sikker er utelatt**

	Sykehjem	Hjemmesykepleie	Sykehjem og hjemmesykepleie	Totalt
N	2723 til 2798	1766 til 1809	305 til 313	4794 til 4920
Trivselen er høy	17% (5%)	13% (3%)	16% (6%)	15% (4%)
Psykisk arbeidsbelastning er lav	65% (30%)	59% (24%)	64% (26%)	62% (27%)
Sykefraværet er lavt	66% (35%)	64% (34%)	65% (33%)	64% (34%)

Et stort flertall (77 %) sa seg helt eller delvis enig i at fysisk arbeidsbelastning er stor (tabell 5.8). En større andel respondenter i sykehjem (80 %) enn i hjemmesykepleien (72 %) sa seg helt eller delvis enig i utsagnet, og forskjellene mellom sykehjem og hjemmesykepleien er statistisk signifikante ( $p < ,001$ ).

Enda flere ga uttrykk for at de jobber under et stort tidspress (83 %). Det er ingen forskjell mellom sykehjem og hjemmesykepleien.

Fire av ti var helt eller delvis enig i at ledelsen er lite tilgjengelig. Det er noen flere i sykehjem (43 %) enn i hjemmesykepleien (37 %) som sa seg helt eller delvis enig i utsagnet og forskjellene mellom sykehjem og hjemmesykepleie er statistisk signifikante ( $p = ,005$ ).

Tre av ti sa seg helt eller delvis enig i at det er lite faglig engasjement på arbeidsplassen. En mindre andel respondenter i hjemmesykepleien (26 %) ga uttrykk for dette enn i sykehjem (33 %), igjen er forskjellene mellom sykehjem og hjemmesykepleie statistisk signifikante ( $p < ,001$ ).

Et mindretall (23 %) sa seg helt eller delvis enig i at de ikke tør å melde fra om kritikkverdige forhold og avvik. En betydelig større andel i sykehjem (26 %) enn i hjemmesykepleien (19 %) sa seg helt eller delvis enig i utsagnet, igjen er forskjellene mellom sykehjem og hjemmesykepleie statistisk signifikante ( $p = ,001$ ).

**Tabell 5.8 Andel som sa seg enig (helt enig i parentes) i følgende utsagn, de som har svart ikke sikker er utelatt.**

	Sykehjem	Hjemmesykepleie	Sykehjem og hjemmesykepleie	Totalt
N	2760 til 2815	1788 til 1816	308 til 313	4856 til 4944
Fysisk arbeidsbelastning er stor	80% (44%)	72% (29%)	79% (41%)	77% (38%)
Tidspresset er stort	84% (51%)	84% (53%)	82% (48%)	83% (51%)
Ledelsen er lite tilgjengelig	43% (18%)	37% (14%)	44% (17%)	40% (16%)
Det er lite faglig engasjement	33% (9%)	26% (7%)	35% (10%)	30% (8%)
Vi tør ikke melde fra om kritikkverdige forhold og avvik	26% (7%)	19% (5%)	29% (8%)	23% (6%)

## 5.4 Mangel på sykepleiere påvirker kvaliteten i tjenesten

Vi ser nå nærmere på sammenhenger mellom mangel på sykepleiere og kvalitet i tjenestene. Mangel på sykepleiere er målt gjennom to spørsmål om hvorvidt respondentene opplever at det er et høyt fravær blant sykepleiere i tjenesten de jobber i, samt spørsmålet om hvorvidt respondentene gir uttrykk for at det er vanskelig å rekruttere sykepleiere til tjenesten de jobber i. Vi skiller mellom tre

dimensjoner i tjenestens kvalitet – grunnleggende sykepleie, behandling og forebygging og aktivisering.

Kvaliteten i grunnleggende sykepleie ble målt med følgende indikatorer:

- Ernæringsbehov ivaretas godt
- Pasientene får tilstrekkelig hjelp med personlig hygiene
- Pasienter får god smertelindring
- Det er uvanlig med legemiddelfeil
- Vi får nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at tiltak kan settes inn og forhindre forverring i helsetilstand

Kvalitet i behandling ble målt med følgende indikatorer:

- Behandling iverksettes for seint
- Medisinske behov ivaretas ikke godt
- Det oppstår ofte unødvendige pasientskader (som trykksår, fall, infeksjoner og forverrelse av sykdommen)
- Pasienter dør alene fordi vi mangler personell

Kvalitet innen forebygging og aktivisering ble målt med følgende indikatorer:

- Pasientene blir ikke tilstrekkelig aktivisert i sitt hverdagsliv
- Vi gir pasienter opplæring til å mestre behandling og forebygge forverrelse av sykdommen
- Vi får nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at tiltak kan settes inn og forhindre forverrelse av helsetilstand
- Vi tilpasser tjenestene etter pasientenes ønsker
- Pasientene tilbys et godt kulturtilbud

Vedlegg 1 gir detaljerte opplysninger om analysen, samt hvorfor vi valgte å skille mellom disse tre dimensjoner i tjenestens kvalitet og valg av indikatorer for hver dimensjon. Her fokuserer vi på de sentrale funnene for sammenhenger mellom kvalitet på den ene siden, og fravær eller rekrutteringsproblemer på

den andre siden. Tabell 5.9 og 5.10 bruker standardiserte verdier, det vil si verdier som kan variere mellom 0 (ingen sammenheng) og +/- 1 (helt like).

Analysene viser en klar og statistisk signifikant sammenheng ( $p < ,001$ ) mellom oppgitt fravær og kvaliteten i grunnleggende sykepleie, kvaliteten på behandling, og kvaliteten på forebygging og aktivisering (tabell 5.9). Jo mer fravær respondenter rapporterte, jo dårligere skåre for kvaliteten i tjenestene. Det gjelder for alle de tre dimensjonene i tjenesten. Sammenhengen ser ut til å være sterkest for kvaliteten i behandling. Resultatene er påfallende like for sykehjem og hjemmesykepleie.

**Tabell 5.9 Sammenhenger mellom fravær blant sykepleiere og opplevd kvalitet ved tjenesten. Standardiserte verdier (korrelasjoner).**

	Sykehjem	Hjemmesykepleie
N	2817	1817
Grunnleggende sykepleie	-0,53***	-0,53***
Behandling	-0,61***	-0,60***
Forebygging/aktivisering	-0,50***	-0,50***

\*\*\*  $p < ,001$

På samme måte finner vi også en statistisk signifikant sammenheng mellom respondenters opplevelse av rekrutteringsproblemer og opplevelse av redusert kvalitet (tabell 5.10). Igjen finner vi liknende tendenser for alle tre dimensjoner på kvaliteten i tjenesten: grunnleggende sykepleie, behandling, og forebygging/aktivisering. Rekrutteringsproblemer ser imidlertid ut til å ha noe sterkere sammenheng med kvaliteten på behandling og forebygging/aktivisering.

**Tabell 5.10 Sammenhenger mellom rekrutteringsproblemer og opplevd kvalitet ved tjenesten. Standardiserte verdier (korrelasjon).**

	Sykehjem	Hjemmesykepleie
N	2769 til 2770	1783
Grunnleggende sykepleie	-0,25***	-0,29***
Behandling	-0,31***	-0,35***
Forebygging/aktivisering	-0,30***	-0,31***

\*\*\*  $p < ,001$

## 5.5 Mangel på sykepleiere påvirker arbeidsmiljøet

Vi ser nå nærmere på sammenhenger mellom opplevd mangel på sykepleiere og arbeidsmiljøet for de ansatte. Arbeidsmiljø er målt med følgende tre indikatorer: fysisk arbeidsbelastning, psykisk arbeidsbelastning, og lite faglig engasjement blant de ansatte.

Analysen viser en meget sterk sammenheng mellom fravær og arbeidsmiljøet til de ansatte både i sykehjem og hjemmesykepleien (tabell 5.11). Sammenhengene er så sterke (korrelasjonsverdi på 0,75) at det er vanskelig å skille mellom dårlig arbeidsmiljø og fravær. I realiteten vil nok effekten gå begge veier: Fravær påvirke arbeidsmiljøet, samtidig som arbeidsmiljøet påvirker fravær.

**Tabell 5.11 Sammenhenger mellom fravær blant sykepleiere og dårlig arbeidsmiljø. Standardiserte verdier (korrelasjon).**

	Sykehjem	Hjemmesykepleie
N	2817	1817
Fravær	0,75***	0,75***

\*\*\*  $p < ,001$

Analysen viser også en statistisk signifikant sammenheng mellom rekrutteringsproblemer og arbeidsmiljøet (tabell 5.12). Korrelasjonsverdien som angir sammenhenger mellom rekrutteringsproblemer og arbeidsmiljø er ikke like høye som for fravær, men vi skal være forsiktige med å sammenlikne disse størrelsene siden undersøkelsen hadde et sterkere mål på fravær (som var målt med to spørsmål, mens rekrutteringsproblemer var målt med ett spørsmål, se Vedlegg 1).

**Tabell 5.12 Sammenhenger mellom dårlig arbeidsmiljø og rekrutteringsproblemer. Standardiserte verdier.**

	Sykehjem	Hjemmesykepleie
N	2771	1783
Rekrutteringsproblemer	0,35***	0,43***

\*\*\*  $p < ,001$

## 5.6 Forskjeller mellom avdelinger i sykehjem, kommuner med ulikt innbyggertall og ulike deler av landet

I denne delen undersøker vi hvorvidt opplevelsen av mangel på personell, kvaliteten i tjenestene, og arbeidsmiljø varierer etter 1) type avdeling responderer på sykehjem jobber i, 2) kommunestørrelse (målt i antall innbyggere),



og 3) geografisk beliggenhet (dvs. Nord- Norge, Vestlandet, Midt Norge, Sørlandet, Oslo/Akershus, og Østlandet for øvrig).

### 5.6.1 MANGEL PÅ SYKEPLEIERE

Undersøkelsen viser at ansatte i langtidsavdelinger i større grad rapporterte problemer med å rekruttere sykepleiere i sykehjem enn ansatte ved korttidsavdelinger (tabell 5.13). Forskjellen er statistisk signifikant ( $p < ,001$ ). Det er også en signifikant forskjell mellom de ulike typene avdelingene (langtids, korttid, langtids/korttid, annet) når vi sammenligner svarene på spørsmålet om høyt fravær blant sykepleiere i sykehjem, med litt høyere fravær på korttidsavdelinger. Også i spørsmålet om sykefravær fant vi statistisk signifikante forskjeller mellom avdelinger, igjen med svar som indikerte høyere fravær på korttidsavdelinger. På den andre siden var det langtidsavdelinger som hadde høyest andel som svarte at de ønsker eller er usikker på om de vil fortsette å jobbe i den nåværende avdelingen.

**Tabell 5.13 Andel sykepleiere i ulike typer sykehjemsavdelinger som oppga rekrutteringsproblemer, problemer med fravær, og som ønsker å slutte eller er usikker på om de vil fortsette å jobbe i hjemmesykepleie eller i sykehjem**

	Langtid	Korttid	Lang/kort	Annet	Totalt
N	1380 til 1431	395 til 404	810 til 841	136 til 140	2723 til 2816
Andel enig (svært enig)					
Vanskelig å rekruttere	77% (40%)	63% (26%)	75% (37%)	69% (34%)	74% (37%)
Høyt fravær	48% (16%)	50% (15%)	46% (17%)	39% (15%)	47% (16%)
Andel uenig (svært uenig)					
Sykefraværet er lavt	68% (36%)	54% (28%)	69% (37%)	60% (24%)	66% (35%)
Ønsker/er usikker på om vil slutte					
Andel ja/usikker	52%	49%	49%	38%	50%

Sammenligningen av svar fra respondenter som bor i ulike deler av landet (tabell 5.14) viser, med unntak av rekrutteringsspørsmålet, ingen signifikante forskjeller. Flest respondenter fra Oslo/Akershus (77 %) og Nord-Norge (73 %) ga uttrykk for å ha problemer med å rekruttere sykepleiere til sykehjem og hjemmesykepleien, mens de fra Vestlandet oppga minst problemer (65 %).

**Tabell 5.14. Andel sykepleiere i ulike deler av landet som oppga problemer med å rekruttere, problemer med fravær, og som ønsker å slutte eller er usikker på om de vil fortsette å jobbe i hjemmesykepleie eller sykehjem. Alle tall angir prosenter.**

	Nord-Norge	Midt-Norge	Vestlandet	Sørlandet	Oslo/Aker	Andre deler av Østlandet	Totalt
N	528 til 547	841 til 863	1171 til 1211	411 til 430	535 til 550	1307 til 1345	4794 til 4945
Andel enig (svært enig)							
Vanskelig å rekruttere	73 (39)	70 (31)	65 (28)	66 (28)	77 (40)	67 (30)	69 (32)
Høyt fravær	44 (14)	45 (16)	47 (16)	44 (15)	45 (16)	44 (15)	45 (15)
Andel uenig (svært uenig)							
Sykefraværet er lavt	70 (35)	66 37	63 (34)	66 (32)	62 (34)	64 (34)	65 (34)
Ønsker/er usikker på om vil slutte							
Andel ja/usikker	53	50	47	49	51	48	49

Problemer med å rekruttere, høyt fravær og sykefravær, samt andel som ønsker å slutte eller er usikker, øker med antall innbyggere i kommunene (tabell 5.15). Forskjellene er signifikante ( $p < ,001$ ). De største kommunene kommer dårligst ut.

**Tabell 5.15. Andel sykepleiere i kommuner med ulikt innbyggertall som oppga rekrutteringsproblemer, problemer med fravær, og som ønsker å slutte eller er usikre på om de vil fortsette å jobbe i sykehjem/hjemmesykepleie. Alle tall angir prosenter.**

	3000 eller færre	3001-10000	10001-20000	20001-50000	50001 eller flere	Totalt
N	486 til 502	1153 til 1192	795 til 827	1122 til 1161	1236 til 1264	4794 til 4945
Andel enig						
Vanskelig å rekruttere	66 (34)	65 (28)	67 (29)	70 (30)	74 (36)	69 (32)
Høyt fravær	36 (13)	39 (12)	45 (15)	50 (19)	50 (16)	45 (15)
Andel uenig						
Sykefraværet er lavt	57 (28)	63 (31)	63 (34)	70 (38)	67 (38)	65 (35)
Ønsker/er usikker på om vil slutte						
Andel	49	43	46	52	54	49

## 5.6.2 KVALITET

Vi ser nå på forskjeller i rapportert kvalitet på: grunnleggende sykepleie, behandling og forebygging og aktivisering. Vedlegg 1 beskriver nærmere hvordan vi utviklet disse målene på kvalitet, hvor hver dimensjon er målt med flere spørsmål. Vedlegget beskriver også faktoranalysen, som er sentral i denne delen.

Først gjengir vi enkle gjennomsnittsskårer på hver av skalaene for grunnleggende sykepleie, behandling og forebygging og aktivisering og forskjeller mellom avdelinger, kommuner inndelt etter innbyggertall og landsdel (tabell 5.16). Hver skala gikk fra 1 til 5 (med 5 som beste verdi), og tabell 5.16 viser at kvalitet på grunnleggende sykepleie og behandling generelt skåret høyere enn forebygging og aktivisering. Samtidig viser tabellen at det også var forskjeller avhengig av type avdeling, kommunestørrelse og landsdel.

**Tabell 5.16. Gjennomsnittsskårer for kvalitet i grunnleggende sykepleie, kvalitet på behandling og kvaliteten på forebygging og aktivisering**

	Sykehjem				Hjemmesykepleie			
	N	Grunnleggende sykepleie	Behandling	Forebygging/aktivisering	N	Grunnleggende sykepleie	Behandling	Forebygging/aktivisering
<i>Sykehjemsavdeling</i>								
Korttid	1430	3,63	3,60	2,85				
Langtid	404	3,59	3,54	2,82				
Korttid og langtid	842	3,58	3,55	2,71				
<i>Kommunestørrelse</i>								
Opp til 3000 innbyggere	263	3,65	3,66	2,68	155	3,54	3,85	2,80
3001-10 000	633	3,73	3,75	2,83	452	3,33	3,71	2,74
10 001-20 000	449	3,63	3,67	2,81	335	3,26	3,57	2,71
20 001-50 000	666	3,59	3,54	2,81	451	3,25	3,48	2,63
Over 50 000	804	3,54	3,44	2,86	424	3,21	3,53	2,64
<i>Landsdel</i>								
Nord-Norge	306	3,59	3,61	2,53	197	3,21	3,63	2,54
Midt-Norge	481	3,59	3,54	2,79	322	3,37	3,63	2,82
Vestlandet	701	3,62	3,58	2,84	412	3,24	3,55	2,65
Sørlandet	240	3,68	3,62	2,90	162	3,38	3,79	2,76
Oslo/Akershus	383	3,61	3,57	3,04	154	3,32	3,47	2,78
Østlandet (ikke Oslo/Akershus)	704	3,63	3,63	2,78	570	3,27	3,57	2,65

Vi skal se nærmere på disse forskjellene mellom avdelinger, kommuner og landsdeler. Til dette bruker vi faktoranalyse for å måle kvalitet, snarere enn enkle gjennomsnitt for ulike spørsmål. Faktoranalyse gir et bedre mål og dermed også en bedre test av signifikante forskjeller mellom avhengig av type avdeling, kommunestørrelse og landsdel (se Vedlegg 1). Vi beregner kvaliteten (i grunnleggende sykepleie, behandling eller forebygging/aktivisering) med faktoranalyse, og vi beregner samtidig regresjonseffekter av tilhørighet f.eks.

langtidsavdelinger og lang/korttidsavdelinger sammenliknet med korttidsavdelinger. Se Vedlegg 1 for en nærmere beskrivelse av slike analyser.

### Type avdeling i sykehjem

Tabell 5.17 viser beregnede «effekter» av langtids-, og kombinert langtids og korttids-avdeling, sammenliknet med korttidsavdelinger. Vi finner lite forskjeller mellom ulike avdelingstyper. Data tydet generelt på lite forskjell mellom lang- og lang/korttidsavdelinger på den ene siden og korttidsavdelinger på den andre siden. Unntaket var litt mindre vekt på forebygging og aktivisering i lang/korttidsavdelinger sammenliknet med korttidsavdelinger (med statistisk signifikans). Samtidig var det litt forskjell mellom langtidsavdelinger og lang/korttidsavdelinger innen grunnleggende sykepleie ( $p = ,04$ ) og forebygging/aktivisering ( $p = ,001$ ).

**Tabell 5.17 Opplevd kvalitet i tjenesten som avhengig av type avdeling i sykehjem (langtid og langtid/korttid sammenliknet med korttidsavdeling som er referansegruppe), ustandardiserte verdier fra regresjonsanalyse.**

	Grunnleggende sykepleie	Behandling	Forebygging/aktivisering
Langtid	0,04	0.04	0,00
Lang/korttid	-0,03	-0.01	-0,12*

Analysen er forklart nærmere i Vedlegg 1.

\*\*\*  $p < ,001$  \*\*  $p < ,01$  \*  $p < ,05$

### Kommunestørrelse

Tabell 5.18 viser sammenlikninger basert på kommunestørrelse (innbyggertall). Her er de aller minste kommunene med opptil 3000 innbyggere brukt som referansegruppe, de større kommunene sammenliknes med de minste kommunene. I tillegg har vi undersøkt om det er statistiske forskjeller mellom de større kommunene.

Det er en viss tendens til at kvalitet i grunnleggende sykepleie og behandling i sykehjem kommer dårligere ut med økende kommunestørrelse. Denne tendensen er tydeligst for de største kommunene, hvor sykehjem i kommuner med over 50 000 innbyggere kommer dårligst ut både i grunnleggende sykepleie og i behandling (med statistisk signifikans i forhold til de aller minste kommunene, se tabell 5.16), mens kommuner med mellom 20 001 og 50 000

tusen innbyggere på sin side skårer signifikant dårligere enn de minste kommunene i behandling.

For respondentenes vurdering av kvaliteten på grunnleggende sykepleie i sykehjem finner vi også statistisk signifikant bedre skårer i de nest minste kommunene (mellom 3001 og 10 000 innbyggere) enn i hver av de tre gruppene med større kommuner (det vil si kommuner med 10 001 til over 50 000 innbyggere, med  $p < ,01$  eller  $p < ,001$ ). Videre skårer kommuner med 10 001–20 000 innbyggere signifikant bedre enn de aller største kommunene i grunnleggende sykepleie på sykehjem ( $p = ,04$ ). Om enn ikke veldig sterk, tendensen er klar: jo mindre kommuner, jo bedre skårer på opplevd kvalitet i grunnleggende sykepleie.

Innen kvaliteten på behandling i sykehjem er det en statistisk signifikant forskjell mellom de minste kommunene (referansegruppen) og kommuner med 20 001 og 50 000 innbyggere, samt kommuner med over 50 000 innbyggere. Det går fram av tabell 5.16. I tillegg er det en statistisk signifikant forskjell mellom de neste minste kommunene (3001 til 10 000 innbyggere, med bedre skårer) og kommuner med 20 001–50 000 innbyggere samt de aller største kommunene (begge med  $p < ,001$ ).

Mens sykehjem i større kommuner kommer dårligere ut enn de minste kommunene når det gjelder kvaliteten på grunnleggende sykepleie og behandling, er bildet snudd for kvaliteten på forebygging og aktivisering. Her kommer de minste kommunene dårligere ut, og kommuner med over 50 000 innbyggere – sammen med kommuner med 3001 til 10 000 innbyggere – kommer best ut (begge med statistisk signifikant bedre skårer enn de minste kommunene, se tabell 5.16). I kvaliteten på forebygging og aktivisering på sykehjem er det ingen signifikante forskjeller mellom de fire gruppene av kommuner ført opp i tabell 5.16 (3 000 til over 50 000 innbyggere).

**Tabell 5.18 Opplevd kvalitet i tjenesten som avhengig av kommunestørrelse (sammenliknet med kommuner opp til 3000 innbyggere). Ustandardiserte verdier fra regresjonsanalyse.**

	Sykehjem			Hjemmesykepleie		
	Grunnleggende sykepleie	Behandling	Forebygging/aktivisering	Grunnleggende sykepleie	Behandling	Forebygging/aktivisering
3001–10 000	0,116	0,047	0,136*	-0,236**	-0,149*	-0,077
10 001–20 000	-0,039	-0,011	0,110	-0,300***	-0,262***	-0,101
20 001–50 000	-0,084	-0,112*	0,090	-0,316***	-0,327***	-0,162**
50 001 eller mer	-0,145*	-0,185***	0,135*	-0,353***	-0,278***	-0,177**

På samme måte som de aller minste kommunene kommer best ut på kvaliteten i grunnleggende sykepleie på sykehjem, kommer de også best ut på kvaliteten i grunnleggende sykepleie innen hjemmesykepleien (med statistisk signifikant bedre resultat enn alle gruppene med kommuner som har flere innbyggere, se tabell 5.16). Bildet er tilsvarende for kvaliteten på behandling innen hjemmesykepleie, og til en viss grad også for kvaliteten på forebygging og aktivisering (med statistisk signifikant forskjell bare i forhold til de aller største kommunene).

Samtidig skiller de største kommunene, med flere enn 50 000 innbyggere, seg også ut med signifikant dårligere resultat enn kommuner med 3001 til 10000 innbyggere, både i grunnleggende sykepleie ( $p = ,03$ ), behandling ( $p = ,01$ ) og forebygging ( $p = ,03$ ). To andre sammenlikninger viste også statistisk signifikante forskjeller for hjemmesykepleie: de nest minste kommunene (3000 til 10 000 innbyggere) hadde signifikant bedre skårer for kvalitet i behandling enn kommuner med 10 001 til 20 000 innbyggere ( $p = ,026$ ) og kommuner med 20 001 til 50 000 innbyggere ( $p < ,001$ ).

### Geografisk landsdel

I sammenlikningen av landsdeler bruker vi Oslo/Akershus som referansegruppe og beregner «effekten» av å tilhøre en annen geografisk landsdel (tabell 5.19). Sammenliknet med Oslo/Akershus, hadde alle de fem andre geografiske områdene dårligere skårer på forebygging og aktivisering innen sykehjem. Ellers var det mindre klare tendenser i sammenlikningen med Oslo/Akershus, Sørlandet hadde signifikant bedre skårer på grunnleggende sykepleie i sykehjem og

behandling i hjemmesykepleie, mens Nord-Norge hadde signifikant dårligere skårer i forebygging og aktivisering – både i hjemmesykepleie og i sykehjem.

Like interessant er sammenlikninger av landsdeler utenom Oslo/Akershus. Nord-Norge skiller seg ut med dårligere skårer. Nord-Norge har statistisk signifikant dårligere skårer for grunnleggende sykepleie i sykehjem sammenliknet med Sørlandet ( $p = ,02$ ) og i hjemmesykepleie sammenliknet med Sørlandet ( $p = ,02$ ) samt Midt-Norge ( $p = ,01$ ). Videre har Nord-Norge statistisk signifikant dårligere skårer for forebygging og aktivisering i sykehjem sammenliknet med Midt-Norge, Vestlandet, Sørlandet og Østlandet utenom Oslo/Akershus (alle med  $p < ,001$ ), og i hjemmesykepleie sammenliknet med Midt-Norge ( $p < ,001$ ), Vestlandet ( $p = ,04$ ) og Sørlandet ( $p < ,01$ ).

Midt-Norge har statistisk signifikant dårligere skårer for kvaliteten på grunnleggende sykepleie i sykehjem sammenliknet med Sørlandet ( $p = ,03$ ), og for kvaliteten på grunnleggende sykepleie i hjemmesykepleie sammenliknet med Vestlandet ( $p = ,02$ ) og Østlandet (utenom Oslo/Akershus) ( $p = ,02$ ). Midt-Norge har også statistisk signifikant dårligere skårer i forebygging og aktivisering på sykehjem enn Sørlandet ( $p = ,046$ ), men signifikant bedre skårer i forebygging/aktivisering i hjemmesykepleie enn både Vestlandet ( $p < ,01$ ) og Østlandet (utenom Oslo/Akershus) ( $p < ,01$ ).

I tillegg skilte Sørlandet seg litt ut ved statistisk signifikant bedre skårer enn Østlandet (utenom Oslo/Akershus) ( $p = ,02$ ). Sørlandet hadde også signifikant bedre skårer innen kvaliteten på behandling i hjemmesykepleie sammenliknet med Østlandet (utenom Oslo/Akershus) og Vestlandet (begge med  $p < ,01$ ).

**Tabell 5.19 Kvalitet i tjenesten som avhengig av landsdel (sammenliknet med Oslo/Akershus). Ustandardiserte verdier fra regresjonsanalyse**

	Sykehjem			Hjemmesykepleie		
	Grunn- leggende sykepleie	Behand- ling	Fore- bygging/ aktivisering	Grunn- leggende sykepleie	Behand- ling	Fore- bygging/ aktivisering
Nord-Norge	-0,016	0,022	-0,463***	-0,126	0,104	-0,207**
Midt-Norge	0,003	-0,036	-0,229***	0,067	0,108	0,041
Vestlandet	0,083	-0,009	-0,172**	-0,072	0,043	-0,094
Sørlandet	0,153*	0,022	-0,107	0,061	0,223**	-0,021
Østlandet (ikke Oslo/Akershus)	0,071	0,020	-0,246***	-0,058	0,039	-0,109

### 5.6.3 ARBEIDSMILJØ

Vi ser også på forskjeller i rapportert arbeidsmiljø, og brukte følgende fire indikatorer: «Fysisk arbeidsbelastning er stor», «Psykisk arbeidsbelastning er lav», «Tidspresset er stort» og «Det er lite faglig engasjement» (se Vedlegg 1 for detaljer). Tabell 5.20 gjengir gjennomsnittsskårer for de fire spørsmålene (skalaen for arbeidsmiljø går fra 1 til 5). Igjen er det imidlertid faktoranalyse (av arbeidsmiljø) og regresjonsanalyse som gir den beste analysen av forskjeller.

**Tabell 5.20. Gjennomsnittsskårer for arbeidsmiljø**

	Sykehjem		Hjemmesykepleie	
	N	Gj.snitt	N	Gj.snitt
<i>Sykehjemsavdeling</i>				
Korttid	1431	2,30		
Langtid	404	2,48		
Korttid og langtid	842	2,28		
<i>Kommunestørrelse</i>				
Opp til 3000 innbyggere	263	2,35	155	2,88
3001-10 000	634	2,41	452	2,60
10 001-20 000	449	2,39	335	2,46
20 001-50 000	666	2,33	451	2,38
Over 50 000	805	2,26	424	2,39
<i>Landsdel</i>				
Nord-Norge	306	2,24	197	2,48
Midt-Norge	481	2,35	322	2,53
Vestlandet	701	2,35	412	2,50
Sørlandet	240	2,35	162	2,55
Oslo/Akershus	384	2,38	154	2,55
Østlandet (ikke Oslo/Akershus)	705	2,34	570	2,45

Tabell 5.21 gjengir resultater fra regresjonsanalyse, med arbeidsmiljø beregnet som en latent variabel. (En latent variabel er en variabel som ikke er observert direkte, men ved hjelp av indikatorer, i dette tilfelle ved hjelp av flere spørsmål i spørreskjemaet.) Langtidsavdelinger og Lang/korttidsavdelinger i sykehjem har lavere skårer på arbeidsmiljø enn korttidsavdelinger. En sammenlikning av langtids- og lang/korttidsavdelinger viser ingen signifikant forskjell ( $p = ,62$ ).



**Tabell 5.21 Arbeidsmiljø i ulike avdelinger i sykehjem, avhengig av type avdeling (langtid og langtid/korttid sammenliknet med korttidsavdeling som er referansegruppe), ustandardiserte verdier fra regresjonsanalyse**

	Regresjonsverdi
Langtid	-0,17**
Lang/korttid	-0,19**

\*\*  $p < ,01$

## Kommunestørrelse

Tabell 5.20 gjengir resultater fra analysen av arbeidsmiljø som avhengig av kommunestørrelse. De minste kommunene kommer best ut, særlig innen hjemmesykepleie (med klare og signifikante forskjeller i forhold til alle andre kommunestørrelser), i sykehjem bare i forhold til de aller største kommunene.

Videre tester av eventuelle forskjeller mellom de fire gruppene nevnt i tabell 5.22 viser at de største kommunene (med over 50 000 innbyggere) har signifikant dårligere skårer for arbeidsmiljø i sykehjem sammenliknet ikke bare med de aller minste kommunene, men også med alle andre kategorier for kommunestørrelse ( $p < ,001$ , eller  $p = ,01$  i sammenlikning med de nest største kommunene).

I hjemmesykepleien er forskjellene etter kommunestørrelse meget tydelig: Ikke bare skårer de minste kommunene bedre i arbeidsmiljø enn alle de øvrige (slik det framgår av tabell 5.22). I tillegg skårer de neste minste kommunene (3001 til 10 000 innbyggere) bedre enn alle tre kategorier med større kommuner (med henholdsvis  $p = ,02$ ,  $p < ,001$  og  $p < ,001$ ). Samtidig skårer kommuner med 10 001 til 20 000 innbyggere signifikant bedre enn de to kategoriene med større kommuner (med henholdsvis  $p = ,04$  og  $p < ,03$ ).

**Tabell 5.22 Arbeidsmiljø som avhengig av kommunestørrelse (sammenliknet med kommuner med opptil 3000 innbyggere). Ustandardiserte verdier fra regresjonsanalyse**

	Sykehjem	Hjemmesykepleie
3001–10 000	0,001	-0,376***
10 001–20 000	0,003	-0,538***
20 001–50 000	-0,068	-0,672***
50 001 eller mer	-0,192**	-0,682***

## Geografisk landsdel

Tabell 5.20 viser bare små forskjeller mellom landsdeler i arbeidsmiljø, vurdert etter informantenes opplysninger. Dette blir også bekreftet i den mer avanserte analysen av arbeidsmiljø (analysert med faktoranalyse). Analysene viste ingen signifikante forskjeller mellom landsdeler.

## 5.7 Oppsummering

De fleste av respondentene ga uttrykk for at det var for få sykepleiere der de jobbet. Nesten syv av ti sa seg helt eller delvis enig i at deres arbeidssted har problemer med å rekruttere sykepleiere (noen flere i sykehjem). I tillegg sa nesten halvparten seg helt eller delvis enig i at det er et høyt fravær blant sykepleierne (noen flere i sykehjem). Jo større kommunene er jo flere oppga problemer med å rekruttere og med fravær. Undersøkelsen viser at flest respondenter i sykehjem og hjemmesykepleiertjenester i Oslo/Akershus og Nord-Norge oppga problemer med å rekruttere. Ellers ser vi ingen forskjeller mellom landsdeler.

I alt 16 prosent oppga at det alltid eller ofte ikke ble satt inn annet personell når det oppstod fravær blant sykepleiere. Ca. tre av ti svarte at vakter med fravær blant sykepleiere som oftest eller alltid ble dekket opp av andre sykepleiere (sykepleiere som gikk ekstravakter eller som var vikarer). Her er det er ingen forskjell mellom sykehjem og hjemmesykepleien. Over halvparten svarte at det ofte eller alltid ble satt inn hjelpepleiere/helsefagarbeidere. Noe under halvparten svarte at de ofte eller alltid opplevde at ufaglærte går vakter for sykepleiere som hadde fravær. Bruk av ufaglærte ser ut til å være størst i sykehjem, mens hjemmesykepleien ser ut til oftere å la være å sette inn personell når det er fravær blant sykepleiere. Forklaringen på at disse sammenlagt blir mer enn 100 prosent er at respondentene hadde mulighet til å svare at det ofte eller alltid ble satt inn mer enn en personellgruppe.

Respondentene tok stilling til en rekke utsagn om kvaliteten på tjenesten de jobbet i. Et stort flertall (syv av ti) oppga at de helt eller delvis var enig i utsagnet om at pasientene ikke blir tilstrekkelig aktivisert i sitt hverdagsliv. Om lag halvparten sa seg helt eller delvis uenig i følgende utsagn: det er uvanlig med legemiddelfeil, de får nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at tiltak kan settes inn og forhindre forverring i helsetilstand, tjenesten de jobber

i ivaretar pasienter med psykiske plager og problemer godt, og pasientene tilbys et godt kulturtilbud. Hjemmesykepleien kom dårligst ut på alle disse kvalitetsindikatorerne.

Ca. tre av ti sa seg helt eller delvis enig i at medisinske behov ikke ivaretas godt, og i at behandling iverksettes for sent. I underkant av to av ti sa seg helt eller delvis uenig i følgende utsagn: pasientenes ernæringsbehov ivaretas godt. Ca. en av ti at sa seg helt eller delvis uenig i at pasienter får god smertelindring, og at pasientene får tilstrekkelig hjelp med personlig hygiene. Hjemmesykepleien kom dårligst ut på alle disse kvalitetsindikatorerne, med unntak av vurderingene av om pasientene får tilstrekkelig hjelp med personlig hygiene, og medisinske behov ivaretas ikke godt. For disse to var det ingen forskjell mellom sykehjem og hjemmesykepleien.

Sykehjem kom dårligst ut da respondentene tok stilling til følgende utsagn: de gir pasientene opplæring til å mestre behandling og forebygge forverring (fire av ti var helt/delvis uenig), de tilpasser tjenestene etter pasientenes ønsker (tre av ti var helt/delvis uenig), pasientene dør alene fordi de mangler personell (to av ti var helt/delvis enig), det oppstår ofte unødvendige pasientskader som trykksår, fall, infeksjoner og forverrelse av sykdommen (tre av ti var helt/delvis enig).

Over halvparten av respondentene oppga at de daglig eller ukentlig opplevde situasjoner der kravene til faglig forsvarlighet ikke kunne bli møtt på grunn av for lite tid til den enkelte pasient.

Variablene ble gruppert i tre kategorier da vi sammenlignet eventuelle forskjeller i kvaliteten på tjenestene mellom kommuner med ulik størrelse og landsdeler. De tre kategoriene er: kvaliteten i grunnleggende sykepleie, kvaliteten i behandling, og kvalitet innen forebygging og aktivisering. De største kommunene kom dårligst ut, og de minste kommunene kom best ut da vi sammenlignet respondentenes vurdering av kvaliteten på grunnleggende sykepleie og behandling. Det var imidlertid omvendt da vi sammenlignet kvaliteten på forebygging og aktivisering, da kom de største kommunene best ut.

Oslo/Akershus kom best ut da vi sammenlignet vurderingene om kvaliteten på forebygging og aktivisering i sykehjem. Sørlandet kom best ut på kvaliteten på grunnleggende sykepleie i sykehjem og kvaliteten på behandling i hjemmesykepleien. Nord-Norge kom dårligst ut i vurderingene av kvaliteten

på grunnleggende sykepleie og forebygging og aktivisering både i sykehjem og hjemmesykepleien

Respondentene ble også spurt om å ta stilling til en rekke utsagn om arbeidsmiljøet. De fleste ga uttrykk for en høy trivsel på arbeidssstedet, at de tør melde fra om kritikkverdige forhold og avvik, og at det er et høyt faglig engasjement. Et stort flertall ga imidlertid uttrykk for at de jobber under et stort tidspress, at den fysiske og psykiske arbeidsbelastningen er lav, og at arbeidssstedet er preget av et høyt sykefravær. Ca. fire av ti ga også uttrykk for at ledelsen er lite tilgjengelig på arbeidssstedet. Sykehjem kom dårligst ut i alle utsagnene om arbeidsmiljø, med unntak av utsagnene om høyt sykefravær og stort tidspress (ingen forskjell mellom sykehjem og hjemmesykepleien), og lite faglig engasjement (hjemmesykepleien kom dårligst ut).

De minste kommunene kom best ut i sammenligningen av respondentenes rapportering om arbeidsmiljø både innen hjemmesykepleien og sykehjem. De største kom dårligst ut. Sammenligningen mellom landsdeler viste små forskjeller i arbeidsmiljøet.

Analysene viser en klar og signifikant sammenheng mellom mangel på sykepleiere (vansker med å rekruttere og fravær) og opplevd kvalitet på grunnleggende sykepleie, behandling, og forebygging og aktivisering. Resultatene er påfallende like for sykehjem og hjemmesykepleien.

Analysene viser også en klar og signifikant sammenheng mellom mangel på sykepleiere (målt i fravær og problemer med å rekruttere) og arbeidsmiljøet (opplevelse av stor fysisk og psykisk arbeidsbelastning, og lite faglig engasjement) til de ansatte.

## 6 Rekruttering

Det overordnede formålet med dette kapitlet er å fremskaffe kunnskap om ulike forhold som kan ha betydning for å bedre rekrutteringen, og få sykepleiere til å fortsette med å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien. I alt 4945 sykepleiere er spurt om hvilke forhold som hadde betydning for at de begynte å jobbe på sitt nåværende arbeidssted. Videre har vi undersøkt hvor mange som ønsker å slutte, og hvorfor de ikke lenger ønsker å jobbe i sykehjem eller hjemmesykepleien. I tillegg belyser vi hva de som fortsatt ønsker å jobbe i disse tjenestene oppgir at har betydning for at de blir.

Det er også undersøkt hvorvidt det er en sammenheng mellom ønsket om å søke seg bort fra sykehjem og/eller hjemmesykepleien på den ene siden og sykepleiernes alder, stilling (leder eller vanlig ansatt), videreutdanning, antall år i helse- og omsorgstjenestene og på deres nåværende arbeidssted på den andre siden. I tillegg har vi sett på om det er noen sammenheng mellom ønsket om å slutte og kommunestørrelse (antall innbyggere i kommunen) og geografisk landsdel.

### 6.1 Hvorfor respondentene begynte å jobbe på sitt nåværende arbeidssted

Respondentene oppga flere ulike grunner til at de begynte å jobbe på sitt nåværende arbeidssted (tabell 6.1). Et stort flertall sa at følgende hadde svært stor eller stor betydning: ønsket om å bidra til en best mulig livssituasjon for pasientene (87 %), det er meningsfullt å jobbe med eldre (78 %), det er meningsfullt å jobbe med kronisk syke (65 %), arbeidsoppgavene virket varierte og spennende (75 %), og kort reiseavstand til jobben (74 %).

Fokuserer vi på andelen som sa at forhold hadde stor eller svært stor betydning (slik vi har gjort i tabell 6.1), finner vi klare forskjeller mellom sykehjem og hjemmesykepleien i svar på utsagnet om at det er meningsfullt å jobbe med eldre, samt utsagnet at arbeidsoppgavene virket varierte og spennende. Noen utsagn fikk liknende oppslutning i sykehjem og hjemmesykepleie, for eksempel med 88 prosent i henholdsvis sykehjem og hjemmesykepleien som svarte at ønsket om å bidra til en best mulig situasjon for pasientene

hadde stor eller svært stor betydning. Men noen flere i sykehjem sa at dette hensynet hadde hatt «svært stor» betydning, noe som bidro til at analysen viste statistisk signifikante forskjeller mellom sykehjem og hjemmesykepleie. Tilsvarende slo kort reiseavstand ut som noe viktigere blant sykepleiere på sykehjem enn i hjemmesykepleie.

Ca. halvparten svarte at følgende hadde svært stor eller stor betydning for at de begynte å jobbe på sitt nåværende arbeidssted: mindre ubekvemme vakter (natt, helg) (40 %), arbeidsstedet hadde et godt rykte (49 %), positive erfaringer fra tjenesten i studietiden (48 %), og tjenesten var godt bemannet med sykepleiere (45 %). En større andel respondenter i hjemmesykepleien (47 %) enn i sykehjem (37 %) oppga at mindre ubekvemme vakter, samt at positive erfaringer fra studietiden (hjemmesykepleien 61 %, sykehjem 41 %) hadde svært stor/stor betydning. Det var også en større andel respondenter i hjemmesykepleien (53 %) enn i sykehjem (47 %) som oppga at det at arbeidsstedet hadde et godt rykte hadde svært stor/stor betydning.

Ca. tre av ti svarte også at følgende hadde svært eller stor betydning for at de begynte å jobbe på sitt nåværende arbeidssted: god lønn (35 %), fleksible arbeidstider (31 %), og at det var gode muligheter til videreutdanning og spesialisering (30 %). Flere respondenter fra sykehjem enn fra hjemmesykepleien oppga at god lønn, fleksible arbeidstider hadde svært eller stor betydning for at de begynte å jobbe på sitt nåværende arbeidssted.

Svært få sa at følgende hadde svært stor eller stor betydning: arbeidsstedet finansierte utdanningen deres (6 %), de ønsket å jobbe andre steder, men fikk ikke jobb der (10 %), eller at tjenesten hadde høy status (15 %).

**Tabell 6.1 Forhold som hadde stor eller svært stor betydning (svært stor i parentes) for at respondenten valgte å begynne å jobbe på sitt nåværende arbeidssted**

	Sykehjem	Hjemme- sykepleie	Sykehjem og hjemme- sykepleie	Totalt
N	2438 til 2810	1589 til 1814	273 til 313	4300 til 4934 <sup>6</sup>
Ønsket å bidra til en best mulig livssituasjon for pasientene	88% (46%)	88% (43%)	81% (40%)	87% (44%)
Meningsfullt å jobbe med eldre	80% (36%)	74% (26%)	78% (30%)	78% (32%)
Meningsfullt å jobbe med kronisk syke	67% (25%)	63% (20%)	64% (23%)	65% (23%)
Arbeidsoppgavene virket varierte og spennende	70% (26%)	86% (38%)	65% (25%)	75% (30%)
Kort reiseavstand	74% (43%)	75% (39%)	77% (46%)	74% (41%)
Mindre ubekvemme vakter (natt, helg)	37% (16%)	47% (19%)	33% (16%)	40% (17%)
Arbeidsstedet hadde et godt rykte	47% (17%)	53% (22%)	43% (14%)	49% (19%)
Positive erfaringer fra tjenesten i studietiden	41% (16%)	61% (29%)	42% (14%)	48% (21%)
Var godt bemannet med sykepleiere	45% (14%)	46% (15%)	39% (13%)	45% (14%)
God lønn	38% (12%)	31% (10%)	42% (16%)	35% (11%)
Fleksible arbeidstider	32% (10%)	30% (7%)	35% (13%)	31% (9%)
Gode muligheter til videre-utdanning og spesialisering	31% (10%)	29% (8%)	35% (11%)	30% (9%)
Finansierte sykepleierutdanningen min	6% (3%)	5% (2%)	8% (3%)	6% (3%)
Ønsket å jobbe andre steder, men fikk ikke jobb	13% (6%)	8% (2%)	12% (6%)	10% (4%)
Tjenesten hadde høy status	15% (4%)	14% (4%)	15% (4%)	15% (4%)

Flere av informantene skrev om andre forhold som har hatt betydning for at de valgte å begynne å jobbe på sitt nåværende arbeidssted. De hyppigste var: at de fikk en fast 100 prosent stilling, muligheten til å gå vakter hver fjerde helg, og at arbeidsgiver tilpasset vaktene til deres livssituasjon (enkelte kunne kun gå dagvakter på grunn av omsorg for barn, eller nattvakter med samme begrunnelse). Andre grunner som ble nevnt av flere, var at tjenesten hadde et rykte om god ledelse, godt arbeidsmiljø og god kvalitet på tjenesten som ble ytt pasientene, omorganisering/omplussing og vantrivsel på sitt tidligere arbeidssted, og ønsket om å prøve noe nytt.

<sup>6</sup> N varierer en del. Lavest andel svar var i spørsmålet om «finansierte sykepleierutdanningen min». Neste laveste deltakelse var 4608 svar på spørsmålet om «Gode muligheter til videre-utdanning og spesialisering», deretter (N = 4670) «Arbeidsstedet hadde et godt rykte».

## 6.2 Hvor mange som ønsker å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleie

Ca. fire av ti ønsket å fortsette å jobbe på sitt nåværende arbeidssted (tabell 6.2). Tre av ti ønsket å skifte jobb, og tre av ti var usikre. Tendensen til å ønske å skifte jobb var noe større på sykehjem (med statistisk signifikans,  $p < ,001$ ).

**Tabell 6.2 Andel som ønsker å skifte jobb, er usikker på om de vil skifte jobb, eller som ønsker å fortsette å jobbe på deres nåværende arbeidssted**

	Sykehjem	Hjemme-sykepleie	Sykehjem og hjemmesykepleie	Totalt
N	2815	1817	313	4945
Ønsker å skifte jobb	30%	24%	32%	28%
Er usikker	29%	31%	30%	30%
Ønsker ikke å skifte jobb	41%	45%	38%	42%

De som har svart at de ønsker å skifte jobb, eller som er usikre på om de vil fortsette å jobbe på sitt nåværende arbeidssted, er spurt om hvor de eventuelt kunne tenke seg å jobbe. De fleste av de 2868 sykepleierne som ønsker å skifte arbeidssted ønsker å begynne å jobbe i sykehus (27 %), helsestasjon (13 %), i kommuneadministrasjon (12 %) eller annet (33 %)<sup>7</sup>. I alt 183 oppga at de ønsker å begynne å jobbe i et annet sykehjem, og 250 oppga at de ønsket å gå over til å jobbe i en annen hjemmesykepleie. Forskjellene mellom svarene til respondentene i sykehjem og hjemmesykepleien er små.

**Tabell 6.3 Dersom du skulle skifte jobb, hvilken tjeneste ønsker du først og fremst å jobbe i?**

	Sykehjem (N= 1666)	Hjemme-sykepleie (N = 1000)	Sykehjem/ hjemmesykepleie (N = 195)	Totalt	N
Hjemmesykepleie	7%	10%	22%	9%	250
Sykehjem	8%	5%	4%	6%	183
Sykehus	29%	25%	27%	27%	786
Helsestasjon	13%	14%	10%	13%	369
Kommuneadministrasjon	12%	11%	11%	12%	330
Annet	31%	37%	26%	33%	942

<sup>7</sup> Andel som har krysset av annet er stor (33%). Vi har ikke informasjon om hvor disse ønsker å jobbe.



Antallet som arbeidet i både sykehjem og hjemmesykepleie var lavt ( $N = 195$ ). Fordelingen for dem bør derfor tolkes med varsomhet.

### 6.2.1 HVEM SOM ØNSKER Å SLUTTE

I de påfølgende analysene har vi slått sammen de som har svart at de ønsker å skifte jobb og de som er usikre på om de vil skifte jobb, i en kategori. Vi har imidlertid utelatt dem som ønsker å fortsette i et annet sykehjem/hjemmesykepleie. Disse inngår i gruppen som ikke ønsker å slutte å jobbe i disse tjenestene. Vi sammenlikner de 2435 sykepleierne (49 %) som kan tenke seg å slutte eller er usikre, med de 2510 sykepleierne (51 %) som ønsker å fortsette med å jobbe i sykehjem eller hjemmesykepleie.

Som vi ser av tabell 6.4, er det et større ønske om å slutte blant yngre, blant dem som har arbeidet færre år i sykehjem eller i hjemmesykepleie, og blant dem som har arbeidet færre år på sitt nåværende arbeidssted.

**Tabell 6.4 Respondenter som ønsker å slutte å jobbe i sykehjem/hjemmesykepleie etter alder, antall år de har jobbet i sykehjem og hjemmesykepleien, og antall år på sitt nåværende arbeidssted**

	Ønsker å slutte			
	Nei		Ja/Usikker	
Gjennomsnittlig alder	44,2	(11,97)	39,3	(10,45)
Antall år jobbet i SH/HJS	13,2	(9,79)	9,7	(7,49)
Antall år på arbeidsstedet	8,8	(7,91)	7,0	(5,94)

Standardavvik er satt i parentes. SH = sykehjem, HJS = hjemmesykepleie. Forskjellene mellom de to gruppene var statistisk signifikante for alder, antall år i sykehjem eller hjemmesykepleie, og antall år på arbeidsstedet (gjennomgående  $p < ,001$ ).

I tillegg kan vi se på hvordan ønsket om å slutte varierer mellom ledere og vanlig ansatte, og om respondenten har tatt videreutdanning. Tabell 6.5 viser prosentvise fordelinger, det er betydelig færre sykepleiere som er ledere av tjenestene som ønsker å slutte sammenlignet med vanlige ansatte sykepleiere (forskjellen er statistisk signifikant,  $p < ,001$ ). Det er også færre som har videreutdanning i sykepleie med 60 studiepoeng/20 vekttall eller mer, enn de som ikke har videreutdanning, som ønsker å slutte ( $p < ,001$ ).

**Tabell 6.5 Andel som ønsket å slutte, blant ledere og vanlig ansatte og blant de med og uten videreutdanning.**

Andel blant ledere	31%
Andel blant vanlig ansatte	53%
Har videreutdanning	44%
Har ikke videreutdanning	52%

Variablene i tabell 6.4 og 6.5 er imidlertid avhengig av hverandre. Antall år på sitt nåværende arbeidssted og ansiennitet har en sammenheng, og begge er avhengig av alder. Videre kan både videreutdanning og lederposisjon være avhengig av alder og, ikke minst, lederposisjon og videreutdanning henger sammen. Det er kanskje bare én av disse variablene som har en selvstendig effekt. Derfor sammenliknet vi disse variablene som konkurrerende forklaringsvariabler i en (logistisk) regresjonsanalyse. Resultatene er gjengitt i tabell 6.6.

Vi bruker tre modeller for å analysere disse sammenhengene: Modell 1 ser på alder og ansiennitet (med variablene brukt i tabell 6.4 ovenfor), Modell 2 ser på videreutdanning og ledelsesposisjon (med variablene brukt i tabell 6.5 ovenfor). Modell 3 slår sammen alle variablene fra Modell 1 og Modell 2.

Tabell 6.6 gjengir resultatene. Vi minner om at regresjonsverdiene er ustandardiserte, så vi kan ikke direkte sammenlikne den beregnede «effekten» av f.eks. alder og antall år på arbeidssted (vi måtte i så fall ta hensyn til skalaen på den enkelte variabelen). Vi holder oss til det som er lettere å lese ut av tabellen: Vi ser at antall år på arbeidsstedet mistet betydning i analysen når vi samtidig inkluderte alder og antall år i sykehjem og hjemmesykepleie i analysen (Modell 1). Videre ser vi i Modell 2 at ledelsesposisjon slo ut som en langt viktigere forklaring enn videreutdanning (begge variabler kan bare ha verdier 0 og 1, og er deres «effekt» er derfor sammenliknbare).

Den mest interessante modellen er imidlertid Modell 3 i tabell 6.6. Ved å slå sammen alle de analyserte variablene i én og samme analyse, ser vi at ledelsesposisjon, alder, samt antall år med arbeid i sykehjem eller hjemmesykepleie fortsatt har betydning, mens videreutdanning mister sin betydning. Videreutdanning er avhengig av alder og ansiennitet, ved siden av å ha en sammenheng med ledelsesposisjon. Analysen tyder dermed på at ønsket om å slutte er preget av alder og antall år respondenten hadde arbeidet i sykehjem/ hjemmesykepleie, men ikke av antall år på arbeidsstedet og heller ikke av videreutdanning i seg selv.

**Tabell 6.6 Ønsket om å slutte avhengig av alder, antall år i sykehjem/hjemmesykepleie, antall år på nåværende arbeidssted, og hvorvidt respondenten har videreutdanning, og/eller lederstilling (logistisk regresjon, ustandardiserte verdier)**

	Skala	Regresjonseffekter		
		Modell 1	Modell 2	Modell 3
Alder	20–73	-0,026***		-0,025***
Antall år jobbet i SH/HJS	0–66	-0,024***		-0,020***
Antall år på arbeidsstedet	0–43	-0,002		-0,001
Videreutdanning	0–1		-0,173**	0,103
Leder	0–1		-0,897***	-0,768***

\*\*\*  $p < ,001$  \*\*  $p < ,001$

Det er også undersøkt hvorvidt ønsket om å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien varierer med kommunestørrelse (antall innbyggere i kommunen). Analysen viser at noen flere respondenter i de største kommunene (med høyest innbyggertall) ønsker å slutte å jobbe i disse tjenestene (tabell 6.7) ( $p < .00$ ).

Det er bare små, ikke signifikante, forskjeller mellom landsdeler når vi sammenlikner andelen som ønsker å slutte å jobbe i sykehjem/hjemmesykepleie eller er usikre.

**Tabell 6.7 Andel som ønsker å slutte eller er usikre på om de vil fortsette å arbeide i sykehjem/hjemmesykepleie avhengig av kommunestørrelse og geografisk landsdel**

			N
Kommunestørrelse (antall innbyggere)	3000 eller færre	49%	502
	3001–10 000	43%	1192
	10 001–20 000	46%	827
	20 001–50 000	52%	1161
	50 001 eller flere	54%	1263
Tjeneste	Sykehjem	50%	2815
	Hjemmesykepleie	48%	1817
	Sykehjem/hjemmesykepleie	46%	313
Geografisk landsdel	Nord-Norge	53%	547
	Midt-Norge	50%	863
	Vestlandet	47%	1211
	Sørlandet	49%	430
	Oslo/Akershus	51%	550
	Andre deler av Østlandet	48%	1344

### 6.3 Hvorfor sykepleiere ønsker å bli i tjenestene

De som ønsket å fortsette å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien ble bedt om å ta stilling til en rekke utsagn. Nesten alle (97 %) oppga at følelsen å være til nytte har stor eller svært stor betydning for at de fortsatt ønsker å jobbe i sykehjem og/eller hjemmesykepleien (tabell 6.8). I dette spørsmålet er det lite forskjell mellom sykehjem og hjemmesykepleien. Et stort flertall oppga også følgende: det er meningsfullt å jobbe med eldre (86 %), arbeidsoppgavene er varierte og spennende (89 %), de lærer noe nytt hele tiden (83 %), kort reiseavstand (76 %), det er gode muligheter til å utvikle tjenesten (93 %), og tjenesten er godt bemannet med sykepleiere (66 %). Noen flere i sykehjem (89 %) enn i hjemmesykepleien (83 %) oppga at det at de er meningsfullt å jobbe med eldre, har svært stor eller stor betydning for at de ønsker å fortsette å jobbe i sykehjem/hjemmesykepleien (forskjellen er signifikant). En større andel i hjemmesykepleien (94 %) enn i sykehjem (87 %) oppga at det at arbeidsoppgavene er varierte og spennende har svært stor eller stor betydning (forskjellen er signifikant). En litt større andel i hjemmesykepleien (95 %) sammenlignet med sykehjem (92 %) oppga også at gode muligheter til å utvikle tjenesten har svært stor eller stor betydning for at de fortsatt ønsker å jobbe i sykehjem/hjemmesykepleien (forskjellen er signifikant). Noen flere i hjemmesykepleien sammenlignet med i sykehjem oppga også at det at de lærer noe nytt hele tiden har svært stor eller stor betydning (forskjellene er signifikante). Syv av ti oppga at gode karrieremuligheter (69 %), og at tjenesten har høy status (73 %), har svært stor eller stor betydning (73 %) for at de ønsker å fortsette å jobbe innen hjemmesykepleie eller sykehjem.

Nesten halvparten sa og at det har stor eller svært stor betydning at tjenesten tilbyr god lønn (46 %), har fleksible arbeidstider (47 %), og at de har god mulighet til videreutdanning og spesialisering (44 %).

Kun 11 prosent av de som jobber i sykehjem, og 8 prosent av de som jobber i hjemmesykepleien, oppga at de ville bli fordi det er vanskelig å få jobb andre steder (forskjellen er signifikant).

**Tabell 6.8 Forhold som har svært stor eller stor betydning (med svært stor i parentes) for at respondenten fortsatt ønsker å jobbe innenfor hjemmesykepleie eller sykehjem, avgrenset til respondenter som ikke ønsket å slutte i jobb, eller som ønsket ny jobb i sykehjem eller hjemmesykepleie**

	Sykehjem	Hjemme- sykepleie	Sykehjem og hjemme- sykepleie	Totalt
N	1327 til 1399	913 til 948	163 til 168	2405 til 2512
Føler jeg er til nytte	96 (61)	97 (63)	97 (55)	97 (61)
Meningsfullt å jobbe med eldre	89 (48)	83 (37)	87 (44)	86 (44)
Arbeidsoppgavene er varierte og spennende	87 (43)	94 (51)	83 (43)	89 (46)
Lærer noe nytt hele tiden	80 (31)	86 (38)	80 (36)	83 (34)
Kort reiseavstand	75 (46)	77 (41)	80 (44)	76 (44)
Gode muligheter til å utvikle tjenesten	92 (57)	95 (59)	87 (52)	93 (57)
Tjenesten er godt bemannet med sykepleiere	66 (24)	66 (24)	66 (28)	66 (25)
God lønn	49 (17)	42 (13)	52 (25)	46 (16)
God mulighet til videreutdanning og spesialisering	44 (16)	42 (15)	52 (19)	44 (16)
Gode karrieremuligheter	68 (32)	72 (34)	65 (32)	69 (33)
Fleksible arbeidstider	46 (18)	47 (18)	53 (24)	47 (18)
Tjenesten har høy status	74 (34)	74 (34)	65 (34)	73 (34)
Det er vanskelig å i få jobb andre tjenester	11 (4)	8 (2)	18 (4)	11 (3)

## 6.4 Hvorfor sykepleiere ønsker å slutte

Et stort flertall av dem som ikke ønsker å forbli i arbeid på sykehjem eller i hjemmesykepleie (eller er usikre) oppga at følgende har svært stor eller stor betydning: arbeidsbelastningen er stor (82 %), og tidspresset er for stort til at de klarer å gi pasientene det de trenger (77 %) (tabell 6.9). Et flertall oppga også: for få sykepleiere (67 %), for få kompetansehevende tiltak i tjenesten (64 %), og lite mulighet til å utvikle tjenesten (60 %).

Halvparten sa at følgende har svært stor eller stor betydning for at de ønsker å slutte: dårlig ledelse (53 %), de må jobbe vakter på tidspunkt de ikke ønsker (50 %), lønna er for lav (50 %), jobber for mye alene (50 %), begrensede karrieremuligheter (47 %), lite faglig engasjement (48 %), og begrenset mulighet til videreutdanning og spesialisering (46 %). I overkant av fire av ti (44 %) oppga også at pasientene opplever kritikkverdige forhold (44 %), og 38 prosent oppga at arbeidsoppgavene er lite varierte, og 36 prosent at

det at tjenesten har lav status har svært stor eller stor betydning. Et mindretall oppga at det har stor eller svært stor betydning at de ikke har fått en heltidsstilling (21 %), eller har et dårlig forhold til kollegaer (19 %).

Det er gjennomgående en større andel respondenter i sykehjem enn i hjemmesykepleien, som oppga at de ulike forholdene har svært stor eller stor betydning for at de ønsker å slutte/er usikker på om de ønsker å fortsette å jobbe i sykehjem og/eller hjemmesykepleien (tabell 6.9).

**Tabell 6.9 Forhold som har stor/svært stor betydning (svært stor i parentes) for at respondenten ønsker å slutte eller er usikker på om hun/han ønsker å fortsette å jobbe i sykehjem og/eller hjemmesykepleien**

	Sykehjem		Hjemmesykepleie		Sykehjem eller hjemmesykepleie		Totalt	
	1410		864		145		2419	
Arbeidsbelastningen er stor	83%	(55%)	80%	(47%)	80%	(44%)	82%	(52%)
Tidspresset er for stort til at jeg klarer å gi pasientene det de trenger	78%	(45%)	76%	(43%)	75%	(41%)	77%	(44%)
Er for få sykepleiere	70%	(39%)	63%	(32%)	69%	(35%)	67%	(36%)
For få kompetansehevede tiltak i tjenesten	64%	(32%)	64%	(32%)	64%	(26%)	64%	(31%)
Lite mulighet til å utvikle tjenesten	65%	(32%)	54%	(23%)	61%	(30%)	60%	(28%)
Dårlig ledelse	52%	(29%)	52%	(25%)	55%	(26%)	53%	(28%)
Må jobbe vakter på tidspunkt jeg ikke ønsker	49%	(28%)	53%	(29%)	50%	(27%)	50%	(28%)
Jobber for mye alene	57%	(30%)	39%	(17%)	61%	(31%)	50%	(25%)
Begrensede karrieremuligheter	51%	(26%)	42%	(18%)	46%	(20%)	47%	(22%)
Lite faglig engasjement	52%	(21%)	43%	(14%)	48%	(17%)	48%	(18%)
Begrenset mulighet til videreutdanning og spesialisering	48%	(24%)	42%	(18%)	42%	(20%)	46%	(22%)
Pasientene opplever kritikkverdige forhold	47%	(19%)	40%	(14%)	42%	(15%)	44%	(17%)
Arbeidsoppgavene er lite varierte	43%	(18%)	30%	(9%)	46%	(16%)	38%	(14%)
Lønna er lav	50%	(25%)	49%	(21%)	54%	(26%)	50%	(24%)
Tjenesten har lav status	30%	(15%)	20%	(9%)	27%	(12%)	26%	(12)
Får ikke heltidsstilling	21%	(11%)	19%	(10%)	28%	(14%)	21%	(11%)
Dårlig forhold til kollegaer	20%	(8%)	16%	(5%)	25%	(8%)	19%	(7%)

## 6.5 Oppsummering

De viktigste oppgitte grunnene for å begynne å jobbe på deres nåværende arbeidssted var: ønsket om å bidra til en best mulig livssituasjon for pasientene, at det er meningsfullt å jobbe med eldre (flest i sykehjem) og kronisk syke, at arbeidsoppgavene virket varierte og spennende (flest i hjemmesykepleien), og kort reiseavstand til jobben.

Ca. halvparten oppga at følgende hadde svært stor eller stor betydning: mindre ubekvemme vakter (natt, helg) (flest i hjemmesykepleien), arbeidsstedet hadde et godt rykte (flest i hjemmesykepleien), positive erfaringer fra tjenesten i studietiden (flest i hjemmesykepleien), og tjenesten var godt bemannet med sykepleiere. I tillegg oppga flere i en åpen tekst: muligheten til å få en fast 100 prosent stilling.

Ca. tre av ti svarte også at følgende hadde svært stor eller stor betydning for at de begynte å jobbe på sitt nåværende arbeidssted: god lønn (flest i sykehjem), fleksible arbeidstider (flest i sykehjem), og det var gode muligheter til videreutdanning og spesialisering. Kun en av ti svarte at de begynte å jobbe på sitt nåværende arbeidssted fordi de ikke fikk jobb andre steder (flest i sykehjem).

Seks av ti oppga at de ønsket å slutte eller var usikre på om de vil fortsette å jobbe på sitt nåværende arbeidssted. I underkant av tre av ti ønsket å skifte jobb, og tre av ti var usikre. Blant de som ønsket å skifte arbeidssted eller var usikre på om de vil skifte jobb, svarte 433 sykepleiere at de kan tenke seg å fortsette å jobbe i et annet sykehjem eller hjemmesykepleietjeneste. Det vil si at andelen som ikke ønsket eller var usikre på om de vil fortsette med å jobbe i tjenestene sykehjem eller hjemmesykepleien var på 49 prosent.

Ønsket om å slutte eller om de er usikker på om de vil fortsette å jobbe i disse tjenestene var størst blant de unge, og blant dem som hadde arbeidet færrest år på sykehjem og/eller i hjemmesykepleie. En større andel vanlig ansatte enn ledere ønsket også å slutte. Videre ser vi at det er flest respondenter i de største kommunene som ønsket å skifte arbeidssted. Vi finner imidlertid små forskjeller mellom landsdeler, og mellom de som er i sykehjem og hjemmesykepleien i dag.

Nesten alle som ønsket å fortsette med å jobbe i sykehjem og/eller sykehjem, oppga at det at de føler de er til nytte har stor eller svært stor betydning. Et stort flertall oppga også følgende: det er meningsfullt å jobbe med eldre

(flest i sykehjem), arbeidsoppgavene er varierte og spennende (flest i hjemmesykepleien), lærer noe nytt hele tiden (flest i hjemmesykepleien), kort reiseavstand, gode muligheter til å utvikle tjenesten (flest i hjemmesykepleien), gode karrieremuligheter, tjenesten har høy status, og tjenesten er godt bemannet med sykepleiere. Nesten halvparten sa og at det har stor eller svært stor betydning at tjenesten tilbyr god lønn, har fleksible arbeidstider, og at de har god mulighet til videreutdanning og spesialisering.

Kun 11 prosent av de som jobber i sykehjem, og 8 prosent av de som jobber i hjemmesykepleien, oppga at de ønsket å fortsette med å jobbe i disse tjenestene fordi det er vanskelig å få jobb andre steder.

Et stort flertall av de som ønsket å slutte eller var usikre på om de ville fortsette med å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien, oppga at følgende hadde stor eller svært stor betydning: arbeidsbelastningen er stor, og tidspresset er for stort til at de klarer å gi pasienten det de trenger. Et flertall oppga også: for få sykepleiere, for få kompetansehevede tiltak i tjenesten, og lite mulighet til å utvikle tjenesten. Ca. halvparten oppga: dårlig ledelse, lønna er for lav, de må jobbe på vakter de ikke ønsker, jobber for mye alene, begrensede karrieremuligheter, lite faglig engasjement, og begrenset mulighet til videreutdanning. I overkant av fire av ti oppga også at pasientene opplever kritikkverdige forhold, og nesten tre av ti oppgir at arbeidsoppgavene er lite varierte, og i overkant av tre av ti at det at tjenesten har lav status har svært stor eller stor betydning for at de ønsket var usikre på om de vil forlate disse tjenestene. To av ti oppga at det hadde stor eller svært stor betydning at de ikke har fått en heltidsstilling, eller har et dårlig forhold til kollegaer.

Det er gjennomgående en større andel respondenter i sykehjem enn i hjemmesykepleien, som oppga at de ulike forholdene hadde svært stor eller stor betydning for at de ønsket å slutte eller var usikker på om de ønsket å fortsette å jobbe i sykehjem og/eller hjemmesykepleien.



## 7 Avslutning

I dette kapitlet diskuteres følgende hovedresultater fra studien: For det første viser ulike datakilder en stor mangel på sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien. Det er mye som tyder på at mangelen vil bli betydelig større om 10 år. For det andre er det en sterk sammenheng mellom opplevd mangel på sykepleiere og rapportert kvalitet på tjenestene. Et tredje viktig funn er at halvparten av sykepleierne som jobber i sykehjem og hjemmesykepleien vurderer å slutte. Den siste hovedoverskriften i kapitlet er: Underbemanning er selvforsterkende – er det mulig å snu utviklingen?

### 7.1 Stor mangel på sykepleiere

Fremskrivninger som er gjort av SSB og KS, har beregnet at det vil bli en kraftig vekst i etterspørselen etter sykepleiere innen helse- og sosialtjenestene om 10 år, fordi det vil bli en betydelig vekst i antall eldre over 80 år. Sentrale helsemyndigheter ser det som en stor utfordring å få til å rekruttere nok personell til disse tjenestene (Kompetanseløftet Meld. St 26 (2014-2015)). Kartleggingen som vi har gjort viser at det allerede nå er en stor utfordring å rekruttere nok personell, og spesielt sykepleiere. NAVs bedriftsundersøkelse viser at helse- og sosialtjenestene i statlig og kommunal sektor hadde problemer med å rekruttere 2350 sykepleiere og 200 spesialsykepleiere våren 2015.

Per i dag kan det se ut som at hjemmesykepleien og sykehjem, som vi har satt fokus på i denne rapporten, er taperne i konkurransen om å tiltrekke seg arbeidskraft. En undersøkelse blant ferdigutdannede sykepleiere i 2015 viser at et fåtall hadde hjemmesykepleien og sykehjem som sin førsteprioritet (Avgangsundersøkelsen NSF 2015). I avgangsundersøkelsen, som ble gjennomført et halvt år etter at sykepleiere var ferdig utdannet, ønsket 15 prosent å jobbe i hjemmesykepleien og 8 prosent i sykehjem. De fleste ønsket å jobbe i sykehus (66 %). Noe over halvparten hadde fått jobb i sykehus (53 %). Det var små forskjeller mellom andelen som ønsket å jobbe i hjemmesykepleien (15 %), og som hadde fått jobb i hjemmesykepleien (18 %), men det var flere som ikke hadde sykehjem som sin førsteprioritet som hadde fått jobb i sykehjem (18 %).

Mangel på sykepleiere dreier seg ikke bare om problemer med å rekruttere. I tillegg til utfordringen med ubesatte stillinger er det et høyt langtids- og korttidsfravær i sykehjem og hjemmesykepleien. Helse- og sosialpersonellstatistikken viser at antallet årsverk som er borte på grunn av lange fravær (legemeldt sykefravær og foreldrepermisjon), utgjør 12 prosent av alle sykepleierstillinger i kommunal sektor. Ifølge kartleggingen vi gjorde blant NSF sine tillitsvalgte i 176 sykehjem og 57 hjemmesykepleiertjenester i januar 2016, settes det som oftest inn personell med lavere kompetanse når sykepleiere har lange fravær. Det er heller ikke uvanlig at det ikke settes inn annet personell når sykepleiere har lange fravær.

Det er også et høyt korttidsfravær i sykehjem og hjemmesykepleien. Kartleggingen som ble foretatt av tillitsvalgte i disse tjenestene i 23 kommuner i to fylkeskommuner i 2015, viser et gjennomsnittlig fravær på 24 prosent av sykepleiervaktene som settes opp i planlagt turnus. I snitt var det 18 prosent av vaktene som ikke ble dekket opp. Av vakter som ble dekket opp, ble 28 prosent dekket av sykepleiere eller annet personell med helsefaglig bakgrunn på høyskolenivå. Flest vakter ble dekket av personell med lavere kompetanse, og en stor andel av disse var ufaglærte. Kartleggingen samsvarer med tidligere kartlegginger og undersøkelser, som viser et stort og systematisk avvik mellom personer som settes opp i turnusvakter, og som faktisk er på jobb (ECON 2009, Holmeide & Eimot 2010, Gautun 2012, Gautun & Bratt 2015).

## 7.2 Mangel på sykepleiere påvirker opplevd kvalitet på tjenestene

En rekke undersøkelser og tilsyn har avdekket mangler og svikt i kvaliteten på kommunale helse- og omsorgstjenester til eldre, og andre sårbare grupper som f.eks. rusmisbrukere og personer med psykiske lidelser (Gjevjon et al 2011, Helsetilsynet 2010, Malmedal 2013, Norsk Senter for menneskerettigheter 2014, Gautun & Grødem 2015). De 4945 respondentene som deltok i undersøkelsen som vi gjennomførte i mars 2016, tok stilling til en rekke utsagn om ulike sider ved kvaliteten på tjenesten de jobber i. Valg av utsagn er gjort på bakgrunn av tidligere undersøkelser og Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Utsagnene er ekspertvalidert av sykepleiere og fagpersoner i NSF. Undersøkelsen avdekker at mange sykepleiere opplever kvaliteten på

tjenestene som ytes i sykehjem og hjemmesykepleien som utilstrekkelig. Et stort flertall ga uttrykk for: at det er mangler i kulturtilbudet, at pasientene i sykehjem og hjemmesykepleien ikke blir tilstrekkelig aktivisert i sitt dagligliv, og at sykepleierne har for liten tid til å følge med på eventuelle endringer i den enkelte pasients helsetilstand, slik at de kan forebygge forverring og bruk av mer spesialiserte tjenester. Halvparten av respondentene rapporterte også om legemiddelfeil, og tre av ti at medisinske behov ikke ivaretas godt, og at behandling iverksettes for sent. To av ti ga uttrykk for at pasienter ikke får dekket sine ernæringsbehov. I sammenligningene av kommuner med ulik størrelse ble de ulike kvalitetsvariablene gruppert i følgende tre kategorier: kvalitet i grunnleggende sykepleie, kvalitet i behandling, og kvalitet innen forebygging og aktivisering. Flere sykepleiere i større kommuner opplevde dårlig kvalitet på grunnleggende sykepleie og behandling, sammenlignet med sykepleiere i mindre kommuner. Det var imidlertid flere sykepleiere i mindre kommuner, sammenlignet med større kommuner, som ga uttrykk for dårlig kvalitet innen forebygging og aktivisering.

I overkant av åtte av ti av respondentene sa seg helt eller delvis enig i at de jobber under et stort tidspress. Over halvparten oppga at de daglig eller ukentlig opplever situasjoner der kravene til forsvarlighet ikke kan møtes på grunn av for lite tid til den enkelte pasient. I tillegg svarte to av ti at de opplever denne typen situasjoner 1–3 ganger i måneden.

Svarene i undersøkelsen samsvarer med funn i en undersøkelse som ble gjennomført blant 4187 sykepleiere som jobbet i sykehjem og hjemmesykepleie i 2011 (Gautun & Hermansen 2011). Respondentene som svarte på denne undersøkelsen ble også bedt om å vurdere en rekke utsagn om kvaliteten på tjenesten. Over halvparten av sykepleierne i undersøkelsen i 2011 ga også uttrykk for at de daglig opplever at tiden de har til rådighet til den enkelte eldre pasient, ikke strekker til. 31 prosent svarer at dette skjer hver uke. Akkurat som i 2016 undersøkelsen rapporterte sykepleiere i større kommuner også dårligere kvalitet enn sykepleiere i mindre kommuner. I 2011 var dette også tilfellet for kvaliteten på forebygging og aktivisering.

Et hovedspørsmål som er undersøkt i 2016 undersøkelsen, er om det er en sammenheng mellom bemanning og kvaliteten på tjenesten. De fleste av de 4945 sykepleierne som deltok i spørreundersøkelsen, ga uttrykk for at det

er for få sykepleiere på jobb i sykehjemmet eller hjemmesykepleien de jobber i. Nesten syv av ti oppga at tjenesten har problemer med å rekruttere sykepleiere. Jo større kommunene er, jo større problemer ser det ut til at tjenestene har med å rekruttere. Om lag halvparten av respondentene ga også uttrykk for et høyt fravær i tjenesten de jobbet i. I alt 16 prosent av de 4945 undersøkte sykepleierne oppga at det ofte eller alltid ikke settes inn annet personell når det oppstår fravær blant sykepleiere. Tillitsvalgte som kartla udekkede vakter i 23 kommuner i 2015, oppga at 18 prosent av sykepleiervaktene med fravær ikke ble dekket opp. Når det ble satt inn annet personell ble det i begge undersøkelsen oppgitt at det er et mindretall av disse som var sykepleiere. Fire av ti i av de 4945 undersøkte sykepleierne 2016 oppga at det ofte eller alltid var ufaglærte som tok vaktene.

Undersøkelsen blant de 4945 sykepleierne viser en klar og signifikant sammenheng mellom oppgitt mangel på sykepleiere og opplevd kvalitet på tjenestene. Det gjelder både kvalitet i grunnleggende sykepleie, kvalitet i behandling, og kvalitet innen forebygging og aktivisering. Sammenhengene ser ut til å være sterkest for kvalitet i behandling, og resultatene er påfallende like for sykehjem og hjemmesykepleie.

### 7.3 Halvparten vurderer å slutte

Halvparten av de 4945 sykepleierne som svarte på undersøkelsen ønsket å slutte eller var usikker på om de ønsket å fortsette å jobbe i sykehjem eller hjemmesykepleie. De to gruppene var omtrent like store. En overvekt av de som ikke ønsket å bli i tjenestene var: unge, hadde jobbet få år i sykehjem eller hjemmesykepleie, var vanlig ansatt (ikke leder), og kom fra de største kommunene.

Det fremkommer i undersøkelsen at hovedgrunnen til at så mange vurderte å slutte er at det er for få på jobb. Flere av respondentene ga uttrykk for at de i sitt daglige arbeide jobber under et så stort tidspress at de ikke har mulighet til å gi tjenester som de mener er etisk og faglig forsvarlig. Et stort flertall av de 4945 sykepleierne oppga at tidspresset var for stort til at de klarer å gi pasienten det hun eller han trenger, og at dette hadde svært stor eller stor betydning for at de vurderte å slutte. I overkant av fire av ti oppga også at det hadde svært eller stor betydning at pasientene opplever kritikkverdige forhold

der de jobber. Det kan se ut som at flere, og spesielt de yngre sykepleierne, har blitt demotiverte av å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien. Respondentene ga uttrykk for at den viktigste motivasjonen for at de valgte å begynne å jobbe på sitt nåværende arbeidsstedet var verdimeessig begrunnet. Nesten alle oppga at ønsket om å bidra til en best mulig livssituasjon for pasientene hadde stor eller svært stor betydning. Et stort flertall oppga i tillegg at de opplever det som meningsfullt å jobbe med eldre og kronisk syke, og at dette hadde en stor eller svært stor betydning for at de begynte å jobbe på sitt nåværende arbeidssted. Svært få svarte at de begynte å jobbe på sitt nåværende arbeidssted fordi de ikke fikk jobb andre steder. Et mindretall oppga også at god lønn, og at tjenesten har en høy status, var viktig for valget. Vi ser også at et stort flertall av gruppen respondenter som svarte at de ønsker å fortsette å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien, oppga at det er fordi de ønsker å være til nytte, ønsker å bedre livssituasjonen til pasientene, og at de opplever det som meningsfullt å jobbe med eldre og kronisk syke.

I tillegg til at sykepleierne opplevde at de må gå på akkord med hva de opplever er en faglig forsvarlig tjeneste som ytes pasientene, ga et stort flertall av dem uttrykk for at tidspresset går ut over dem selv. Analysene viser en klar og signifikant sammenheng mellom mangel på sykepleiere i tjenestene de jobbet i og opplevd fysisk og psykisk arbeidsbelastning. Et stort flertall av de 2435 sykepleierne som vurderte å slutte oppga at en for stor arbeidsbelastning hadde svært stor eller stor betydning for at de ønsket å slutte.

## 7.4 Underbemanning er selvforsterkende – er det mulig å snu utviklingen?

En hovedkonklusjon i studien er at underbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien er selvforsterkende. For få sykepleiere på jobb ser ut til å føre til et stort udekket fravær, og til at et halvparten av de som jobber i disse tjenestene vurderer å slutte. Det er forventet en betydelig vekst i etterspørselen etter sykepleiere i hele helse- og sosialsektoren. Det er derfor rimelig å anta at sykepleiere i økende grad kan få jobb der de ønsker. Sykehjem og hjemmesykepleien kan i økende grad bli taperne i konkurransen om utdannet arbeidskraft innen helse- og sosialsektoren. Det er mye som tyder på at denne utvik-

lingen går mest ut over gruppen eldre hjelpetrengende. Sykehjem er et eldreomsorgstilbud, og selv om hjemmesykepleien yter tjenester til andre grupper enn eldre, indikerer undersøkelser at det er de aller eldste med behov for tjenester som rammes når det er mangel på personell (Gautun & Grødem 2015, Gautun & Syse 2013).

For å snu en negativ utvikling med underbemanning ser det ut som at det aller viktigste må være å få til å redusere det store tidspresset i disse tjenestene. Dette kan være svært vanskelig å få til i og med at problemet er at sykehjem og hjemmesykepleien flere steder har problemer med å rekruttere og beholde sykepleiere. Antakeligvis er det ikke ett, men flere tiltak som må til. Selv om det ser ut som at en stor del av forklaringen på at sykepleiere ønsker å slutte å jobbe i disse tjenestene handler om at et for stort tidspress fører til dårlig kvalitet på tjenestene, kan et klokt grep, for å snu en negativ utvikling, være å tilby sykepleiere bedre arbeidsbetingelser i sykehjem og hjemmesykepleien. Halvparten av de 4945 respondentene som svarte på spørreskjemaet i mars ser ut til å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleie som klarer å få til dette. Respondentene gir uttrykk for at tjenesten har høy status, den er godt bemannet med sykepleiere, og de opplever å ha gode karrieremuligheter. På bakgrunn av svarene til sykepleierne som ønsker å slutte kan mulige tiltak for å få dem til å bli være å: tilby høyere lønn, utvikle bedre ledere, tilby flere kompetansehevende tiltak og muligheter til videreutdanning, gi sykepleierne større muligheter til å slippe å jobbe på vakter de ikke ønsker, og at de som ønsker tilbys fast jobb og heltidsstillinger. Flere sykepleiere som er interessert i å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien, oppfatter at de kan få bedre arbeidsbetingelser om de velger å jobbe i andre tjenester. En nyutdannet sykepleier skrev følgende da hun svarte på undersøkelsen «*Velger jeg med hodet mitt velger jeg sykehus, velger jeg sykehjem, velger jeg med hjertet mitt*». Kanskje kan forholdene legges til rette for at hun kan velge det samme med hodet og hjerte.

# Summary

## **Home health care and nursing homes: the shortage of nurses in nursing homes and home care services**

In this study, we have investigated the shortage of nurses in nursing homes and home care services. Several data sources document a large shortage of nurses in the daily operation of these long-term care services. A survey conducted among 4,945 nurses working in these services reveals that shortage of nursing staff is associated negatively with perceived service quality, as well as with their experiences of working conditions. The minority of newly educated nurses wants to start working in nursing homes and home-care. About 50 percent of the 4,945 nurses working in the long-term care sector consider quitting working in these services. The reported main reason is high time pressure at work. Services and work places that manage to retain nursing staff are characterized by positive perceptions of job status, sufficient nursing staffing and good career opportunities for nursing staff. This indicates that long-term care services may prevent potential future loss of nursing staff by: offering nursing staff adequate opportunities for further education and skill development, developing better management, offering higher salaries, providing increased flexibility in working hours and offering permanent fulltime positions.





# Referanser

- Dale, B. B. Folkestad, O. Førland, R. Hellesø, A. Moe & M. Sogstad (2015). *Er tjenestene fortsatt «på strekk»? – Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 til 2015*. Senter for omsorgsforskning, Rapportserie – nr. 8/2015.
- Brevik I. (2010). *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn bare eldreomsorg. Utvikling, status og yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007*. NIBR rapport 2010:2. Oslo: Norsk Institutt for by og regionforskning.
- ECON (2009), *Bemanning i kommunal pleie- og omsorg*. Rapport 2009-072
- Gautun, H. & Grødem, A. S. (2015). Prioritising care services: Do the oldest users lose out? *International Journal of Social Welfare*. Vol. 24. doi: 10.1111/ijsw.12116
- Gautun, H. & Bratt, C. (2015). Bemanningsnorm i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. Vol. 1.
- Gautun, H. & Hermansen (2011), *Eldreomsorg under press- Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre*. Fafo- rapport 2011:12
- Gautun, H & A. Syse (2013), *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* NOVA rapport nr. 8/13.
- Gautun, H. (2012), *Planlagt og faktisk bemanning*. Fafo- rapport 2012-05
- Gjevjon, Edith L Roth; Romøren, Tor Inge (2011). Vedtak om sykehjemsplass – hvor høye er tersklene. *Demens: tidsskrift om demenssykdommer*, 15(4), s. 36-37.
- Haukelien, H., Vike, H. & I. Vardheim (2015), *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene*. Telemarksforskning, rapport nr 362.
- Helsedirektoratet. (2014-2015). Samhandlingsstatistikk 2014-2015.  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1147/Samhandlingsstatistikk%202014-2015%20IS-2427.pdf>
- Helsedirektoratet (2014), Personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgstjenestene.
- Helsetilsynet (2010). *Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar 2008–2010. Sårbare pasientar – utrygg tilrettelegging*. Rapport 7/210.
- Holmeide, A & Eimot, M (2010), *Bemanning i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Analysesenteret
- Malmedal, W. (2013). *Inadequate Care, Abuse and Neglect in Norwegian Nursing Homes*. Dr. gradsavhandling ved Institutt for sosialt arbeid. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Trondheim.

- Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.
- Meld. St. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted-til rett tid.
- NAVs bedriftsundersøkelse 2015.
- NSF, Avgangsundersøkelsen 2015.
- NorgesBarometer Nr. 7 2011 Undersøkelse blant Norges ordførere, rådmenn og kommunepolitikere på oppdrag fra Norges Sykepleierforbund.
- Norsk Senter for menneskerettigheter, Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo (2014). Menneskerettigheter i norske sykehjem. Temarapport 2014.
- Omsorg 2020 Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020.
- Otnes B., (2015), Utviklingen i pleie og omsorgstjenestene 1994 – 2013, *Tidsskrift for omsorgsforskning* 1/2015, 48-61.
- SSB (2009) Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008. SSB Rapport 2009/9
- Tjerbo T, Aamodt P.O., Stigen I.M. (2012). *Bemanning i pleie- og omsorgssektoren: handlingsplan og iverksetting*. NIBR-rapport 2012:3.
- Romøren, T.I. (2007), Kommunale hjemmetjenester– fra eldreomsorg til ‘yngreomsorg’? *Aldring og Livsløp* 1/2007.
- Stortingsmelding nr. 25 (2005 – 2006)- Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.
- Aamodt, P.A. & T. Tjerbo (2015), Sammendrag av Evalueringen av Kompetanseløftet 2015. NIFU og NIBR. Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.

# Vedlegg 1

Enkelte av analysene i rapporten bruker faktoranalyse for å måle arbeidsmiljø eller ulike dimensjoner i kvalitet. Det innebærer at vi ser på arbeidsmiljø og kvalitet i tjenesten som variabler som ikke kan observeres direkte (det er latente variabler). I stedet måles de ved hjelp av et sett indikatorer (i vårt tilfelle spørsmål i spørreskjemaet), og disse indikatorene analyseres med faktoranalyse. Vi gir nedenfor noen tekniske detaljer for analysene, det er ikke nødvendig å lese disse detaljene. Deretter gir vi utfyllende informasjon til tabeller i rapporten som bygger på faktoranalyse kombinert med regresjonsanalyse.

## **Tekniske detaljer: Utvikling av målemodeller for tjenestens kvalitet og arbeidsmiljø**

En variabel som ikke kan observeres direkte, kan måles ved hjelp av indikatorer. Men hver av disse indikatorene vil inneholde ”målefeil” i forhold til det vi vil måle. Det innebærer at svar på et spørsmål i et spørreskjema ikke bare vil reflektere det vi vil måle, men også andre forhold. Et eksempel kan være den første indikatoren for kvaliteten i pleie: ”Ernæringsbehov ivaretas godt”. Svaret vil reflektere faktisk nivå på pleie, men også systematiske målefeil, kanskje i form av varierende oppfatninger om hva som er god dekning av ernæringsbehov. I tillegg vil svarene inneholde tilfeldige målefeil (som at man ved en feil setter krysset på feil sted under besvarelsen av et spørreskjema). Slike målefeil blir håndtert av faktoranalysen ved at den beregner sammenhenger mellom ulike indikatorer og skiller ut målefeil for hver av indikatorene (målefeilene inngår da ikke i den beregnede faktoren). Dermed gir faktoranalysen et bedre mål på det vi er interessert i.

I alt 14 spørsmål fra spørreskjemaet er brukt som indikatorer for tjenestens kvalitet (se avsnitt 5.4 i rapporten). Vi brukte først en åpen, letende tilnærming med eksplorerende faktoranalyse i analysen av data fra sykehjem for å utvikle denne faktoranalysen. Vi fullførte så dette arbeidet med data fra sykehjem med såkalt konfirmatorisk faktoranalyse, med videre tilpasning av modellen. Naturlig nok passet denne modellen godt med data som var brukt til å utvikle modellen. Vi testet så målemodellene med et annet utvalg -- svarene fra sykepleiere fra hjemmesykepleie.

Siden konfirmatorisk faktoranalyse forklarer komplekse sammenhenger i data med få sammenhenger i modellen, kan analysen vise at modellen ikke evner å forklare alle de komplekse sammenhengene i data. Slik sett får vi en test av modellen. Vi gjengir her resultater for indikatorer av modellenes evne til å forklare data, men går ikke nærmere inn på egenskaper av slike tester.

*Kvalitet i grunnleggende sykepleie*, modellen brukt på sykehjem: Kji-kvadrat = 24,46, frihetsgrader (df) = 5;  $p = 0,0002$ ; Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0,037, Comparative Fit Index (CFI) = 0,994. Modellen brukt på hjemmesykepleie (konfirmatorisk test av modellen): Kji-kvadrat = 13,61, df = 5;  $p = 0,018$ ; RMSEA = 0,031, CFI = 0,995.

*Kvalitet i behandling* (med korrelasjon mellom residualvarians for to indikatorer, se figur nedenfor), modellen brukt på sykehjem: Kji-kvadrat = 1,22, df = 1;  $p = 0,27$ ; RMSEA = 0,009, CFI = 1,000. Modellen brukt på hjemmesykepleie (konfirmatorisk test): Kji-kvadrat = 0,14, df = 1;  $p = 0,91$ ; RMSEA = 0,000, CFI = 1,000.

*Kvalitet i forebygging/aktivisering* (med korrelasjon mellom residualvarians for to indikatorer, se figur nedenfor), modellen brukt på sykehjem: Kji-kvadrat = 18,52, df = 4;  $p = 0,001$ ; RMSEA = 0,036, CFI = 0,996. Modellen brukt på hjemmesykepleie (konfirmatorisk test av modellen): Kji-kvadrat = 12,36, df = 4;  $p = 0,015$ ; RMSEA = 0,034, CFI = 0,995.

En vesentlig del av faktoranalysen var å sikre at en modell som inkluderte alle de tre faktorene (og alle de 14 spørsmålene som indikatorer) kunne forklare data. En slik modell som omfattet alle tre dimensjoner i kvalitet passet ikke bare godt til data fra sykehjem (Kji-kvadrat = 427,52, df = 59;  $p < 0,001$ ; RMSEA = 0,047, CFI = 0,975), den passet også godt til data fra hjemmesykepleie (Kji-kvadrat = 308,04, df = 59;  $p < 0,001$ ; RMSEA = 0,048, CFI = 0,967).

I tillegg brukte vi konfirmatorisk faktoranalyse for analysen av *arbeidsmiljø*, med fire indikatorer. Modellen passet godt til data fra sykehjem: Kji-kvadrat = 5,63, df = 2;  $p = 0,060$ ; RMSEA = 0,025, CFI = 0,999), og hjemmesykepleie (konfirmatorisk test av modellen): Kji-kvadrat = 13,72, df = 2;  $p = 0,001$ ; RMSEA = 0,057, CFI = 0,994. Vi introduserte mulighetene for to av indikatorene å ha korrelerte målefeil i senere analyser med fravær (se nedenfor).

Alle analyser med faktoranalyse og strukturelle likningsmodeller (regresjonsanalyse som inkluderte faktoranalyse) brukte Mplus 7.3. Indikatorene for faktorer ble definert som kategoriske variabler, og beregningene i analysen ble gjennomført med ”weighted least squares -- mean and variance adjusted” (WLSMV).

## Utfyllende informasjon til tabeller i rapporten

### Utfyllende informasjon til tabell 5.9 (sammenhenger mellom rapportert fravær og rapportert kvalitet i tjenestene).

Tabell 5.9 i rapporten viser hovedresultatene for sammenhenger mellom rapportert fravær og rapportert kvalitet i tjenestene, basert på en analyse med strukturelle likningsmodeller (regresjonsanalyse som inkluderer faktoranalyse for tjenestens kvalitet). Tabell 5.9b her i Vedlegget gir utfyllende informasjon om modellen. Her bruker vi regresjonsanalyse, med ustandardiserte verdier.

Gjennomgående har vi kodet indikatorene slik at de er positive (selv om noen spørsmål var negativt formulert, andre positivt formulert).

**Tabell 5.9b Utfyllende informasjon til tabell 5.9 (Sammenhenger mellom opplevd kvalitet ved tjenesten og fravær blant sykepleiere)**

	Sykehjem			Hjemmesykepleie		
	Pleie	Behandling	Forebygging/aktivisering	Pleie	Behandling	Forebygging/aktivisering
Fravær, målt med						
Sykefraværet er lavt	0,739***	0,677***	0,823***	0,778***	0,716***	0,831***
Det er et høyt fravær	0,740***	0,808***	0,664***	0,734***	0,798***	0,687***
Kvalitet, målt med						
Indikator 1	0,706***	0,623***	0,686***	0,615***	0,613***	0,546***
Indikator 2	0,713***	0,738***	0,524***	0,635***	0,733***	0,415***
Indikator 3	0,613***	0,414***	0,601***	0,554***	0,391***	0,591***
Indikator 4	0,353***	0,651***	0,587***	0,419***	0,574***	0,608***
Indikator 5	0,510***		0,509***	0,579***		0,546***
Residual korrelasjon		0,247***	0,203***		0,204***	0,121***
Fravær → Kvalitet	-0,530***	-0,609***	-0,504***	-0,531***	-0,599***	-0,498***
Kji-kvadrat	56,540	36,072	48,658	46,358	38,121	91,200
df	13	7	12	13	7	12
p	< ,001	< ,001	< ,001	< ,001	< ,001	< ,001
CFI	0,989	0,992	0,991	0,984	0,984	0,958
RMSEA	0,034	0,038	0,033	0,038	0,049	0,060
C.I. RMSEA	,026 til ,044	,027 til ,051	,024 til ,043	,026 til ,050	,035 til ,065	,049 til ,072

Alle verdier er standardiserte. Fravær → Kvalitet representerer den beregnede (regresjons)effekten fra fravær til kvalitet. De fem *indikatorer for grunnleggende sykepleie var*: Ernæringsbehov ivaretas godt, Pasientene får tilstrekkelig hjelp med personlig hygiene, Pasienter får god smertelindring, Det er uvanlig med legemiddelfeil, Vi får nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at tiltak kan settes. De fire *indikatorer for behandling var*: Behandling iverksettes for seint, Det oppstår ofte unødvendige pasientskader (som trykksår, fall, infeksjoner o.l., Medisinske behov ivaretas ikke godt, Pasienter dør alene fordi vi mangler personell (målefeil [residualvariabel] for Behandling iverksettes for seint og Medisinske behov ivaretas ikke godt fikk korrelere). De fem *indikatorer for forebygging/aktivisering var*: Vi tilpasser tjenestene etter pasientenes ønsker, Pasientene blir ikke tilstrekkelig aktivisert i sitt hverdagsliv, Vi gir pasienter opplæring til å mestre behandling og forebygge forverrelse, Vi får nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at tiltak kan settes inn, Pasientene tilbys et godt kulturtilbud (målefeil [residualvariabel] for Pasientene blir ikke tilstrekkelig aktivisert i sitt hverdagsliv og Pasientene tilbys et godt kulturtilbud fikk korrelere).

\*\*\*  $p < ,001$

Utfyllende informasjon til tabell 5.10 (sammenhenger mellom kvalitet i tjenestene og rekrutteringsproblemer).

**Tabell 5.10b** Utfyllende informasjon til tabell 5.10 (Sammenhenger mellom opplevd kvalitet ved tjenesten og rekrutteringsproblemer)

	Sykehjem			Hjemmesykepleie		
	Pleie	Behandling	Forebygging/aktivisering	Pleie	Behandling	Forebygging/aktivisering
Kvalitet, målt med						
Indikator 1	0,725***	0,610***	0,689***	0,626***	0,579***	0,516***
Indikator 2	0,709***	0,751***	0,498***	0,633***	0,763**	0,375***
Indikator 3	0,617***	0,397***	0,612***	0,578***	0,366**	0,624***
Indikator 4	0,342***	0,664***	0,586***	0,389***	0,598**	0,601***
Indikator 5	0,501***		0,508***	0,573***		0,565***
Residual korrelasjon		0,260***	0,217***		0,227**	0,143***
Rekrutteringsproblemer → Kvalitet	0,251***	0,306***	0,298***	0,290***	0,353**	0,308***
Kji-kvadrat	50,479	29,475	27,456	32,169	12,486	40,084
df	9	4	8	9	4	8
p	$p < ,001$	$p < ,001$	$p < ,001$	$p < ,001$	0,014	$p < ,001$
CFI	0,987	0,991	0,994	0,986	0,994	0,979
RMSEA	0,041	0,048	0,030	0,038	0,034	0,047
C.I. RMSEA	,030 til ,052	,033 til ,065	,018 til ,042	0,024 til 0,053	0,014 til 0,057	0,033 0,063

Alle verdier er standardiserte. Rekrutteringsproblemer → Kvalitet representerer den beregnede (regresjons)effekten fra fravær til kvalitet. Se tabell 5.9b for informasjon om indikatorer for kvalitet i grunnleggende sykepleie, behandling, og forebygging/aktivisering.

\*\*  $p < ,01$  \*\*\*  $p < ,001$

## Utfyllende informasjon til tabell 5.11 (sammenhenger mellom arbeidsmiljø og fravær).

Tabell 5.11b gir utfyllende informasjon til analysen av sammenhenger mellom dårlig arbeidsmiljø og fravær blant sykepleiere. Et problem med denne analysen er at fravær kan sees som en indikator for dårlig arbeidsmiljø, mens vi her bruker dårlig arbeidsmiljø for å forutsi forskjeller i fravær. Dette innebar at modellen krevde litt tilpasning ved at vi inkluderte en korrelasjon mellom residualvariabler (målefeilene) for to av indikatorene for arbeidsmiljø, fysisk arbeidsbelastning og tidspress. Vi inkluderte denne residualkorrelasjonen også i modellen gjengitt i tabell 5.12b.

**Tabell 5.11b Sammenhenger mellom dårlig arbeidsmiljø og fravær blant sykepleiere. Standardiserte verdier**

	Sykehjem	Hjemmesykepleie
Fravær, målt med		
Sykefraværet er lavt	0,765***	0,792***
Det er et høyt fravær	0,714***	-0,722***
Arbeidsmiljø, målt med		
Fysisk arbeidsbelastning er stor	0,629***	0,641***
Psykisk arbeidsbelastning er lav	0,609***	-0,632***
Det er lite faglig engasjement	0,417***	0,337***
Tidspresset er stort	0,641***	0,677***
Residual korrelasjon fysisk og arbeidsbelastning og tidspress	0,394***	0,331***
Arbeidsmiljø → Fravær	0,752***	0,746***
Kji-kvadrat	89,290	44,798
df	7	7
p	< ,001	< ,001
CFI	0,979	0,984
RMSEA	0,065	0,055
C.I. RMSEA	0,053 til 0,077	0,040 til 0,070

Alle verdier er standardiserte. Arbeidsmiljø → Fravær representerer den beregnede (regresjons)effekten fra Arbeidsmiljø til Fravær.

\*\*\*  $p < ,001$



## Utfyllende informasjon til tabell 5.12 (sammenhenger mellom arbeidsmiljø og rekrutteringsproblemer)

**Tabell 5.12b Sammenhenger mellom dårlig arbeidsmiljø og rekrutteringsproblemer. Standardiserte verdier.**

	Sykehjem	Hjemmesykepleie
Arbeidsmiljø, målt med		
Fysisk arbeidsbelastning er stor	0,658***	0,624***
Psykisk arbeidsbelastning er lav	0,602***	0,669***
Det er lite faglig engasjement	0,365***	0,304***
Tidspresset er stort	0,689***	0,651***
Fysisk arbeidsbelastning er stor		
Residual korrelasjon fysisk og arbeidsbelastning og tidspress	0,345***	0,349***
Arbeidsmiljø → Rekrutteringsproblemer	0,347***	0,425***
Kji-kvadrat	40,602	21,362
df	4	4
p	< ,001	< ,001
CFI	0,989	0,991
RMSEA	0,057	0,049
C.I. RMSEA	0,042 til 0,074	0,030 til 0,071

Alle verdier er standardiserte. Arbeidsmiljø → Rekrutteringsproblemer representerer den beregnede (regresjons)effekten fra Arbeidsmiljø til Rekrutteringsproblemer.

\*\*\*  $p < ,001$

Utfyllende informasjon til tabell 5.15 (sammenhenger mellom avdeling i sykehjem og kvalitet).

**Tabell 5.15b Kvalitet i tjenesten som avhengig av type avdeling i sykehjem (langtid og langtid/korttid sammenliknet med korttidsavdeling som er referansegruppe), ustandardiserte verdier fra regresjonsanalyse**

	Sykehjem		
	Pleie	Behandling	Forebygging/ aktivisering
Kvalitet, målt med			
Indikator 1	1,000	1,000	1,000
Indikator 2	0,954***	1,315***	0,728***
Indikator 3	0,842***	0,647***	0,915***
Indikator 4	0,471***	1,118***	0,838***
Indikator 5	0,675***		0,763***
Residual korrelasjon		0,210***	0,154***
Langtid	0,043	0,043	0,008
Lang- og korttids	-0,034	-0,005	-0,117*
Kji-kvadrat	51,275	13,841	221,724
df	13	7	12
p	< ,001	0,054	< ,001
CFI	0,986	0,997	0,934
RMSEA	0,033	0,019	0,081
C.I. RMSEA	0,024 til 0,043	0,000 til 0,034	0,072 til 0,090

Se tabell 5.9b for informasjon om indikatorer for kvalitet i grunnleggende sykepleie, behandling, og forebygging/aktivisering. Faktorladning på 1.00 var definert før analysen for å gjøre analysen mulig, ikke beregnet.

\*  $p < ,05$  \*\*\*  $p < ,001$

Utfyllende informasjon til tabell 5.16 (sammenhenger mellom kommunestørrelse og kvalitet).

**Tabell 5.16b Kvalitet i tjenesten som avhengig av kommunestørrelse (sammenliknet med kommuner opp til 3000 innbyggere). Ustandardiserte verdier fra regresjonsanalyse**

	Sykehjem			Hjemmesykepleie		
	Pleie	Behand- ling	Fore- bygging/ aktivisering	Pleie	Behand- ling	Fore- bygging/ aktivisering
Kvalitet, målt med						
Indikator 1	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Indikator 2	0,976***	1,324***	0,745***	1,012***	1,455***	0,694***
Indikator 3	0,845***	0,651***	0,886***	0,894***	0,620***	1,197***
Indikator 4	0,462***	1,139***	0,851***	0,626***	1,076***	1,124***
Indikator 5	0,687***		0,789***	0,893***		1,057***
Residual korrelasjon		0,211***	0,137***		0,200***	0,112***
3001-10 000	0,116	0,047	0,136*	-0,236**	-0,149*	-0,077
10 001-20 000	-0,039	-0,011	0,111	-0,300***	-0,262***	-0,101
20 001-50 000	-0,084	-0,112*	0,090	-0,316***	-0,327***	-0,162**
50 001 eller mer	-0,145*	-0,185***	0,135*	-0,353***	-0,278***	-0,177**
Kji-kvadrat	59,764	52,572	109,525	27,792	8,434	73,822
df	21	13	20	21	13	20
p	< ,001	< ,001	< ,001	0,1461	0,814	< ,001
CFI	0,984	0,982	0,966	0,995	1,000	0,955
RMSEA	0,026	0,033	0,040	0,013	0,000	0,038
C.I. RMSEA	0,018 til 0,033	0,024 til 0,042	0,033 til 0,047	0,000 til 0,025	0,000 til 0,015	0,029 til 0,048

Se tabell 5.9b for informasjon om indikatorer for kvalitet i grunnleggende sykepleie, behandling, og forebygging/aktivisering. Faktorladning på 1.00 var definert før analysen for å gjøre analysen mulig, ikke beregnet.

\*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,01$  \*\*\*  $p < ,001$

Utfyllende informasjon til tabell 5.17 (sammenhenger mellom landsdel og kvalitet).

**Tabell 5.17b Kvalitet i tjenesten som avhengig av landsdel (sammenliknet med Oslo/Akershus). Ustandardiserte verdier fra regresjonsanalyse**

	Sykehjem			Hjemmesykepleie		
	Pleie	Behandling	Forebygging/aktivisering	Pleie	Behandling	Forebygging/aktivisering
Kvalitet, målt med						
Indikator 1	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Indikator 2	0,973***	1,309***	0,788***	1,011***	1,428***	0,725***
Indikator 3	0,849***	0,654***	0,893***	0,909***	0,643***	1,212***
Indikator 4	0,471***	1,119***	0,858***	0,624***	1,060***	1,129***
Indikator 5	0,685***		0,838***	0,893***		1,120***
Residual korrelasjon		0,204***	0,103***		0,188***	0,091***
Nord-Norge	-0,016	0,022	-0,463***	-0,126	0,104	-0,207**
Midt-Norge	0,003	-0,036	-0,229***	0,067	0,108	0,041
Vestlandet	0,083	-0,009	-0,172**	-0,072	0,043	-0,094
Sørlandet	0,153*	0,022	-0,107	0,061	0,223**	-0,021
Østlandet (ikke Oslo/Akershus)	0,071	0,020	-0,246***	-0,058	0,039	-0,109
Kji-kvadrat	61,756	35,115	242,471	38,000	26,382	48,511
df	25	16	24	25	16	24
p	< ,001	0,004	< ,001	0,046	0,049	0,002
CFI	0,986	0,992	0,923	0,989	0,990	0,977
RMSEA	0,023	0,021	0,057	0,017	0,019	0,024
C.I. RMSEA	0,016 til 0,030	0,011 til 0,030	0,050 til 0,063	0,002 til 0,027	0,001 til 0,031	0,014 til 0,033

Se tabell 5.9b for informasjon om indikatorer for kvalitet i grunnleggende sykepleie, behandling, og forebygging/aktivisering. Faktorladning på 1.00 var definert før analysen for å gjøre analysen mulig, ikke beregnet. \*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,01$  \*\*\*  $p < ,001$

## Utfyllende informasjon til tabell 5.19 (sammenhenger mellom avdelinger på sykehjem og arbeidsmiljø)

**Tabell 5.19b Arbeidsmiljø i ulike avdelinger i sykehjem, avhengig av type avdeling (langtid og langtid/korttid sammenliknet med korttidsavdeling som er referansegruppe), ustandardiserte verdier fra regresjonsanalyse**

Arbeidsmiljø, målt med	
Fysisk arbeidsbelastning er stor	1,000
Psykisk arbeidsbelastning er lav	0,665***
Det er lite faglig engasjement	0,414***
Tidspresset er stort	1,034***
Langtid	-0,166**
Lang og korttid	-0,186**
Kji-kvadrat	61,608
df	8
p	< ,001
CFI	0,982
RMSEA	0,050
C.I. RMSEA	0,039 til 0,062

Se tabell 5.9b for informasjon om indikatorer for kvalitet i grunnleggende sykepleie, behandling, og forebygging/aktivisering. Faktorladning på 1.00 var definert før analysen for å gjøre analysen mulig, ikke beregnet. \*\*  $p < ,01$  \*\*\*  $p < ,001$

## Utfyllende informasjon til tabell 5.20 (sammenhenger mellom kommunestørrelse og arbeidsmiljø)

**Tabell 5.20b Arbeidsmiljø som avhengig av kommunestørrelse (sammenliknet med kommuner med opptil 3000 innbyggere). Ustandardiserte verdier fra regresjonsanalyse**

	Sykehjem	Hjemmesykepleie
Arbeidsmiljø, målt med		
Fysisk arbeidsbelastning er stor	1,000	1,000
Psykisk arbeidsbelastning er lav	0,675***	0,704***
Det er lite faglig engasjement	0,426***	0,325***
Tidspresset er stort	1,069***	1,026***
3001-10 000	0,001	-0,376***
10 001-20 000	0,003	-0,538***
20 001-50 000	-0,068	-0,672***
50 001 eller mer	-0,192**	-0,682***
Kji-kvadrat	64,030	33,135
df	14	14
p	< ,001	,003
CFI	0,980	0,987
RMSEA	0,036	0,027
C.I. RMSEA	0,027 til 0,045	0,015 til 0,040

\*\*  $p < ,01$  \*\*\*  $p < ,001$



## Vedlegg 2

### Spørreskjema til spørreundersøkelsen i mars 2016

Information	
Undersøkelse om konsekvenser av mangel på sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien	
jobb	Jobber du i sykehjem eller hjemmesykepleien? Det er kun mulig å sette ett kryss. For de som svarer "nei" vil undersøkelsen avsluttes.
<input type="checkbox"/> range.*	
Sykehjem	<input type="checkbox"/> 1
Hjemmesykepleien (inkl omsorgsboliger)	<input type="checkbox"/> 2
Både i sykehjem og hjemmesykepleien	<input type="checkbox"/> 3
Nei, jobber verken på sykehjem eller i hjemmesykepleien	<input type="checkbox"/> 4

Avdeling	<input type="checkbox"/> filter:\jobb.a=3 Informasjon til de som jobber både i hjemmesykepleie og på sykehjem: Vi kommer til å spørre om sykehjemmet i resten av denne undersøkelsen. Hva slags avdeling jobber du i på sykehjemmet?
	<input type="checkbox"/> filter:\jobb.a=1;3 <input type="checkbox"/> range:*
	Langtid <input type="checkbox"/> 1
	Kortid <input type="checkbox"/> 2
	Langtid og kortid <input type="checkbox"/> 3
	Annet <input type="checkbox"/> 4

Information	
	<input type="checkbox"/> exit:yes <input type="checkbox"/> filter:\jobb.a=4 <input type="checkbox"/> filter:\jobb.a=4 Takk for at du svarte, men du trenger ikke svare på flere spørsmål. Denne undersøkelsen gjennomføres kun blant ansatte i sykehjem eller hjemmesykepleien.

dummy	
	<input type="checkbox"/> range:1 try \jobb.a=1 1 try \jobb.a=3 2 try \jobb.a=2 sykehjemmet <input type="checkbox"/> 1
	hjemmesykepleien <input type="checkbox"/> 2



s_02	Er du jobber i?
<input type="checkbox"/> range:*	
Kommunalt drevet	<input type="checkbox"/> 1
Privat ideelt drevet	<input type="checkbox"/> 2
Privat kommersielt drevet	<input type="checkbox"/> 3

s_03	I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende utsagn om du jobber i?					
<input type="checkbox"/> range:*						
	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Ikke sikker
	1	2	3	4	5	6
a) Det er vanskelig rekruttere sykepleiere til tjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Det er et høyt fravær blant ansatte sykepleiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

s_04	Hva skjer med vaktene når sykepleiere har fravær?					
<input type="checkbox"/> range:*						
	Alltid	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri	Vet ikke
	1	2	3	4	5	6
a) Fravær dekkes opp ved at andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

s_04	Hva skjer med vaktene når sykepleiere har fravær?				
sykepleiere går ekstravakter					
b) Fravær dekkes opp av vikarer som er sykepleiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
c) Vakter dekkes opp av hjelpepleiere/helsefagarbeidere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
d) Vakter dekkes opp av ufaglærte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
e) Det settes ikke inn vikarer når sykepleiere har fravær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

s_05	I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende utsagn om du jobber i?					
<input type="checkbox"/> range.*						
	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Ikke sikker
	1	2	3	4	5	6
a) Ernæringsbehov ivaretas godt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b) Medisinske behov ivaretas ikke godt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
c) Pasientene får tilstrekkelig hjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

s_05	I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende utsagn om du jobber i?
med personlig hygiene	
d) Behandling iverksettes for seint	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e) Det er uvanlig med legemiddelfeil	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f) Pasientene får ikke tilstrekkelig legetilsyn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g) Vi har god tilgang til informasjon om pasientene som er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h) Pasientene blir ikke tilstrekkelig aktivisert i sitt hverdagsliv	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i) Vi får nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at tiltak kan settes inn tidlig og forhindre forverring i helsetilstand	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
j) Pasientene tilbys et godt kulturtilbud	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k) Vi gir pasienter opplæring til å mestre behandling	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

s_05	I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende utsagn om du jobber i?
og forebygge forverring av sykdomssituasjonen	
l) Sykepleieprosedyrer utføres på basis av oppdatert kunnskap og kvalitetssikrede standarder	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m) Pasienter får god smertelindring	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
n) Pasienter dør alene fordi vi mangler personell	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
o) Det oppstår ofte unødvendige pasientskader (som trykksår, fall, infeksjoner og forverring av sykdommen)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
p) Vi tilpasser tjenestene etter pasientenes ønsker	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
q) Vi ivaretar pasienter med psykiske plager og problemer godt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

s_06	Oplever du situasjoner der kravene til faglig forsvarlighet ikke kan møtes på grunn av for liten tid til den enkelte pasient?
<input type="checkbox"/> range:*	
Daglig	<input type="checkbox"/> 1
Ca hver uke	<input type="checkbox"/> 2
1-3 ganger i måneden	<input type="checkbox"/> 3
Sjelden	<input type="checkbox"/> 4
Aldri	<input type="checkbox"/> 5
Ikke sikker	<input type="checkbox"/> 6

s_07	I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende utsagn om ditt arbeidssted?					
<input type="checkbox"/> range:*						
	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Ikke sikker
	1	2	3	4	5	6
a) Trivselen er høy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fysisk arbeidsbelastning er stor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ledelsen er lite tilgjengelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Psykisk arbeidsbelastning er lav	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

s_07	I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende utsagn om ditt arbeidssted?					
e) Tidspresset er stort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
f) Sykefraværet er lavt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
g) Vi tør ikke melde fra om kritikkverdige forhold og avvik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
h) Det er lite faglig engasjement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8

s_08	Hvilken betydning hadde følgende forhold for at du valgte å begynne å jobbe der du jobber i dag ?						
	□ range.*						
	Svært stor betydning	Stor betydning	Verken stor eller liten betydning	Liten betydning	Svært liten betydning	Ikke sikker	
	1	2	3	4	5	6	
a) Ønsket å jobbe andre steder, men fikk ikke jobb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
b) Meningsfullt å jobbe med eldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
c) Meningsfullt å jobbe med kronisk syke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
d) Kort reiseavstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4



s_08	Hvilken betydning hadde følgende forhold for at du valgte å begynne å jobbe der du jobber i dag ?	
o) finansierte sykepleierutdanning en min	<input type="checkbox"/>	15
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
s_08p	Er det andre forhold som hadde betydning for at du valgte å begynne å jobbe der du jobber i dag?	Open
<input type="checkbox"/> exclusive:yes	Nei, det var det ikke	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> exclusive:yes	Ikke sikker, ubesvart	<input type="checkbox"/> 2
s_09	Ønsker du å skifte jobb?	
<input type="checkbox"/> range:*		
Ja		<input type="checkbox"/> 1
Nei		<input type="checkbox"/> 2
Usikker		<input type="checkbox"/> 3
s_09b	Dersom du skulle skifte jobb, hvilken tjeneste ønsker du først og fremst å jobbe i?	
<input type="checkbox"/> filter:\s_09.a=1;3		
<input type="checkbox"/> range:*		
Hjemmesykepleie		<input type="checkbox"/> 1
Sykehjem		<input type="checkbox"/> 2



s_09b	Dersom du skulle skifte jobb, hvilken tjeneste ønsker du først og fremst å jobbe i?
Sykehus	<input type="checkbox"/> 3
Helsestasjon	<input type="checkbox"/> 4
Kommuneadministrasjon	<input type="checkbox"/> 5
Annet	<input type="checkbox"/> 6

s_10	Hvilken betydning har følgende forhold for at du ikke lenger ønsker å jobbe innenfor hjemmesykepleien eller sykehjem ?																																										
<input type="checkbox"/> filter:\s_09b.a=3;4;5;6																																											
<input type="checkbox"/> range:*																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Svært stor betydning</th> <th>Stor betydning</th> <th>Verken stor eller liten betydning</th> <th>Liten betydning</th> <th>Svært liten betydning</th> <th>Ikke sikker</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Arbeidsbelastningen er stor</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) Arbeidsoppgavene er lite varierte</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) Lønna er lav</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) Får ikke heitidsstilling</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		1	2	3	4	5	6		Svært stor betydning	Stor betydning	Verken stor eller liten betydning	Liten betydning	Svært liten betydning	Ikke sikker	a) Arbeidsbelastningen er stor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Arbeidsoppgavene er lite varierte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) Lønna er lav	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Får ikke heitidsstilling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6																																					
	Svært stor betydning	Stor betydning	Verken stor eller liten betydning	Liten betydning	Svært liten betydning	Ikke sikker																																					
a) Arbeidsbelastningen er stor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
b) Arbeidsoppgavene er lite varierte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
c) Lønna er lav	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
d) Får ikke heitidsstilling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					

s_10	Hvilken betydning har følgende forhold for at du ikke lenger ønsker å jobbe innenfor hjemmesykepleien eller sykehjem ?
e) Tidspresset er for stort til at jeg klarer å gi pasientene det de trenger	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f) Er for få sykepleiere	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g) Må jobbe vakter på tidspunkt jeg ikke ønsker	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h) For få kompetansehevende tiltak i tjenesten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i) Jobber for mye alene	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
j) Lite mulighet til å utvikle tjenesten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k) Tjenesten har lav status	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
l) Lite faglig engasjement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m) Begrenset mulighet til videreutdanning og spesialisering	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
n) Pasientene opplever kritikkverdige forhold	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

s_10	Hvilken betydning har følgende forhold for at du ikke lenger ønsker å jobbe innenfor hjemmesykepleien eller sykehjem ?				
o) Dårlig ledelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
p) Dårlig forhold til kollegaer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16
q) Begrensede karrieremuligheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17

s_10r	Er det andre forhold som hadde betydning for at du ikke lenger ønsker å jobbe innenfor hjemmesykepleien eller sykehjem?	
<input type="checkbox"/> filter:\s_09b.a=3;4;5;6	Open	
<input type="checkbox"/> exclusive:yes Nei, det er det ikke	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/> exclusive:yes Ikke sikker, ubesvart	<input type="checkbox"/>	2

s_11	Hvilken betydning har følgende forhold for at du fortsatt ønsker å jobbe der du jobber idag?					
<input type="checkbox"/> filter:\s_09.a=2						
<input type="checkbox"/> range:*						
a) Det er vanskelig å få jobb i andre tjenester	Svært stor betydning	Stor betydning	Verken stor eller liten betydning	Liten betydning	Svært liten betydning	Ikke sikker
	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						1

s_11	Hvilken betydning har følgende forhold for at du fortsatt ønsker å jobbe der du jobber idag?													
b) Meningsfullt å jobbe med eldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
c) Kort reiseavstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
d) Arbeidsoppgavene er varierte og spennende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
e) God lønn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
f) Fleksible arbeidstider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
g) er godt bemannet med sykepleiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
h) God mulighet til videreutdanning og spesialisering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
i) Lærer noe nytt hele tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
j) Gode kollegaer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
k) Føler jeg er til nytte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
l) Høyt faglig engasjement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
m) Gode muligheter til å utvikle tjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13

s_11	Hvilken betydning har følgende forhold for at du fortsatt ønsker å jobbe der du jobber idag?				
n) Ledelsen er god	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
o) Tjenesten har høy status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>
p) Gode karrieremuligheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>

s_11q	Er det andre forhold som har betydning for at du fortsatt ønsker å jobbe der du jobber i dag?	
<input type="checkbox"/> filter:\s_09.a=2	Open	
<input type="checkbox"/> exclusive:yes Nei, det var det ikke	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/> exclusive:yes Ikke sikker, ubesvart	<input type="checkbox"/>	2

s_12	Hvilken betydning har følgende forhold for at du fortsatt ønsker å jobbe innenfor hjemmesykepleie eller sykehjem?					
<input type="checkbox"/> filter:\s_09b.a=1;2						
<input type="checkbox"/> range:*						
a) Det er vanskelig å få jobb i andre tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Svært stor betydning	Stor betydning	Verken stor eller liten betydning	Liten betydning	Svært liten betydning	Ikke sikker
	1	2	3	4	5	6



s_12n	Er det andre forhold som har betydning for at du fortsatt ønsker å jobbe innenfor hjemmesykepleie eller sykehjem?	
<input type="checkbox"/> filter:\s_09b.a=1;2		
Open		
<input type="checkbox"/> exclusive:yes Nei, det var det ikke	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/> exclusive:yes Ikke sikker, ubesvart	<input type="checkbox"/>	2
Kjønn	Til slutt vil vi stille noen bakgrunnsspørsmål Er du:	
<input type="checkbox"/> range:*		
Kvinne	<input type="checkbox"/>	1
Mann	<input type="checkbox"/>	2
alder	Hva er din alder?	
<input type="checkbox"/> range:*		
Oppgi antall år:	<input type="text"/>	1
jobberfaring	Hvor mange års jobberfaring har du som sykepleier i sykehjem og/eller hjemmesykepleien?	
<input type="checkbox"/> range:*		
Oppgi antall år:	<input type="text"/>	1

Timerperuke	Hvor mange timer jobber du vanligvis i løpet av en uke?
<input type="checkbox"/> range:*	
45 timer eller mer	<input type="checkbox"/> 1
35-44 timer	<input type="checkbox"/> 2
20-34 timer	<input type="checkbox"/> 3
1-19 timer	<input type="checkbox"/> 4
Ikke sikker	<input type="checkbox"/> 5

aarderna	Hvor mange år har du jobbet på arbeidsstedet du er ved nå?
<input type="checkbox"/> range:*	
Oppgi antall år:	<input type="text"/> <input type="text"/> 1

Leder	Har du en lederstilling?
<input type="checkbox"/> range:*	
Ja	<input type="checkbox"/> 1
Nei	<input type="checkbox"/> 2

videreutd	Har du en videreutdanning i sykepleie med 60 studiepoeng/20 vektall eller mer?
<input type="checkbox"/> range:*	
Ja	<input type="checkbox"/> 1
Nei	<input type="checkbox"/> 2



videreutd	Har du en videreutdanning i sykepleie med 60 studiepoeng/20 vektall eller mer?
Vet ikke	<input type="checkbox"/> 3

innbyggere	Omtrent hvor mange innbyggere er det i kommunen du jobber i:
<input type="checkbox"/> range:*	
3000 eller færre innbyggere	<input type="checkbox"/> 1
3001-10 000 innbyggere	<input type="checkbox"/> 2
10 001-20 000 innbyggere	<input type="checkbox"/> 3
20 001-50 000 innbyggere	<input type="checkbox"/> 4
50 001 innbyggere eller flere	<input type="checkbox"/> 5

Landsdel	Ligger kommunen i...
<input type="checkbox"/> range:*	
Nord-Norge	<input type="checkbox"/> 1
Midt-Norge	<input type="checkbox"/> 2
Vestlandet	<input type="checkbox"/> 3
Sørlandet	<input type="checkbox"/> 4
Oslo/Akershus	<input type="checkbox"/> 5
Andre deler av Østlandet	<input type="checkbox"/> 6