



Riksrevisjonen

Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene

Del av Dokument 3:2 (2019–2020)



Revisjonen er gjennomført i samsvar med Riksrevisjonens lov og instruks og med retningslinjer for forvaltningsrevisjon som er konsistente med og bygger på ISSAI 300, INTOSAI's internasjonale standarder for forvaltningsrevisjon.

Innhold

1	Innledning	7
1.1	Bakgrunn	7
1.2	Mål og problemstillinger	8
2	Metodisk tilnærming og gjennomføring.....	9
2.1	Problemstilling 1: Hvilke bemanningsutfordringer har helseforetakene?	9
2.2	Problemstilling 2: Hvordan bidrar helseforetakene styring og bruk av virkemidler til å løse bemanningsutfordringene?	11
2.3	Problemstilling 3: Hvordan bidrar de regionale helseforetakene til å løse bemanningsutfordringene?.....	12
3	Revisjonskriterier	14
3.1	Krav til lik tilgjengelighet til helsetjenester, god ressursutnyttelse og god kvalitet	14
3.2	Krav til styring og planlegging	14
4	Hvilke bemanningsutfordringer har helseforetakene når det gjelder sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere?	16
4.1	Helseforetakenes utfordringer med å rekruttere sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere	16
4.1.1	Utfordringer med å få besatt ledige stillinger.....	16
4.1.2	Enheter med ubesatte stillinger	17
4.1.3	Bruk av personell uten spesialisering i stillinger for spesialsykepleiere	17
4.2	Helseforetakenes utfordringer med å beholde eksisterende arbeidskraft.....	19
4.2.1	Ekstern turnover	19
4.2.2	Ansatte som vurderer å bytte jobb	21
4.2.3	Ansatte som når pensjonsalder	23
4.3	Helseforetakenes utfordringer med å mobilisere eksisterende arbeidskraft	25
4.3.1	Sykefravær	25
4.3.2	Stillingsstørrelse	28
4.4	Sykehusenes samlede bemanningsutfordringer	32
4.5	Konsekvenser av bemanningsutfordringene	34
4.5.1	Sammenhenger mellom bemanningsutfordringer og opplevd kvalitet	34
4.5.2	Andre konsekvenser av enhetenes bemanningsutfordringer.....	39
5	Hvordan bidrar de regionale helseforetakene og helseforetakene til å løse bemanningsutfordringene?.....	40
5.1	Lokale ledelsesvilkår og muligheter for å påvirke bemanningsutfordringer	40
5.2	Mobilisering av arbeidskraft gjennom å redusere uønsket deltid	49
5.2.1	Årsaker til at ansatte jobber deltid	49
5.2.2	Helseforetakenes arbeid for å skape en heltidskultur	53
5.2.3	De regionale helseforetakenes oppfølging av helseforetakenes arbeid med å redusere deltid.....	57
5.3	Rekruttering	58

5.3.1	Helseforetakenes oversikt over framtidig behov for sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere	58
5.3.2	De regionale helseforetakenes vurderinger av framtidig behov for sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere.....	60
5.3.3	De regionale helseforetakenes innspill til endringer i utdanningskapasiteten	61
5.3.4	Kandidatmåltall og antall uteksaminerte spesialsykepleiere og jordmødre	63
5.3.5	Helseforetakenes arbeid med å skaffe praksisplasser og utdanningsstillinger ...	66
5.4	De regionale helseforetakene og helseforetakenes strategier og planer.....	71
6	Vurderinger	73
6.1	Helseforetakene har store utfordringer med å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere	73
6.2	Bemanningsutfordringer påvirker hvordan de ansatte opplever kvaliteten på pasientbehandlingen	74
6.3	Helseforetakene legger ikke godt nok til rette for å mobilisere og beholde sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere	75
6.4	De regionale helseforetakene og helseforetakene legger ikke godt nok til rette for å sikre rekruttering av sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere	77
7	Referanseliste	79
8	Vedlegg.....	81

Tabelloversikt

Tabell 1	Metoder som er brukt for å belyse problemstillingene	9
Tabell 2	Intensivsykepleiere. Samlet oversikt over bemanningsutfordringer per sykehus	33
Tabell 3	Sammenhengen mellom styrings- og ledelseskomponenter og bemanningsutfordringer	40
Tabell 4	De regionale helseforetakenes innspill til endringer i utdanningskapasitet for stillingstypene i undersøkelsen	62
Tabell 5	Jordmødre – antall uteksaminerte versus kandidatmåltall per utdanningsinstitusjon.....	64
Tabell 6	Uteksaminerte ABIOK-kandidater 2014–2018	65

Figuroversikt

Figur 1	Andel ansatte per enhet uten spesialisering i stilling som intensivsykepleier, regionvis (n enheter = 57)	18
Figur 2	Forskjeller mellom enheter i ekstern turnover per stillingstype.....	19
Figur 3	Forskjeller mellom sykehus i ekstern turnover blant jordmødre, regionvis (n = 1695)	21
Figur 4	Andel ansatte som vurderer å bytte jobb i ulike aldersgrupper (n = 4276).....	22
Figur 5	Andel jordmødre over 60 år og 55–59 år per sykehus, regionvis (n = 1695)	23
Figur 6	Andel intensivsykepleiere over 60 år og 55–59 år per sykehus, regionvis (n = 2834)	24
Figur 7	Andel operasjonssykepleiere over 60 år og 55–59 år per sykehus, regionvis (n = 1753)	24
Figur 8	Forskjeller mellom sykehus i sykefravær blant operasjonssykepleiere, regionvis (n = 1753)	26
Figur 9	Hvor lett eller vanskelig er det å skaffe personell med tilsvarende kompetanse ved korttidssykefravær?	27
Figur 10	Forskjeller mellom sykehus i gjennomsnittlig juridisk stillingsprosent blant jordmødre, regionvis (n = 1695)	29

Figur 11 Gjennomsnittlig sykefravær på enheter med ulik gjennomsnittlig stillingsprosent (n enheter =	31
Figur 12 Om det er nok ansatte på vakt gjennom uka til å gi pasientene et godt tilbud, alle stillingstyper bortsett fra operasjonssykepleiere (n enheter = 177).....	37
Figur 13 Tenk på din forrige vakt. Hvor godt stemmer påstanden om at du fikk utført ulike oppgaver på en tilfredsstillende måte (n = 632).....	38
Figur 14 Faglig utvikling og støtte – andel av de ansatte som er misfornøyd, middels fornøyd og fornøyd (n = 4242).....	41
Figur 15 Variasjon i leders kontrollspenn (n = 186)	44
Figur 16 Tid til ledelse per stillingstype (n = 165).....	46
Figur 17 Hvor godt stemmer følgende påstander om din arbeidssituasjon som leder? (n = 171)	47
Figur 18 Hvor godt stemmer følgende påstander om planlegging, gjennomføring og evaluering av driften?	48
Figur 19 Hvilke grunner er viktige for at de ansatte ikke jobber heltid? Andel av ansatte som svarer at ulike grunner er viktige for at de ikke jobber heltid (n = 1787)	50
Figur 20 Viktige grunner til deltid blant respondenter som ønsker økt stillingsprosent versus respondenter som ikke ønsker økt stillingsprosent	52
Figur 21 Hvilke virkemidler brukes for å oppnå en større stillingsprosent? Andel av de nærmeste lederne som mener deres helseforetak har brukt dette virkemiddelet de siste tre årene (n = 191)	54

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1 Definisjoner av sykefraværspersent, ekstern turnover og juridisk stillingsprosent i	9
Faktaboks 2 Nærmere om enhetene og de ansatte i undersøkelsen	32
Faktaboks 3 Studier om kontrollspenn.....	45
Faktaboks 4 Eksempel på helseforetak og avdelinger som er oppmerksomme på å reduere deltid.....	56
Faktaboks 5 Eksempler på helseforetak som jobber systematisk med å vurdere behov .	60
Faktaboks 6 ABIOK-sykepleiere	61

Ordliste

- Operasjonssykepleier** Operasjonssykepleiere er autoriserte sykepleiere med videreutdanning eller mastergrad i operasjonssykepleie. Utdanningen gir dem spesialisert sykepleierkompetanse innen kirurgi, hygiene og omsorg. Operasjonssykepleieren har ansvar for å tilrettelegge for og assistere ved kirurgiske inngrep og undersøkelser så de blir trygt gjennomført. Operasjonssykepleieren er en del av det kirurgiske teamet og bistår og samhandler med kirurger og annet helsepersonell.
- Operasjonssykepleiere jobber på mange ulike arenaer. Det vanligste er innenfor spesialisthelsetjenesten – i operasjonsavdelinger, på kirurgiske og gynekologiske behandlingssenheter, på dagkirurgiske enheter og poliklinikker, på akuttmottak og skadestuer og i sterilsentraler og på hygieneavdelinger.
- Intensivsykepleier** Intensivsykepleiere er autoriserte sykepleiere med spesialisering i intensivsykepleie. Intensivsykepleiere behandler pasienter som er akutt, kritisk eller livstruende syke og er i en tilstand som kan endre seg raskt. Mye av en intensivsykepleiers arbeid består i å kontinuerlig overvåke og pleie pasienter som har behov for dette for å opprettholde livsviktige funksjoner. Intensivsykepleiere jobber tett med andre i helsesektoren, som for eksempel anestesileger, fysioterapeuter, kirurger og lignende.
- Intensivsykepleiere arbeider på mange ulike avdelinger på sykehus, for eksempel i akuttmottak og ved intensiv-, postoperativ-, overvåkings-, barneintensiv-, nyfødt- og brannskadeavdelinger.
- Jordmor** Jordmødre har egen autorisasjon fra Helsedirektoratet i tillegg til autorisasjon som sykepleier. Jordmødre utfører svangerskapskontroller og følger opp gravide i barseltiden. En jordmor har ansvar for og følger opp den fødende under fødselen og er stort sett den som tar imot barnet når det blir født. Jordmor samarbeider med fødselslege og barnelege dersom en fødsel krever dette.
- Jordmødre jobber ulike steder i den offentlige helsetjenesten og i privat sektor. De fleste er ansatt ved fødeavdelinger på sykehus, på mindre fødestuer, helsestasjoner eller private jordmorklinikker. Jordmødre jobber også innen undervisning, forskning og helseadministrasjon.

Kilde: Utdanning.no

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Fram mot 2030 øker antallet eldre over 70 år med om lag 250 000 eller 40 prosent. Deretter stiger både antall og andel eldre jevnt fram mot 2040. Ettersom eldre har behov for flere helsetjenester enn befolkningen for øvrig, vil behovet for arbeidskraft i spesialisthelsetjenesten øke mer enn befolkningsveksten. Framskrivinger tyder på at det vil være behov for i underkant av 30 prosent flere årsverk i spesialisthelsetjenesten fram mot 2030 og 40 prosent fram mot 2040. De demografiske endringene stiller dermed helsetjenesten overfor store utfordringer når det gjelder å rekruttere, mobilisere og beholde arbeidskraft.

Helseforetakene mangler allerede personell innen ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Blant annet har de utfordringer med å med å rekruttere og beholde sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere.¹ Disse gruppene utgjør en stor andel av de ansatte ved helseforetakene. I 2018 var det i de somatiske institusjonene henholdsvis 15 221 årsverk sykepleiere og 11 729 årsverk spesialsykepleiere.² Både foretaksmøtet med de regionale helseforetakene 16. januar 2018, nasjonale tall i rapporteringen fra de regionale helseforetakene til departementet³ og undersøkelser fra andre miljø viser at det er krevende å rekruttere denne arbeidskraften, mange sykepleiere jobber deltid, sykefraværet er høyt, og mange slutter i jobben etter relativt få år.

Mye bruk av overtid og utgifter til innleid personell vil ha økonomiske konsekvenser, mens økt sykefravær og gjennomtrekk av ansatte vil ha betydning for arbeidsmiljøet og kan gå utover kvaliteten i helsetjenesten. Høyt sykefravær og turnover kan også svekke omdømmet og føre til utfordringer med å rekruttere nye medarbeidere. NOVA har gjort en undersøkelse av primærhelsetjenesten som viser signifikante sammenhenger mellom henholdsvis bemanningsutfordringer og arbeidsmiljø og mellom bemanningsutfordringer og kvaliteten på tjenestetilbudet.⁴

Et viktig formål med *lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven) er at den skal bidra til et likeverdig tjenestetilbud for hele befolkningen og til at ressursene utnyttes best mulig. Utgifter til lønn til ansatte utgjør mellom 65 og 70 prosent av kostnadene. Det er dermed avgjørende å bruke personellet effektivt for å utnytte ressursene i helseforetakene på en god måte og for å kunne gi alle et godt tilbud.

De regionale helseforetakene skal sørge for sykehustjenester til personer som bor i helseregionen, og samordne virksomheten i de helseforetakene de eier. I tillegg til å ha ansvaret for behandling av pasienter har helseforetakene ansvar for utdanning av personell.⁵

For å sikre at helsetjenesten er tilstrekkelig bemannet i framtiden, må utdanningsinstitusjonene og spesialisthelsetjenesten ha et godt samarbeid. Det er høyskolene og universitetene som har ansvar for grunn- og videreutdanning av sykepleiere, men de er avhengige av at helseforetakene kan bidra med nok veiledere og praksisplasser. Et gjensidig godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og utdanningssektoren er derfor avgjørende for å opprettholde planlagt utdanningskapasitet.

¹ Helse- og omsorgsdepartementet peker på i brev av 30. august til Riksrevisjonen at akuttsykepleie og psykiatrisk sykepleie også er fagområder hvor det er bemanningsutfordringer.

² SSB (2018) *Spesialisthelsetjenesten*. Tabell 09548. Årsverk, etter region, tjenesteområde, yrke. Tallene viser avtalte årsverk eksklusiv lange fravær og private med driftsavtale.

³ ØBAK-rapporteringen som omfatter områdene økonomi, bemanning, aktivitet og kompetanse.

⁴ Gautun H., Øien H. & Bratt C. (2016) *Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem*. NOVA-rapport; 6/2016.

⁵ Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å vurdere om helseforetakene og de regionale helseforetakene arbeider målrettet og systematisk for å sikre tilstrekkelig tilgang på sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere i spesialisthelsetjenesten.

Problemstillinger

1. Hvilke bemanningsutfordringer har helseforetakene?
2. Hvordan bidrar helseforetakenes styring og bruk av virkemidler til å løse bemanningsutfordringene?
3. Hvordan bidrar de regionale helseforetakene til å løse bemanningsutfordringene?

Undersøkelsen omfatter alle helseforetak som driver med somatisk virksomhet.⁶

⁶ Helgelandssykehuset HF har ikke levert data.

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Problemstillingene er belyst gjennom analyse av dokumenter, registerdata, spørreundersøkelser til enhetsledere og ansatte ved helseforetakene og intervjuer med respondenter i alle de fire regionale helseforetakene. Undersøkelsen er avgrenset til stillingstypene operasjonssykepleiere, intensivsykepleiere, jordmødre og sykepleiere. Undersøkelsen omfatter hovedsakelig perioden 2018–2019 og omfatter alle landets somatiske sykehus. Tabell 1 gir en oversikt over de metodene som i hovedsak er brukt for å besvare de ulike problemstillingene.

Tabell 1 Metoder som er brukt for å belyse problemstillingene

	Problemstilling 1	Problemstilling 2	Problemstilling 3
Registerdata	x	x	
Spørreundersøkelse	x	x	
Dokumentanalyse		x	x
Intervju			x

2.1 Problemstilling 1: Hvilke bemanningsutfordringer har helseforetakene?

Problemstillingen er belyst gjennom spørreundersøkelser til enhetsledere og ansatte samt registerdata fra den interregionale HR-indikator katalogen. Dette er en katalog over HR-indikatorer som alle de fire regionale helseforetakene utarbeider etter en felles metodikk. En styringsgruppe med representanter fra alle de regionale helseforetakene vedtar hvilke indikatorer som inngår, og definisjonen av indikatorene. Analysene benytter indikatorene ekstern turnover, sykefravær og juridisk stillingsprosent for enhetene fra september 2017 til og med august 2018.

Faktaboks 1 Definisjoner av sykefraværspresent, ekstern turnover og juridisk stillingsprosent i interregional HR-indikator katalog.

Indikatoren *sykefraværspresent* er definert slik:

$$\text{Sykefravær i prosent} = \frac{\text{sykefraværsdagsverk} * 100}{\text{avtalte dagsverk}}$$

Sykefraværsdagsverk er antallet dager som man normalt skulle vært på jobb, men ikke er det grunnet sykdom, vektet med stillingsandel og uføregrad. Avtalte dagsverk er avtalte arbeidsdager vektet med stillingsandel og en korrigeringsfaktor for fravær som ikke skyldes sykdom.

Indikatoren *ekstern turnover* beskriver prosentandel medarbeidere som slutter i helseforetaket. Den er definert slik:

$$\frac{\text{Antall medarbeidere som sluttet i helseforetaket inneværende måned} * 100}{\text{Antall medarbeidere i virksomheten siste dag i forrige måned}}$$

Indikatoren *gjennomsnittlig juridisk stillingsprosent* beskriver den gjennomsnittlige stillingsprosenten blant ansatte med fast arbeidsavtale. Den defineres slik:

$$\frac{\text{Sum av juridisk stillingsstørrelse på faste medarbeidere}}{\text{Antall faste medarbeidere}}$$

Helseforetakenes bemanningsutfordringer er belyst på følgende underområder:

- Utfordringer med å rekruttere sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere
- Utfordringer med å mobilisere sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere (høy andel deltid, lave gjennomsnittlige stillingsprosent og høyt sykefravær)
- Utfordringer med å beholde sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere (høy ekstern turnover og ønske om å bytte jobb)

For hvert av disse områdene er det brukt indikatorer som er utviklet med basis i spørreundersøkelsen eller hentet fra HR-indikator katalogen, for å måle omfanget av utfordringene ved det enkelte helseforetak. Indikatorene er brutt ned både på de stillingstypene som undersøkelsen omfatter, og på helseforetakenes laveste organisatoriske enhet.⁷ Omfanget av bemanningsutfordringer på de ulike delområdene er i hovedsak dokumentert gjennom deskriptive figurer og tabeller.

Spørreundersøkelsene til henholdsvis ledere og ansatte ved utvalgte kliniske enheter i helseforetakene ble gjennomført i februar og mars 2019.⁸

Operasjonssykepleiere, intensivsykepleiere og jordmødre ved alle landets sykehus fikk spørreskjema. Ansatte i disse tre stillingstypene som jobber i kliniske enheter med færre enn ti ansatte, eller i enheter som ikke har pasientkontakt, fikk ikke spørreskjema.⁹ I enhetene som inngår i undersøkelsen, jobber det i hovedsak enten jordmødre, operasjonssykepleiere eller intensivsykepleiere. Ved de større sykehusene inngår flere kliniske enheter per stillingstype. I enhetene jobber det også en del ansatte fra andre stillingstyper. Disse medarbeiderne fikk ikke spørreskjema.

Sykepleiere ved én sengepost ved alle sykehus i helseforetakene har også fått spørreskjema. For sykehus som har spesialiserte sengeposter, gjelder dette sykepleiere som jobber ved en sengepost som behandler pasienter med mage- og tarmsykdommer. For sykehus som ikke har spesialiserte medisinske sengeposter, har ansatte som jobber ved generell medisinsk sengepost, mottatt spørreskjema.

3212 intensivsykepleiere, 2056 operasjonssykepleiere, 1753 jordmødre og 1602 sykepleiere mottok spørreskjema. Svarprosenten var 59 prosent blant intensivsykepleiere, 56 prosent blant operasjonssykepleiere, 60 prosent blant jordmødre og 50 prosent blant sykepleiere. Samlet svarprosent var 57 prosent. Sammenlignet med spørreundersøkelser som benyttes som grunnlag for analyser av bemanning og heltidskultur innen forskning og evaluering er dette en svært god svarprosent. Det er vurdert slik at respondentene som har besvart undersøkelsen, samlet sett svarer representativt for sin stillingstype. I analysen tas det hensyn til at respondentene innen ulike stillingstyper i noen tilfeller svarer forskjellig ved at resultatene presenteres separat for hver stillingstype.

På bakgrunn av en frafallsanalyse er det ikke funnet indikasjoner på at respondenter som har besvart spørreundersøkelsen svarer vesentlig mer negativt eller positivt på spørsmål knyttet til kvalitet og bemanning enn respondenter som ikke har besvart spørreundersøkelsen.¹⁰ Det er også undersøkt om alder påvirker tilbøyelighet til å svare, samtidig som det påvirker tilbøyelighet til å svare mer positivt eller negativt på spørsmål

⁷ Laveste nivå er her forstått som den minste enheten som har en leder med personalansvar. Ofte er dette sammenfallende med laveste organisatoriske nivå i regnskapssammenheng (kostnadssted), men ikke alltid. Indikatoren ekstern turnover fra interregional HR-indikator katalog er omregnet fra månedlig ekstern turnover til årlig ekstern turnover for enhetene.

⁸ Spørreundersøkelser gjennomført av Fafo, Kunnskapssenteret, Nova og Nordlandsforskning er kilder som er brukt i utviklingen av spørreskjemaet i denne undersøkelsen.

⁹ Ved de største sykehusene ble heller ikke alle avdelinger valgt ut i undersøkelsen.

¹⁰ Dette er undersøkt ved å se om enheter med høyere svarprosent skiller seg systematisk fra enheter med lavere svarprosent med hensyn til hvordan ansatte vurderer kvalitet og bemanning ved enhetene. Dersom respondenter som er negativt eller positivt innstilt har større tilbøyelighet til å svare enn andre, vil slike tendenser forsterke seg ved høyere svarprosent. Det er ikke funnet noen slike sammenhenger.

knyttet til kvalitet og bemanning. Når man tar hensyn til stillingstype, finnes det ingen slike systematiske sammenhenger. Dette styrker tiltroen til at respondentene svarer representativt for sin stillingstype.

Det ble sendt eget spørreskjema til nærmeste leder til de ansatte som mottok spørreundersøkelsen. 281 ledere mottok spørreskjema. Svarandelen fra lederne var 80 prosent for alle de fire typene personell. 95 prosent av lederne leder en klinisk enhet som er bemannet hele døgnet (døgnskategorisk drift).

Ansattskjemaet belyser viktige tema innenfor bemanningsutfordringer, deriblant opplevd kvalitet i pasientbehandlingen og arbeidsmiljø. Fra dette materialet er det utviklet to indikatorer for det videre analysearbeidet:

- kvalitetsindeks basert på skjema fra ansatte
- arbeidsmiljøindeks basert på skjema fra ansatte

Svarene fra spørreundersøkelsen er koblet med registerdata. For å belyse konsekvenser av bemanningsutfordringer for opplevd kvalitet og arbeidsmiljø, er det først gjennomført en faktoranalyse for å danne de respektive indeksene av spørsmålene i spørreundersøkelsen. Hver indeks inneholder spørsmål som belyser det samme fenomenet. Det er deretter gjort regresjonsanalyser for å finne sammenhenger mellom bemanningsutfordringer, indeksene for opplevd kvalitet og arbeidsmiljø samt noen andre typer konsekvenser.¹¹

Opplevd kvalitet er de ansattes svar på flere spørsmål om deres vurdering av kvaliteten på pasientbehandlingen. Merk at indikatorene som måler kvalitet, derfor ikke er objektive mål. Når svarene fra de ansatte aggregeres opp på enhetsnivå, viser analysen at det er forskjeller mellom de kliniske enhetene innen alle de fire stillingstypene. Med andre ord oppfatter de ansatte på samme kliniske enhet kvaliteten på pasientbehandlingen rimelig likt. At lederne ofte har samme oppfatning av kvaliteten som de ansatte, forsterker dette inntrykket. Derfor er det lagt til grunn at kvalitetsindeksen gir en god indikasjon på den faktiske kvaliteten på pasientbehandlingen.

Arbeidsmiljøindeksen oppsummerer de ansattes skjønnsmessige svar på flere spørsmål om selve arbeidsoppgavene, samarbeidet med kollegaer, samarbeidet med leger og fagmiljøet ved enheten.

I spørreundersøkelsen hadde respondentene avslutningsvis mulighet til å skrive fritt i et kommentarfelt om de ulike temaene som tas opp i undersøkelsen. Svært mange ansatte benyttet seg av denne muligheten. I analysen er sitater fra kommentarfeltet kun benyttet for å illustrere resultater som allerede er underbygd av statistikk og andre kilder.

2.2 Problemstilling 2: Hvordan bidrar helseforetakene styring og bruk av virkemidler til å løse bemanningsutfordringene?

Spørreundersøkelsen til lederne belyser hvilken oversikt de har over sine egne bemanningsutfordringer, hvilke virkemidler de bruker for å løse disse problemene, og om de har gode vilkår for å lede enhetene sine. Videre belyser spørreundersøkelsen også planlegging av bemanningsbehovet, bruk av ulike typer arbeidstidsordninger, bruk av private vikarbyrå og bemanningssenter og arbeidet med å skape en heltidskultur og redusere bruken av uønsket deltid. Spørreundersøkelsen til ansatte speiler mange av spørsmålene i lederskjemaet. Imidlertid har de ansatte også blitt spurt om faglig utvikling og oppdatering av kompetansen hos medarbeiderne.

¹¹ Regresjonsanalysene inkluderer en rekke ulike kontrollvariabler, for eksempel er det kontrollert for stillingstype.

For å belyse sammenhenger mellom ledelse og bemanningsutfordringer er det først gjennomført en faktoranalyse av spørsmålene i spørreundersøkelsen for å utvikle indekser. Hver indeks inneholder spørsmål som belyser det samme fenomenet.

Spørreundersøkelsen ga grunnlag for å utvikle følgende indekser for ledelse og styring:

- involvering av nærmeste leder i rekrutteringsprosessen
- om leder har tid nok til å lede
- leders kontrollspenn
- arbeid med kompetanseutvikling basert på skjema fra ansatte
- arbeid med uønskede hendelser basert på skjema fra ansatte

Spørreundersøkelsene og dataene fra den interregionale HR-indikator katalogen gir sammen grunnlag for å undersøke sammenhengen mellom ledelse og bemanningsutfordringer. Med disse dataene er det gjennomført flere korrelasjons- og regresjonsanalyser for å se om indeksene for ledelse henger sammen med indikatorene for bemanningsutfordringer, samt om noen av ledelsesindeksene også henger sammen med kvalitet og arbeidsmiljø.

Flere steder viser rapporten til sammenhenger mellom spørsmål fra spørreundersøkelsene, indekser og indikatorer fra HR-indikator katalogen. Disse sammenhengene må ikke tolkes som at de alene påviser en kausal sammenheng. De presenteres for å underbygge hypoteser om hva som kan være konsekvenser, og hva som kan påvirke ulike bemanningsutfordringer.¹² Der det har vært tilstrekkelig for å underbygge hypotesen, vises det til bivariate sammenhenger testet med en kjiqvadrattest. I flere tilfeller har det imidlertid vært grunn til å tro at den bivariate sammenhengen mellom to størrelser i seg selv ikke har vært nok til å underbygge den aktuelle hypotesen. Det har for eksempel vært naturlig å anta at andre forhold påvirker den bivariate sammenhengen slik at den framstår som signifikant, mens det egentlig er underliggende forhold som forårsaker dette. I disse tilfellene har vi undersøkt sammenhengen ved hjelp av regresjonsanalyser hvor vi har korrigert for relevante kontrollvariabler. I de tilfellene hvor sammenhengen som omtales, er etablert ved en slik regresjonsanalyse, vil dette stå i en fotnote med henvisning til vedlegg som gir en mer utførlig beskrivelse av resultatene av regresjonsanalysen.

I november 2018 mottok alle helseforetakene brev der de ble bedt om relevant informasjon om undersøkelsens tema. Denne informasjonen inkluderte dokumenter som belyser helseforetakenes oversikt over bemanningsbehovet på mellomlang og lang sikt, og deres planer og strategier for å rekruttere, beholde og utvikle kompetanse hos spesialsykepleiere, jordmødre og sykepleiere. Helseforetakene ble også bedt om dokumenter som belyser hvordan de arbeider systematisk for å skape en heltidskultur og redusere uønsket deltid. Årlig melding for 2018 er også gjennomgått.

Helseforetakene har levert informasjon om hvilke innspill de har sendt til de regionale helseforetakene for å sikre riktig utdanningskapasitet i utdanningssektoren.

I tillegg er ledere i ett helseforetak intervjuet for å få en større forståelse av hvorfor de har vært bedre til å løse bemanningsutfordringer enn andre.

2.3 Problemstilling 3: Hvordan bidrar de regionale helseforetakene til å løse bemanningsutfordringene?

I november 2018 mottok alle de regionale helseforetakene brev der de ble bedt om relevant informasjon om undersøkelsens tema. Denne informasjonen inkluderte

¹² Å undersøke ulike sammenhenger i datamaterialet har også vært brukt til å avkrefte eller svekke ulike hypoteser, men disse er ikke tatt med i rapporten.

dokumenter som belyser de regionale helseforetakenes oversikt over bemanningsbehovet på mellomlang og lang sikt, og deres planer og strategier for å rekruttere, beholde og utvikle kompetanse hos spesialsykepleiere, jordmødre og sykepleiere. De regionale helseforetakene ble også bedt om dokumenter som belyser om de arbeider systematisk for å skape en heltidskultur og redusere uønsket deltid. Årlig melding og tertialrapporter for 2018 er også gjennomgått.

For å kunne belyse de regionale helseforetakenes tiltak for å sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanseutvikling er det også gjennomført en kartlegging av deres styringsdialog med helseforetakene.

Det er også innhentet informasjon som viser hvilke innspill de regionale helseforetakene har sendt til Helsedirektoratet for å sikre riktig utdanningskapasitet i utdanningssektoren.

I tillegg er det gjennomført intervju med alle de fire regionale helseforetakene. Formålet med intervjuene var å få en utdypende forståelse av deres arbeid på de områdene som undersøkelsen omfatter.

3 Revisjonskriterier

3.1 Krav til lik tilgjengelighet til helsetjenester, god ressursutnyttelse og god kvalitet

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen får likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet.¹³ Helsetjenestene som tilbys, skal være forsvarlige.¹⁴ Helse- og omsorgsdepartementet har uttalt at for mye variasjon i kvalitet mellom ulike sykehus, kommuner og tilbud vitner om forbedringsmuligheter.¹⁵

Et av hovedformålene med spesialisthelsetjenesteloven er at den skal bidra til at ressursene utnyttes best mulig.¹⁶ God ressursutnyttelse sikter til graden av måloppnåelse i forhold til ressursinnsatsen. Et tiltak regnes gjerne som mer effektivt enn et annet hvis det oppnår målet med lavere omkostninger i form av tid, personellinnsats, utgifter, uheldige bivirkninger mv.¹⁷

Ifølge spesialisthelsetjenesteloven er utdanning av helsepersonell en av sykehusenes fire hovedoppgaver. De tre andre er pasientbehandling, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Helseforetakene skal sørge for at personell får den opplæringen, etterutdanningen og videreutdanningen som er nødvendig for at de kan gjøre arbeidet sitt forsvarlig.¹⁸

Ifølge *lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven) § 11 skal helseforetakene ha vedtekter som blant annet angir hvilke oppgaver foretaket skal ha. De fastsatte vedtektene slår fast at helseforetakene skal planlegge, organisere og fremme utvikling av medisinsk metode, praksis, pleie og kompetanse.

Personell, utdanning og kompetanse er kritiske innsatsfaktorer i helseforetakenes arbeid med å skape gode og trygge helsetjenester for pasientene. Å sikre tilstrekkelig personell, riktig kompetanse, god arbeidsdeling og bedre bruk av personell er sentrale temaer i *Nasjonale helse- og sykehusplan* og oppfølgingen av denne.¹⁹

For å sikre rett og tilstrekkelig kompetanse er helseforetakene nødt til å samarbeide godt med utdanningsinstitusjonene. De regionale helseforetakene og helseforetakene lokalt må ha god dialog og godt samspill med utdanningssektoren for å sikre at utdanningenes kapasitet, kvalitet og innhold er tilpasset tjenestens og befolkningens behov.²⁰

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom flere år stilt krav om at helseforetakene må etablere en heltidskultur og redusere bruken av deltid. Departementet har også stilt krav om å jobbe målrettet med å beholde medarbeidere.²¹

3.2 Krav til styring og planlegging

Spesialisthelsetjenesteloven²² og *lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv.* (helsetilsynsloven)²³ pålegger helseforetakene å ha et internkontrollsystem og sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i overensstemmelse med lover og forskrifter. God styring og oppfølging innebærer at

¹³ Spesialisthelsetjenesteloven §§ 1-1 og 2-1.

¹⁴ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

¹⁵ Prop. 1 S (2016–2017) Helse- og omsorgsdepartementet, s. 9.

¹⁶ Spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 nr. 4.

¹⁷ Ot.prp. nr. 10 (1998–1999) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*

¹⁸ Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 og § 3-10.

¹⁹ Prop. 1 S (2017–2018) for Helse- og omsorgsdepartementet, s. 73.

²⁰ Felles foretaksmøte i de regionale helseforetakene 16.01.2018.

²¹ Senest i felles foretaksmøte i de regionale helseforetakene 16.01.2018.

²² Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a tredje ledd.

²³ Helsetilsynsloven § 3.

helseforetakene skal ha en internkontroll som bidrar til at de når fastsatte mål og resultatkrav. Internkontrollen skal bidra til at de bruker ressurser effektivt, at de driver virksomheten i samsvar med lover og regler, og at virksomheten har tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag.

Ifølge *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* inkluderer plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter også å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring. Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer blant annet å sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om, og kompetanse i, det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.²⁴

Forskriften stiller krav om at helseforetakenes ledelse og ledelsen i de virksomhetene som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal ha et styringssystem som sikrer at de planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer aktivitetene slik at tjenestene er forsvarlige. Dette innebærer blant annet at ledelsen skal

- ha tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene
- utnytte eksisterende kunnskap og erfaringer, sørge for personell med nødvendig kompetanse og ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- følge med på hvordan styringssystemet/internkontrollen fungerer, og sørge for nødvendige forbedringer

Øverste leder skal sørge for systemer som sikrer at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å gjøre oppgavene sine. Dette innebærer at de må kartlegge kompetansebehovet, at de rekrutterer personell med nødvendig kompetanse, og at alle medarbeidere får tilstrekkelig opplæring.²⁵

²⁴ *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (§§ 6f og 7b).

²⁵ *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

4 Hvilke bemanningsutfordringer har helseforetakene når det gjelder sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere?

4.1 Helseforetakenes utfordringer med å rekruttere sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere

4.1.1 Utfordringer med å få besatt ledige stillinger

Mange helseforetak har utfordringer med å rekruttere sykepleiere og spesialsykepleiere gjennom stillingsannonser. I spørreundersøkelsen oppgir rundt 40 prosent av ledere at de uten hell har forsøkt å rekruttere medarbeidere i løpet av de siste tre månedene.

Ledere for intensivsykepleiere er de som har størst utfordringer. Godt over halvparten av disse har mislyktes i å rekruttere i løpet av de siste tre månedene. Blant ledere for sykepleiere har over 40 prosent mislyktes, mens mer enn hver fjerde leder for operasjonssykepleiere og jordmødre har mislyktes å rekruttere i løpet av de siste tre månedene.

Helseforetakene kan også rekruttere spesialsykepleiere og jordmødre gjennom utdanningsstillinger.²⁶ Dette innebærer at sykepleierne får lønn under videreutdanning og binder seg til helseforetaket i 1,5–3 år i etterkant. I spørreundersøkelsen ble lederne for spesialsykepleiere og jordmødre spurt hvor lett det er å rekruttere nye medarbeidere til enheten, utenom utdanningsstillinger.²⁷ Over halvparten av lederne svarte at det er vanskelig.

Det er varierer imidlertid hvor vanskelig det er å rekruttere utenom utdanningsstillinger for de ulike stillingstypene. 68 prosent av lederne for intensivsykepleiere og 57 prosent av ledere for operasjonssykepleiere svarer at det er vanskelig å rekruttere utenom utdanningsstillinger. Blant ledere for jordmødre oppgir en fjerdedel at det er vanskelig å rekruttere utenom utdanningsstillinger. Dette kan ses i sammenheng med at det hittil ikke har vært vanlig å gi jordmødre utdanningsstillinger.

Kommentarer fra ledere i fritekstfeltet i spørreundersøkelsen illustrerer at det er vanskelig å rekruttere uten bruk av utdanningsstillinger.

«Det er få eller ingen eksterne søkere til utlyste stillinger [...]. Vi blir helt avhengige av å rekruttere de nyutdannede fra utdanningsstillinger. De som ikke har utdanningsstilling og bindingstid er det mange som ønsker å få tak i, og da blir det fort konkurranse om lønn innad i foretaket.»

Spørreundersøkelsen viser at det de siste årene har vært et mindretall blant spesialsykepleiere som har tatt videreutdanning uten å ha en utdanningsstilling. Blant operasjonssykepleiere og intensivsykepleiere i utvalget som har fullført utdannelsen i løpet av de siste fem årene, hadde nesten tre av fire en utdanningsstilling under utdannelsen.²⁸ Blant jordmødre var den tilsvarende andelen rundt én av ti. Den lave andelen jordmødre med utdanningsstilling under videreutdanningen gjenspeiler at dette

²⁶ Sykepleiere kan også ta videreutdanning uten å ha en utdanningsstilling ved å finansiere studiene selv. Sykepleiere som er ansatt ved et sykehus, men som ikke får utdanningsstilling, kan søke om ulønnet permisjon og eventuelle tilgjengelige stipend.

²⁷ Svarskalaen gikk fra 1 (veldig vanskelig) til 7 (veldig lett). I tolkningen av svaralternativene er alternativ 1–3 gruppert som «vanskelig», 4 er «middels», og 5–7 er gruppert som «lett».

²⁸ Alle jordmødre og spesialsykepleiere i utvalget som oppgav at de hadde gjennomført videreutdanningen i løpet av de siste fem årene, ble spurt om de hadde en utdanningsstilling under videreutdanningen sin.

har vært et lite utbredt tilbud.²⁹ De siste årene har imidlertid flere helseforetak tatt i bruk denne ordningen for å rekruttere jordmødre.

Det langsiktige kompetansebehovet dekkes ved bruk av utdanningsstillinger som finansieres av arbeidsgiver. I sine langsiktige vurderinger av kompetansebehovet må helseforetakene også ta hensyn til at det tar tid etter utdanningen – opp mot 2 år – før spesialsykepleierne er funksjonsdyktige.³⁰

4.1.2 Enheter med ubesatte stillinger

Over halvparten av lederne i spørreundersøkelsen svarte at de har ubesatte stillinger ved enheten de leder. Det er forskjeller mellom stillingstypene når det gjelder hvor utbredt dette er. Nesten tre av fire enheter der det jobber intensivsykepleiere har ledige stillinger. Om lag to av tre enheter der det jobber sykepleiere har ubesatte sykepleierstillinger, mens rundt en tredel av enhetene der det jobber operasjonssykepleiere og jordmødre, har ledige stillinger.

Det varierer mye hvor mange ubesatte stillinger enhetene innen hver stillingstype har. Hver tredje enhet med intensivsykepleiere har mellom 1 og 2,5 ubesatte stillinger per 10 ansatte. Noen få intensivenheter har enda flere. Blant de andre stillingstypene er det færre enheter med tilsvarende mangel på personell.³¹

Kliniske enheter over en viss størrelse kan ofte ha ubesatte stillinger uten at dette nødvendigvis er et uttrykk for bemanningsutfordringer. Undersøkelsen viser imidlertid at ledere ved enheter med ubesatte stillinger langt oftere har mislykkes i å rekruttere nye medarbeidere i løpet av de siste tre månedene, og oftere gir uttrykk for at det er vanskelig å rekruttere nye medarbeidere, enn ledere ved enheter uten ledige stillinger.

4.1.3 Bruk av personell uten spesialisering i stillinger for spesialsykepleiere

Mange enheter benytter personell uten videreutdanning i stillinger for spesialsykepleiere. Dette er en løsning som er svært utbredt blant enheter med intensivsykepleiere, men kun i begrenset grad er brukt ved enheter med operasjonssykepleiere og jordmødre. Ved nærmere ni av ti intensivenheter har ansatte uten formell videreutdanning intensivsykepleierstillinger.³²

Det varierer mellom intensivsykepleierenhetene hvor stor andel av de ansatte som mangler spesialisering.

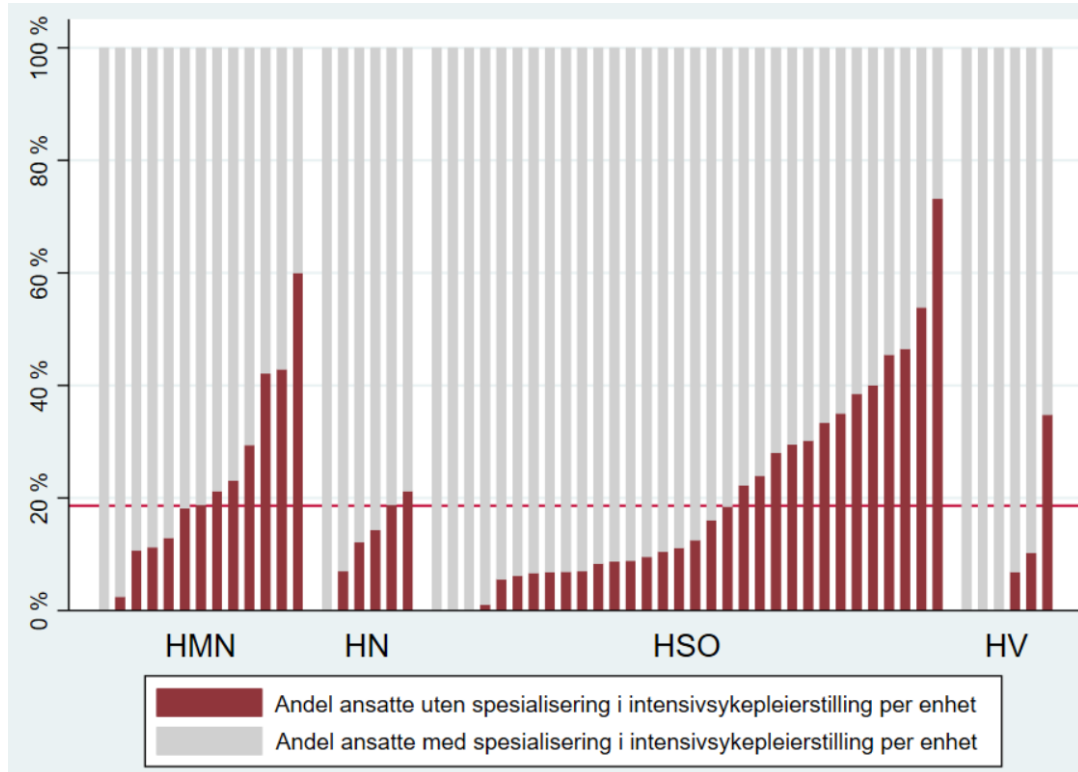
²⁹ En årsak til at utdanningsstillinger for jordmødre har vært lite utbredt, er at det har vært lite behov for det. Til tross for få utdanningsstillinger har det vært høye søknadstall til jordmordstudietilbudene.

³⁰ Helse- og omsorgsdepartementets brev av 30. august 2019 til Riksrevisjonen.

³¹ Hver sjettede enhet med operasjonssykepleiere mangler 1 operasjonssykepleier per 10 operasjonssykepleiere i enheten, mens det samme gjelder hver åttende enhet med jordmødre. Selv om en høy andel av sykepleierenhetene har ledige stillinger, er det bare hver trettende enhet som mangler så mye som 1 sykepleier per 10 ansatte.

³² Ansatte uten spesialisering fungerer i spesialsykepleierstilling i hver åttende enhet med jordmødre, og hver fjortende enhet med operasjonssykepleiere.

Figur 1 Andel ansatte per enhet uten spesialisering i stilling som intensivsykepleier, regionvis³³
(n enheter = 57)



Kilde: Spørreundersøkelsen til nærmeste leder. Den røde linjen representerer gjennomsnittet blant enhetene i andelen ansatte uten spesialisering som fungerer i stilling som intensivsykepleier

Figur 1 viser andelen ansatte uten spesialisering som fungerer i intensivsykepleierstilling per enhet, sortert etter hvilken helseregion enheten befinner seg i. Variasjonen er stor: Mens enkelte intensivsykepleierenheter ikke har noen ansatte uten spesialisering i stillinger for intensivsykepleiere, har to enheter henholdsvis 60 prosent og 73 prosent ansatte uten spesialisering i intensivsykepleierstillinger. På landsbasis er det ved nærmere en tredel av enhetene over 20 prosent av de ansatte i intensivsykepleierstillinger som ikke har spesialisering. Praksisen er mest utbredt i Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst. Ved nesten halvparten av intensivenehetene i Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst har over 20 prosent av ansatte i intensivsykepleierstillinger ikke videreutdanning i intensivsykepleie.

Figur 1 viser at i mange enheter må sykepleiere uten spesialisering fungere i intensivsykepleierstilling. Følgende kommentar som en leder skrev i det åpne kommentarfeltet, illustrerer at det oppstår en praksis med å bruke personell uten spesialisering fordi det er vanskelig å rekruttere personell med riktig kompetanse:

«Bemanningsplanen er laget etter behovet vi har for intensivsykepleiere, men pga. utfordringer med å rekruttere intensivsykepleiere, så blir stillingene besatt av sykepleiere uten videreutdanning.»

Dokumenter fra helseforetakene viser at enkelte har overført oppgaver som ikke krever spesialkompetanse, fra intensivsykepleiere til sykepleiere. For eksempel ved Helse

³³ Indikatoren «andel ansatte uten spesialisering i stilling som intensivsykepleier» er basert på leders svar på følgende spørsmål i spørreskjema: «Hvor mange ansatte som ikke er intensivsykepleier fungerer i intensivsykepleierstilling i enheten du leder?». Antall ansatte uten spesialisering som jobber i intensivsykepleierstilling er delt på totalt antall ansatte i intensivsykepleierstillinger ved enheten.

Stavanger HF får sykepleiere ved intensivavdelingen en introduksjon på seks uker, og deretter følger fagutviklingssykepleiere og avdelingsledelse dem opp. De får ansvar for de enkleste oppgavene under veiledning av intensivsykepleier. Intensivavdelingen påpeker samtidig at kompetanseheving for sykepleiere bare i liten grad kan kompensere for og redusere behovet for intensivsykepleiere fordi sykepleiere uten spesialkompetanse mangler grunnleggende kunnskap og forståelse på flere områder.³⁴

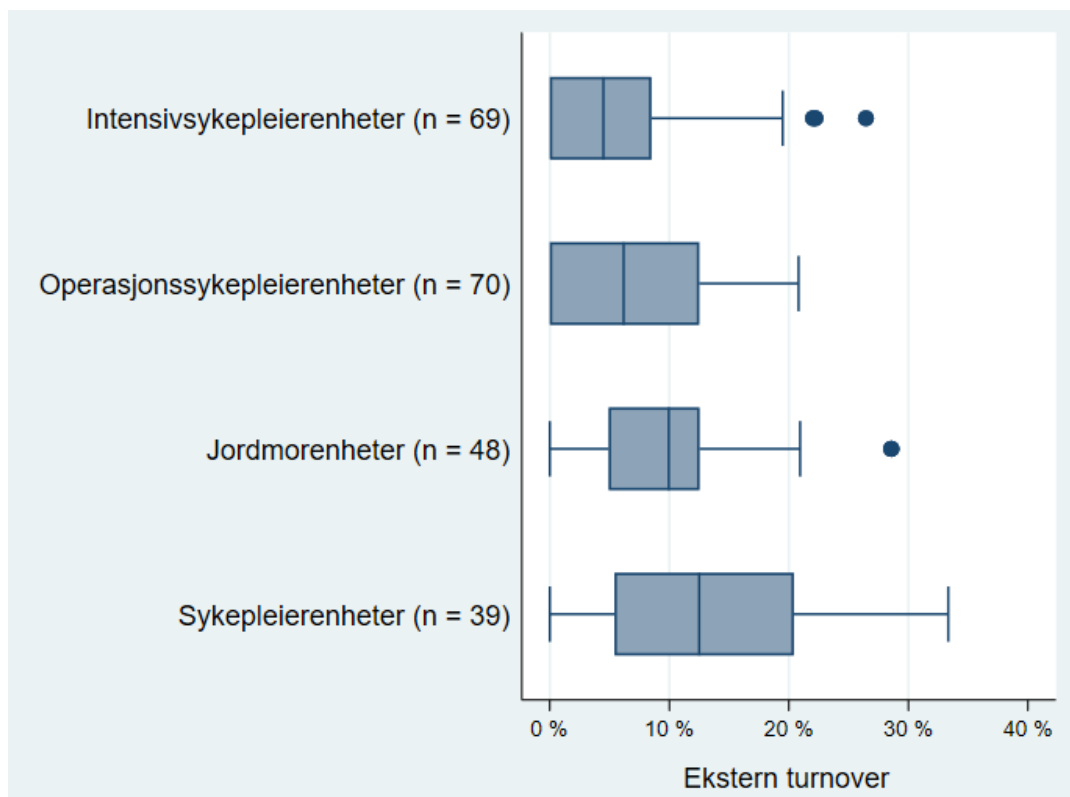
4.2 Helseforetakenes utfordringer med å beholde eksisterende arbeidskraft

4.2.1 Ekstern turnover

Ved de undersøkte enhetene er det en gjennomsnittlig årlig ekstern turnover på 8 prosent for alle stillingstypene samlet. Dette vil si at hver trettende sykepleier, spesialsykepleier og jordmor i snitt sluttet uten å begynne i ny stilling i samme helseforetak siste år. Ansatte som sluttet i stillingen de hadde, og begynte i ny stilling et annet sted i helseforetaket, er ikke inkludert. For de fleste enheter vil det derfor reelt være flere som slutter enn det denne indikatoren viser.

Dersom den ansatte som slutter i enhet starter i en annen enhet ved helseforetaket kan dette være positivt ved at det kan tilføre kompetanse på tvers i virksomheten og kan sees på som deling av kompetanse. Turnover innebærer uansett på kort sikt kostnader for enhetene, fordi rekruttering og opplæring av nye ansatte krever økonomiske og organisatoriske ressurser, og enhetene mister kompetanse som det tar tid å bygge opp på nytt. Av samme grunner kan turnover også føre til økt belastning på gjenværende medarbeidere.

Figur 2 Forskjeller mellom enheter i ekstern turnover per stillingstype



Kilde: Registerdata

³⁴ Kartleggingsskjemaet *Ulik videreutdanning i sykepleie og SUS' behov for spesialkompetanse innen sykepleie*.
19

Figur 2 viser variasjonen i ekstern turnover ved ulike enheter for hver stillingstype. Samme type figur vil bli brukt senere i rapporten. Søylene for sykepleiere tolkes slik:

- Linjene innad i hver boks viser medianen. For sykepleierne betyr dette at halvparten av sengepostene har mer enn 12 prosent turnover.
- Boksene viser innen hvilket intervall den midterste halvparten av observasjonene ligger. For sykepleiere betyr dette at den midterste halvparten av sengepostene har en ekstern turnover på mellom 5 og 20 prosent; mens en fjerdedel av sengepostene ligger lavere enn 5 prosent, og en fjerdedel av sengepostene ligger over 20 prosent.
- Yttergrensen på den tynne linjer er de analytiske ytterverdiene; det vil si største og minste verdi som inngår i analysene.³⁵ De svarte rundingene er uteliggere (ekstremverdier)

Av figuren framgår det at ekstern turnover er høyest blant enheter med sykepleiere og jordmødre.

I løpet av et år slutter i gjennomsnitt hver 8. sykepleier og hver 10. jordmor uten å begynne i ny stilling i helseforetaket. Blant enheter med intensivsykepleiere og operasjonssykepleiere er ekstern turnover betydelig lavere. I gjennomsnitt slutter hver 18. intensivsykepleier og hver 14. operasjonssykepleier i løpet av et år.³⁶

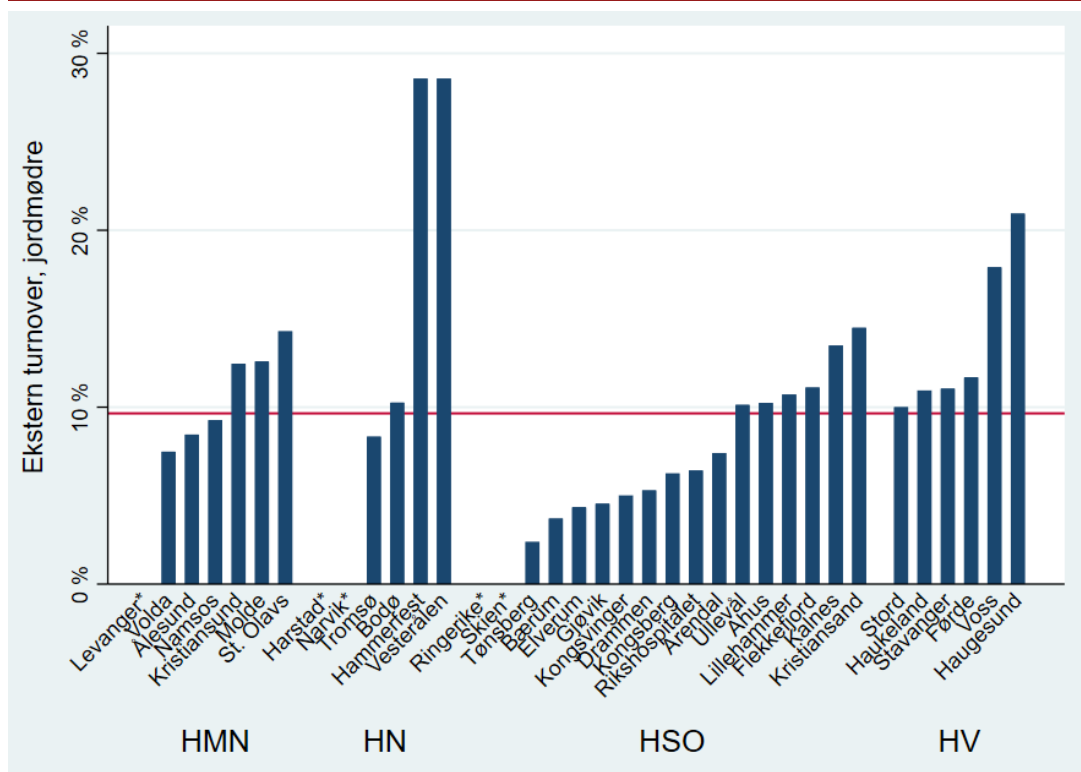
Noe av grunnen til at sykepleiere uten spesialisering og jordmødre har en høyere gjennomsnittlig ekstern turnover, kan være at de har flere jobbmuligheter utenfor helseforetakene enn intensiv- og operasjonssykepleiere. Kommunene har stort behov for å rekruttere sykepleiere til sine helse- og omsorgstjenester. Også når det gjelder jordmødre har kommunene fått krav for og øremerkede midler til å rekruttere flere jordmødre til kommunal føde- og barselomsorg. Dokumenter fra helseforetakene understøtter at flere jordmødre slutter i helseforetakene fordi de blir rekruttert av kommunene.

En annen grunn til at sykepleiere har en høy gjennomsnittlig ekstern turnover, kan være at de ønsker å forsøke forskjellig arbeidsplasser og skaffe seg varierende klinisk erfaring.

³⁵ I beregningen av de analytiske ytterverdiene er uteliggere utelatt; det vil si observasjoner som ligger mer enn 1,5 gang interkvartilavstanden fra henholdsvis 25. og 75. persentil.

³⁶ I prosent tilsvarer dette en gjennomsnittlig ekstern turnover på 5,6 prosent blant intensivsykepleiere, 7,0 prosent blant operasjonssykepleiere, 9,7 blant jordmødre og 12,4 blant sykepleiere.

Figur 3 Forskjeller mellom sykehus i ekstern turnover blant jordmødre, regionvis (n = 1695)



Kilde: Registerdata. * bak sykehusnavn indikerer at sykehuset ifølge registerdata ikke hadde ekstern turnover blant jordmødre i undersøkelsesperioden

Figur 3 viser at det er store forskjeller i ekstern turnover når man sammenligner ulike sykehus. Noen få sykehus peker seg ut med svært høy turnover blant jordmødre, og enkelte sykehus har veldig lav turnover. Flere sykehus hadde ingen ekstern turnover blant jordmødre i løpet av siste år. Bildet er relativt likt for de andre stillingstypene, med stor variasjon i ekstern turnover mellom sykehusene.³⁷

En rapport fra SSB viser at 88 prosent av sykepleierne som var ferdig utdannet i 2005 og fortsatt var yrkesaktive i 2016, jobbet i helsetjenesten. Dersom man inkluderer de som ikke var yrkesaktive i 2016, jobbet samlet sett fire av fem sykepleiere fortsatt i helsetjenesten. I de første årene etter fullført utdanning jobbet de fleste yrkesaktive sykepleierne i spesialisthelsetjenesten. Tre år etter utdanningen jobbet halvparten av sykepleierne der, og sju år etter utdanningen var det rundt 45 prosent som jobbet der. I 2016 jobbet 44 prosent i kommunal- og helsetjenesten og 43 prosent i spesialisthelsetjenesten.³⁸ Dette viser at det er vanlig at sykepleiere etter noen år slutter i spesialisthelsetjenesten og begynner å jobbe i den kommunale helsetjenesten. Dette gir verdifull kompetanse til kommunehelsetjenesten. Det kan også bidra til bedre samarbeid og forståelse mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten fordi ansatte har erfaring fra begge sektorer. Samlet trenger dette ikke være negativt for helsetjenesten, men det kan skape utfordringen for den kliniske enheten i sykehuset hvor den ansatte slutter.

4.2.2 Ansatte som vurderer å bytte jobb

Indikatoren ekstern turnover viser hvor stor andel av de ansatte som har sluttet i en periode, men indikatoren gir nødvendigvis ikke ett riktig bilde av hvor stor andel av de ansatte som kommer til å slutte i tiden framover. Framtidig turnover ved en enhet vil blant annet avhenge av hvor mange av enhetens medarbeidere som når pensjonsalder. Det

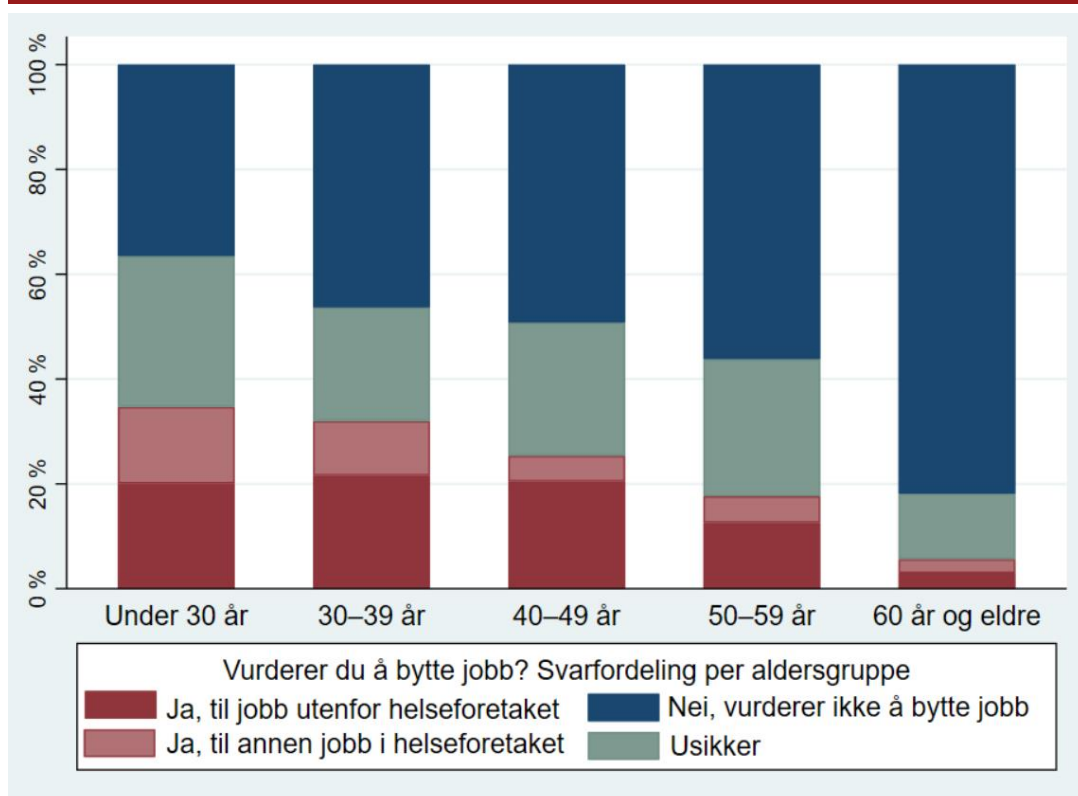
³⁷ Tilsvarende figurer for de andre stillingstypene finnes i vedlegg 1.

³⁸ SSB (2019) *Sykepleieres arbeidssted og nyutdannede sykepleieres tilknytning til arbeidslivet*.

må også antas at ekstern turnover framover vil avhenge av hvor mange ansatte som ønsker å slutte i jobben. I spørreundersøkelsen svarte mer enn hver femte ansatte at de vurderer å bytte jobb. Et overveiende flertall av disse vurderer å bytte til en jobb utenfor helseforetaket. Litt over halvparten oppgir at de ikke vurderer å bytte jobb, noe som kan tolkes som at de er sikre på at de ønsker å bli i nåværende stilling.³⁹

Det varierer mellom stillingstypene hvor stor en andel som vurderer å bytte jobb. Andelen som svarer ja på at de vurderer å bytte jobb, er høyest blant sykepleierne; i denne gruppen oppgir nærmere én av tre at de vurderer å bytte jobb. For intensivsykepleiere og jordmødre sier litt over hver femte det samme, mens andelen som svarer at de vurderer å bytte jobb, er lavest blant operasjonssykepleierne. Tilsvarende er andelen som svarer at de *ikke* vurderer å bytte jobb, høyest blant operasjonssykepleiere og jordmødre (ca. 60 prosent). En grunn til dette er at sykepleiere med spesialutdanning har søkt og gjennomført en spesialisering som de selv ønsket.

Figur 4 Andel ansatte som vurderer å bytte jobb i ulike aldersgrupper (n = 4276)



Kilde: Spørreundersøkelsen til ansatte

Figur 4 viser at andelen som vurderer å bytte jobb, er høyest i de yngste aldersgruppene. Dette er også grunnen til at en høyere andel sykepleiere vurderer å bytte jobb enn ansatte i de tre andre stillingstypene. Samtidig går det fram at selv i aldersgruppen 50-59 år vurderer nesten hver femte medarbeider å bytte jobb eksternt eller internt. Det må understrekes at dette ikke nødvendigvis betyr at så mange ansatte faktisk kommer til å bytte jobb.

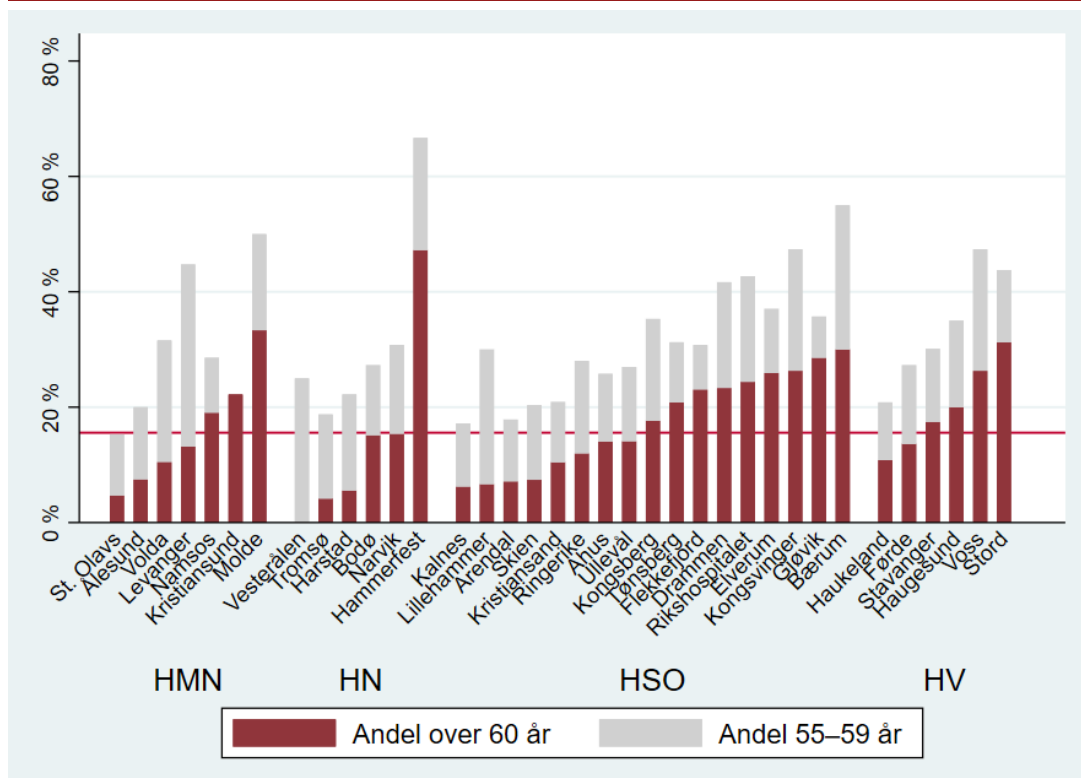
³⁹ Rundt en fjerdedel oppga at de er usikre på om de vil bytte jobb.

4.2.3 Ansatte som når pensjonsalder

Data på ansattes fødselsår viser at mer enn hver sjettede spesialsykepleier og jordmor vil nå pensjonsalder (65 år) i løpet av de neste fem årene.⁴⁰ Dette innebærer at en vesentlig andel av arbeidsstyrken av spesialsykepleiere og jordmødre må erstattes innen få år. Blant sykepleiere er gjennomsnittsalderen lavere, og bare hver 14. sykepleier i vårt utvalg når pensjonsalder innen fem år.⁴¹

Hvor stor andel av de ansatte som når pensjonsalder de kommende årene, varierer imidlertid mye mellom enhetene. Ved nærmere halvparten av enhetene med jordmødre vil mellom 20 og 50 prosent av de ansatte nå pensjonsalder innen fem år. Det samme gjelder mer enn hver tredje enhet med operasjonssykepleiere og mer enn hver fjerde enhet med intensivsykepleiere.

Figur 5 Andel jordmødre over 60 år og 55–59 år per sykehus, regionvis (n = 1695)

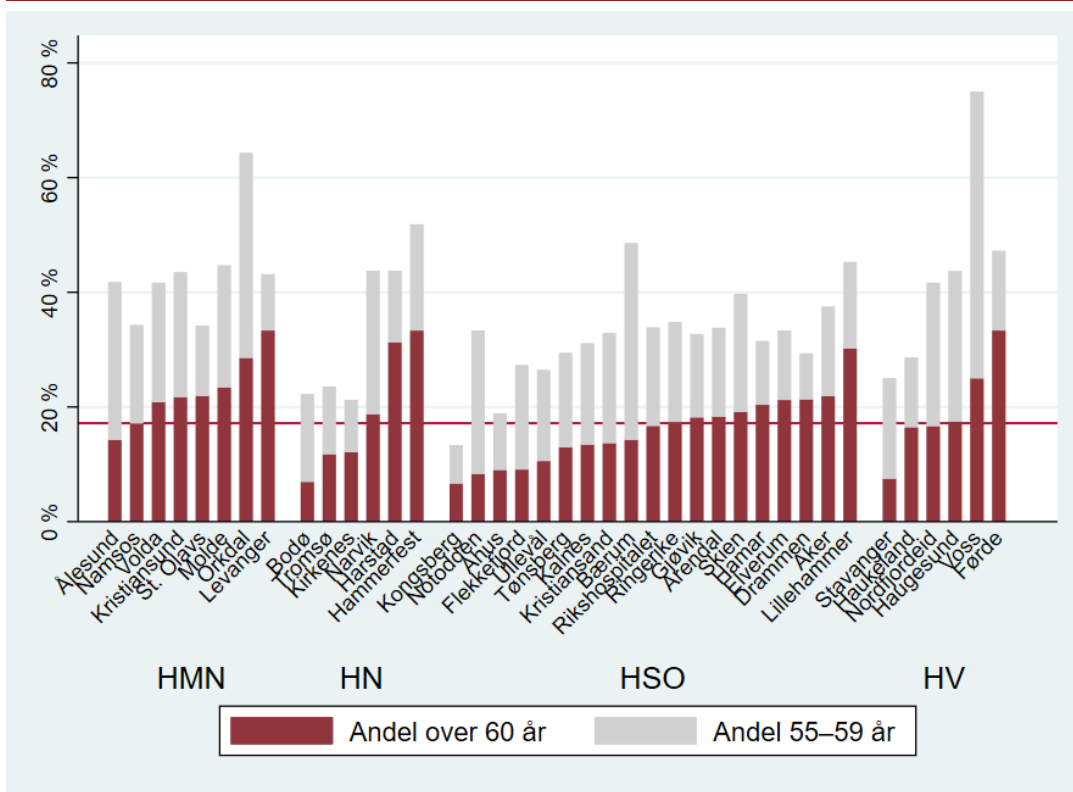


Kilde: Registerdata. Rød linje representerer andel jordmødre over 60 år i hele utvalget.

⁴⁰ Våre beregninger viser at 17 prosent av intensivsykepleierne, 16 prosent av jordmødrene, og 18 prosent av operasjonssykepleierne i vårt utvalg når pensjonsalder (65 år) i løpet av de neste fem årene. Gjennomsnittsalderen blant spesialsykepleiere er også relativt høy. Blant intensivsykepleiere og operasjonssykepleiere ligger gjennomsnittsalderen på 49 år, mot 47 år blant jordmødre.

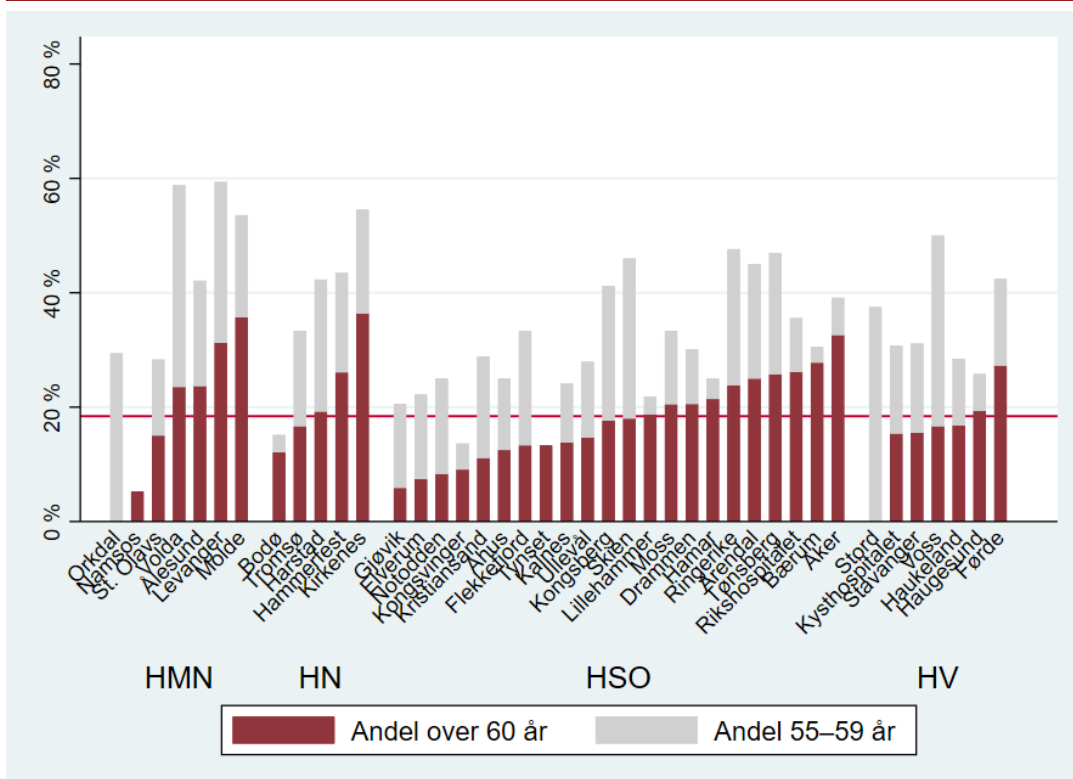
⁴¹ Blant sykepleiere i vårt utvalg vil 7 prosent nå pensjonsalder i løpet av de nærmeste fem årene. Gjennomsnittsalderen blant sykepleiere er på 38 år.

Figur 6 Andel intensivsykepleiere over 60 år og 55–59 år per sykehus, regionvis (n = 2834)



Kilde: Registerdata. Rød linje representerer andel intensivsykepleiere over 60 år i hele utvalget.

Figur 7 Andel operasjonssykepleiere over 60 år og 55–59 år per sykehus, regionvis (n = 1753)



Kilde: Registerdata. Rød linje representerer andel operasjonssykepleiere over 60 år i hele utvalget.

Figurene over viser at andelen ansatte over 60 år og i alderen 55–60 år også varierer mye mellom sykehusene innad i hver helseregion. Figurene illustrerer at sykehusene

møter ulike rekrutteringsbehov for spesialsykepleiere og jordmødre som følge av pensjonsrelatert avgang de nærmeste fem til ti årene.⁴²

At ikke alle ansatte jobber til de er 65 år, forsterker dette rekrutteringsbehovet. En undersøkelse Analysesenteret gjorde, viser at ca. hver tredje sykepleier ønsker å gå av ved 62 år.⁴³ I tillegg vil en del ansatte slutte av andre årsaker. Selv om andelen som vurderer å bytte jobb, er høyest i de yngre aldersgruppene, vurderer også nesten hver femte medarbeider i alderen 50–60 år å bytte jobb. Når ledere planlegger bemanningsbehov, kan de derfor ikke forutsette at alle over 50 år blir i stillingen fram til de pensjonerer seg.

I det åpne kommentarfeltet i spørreundersøkelsen kommer det fram at vaktbelastningen gjør at mange eldre opplever arbeidet som krevende, og at de ikke kommer til å orke å stå i jobb til de når pensjonsalder. Mange kommenterer at de kunne vært yrkesaktive lenger hvis arbeidsforholdene var lagt bedre til rette for eldre sykepleiere.

SSB har gjennomført en undersøkelse som belyser sykepleieres arbeidssted og nyutdannede sykepleieres tilknytning til arbeidslivet.⁴⁴ Den viser at den samlede yrkesprosenten er over 90 prosent fram til 58 år, og deretter reduseres med økende alder.

På nasjonalt nivå ser det derfor ut til at mange helseforetak har behov for å rekruttere mange nye ansatte de neste årene. Dette er både en følge av at ansatte går av med pensjon, og av at ansatte slutter av andre årsaker.

4.3 Helseforetakenes utfordringer med å mobilisere eksisterende arbeidskraft

4.3.1 Sykefravær

Registerdata viser at gjennomsnittlig sykefravær blant de ansatte i utvalget ligger på 8,5 prosent. Dette er på omtrent samme nivå som sykefraværsprosenten i SSBs statistikk over sykefravær blant ansatte i helse- og sosialtjenester.

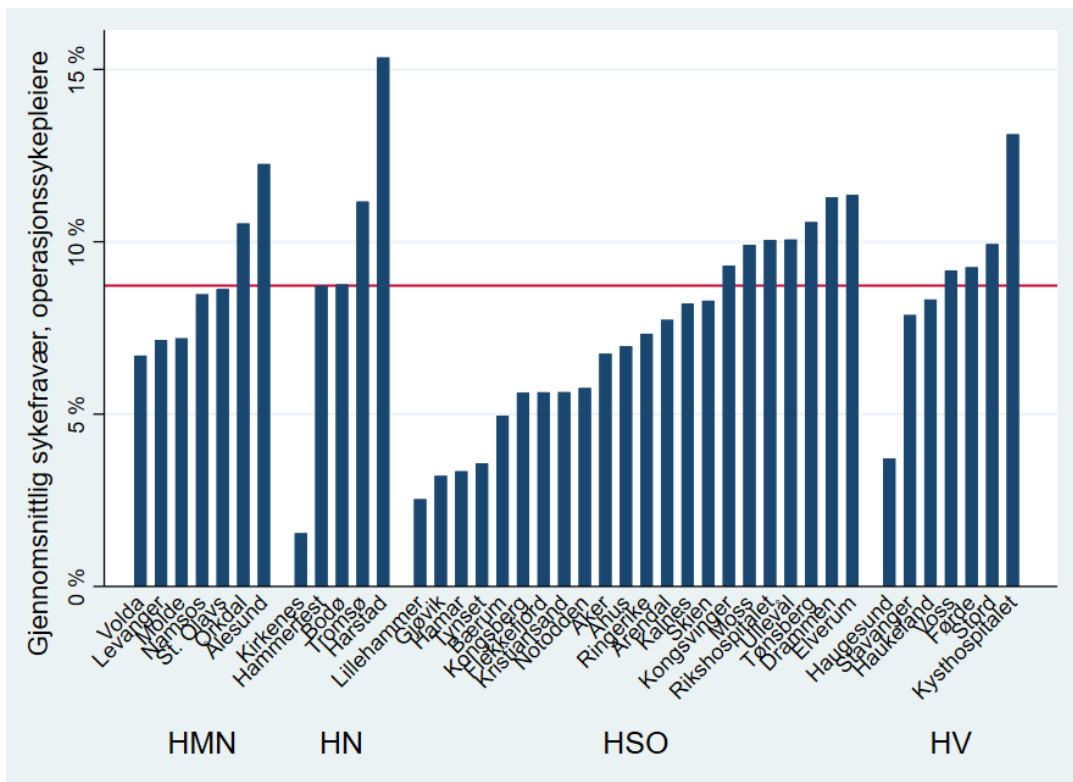
Det er små forskjeller mellom stillingstypene. Det er også små forskjeller mellom helseregionene, med unntak av Helse Nord som har et høyere sykefravær enn gjennomsnittet.

⁴² Sykehus med data for få ansatte (under 10) innen hver stillingstype er utelatt i disse figurene.

⁴³ Analysesenteret (2017) *Kartlegging ABIOK-videreutdanning. Behov, kapasitet og samordning.*

⁴⁴ SSB (2019) *Sykepleieres arbeidssted og nyutdannede sykepleieres tilknytning til arbeidslivet.*

Figur 8 Forskjeller mellom sykehus i sykefravær blant operasjonssykepleiere, regionvis (n = 1753)



Kilde: Registerdata

Figur 8 viser gjennomsnittlig sykefravær for operasjonssykepleiere per sykehus, sortert etter region.⁴⁵ Figuren viser en tydelig variasjon i sykefraværet blant operasjonssykepleiere på ulike sykehus. Selv om sykefraværet blant operasjonssykepleiere ved mange sykehus ligger rundt snittet (rød linje), er det noen sykehus som peker seg ut med lavt sykefravær, og enkelte som peker seg ut med høyt sykefravær. Bildet er relativt likt for de andre stillingstypene, med stor variasjon mellom sykehusene.⁴⁶

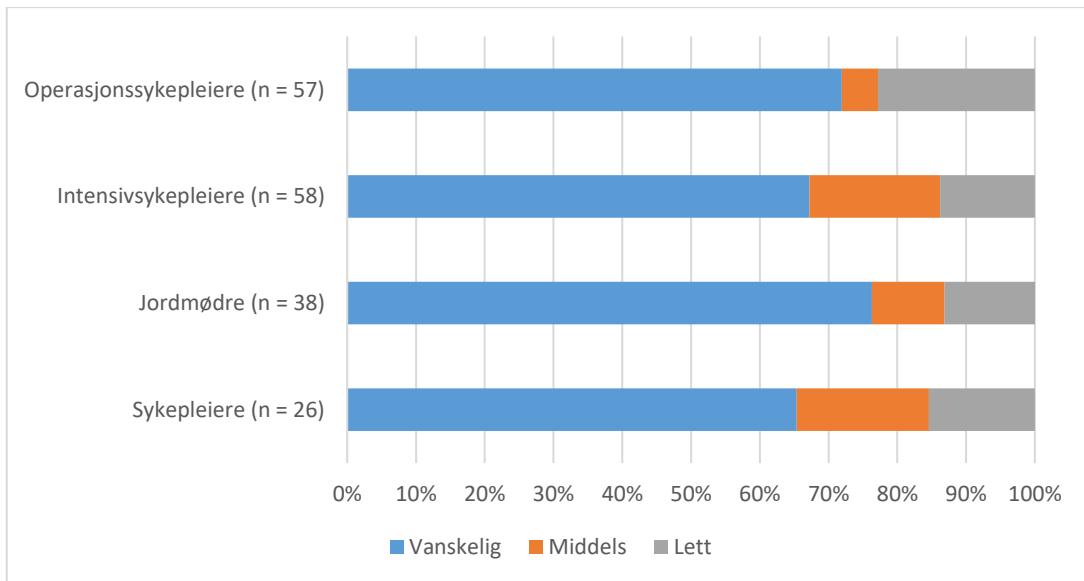
I spørreundersøkelsen ble lederne spurt hvor vanskelig det er å skaffe personell med tilsvarende kompetanse ved korttidssykefravær.⁴⁷ I alle helseregionene oppgir det store flertallet av ledere at dette er vanskelig.

⁴⁵ Sykehus med få operasjonssykepleiere (under 10) er utelatt.

⁴⁶ Tilsvarende figurer for de andre stillingstypene er i vedlegg 2.

⁴⁷ Spørsmålet var formulert som følger: «Hvor godt stemmer følgende påstand: 'Det er vanskelig å skaffe personell med tilsvarende kompetanse ved korttidssykefravær blant <stillingstype>?'. Svarskalaen gikk fra 1 (stemmer svært dårlig) til 7 (stemmer svært godt). I tolkningen av svaralternativene er alternativ 1–3 gruppert som «lett», 4 er «middels», og 5–7 er gruppert som «vanskelig».

Figur 9 Hvor lett eller vanskelig er det å skaffe personell med tilsvarende kompetanse ved korttidssykefravær?



Kilde: Spørreundersøkelsen til ledere

Figur 9 viser at et flertall av lederne innenfor alle stillingstyper oppgir at det er vanskelig å skaffe personell med tilsvarende kompetanse ved korttidssykefravær.

Over en tredel av lederne i spørreundersøkelsen oppga at korttidssykefravær ikke ble dekket opp ukentlig eller oftere ved deres enhet sist måned fordi man ikke fikk tak i riktig personell. Til sammenligning svarte nærmere en tredel av de ansatte at sist gang noen var syk på deres vakt, ble sykefraværet ikke dekket opp.

Kommentarer fra flere ansatte illustrerer at sykefravær ofte ikke blir dekket opp, og at dette fører til økt belastning for de som er igjen. Følgende er et eksempel på dette:

«Det er et gjentakende problem for oss på natten at det ofte mangler personale på vakt pga. sykdom, og at det ikke er leid inn. På natten er dette ekstra sårbart siden det stort sett ikke er noen flere å hente inn dersom det er behov.»

Et stort flertall av lederne har samme fagprofesjon som de ansatte som de leder, og jobber også klinisk. I situasjoner der man ikke finner personell med tilsvarende kompetanse ved korttidssykefravær, har leder selv forutsetninger for å dekke vekten. Det går frem av kommentarene fra lederne at flere selv går inn og dekker sykefravær blant ansatte:

«Fagutvikler, daglig leder på operasjon og jeg som avdelingssykepleier deltar aktivt på operasjonsavdelingen ved fravær. Dette medfører at det sjelden/aldri er strykninger av operasjonspasienter. Dette skjuler imidlertid behovet som flere ganger i uken er til stede ved sykefravær, syke barn.»

«Sykefraværet vårt er på over 15 % i februar. Dette fører i stor grad til at min arbeidshverdag går til å dekke opp vakter ved forsterkning og sykdom og være ute i drift, alle andre viktige lederoppgaver er det minimalt med tid til»

Av spørreundersøkelsen fremgår det at det også kan være andre grunner til at sykefravær ikke dekkes opp. Man skulle tro at vakter ikke dekkes opp dersom pasientbelegget er lavt på aktuelt tidspunkt. Analysen viser imidlertid at det er sjelden at fravær ikke dekkes opp på grunn av lav aktivitet i enheten. Færre enn hver 10. leder svarer at fravær sist måned ikke ble dekket opp ukentlig eller oftere på grunn av lav aktivitet i enheten.

I tillegg oppgir omtrent hver 10. leder at sykefravær sist måned ikke ble dekket opp ukentlig eller oftere av andre grunner. Mange ansatte og ledere gir uttrykk for at en slik grunn kan være at det mangler ressurser, eller at ledelsen ønsker å spare penger. Ledere må alltid vurdere behovet for å dekke inn en vakt ved fravær. På beslutningstidspunktet kan det være økonomisk gunstig å ikke dekke vekten hvis pasientbelegget tilsier dette. Samtidig gir mange ansatte i kommentarfeltet til spørreundersøkelsen uttrykk for at de opplever at arbeidsbelastningen likevel kan bli for stor:

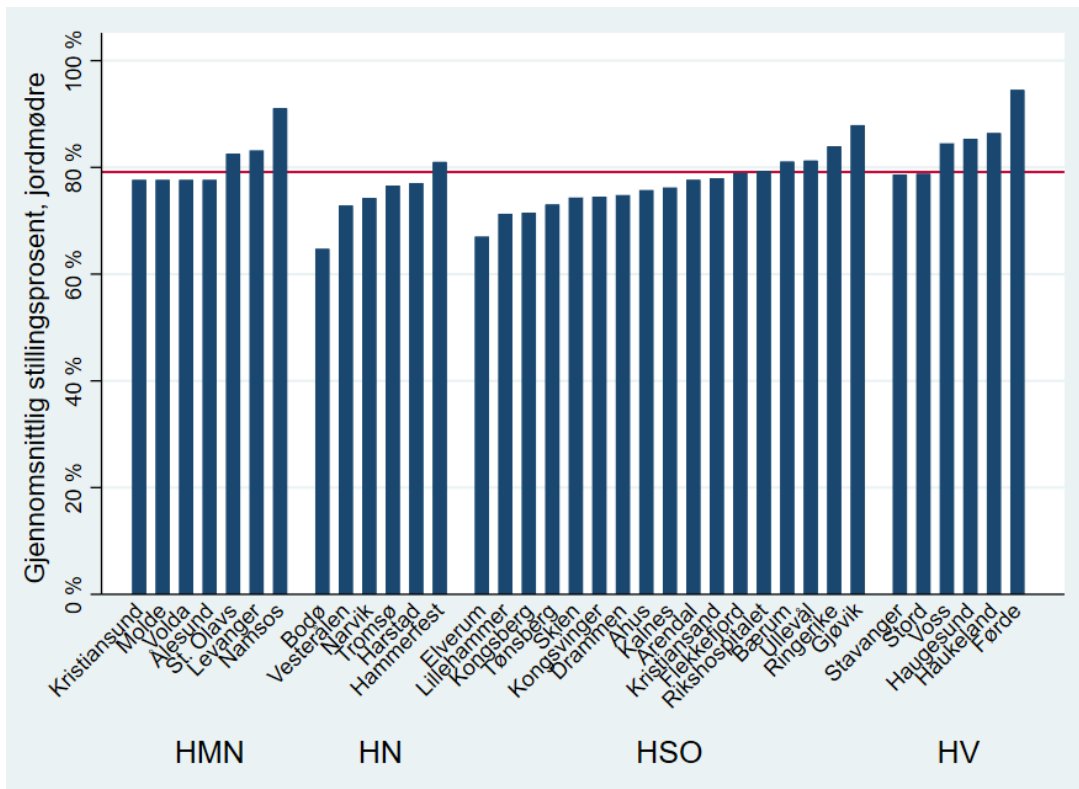
«I tillegg opplever vi at det stadig er krav om innsparing og at det må vurderes fra vakt til vakt om det leies inn vikar for de som er borte. Og det blir sårbart da situasjonen kan snu helt fra en time til den neste.»

4.3.2 Stillingsstørrelse

Når medarbeidere har redusert stillingsprosent, går helseforetakene glipp av arbeidskraft sammenlignet med om de samme medarbeiderne hadde jobbet full stilling. Gjennomsnittlig stillingsprosent blant alle ansatte i utvalget er 88 prosent. Samtidig jobber litt under 60 prosent heltid.

Stillingsprosenten og hvor stor andel som jobber heltid, varierer imidlertid mye mellom stillingstypene. Operasjonssykepleiere har den høyeste gjennomsnittlige stillingsprosenten (95 prosent) og den høyeste andelen heltid (77 prosent). Det er også en høy andel intensivsykepleiere som jobber heltid; den gjennomsnittlige stillingsprosenten er 92 prosent, og andelen som jobber heltid er 67 prosent. Blant sykepleiere og jordmødre er det vanskeligere å mobilisere tilgjengelig arbeidskraft. Både sykepleiere og jordmødre har en gjennomsnittlig stillingsprosent på rundt 80 prosent, og bare hver tredje jordmor og sykepleier jobber heltid.

Figur 10 Forskjeller mellom sykehus i gjennomsnittlig juridisk stillingsprosent blant jordmødre, regionvis (n = 1695)



Kilde: Registerdata

Figur 10 viser at den gjennomsnittlige stillingsprosenten også varierer blant jordmødre på sykehusnivå.⁴⁸ Mens jordmødre på de sykehusene som ligger lavest, har en gjennomsnittlig stillingsprosent på under 70 prosent, har jordmødre på de sykehusene som ligger høyest, en gjennomsnittlig stillingsprosent på over 90 prosent.

Mulighet for å mobilisere arbeidskraft gjennom økt stillingsprosent og redusert sykefravær

Høy deltidsandel og høyt sykefravær blant sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere kan gjøre det mulig å mobilisere mer arbeidskraft blant tilgjengelige medarbeidere ved å øke stillingsprosenten og redusere sykefraværet.

Beregninger viser at man ville fått 382 ekstra årsverk blant spesialsykepleiere og jordmødre⁴⁹ dersom alle enheter som ligger under gjennomsnittlig stillingsprosent for den enkelte stillingskategorien, kom opp på gjennomsnittsnivået.⁵⁰ Dette tilsvarer 4,6 prosent av alle årsverkene i disse stillingskategoriene ved enhetene i utvalget. Det er betydelig flere årsverk som kunne ha vært mobilisert ved å øke stillingsandelen til snittet, enn det er ubesatte stillinger.

Beregningene av mulighetene for å mobilisere tilgjengelig arbeidskraft er ikke nødvendigvis realistiske, ettersom mange ansatte jobber deltid fordi de ikke ønsker å jobbe mer. I spørreundersøkelsen ble deltidsarbeidende spurt om de de kunne tenke seg

⁴⁸ Det er tilsvarende figurer for intensivsykepleiere, operasjonssykepleiere og sykepleiere i vedlegg 3. Sykehus med data for mindre enn 10 medarbeidere innen stillingstypen er utelatt.

⁴⁹ Sykepleiere er holdt utenfor i denne beregningen, ettersom de innhentede data omfatter et begrenset utvalg enheter hvor det jobber sykepleiere.

⁵⁰ Se beregninger av antall årsverk som kunne vært mobilisert, i vedlegg 4.

å utvide stillingsprosenten. Om lag 30 prosent av deltidsarbeidende jordmødre og om lag 40 prosent av deltidsarbeidende sykepleiere svarte likevel at de ønsker å øke stillingsprosenten.⁵¹

Redusert sykefravær er en annen måte å mobilisere mer tilgjengelig arbeidskraft på. Beregningene viser at det ville vært 131 ekstra årsverk dersom sykefraværet hadde vært likt snittet ved alle enheter som har høyere sykefravær enn gjennomsnittet for den enkelte stillingskategori. Dette tilsvarer 1,6 prosent av alle årsverk ved enhetene i utvalget. Det må understrekes at sykefravær i en del tilfeller er utenfor leders påvirkningskraft.

Enkelte enheter innen hver stillingskategori peker seg ut med en kombinasjon av høy gjennomsnittlig stillingsprosent, lavt sykefravær og god opplevd kvalitet på tjenestene blant de ansatte.⁵² Dersom enhetene med lavere gjennomsnittlig stillingsprosent enn disse «eksempelenhetene» kom opp på tilsvarende stillingsprosent, ville dette gi hele 834 ekstra årsverk. I tillegg kunne det skapes 289 ekstra årsverk dersom enhetene med høyere gjennomsnittlig sykefravær reduserte sykefraværet til samme nivå som «eksempelenhetene». Til sammen ville det blitt mobilisert over 1100 stillinger blant enhetene i utvalget ved å øke stillingsprosenten og redusere sykefraværet til samme nivå som ved enheter med både høy gjennomsnittlig stillingsprosent, lavt sykefravær og høy opplevd kvalitet i tjenestene.⁵³ Dette tilsvarer 13 prosent av årsverkene i de undersøkte enhetene.

For å beregne hvor stort potensial dette i realiteten representerer, må flere forhold og variabler trekkes inn i beregningene. Det gjelder for eksempel forutsetninger innenfor arbeidsgiverområdet, omfanget av rettighetsbasert deltid og at de som ønsker økt stillingsprosent ikke vil ta flere ubekvemme vakter og/eller jobbe på flere kliniske enheter. Det har ikke vært mulig å gjennomføre så omfattende beregninger innenfor rammen av denne undersøkelsen. De teoretiske beregningene indikerer imidlertid at det eksisterer et betydelig potensial for å mobilisere flere årsverk blant enhetene i utvalget.

Sammenhengen mellom stillingsprosent og sykefravær

Statistiske analyser viser at enheter med høyere gjennomsnittlig stillingsprosent og høyere andel heltidsarbeid blant sine ansatte i snitt også har høyere sykefravær.⁵⁴ Dette betyr at enheter med lavere gjennomsnittlig stillingsprosent blant sine ansatte i snitt har lavere sykefravær enn enheter med høyere gjennomsnittlig stillingsprosent.

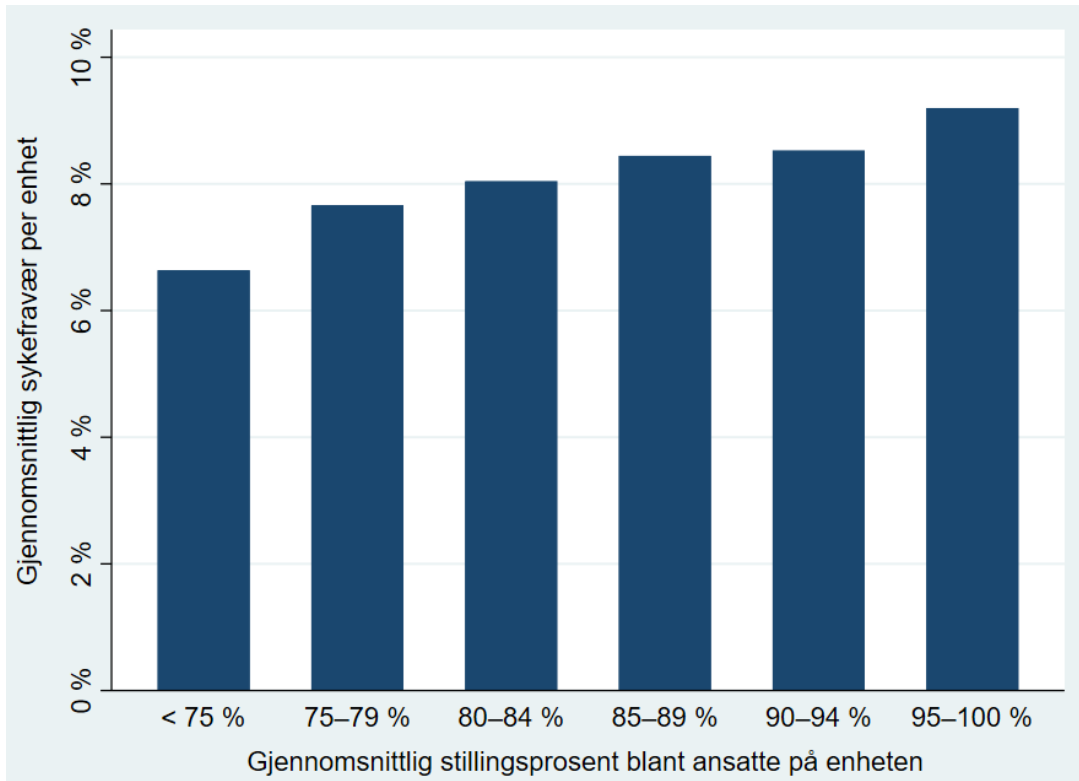
⁵¹ Tilsvarende andel blant deltidsarbeidende intensivsykepleiere og operasjonssykepleiere var på henholdsvis 15 og 10 prosent.

⁵² Se definisjonen av kvalitet i punkt 4.5.

⁵³ «Eksempelenhetene» de øvrige enhetene sammenlignes med her, har verken absolutt høyest gjennomsnittlig stillingsprosent, lavest sykefravær eller best opplevd kvalitet, men er de som kommer best ut når man ser på disse tre indikatorene samlet.

⁵⁴ Regresjonsanalyse viser en positiv og signifikant sammenheng mellom den gjennomsnittlige stillingsprosenten som de ansatte på enheten har oppgitt, og enhetens gjennomsnittlige sykefravær. Det er også en positiv og signifikant sammenheng mellom andelen heltidsstillinger blant de ansatte ved en enhet og enhetens sykefravær. Sammenhengene er robuste når flere kontrollvariabler som kan tenkes å påvirke sykefravær, inkluderes, som for eksempel alder, regional tilhørighet og stillingstype. Det er en positiv sammenheng mellom juridisk stillingsprosent og sykefravær, men denne sammenhengen er ikke signifikant.

Figur 11 Gjennomsnittlig sykefravær på enheter med ulik gjennomsnittlig stillingsprosent (n enheter = 233, n ansatte = 4383)



Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte og registerdata

Figur 11 viser hvordan gjennomsnittlig sykefravær (y-aksen) endrer seg ut fra gjennomsnittlig stillingsprosent blant ansatte ved en enhet (x-aksen). Figuren viser at sykefraværet i snitt er lavere ved enheter der de ansatte har lavere gjennomsnittlig stillingsprosent, enn ved enheter med høyere gjennomsnittlig stillingsprosent. Ved enheter med lav gjennomsnittlig stillingsprosent (< 75 prosent) er sykefraværet i snitt på under sju prosent, mens sykefraværet blant enhetene med høy gjennomsnittlig stillingsprosent (95–100 prosent) i snitt er over ni prosent.⁵⁵

Regresjonsanalyse viser at sykefraværet også er høyere ved enheter hvor ansatte opplever høy arbeidsbelastning.⁵⁶ Dette indikerer at sykefraværet ikke bare påvirkes av hvor mye de ansatte jobber, men også av hvordan de ansatte opplever arbeidsbelastningen når de er på jobb.

Kommentarer fra ansatte og ledere illustrerer hvordan denne sammenhengen oppstår i enheter hvor ansatte opplever høyt arbeidspress. Flere skriver i fritekstfeltet at høy arbeidsbelastning har medført høyt sykefravær på deres enhet, og at høy arbeidsbelastning gjør at det er vanskelig å ha heltidsstilling:

«På vår avdeling jobber alle 100 prosent stilling – og det blir en del overtid ut over dette – som igjen (muligens) fører til økt sykefravær over tid – og dermed tøffere dager for gjenværende stab – som blir tynt ekstra for ikke å gå ned i drift – og stryke pasienter fra operasjonsprogrammet.»

⁵⁵ Rundt 25 prosent av enhetene i utvalget har en gjennomsnittlig stillingsprosent på 95 eller høyere, mens bare 10 prosent av enhetene har en gjennomsnittlig stillingsprosent under 80 prosent. Snittet blant enhetene ligger rundt 90 prosent.

⁵⁶ Arbeidsbelastningen ved enheten er her målt i form av andelen av de deltidsansatte ved enheten som oppgir at høy arbeidsbelastning er en viktig grunn til at de jobber deltid.

Et lite utvalg enheter har imidlertid både høy stillingsprosent, lavt sykefravær og ansatte som opplever at de gir god kvalitet på tjenestene. Disse enhetene viser at det er mulig å øke stillingsprosenten blant de ansatte og få flere over i heltidsstillinger, uten å øke sykefraværet. Svært mange av enhetene som i snitt har høyest stillingsprosent og lavest sykefravær, er imidlertid operasjonsheter, hvor det meste av aktiviteten foregår på dagtid. Dette tyder på at det kan være enklere å få høy stillingsprosent og lavt sykefravær ved enheter med færre kvelds-, natte- og helgevakter.

Faktaboks 2 Nærmere om enhetene og de ansatte i undersøkelsen

Alle ansatte i undersøkelsen jobber i enheter som har kontakt med pasienter.

95 prosent av de kliniske enhetene i utvalget er bemannet hele døgnet (døgnskuttet drift). Det er i hovedsak operasjonssykepleiere som jobber i enheter som ikke er døgnbemannet. Dette er dagkirurgiske enheter.

72 prosent av de ansatte jobber både dag, kveld og natt. 13 prosent jobber i hovedsak bare på dagtid. 7 prosent jobber bare natt og 7 prosent oppgir annet.

68 prosent av de ansatte jobber hver tredje helg eller hver tredje helg samt noen ekstra helger. 16 prosent av de ansatte jobber hver fjerde helg. 13 prosent jobber sjeldnere enn hver fjerde helg eller aldri. Operasjonssykepleiere i undersøkelsen skiller seg ut ved at bare hver fjerde ansatte jobber hver tredje helg eller oftere. 40 prosent av operasjonssykepleiere jobber sjeldnere enn hver fjerde helg eller aldri i helgen.

Kilde: Spørreundersøkelsen til ansatte

4.4 Sykehusenes samlede bemanningsutfordringer

Det varierer hvor vanskelig det er for sykehusene å rekruttere, mobilisere og beholde ansatte, og det samlede utfordringsbildet kan være ulikt for de fire stillingstypene på hvert enkelt sykehus. De samlede bemanningsutfordringene er oppsummert i tabell 2 for intensivsykepleiere og i vedlegg 5 for jordmødre, operasjonssykepleiere og sykepleiere.

Tabell 2 Intensivsykepleiere. Samlet oversikt over bemanningsutfordringer per sykehus
(n intensivsykepleiere = 2834, n ledere = 59)

Intensivsykepleiere	Rekruttere			Beholde		Mobilisere	
	Lett å rekruttere	Andel ubesatte stillinger	Andel uten spesialisering	Andel over 60 år	Ekstern turnover	Stillingsprosent	Sykefravær
Hammerfest							
St. Olavs							
Levanger							
Harstad							
Kristiansund							
Molde							
Namsos							
Bærum							
Førde							
Tromsø							
Ahus							
Bodø							
Kirkenes							
Narvik							
Kalnes							
Kongsberg							
Notodden							
Voss							
Arendal							
Drammen							
Flekkefjord							
Kristiansand							
Stavanger							
Ålesund							
Lillehammer							
Orkdal							
Rikshospitalet							
Skien							
Tønsberg							
Volda							
Elverum							
Nordfjordeid							
Haukeland							
Haugesund							
Gjøvik							
Ringerike							
Aker							
Hamar							
Ullevål							

Kilde: Registerdata og spørreundersøkelsen

Fargekodeinndeling			
Lett å rekruttere	Andel ubesatte stillinger	Andel uten spesialisering	Andel over 60 år
5-7	<4 %	<10 %	<15 %
4	≥4 % <8 %	≥10 % <15 %	≥15 % <20 %
1-3	≥8 %	≥15 %	≥20 %
Turnover	Stillingsprosent	Sykefravær	
<6.8 % (p50)*	≥90 %	<8.1 % (p50)	
≥6.8 % <12.7%	≥80 % <90 %	≥8.1 % <10.2 %	
≥12.7 % (p75)	<80 %	≥10.2 % (p75)	

* p = persentil

Tabell 2 viser hvordan de ulike sykehusene kommer ut på de ulike indikatorene for bemanningsutfordringer blant intensivsykepleiere. For hver indikator er sykehusene gitt fargekode grønn, gul og rød i henhold til grenseverdier oppgitt under tabellen. Fargen grønn indikerer at sykehuset har relativt små utfordringer for indikatoren; fargen gul indikerer at sykehuset har middels utfordringer for indikatoren, mens fargen rød indikerer

at sykehuset har relativt store utfordringer for indikatoren for gitt stillingstype sammenlignet med andre sykehus. De hvite feltene betyr at det mangler data for den aktuelle indikatoren fra dette sykehuset.

Tabellen er systematisert slik at sykehus i den øvre delen av tabellen har større og mer sammensatte bemanningsutfordringer med intensivsykepleiere enn sykehus i den nederste delen av tabellen. Det er likevel ikke slik at noen sykehus kommer dårlig eller bra ut på alle aspekter av bemanningsutfordringer. Mange av sykehusene nederst i tabellen har flere grønne indikatorer enn sykehusene i den øverste delen. Merk at dette ikke betyr at disse sykehusene ikke har bemanningsutfordringer. De kan ha andre problemer enn dette utvalget av indikatorer viser.

Tabellen viser at flere av sykehusene der en høy andel intensivsykepleiere er over 60 år, har utfordringer med å rekruttere nye medarbeidere. Tabellen viser også at de fleste av sykehusene har en høy stillingsprosent. Dette skyldes at mange intensivsykepleiere har høyere stillingsprosent enn sykepleiere og jordmødre. Mange sykehus har derfor begrensede muligheter for å løse bemanningsproblemene sine ved å øke stillingsprosentene for intensivsykepleiere.

På samme måte som for intensivsykepleiere, er det også for jordmødre og operasjonssykepleiere slik at noen sykehus har større utfordringer med å rekruttere, mobilisere og beholde ansatte enn andre sykehus; jf. vedlegg 5.

4.5 Konsekvenser av bemanningsutfordringene

4.5.1 Sammenhenger mellom bemanningsutfordringer og opplevd kvalitet

Ansattes opplevelse av kvaliteten på pasientbehandlingen

I spørreundersøkelsen får de ansatte flere spørsmål om hvordan de opplever ulike aspekter ved kvaliteten på pasientbehandlingen ved enheten der de jobber. Spørsmålene handler om

- hvor fornøyd de er med tiden de har til å gi pasienter et godt tilbud
- hvorvidt pasienter med samme behov får samme behandling
- hvorvidt de ansatte har samme kjennskap til pasientenes behov
- hvorvidt det er kontinuitet i personellet pasientene møter
- hvordan de oppfatter kvaliteten på pasientbehandlingen alt i alt

Basert på svarene er det laget en indeks over hvordan de ansatte opplever kvaliteten på pasientbehandlingen ved sin enhet.⁵⁷

Det er en viss forskjell mellom de ulike stillingstypene på enhetenes score på kvalitetsindeksen. Operasjonssykepleierne er mest fornøyd med hvordan de opplever kvaliteten på pasientbehandlingen, mens sykepleierne er minst fornøyd. Svarene fra den enkelte ansatte er subjektive. Samtidig er det store variasjoner mellom enhetene innenfor hver av de fire stillingstypene når det gjelder hvordan de ansatte samlet sett opplever kvaliteten på pasientbehandlingen ved enheten.

Det er ingen regioner eller helseforetak som skiller seg ut som markant dårligere enn andre.

I tillegg til de overnevnte spørsmålene om hvordan de opplever kvaliteten, ble de ansatte spurt om det på siste vakt var nok sykepleiere, spesialsykepleiere eller jordmødre til å gi

⁵⁷ Indeksen går fra 1 til 7. 80 prosent av enhetene ligger mellom 2,7 og 5,9 poeng, mens gjennomsnittet er 4,3.

pasientene et godt tilbud.⁵⁸ De aggregerte svarene de ansatte ga på dette spørsmålet, er brukt som en alternativ, litt grovere, indikator på kvaliteten på pasientbehandlingen ved enhetene sammenlignet med kvalitetsindeksen.

Her er det ganske store forskjeller mellom stillingstypene. Mens bare én av fem av operasjonssykepleierne opplevde at det ikke var nok operasjonssykepleiere på vakt siste gang de jobbet, opplevde så mange som halvparten av sykepleierne at det ikke var nok sykepleiere på vakt til å kunne tilby pasientene et godt tilbud. En tredel av intensivsykepleierne og jordmødrene opplevde at det ikke var nok ansatte på vakt. Samtidig varierer andelen av ansatte i de fire stillingstypene som svarer at det ikke har vært nok ansatte på vakt, også her mye mellom enhetene.

Det er en sterk samvariasjon mellom denne indikatoren og kvalitetsindeksen. Denne samvariasjonen styrker påliteligheten til at indikatorene måler det de er ment å måle: hvordan helsepersonellet opplever kvaliteten på enhetens pasientbehandling.

Sammenhenger mellom rekrutteringsutfordringer og opplevd kvalitet

Når variasjonen i opplevd kvalitet sammenlignes med andelen ubesatte stillinger ved enheten, er sammenhengen mellom andelen ubesatte stillinger og enhetens score på kvalitetsindeksen tydelig.⁵⁹ Ved de enhetene som har en høy andel ubesatte stillinger, er kvaliteten i snitt også lavere enn ved de enhetene der andelen ubesatte stillinger er lav.

Enheter som ikke får tak i helsepersonell med tilstrekkelig kvalifikasjoner, kan bruke personell uten videreutdanning i stillinger hvor det hadde vært best med personell med videreutdanning.⁶⁰ Blant de utvalgte stillingstypene er det nesten bare blant intensivsykepleiere at dette er en utbredt praksis. For enhetene hvor det jobber intensivsykepleiere er det en tydelig negativ sammenheng mellom andelen ansatte i en spesialsykepleierstilling uten formell kompetanse og enhetens score på kvalitetsindeksen.⁶¹

En rekke kommentarer fra ansatte i spørreundersøkelsen illustrerer også at mange intensivsykepleiere opplever at bruk av personell uten videreutdanning påvirker kvaliteten; for eksempel:

«Denne avdelingen er svært avhengig av erfaringsbasert kunnskap og trenger sykepleiere med lang erfaring innen intensivbehandling etter hjertekirurgi. De siste to årene er det ansatt flere titalls sykepleiere med stor variasjon i erfaring og kunnskap. Dette overskygger alle de som slutter og etterlater et stort hull kompetansemessig (...).»

Sammenhenger mellom problemer med å mobilisere og opplevd kvalitet

Som beskrevet ovenfor varierer sykefraværet mye mellom ulike enheter. Regresjonsanalyse viser ingen tydelig sammenheng mellom sykefraværet og kvalitetsindeksen. Det er likevel en signifikant sammenheng mellom enhetenes sykefravær og i hvor stor grad ansatte ved enhetene opplever at det er nok sykepleiere, spesialsykepleiere eller jordmødre på vakt til å gi pasienten et godt tilbud. Ved enheter

⁵⁸ Spørsmålet lød: «Ta utgangspunkt i din forrige vakt. Var det nok sykepleiere/intensivsykepleiere/operasjonssykepleiere/jordmødre på vakt til å gi pasienten et godt tilbud?». Svaralternativene var «ja» og «nei». De ulike gruppene fikk spørsmål om den stillingsgruppen som gjaldt dem; det vil si intensivsykepleiere fikk spørsmål om det var nok intensivsykepleiere på vakt.

⁵⁹ Dette er gjort med en regresjonsanalyse der vi også kontrollerer for en del andre faktorer, som arbeidsmiljø, fagmiljø og fokus på å lære av uønskede hendelser. Se vedlegg 6.

⁶⁰ Ledere for henholdsvis operasjonssykepleiere, intensivsykepleiere og jordmødre ble spurt hvor mange ansatte som ikke er operasjonssykepleiere, intensivsykepleiere eller jordmødre, som fungerer i operasjonssykepleier-, intensivsykepleier- eller jordmorstilling i enheten de leder.

⁶¹ Sammenhengen er fra en regresjonsanalyse. Se vedlegg 7.

med høyere sykefravær, svarer en lavere andel av de ansatte at det var nok personell på vakt sist vakt til å gi pasienten et godt tilbud.

Lederne ved de ulike enhetene er spurt om de opplever at det er vanskelig å skaffe personell med tilsvarende kompetanse ved korttidssykefravær.⁶² Her er det en tydelig sammenheng mellom om dette er vanskelig, og hvordan de ansatte opplever kvaliteten på pasientbehandlingen ved enheten. De enhetene hvor lederne mener at det er vanskelig å dekke vakter ved korttidssykefravær, scorer altså lavere på kvalitetsindeksen. Ved disse enhetene svarer også de ansatte at det sjeldnere har vært nok ansatte på vakt. Beregningene tyder på at nivået på sykefravær i seg selv ikke påvirker indeksen over opplevd kvalitet. Denne påvirkes først negativt hvis lederen ikke finner personell med tilsvarende kompetanse som kan dekke sykefraværet.⁶³

Et annet problem med å mobilisere arbeidskraft er at de ansatte i mange tilfeller har lav stillingsprosent, og at andelen som jobber heltid er lav. For jordmødre er det slik at ved de enhetene som har en høy gjennomsnittlig stillingsprosent og/eller en høy andel heltidsansatte, så oppleves også kvaliteten på pasientbehandlingen som bedre. Det er imidlertid ikke mulig ut fra opplysningene i denne undersøkelsen å konkludere om god mobilisering fører til at kvaliteten blir opplevd som god, eller om ansatte ønsker å jobbe heltid fordi de opplever kvaliteten som god. Vi finner ikke en tilsvarende sammenheng mellom gjennomsnittlig stillingsprosent og/eller andel heltidsansatte og opplevd kvalitet for de andre stillingstypene.

Sammenhenger mellom problemer med å beholde arbeidskraft og den opplevde kvaliteten

Ved de enhetene som relativt sett har høy ekstern turnover, opplever de ansatte også kvaliteten på pasientbehandlingen som lavere, og færre svarer at det er nok sykepleiere, spesialsykepleiere eller jordmødre på vakt til å gi pasientene et godt tilbud.⁶⁴

Der hvor de ansatte opplever at kvaliteten er lav, er det også flere som svarer at de har vurdert å bytte jobb, selv der hvor arbeids- og fagmiljøet ellers er godt.⁶⁵ I tillegg til at høy turnover kan påvirke kvaliteten, indikerer dette at den kvaliteten de ansatte opplever, også kan påvirke deres ønske om å bytte jobb.

Variasjoner i bemanning på vaktene gjennom uka

I tillegg til å kartlegge om de ansatte opplevde at det på siste vakt var nok ansatte på jobb til å gi pasientene et tilbud av god kvalitet, ble de ansatte også spurt hvordan dette varierer mellom ulike tidspunkt gjennom uka.

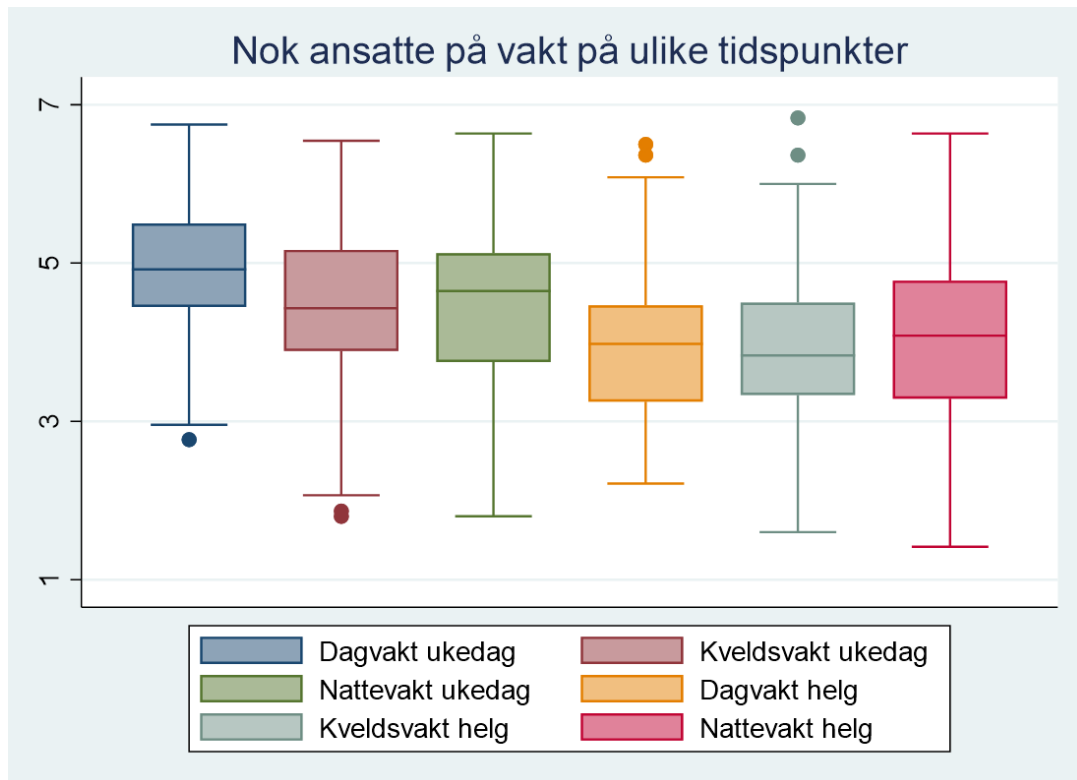
⁶² Spørsmålet lyder: «Hvor godt stemmer følgende påstand: «Det er vanskelig å skaffe personell med tilsvarende kompetanse ved korttidssykefravær blant sykepleiere/operasjonssykepleiere/intensivsykepleiere/jordmødre». Skalaen gikk fra 1 (stemmer svært dårlig) til 7 (stemmer svært godt).

⁶³ Se vedlegg 8. Her framgår det også at sammenhengen forsvinner når man korrigerer for fag- og arbeidsmiljø. Med andre ord er det slik at det er lettere å dekke opp sykefravær når det er et godt fag- og arbeidsmiljø og vice versa. Det er dermed hovedsakelig sammenhengen mellom fag- og arbeidsmiljø og kvalitet som er grunnen til sammenhengen mellom kvalitet og hvor vanskelig det er å dekke opp sykefravær.

⁶⁴ Regresjonsanalyse. Spesielt reduseres effekten av turnover når man også kontrollerer for arbeids-, og fagmiljø. Se vedlegg 9.

⁶⁵ Regresjonsanalyse. Se vedlegg 10.

Figur 12 Om det er nok ansatte på vakt gjennom uka til å gi pasientene et godt tilbud, alle stillingstyper bortsett fra operasjonssykepleiere (n enheter = 177)⁶⁶



Kilde: Spørreundersøkelsen til ansatte

Operasjonssykepleierne opplever ikke stor variasjon i om det er nok ansatte på vakt til å gi pasientene et godt tilbud på de ulike vaktene, gjennom uka. For jordmødre, intensivsykepleiere og sykepleiere forholder det seg derimot annerledes. Figur 12 indikerer at det er på dagvakt på ukedager at det er flest enheter der de ansatte mener at det er nok ansatte på vakt. Videre viser figuren at det særlig er i helgene – både på dagvaktene, kveldsvaktene og nattevaktene – at det ikke er nok ansatte på jobb. På helgevaktene er ansatte i halvparten av enhetene i snitt uenige i at det var nok ansatte på vakt.⁶⁷ Også lederne opplever at bemanningen er bedre på dagvaktene på ukedager sammenlignet med de andre vaktene.

Svært mange av de ansattes kommentarer i spørreundersøkelsen gir uttrykk for at en vedvarende lav grunnbemanning fører til redusert kvalitet i pasientbehandlingen. I tillegg kommenterer mange ansatte at underbemanning over tid fører til høy slitasje på ansatte i form av sykefravær og redusert evne til heltidsarbeid, og til at ansatte vurderer sin framtid innen yrket. Følgende kommentarer fra ansatte på enheter med lav score på indikatoren som måler om ansatte på sist vakt opplevde at det var nok personell på vakt, illustrerer at for lav bemanning kan bidra både til lav opplevd kvalitet og til å forsterke bemanningsutfordringer:

«Det er fortvilende å måtte skrive at kvaliteten på omsorgen vi gir ikke er god nok! Tror alle jordmødre har høy faglig standard og strekker seg maksimalt for å gjøre det beste for våre brukere. Bemanningssituasjonen fører til at det alt for ofte blir stort sprik mellom oppgaver og ressurser, og man føler seg strukket i alle retninger. Dette

⁶⁶ Svarene er avgitt på en skala fra 1 (stemmer svært dårlig) til 7 (stemmer svært godt).

⁶⁷ Enheter med gjennomsnittsscore på 4 eller lavere.

fører til STOR slitasje på de ansatte, mange orker ikke å ta ekstravakter og sykefraværet blir høyt i perioder.»

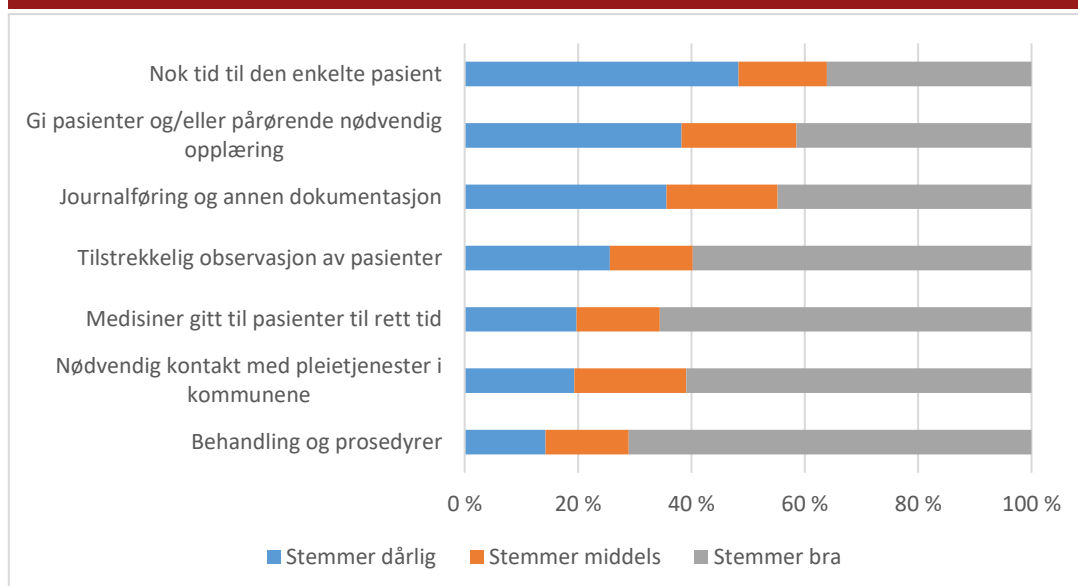
«Opplever stort sett altfor stor arbeidsbelastning på vaktene og reiser nesten alltid hjem med vondt i magen»

«Bemanningen er uendret siden 2012 til tross for pålegg om nye oppgaver og endrede oppgaver [...] Personalet jobber under stort press store deler av tiden. Dette går utover både trivsel, livskvalitet og pasientsikkerheten. Flere blir syke på jobb og/eller etter travle vakter (eks migrene, belastningslidelser, diffuse symptomer som hodepine, sykdomsfølelse, søvnforstyrrelser).»

Konsekvenser for sykepleiere av å ikke ha nok ansatte på vakt

Sykepleierne uten spesialisering ble i spørreundersøkelsen spurt om de på siste vakt hadde nok tid til å gjøre oppgavene sine på en tilfredsstillende måte. Det er en sterk sammenheng mellom om sykepleierne opplevde at det var nok sykepleiere på siste vakt, og om de hadde nok tid på sin siste vakt til å gjøre oppgavene på et tilfredsstillende måte. Sykepleierne ble også bedt om å ta stilling til påstander om hvorvidt de hadde nok tid til å gjøre ulike typer oppgaver på siste vakt.⁶⁸

Figur 13 Tenk på din forrige vakt. Hvor godt stemmer påstanden om at du fikk utført ulike oppgaver på en tilfredsstillende måte (n = 632)



Kilde: Spørreundersøkelsen til ansatte

Figur 13 viser at tidspress ved enhetene først og fremst går ut over sykepleiernes opplevelse av å ha tid nok til den enkelte pasient. Rett under halvparten av sykepleierne svarer at de på siste vakt ikke hadde nok tid til den enkelte pasient. Over en tredel svarer også at de hadde for lite tid til opplæring av pasienter og/eller pårørende. En tredel av sykepleiere svarer i tillegg at de ikke hadde god nok tid til journalføring og annen dokumentasjon. De fleste sykepleiere opplevde at de på siste vakt fikk nok tid til kjerneoppgavene, som å gi pasientene behandlingen de skal ha, gjennomføre prosedyrer og gi medisiner, i tillegg til å ha nødvendig kontakt med kommunene.

⁶⁸ Svarene er avgitt på en skala fra 1 (stemmer svært dårlig) til 7 (stemmer svært godt). I tolkningen av svaralternativene er alternativ 1–3 gruppert som «stemmer dårlig», 4 er «middels» og 5–7 er gruppert som «stemmer bra».

Andelen av sykepleierne som opplever at de har liten til å gjøre de ulike oppgavene, varierer imidlertid mye mellom enhetene. På en skala fra 1 til 7 er gjennomsnittet lavere enn 3,8 ved flere enn hver fjerde sengepost og høyere enn 4,5 ved hver fjerde sengepost.

4.5.2 Andre konsekvenser av enhetenes bemanningsutfordringer

Omfang av vikarbruk fra private byrå

Ved enhetene hvor lederne opplever at det er vanskelig å rekruttere, er også omfanget av vikarbruk fra private byrå i gjennomsnitt noe høyere. Ved de enhetene hvor de ansatte ofte jobber sammen med vikarer fra private vikarbyråer, svarer de at det går med mye tid på å lære opp og veilede vikarer. Høy vikarbruk krever altså mye ressurser både på grunn av den økonomiske belastningen det gir, og den tidsmessige belastningen som følger av opplæring og veiledning.

Kvaliteten på fag- og arbeidsmiljø

Økt stillingsprosent og økt heltid blant ansatte kan ha flere positive konsekvenser. Et stort flertall av lederne i spørreundersøkelsen er enige i at flere ansatte i heltidsstillinger vil føre til bedre kvalitet i tjenestene og bedre arbeidsmiljø. Videre mener de at en heltidskultur kan gjøre det lettere å rekruttere og beholde medarbeidere. Et stort flertall mener også at en heltidskultur gjør kompetanseutvikling lettere og planleggingen av arbeidet forutsigbar.⁶⁹

I spørreundersøkelsen har både ledere og ansatte blitt bedt om å ta stilling til kompetansen blant de ansatte med ulike stillingsprosent. Mens nesten alle vurderer at ansatte med høy stillingsprosent (70–90) har like gode kunnskaper om sine arbeidsoppgaver som ansatte i heltidsstillinger, er det færre som mener at ansatte i mellomstore stillinger (50–70) har like gode kunnskaper som heltidsansatte, og et mindretall mener at ansatte i små stillingsprosent (< 50) har like gode kunnskaper om sine arbeidsoppgaver som heltidsansatte. Dersom enhetene kan få høyere stillingsprosent ved å gi ansatte i små deltidsstillinger større stillinger, kan dette påvirke kompetansen i enheten positivt.

For å belyse hvordan arbeidsmiljøet påvirker bemanningsutfordringene er svarene fra flere spørsmål om ulike sider ved arbeidsmiljøet satt sammen til en indeks.⁷⁰ De aller fleste ansatte er fornøyde med arbeidsmiljøet, slik vi har målt det.⁷¹

Sykepleierne er litt mindre fornøyde enn de andre stillingstypene. Spørreundersøkelsen viser likevel at det varierer mellom de kliniske enhetene hvor fornøyde de ansatte er med nåværende jobb.

De enhetene som har mindre bemanningsutfordringer scorer også bedre på arbeidsmiljøindeksen. Dette gjelder både enheter som har mindre problemer med å rekruttere, høyere andel heltidsansatte, høyere gjennomsnittlig stillingsprosent, og de som har lavere turnover.⁷²

⁶⁹ Færre ledere har imidlertid tro på at flere heltidsstillinger vil føre til redusert bruk av henholdsvis merarbeid, tilkallingsvakter og vikarer. Det er små forskjeller mellom stillingstypene i svarfordeling.

⁷⁰ Indeksen er sammensatt av spørsmål om hvor fornøyde de ansatte er med arbeidsoppgavene sine, variasjonen i disse arbeidsoppgavene, samarbeidet med kolleger og leger, tilgangen på faglig støtte og hvor fornøyde de er med jobben sin alt i alt.

⁷¹ Spørreundersøkelsen viser at fire av fem ansatte er fornøyd med arbeidsoppgavene, variasjonene i arbeidsoppgavene og samarbeidet med sine kollegaer. Tre av fire ansatte er også fornøyd med samarbeidet med legene. Flere enn 60 prosent av de ansatte er dessuten også fornøyd med fagmiljøet i enheten. Ansatte som har svart 5, 6 eller 7 på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 7 (svært fornøyd), anses som fornøyd.

⁷² Undersøkelsen gir ikke grunnlag for å si i hvor stor grad bemanningsutfordringer påvirker arbeidsmiljøet, ettersom arbeidsmiljøet også kan påvirke bemanningsutfordringer. En annen grunn til at det er vanskelig å si

5 Hvordan bidrar de regionale helseforetakene og helseforetakene til å løse bemanningsutfordringene?

5.1 Lokale ledelsesvilkår og muligheter for å påvirke bemanningsutfordringer

Regresjonsanalyser viser at de nærmeste ledernes muligheter for å styre og lede kan påvirke omfanget av bemanningsproblemer på to overordnede områder. Det ene er fagmiljøet ved enhetene og ledernes muligheter til å legge til rette for å opprettholde og utvikle kompetansen til sine ansatte.⁷³ Det andre handler om hvorvidt nærmeste leder har nok tid til viktige lederoppgaver.⁷⁴

Tabell 3 viser en oversikt over sammenhengene mellom disse to ulike ledelsesaspektene og ulike bemanningsutfordringer. Analysene i seg selv gir ikke svar på om sammenhengen skyldes måten den nærmeste lederen utøver sin rolle på, eller om den skyldes at helseforetaket ikke har lagt rammebetingelsene til rette slik at lederen har mulighet til å lede enheten effektivt.

Tabell 3 Sammenhengen mellom styrings- og ledelseskomponenter og bemanningsutfordringer

Styrings- og ledelseskomponenter	Bemanningsutfordringer
Læringsfokus og aktivt arbeid med uønskede hendelser	<p><i>Rekruttere</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • lettere å rekruttere <p><i>Mobilisere</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • høyere stillingsprosent • lettere å dekke opp vakter ved sykefravær <p><i>Beholde</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • lavere ekstern turnover • færre ansatte som vurderer å bytte jobb
Nok tid til ledelse	<p><i>Rekruttere</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • lettere å rekruttere <p><i>Mobilisere</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • lettere å skaffe personell med tilsvarende kompetanse ved korttidssykefravær

Kilde: Registerdata og spørreundersøkelsen

Læringsfokus og arbeid med uønskede hendelser

I spørreundersøkelsen er det flere spørsmål som indikerer om en enhet sikrer at de ansatte beholder og utvikler kompetanse. Spørsmålene dreier seg om følgende:

- hvilke muligheter ansatte har for faglig utvikling
- hvor mye tid ansatte har til å diskutere faglige spørsmål med kollegaer

akkurat hvordan arbeidsmiljø og bemanningsutfordringer henger sammen, er at det trolig finnes forhold som påvirker begge deler, for eksempel et godt fagmiljø og kvaliteten på tjenestetilbudet. En undersøkelse av primærhelsetjenesten, som NOVA har gjort, viser imidlertid signifikante sammenhenger mellom henholdsvis bemanningsutfordringer og arbeidsmiljø, og mellom bemanningsutfordringer og kvaliteten på tjenestetilbudet.

⁷³ Se vedlegg 11.

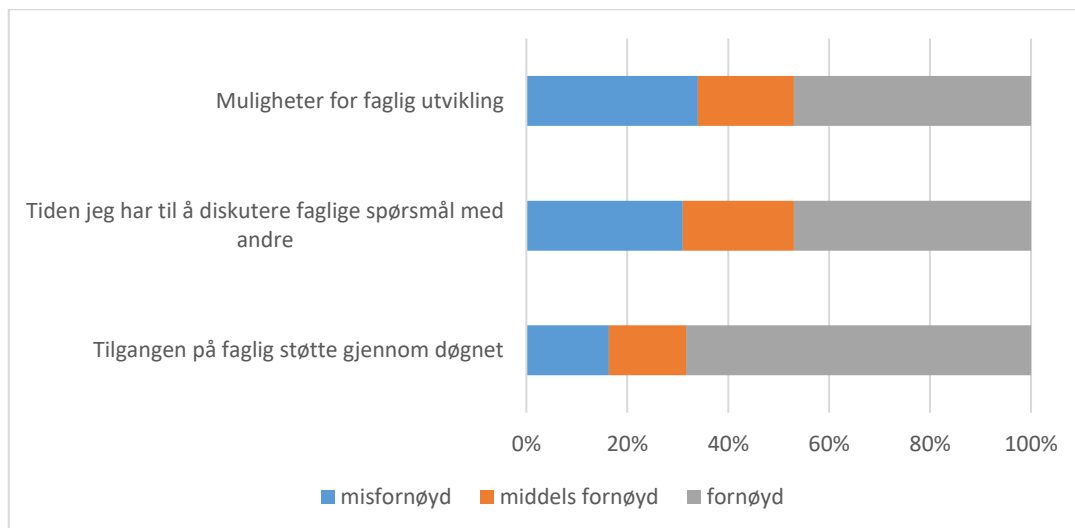
⁷⁴ Se vedlegg 12.

- om ansatte har tilgang på faglig støtte gjennom døgnet
- om ansatte får nok veiledning og bistand på vakt
- om det er satt av nok tid i arbeidstiden til faglig oppdatering

Disse spørsmålene er brukt til å utvikle en kompetanseindeks.

I tre av spørsmålene i kompetanseindeksen ble de ansatte bedt om å ta stilling til hvor fornøyde de var med tre ulike aspekter rundt muligheten for faglig utvikling og faglig støtte ved enheten der de jobber:

Figur 14 Faglig utvikling og støtte – andel av de ansatte som er misfornøyd, middels fornøyd og fornøyd (n = 4242)



Kilde: Spørreundersøkelsen til ansatte

Figur 14 viser at et flertall av de ansatte er fornøyd med tilgangen på faglig støtte gjennom døgnet.⁷⁵ Litt under halvparten av de ansatte er imidlertid ikke fornøyd med muligheten for faglig utvikling og tiden de har til å diskutere faglige spørsmål med kollegaer. Hver tredje ansatt er misfornøyd. Det er kun små forskjeller i svarene mellom de fire stillingstypene.

Kompetanseindeksen inneholder også to påstander: De ansatte ble bedt om å ta stilling til om de får nok praktisk veiledning på vakt, og om det er satt av nok tid i arbeidstiden til faglig oppdatering.⁷⁶ To av tre ansatte mener at de får nok praktisk veiledning på vakt. Blant sykepleierne er andelen som mener dette, noe lavere. Ca. 60 prosent av de ansatte mener imidlertid at det ikke settes av nok tid i arbeidstiden til faglig oppdatering. Blant sykepleiere er andelen som mener dette, enda høyere.

Spørreundersøkelsen viser at det er store forskjeller mellom de kliniske enhetene i hvordan ansatte svarer på de fem spørsmålene/påstandene som inngår i kompetanseindeksen.

Regresjonsanalyser viser at kompetanseindeksen som tar utgangspunkt i spørsmålene om hvilke muligheter de ansatte har for å utvikle seg og få faglig støtte, henger sammen

⁷⁵ Svarene kunne angis på en skala fra 1 (veldig misfornøyd) til 7 (veldig fornøyd). I tolkningen av svaralternativene er alternativ 1–3 gruppert som «misfornøyd», 4 er «middels fornøyd», og 5–7 er gruppert som «fornøyd».

⁷⁶ Svarene kunne angis på en skala fra 1 (stemmer svært dårlig) til 7 (stemmer svært godt). I tolkningen av svaralternativene er alternativ 1–3 gruppert som «stemmer dårlig», 4 er «middels», og 5–7 er gruppert som «stemmer godt».

med flere typer bemanningsutfordringer. Kliniske enheter som scorer høyt på kompetanseindeksen, kjennetegnes også ved at de

- sjeldnere mislykkes med å rekruttere arbeidskraft
- har høyere gjennomsnittlig stillingsprosent
- har lettere for å skaffe personell med tilsvarende kompetanse ved korttidssykefravær
- har lavere ekstern turnover
- har færre ansatte som vurderer å bytte jobb

Ut fra spørreundersøkelsen ble det også utviklet en indeks som belyser hvor oppmerksomme de kliniske enhetene er på å lære av uønskede hendelser:

- Enheten diskuterer feil og uønskede hendelser for å lære av dem.
- Enheten gjennomgår nesten-hendelser som oppstår, for å lære av dem.
- I enheten er det trygt å si fra om kritikkverdige forhold.

To av tre ansatte mener det stemmer bra at de i enheten der de jobber, diskuterer feil og uønskede hendelser for å lære av dem. Halvparten av de ansatte mener også at påstanden om at enheten gjennomgår nesten-hendelser for å lære av dem, stemmer bra. Videre er mer enn 60 prosent av de ansatte enige i at det er trygt å si fra om kritikkverdige forhold ved sin enhet.⁷⁷ Undersøkelsen viser at det er forskjeller mellom de kliniske enhetene innen alle de fire stillingstypene.

Undersøkelsen viser at det er en svært sterk sammenheng mellom kompetanseindeksen og indeksen over uønskede hendelser. I enhetene hvor de ansatte er fornøyd med muligheten til faglig utvikling, god veiledning, faglig støtte og lignende, er de også fornøyd med hvordan enhetene lærer av uønskede hendelser og nesten-hendelser.

Regresjonsanalysen viser at de kliniske enhetene som jobber systematisk med uønskede hendelser har færre utfordringer med å rekruttere, mobilisere og å beholde ansatte enn andre enheter.

Særskilte kompetansetiltak for nyansatte

De dokumentene som er mottatt i forbindelse med undersøkelsen, viser at helseforetakene sliter med at nye sykepleiere slutter. Regresjonsanalysen viser at enheter som gir de ansatte muligheter til faglig utvikling og tilgang til faglig veiledning har lavere ekstern turnover og færre ansatte som vurderer å bytte jobb. Dette viser at arbeidet med kompetanseutvikling er viktig for å beholde nye sykepleiere i jobben.⁷⁸

Dokumentanalysen indikerer at særskilt opplæring av nyansatte også kan være viktig fordi det hjelper de ansatte til å mestre jobben og reduserer risikoen for at de slutter. I spørreundersøkelsen ble sykepleierne som ble ferdige med utdannelsen i løpet av de siste fem årene, spurt om hvilke faglige opplæringstiltak de har deltatt i.

Spørreundersøkelsen viser at et flertall av de relativt nyutdannede sykepleiere i likhet med andre sykepleiere har deltatt på faglige kurs, e-læringskurs og faglig opplæring på møter i løpet av det siste året. Noen av de relativt nyutdannede sykepleierne har også deltatt på en del særskilte opplæringstiltak etter at de begynte i jobben:

- 25 prosent har deltatt på et introduksjonsprogram.
- 5 prosent har gjennomført traineeprogram.
- 3 prosent har hatt en mentorordning.
- 21 prosent har fått en annen form for opplæringsprogram.

⁷⁷ Det er ikke store forskjeller mellom de fire stillingstypene, men også for dette temaet er det færre sykepleiere enn ansatte i de tre andre stillingstypene som mener at påstandene stemmer bra.

⁷⁸ Se vedlegg 11.

Spørreundersøkelsen viser imidlertid at ca. halvparten av de nyutdannede sykepleierne ikke har deltatt på noen spesielle opplæringstiltak.

I spørreundersøkelsen ble sykepleierne også spurt om hvor viktig opplæringen var for å mestre jobben. Ca. halvparten av sykepleierne som har gjennomført et generelt introduksjonsprogram, mener dette var viktig for å mestre jobben. Traineeprogram og mentorordning er noen av de mer praksisnære kompetansetiltakene, men få ansatte har gjennomført dem. Blant de få sykepleierne som har gjennomført et traineeprogram, mente tre av fire at dette var viktig for å mestre jobben.

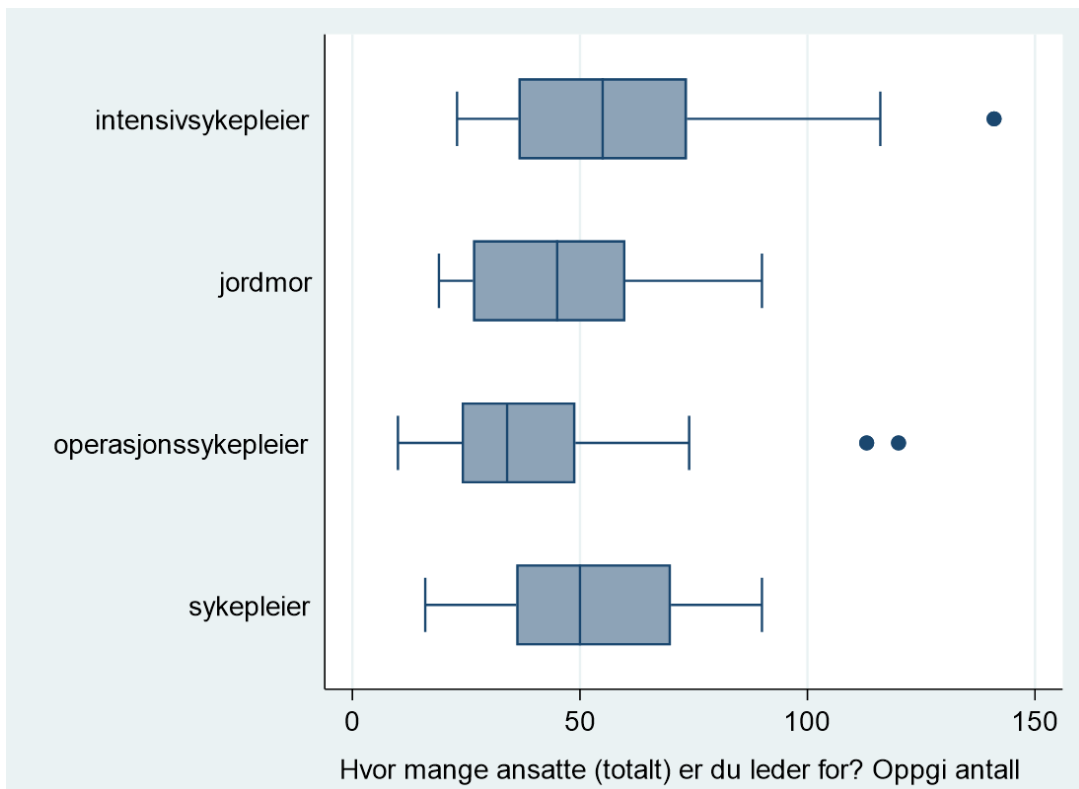
De dokumentene som er mottatt i forbindelse med undersøkelsen, viser at flere helseforetak har innført traineeordning for sykepleiere, for eksempel Helse Bergen HF. Ordningen er kombinert med fast full stilling fra første arbeidsdag. Hensikten er både å skape økonomisk trygghet for den ansatte og å bedre overgangen fra å være student til arbeidstaker. Over to år får sykepleierne arbeidserfaringer fra psykiatri, kirurgi og medisin. Fagdager og veiledningsgrupper inngår også i traineeordningen. Dokumenter fra helseforetakene viser at traineeordninger kan ha flere formål, som å redusere bruken av tilkallingsvakter, midlertidige stillinger og vikarer fra private byrå og å skape en kultur hvor det er mer vanlig at ansatte jobber flere steder.⁷⁹

Tid til ledelse

Med få unntak har lederen samme stillingstype som sine ansatte. To av tre ledere jobber også klinisk. Om lag hver femte leder bruker mer enn 25 prosent av sin arbeidstid på kliniske oppgaver. Over halvparten av lederne har personalansvar for minst 45 ansatte. Ledernes kontrollspenn (antallet ansatte per enhet) varierer innen alle de fire stillingstypene.

⁷⁹ Sykehuset i Vestfold HF, Helse Fonna HF, Helse Førde HF, Helse Møre og Romsdal HF.

Figur 15 Variasjon i leders kontrollspenn (n = 186)



Kilde: Spørreundersøkelsen til nærmeste leder

Figur 15 viser at flere enn halvparten av lederne for sykepleiere og intensivsykepleiere har personalansvar for minst 50 ansatte. Omtrent hver fjerde leder for sykepleiere og intensivsykepleiere har personalansvar for over 70 ansatte. Blant operasjonssykepleierne har tre av fire ledere færre enn 50 ansatte.

Forskning viser at det er vanskelig å fastsette et normtall for kontrollspennet som ikke bør overstiges; se faktaboks 3. Det er flere forhold som påvirker hvor mange ansatte en leder bør ha ansvar for. Jo mindre komplekst arbeidet er, jo mindre behov er det for kontakt mellom leder og medarbeider; og jo høyere kompetanse medarbeiderne og lederne har, jo større kan kontrollspennet være. De undersøkte kliniske enhetene består av ansatte med høy kompetanse som i stor grad styres av den utdanningen de har gått gjennom, og de faglige standardene som gjelder for de ulike stillingstypene, noe som isolert tilsier at de derfor trenger mindre direkte ledelse.

Spørreundersøkelsen viser likevel at mange av de nærmeste lederne mener at antall ansatte de er leder for, er for høyt.⁸⁰ I spørreundersøkelsen svarer omtrent halvparten av lederne at påstanden «antall ansatte som de er leder for, er for høyt» stemmer godt. Det er en sterk sammenheng mellom hvor mange ansatte de er leder for, og om de mener dette.

⁸⁰ Svarene kunne gis på en skala fra 1 (stemmer svært dårlig) til 7 (stemmer svært godt). I tolkingen av svaralternativene er alternativ 1–3 gruppert som «stemmer dårlig», 4 er «middels», og 5–7 er gruppert som «stemmer godt».

Denne kommentaren i det åpne kommentarfeltet i spørreundersøkelsen illustrerer noen av utfordringene som følger med å ha ansvar for mange ansatte:

«Jeg måtte i fjor høst jobbe mye ekstra i helgene. Jeg har også hjemme-pc for å kunne få gjort unna administrativt arbeid hjemme slik at jeg er mer tilgjengelig når jeg er på jobb. Jeg har ansvar for altfor mange ansatte så det å få gjennomført f.eks medarbeidersamtaler med alle lar seg ikke gjøre».

Faktaboks 3 Studier om kontrollspenn

Forskning indikerer at et høyt kontrollspenn har en negativ innvirkning på arbeidsmiljøet. En hovedforklaring synes å være at det er vanskeligere å sikre god kommunikasjon mellom leder og medarbeider i store enheter enn i små. Det handler om at det er vanskelig for en leder å være en god leder for et høyt antall ansatte og samtidig ivareta den daglige driften. Tidligere forskning har også vist at både høyt sykefravær og høy turnover kan ha sammenheng med høyt kontrollspenn. Samtidig ser det ut til å være enighet i litteraturen om at det er vanskelig å komme fram til et normtall for antall ansatte per leder, men at det må gjøres en helhetsvurdering som også trekker andre faktorer inn i vurderingen, som for eksempel

- intensitet og hyppighet i kontakt mellom leder og medarbeider
- kompleksitet i arbeidet
- kompetanse hos leder og medarbeider

Kilde: Morken, M. (2015) *Har andel ansatte per leder betydning for de ansattes arbeidsmiljø?* Masteroppgave i erfaringsbasert helseadministrasjon. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.

Spørreundersøkelsen viser at ledernes svar på om de har god nok kapasitet til å styre enheten effektivt, varierer mye.⁸¹ Det er flest ledere for operasjonssykepleiere og færrest ledere for sykepleiere som mener at de har god nok kapasitet til å lede enheten effektivt. Det er nesten ingen ledere for sykepleiere som mener at de har god nok kapasitet til å lede enhetene effektivt.

Hvis de nærmeste lederne av enhetene skal kunne gjøre noe med bemanningsutfordringene, må de ha god nok tid til å lede. I spørreundersøkelsen ble lederne bedt om å ta stilling til følgende påstander:⁸²

- Jeg har nok tid til å være tilgjengelig for de ansatte.
- Jeg har nok tid til faglig oppfølging og veiledning av de ansatte.
- Jeg har nok tid til strategisk og langsiktig planlegging.
- Jeg har nok tid til endringer av arbeidsprosesser, tenke nytt osv.
- Antall ansatte som jeg leder, er for høyt.
- Jeg gjør mange administrative oppgaver som merkantilt ansatte kunne ha gjort.

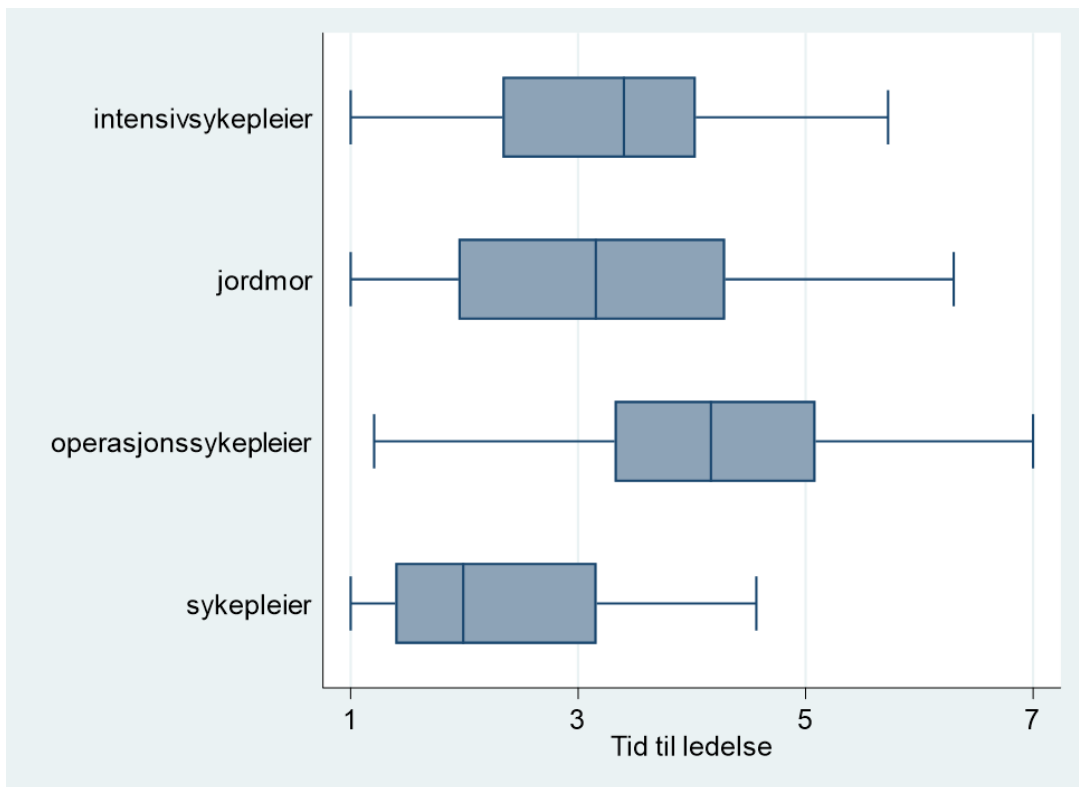
Svarene deres har vært utgangspunktet for en indeks over *tid til ledelse* som er brukt for å kartlegge variasjonen over ledernes tid til ledelse.⁸³

⁸¹ «Alt i alt, hvor godt stemmer påstanden: jeg har tilstrekkelig kapasitet til å styre enheten.» Skalaen gikk fra 1 (svært dårlig kapasitet) til 7 (svært god kapasitet). 1–3 er gruppert som dårlig kapasitet, 4 er middels kapasitet, og 5–7 er god kapasitet.

⁸² Svarene kunne gis på en skala fra 1 (stemmer svært dårlig) til 7 (stemmer svært godt). I tolkningen av svaralternativene er alternativ 1–3 gruppert som «stemmer dårlig», 4 er «middels», og 5–7 er gruppert som «stemmer godt».

⁸³ Indeksen går fra 1 til 7 og er basert på en faktoranalyse av de seks påstandene. Lav verdi på indeksen innebærer at lederen i mindre grad opplever å ha nok tid til viktige lederoppgaver, mens høy verdi på indeksen innebærer at lederen i større grad opplever å ha nok tid til viktige lederoppgaver.

Figur 16 Tid til ledelse per stillingstype (n = 165)



Kilde: Spørreundersøkelsen til nærmeste leder

Figur 16 viser at det for alle de fire stillingstypene varierer mye om leder har tid til å lede enhetene. Det framgår også av figuren at langt flere av lederne for sykepleiere enn andre ledere mener at de har for liten tid til å gjøre de lederoppgavene som inngår i indeksen.

Ved de enhetene hvor lederne svarer at de har bedre tid til ledelse, har de også færre problemer med å rekruttere arbeidskraft.⁸⁴ Det er først og fremst lederne for sykepleiere og jordmødre som svarer at det er vanskelig å rekruttere når de har mindre tid til ledelse. Mange av disse lederne har mislykkes i å rekruttere medarbeidere i de siste tre månedene.

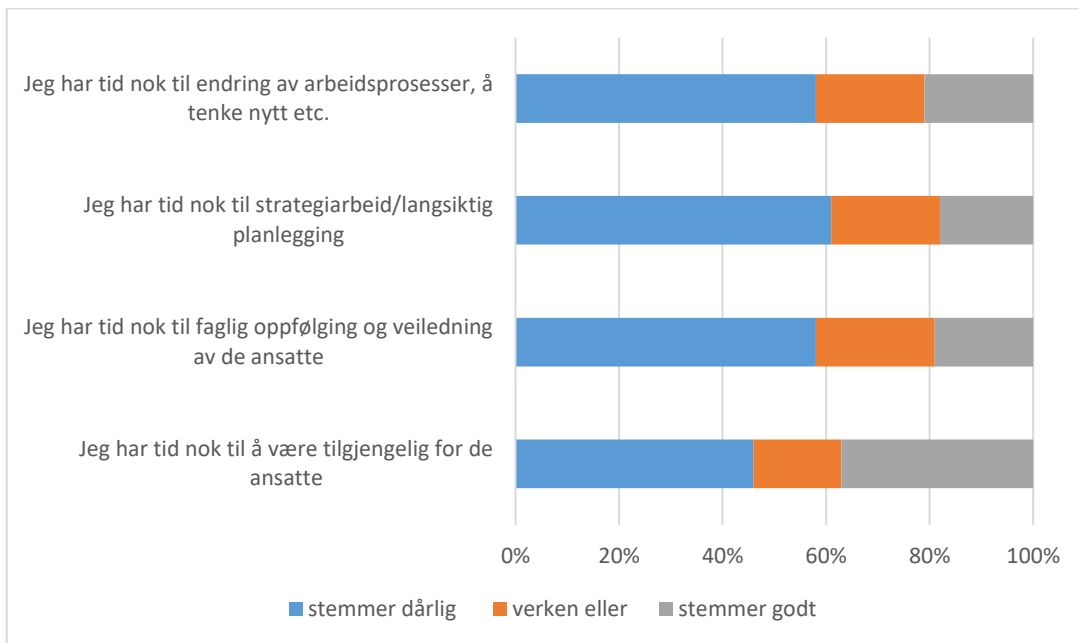
Lederne som svarer at de har tid til ledelse svarer også at det er lettere å skaffe personell med tilsvarende kompetanse ved korttidssykefravær.⁸⁵

Om ledere mener at de har god nok tid til å lede, avhenger av flere forhold. En faktor er om de må gjøre mange administrative oppgaver som merkantilt ansatte kunne ha gjort. Nesten tre av fire ledere svarer at de må gjøre denne typen administrative oppgaver. Spørreundersøkelsen viser at blant lederne som mener de har tilstrekkelig kapasitet til å lede enheten effektivt, er det færre som mener at de gjør administrative oppgave som merkantilt ansatte kunne ha gjort.

⁸⁴ Regresjonsanalyse. Se vedlegg 12.

⁸⁵ Ibid.

Figur 17 Hvor godt stemmer følgende påstander om din arbeidssituasjon som leder? (n = 171)



Kilde: Spørreundersøkelsen til nærmeste leder

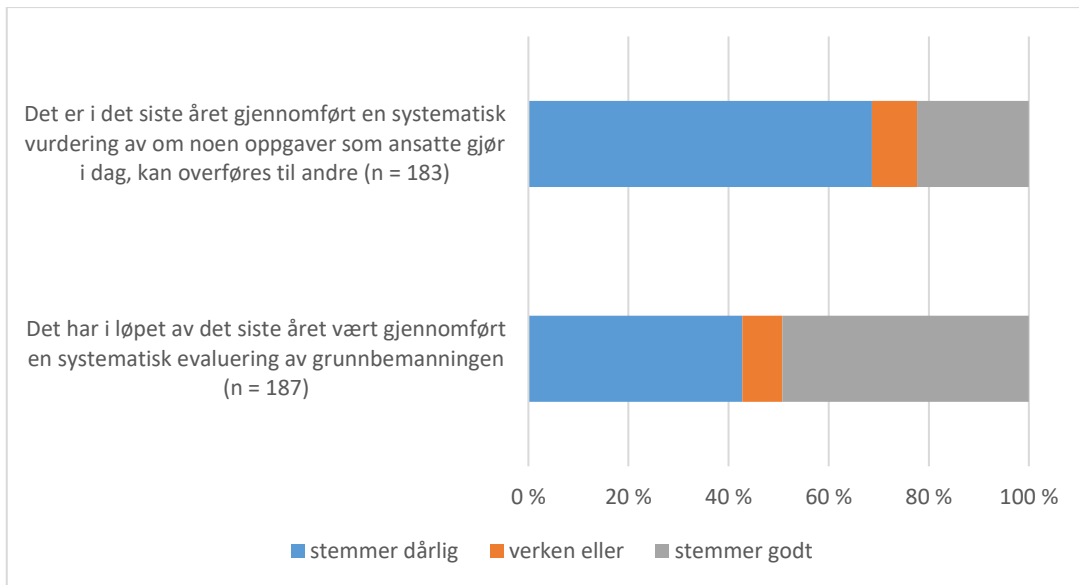
Et flertall av lederne mener at de ikke har nok tid til lederoppgavene som vises i figur 17.⁸⁶ For alle de fire oppgavene er det flest ledere for operasjonssykepleiere og færrest ledere for sykepleiere som mener at deres arbeidssituasjon gir dem god nok tid til disse lederoppgavene.

Bare ca. hver femte leder mener at de i sin arbeidssituasjon har god nok tid å tenke nytt, så de for eksempel kan forbedre arbeidsprosessene i enheten. Videre svarer nesten to av tre ledere at de ikke har tid til å arbeide strategisk / planlegge langsiktig. Flere av lederne som mener at de har god nok tid til å arbeide med strategi og planlegge langsiktig, enn andre ledere, mener også at den bemanningen som er på vakt, er god nok til at de ansatte kan gi pasientene et godt tilbud.

En viktig lederoppgave er å evaluere grunnbemanningen med jevne mellom, og eventuelt justere bemanningsplanen som viser hvor mange ansatte som skal være på de ulike vaktene gjennom uka. I kommentarene i spørreundersøkelsen gir mange ansatte uttrykk for at grunnbemanningen er for lav.

⁸⁶ Svarene kunne gis på en skala fra 1 (stemmer svært dårlig) til 7 (stemmer svært godt). I tolkingen av svaralternativene er alternativ 1–3 gruppert som «stemmer dårlig», 4 er «verken eller», og 5–7 er gruppert som «stemmer godt».

Figur 18 Hvor godt stemmer følgende påstander om planlegging, gjennomføring og evaluering av driften?



Kilde: Spørreundersøkelsen til nærmeste leder

Figur 18 viser at bare om lag halvparten av lederne mener at påstanden om at de har gjennomført en systematisk evaluering av grunnbemanningen det siste året stemmer godt.⁸⁷ 42 prosent av lederne mener at påstanden stemmer dårlig. Dette indikerer at lederne ikke har et oppdatert kunnskapsgrunnlag for å vite om den samlede grunnbemanningen er for lav (eller høy), og om alle vaktene gjennom uka og året er riktig bemannet; jf. punkt 4.5.1.

I dokument 3:12 (2014–2015) *Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressurser* ble det dokumentert at de fleste sengepostene hadde systematiske variasjoner i pasientbelegget gjennom uka. Likevel ble bemanningsplanen for mange sengeposter ikke tilpasset denne variasjonen. Dette fører til at de ansatte på enkelte vakter risikerer at arbeidsbelastningen er for stor. Rapporten pekte på at bedre styringsdata om pleiebehov i evalueringen av grunnbemanningen kunne ha bidratt både til at ressurser ble fordelt mer rettferdig mellom sengeposter, og til at vaktene i bemanningsplanen gjennom uka ble tilpasset systematiske forskjeller i pasientbelegget.

I 2018 gjennomførte Agenda Kaupang en casestudie i fire helseforetak om hvordan sykepleietjenesten i spesialisthelsetjenesten var organisert og styrt.⁸⁸ Studien viser at flere informanter i undersøkelsen etterlyser styringsdata som måler pleietyngden slik at de får et grunnlag for å diskutere ressursbruk mer presist. Pleietyngde er et uttrykk for hvilket behov pasientene har for pleieressurser. Styringsdata om pleiebehov gir ledere bedre forutsetninger for å evaluere grunnbemanningen.

Ifølge strategiene til de regionale helseforetakene og helseforetakene kan det å overføre oppgaver mellom stillingstyper, være et viktig virkemiddel for å løse bemanningsutfordringer for stillingstyper det mangler personell til. Ved å overføre oppgaver fra én stillingstype til en annen kan et helseforetak redusere bemanningsbehovet for stillingstyper det er, eller i framtiden kan bli, mangel på personell til. Ca. hver femte leder svarer i spørreundersøkelsen at de det siste året har gjennomført

⁸⁷ Svarene kunne gis på en skala fra 1 (stemmer svært dårlig) til 7 (stemmer svært godt). I tolkningen av svaralternativene er alternativ 1–3 gruppert som «stemmer dårlig», 4 er «verken eller», og 5–7 er gruppert som «stemmer godt».

⁸⁸ Agenda Kaupang (2018) *Undersøkelse av organisering og styring av sykepleiertjenestene i sykehusene*.

en systematisk vurdering av om de kan overføre oppgaver som ansatte gjør i dag, til andre stillingstyper. To av tre ledere har ikke gjennomført en slik vurdering.

Dokumenter fra helseforetakene viser eksempler på at de har klart å overføre oppgaver fra én stillingstype til en annen. Det er flere eksempler på at de ved hjelp av systematisk opplæring har overført en del enkle oppgaver fra intensivsykepleiere til sykepleiere. Det er indikasjoner på at mange tar dette virkemiddelet i bruk for å utnytte kompetansen til spesialsykepleiere best mulig, og for å løse problemet med at helseforetaket mangler spesialsykepleiere. Samtidig kommer det fram av mange kommentarer i spørreundersøkelsen at intensivsykepleiere og jordmødre er skeptiske til dette.

Andre helseforetak har systematisk overført oppgaver fra sykepleiere til helsefagarbeidere. Sykehuset i Østfold HF viser til at mange enheter i helseforetaket har overført, og stadig vurderer å overføre flere, enklere sykepleieroppgaver til helsefagarbeidere. Helseforetaket har også opprettet en ny yrkesgruppe, servicemedarbeidere, med ansvar for varelogistikk.⁸⁹

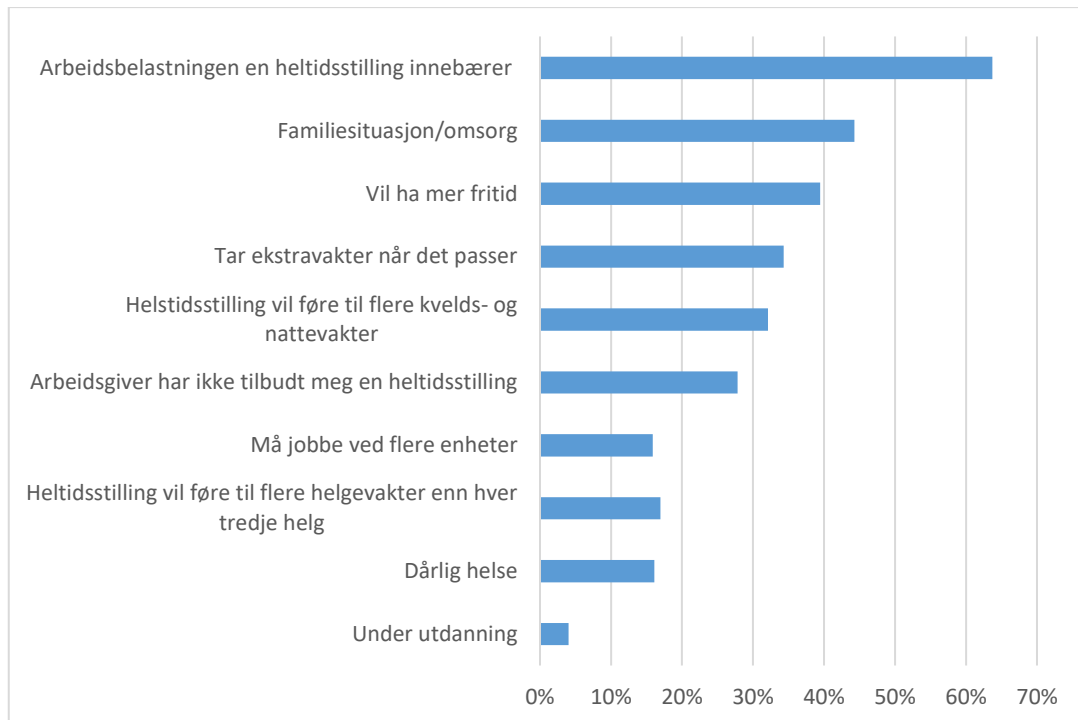
5.2 Mobilisering av arbeidskraft gjennom å redusere uønsket deltid

5.2.1 Årsaker til at ansatte jobber deltid

Den gjennomsnittlige stillingsprosenten i utvalget er 88 prosent. Samtidig er andelen ansatte som jobber heltid, litt under 60 prosent. For å mobilisere arbeidskraft blant de undersøkte stillingstypene kan helseforetakene motivere til og legge til rette for at dagens deltidsansatte får høyere stillingsprosent. For at helseforetakene skal kunne iverksette relevante tiltak som reduserer bruken av uønsket deltid, må de vite hvorfor de ansatte jobber deltid.

⁸⁹ Brev av 18. september 2017 fra Sykehuset Østfold HF til Helse Sør-Øst RHF.

Figur 19 Hvilke grunner er viktige for at de ansatte ikke jobber heltid? Andel av ansatte som svarer at ulike grunner er viktige for at de ikke jobber heltid (n = 1787)



Kilde: Spørreundersøkelsen til ansatte

Figur 19 viser at den viktigste årsaken til at ansatte jobber deltid, er at en heltidsstilling gir større arbeidsbelastning.⁹⁰ Hele to tredeler av de ansatte oppgir dette som en viktig grunn til at de ikke jobber heltid. Det er store forskjeller mellom enhetene med hensyn til om ansatte svarer at høy arbeidsbelastning er en viktig grunn til at de jobber deltid. Dette betyr at det i enkelte enheter er relativt få ansatte som svarer at «høyt arbeidspress» er en viktig grunn til at de jobber deltid, mens denne grunnen er svært viktig i andre enheter. En følge av dette er at de ulike enhetene trolig må bruke helt ulike virkemidler for å oppnå en heltidskultur og/eller redusere uønsket deltid.

Mange kommentarer fra ansatte i spørreundersøkelsen illustrerer at høy arbeidsbelastning gjør at mange ikke klarer å jobbe heltid:

«Arbeidspresset gjør at det er svært få i min enhet som går 100 prosent stilling fordi de klarer det ikke. Man skal ha svært god fysisk og psykisk helse for å kunne jobbe som operasjonssykepleier, og det stadige presset om å prestere raskere og mer, sliter på en allerede utsatt arbeidsgruppe.»

«Ønsker mer fokus på den belastningen og de negative helseeffekter av 3-delt turnus i 100 prosent stilling. Ønsker 100 prosent stilling, men pga. høy vaktbelastning er ikke det for tiden aktuelt.»

«Jeg hadde aldri orket å jobbe 100 prosent pga. høyt arbeidstempo og mange alvorlig syke og døende.»

Videre oppgir litt mer enn en fjerdedel av de ansatte at en viktig grunn til at de ikke jobber heltid, er at arbeidsgiver ikke har tilbudt dem en heltidsstilling. Det er også flere kommentarer fra ansatte som illustrerer dette.

⁹⁰ Svarene kunne gis på en skala fra 1 (uviktig) til 7 (svært viktig). I tolkningen av svaralternativene er alternativ 5–7 gruppert som «viktig».

«Jobber uønsket deltid i 75 prosent stilling. Kommer dog opp i 100 prosent pga ekstravakter. Dette er det flere som gjør. Det gjør at man ikke har "kontroll" på sin fritid da man hele tiden må være tilgjengelig for ekstravakter.»

«I min avdeling jobber svært få heltid. Det er ikke selvvalgt for de fleste av oss.»

«Det blir ikke gitt fulle stillinger til intensivsykepleiere på avd., samme hvor lenge de har jobbet og hvordan kompetansen er. Det er under 5 sykepleiere på avd., som i dag jobber 100 prosent, av rundt 55 ansatte. En stor del av de som jobber her, ønsker å øke stillingsbrøken sin.»

De deltidsansatte som svarer at en viktig grunn til at de ikke jobber heltid, er at arbeidsgiver ikke har gitt dem tilbud om dette, gir også andre viktige grunner til dette. Det som skiller dem fra andre deltidsansatte, er at færre oppgir familiesituasjon, ønske om fritid og høy arbeidsbelastning som viktige grunner til deltidsarbeid. Flere av dem (29 prosent) oppgir imidlertid at en viktig grunn til at de ikke jobber heltid, er at de da må jobbe ved flere enheter.

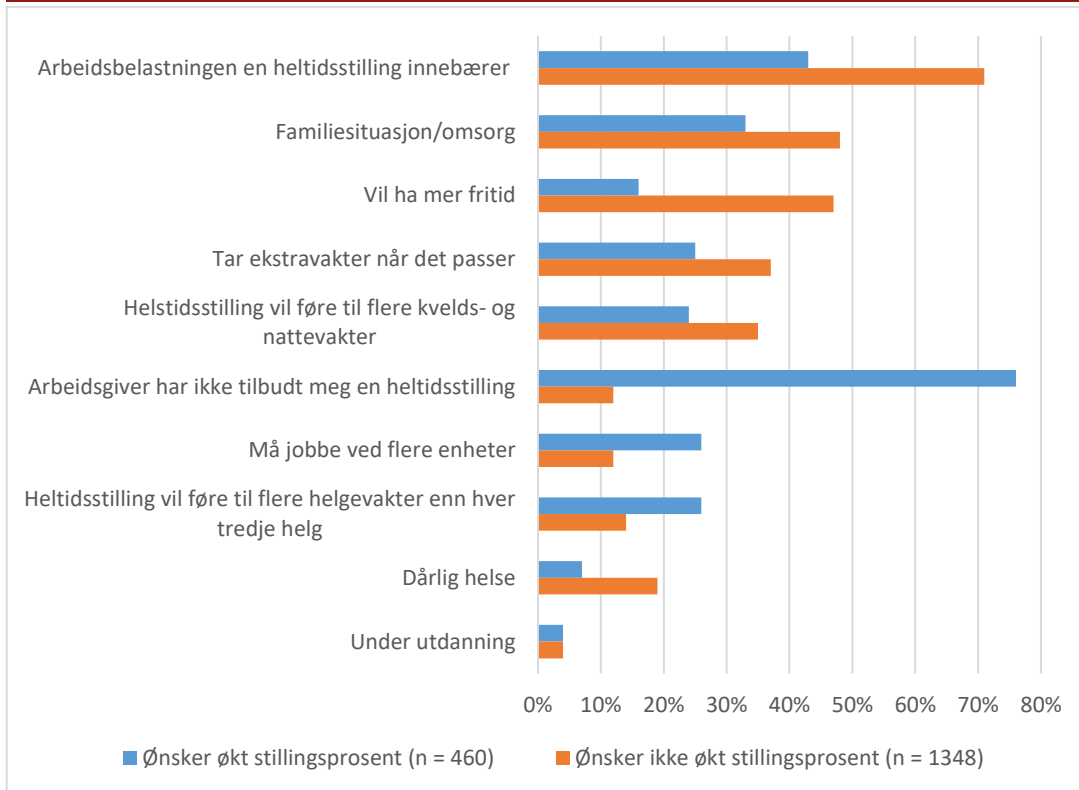
Undersøkelsen viser at det ofte er flere årsaker til at ansatte jobber deltid. Av og til vil flere årsaker trekke i samme retning, for eksempel kan både høy arbeidsbelastning og familiesituasjon være grunner til at en ansatt velger å jobbe deltid.

Samlet sett er det relativt små forskjeller mellom de viktige grunnene til at ansatte i de fire stillingstypene ikke jobber heltid, men det er noen forskjeller. Den største forskjellen er om arbeidsgiver har tilbudt den ansatte en heltidsstilling. En langt større andel av sykepleierne oppgir at dette er en viktig grunn til at de ikke jobber heltid.⁹¹ Det er også noe forskjell i hvor viktig de ansatte svarer at arbeidspress er for om de jobber heltid eller ikke. For operasjonssykepleiere er denne grunnen mindre viktig enn for de andre gruppene, mens den synes å være viktig for langt flere av sykepleierne.

25 prosent av deltidsansatte i utvalget oppgir at de ønsker å øke sin stillingsprosent. Dette gjelder 40 prosent av deltidsarbeidende sykepleiere, og 30 prosent av deltidsarbeidende jordmødre. Andelen som ønsker økt stillingsprosent er lavere blant deltidsarbeidende operasjonssykepleiere og intensivsykepleiere. Figur 20 viser forskjeller mellom ansatte som ønsker økt stillingsprosent, og ansatte som ikke ønsker økt stillingsprosent, i hva de oppgir som viktige grunner til at de jobber deltid.

⁹¹ Nesten halvparten av sykepleierne og nesten hver tredje deltidsansatte i de øvrige stillingstypene oppgir dette som en viktig grunn.

Figur 20 Viktige grunner til deltid blant respondenter som ønsker økt stillingsprosent versus respondenter som ikke ønsker økt stillingsprosent



Kilde: Spørreundersøkelsen til ansatte

Figur 20 viser at et flertall (76 prosent) av de som ønsker en høyere stillingsprosent, oppgir at en viktig grunn til at de jobber deltid er at arbeidsgiver ikke har tilbudt dem en heltidsstilling. Blant de som *ikke* ønsker å øke sin stillingsprosent, oppgir 71 prosent at høyt arbeidspress er en viktig grunn til at de jobber deltid. Det varierer imidlertid mye mellom de kliniske enhetene hvor viktig denne grunnen er for de ansatte.

Hver fjerde deltidsansatt som ønsker økt stillingsprosent svarer at en viktig grunn til at de ikke jobber heltid, er at de da må jobber på flere kliniske enheter. Dette illustrerer ifølge departementet at å få tilgang på deltidsstillinger som kan mobiliseres med fulle stillinger kan være krevende når ansatte ikke «ønsker» dette. Når den ansatte ikke ønsker å jobbe andre steder, blir dette ikke en ledig ressurs.⁹²

Lederne ble i spørreundersøkelsen spurt hvor viktige ulike grunner er for at enheten de leder, bruker deltidsstillinger. 15 prosent mener at en viktig grunn til at enheten bruker deltid, er at det på grunn av stort arbeidspress ikke er realistisk at vesentlig flere jobber heltid. Til sammenlikning svarer i alt 65 prosent av deltidsansatte at arbeidsbelastningen er en viktig grunn til at de ikke jobber heltid. Dette indikerer at lederne og de ansatte har ulik oppfattelse av om det arbeidspresset en heltidsstilling medfører, er en viktig årsak til at ansatte jobber deltid.

Mange ledere oppgir flere forhold knyttet til planlegging av driften som viktige grunner til at det brukes deltid i enheten. Halvparten av lederne mener at det er nødvendig å bruke deltid for å få arbeidsplanen til å gå opp.⁹³ Det er imidlertid store forskjeller mellom

⁹² Helse- og omsorgsdepartementets brev av 30. august 2019 til Riksrevisjonen.

⁹³ En ansatt kan bare pålegges å jobbe tredjehver helg. For å dekke alle helger må x ganger 3 ansatte ha rullerende turnus, der x er antall ansatte enheten trenger for å bemanne én helg. Hvis alle disse jobber 100

lederne for de fire stillingstypene som mener at dette er en viktig grunn.⁹⁴ Relativt mange ledere mener også at de kan omfordele ubekvemme vakter på flere ved å bruke deltid, og at deltid tilfører enheten viktig arbeidskraft.

5.2.2 Helseforetakenes arbeid for å skape en heltidskultur

I undersøkelsen ble helseforetakene bedt om å sende handlingsplaner eller lignende som viser hvordan de arbeider med å utvikle en heltidskultur og redusere bruken av uønsket deltid. Ingen av helseforetakene har sendt en handlingsplan.

Flere helseforetak har imidlertid sendt dokumentasjon (retningslinjer, prosedyrer e.l.) på tiltak som isolert kan bidra til en heltidskultur og eller redusere uønsket deltid. Noen av disse har etablert prosedyrer for at alle nyansettelser skal skje i hundreprosentstilling. Hvis dette ikke er mulig i den aktuelle enheten, skal de søke å kombinere stillingen med en stilling i en annen enhet eller i en bemanningsenhet. Det står også i flere av prosedyrene at enheten skal begrunne bruk av deltid.

I spørreundersøkelsen ble nærmeste leder spurt om den sist utlyste stillingen i enheten de leder, var en heltidsstilling. To av tre ledere svarte at de tilbød en heltidsstilling i sin enhet. Noen flere kunne tilby de ansatte en heltidsstilling hvis de kunne jobbe på andre kliniske enheter ved sykehuset i tillegg til den enheten der de jobbet mest. Likevel tilbød flere enn hver fjerde leder ikke en heltidsstilling ved siste utlysning.

Det er imidlertid store variasjoner mellom stillingstypene. Blant ledere for operasjon- og intensivsykepleiere ble ca. 90 prosent av nye medarbeidere rekruttert til en hundreprosentstilling. Ifølge lederne ble 60 prosent av de sist rekrutterte jordmødrene og halvparten av de sist rekrutterte sykepleierne ikke tilbudt en heltidsstilling.

Retningslinjer/prosedyrer fra helseforetakene viser at de er oppmerksomme på de ansattes rettigheter til økt stillingsprosent (krav i AMU) og permisjonsreglene som skal «hindre» at ansatte går ned i stillingsprosent. Færre av prosedyrene beskriver hva de ønsker å oppnå med en heltidskultur. Enkelte av prosedyrene beskriver imidlertid noen positive konsekvenser for helseforetaket, som for eksempel at økt stillingsprosent kan føre til bedre kvalitet, bedre arbeidsmiljø og mobilisering av arbeidskraft.

I spørreundersøkelsen har nærmeste leder svart på hvilke virkemidler helseforetaket har brukt for å øke stillingsprosenten til ansatte de siste tre årene.

prosent, må resten av vaktene legges til ukedager, og sammenlignet med behovet får man en «overkapasitet» på hverdagene. For å løse dette er det vanlig å lyse ut mindre helgestillinger o.l. for å dekke behovet for ansatte på helgevaktene uten at det blir overkapasitet på dagvaktene.

⁹⁴ To av tre ledere for jordmødre og sykepleiere svarer at dette er en svært viktig grunn. Langt færre ledere svarer dette for intensivsykepleiere og nesten ingen ledere for operasjonssykepleiere.

Figur 21 Hvilke virkemidler brukes for å oppnå en større stillingsprosent? Andel av de nærmeste lederne som mener deres helseforetak har brukt dette virkemiddelet de siste tre årene (n = 191)



Kilde: Spørreundersøkelsen til nærmeste leder

Figur 21 viser at to tiltak er særlig mye brukt for å oppnå økt stillingsprosent. Rett under halvparten av de nærmeste lederne svarer at overordnede lederne har gitt tydelige signaler om at de ønsker at ansatte skal ha heltidsstillinger. I tillegg har mange helseforetak en prosedyre hvor ansatte registrerer i IT-systemet om de ønsker større stillingsprosent. Intensjonen er at lederen skal følge opp dette ønsket. Hver femte leder svarer også at helseforetaket har tydelige retningslinjer for utlysning av heltidsstillinger.

Et flertall av lederne mener at de tiltakene helseforetaket bruker, har vært viktige for å øke stillingsprosenten i helseforetaket.⁹⁵ Blant lederne som bruker de fire mest brukte virkemidlene, er det flest som mener at det som har størst effekt, er at ledelsen tydelig signalerer at de ønsker at ansatte skal ha heltidsstillinger, og at permisjonsreglene blir praktisert strengt. Et flertall av lederne mener også at tydelige retningslinjer om at heltidsstilling skal være hovedregelen ved utlysninger, har god effekt.

Lederne er delte i vurderingen av om det har fungert å gi ansatte mulighet til å registrere at de ønsker høyere stillingsprosent i IT-systemet. Ledere kan også bruke medarbeidersamtaler til å identifisere ansatte som ønsker å jobbe mer. Spørreundersøkelsen viser at bare halvparten av de ansatte har hatt medarbeidersamtale det siste året.⁹⁶ Denne andelen varierer mellom enhetene i alle de fire stillingstypene.

Mange helseforetak har bemanningssenter og/eller bruker kombinerte stillinger.⁹⁷ Hver fjerde leder i utvalget svarer at de bruker ansatte fra bemanningssenter månedlig eller oftere. Færre ledere svarer at helseforetaket bruker bemanningssenter (14 prosent), og/eller at ansatte har deler av stillingen ved en annen enhet (11 prosent), som et virkemiddel for å oppnå mer heltidskultur. Blant disse er det også et flertall som mener at

⁹⁵ De nærmeste lederne ble spurt hvor viktige de brukte virkemidlene har vært for å oppnå økt stillingsprosent blant de ansatte. Svarene kunne gis på en skala fra 1 (uviktig) til 7 (svært viktig). I tolkningen av svaralternativene er alternativ 5–7 er gruppert som «viktig».

⁹⁶ Halvparten av dem som har ufrivillig deltid, har heller ikke hatt medarbeidersamtale.

⁹⁷ Helse- og omsorgsdepartementets brev av 30. august 2019 til Riksrevisjonen.

dette er viktige virkemidler for å øke stillingsprosenten blant de ansatte. Det er imidlertid delte erfaringer med disse virkemidlene. Dette indikerer at bruk av bemanningsenheter og kombinerte stillinger der ansatte må jobbe på flere kliniske enheter, fungerer bra noen steder, men ikke like bra andre steder.

Resultatene i spørreundersøkelsen viser at det blant ansatte som mener at de har fått tilstrekkelig opplæring til å kunne jobbe ved andre kliniske enheter, er mange som mener dette fører til læring og faglig utvikling. Blant disse ansatte er det også færre som mener det er mer belastende å jobbe på flere enheter. Dette viser at helseforetak som vil bruke kombinerte stillinger for å løse deltidsproblematikken, må lære opp de ansatte systematisk slik at de har kompetanse til å jobbe på flere kliniske enheter.

Dokumentanalysen viser at enkelte helseforetak mener at det er helt nødvendig å bruke bemanningssenter og alternative arbeidstidsordninger for å øke stillingsprosenten. Ved å tilby deler av en stilling ved en annen enhet eller bemanningsenhet kan de gi ansatte fulltidsstilling. Dette forutsetter at de ansatte jobber på flere kliniske enheter.

Dokumentanalysen viser også at alternative arbeidstidsordninger, som kalenderplanlegging og langvakter, er viktige tiltak for å unngå uønsket deltid; se faktaboks 4.

Sykehuset i Namsos er et eksempel på et sykehus med høy stillingsprosent blant sine jordmødre. Den gjennomsnittlige stillingsprosenten blant jordmødrene er her på over 91 prosent; det vil si 12 prosentpoeng over landssnittet for jordmødre på operative fødeenheter. Ifølge enhetsleder ved fødeavdelingen og leder for HR ved sykehuset er det flere årsaker til at Namsos har en høy stillingsprosent. Selv om HR-avdelingen har mål om å lyse ut stillinger som heltidsstillinger, gjør økonomi og helgeproblematikk ofte dette vanskelig å oppnå. Når sykehuset har en høy andel jordmødre på heltid, er det ifølge HR-sjefen fordi lederne for jordmødrene har jobbet bevisst for dette, og i tillegg at ansatte har vært bevisste på lovparagrafen om rett til heltid.

I intervju sa ledere i helseforetaket i Nord-Trøndelag HF at bruk av kalenderplanlegging er et viktig virkemiddel for at de ansatte skal jobbe heltid. I forbindelse med utarbeidelse av kalenderplanen legger de vekt på å ta hensyn til ønskene til den enkelte ansatte. Dette gjelder både spesielle ønsker om når de vil ha fri (for eksempel hver tirsdag kveld), og hvordan de ønsker å sette opp ulike vakttyper (dag, kveld, natt, helg).

En annen årsak til at Namsos har en høy gjennomsnittlig stillingsprosent blant sine jordmødre, er at det kommunale jordmørtilbudet i Namsos' nabokommuner benytter sykehusets jordmødre. Mange av nabokommunene er mindre distriktskommuner som har behov for jordmødre i små stillinger for å kunne tilby svangerskapsomsorg. I stedet for å ansette en jordmor i for eksempel 20 prosent stilling, kjøper kommunene jordmørtjenester av sykehuset i Namsos. Ettersom arbeidsoppgavene i kommunene (svangerskapskontroller og oppfølging av gravide) foregår på dagtid, løser dette det problemet at sykehuset ellers ville ha hatt for mange jordmødre på vakt på dagtid. Når kommunene kjøper jordmødres dagarbeidstid fra sykehuset, kan sykehuset tilby flere heltidsstillinger til jordmødre enn de ellers kunne gjort. Namsos kommune, som i utgangspunktet hadde behov for én jordmor i 100 prosent stilling, får kjøpe 50 prosent av arbeidstiden til to jordmødre, slik at resten av disse jordmødrenes arbeidstid kan benyttes til natt- og helgevakter ved sykehuset.

Helse Bergen HF er et av de helseforetakene som har sendt dokumenter som viser at de har jobbet systematisk med å etablere en heltidskultur gjennom mange år. Helseforetaket bruker som hovedregel faste heltidsstillinger og begrenser bruken av midlertidig stillinger, deltidsstillinger og vikariat til et minimum. Ett av tiltakene er at de presiserer retningslinjene og prosessen ved utlysning. Dersom lederen ikke kan tilby full stilling i egen enhet, skal han eller hun avklare om det er mulig å tilby full stilling ved å kombinere stillingen med stillinger i andre enheter eller i bemanningssenteret. Helse Bergen HF bruker flere virkemidler som bemanningssenter, kombinasjonsstillinger og student- og traineestillinger for sykepleiere. Ifølge helseforetaket har andelen heltidsstillinger økt med 50 prosent i perioden 2008 til 2016, og bruken av blant annet tilkallingsvikarer og vikarer fra private byrå er redusert.

Kilde: Intervju og dokumentanalyse

Oppfølging av uønsket deltid og andel heltid

Spørreundersøkelsen viser at om lag hver fjerde av enhetslederne blir fulgt opp av sine ledere oftere enn hvert år på indikatoren uønsket deltid, mens noen flere blir fulgt opp på indikatoren andel heltid. Rundt halvparten av de nærmeste lederne svarer imidlertid at de blir fulgt opp sine ledere på områdene uønsket deltid og andel heltid sjeldnere enn hvert år. Når nærmeste leder sjelden blir fulgt opp, kan dette skape et inntrykk av at områdene ikke blir prioritert av helseforetaket.

5.2.3 De regionale helseforetakenes oppfølging av helseforetakenes arbeid med å redusere deltid

I det årlige foretaksmøtet har Helse- og omsorgsdepartementet helt siden 2007 stilt krav som dreier seg om heltid/deltidsproblematikk. De første årene krevde de at helseforetakene kartla omfanget av og identifiserte og iverksatte tiltak mot uønskede deltidstillinger, men de siste årene har de krevd at foretakene etablerer en heltidskultur og reduserer bruken av deltid.⁹⁸ Det har dermed vært en vridning fra å bare skulle øke stillingsandelen til de som ønsker det, til at de skulle jobbe med kultur og få flere ansatte til å ønske å jobbe i hele stillinger.

Kravene er videreformidlet til helseforetakene i oppdragsdokumentene senest i 2018. I oppdragsdokumentene til foretakene i Helse Vest, Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge skriver de regionale helseforetakene at de tidligere har krevd at helseforetakene etablerer en heltidskultur og reduserer bruken av deltid, og at de vil følge opp dette med videre rapportering. Helse Nord RHF stiller mer konkrete krav der de ber foretakene om å legge fram en plan med tiltak som kan redusere andelen deltid over et visst nivå, og at oppfølgingen av planen skal framgå i tertialrapporteringen.

Dokumentasjon fra de regionale helseforetakene,⁹⁹ de årlige meldingene og månedsrapporteringene viser at det varierer hvor aktivt de følger opp helseforetakenes arbeid med heltidskultur. Alle de regionale helseforetakene viser til faste møter med HR-direktørene i regionen, hvor heltidsproblematikk er et tema.¹⁰⁰ Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF har ikke lagt fram noen ytterligere dokumentasjon på hvordan de følger opp helseforetakenes arbeid med heltidskultur utover oppdragsdokumentene. Helse Nord RHF skriver i årlig melding at foretakene arbeider langsiktig for å redusere bruken av deltid, men beskriver kun tiltak som er satt i gang i Nordlandssykehuset HF.¹⁰¹ I Helse Midt-Norge skriver alle helseforetakene om status og hvordan de jobber med å redusere bruken av deltid i den årlige meldingen.¹⁰²

Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF har oversendt dokumenter som tyder på at de følger foretakene tettere opp. Helse Sør-Øst RHF viser til en felles regional heltidspolicy¹⁰³ som beskriver både retningslinjer og tiltak for å utvikle en heltidskultur.¹⁰⁴ På HR-direktørmøte i oktober 2018 var heltidskultur tema, og det ble konkludert med at HR-direktørene skal se på tiltak, og at styret får rapportering i 2019. I den årlige meldingen nevner de at arbeidet med å redusere bruken av deltidstillinger i tråd med retningslinjene for heltidskultur, er videreført. Et par av helseforetakene i regionen skriver også noe om sitt arbeid med å etablere heltidskultur i sine årlige meldinger.¹⁰⁵

Også Helse Vest RHF viser til en policy om heltidskultur og tiltak for å nå dette målet. I 2017 utarbeidet foretaket også en rapport om status og hva de kan gjøre for å mobilisere

⁹⁸ Oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene viser til foretaksprotokollen av 16. januar 2018 om bemanning og kompetanse.

⁹⁹ Brev til de regionale helseforetakene datert 27. november 2018.

¹⁰⁰ Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF viser til disse møtene i svarbrevene til Riksrevisjonen, mens Helse Nord RHF og Helse Vest RHF nevner dem i intervju.

¹⁰¹ UNN HF skriver i sin årlige melding for 2018 at foretaket ikke har hatt kapasitet til å prioritere å opprette en plan for å redusere deltidarbeid over 24 prosent, mens Nordlandssykehuset HF og Finnmarkssykehuset HF beskriver enkelte tiltak.

¹⁰² HNT og HMR vurderer å opprette bemanningsenhet/vikarpool. St. Olavs hospital HF har dette, men nevner bemanningskontrollutvalg som utfordrer ledere som vil ansette i deltidstillinger.

¹⁰³ *Heltidskultur i Helse Sør-Øst – felles regional policy* (21.11.14).

¹⁰⁴ Tiltak inkluderer blant annet kombinerte stillinger, endrede arbeidstidsordninger, bruk av bemanningsenheter, og tiltak rettet mot nyutdannede sykepleier.

¹⁰⁵ Sykehuset Østfold HF (traineeprogram og heltidspool, og helgestillinger for sykepleierstudenter i bemanningsavdelingen med avtale om 100 prosent fast stilling etter endt utdanning) og Sykehuset Vestfold HF (kombinasjonsstillinger, oppfølging fra ledelsen, bemanningsenhet, traineeordninger, langturnus osv.) redegjør for status og en del konkrete tiltak.

mer arbeidskraft. Rapporten kartlegger i hvilken grad ansatte har heltidsstillinger, om foretakene rekrutterer til heltidsstillinger, og i hvilken grad medarbeiderne ønsker høyere stillingsprosent.¹⁰⁶ Rapporten viser at det er gode muligheter for å mobilisere mer arbeidskraft ved å lyse ut heltidsstillinger og jobbe målrettet med å få flere deltidstilsatte over i heltidsstillinger.

Alle de fire regionale helseforetakene rapporterer andel heltid i måneds- eller tertialrapportene sine, men hva de rapporterer om, varierer mye. Helse Nord RHF rapporterer kun ett tall månedlig: andel heltid samlet for hele regionen uten noen forklaring eller sammenligning over tid eller mellom helseforetakene, og heller ingen informasjon om arbeidet med å redusere bruken av deltidarbeid.

Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF har en mer omfattende rapportering enn de to øvrige regionale helseforetakene fordi de også informerer om utviklingen i stillingsprosent og kommenterer indikatorene. Rapporteringen til Helse Vest RHF inkluderer en rekke indikatorer som andel midlertidig og fast ansatte, andel utdanningsstillinger, andel vikarer, timelønnede, gjennomsnittlig stillingsprosent, andel deltid og hvor mange ansatte som har økt sin stillingsprosent. Helse Midt-Norge RHF's rapportering viser andel heltid for regionen samlet og utviklingen de siste to årene i tillegg til antall nyansatte i heltidsstillinger.

Helse Sør-Øst RHF rapporterer juridisk stillingsprosent samt andel og antall deltid per helseforetak, men uten noen kommentarer eller informasjon om utviklingen over tid.

Helse Sør-Øst RHF's tertialrapport inkluderer den samlede risikovurderingen, hvor *Utdanning, kompetanse og rekruttering* er et av områdene for 2018 med høy risiko.¹⁰⁷ Tertialrapporten beskriver følgende risikoreduserende tiltak¹⁰⁸ som viser at det regionale helseforetaket er opptatt av å skape en heltidskultur:

- Styringsbudskapet om heltidskultur er videreført til helseforetakene, og foretakene rapporterer månedlig på fire nasjonale indikatorer. Fra 2018 må de også rapportere tertialvis på tilbud om faste, hele stillinger til nyutdannede.
- Helse Sør-Øst RHF vil ha status for andel deltidsansatte i faste oppfølgingsmøter.
- Utviklingen i andel heltid og aktuelle tiltak for å redusere bruken av deltid er også jevnlig tema for diskusjon på HR-direktørmøter.
- Helse Sør-Øst RHF har gjennomgått utlysingsstatistikk for foretaksgruppen. Den viser at foretakene fremdeles lyser ut for mange stillinger som deltid. Saken ble tatt opp med HR-direktørene i september 2018.

5.3 Rekruttering

5.3.1 Helseforetakenes oversikt over framtidig behov for sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere

I spørreundersøkelsen til de nærmeste lederne svarer 40 prosent at helseforetaket ikke har oversikt over, eller at de ikke vet om helseforetaket har oversikt over, bemanningsbehovet for deres stillingstype 3–5 år fram i tid. Med oversikt menes beregninger som bygger på kunnskap om blant annet naturlige avganger som de må erstatte de nærmeste årene, utvikling i antall pasienter, turnover osv.

I spørreundersøkelsen ble lederne for spesialsykepleierne og jordmødrene spurt hvor involvert de var i prosessen med å vurdere behovet for personell på mellomlang sikt.

¹⁰⁶ Helse Vest RHF (2017) *Heiltidskultur – analyse av arbeidskraftpotensiale*. Styresak, 19. september 2017

¹⁰⁷ De andre regionale helseforetakene har ikke heltidskultur som risiko i noen samlet risikovurdering.

¹⁰⁸ Helse Sør-Øst RHF's virksomhetsrapport for tertial 2 2018, med risikovurdering (sak nr. 089-2018).

Nesten to av tre av lederne mener at de i stor grad er involvert i slike vurderinger, mens hver fjerde leder mener at de i liten grad blir involvert i denne prosessen.

Helseforetakene har sendt en oversikt over hvilke vurderinger og analyser de gjør av det framtidige bemanningsbehovet på kort, mellomlang og lang sikt for de stillingstypene som er omfattet av undersøkelsen:¹⁰⁹

- Nesten alle helseforetakene har sendt informasjon om deres behov for stillingstypene på kort sikt. Denne dokumentasjonen hører i hovedsak til prosessen med å vurdere behovet for utdanningsstillinger kommende år. De har i liten grad dokumentert sine vurderinger av behov med analyser. Enkelte helseforetak har imidlertid sendt informasjon som viser at behovet for personell er basert på en grundig kartlegging der de kliniske avdelingene er involvert. Hver avdeling må dokumentere behovet sitt i maler der de må ta stilling til konkrete spørsmål om driften.¹¹⁰
- Ti helseforetak har sendt informasjon som dokumenterer at de kartlegger behovet for spesialsykepleiere og jordmødre på mellomlang sikt (3–5 år). Dette tilsvarer perioden det tar for en sykepleier å ta videreutdanning og bygge opp nok kompetanse til å erstatte en ansatt som slutter. Kvaliteten på denne dokumentasjonen varierer imidlertid mye: Det er helseforetak som bare presenterer en tabell med oversikt over behovet for ulike typer personell hvert år på mellomlang sikt, mens andre har sendt grundige analyser som dokumenterer behovet.¹¹¹
- Ni helseforetak har sendt dokumentasjon som viser beregninger av det langsiktige bemanningsbehovet (fram mot 2040) ved hjelp av Nasjonal bemanningsmodell¹¹² Enkelte av disse helseforetakene lager ulike scenarier som viser hvordan de forutsetningene de legger inn i modellen, påvirker det framtidige bemanningsbehovet.¹¹³

Dokumentasjonen fra helseforetakene viser at de benytter ulike strategier for å kartlegge behovet for bemanning på kort, middels og lang sikt.

Faktaboks 5 gir eksempler på helseforetak som har sendt dokumentasjon som indikerer at de jobber systematisk med å få oversikt over bemanningsbehovet på mellomlang og/eller lang sikt.

¹⁰⁹ Unntaket er Vestre Viken HF som mener at de ikke har systemer som gir svar på Riksrevisjonens spørsmål.

¹¹⁰ Helse Stavanger HF og Sykehuset i Vestfold HF.

¹¹¹ Helse Bergen HF, Sykehuset i Vestfold HF og Helse Nord-Trøndelag HF.

¹¹² Helse Bergen HF, Helse Stavanger HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Helse Førde HF, St. Olavs hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Helse Fonna HF, Finnmarkssykehuset HF og Sykehuset i Vestfold HF.

¹¹³ Helse Bergen HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Helse Nord-Trøndelag HF har etablert årlige prosesser der ledere på lavere nivå blir involvert i prosessen med å fastsette behovet for antall utdanningsstillinger framover. De tar utgangspunkt i en plan for avdelingsvise behov for nye spesialsykepleiere i perioden fra 2018 til 2027. Det er etablert en arbeidsgruppe som jevnlig kartlegger behovet for rekruttering de neste ti årene. Kartleggingen tar hensyn til

- status i avdelingene, som alder og stillingsprosent
- framskrivninger av spesialsykepleiernes alderssammensetning
- endringer i behov som følge av arbeidstid, jobbglidning mv.
- rekruttering av sykepleiere
- mulighet for ekstern rekruttering av spesialsykepleiere

Helse Bergen HF bruker Nasjonal bemanningsmodell. Ved hjelp av denne kan de simulere ulike scenarier for behovet for bemanning på lengre sikt. Hvis forutsetningene i modellen, som stillingsprosent og pensjonsalder, endres, kan dette påvirke behovets omfang. Slik kan helseforetaket se hvilken betydning systematiske tiltak i dag vil ha for bemanningsbehovet på sikt.

Helse Stavanger HF har startet en prosess med å få bedre oversikt over hvilke typer videreutdanninger i sykepleie helseforetaket bør legge til rette for at deres egne ansatte tar. Formålet er å sikre at sykehuset har kritisk og nødvendig kompetanse på kort og lengre sikt. Arbeidet er i startfasen.

Ledere på lavere nivå fyller ut et kartleggings skjema med opplysninger per post/avdeling om antall fast ansatte, årsverk, aldersfordeling, ledige stillinger og turnover per stillingstype. Lederne må også begrunne behovet ved å beskrive forhold som kan påvirke behovet i årene framover. Her oppgir de en del konkrete faktorer. Klinikkleidelsen vurderer skjemaer fra alle avdelingene og må prioritere ut fra ett helhetlig perspektiv.

Kilde: Intervju og dokumentanalyse

5.3.2 De regionale helseforetakenes vurderinger av framtidig behov for sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere

Alle de fire regionale helseforetakene har brukt Nasjonal bemanningsmodell for å estimere behovet for sykepleiere, operasjonssykepleiere, intensivsykepleiere og leger hver femte år fram mot 2040.

Beregningene er basert på Nasjonal bemanningsmodell og viser hvor mange ansatte innen hvert fagområde som helseforetakene må erstatte som følge av ansatte som går av med pensjon, og forventet turnover. I disse beregningene forutsettes det at helseforetakene fortsetter med samme behandlingspraksis som i dag. Dette betyr at modellen ikke tar direkte høyde for at de regionale helseforetakene i sine strategiplaner forutsetter at det vil skje endringer i behandlingspraksis. De regionale helseforetakene viser til at mer spesialisering, rask utvikling av teknologi, nye driftsmodeller og arbeidsmetoder, kortere liggetider, dreining fra døgn- til dagbehandling og tettere samarbeid med og behov for kompetanseoverføring til kommunene, vil bidra til å endre helseforetakenes kompetansebehov. Slike forhold må tas i betraktning ved tolkning av beregningene i modellen.

Hvis forutsetningene i modellen endrer seg, vil dette også endre helseforetakenes behov for personell vesentlig. Helse Vest RHF har gjennomført ulike scenarioanalyser ved bruk av Nasjonal bemanningsmodell. Et eksempel de trekker fram i scenarioanalysen, er behovet for sykepleiere. Fortsetter dagens praksis, vil det være stor forskjell mellom tilgangen på og behovet for sykepleiere i 2030. Ifølge Helse Vest RHF's beregninger kan

dette gapet bli borte hvis modellen forutsetter at sykepleiere jobber 90 prosent i stedet for 70 prosent, og at antall sykepleiere som forlater spesialisthelsetjenesten halveres hvert år.

Ifølge Helse Vest RHF viser disse beregningene at det helseforetakene kan gjøre i dag (arbeide for en heltidskultur og redusere turnover) kan bidra til en langsiktig bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten. Langsiktig og strategisk planlegging av personell- og kompetanseutvikling er derfor helt nødvendig for å dekke bemanningsbehovet framover.

De andre regionale helseforetakene har ikke dokumentert at de gjør tilsvarende eller lignende analyser som Helse Vest RHF. Helse Midt-Norge RHF skriver at de har behov både for å implementere Nasjonal bemanningsmodell som strategisk verktøy for å kartlegge det langsiktige behovet, og for å jobbe mer strategisk med hvordan utdanningsaktiviteten henger sammen med bemanningsplanlegging og arbeidsgiverpolitikk. Foretaket vil derfor prioritere å etablere bedre prosesser for å rekruttere og utdanne rett personell i helseforetakene.

5.3.3 De regionale helseforetakenes innspill til endringer i utdanningskapasiteten

Kunnskapsdepartementet regulerer utdanningskapasiteten innen de ulike helsefaglige utdanningene ved hjelp av kandidatmåltall, som angir minstekravet til antall uteksaminerte kandidater per utdanningsinstitusjon. Når det gjelder de undersøkte stillingstypene, er det egne kandidatmål for sykepleiere og jordmødre. Utdanningskapasiteten for operasjonssykepleiere og intensivsykepleiere inngår i kandidatmåltallet for ABIOK- sykepleiere; se faktaboks 6. Det er utdanningsinstitusjonene som bestemmer størrelsen på kullene og fordelingen mellom spesialiseringene innen ABIOK.

Faktaboks 6 ABIOK-sykepleiere

ABIOK er en samlebetegnelse på videreutdanningene innen anestesi, barn, intensiv, operasjon og kreftsykepleie. Utdanningen har hovedsakelig vært en videreutdanning over tre semestre, men stadig flere institusjoner tilbyr toårige masterstudier, og noen tilbyr nå kun masterstudier, selv om det uttalte behovet til helseforetakene i hovedsak er en videreutdanning på tre semestre.

Regjeringen vurderer årlig kandidatmåltallene i budsjettprosessene sine. Helse- og omsorgsdepartementet gir i den forbindelse Kunnskapsdepartementet innspill om hvordan ulike helsepersonellutdanninger skal dimensjoneres.¹¹⁴ Helse- og omsorgsdepartementet får sine innspill fra de regionale helseforetakene via Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet ba i brev av 5. juni 2018 de regionale helseforetakene om innspill til hvordan utdanningskapasiteten på de helsefaglige utdanningene på universitets- og høyskolenivå kunne justeres for å passe til helseforetakenes behov.¹¹⁵ Helsedirektoratet ønsket også at innspillene

- omtalte og tok hensyn til aktivitet og behov på utdanningsområdet
- tok hensyn til relevante framskrivninger og behovsanalyser
- tok hensyn til frafall og gjennomsnittlig pensjonsalder for de ulike helsestillingstypene
- vurderte ulikheter innad i regionen med tanke på behovet for helsepersonell

¹¹⁴ Brev fra Helse Sør-Øst HF til Helse- og omsorgsdepartementet 4. oktober 2016.

¹¹⁵ I 2017 og 2016 ble innspillene sendt direkte fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet.

- vurderte konsekvenser og begrensninger for tjenestene når de tilrådet økt utdanningskapasitet, eksempelvis i forbindelse med behov for flere praksisplasser eller hvordan gjennomføringen av praksisperioden var lagt opp.

Tabell 4 viser konklusjonene på de regionale helseforetakenes innspill til myndighetene om eventuelle behov for endringer i utdanningskapasiteten i henholdsvis 2016, 2017 og 2018 for stillingstypene i undersøkelsen. Tolkningen er basert på svarene som de regionale helseforetakene ga i sine innspill. I de blanke feltene i tabellen har ikke revisjonen klart å tolke om de regionale helseforetakene ønsker økt, uendret eller redusert utdanningskapasitet.

Tabell 4 De regionale helseforetakenes innspill til endringer i utdanningskapasitet for stillingstypene i undersøkelsen

	År	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
Intensivsykepleiere	2018	Rødt	Rødt	Rødt	Rødt
	2017	Rødt	Rødt	Rødt	Rødt
	2016	Rødt	Rødt	Rødt	Rødt
Operasjonssykepleiere	2018	Rødt	Gult	Rødt	Rødt
	2017	Rødt	Rødt	Rødt	Rødt
	2016	Rødt	Rødt	Rødt	Rødt
Jordmødre	2018	Rødt	Grønt	Rødt	Grønt
	2017	Rødt	Rødt	Rødt	Rødt
	2016	Rødt	Rødt	Rødt	Rødt
Sykepleiere	2018	Gult	Grønt	Grønt	Rødt
	2017	Rødt	Rødt	Grønt	Rødt
	2016	Rødt	Rødt	Grønt	Rødt

Kilde: De regionale helseforetakenes innspill til helsedirektoratet / Helse- og omsorgsdepartementet

Rødt	= vesentlig økt behov
Gult	= noe økt behov
Grønt	= uendret behov

Alle de regionale helseforetakene har i perioden 2016–2018 hatt en felles forståelse for og gitt innspill om at utdanningskapasiteten for intensivsykepleiere og operasjonssykepleiere bør økes. Helse Midt-Norge RHF sier i intervju at det største problemet er å rekruttere til utdanningene, og at det dermed ikke er nok å øke utdanningskapasiteten. Foretaket sier samtidig at kandidatmåltallene skal ivareta nasjonale behov, og man må jobbe parallelt med å rekruttere til utdanningene, å øke kapasiteten til utdanningsinstitusjonene, å styrke veilederkompetansen- og kapasiteten i praksisfeltet og utvikle nye veiledningsmodeller. I 2018 mente Helse Vest RHF og Helse Nord RHF at utdanningskapasiteten for jordmødre ikke burde økes. Helse Nord RHF ga i 2018 innspill om at utdanningskapasiteten for sykepleiere bør økes, og også Helse Sør-Øst RHF ønsket noe økt utdanningskapasitet på kort sikt. De to andre regionale helseforetakene skrev i sine innspill at utdanningskapasiteten på grunnutdanningen for sykepleiere bør økes over tid. Helse- og omsorgsdepartementet har i flere år rapportert

behov for å øke kandidatmåltallene, til Kunnskapsdepartementet, uten at dette har blitt etterfulgt.¹¹⁶

Ett fellestrekk ved tilbakemeldingene til Helsedirektoratet er at de regionale helseforetakene ikke sier *hvor mye* kapasiteten bør økes for intensivsykepleiere, operasjonssykepleiere, jordmødre og sykepleiere. De skriftlige innspillene fra de regionale helseforetakene er uensartede både i form og innhold, noe bestillingen fra Helsedirektoratet ga rom for. Innspillene fra de regionale helseforetakene varierer blant annet når det gjelder

- om de er basert på behovet for ansatte eller antallet praksisplasser helseforetakene selv kan håndtere
- om de uttaler seg om den faktiske utdanningskapasiteten, eller kandidatmåltallene
- om behovet for økt utdanningskapasitet gjelder førstkommende år, på mellomlang sikt eller på lengre sikt.
- om det gis begrunnelse for endringer i vurderingen fra foregående år
- beskrivelser av ulikheter innad i regionen med tanke på behovet for helsepersonell

5.3.4 Kandidatmåltall og antall uteksaminerte spesialsykepleiere og jordmødre

Kandidatmåltallet angir minstekrav til antall uteksaminerte kandidater per utdanningsinstitusjon. Kandidatmåltallet har vært 641 for ABIOK og 134 for jordmødre hvert år siden 2014.¹¹⁷ Fordelingen mellom utdanningsinstitusjonene er også uendret.

Utdanningsinstitusjonene tar ut data for uteksaminerte kandidater fra de studieadministrative systemene to ganger i året og sender datafiler til NSDs Database for statistikk om høgre utdanning (DBH).¹¹⁸ I tabell 5 og 6 er disse dataene sammenlignet med kandidatmåltallene.

¹¹⁶ Helse- og omsorgsdepartementets brev av 30. august 2019 til Riksrevisjonen.

¹¹⁷ Tildelingsbrevene fra Kunnskapsdepartementet til universiteter og høyskoler for 2014–2019.

¹¹⁸ Norsk senter for forskningsdata (NSD AS) er eid av Kunnskapsdepartementet og skal sikre enkel og åpen tilgang til forskningsdata.

Tabell 5 Jordmødre – antall uteksaminerte versus kandidatmåltall per utdanningsinstitusjon¹¹⁹

	2018		2017		2016		2015		2014		2014-2018	2014-2018
	Mål tall	Uteksaminert	Mål tall	Uteksaminert	Mål tall	Uteksaminert	Mål tall	Uteksaminert	Mål tall	Uteksaminert	Avvik fra måltall*	Avvik fra måltall (%)*
NTNU	25	20	25	3	25	24	25	0	25	22	-56	-45 %
UIT	20	15	20	13	20	17	20	13	20	17	-25	-25 %
Oslo Met	34	56	34	34	34	38	34	35	34	35	+28	+16 %
USN	20	45	20	34	20	39	20	0	20	14	+32	+32 %
HVL	35	30	35	29	35	31	35	35	35	25	-25	-14 %
Totalt	134	166	134	113	134	149	134	83	134	113	-46	-7 %

Kilde: Tildelingsbrevene fra Kunnskapsdepartementet til universiteter og høyskoler for 2014–2019, og DBH

*Avvik fra måltall angir hvor mange færre eller flere jordmødre som ble uteksaminert i perioden per utdanningsinstitusjon sammenlignet med det samlede måltallet for utdanningsinstitusjonen i denne perioden.

Samlet ble det utdannet 7 prosent (46) færre jordmødre enn kandidatmåltallene i perioden 2014–2018. Utdanningsinstitusjonene som helseforetakene i Helse Sør-Øst hovedsakelig får sine jordmødre fra, utdannet flere jordmødre enn kandidatmåltallene nesten alle år, mens de andre utdanningsinstitusjonene utdannet langt færre jordmødre enn kandidatmåltallene.

De uteksaminerte kandidatene skal dekke både spesialisthelsetjenestens og primærhelsetjenestens behov for jordmødre. En del helseforetak i Helse Sør-Øst skriver at de mister jordmødre til primærhelsetjenesten fordi disse bygger opp sin jordmortjeneste og / eller tilbyr bedre lønn og arbeidstider.¹²⁰ Dette problemet tok samarbeidsorganet i Helse Vest RHF også opp i et møte hvor det ble påpekt at kommunene i stor grad rekrutterer fra helseforetakene.¹²¹

Helse Nord RHF ber ikke om økt utdanningskapasitet for jordmødre i sitt innspill, selv om antallet uteksaminerte kandidater er lavere enn kandidatmåltallene i hele perioden 2014–2018. I intervju forklarer Helse Nord RHF at de ikke har nok praksisplasser for flere jordmorstudenter, og at det dermed blir utdannet for få jordmødre, men at det er satt i gang arbeid for å øke kapasiteten. Helse Nord RHF forklarer i tillegg at det er en utfordring at det er for få fødsler til å oppnå praksiskravene. Også Helse Sør-Øst RHF sier i intervju at antall fødsler studentene må delta i for å bli godkjent jordmor, kan bli et problem når fødselstallene går ned, og at det er viktig å gå igjennom kravene i utdanningen slik at den er tilpasset virkeligheten. I Helse Vest er det også utdannet færre kandidater enn det er satt mål om, de siste årene, men i sitt innspill til utdanningskapasitet skriver det regionale helseforetaket at dette løser seg med den nye jordmorutdanningen som starter opp i Stavanger i 2019.

¹¹⁹ Flere utdanningsinstitusjoner har vært gjenstand for sammenslåinger de siste årene. Navnet på utdanningsinstitusjonene i tabellen for alle år er det navnet den enkelte institusjon hadde i 2018.

¹²⁰ Sykehuset Østfold HF i notat fra Klinikk for kvinner og barn til ledelsen, Oslo Universitetssykehus HF, Sørlandet sykehus HF og Akershus universitetssykehus HF i sine innspill til utdanningskapasitet.

¹²¹ Møte i samarbeidsorganet i Helse Vest 18. juni 2018.

Tabell 6 Uteksaminerte ABIOK-kandidater 2014–2018

	2014	2015	2016	2017	2018	Totalsum
Antall uteksaminerte	405	508	677	586	611	2787
Måltall	641	641	641	641	641	3205
Avvik	-236	-133	36	-55	-30	-418
Avvik i prosent	-37 %	-21 %	6 %	-9 %	-5 %	-13 %
Antall av totalt uteksaminerte med mastergrad	6	6	84	96	122	314

Kilde: Tall fra DBH

Tabell 6 viser at det de siste 5 årene har blitt utdannet færre spesialsykepleiere enn kandidatmåltallene. Av de uteksaminerte kandidatene innen ABIOK de siste 5 årene er ca. en fjerdedel intensivsykepleiere, og i overkant av en femtedel operasjonssykepleiere. Videre viser innspillene at de regionale helseforetakene og mange helseforetak mener at utdanningskapasiteten bør økes.

Det finnes ikke en nøyaktig oversikt over antall uteksaminerte kandidater. Noen kandidater står registrert uten spesialisering og kan ha tatt annen videreutdanning enn ABIOK, men det er uvisst hvor mange.¹²² I tillegg er en del av de 314 som de siste årene er uteksaminert med mastergrad, også registrert med videreutdanning, og er dermed inkludert to ganger.¹²³ Det finnes ingen oversikt over hvor mange av disse det gjelder.

Når målene for antall uteksaminerte kandidater ikke nås, kan det bety at gapet mellom behovet for spesialsykepleiere og antallet som utdannes, øker. Det ser ut til at problemet er størst i Helse Nord, hvor de to utdanningsinstitusjonene ifølge nasjonal statistikk fra DBH de siste fem årene har uteksaminert nærmere 75 prosent færre kandidater enn kandidatmåltallene.¹²⁴ Det er bare i Helse Vest at det er uteksaminert flere kandidater enn kandidatmåltallene ved utdanningsinstitusjonene de siste fem årene.¹²⁵

I sin tilbakemelding opplyser Helse- og omsorgsdepartementet at faktisk antall uteksaminerte er langt høyere i Helse Nord enn tallene i DBH sin database. Dette tyder på at kvaliteten på den nasjonale oversikten over antall uteksaminerte kandidater kan bli bedre. I følge tall fra Helse Nord RHF, utgjør antall uteksaminerte 80 prosent av kandidatmåltallene. Selv med korrigerede tall, er antall uteksaminerte dermed lavere enn kandidatmåltallene i perioden 2014 - 2018.

De regionale helseforetakene kommenterer ikke avvik mellom tidligere års kandidatmål og antall uteksaminerte kandidater i innspillene sine. Det ser ut til å være høye søkertall til utdanningene, selv om enkelte helseforetak rapporterer at det ikke er nok søkere til utdanningsstillinger for enkelte spesialiseringer (spesielt intensivsykepleie).¹²⁶

Det kan være flere grunner til at institusjonene utdanner færre kandidater enn det er satt mål om. Avvik kan for eksempel skyldes lav gjennomføringsevne (fracfall), for få utdanningsstillinger eller for få søkere. Det er også mulig at kommunikasjonen mellom helseforetakene og utdanningsinstitusjonene ikke er god nok. Alle de regionale

¹²² Disse er uteksaminert fra NTNU.

¹²³ Dette gjelder 2014–2017. For 2018 er kandidatene som var talt dobbelt, ekskludert fra oversikten.

¹²⁴ Nord universitet og Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet.

¹²⁵ Høgskulen på Vestlandet og Universitetet i Stavanger.

¹²⁶ For eksempel St. Olavs hospital HF.

helseforetakene sier i innspillene til utdanningskapasitet at det er vanskelig å opprette nok praksisplasser med god nok kvalitet og relevans, slik at det er vanskelig å øke antallet studenter.

Analysesenteret sendte i 2015 en spørreundersøkelse til utdanningsinstitusjonene som tilbyr ABIOK-utdanning.¹²⁷ Rundt halvparten svarte at de opplevde at sykehusenes etterspørsel etter studieplasser var uforutsigbar. Utdanningsinstitusjonene ble også spurt om hvilke faktorer som begrenset muligheten for å øke antall studieplasser innen ABIOK. Det fleste utdanningsinstitusjoner mente begrenset muligheten for å øke antall studieplasser, var tilgangen på praksisplasser og tilgangen på kvalifiserte søkere. Mange av utdanningsinstitusjonene svarte også at det at arbeidsgiver ikke finansierte kvalifiserte søkere (stipend eller utdanningsstillinger) var en viktig begrensende faktor. I tillegg nevnte enkelte tilgangen på praksisveiledere og kvalifiserte lærerkrefter.

Det har heller ikke vært noen stor økning i kandidatmåltallene for vanlige sykepleiere de siste 6 årene (ca. 1 prosent).¹²⁸ Antallet uteksaminerte har derimot økt med 11 prosent i samme periode,¹²⁹ og det ble utdannet 14 prosent flere enn kandidatmåltallet i 2018. Dette viser at kapasiteten på praksisplasser i spesialisthelsetjenesten har økt betydelig de siste årene, selv om kandidatmåltallene nærmest har vært uendret. Helse- og omsorgsdepartementet påpeker at økningen i antall praksisplasser ikke har ført til økt finansiering i spesialisthelsetjenesten for å håndtere dette.¹³⁰ Mye tyder på at behovet kommer til å øke ytterligere, men de regionale helseforetakenes innspill til utdanningskapasitet er uklare. I ett eller flere av de siste årlige innspillene skriver alle de regionale helseforetakene at utdanningskapasiteten bør økes, bortsett fra Helse Midt-Norge RHF, som skriver at «utdanningskapasiteten ved høgskoler og universitet i Midt-Norge er god når det gjelder helsefaglige grunnutdanninger, og i tråd med behovet slik det er i dag i spesialisthelsetjenesten».

5.3.5 Helseforetakenes arbeid med å skaffe praksisplasser og utdanningsstillinger

I 2018 ba Helsedirektoratet i forbindelse med innspillene til utdanningskapasitet de regionale helseforetakene om å vurdere hvilke konsekvenser og begrensninger det ville ha for tjenestene om utdanningskapasiteten ble økt, og hvordan praksisperioden kan gjennomføres bedre.¹³¹ De regionale helseforetakene har utdypet dette både i innspillene og i intervju.

Praksisplasser

En stor del av studiene for både sykepleierstudenter og spesialsykepleiestudenter består av praksis i sykehus. Gjennomføring av studiene er avhengig av at helseforetakene oppretter nok praksisplasser. Utdanningsinstitusjoner som tilbyr videreutdanning, skal i forkant inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser. De skal løse eventuelle uenigheter i samarbeidsorganet.¹³²

I innspillene fra helseforetakene og de regionale helseforetakene kommer det fram at det over tid er blitt vanskeligere for helseforetakene å etterkomme kravene til praksis for sykepleierstudenter og spesialsykepleiestudenter, og de har problemer med å skaffe nok praksisplasser og veiledere og mangler veilederkompetanse. I spørreundersøkelsen bekrefter lederne at de i sine kliniske enheter ikke har kapasitet til å ha flere

¹²⁷ Analysesenteret (2015) *ABIO ressurs*.

¹²⁸ Fra 3493 i 2014 til 3537 kandidater i 2018.

¹²⁹ Fra 3630 i 2014 til 4042 i 2018.

¹³⁰ Helse- og omsorgsdepartementets brev av 30. august 2019 til Riksrevisjonen

¹³¹ Brev til de regionale helseforetakene datert 5. juni 2018.

¹³² Oppdragsdokumentene for 2018.

praksisplasser, selv om dette i innspillene blir nevnt som en forutsetning for økt utdanningskapasitet.

Gjeldende krav til praksis tar ikke høyde for utviklingen i helsetjenesten, og kravet om at studentene skal ha lang sammenhengende praksisperiode på kirurgisk sengepost er særlig problematisk. Det blir vanskelig for helseforetakene å legge til rette for nok praksisplasser på kirurgiske sengeposter når de overfører oppgaver til kommunene, reduserer gjennomsnittlig liggetid for pasienter og går over fra døgnopphold til dagkirurgiske enheter, dagbehandling og poliklinikk.¹³³ Mange helseforetak og regionale helseforetak sier i sine innspill til utdanningskapasitet at studentene bør praktisere der pasientene er, og at de i større grad må gjennomføre praksis ved dagposter, poliklinikk og i kommunene. Det går fram av innspillene at kravene til praksis må endres før kandidatmåltallene kan økes. Videre understreker de at kommunehelsetjenesten bør få et lovpålagt ansvar for utdanning på samme måte som spesialisthelsetjenesten har,¹³⁴ og at det bør stilles krav om praksisplasser når private inngår avtale med spesialisthelsetjenesten.¹³⁵

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning ble vedtatt i mars 2019 og trer i kraft fra studieåret 2020–2021.¹³⁶ Sammen med *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger*, definerer denne de nasjonale rammene for og innhold i utdanningene.¹³⁷ Retningslinjen gjelder sykepleiestudiene (bachelor), ikke videreutdanning. Den nye retningslinjen legger opp til at kravene til praksis blir mer fleksible, og er i større grad enn tidligere tilpasset endringene i helsetjenesten.

De regionale helseforetakene sier i intervju at de nye nasjonale retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene kan løse en del av problemene med praksisplasser for sykepleiestudenter på bachelorstudiet, fordi det gir mer fleksibilitet i hvor praksis kan gjennomføres. Det er fremdeles krav om at praksisstudiene må inkludere døgnkontinuerlig oppfølging av pasienter, men kravene er mindre detaljerte enn tidligere.¹³⁸ Både Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF¹³⁹ sier at endring er avhengig av at utdanningsinstitusjonene tenker nytt og blant annet legger opp til praksis på poliklinikk, dagkirurgi og i kommunene. Den enkelte utdanningsinstitusjon skal på grunnlag av forskriften utarbeide lokale planer med bestemmelser om faglig innhold, organisering, undervisningsformer og beskrivelse av praksisstudiene. Videre skal utdanningsinstitusjonene inngå samarbeidsavtaler med praksistilbyderen,¹⁴⁰ og påse at praksistilbyder er involvert i utformingen av samarbeidsavtalene. Videreutdanning omfattes ikke av de nye retningslinjene, men ABIOK-utdanningene inkluderes i fase 3 i Rethos-prosjektet.¹⁴¹

Helseforetakene og de regionale helseforetakene viser i sine innspill til utdanningskapasitet også til andre tiltak som kan bidra til å løse utfordringen med praksisplasser:

¹³³ Sykepleierutdanningen er styrt både av krav fastsatt i nasjonal rammeplan og detaljerte krav i gjeldende EØS-direktiv, som er førende for nasjonale bestemmelser.

¹³⁴ For eksempel Oslo Universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Helse Midt-Norge RHF.

¹³⁵ Helse Sør-Øst RHF sine innspill.

¹³⁶ Utviklingen av *Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene* (RETHOS) startet høsten 2017, og ble utformet gjennom et samarbeid mellom universitets- og høyskolesektoren og tjenestene. Bakgrunnen var at kompetansen til nyutdannede kandidater ikke imøtekommer tjenestenes kompetansebehov, og at tjenestene ikke har nok innflytelse på innholdet i utdanningene (Meld. St. 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*).

¹³⁷ F-04-19 *Rundskriv til forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger og tilhørende forskrifter for hver utdanning*.

¹³⁸ Intervju med Helse Nord RHF.

¹³⁹ Intervju med Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF.

¹⁴⁰ Jf. forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger § 3 andre ledd

¹⁴¹ Regjeringens nettside om Rethos.

- fordele studentene bedre gjennom døgnet og uken og jobbe vanlig turnus
- fordele praksisperiodene over hele studieåret for å kunne fordele og utnytte praksiskapasiteten på en god måte¹⁴²
- bruke simulering¹⁴³ i større grad i undervisningen for blant annet å trene på prosedyrer slik at studentene trenger kortere perioder i praksis på sykehus
- få utdanningsinstitusjonene til å jobbe for å redusere frafall under utdanning slik at helseforetakene bruker mindre ressurser på praksisplasser for studenter som ikke fullfører sykepleierutdanningen. I dag tilbyr mange sykehus praksisplasser til langt flere studenter enn de som uteksamineres,¹⁴⁴ noe som er lite effektivt bruk av praksisplasser og veiledernes tid
- tilby flere praksisplasser blant annet ved å ta i bruk nye modeller for veiledning av studenter, for eksempel i større grad bruke gruppeveiledning og studenttette poster med dedikerte koordinatore og veiledere¹⁴⁵
- bedre veiledning og oppfølging fra utdanningsinstitusjonene under praksisperiodene for å styrke kvaliteten på opplæringen i denne fasen. Kombinerte stillinger for ansatte på sykehus og i UH-sektoren kan være en mulig løsning¹⁴⁶
- styrke praksisveilederkapasiteten

Noen av tiltakene må utdanningsinstitusjonene eller institusjoner på høyere nivå iverksette. Samtidig sier Helse Sør-Øst RHF i sitt innspill til utdanningskapasitet at det er viktig at foretakene selv vurderer hvordan de kan organisere praksisplassene på en bedre og effektiv måte slik at de har nok og gode praksisplasser.

Det regionale samarbeidsorganet i Helse Midt-Norge utlyste i 2018 5 millioner kroner til prosjekter som har som mål å styrke kvalitet og relevans i praksisstudier.¹⁴⁷ Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at Helse Sør-Øst også har bevilget ca. 6 millioner kroner til dette.¹⁴⁸ Helse Midt-Norge RHF bekrefter både i innspillet til utdanningskapasitet og i intervju at samarbeidsorganet fungerer godt. OUS HF har etablert et traineeprogram i akuttklinikken slik at sykepleiere kan håndtere de minst komplekse pasientene, og har også et samarbeid med Lovisenberg Diakonale høyskole for å gjennomføre programmet som en del av intensivsykepleierutdanningen.¹⁴⁹

Utdanningsstillinger

Siden 2014 har helseforetakene tilbudt utdanningsstillinger til enkelte ansatte som ønsker å ta videreutdanning. Helseforetakene bestemmer hvor mange utdanningsstillinger de skal tilby avhengig av budsjett og behov. For å få en utdanningsstilling må den ansatte først få plass ved utdanningsinstitusjonen, og deretter søke på en eventuell ledig utdanningsstilling. En avtale mellom Spekter og NSF i 2014 spesifiserer at sykepleiere i utdanningsstilling skal ha minimum 80 prosent lønn etter ansiennitet. Studentene må jobbe noe under studiene, og etter endt studie har de en bindingstid på 1,5–3 år. I denne perioden er derfor helseforetakene sikret tilgang på spesialkompetanse.¹⁵⁰

Utdanningsstillinger er samtidig relativt kostnadskreven for helseforetakene fordi de både må betale for lønn under utdanning og erstatte personell i perioden de studerer.

¹⁴² Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF.

¹⁴³ Simulering er en metode hvor studenter trener på virkelighetsnære situasjoner i et kontrollert miljø, for eksempel ved hjelp av dukker.

¹⁴⁴ Helse Vest RHF.

¹⁴⁵ Helse Sør-Østs *Regional utviklingsplan 2035*.

¹⁴⁶ Helse Midt-Norge RHF's innspill til utdanningskapasitet 2018 og Helse Sør-Øst RHF i intervju.

¹⁴⁷ Helse Midt-Norge RHF's innspill til utdanningskapasitet 2018.

¹⁴⁸ Helse- og omsorgsdepartementets brev av 30. august 2019 til Riksrevisjonen.

¹⁴⁹ Oslo universitetssykehus HF's innspill til utdanningskapasitet.

¹⁵⁰ Stipend: Sykepleiere kan også ta videreutdanning uten å ha en utdanningsstilling, ved å finansiere studiene selv. Sykepleiere som er ansatt ved et sykehus, men som ikke får utdanningsstilling, kan søke om ulønnet permisjon, og eventuelle tilgjengelige stipend.

Ansatte som ikke har utdanningsstilling har under visse forutsetninger krav på utdanningspermisjon uten lønn under videreutdanning.¹⁵¹

Siden det de fleste steder er få eller ingen søkere til ledige spesialsykepleierstillinger, er foretakene avhengige av selv å utdanne spesialsykepleiere gjennom utdanningsstillinger. Dokumentanalysen viser at alle helseforetakene tilbyr utdanningsstillinger for en eller flere av spesialiseringene, særlig for intensiv- og operasjonssykepleiere. De fleste helseforetakene som har opprettet utdanningsstillinger tilbyr 80 prosent lønn under utdanning med en bindingstid på mellom 2 og 3 år og noe arbeidsplikt under studiene. Enkelte foretak har økt til 100 prosent lønn for alle eller enkelte spesialiseringer for å få flere søkere til utdanningsstillinger.¹⁵²

Det kan virke som om mange foretak ikke klarer å opprette nok utdanningsstillinger. 70 prosent av lederne svarer i spørreundersøkelsen at det er for få utdanningsstillinger ved deres sykehus. I tillegg oppgir en del sykepleiere at de ikke har søkt utdanningsstilling fordi det er mangel på utlyste utdanningsstillinger. 35 prosent av lederne svarer også at ledelsen ved deres helseforetak ikke prioriterer utdanningsstillinger.

Denne kommentaren, hentet fra det åpne kommentarfeltet i spørreundersøkelsen, er et eksempel på en leder som opplever at utdanningsstillinger ikke prioriteres:¹⁵³

«Operasjonssykepleiermangelen er varslet i mange, mange år. Antallet har gått ned når det egentlig burde gått opp. Det er altfor få utdanningsstillinger i dette sykehuset når det skal romme alle spesialutdanninger. Operasjoner blir mer avanserte og det er et stort behov nå og fremover for kvalifiserte, kompetente, motiverte operasjonssykepleiere. At vi nå har endt opp der vi har, har vi varslet om – det har man visst lenge. Utdanningstakten må økes betraktelig både med studieplasser, utdanningsstillinger og praksisplasser. Vi bruker altfor mye penger på innleie som vi heller kunne brukt på fast ansatte. Mange har gått av med pensjon og mange vil gå av de nærmeste årene. Det er få eller ingen eksterne søkere til utlyste stillinger. Vi blir helt avhengige av å rekruttere de nyutdannede fra utdanningsstillinger.»

For å møte behovet for spesialsykepleiere, viser for eksempel Oslo universitetssykehus HF i sin handlingsplan for å møte behovet for spesialsykepleiere til at helseforetaket har 100 utdanningsstillinger, mens klinikkene melder om et behov for 400. Akershus universitetssykehus HF skriver i sitt innspill til utdanningskapasitet for 2018 at det utdannes for få spesialsykepleiere ved helseforetaket sammenlignet med behovet. Både Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF sier i intervju at det er viktig at helseforetakene prioriterer utdanningsstillinger. I enkelte av helseforetakene i Helse Nord kommer det særlig fram at økonomi er en begrensende faktor, som gjør at man ikke kan utdanne nok eller øke kapasiteten i henhold til behov.¹⁵⁴ Finnmarkssykehuset HF skriver i sin årlige melding at de har et relativt høyt behov for kompetanse framover, og at de ikke vil ha kapasitet til å utdanne i tilstrekkelig grad og dermed også må rekruttere.

De nærmeste lederne har ikke myndighet selv til å fastsette antall nye utdanningsstillinger. Denne beslutningen tas på høyere nivå i helseforetaket. Spørreundersøkelsen viser at det bare er hver tredje av de nærmeste lederne for intensivsykepleiere og ca. halvparten av lederne for operasjonssykepleiere som i stor grad er involvert i prosessen med å vurdere antall utdanningsstillinger for sin stillingstype i helseforetaket.¹⁵⁵ Ved de enhetene der lederne svarer at de er involverte i vurderingen

¹⁵¹ Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) § 12-11.

¹⁵² For eksempel Helse Nord-Trøndelag HF for alle spesialiseringer, St. Olavs hospital HF for barn - og intensivsykepleie.

¹⁵³ Kommentaren er endret noe for å anonymisere den.

¹⁵⁴ Helseforetakenes årlige melding fra 2018 (Nordlandssykehuset HF, UNN HF).

¹⁵⁵ Hver fjerde leder for begge stillingstypene er ikke involvert i det hele tatt i denne vurderingen.

av behovet for antall utdanningsstillinger, er det også flere ledere som mener at helseforetaket har nok antall utdanningsstillinger, enn det er ved andre enheter. Dette indikerer at nærmeste leder i disse enhetene ikke bare blir involvert, men også kan påvirke prosessen med å fastsette antall utdanningsstillinger. Spørreundersøkelsen viser også at sammenlignet med ledere som ikke er involvert i fastsettelsen av utdanningsstillinger, mener flere av lederne som er involvert i fastsettelsen av utdanningsstillinger, at det er god nok bemanning til å gi pasientene et godt tilbud.

Ved noen helseforetak er det også et problem å få nok kvalifiserte søkere til enkelte spesialiseringer. Særlig helseforetakene i Helse Midt-Norge påpeker dette.¹⁵⁶ St. Olavs hospital HF har for eksempel spesielt problemer med å få søkere til intensivsykepleiestudiet og har satt i gang tiltak for å løse problemet. Enkelte enheter har her begynt å kartlegge om søkerne til sykepleierstillinger er motiverte for å videreutdanne seg, og vurderer om karakterene er gode nok til å komme inn på videreutdanning.¹⁵⁷

Nærmere 80 prosent av sykepleierne i spørreundersøkelsen svarte at de ikke hadde søkt en utdanningsstilling i løpet av de siste fem årene.¹⁵⁸ Da de ble spurt hva årsaken var, svarte nærmere halvparten at lønnen var for lav under videreutdanning og /eller at lønnsøkningen etter endt videreutdanning var for liten.¹⁵⁹ Andre grunner til at mange sykepleiere ikke søkte på utdanningsstilling, var at de ikke var interessert i å videreutdanne seg, og at det var vanskelig å kombinere studier med privatlivet og omsorgsoppgaver. Bindingstid etter endt utdanning, krav til jobb under utdanningen og lang reisevei til studiestedet var mindre viktige grunner til at sykepleiere ikke hadde søkt på utdanningsstillinger.

Flere av foretakene sier at sykehuset er avhengig av å ha utdanningsinstitusjoner i nærheten, både for å få sykepleiere til å videreutdanne seg og for å kunne rekruttere og beholde folk etter endt utdanning.¹⁶⁰ De sier også at små sykehus er særlig sårbare hvis deres sykepleiere ikke har gode nok karakterer til å komme inn på videreutdanning ved utdanningsinstitusjonene.¹⁶¹

Samarbeid med utdanningssektoren

Alle de regionale helseforetakene har samarbeidsorgan, som innen utdanning skal vurdere innhold, dimensjonering, og endringer i utdanningen på grunnlag av behov i helse- og omsorgstjenesten i regionen. De skal også gi tilbakemelding til styret for det regionale helseforetaket, universitetene og høyskolene.¹⁶²

I innspillene til utdanningskapasitet sier flere av de regionale helseforetakene at de er nødt til å samarbeide bedre med utdanningsinstitusjonene for å løse utfordringene med både utdanningens omfang og antallet praksisplasser. Helse Sør-Øst RHF har hittil, på tross av reguleringer og avtaler ikke klart å samarbeide godt nok med utdanningsinstitusjonene om gjennomføringen av praksisplasser. Helse Sør-Øst påpeker imidlertid at de er en stor region med mange helseforetak og utdanningsinstitusjoner og samarbeidet er blitt bedre og er i god utvikling. Helse Vest RHF skriver i sitt innspill at det er avgjørende at samarbeidet om utvikling av nye praksis- og veiledningsmodeller blir mer forpliktende. De andre to regionale helseforetakene løfter ikke fram slike problemer. Helse Midt-Norge RHF skriver at samarbeidsutvalget for utdanning er et godt forum for å avklare behov mellom helseforetakene og utdanningsinstitusjonene, og at de som følge

¹⁵⁶ I intervju (Helse Midt-Norge RHF) og i innspillene til utdanningskapasitet (St. Olavs hospital HF).

¹⁵⁷ E-post fra St. Olavs hospital HF til Helse Midt-Norge RHF (desember, 2018).

¹⁵⁸ Sykepleiere som ble ferdigutdannet i løpet av de siste fem årene ble spurt om dette.

¹⁵⁹ Det var mulig å krysse av for flere svaralternativer.

¹⁶⁰ Både Helse Nord RHF og Sørlandet sykehus HF nevner for eksempel dette.

¹⁶¹ Helse Nord-Trøndelag har tidligere hatt kvoter ved NTNU, dette tilbys ikke lenger.

¹⁶² Instruks til styrene i de regionale helseforetakene om samarbeidet med universiteter og høyskoler (vedtatt i foretaksmøte 24. mai 2013).

av at de samarbeider bra med utdanningssektoren, i all hovedsak har kontroll på utdanningskapasiteten. Helse Midt-Norge RHF's samarbeidsorgan lager en årsrapport som beskriver aktivitetene i året som har gått, inkludert dialogen om praksisplasser som finner sted i henhold til det årshjulet de har vedtatt.¹⁶³ Også Helse Nord RHF påpeker i intervju at de har en god dialog med utdanningsinstitusjonene, og at den hovedsakelig foregår i samarbeidsorganet for utdanning.

Både Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF mener at kombinerte stillinger mellom helseforetakene og utdanningsinstitusjonene kan bidra til å redusere gapet mellom teori og praksis¹⁶⁴ og legge bedre til rette for gode praksisplasser. Helse Sør-Øst RHF påpeker at dette vil være et viktig tiltak for å øke samarbeidet mellom sektorene, og at det i praksis vil være mulig å øke antallet praksisplasser noe hvis utdanningssektoren er mer til stede.

I intervjuer sier de fire regionale helseforetakene at det varierer om studentene må ta en toårig mastergrad eller bare en spesialisering over tre semestre. Helse Vest RHF sier at det er en utfordring at utdanningsinstitusjonene i regionen krever at studentene tar en toårig mastergrad. En mastergrad er dyrere for helseforetakene, de mister de ansatte for en lengre periode, og ifølge Helse Vest RHF får ikke studentene nødvendigvis brukt kompetansen sin. Helseforetakene har hovedsakelig behov for spesialsykepleiere med videreutdanning på 90 studiepoeng, mens utdanningsinstitusjonene i økende grad tilbyr toårige masterutdanninger. Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF sier at utdanningsinstitusjonene så langt har tatt hensyn til spesialisthelsetjenestens behov. Helseforetakene i Helse Sør-Øst får utdannet spesialsykepleiere ved flere utdanningsinstitusjoner. Noen av disse tilbyr kun masterstudier,¹⁶⁵ mens andre er mer fleksible.

5.4 De regionale helseforetakene og helseforetakenes strategier og planer

Helse- og omsorgsdepartementet ba i foretaksmøtet i januar 2018 de regionale helseforetakene om å utarbeide strategier for å rekruttere, beholde og utvikle kompetanse hos medarbeidere.¹⁶⁶ Dette kravet er på ulike måter videreført i oppdragsdokumentene til helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF har stilt krav om at helseforetakene skal samarbeide med det regionale helseforetaket om å utvikle en felles regional strategi for å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle kompetanse hos medarbeidere. Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF har stilt lignende krav til sine foretak, mens Helse Vest RHF har bedt foretakene om selv å utvikle strategiske kompetanseplaner og tiltak for å utdanne, rekruttere og videreutvikle nok medarbeidere. Helse Vest RHF og Helse Nord RHF ber også spesifikt foretakene om å utvikle planer som gjør framtidige behov synlige.

Alle de regionale helseforetakene har vedtatt en overordnet *Strategi 2030/2035*¹⁶⁷ med tilhørende utviklingsplan som dekker hele virksomheten. Alle sier noe overordnet, blant annet om nødvendige endringer i hvordan de jobber, teknologisk utvikling, planlegging av framtidige behov og samarbeid med kommuner og utdanningsinstitusjoner. Helse Sør-Øst RHF's utviklingsplan beskriver mer konkret enn de øvrige hvordan de skal løse

¹⁶³ Årsrapport 2018 Regionalt samarbeidsorgan for utdanning, forskning og innovasjon (Samarbeidsorganet).

¹⁶⁴ Helse Midt-Norge RHF's innspill til utdanningskapasitet, og Helse Sør-Øst RHF i intervju.

¹⁶⁵ Universitetet i Agder.

¹⁶⁶ Foretaksmøte 16.01.2018.

¹⁶⁷ *Helse 2035* er strategiene til de regionale helseforetakene, som overordnet skal beskrive hvordan spesialisthelsetjenestene skal utvikles fram mot 2035, og sikre god forståelse av utfordringer, muligheter og prioriteringer. Helseforetakene har også strategier og planer som bygger på Helse 2035. Helse Midt-Norge RHF's strategi går til 2030, de andres til 2035.

bemanningsutfordringer, som å styrke samarbeidet med utdanningsinstitusjonene, få flere praksisplasser, rekruttere og oppgavedeling.

Helse Midt-Norge RHF har sendt en strategi for utdanning og kompetanseutvikling. Denne har en tilhørende handlingsplan med tiltak. I Årlig Melding for 2018 skriver Helse Midt-Norge RHF at en sentral del av strategien fram mot 2030 er å rekruttere, at utviklingsplanen skisserer utfordringer og tiltak både for foretakene og regionalt, og at de er i gang med å operasjonalisere. Helse Nord RHF har en overordnet *Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering* med overordnede tiltaksområder som gjelder både det regionale helseforetaket og helseforetakene.

De andre regionale helseforetakene har ikke sendt noen overordnede strategier eller planer for å løse bemanningsutfordringer. De viser heller ikke til slike planer og strategier i sin årlige melding for 2018, men peker på her enkelte utfordringer som de jobber med å løse. Helse Sør-Øst RHF sier i intervju at deres strategi for å rekruttere og beholde ansatte i stor grad er beskrevet i Helse 2035, og at de ikke vil lage en egen strategi for bemanning. De vil i stedet definere hva helseforetakene ikke kan løse selv, og identifisere hvor det regionale helseforetakets involvering kan bidra med merverdi. Viktige elementer er samarbeid med utdanningsinstitusjoner, oppgavedeling og bruke Regional bemanningsmodell til framskrivning av behov. Helse Sør-Øst RHF har satt i gang en prosess for å kartlegge hvordan helseforetakene i regionen forstår nåsituasjonen,¹⁶⁸ mens Helse Vest RHF viser til bruken av Nasjonal bemanningsmodell, kompetanseportal og læringsportal.

Helseforetakene ble i november 2018 bedt om å sende eksisterende strategier, planer og tiltak for å rekruttere, beholde og utvikle kompetansen til stillingstypene som undersøkelsen omfatter. Det helseforetakene har sendt, varierer i tidsperspektiv, innhold og detaljeringsgrad. Noen har overordnede strategier som dekker både å rekruttere, beholde og utvikle kompetanse, mens andre har sendt en rekrutteringsstrategi, utdanningsstrategi eller kompetansestrategi med tidsperspektiv på alt fra fire til femten år.

Det er noen få foretak som har sendt en plan på helseforetaksnivå med tiltak som skal sørge for at de kan rekruttere, beholde og / eller utvikle kompetanse. Sykehuset i Telemark HF har en *Handlingsplan for strategisk HR* som beskriver overordnede tiltaksområder fram mot 2030. Helse Møre og Romsdal HF sin *Strategi og handlingsplan for forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling (2018–2022)* inneholder også noen overordnede tiltaksområder. Universitetssykehuset i Nord-Norge HF har en overordnet *Handlingsplan for Undervisning og læring i UNN 2015-2018*. Oslo universitetssykehus HF har både en *Plan for å imøtekomme behovet for spesialsykepleiere 2018–2020* og en *Handlingsplan for utdanning* som bygger på *Utdanningsstrategien*.¹⁶⁹ Et par helseforetak har sendt planer på lavere nivå, for eksempel Akershus universitetssykehus HF, som har sendt *Kompetanseplan for sentraloperasjonsavdelingen*, og Helse Stavanger HF, som har sendt både rekrutteringsplan og strategiplan for operasjonsavdelingen. Ingen andre helseforetak har sendt planer med konkrete tiltak for å løse bemanningsutfordringer fra helseforetakene. Seks helseforetak fordelt på alle fire regioner har verken sendt strategier eller planer for bemanning på helseforetaksnivå eller lavere nivå.¹⁷⁰

¹⁶⁸ Høsten 2018 ble det sendt ut en spørreundersøkelse til helseforetakene. Her ble det blant annet spurt om strategier for å rekruttere, beholde og utvikle kompetanse, framskrive behov og forbedre utdanningskapasiteten, veiledningsressursene og traineeordningen osv.

¹⁶⁹ I tillegg har enkelte helseforetak planer om å utarbeide handlingsplaner i 2019.

¹⁷⁰ Sørlandet sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Helse Fonna HF, Helse Førde HF, St. Olavs hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF.

6 Vurderinger

6.1 Helseforetakene har store utfordringer med å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere

Personell med relevant utdanning og kompetanse er en kritisk innsatsfaktor i arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste og gi gode og trygge helsetjenester.

Undersøkelsen viser at mange kliniske enheter har utfordringer med å *rekruttere* intensivsykepleiere, operasjonssykepleiere, jordmødre og sykepleiere. Mer enn halvparten av lederne for de kliniske enhetene har ubesatte stillinger, og 40 prosent av lederne uten hell har forsøkt å rekruttere nye medarbeidere til sin enhet de siste tre månedene. Et flertall av lederne svarer også at det er vanskelig å rekruttere intensivsykepleiere og operasjonssykepleierne utenom utdanningsstillinger der sykepleierne får lønn under videreutdanning. Samtidig viser undersøkelsen at mange foretak heller ikke oppretter nok utdanningsstillinger.

Kliniske enheter over en viss størrelse kan ofte ha ubesatte stillinger uten at dette nødvendigvis er et uttrykk for bemanningsutfordringer. Undersøkelsen viser imidlertid at ledere ved enheter med ubesatte stillinger langt oftere har mislykkes i å rekruttere nye medarbeidere i løpet av de siste tre månedene, og oftere gir uttrykk for at det er vanskelig å rekruttere nye medarbeidere, enn ledere ved enheter uten ledige stillinger.

Undersøkelsen viser i tillegg at mange kliniske enheter har utfordringer med å *beholde* medarbeidere. I gjennomsnitt sluttet 8 prosent av de ansatte i helseforetakene det siste året. Det er spesielt blant sykepleiere og jordmødre at det er mange ansatte som slutter. Undersøkelsen indikerer at ekstern turnover også framover vil være høy. I de undersøkte kliniske enhetene vil hver sjette spesialsykepleier og jordmor nå pensjonsalder i løpet av de neste fem årene. Ved nærmere halvparten av enhetene med jordmødre vil mellom 20 og 50 prosent av de ansatte nå pensjonsalder innen fem år. Det samme gjelder flere enn hver tredje enhet med operasjonssykepleiere og flere enn hver fjerde enhet med intensivsykepleiere. Dette innebærer at helseforetakene må erstatte en stor del av arbeidsstyrken om få år.

Både denne og andre undersøkelser viser også at relativt mange ansatte vurderer å enten bytte jobb eller gå av med pensjon før de fyller 65 år. Andelen som vurderer å bytte jobb, er høyest i de yngste aldersgruppene. Samtidig vurderer nesten hver femte medarbeider i aldersgruppen mellom 50 og 60 år å bytte jobb.

En måte å håndtere både dagens og framtidens bemanningsutfordringer på er å *mobilisere* mer av den arbeidskraften som allerede er i sykehusene. Dette kan helseforetakene blant annet gjøre ved å legge til rette for at ansatte i deltidsstillinger øker sin stillingsprosent, og ved å arbeide for å redusere sykefraværet.

Intensivsykepleierne og operasjonssykepleierne har en gjennomsnittlig stillingsprosent på over 90 prosent, mens jordmødre og sykepleiere har en lavere gjennomsnittlig stillingsprosent (80 prosent). Blant sykepleiere og jordmødre jobber to av tre deltid. Dette viser at det særlig er for disse to stillingstypene at helseforetakene ikke har lagt godt nok til rette for å utnytte kompetansen blant de ansatte fullt ut.

Den gjennomsnittlige stillingsprosenten og sykefraværet varierer mellom sykehusene i utvalget. Mens for eksempel jordmødre på enkelte sykehus har en gjennomsnittlig stillingsprosent på under 70 prosent, har jordmødre på andre sykehus en gjennomsnittlig stillingsprosent på over 90 prosent. Sykefraværet og den gjennomsnittlige stillingsprosenten varierer også mellom sykehusene for de tre andre stillingstypene i undersøkelsen. Etter revisjonens vurdering indikerer dette at helseforetakene har

muligheter til å løse deler av sine bemanningsutfordringer med tiltak som mobiliserer arbeidskraft blant ansatte.

Alle helseforetakene har kliniske enheter som har utfordringer med å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere, jordmødre, operasjonssykepleiere og intensivsykepleiere. De fleste sykehusene har problemer med enten å rekruttere, beholde eller mobilisere arbeidskraft til hver av de undersøkte stillingstypene. Innenfor alle disse fire stillingstypene er det sykehus som har betydelige og sammensatte bemanningsutfordringer. For eksempel har noen sykehus en høy andel ansatte over 60 år samtidig som de har utfordringer med å rekruttere og mobilisere arbeidskraft. Sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre er stillingstyper som er viktige for å behandle pasienter og gi gode og trygge helsetjenester. Hvis denne kompetansen mangler, reduserer det helseforetakenes evne til å opprettholde driften. Revisjonen vurderer at spesielt de kliniske enhetene som har en stor andel ansatte over 60 år som må erstattes om få år, er i en svært sårbar situasjon.

6.2 Bemanningsutfordringer påvirker hvordan de ansatte opplever kvaliteten på pasientbehandlingen

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen får likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet. Helsetjenestene den tilbyr, skal være forsvarlige.

Undersøkelsen viser at det er en sammenheng mellom enhetenes bemanningsutfordringer og hvordan de ansatte opplever kvaliteten på pasientbehandlingen. For å måle opplevd kvalitet er det utviklet en indeks basert på hvordan de ansatte opplever ulike aspekter ved kvaliteten på pasientbehandlingen ved sin enhet. De ansatte ble spurt om

- hvor fornøyd de er med tiden de har til å gi pasienter et godt tilbud
- hvorvidt pasienter med samme behov får samme behandling
- hvorvidt de ansatte har samme kjennskap til pasientenes behov
- hvorvidt det er kontinuitet i personellet pasientene møter
- hvordan de oppfatter kvaliteten på pasientbehandlingen alt i alt

I tillegg ble de ansatte spurt om det var nok sykepleiere, spesialsykepleiere eller jordmødre på siste vakt til at pasientene kunne få et godt tilbud.

Det er store forskjeller mellom de kliniske enhetene når det gjelder hvordan de ansatte opplever kvaliteten på pasientbehandlingen.

I kliniske enheter hvor lederne har utfordringer med å *rekruttere* kompetent personell, scorer enhetene lavere på hvordan de ansatte opplever kvaliteten på pasientbehandlingen. Også mange enheter hvor en stor andel sykepleiere uten videreutdanning fungerer i intensivsykepleierstillinger, scorer lavt på opplevd kvalitet.

Hvordan de ansatte vurderer kvaliteten på pasientbehandlingen, henger også sammen med hvor vanskelig det er å skaffe personell med tilsvarende kompetanse ved korttidssykefravær. Ved enheter hvor det er lettere å skaffe personell med tilsvarende kompetanse ved korttidssykefravær, vurderer de ansatte også at kvaliteten på pasientbehandlingen er bedre. Dette viser betydningen av at de kliniske enhetene klarer å dekke opp sykefravær med kompetent personell når pasientbelegget tilsier dette.

Når det gjelder utfordringer med å *beholde* ansatte, viser undersøkelsen en sammenheng mellom ekstern turnover og opplevd kvalitet. I de kliniske enhetene der de ansatte opplever kvaliteten på pasientbehandlingen som lav, er det også flere av de ansatte som vurderer å bytte jobb. Dette gjelder også ved kliniske enheter der de ansatte ellers opplever at arbeids- og fagmiljøet er godt. I tillegg til at høy turnover kan påvirke kvaliteten på pasientbehandlingen, indikerer dette at kvaliteten på pasientbehandlingen

også kan påvirke ansattes ønske om å bytte jobb. Etter revisjonens vurdering viser dette at bemanningsutfordringer kan være selvforsterkende.

De påviste utfordringene med å rekruttere kompetent personell, mobilisere arbeidskraft og beholde ansatte påvirker hvordan de ansatte opplever kvaliteten på pasientbehandlingen. Ansattes opplevde kvalitet på pasientbehandlingen er ikke et objektivt mål for den faktiske kvaliteten på behandlingen. Revisjonen mener likevel at de ansattes egenvurderinger gir en klar indikasjon på at bemanningsutfordringer kan ha betydning for kvaliteten på helsetilbudet som gis.

6.3 Helseforetakene legger ikke godt nok til rette for å mobilisere og beholde sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere

Helseforetakene skal ha et styringssystem som sikrer at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å gjøre oppgavene sine. Videre skal helseforetakene utvikle en heltidskultur, redusere bruken av deltid og jobbe målrettet med å beholde medarbeidere.

Undersøkelsen viser at de kliniske enhetene som sikrer at de ansatte utvikler og oppdaterer sin kompetanse og arbeider systematisk med uønskede hendelser har færre bemanningsutfordringer. De ansatte ble stilt en rekke spørsmål som indikerer om den kliniske enheten de jobber ved har et system som sikrer at de ansatte beholder og utvikler fagkompetanse. Videre ble de ansatte bedt om å vurdere påstander som indikerer om enheten de jobber ved, er oppmerksom på å lære av uønskede hendelser og nesten-hendelser, og om de trygt kan ta opp kritikkverdige forhold. Kliniske enheter som scorer høyt på disse forholdene, kjennetegnes ved at de

- har høyere gjennomsnittlig stillingsprosent
- har lettere for å dekke opp vakter med ansatte med god kompetanse ved korttidssykefravær
- har lavere ekstern turnover
- har færre ansatte som vurderer å bytte jobb
- sjeldnere mislykkes med å rekruttere arbeidskraft

Undersøkelsen viser videre at det er en sammenheng mellom om enhetens nærmeste leder har nok tid til å lede, og om enheten har utfordringer med å *rekruttere* ansatte. Tid til å lede omfatter om de har nok tid til lederoppgaver som å være tilgjengelig for de ansatte, følge dem opp faglig, planlegge langsiktig og forbedre arbeidsprosesser. Et flertall av lederne mener at de har for liten tid til å gjøre disse oppgavene.

I underkant av halvparten av lederne svarer at de ikke har gjennomført en systematisk evaluering av grunnbemanningen i løpet av det siste året. Evaluering av grunnbemanningen er en forutsetning for å kunne justere bemanningsplanene som viser hvor mange ansatte som skal være på jobb på de ulike vaktene gjennom døgnet og uka. Undersøkelsen viser at det er store forskjeller mellom de kliniske enhetene når det gjelder andelen ansatte som svarer at det på sist vakt var nok personell til å gi pasientene et godt tilbud. De ansatte mener også at det på noen av ukens vakter er dårligere bemanning enn på andre. I dette perspektivet vurderer revisjonen det som lite tilfredsstillende at så mange ledere ikke har gjennomført en systematisk evaluering av grunnbemanningen. Dette betyr at lederne ikke har et oppdatert grunnlag for å vite om den samlede grunnbemanningen er for lav (eller høy), og om alle vaktene gjennom uka er riktig bemannet.

To av tre ledere svarer at de det siste året ikke systematisk har vurdert om de kan overføre noen oppgaver som ansatte gjør i dag, til andre stillingstyper. Strategiplanene til de regionale helseforetakene og helseforetakene viser til at det å overføre oppgaver mellom stillingstyper kan være et viktig virkemiddel for å løse bemanningsutfordringer for stillingstyper det er eller kan bli mangel på i framtiden. Hvis helseforetakene ikke lykkes

med oppgaveoverføring, risikerer de på sikt å få større problemer med å dekke behovet for spesialsykepleiere, jordmødre og sykepleiere.

Helse- og omsorgsdepartementet har i det årlige foretaksmøtet helt siden 2007 stilt krav som dreier seg om heltids-/deltidsproblematikk. Ifølge departementet viser de månedlige rapportene fra de regionale helseforetakene at bruken av deltid er blitt redusert hver måned siden 2010 i alle helseregionene.

Helseforetakene bruker flere virkemidler for å skape en heltidskultur og redusere bruken av deltid. De to virkemidlene som de nærmeste lederne mener er mest brukt, er at toppledelsen tydelig signaliserer at heltidsstillinger er ønsket, og at de ansatte får mulighet til å registrere ønske om høyere stillingsprosent i IT-systemet. Mange har også retningslinjer om at nye stillinger skal lyses ut som heltidsstillinger.

Undersøkelsen viser likevel at mange av helseforetakene mangler en god systematikk for å skape en heltidskultur, for eksempel med handlingsplaner, og at det fortsatt er mulig å mobilisere mer arbeidskraft blant de ansatte. Bare 40 prosent av lederne for jordmødre og halvparten av lederne for sykepleiere svarte i spørreundersøkelsen at den sist utlyste stillingen i enheten var en heltidsstilling. Langt flere intensivsykepleiere og operasjonssykepleiere fikk tilbud om heltidsstilling.

25 prosent av de deltidsansatte i utvalget oppgir at de ønsker å øke stillingsprosenten sin. Dette gjelder 40 prosent av deltidsarbeidende sykepleiere og 30 prosent av deltidsarbeidende jordmødre. Andelen som ønsker økt stillingsprosent, er lavere blant deltidsarbeidende operasjonssykepleiere og intensivsykepleiere.

Blant de som *ikke* ønsker å øke sin stillingsprosent, oppgir 71 prosent at høyt arbeidspress er en viktig grunn til at de jobber deltid. Et flertall (76 prosent) av de som ønsker en høyere stillingsprosent, oppgir at en viktig grunn til at de jobber deltid, er at arbeidsgiveren ikke har tilbudt dem en heltidsstilling. De fleste av disse deltidsansatte oppgir også andre grunner som viktige for at de jobber deltid.

Hver fjerde deltidsansatt som ønsker økt stillingsprosent svarer at en viktig grunn til at de ikke jobber heltid, er at de da må jobbe på flere kliniske enheter. Dette illustrerer ifølge departementet at å få tilgang på deltidsstillinger som kan mobiliseres med fulle stillinger kan være krevende når ansatte ikke «ønsker» dette. Når den ansatte ikke ønsker å jobbe andre steder, blir dette ikke en ledig ressurs.

To av tre deltidsansatte oppgir høyt arbeidspress som en viktig grunn til at de jobber deltid. Det varierer imidlertid mye hvor viktig denne grunnen er for de kliniske enhetene. Undersøkelsen viser at det også er andre årsaker til at ansatte ikke jobber heltid, for eksempel familiesituasjonen og at de ikke ønsker å jobbe ved flere enheter. Etter revisjonens vurdering er det derfor viktig at helseforetakene har lokal kunnskap om årsaken til at de ansatte jobber deltid, hvis de skal kunne identifisere tiltak som bidrar effektivt til å skape en heltidskultur.

For å løse framtidens bemanningsutfordringer er det etter revisjonens vurdering avgjørende at helseforetakene skaper en heltidskultur og sørger for å beholde ansatte. Dette forutsetter at de skaper gode fagmiljø og legger til rette for at nærmeste leder får nødvendige vilkår og muligheter til å lede og til å sette i verk nødvendige forbedringstiltak i driften av foretaket. Det er ledelsen og styret i helseforetaket som har ansvar for å sørge for at styringssystemet fungerer, og for å sørge for nødvendige forbedringer.

6.4 De regionale helseforetakene og helseforetakene legger ikke godt nok til rette for å sikre rekruttering av sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere

Undersøkelsen viser at mange helseforetak ikke kan vise til planer eller oversikter som på en systematisk måte kartlegger behovet for spesialsykepleiere og jordmødre på mellomlang sikt (3–5 år). Videre svarer 40 prosent av de nærmeste lederne til de utvalgte stillingstypene at helseforetaket ikke har oversikt over, eller at de ikke vet om helseforetaket har oversikt over, bemanningsbehovet for deres stillingstype 3–5 år fram i tid. Dette tilsvarer den tiden det tar for en sykepleier å videreutdanne seg og bygge opp kompetansen til å erstatte en ansatt som slutter. Med bakgrunn i at mange kliniske enheter har en høy andel ansatte over 60 år som de må erstatte om få år, mener revisjonen at dette er en type styringsinformasjon som helseforetakene både på lokalt og sentralt nivå trenger for å sikre riktig og tilstrekkelig kompetanse på kort og lengre sikt.

Alle de fire regionale helseforetakene bruker Nasjonal bemanningsmodell for å estimere behovet for sykepleiere, operasjonssykepleiere, intensivsykepleiere og jordmødre hvert femte år fram mot 2040. Helse Vest RHF har gjort ulike scenarioanalyser med Nasjonal bemanningsmodell, som for eksempel viser hvordan de ved å øke den gjennomsnittlige stillingsprosenten for sykepleiere fra dagens 70 prosent til 90 prosent, kan redusere forskjellen mellom tilgangen og behovet for sykepleiere i 2030. Revisjonen mener at denne typen analyser kan bidra til at ledere og ansatte bedre forstår de omstillingene som må til, for at helseforetakene på lang sikt skal løse bemanningsbehovet for spesialsykepleiere, jordmødre og sykepleiere. Dette viser at bemanningsmodeller kan brukes som strategisk verktøy for å kartlegge det langsiktige behovet.

For å løse bemanningsutfordringene er helseforetakene avhengige av at det utdannes nok helsepersonell. Kunnskapsdepartementet regulerer utdanningskapasiteten innenfor de ulike helsefaglige utdanningene ved hjelp av kandidatmåltall, som gir minstekrav til antall uteksaminerte kandidater for de ulike stillingstypene per utdanningsinstitusjon.

Kunnskapsdepartementet fastsetter kandidatmåltallene blant annet på bakgrunn av innspill som de regionale helseforetakene sender til Helse- og omsorgsdepartementet via Helsedirektoratet.

Undersøkelsen viser at alle de regionale helseforetakene i perioden 2016–2018 har hatt en felles forståelse for og gitt innspill om at utdanningskapasiteten for intensivsykepleiere og operasjonssykepleiere bør økes. Flere av de regionale helseforetakene ønsker også økt utdanningskapasitet for jordmødre, mens bare Helse Nord RHF ønsker økt utdanningskapasitet for sykepleiere på kort sikt. Innspillene fra de regionale helseforetakene tallfester imidlertid ikke *hvor mye* utdanningskapasiteten bør økes.¹⁷¹

Innspillene fra de regionale helseforetakene er videre ulike både i form og innhold blant annet når det gjelder

- om de er basert på behovet for ansatte eller antallet praksisplasser helseforetakene selv kan håndtere
- om de uttaler seg om den faktiske utdanningskapasiteten eller kandidatmåltallene
- om behovet for økt utdanningskapasitet gjelder førstkommende år, på mellomlang sikt eller på lengre sikt
- om det gis begrunnelse for endringer i vurderingen fra foregående år
- beskrivelser av ulikheter innad i regionen med tanke på behovet for helsepersonell

¹⁷¹ I Helse- og omsorgsdepartementets brev av 30. august 2019 til Riksrevisjonen viser departementet til at Helse Nord RHF har tallfestet behovet i sitt innspill for 2019.

Etter revisjonens vurdering medfører denne ulikheten og manglende tallfesting at innspillene samlet sett ikke har den presisjonen og systematikken som er nødvendig for at de skal kunne fungere som et hensiktsmessig grunnlag for å fastsette kandidatmåltallene. Informasjonen som de regionale helseforetakene framskaffer, gir dermed ikke et godt nok beslutningsgrunnlag for å tilpasse utdanningskapasiteten etter spesialisthelsetjenestens behov.

Helse- og omsorgsdepartementet har over flere år bedt Kunnskapsdepartementet om å øke kandidatmåltallene, som angir minstekravet til antall uteksaminerte kandidater.¹⁷² Til tross for disse innspillene viser undersøkelsen at kandidatmåltallene har vært uendrede både for spesialsykepleiere og jordmødre hvert år siden 2014. I perioden 2014–2018 har det dessuten blitt uteksaminert færre jordmødre og spesialsykepleiere enn de fastsatte kandidatmåltallene. Dette kan bety at det ikke blir utdannet nok personell til å dekke det framtidige behovet.

Undersøkelsen viser også at kvaliteten på den nasjonale statistikken over antall uteksaminerte kandidater kan bli bedre. Når Helseforetakene har store utfordringer med å rekruttere helsepersonell, er det etter revisjonens vurdering spesielt viktig å ha pålitelig informasjon om antall uteksaminerte for å kunne vurdere om det utdannes nok personell.

Helseforetakene har utfordringer med å opprette nok praksisplasser, noe som er en forutsetning for økt utdanningskapasitet. Alle de regionale helseforetakene og utdanningsinstitusjonene i regionen har samarbeidsorgan, som skal vurdere innhold, dimensjonering og endringer i utdanningen på grunnlag av behov i helse- og omsorgstjenesten i regionen. Flere av de regionale helseforetakene mener at de er nødt til å samarbeide bedre med utdanningsinstitusjonene for å løse utfordringene med praksisplasser og utdanningens omfang.

Siden det er få eller ingen søkere til stillinger innenfor flere av stillingstypene, er mange helseforetak avhengige av selv å utdanne spesialsykepleiere gjennom utdanningsstillinger. Undersøkelsen viser at mange helseforetak ikke prioriterer utdanningsstillinger, og at det ikke er nok slike stillinger. Utdanningsstillinger er kostbare fordi ansatte får lønn under videreutdanning, og fordi helseforetaket må erstatte den som tar videreutdanning. Etter revisjonens vurdering kan kortsiktige økonomiske prioriteringer forsterke mangelen på kritisk kompetanse på sikt.

Helseforetakene skal ha styringssystemer som sikrer at de planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer aktivitetene slik at tjenestene er forsvarlige. Dette innebærer blant annet å sørge for personell med nødvendig kompetanse. Det er gjennom foretaksmøtet i 2018 stilt krav til de regionale helseforetakene om at de skal utarbeide strategier for å rekruttere, beholde og utvikle kompetanse hos medarbeidere. De regionale helseforetakene har på ulike måter videreført dette kravet til helseforetakene. Selv om helseforetakene har eller vil stå foran store utfordringer med å rekruttere, mobilisere og beholde kompetanse, viser undersøkelsen at det er få helseforetak i alle fire regioner som kan dokumentere at de har utarbeidet planer som viser hvordan de skal løse disse utfordringene. Etter revisjonens vurdering tyder dette på at helseforetakene mangler oversikt over bemanningsbehov og planer for å løse bemanningsutfordringene sine. Styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene skal aktivt følge med på om helseforetakene har et forsvarlig styringssystem.

¹⁷² Helse- og omsorgsdepartementets brev av 30. august 2019 til Riksrevisjonen.

7 Referanseliste

Regelverk

- *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61. Sist endret: LOV-2019-04-10-11.
- *Lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven). LOV-2001-06-15-93. Sist endret: LOV-2013-06-14-41.
- *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.* (helsetilsynsloven). LOV-1984-03-30-15. Sist endret: LOV-2017-12-15-107.
- *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (arbeidsmiljøloven). LOV-2005-06-17-62. Sist endret: LOV-2019-06-21-25.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2016-10-28-1250. Endrer FOR-12-20-1731.
- Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. FOR-2017-09-06-1353. Sist endret: FOR-2017-12-19-2246.
- *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning.* FOR-2019-03-15-412. Endrer: FOR-2008-01-25-128.

Instrukser og veiledere

- Helsedirektoratet, Veileder til lov og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 17.02.2017.
- Kunnskapsdepartementet, F-04-19 Rundskriv til forskrift om felles rammeplan for helse - og sosialfagutdanninger og tilhørende forskrifter for hver utdanning, 14.06.2019.

Stortingsdokumenter

Stortingsproposisjoner

- Ot.prp. nr. 10 (1998–1999) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Prop. 1 S (2016–2017) for Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 1 S (2017–2018) for Helse- og omsorgsdepartementet.

Stortingsmeldinger

- Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019).
- Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd. Samspill i praksis.

Oppdragsdokumenter og rapportering

- Oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2018.
- Protokoll fra foretaksmøte i de regionale helseforetakene 2007-2018.
- Instruks til styrene i de regionale helseforetakene om samarbeidet med universiteter og høyskoler (vedtatt i foretaksmøte i de regionale helseforetakene 24.05.2013).
- Helseforetakenes årlige melding for 2018.
- Tildelingsbrevene fra Kunnskapsdepartementet for 2014–2019 til universiteter og høyskoler som tilbyr helse- og sosialfagutdanninger.

Andre kilder

- Agenda Kaupang (2018) Undersøkelse av organisering og styring av sykepleiertjenestene i sykehusene.
- Analysesenteret (2015) *ABIO ressurs*.
- Analysesenteret (2017) Kartlegging ABIOK-videreutdanning. Behov, kapasitet og samordning.

- Andrews, T. & Høgås, J. (2017) Vilkår for ledelse. Om økonomi, kompetanse, ansvar og myndighet i norske helse- og omsorgstjenester. Nordlandsforskning rapport; 10/2017.
- Bråthen, K. & Moland, L. E. (2014) Ønsket og uønsket deltid i Posten, Vestre Viken Helseforetak og Vinmonopolet. Fafo rapport; 2014:29.
- Gautun H., Øien H. & Bratt C.H. (2016) Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. NOVA rapport; 6/2016.
- Morken, M. (2015) *Har andel ansatte per leder betydning for de ansattes arbeidsmiljø?* Masteroppgave i erfaringsbasert helseadministrasjon Avdeling for helseledelse og helseøkonomi. Institutt for helse og samfunn. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.
- SSB (2018) *Spesialisthelsetjenesten*. Tabell 09548. Årsverk, etter region, tjenesteområde, yrke.
- Sjetne, I. S. (2011) Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus. Resultater etter en landsomfattende undersøkelse blant sykepleiere i 2009. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret).
- Skjøstad O., Beyrer S., Hansen J. & Hjemås G. (2019) Sykepleieres arbeidssted og nyutdannede sykepleieres tilknytning til arbeidslivet. SSB rapport; 2019/4.
- Helse Vest (2017) Heiltidskultur – analyse av arbeidskraftpotensiale. Styresak, 19. september 2017.

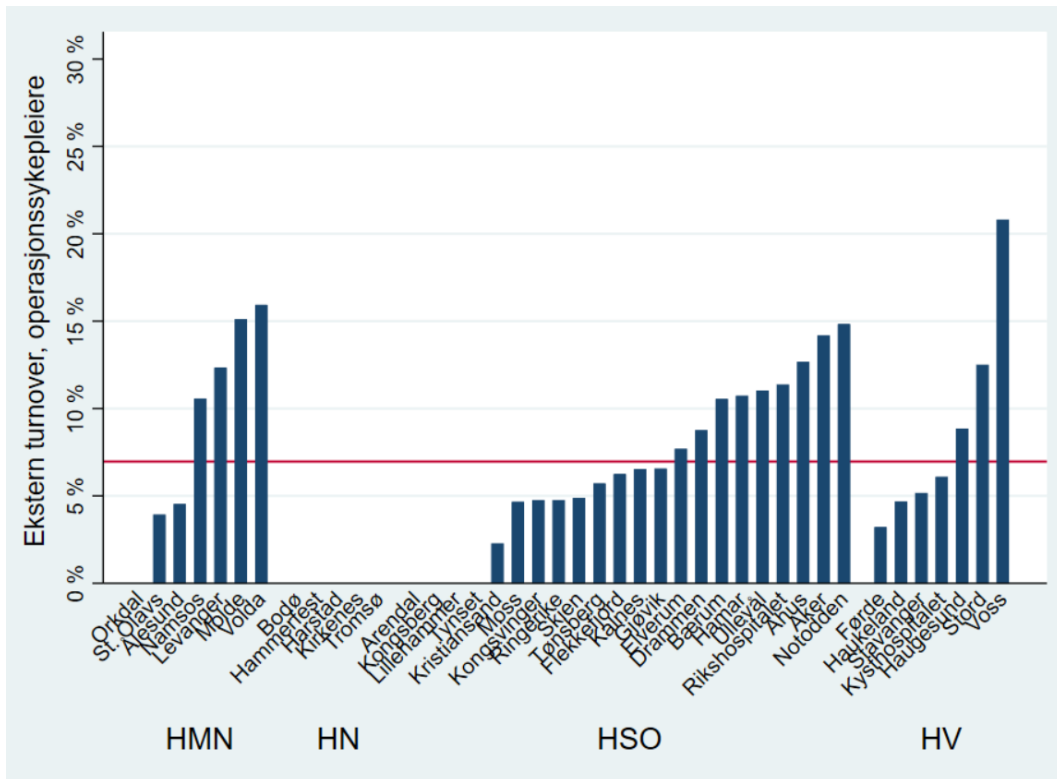
Nettsider

- Regjeringens nettside om RETHOS:
<https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/>
- <https://www.utdanning.no>

8 Vedlegg

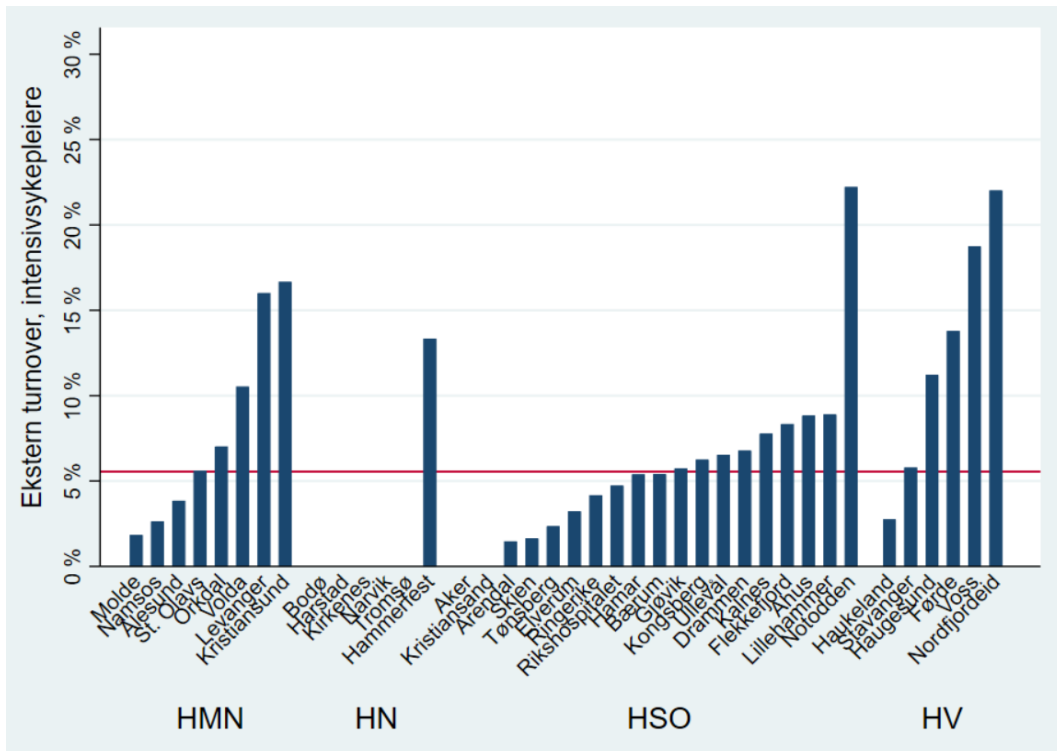
Vedlegg 1

Operasjonssykepleiere: ekstern turnover per sykehus, regionvis (n = 1753)



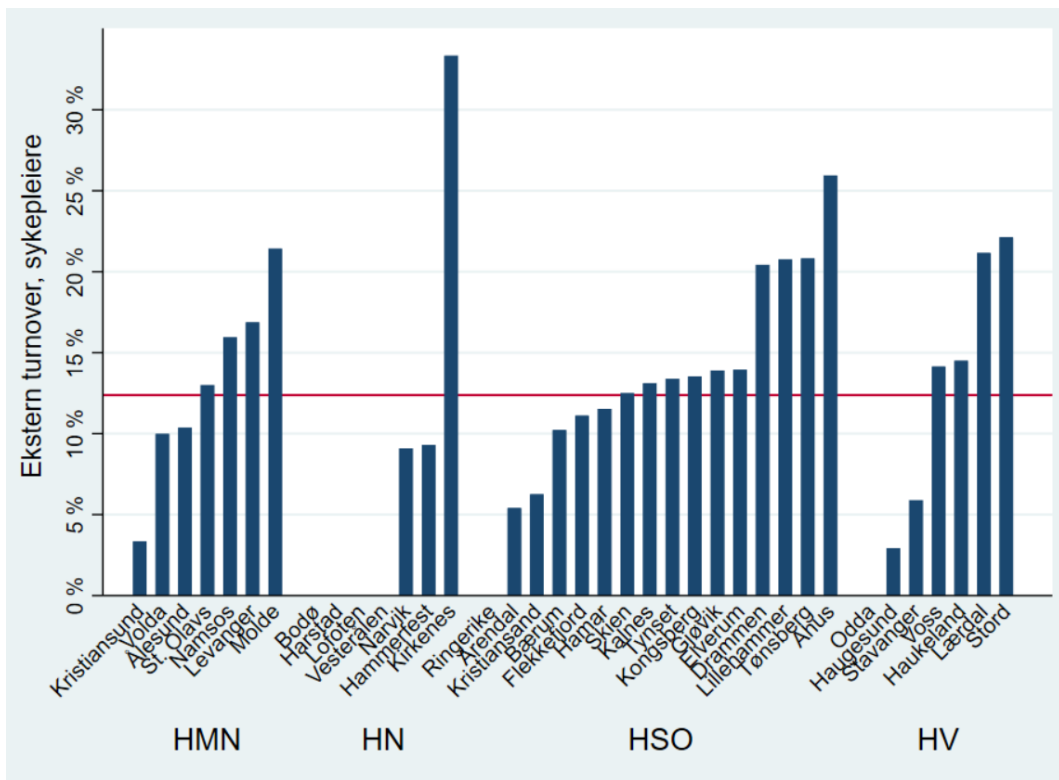
Kilde: Registerdata

Intensivsykepleiere: ekstern turnover per sykehus, regionvis (n = 2834)



Kilde: Registerdata

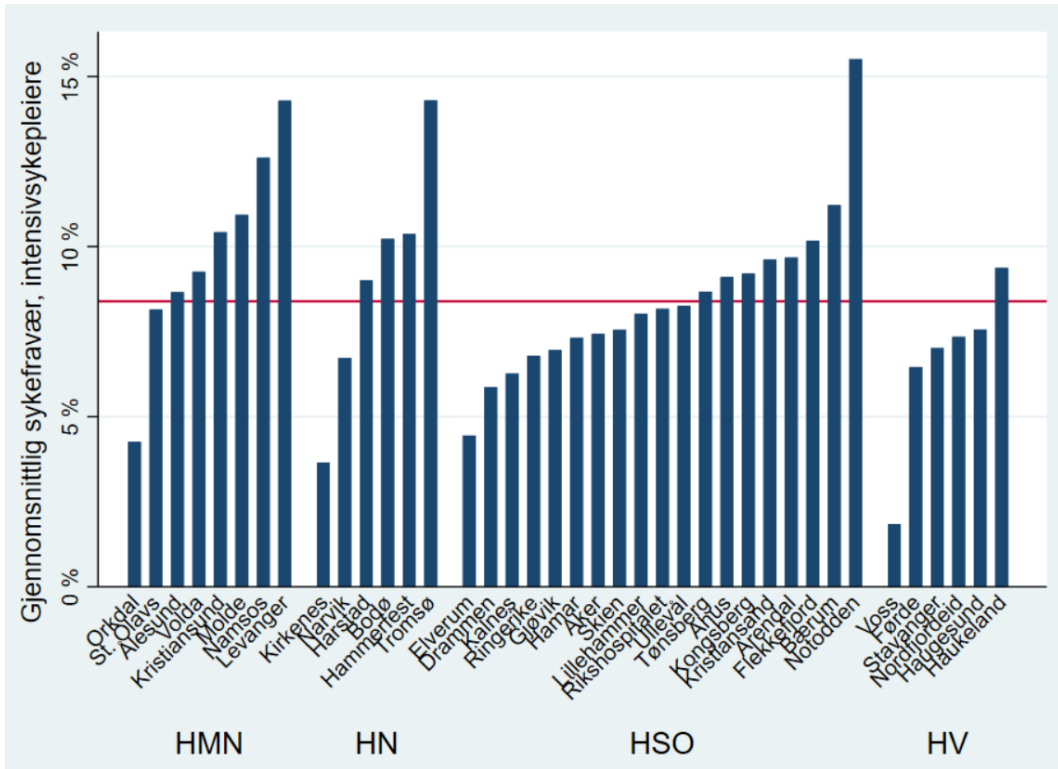
Sykepleiere: ekstern turnover per sykehus, regionvis (n = 1383)



Kilde: Registerdata

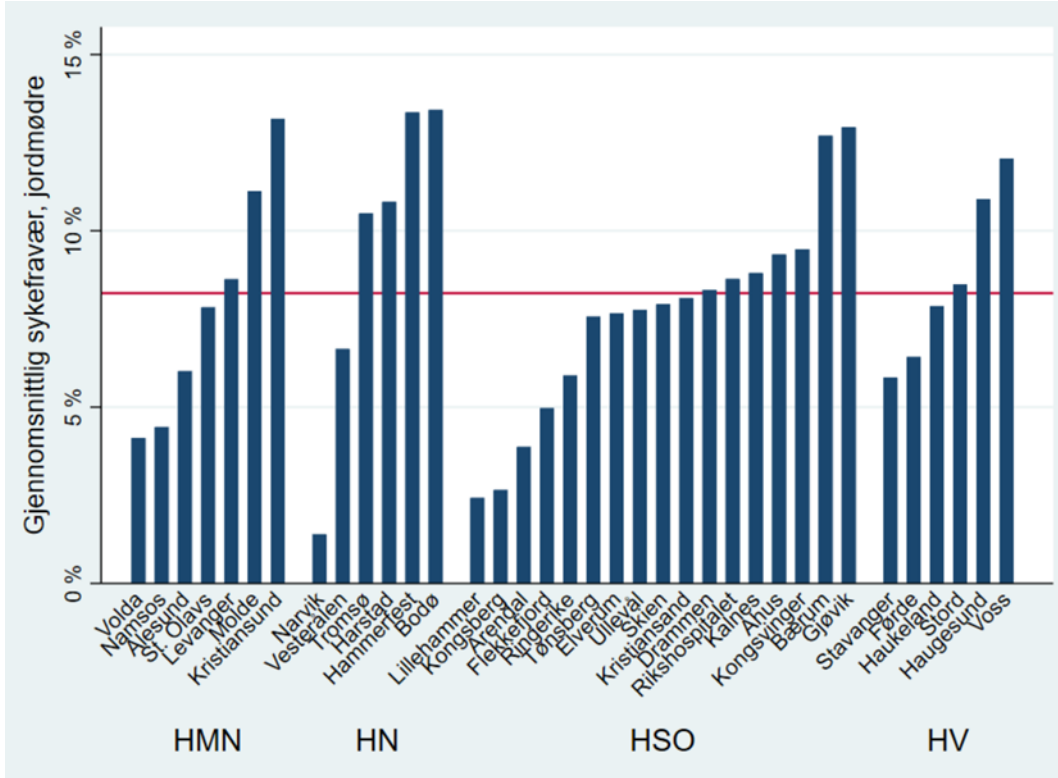
Vedlegg 2

Intensivsykepleiere: gjennomsnittlig sykefravær per sykehus, regionvis (n = 2834)



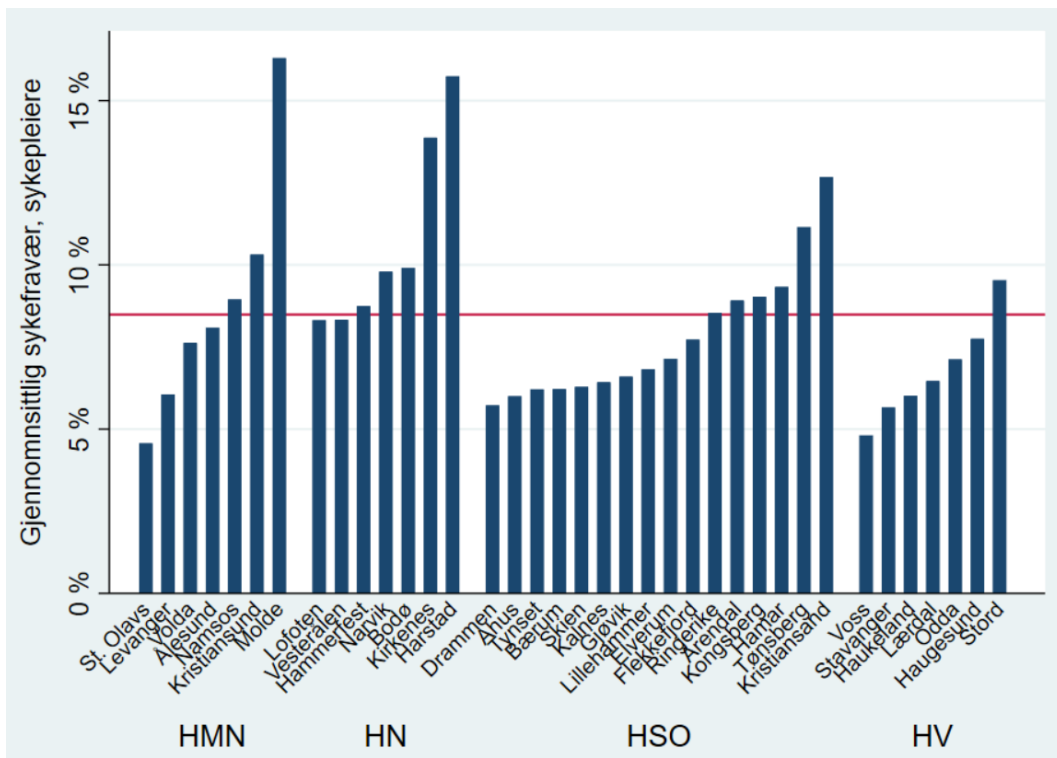
Kilde: Registerdata

Jordmødre: gjennomsnittlig sykefravær per sykehus, regionvis (n = 1695)



Kilde: Registerdata

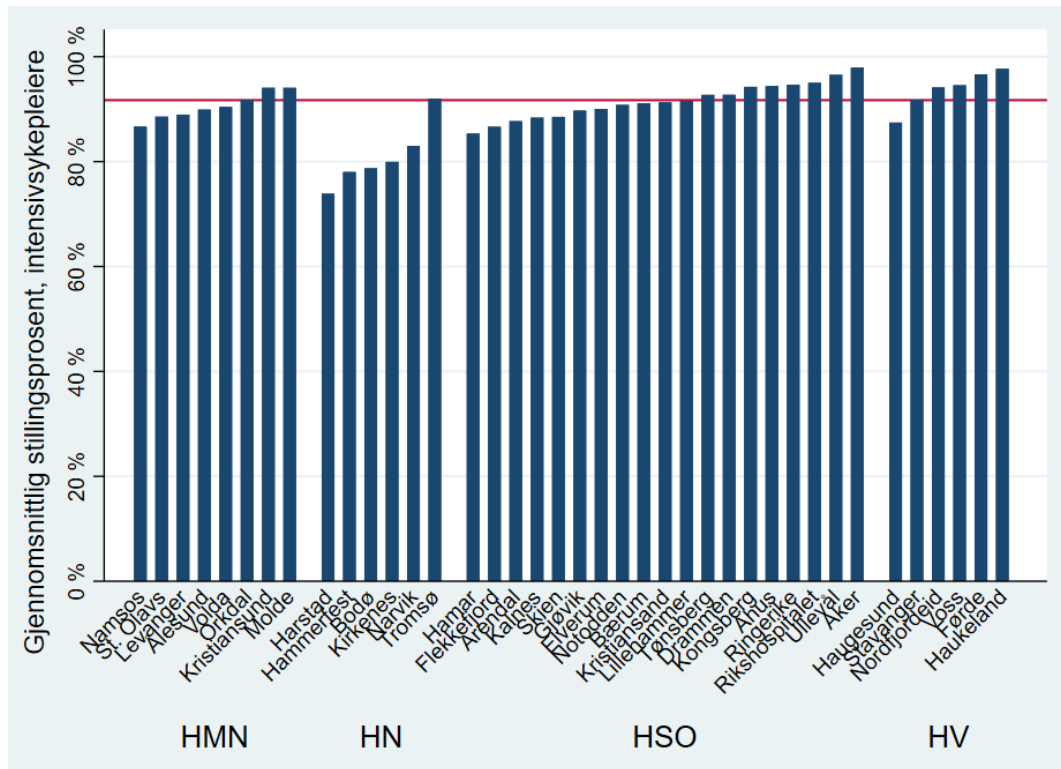
Sykepleiere: gjennomsnittlig sykefravær per sykehus, regionvis (n = 1383)



Kilde: Registerdata

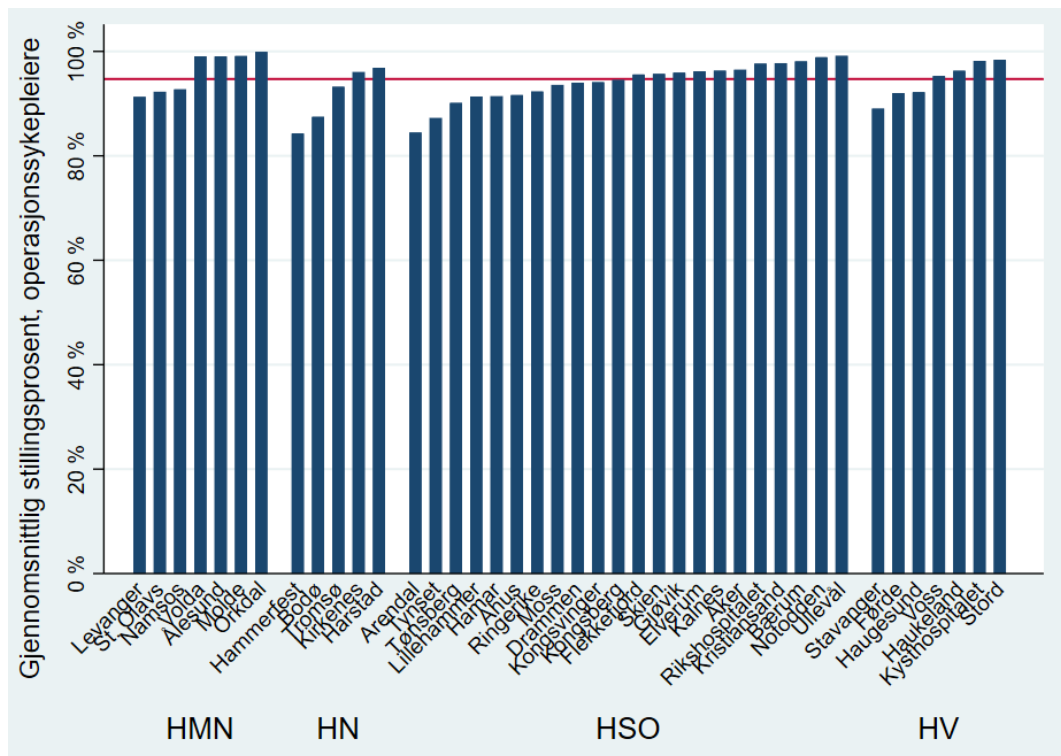
Vedlegg 3

Intensivsykepleiere: gjennomsnittlig juridisk stillingsprosent per sykehus, regionvis (n = 2834)



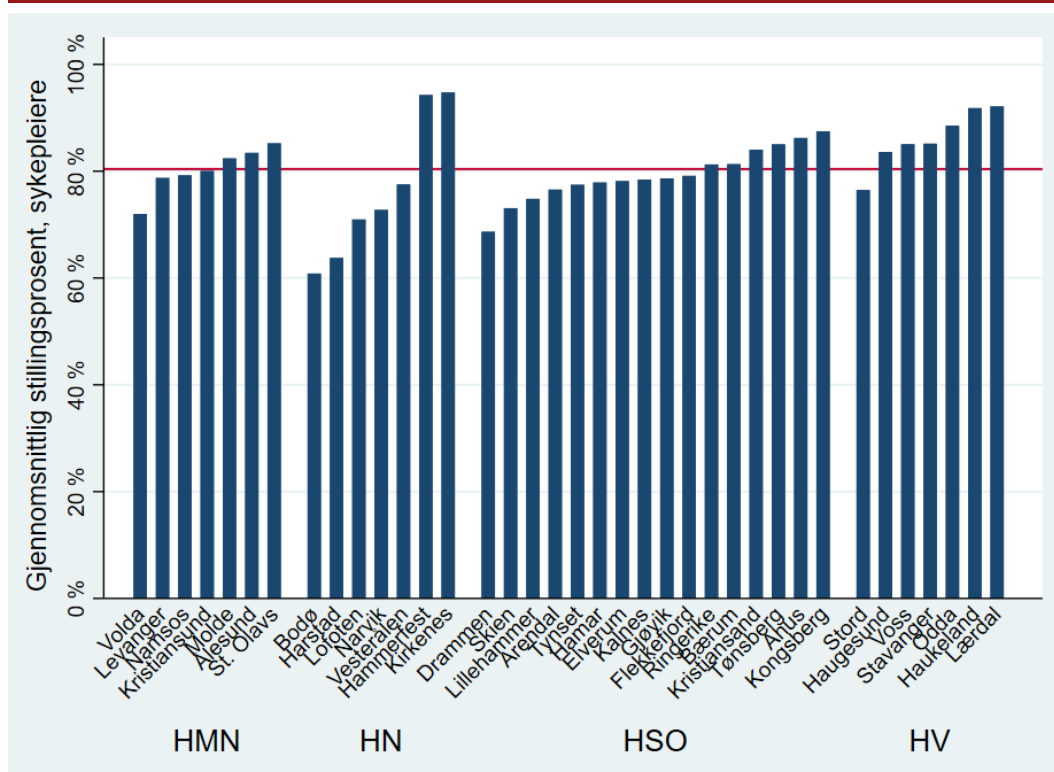
Kilde: Registerdata

Operasjonssykepleiere: gjennomsnittlig juridisk stillingsprosent per sykehus, regionvis (n = 1753)



Kilde: Registerdata

Sykepleiere: gjennomsnittlig juridisk stillingsprosent per sykehus, regionvis (n = 1383)



Kilde: registerdata

Vedlegg 4

Muligheten for å mobilisere arbeidskraft ved å øke stillingsprosenten og redusere sykefravær

Stillingsstype	Totalt observasjoner	Snitt juridisk stillingsprosent (JP)	Snitt sykefravær	Antall ekstra årsverk, JP	Antall ekstra årsverk, sykefravær	Totalt antall flere årsverk, JP og sykefravær	Flere årsverk, prosent
Jordmor	1795	0,799	0,082	49	16	65	4 %
Jordmor – Namsos		0,911	0,044	209	66	275	15 %
Intensiv	3949	0,86	0,074	219	74	293	7 %
Intensiv – Aker postoperativ		0,979	0,074	462	104	566	14 %
Operasjon	2577	0,907	0,079	114	41	155	6 %
Operasjon – Gjøvik		0,959	0,032	163	119	282	11 %
Totalt – ekstra årsverk om alle kommer på nivå med gjennomsnittet for sin stillingskategori	8321			382	131	513	6 %
Totalt – ekstra årsverk om alle kommer på nivå med den beste enheten i sin stillingskategori	8321			834	289	1123	13 %

Kilde: Registerdata og spørreundersøkelsen

Vedlegg 5

Jordmødre: samlet oversikt over bemanningsutfordringer per sykehus (n jordmødre = 1695, n ledere = 41)

Jordmødre	Beholde		Mobilisere		Rekruttere	
	Andel over 60 år	Ekstern turnover	Stillingsprosent	Sykefravær	Lett å rekruttere	Andel ubesatte stillinger
Sykehus						
Hammerfest						
Haugesund						
Kristiansund						
Stord						
Voss						
Bodø						
Bærum						
Molde						
Ahus						
Flekkefjord						
Stavanger						
Tromsø						
Gjøvik						
Kalnes						
Kongsvinger						
Drammen						
Rikshospitalet						
Vesterålen						
Elverum						
Ålesund						
Harstad						
Kristiansand						
Tønsberg						
Narvik						
St. Olavs						
Namsos						
Arendal						
Volda						
Kongsberg						
Lillehammer						
Ringerike						
Skien						
Haukeland						
Ullevål						
Levanger						
Førde						

Kilde: Registerdata og spørreundersøkelsen

Fargekodeinndeling		
Andel over 60 år	Stillingsprosent	Sykefravær
< 15 %	≥ 90 %	< 8,1 % (p 50)
≥ 15 % < 20 %	≥ 80 % < 90 %	≥ 8,1 % < 10,2 %
≥ 20 %	< 80 %	≥ 10,2 % (p 75)
Turnover	Lett å rekruttere	Andel ubesatte stillinger
< 6,8 % (p 50)*	5-7	< 4 %
≥ 6,8 % < 12,7 %	4	≥ 4 % < 8 %
≥ 12,7 % (p 75)	1-3	≥ 8 %

* p = persentil

Operasjonssykepleiere: samlet oversikt over bemanningsutfordringer per sykehus
(n operasjonssykepleiere = 1781, n ledere = 53)

Operasjonssykepleiere	Beholde		Mobilisere		Rekruttere	
	Andel over 60 år	Ekstern turnover	Stillingsprosent	Sykefravær	Lett å rekruttere	Andel ubesatte stillinger
Aker						
Rikshospitalet						
Narvik						
Ålesund						
Bærum						
Harstad						
Levanger						
Tønsberg						
Vestfold						
Volda						
Røros						
Voss						
Drammen						
Førde						
Hammerfest						
Molde						
Moss						
Stavanger						
Tromsø						
Kongsvinger						
Stord						
Ullevål						
Kysthospitalet						
St. Olavs						
Arendal						
Bodø						
Haugesund						
Kirkenes						
Namsos						
Elverum						
Notodden						
Ringerike						
Ahus						
Haukeland						
Hamar						
Kongsberg						
Flekkefjord						
Odda						
Skien						
Gjøvik						
Kalnes						
Orkdal						
Tynset						
Lillehammer						
Kristiansand						

Kilde: Registerdata og spørreundersøkelsen

Fargekodeinndeling

Andel over 60 år		Stillingsprosent	Sykefravær	
	< 15 %	≥ 90 %		< 8,1 % (p 50)
	≥ 15 % < 20 %	≥ 80 % < 90 %		≥ 8,1 % < 10,2 %
	≥ 20 %	< 80 %		≥ 10,2 % (p 75)
Turnover		Lett å rekruttere	Andel ubesatte stillinger	
	< 6,8 % (p 50)*	5-7		< 4 %
	≥ 6,8 % < 12,7 %	4		≥ 4 % < 8 %
	≥ 12,7 % (p 75)	1-3		≥ 8 %

* p = persentil

Sykepleiere: samlet oversikt over bemanningsutfordringer per sykehus (n sykepleiere = 1383, n ledere = 27)

Sykepleiere	Beholde		Mobilisere		Rekruttere	
	Andel over 60 år	Turnover	Stillingsprosent	Sykefravær	Andel ubesatte stillinger	Mislyktes å rekruttere siste 3 måneder
Namsos						
Tynset						
Drammen						
Harstad						
Levanger						
Molde						
Tønsberg						
Kalnes						
Stord						
Hammerfest						
Kirkenes						
Narvik						
Kongsberg						
Ahus						
Arendal						
Bodø						
Flekkefjord						
Kristiansund						
Skien						
Vesterålen						
Volda						
Lillehammer						
Voss						
Lærdal						
Odda						
Ålesund						
Elverum						
Gjøvik						
Hamar						
Haukeland						
St. Olavs						
Kristiansand						
Lofoten						
Stavanger						
Bærum						
Ringerike						
Haugesund						

Kilde: Registerdata og spørreundersøkelsen

Fargekodeinndeling

Andel over 60 år		Stillingsprosent		Sykefravær	
	< 15 %		≥ 90 %		< 8,1 % (p 50)
	≥ 15 % < 20 %		≥ 80 % < 90 %		≥ 8,1 % < 10,2 %
	≥ 20 %		< 80 %		≥ 10,2 % (p 75)
Turnover		Andel ubesatte stillinger		Mislyktes å rekruttere	
	< 6,8 % (p 50)*		< 4 %		Nei
	≥ 6,8 % < 12,7 %		≥ 4 % < 8 %		Ja
	≥ 12,7 % (p 75)		≥ 8 %		

* p = persentil

Vedlegg 6

Vi lar K_i være enheten i 's score på kvalitetsindikatoren, og vi lar AU_i være enhetens andel ubesatte stillinger beregnet som antall ubesatte stillinger delt på antall ubesatte stillinger pluss antall besatte stillinger. Vi lar videre Arb_i , Fag_i og $Lær_i$ være enhetens score på henholdsvis arbeidsmiljøindeksen, fagmiljøindeksen og indeksen over fokus på læring av uønskede hendelser. Da kan vi skrive regresjonsmodellene som

$$(1) K_i = \alpha + \beta_1 AU_i + \epsilon_i$$

$$(2) K_i = \alpha + \beta_1 AU_i + \beta_2 Arb_i + \beta_3 Fag_i + \beta_4 Lær_i + \epsilon_i$$

Parametrene er estimert med OLS, men med Huber-White-estimer av standardfeilene på grunn av observert heteroskedastisitet i dataene.

	(1)	(2)
	Kvalitetsindeks	Kvalitetsindeks
Andel ubesatte stillinger	-3,118*** (-3,26)	-1,225* (-1,77)
Arbeidsmiljø		0,279*** (3,55)
Fagmiljø		0,311*** (3,72)
Fokus på læring		0,262*** (3,51)
Observasjoner	178	177

t-verdier i parentes * $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$

Vedlegg 7

Vi lar K_i være enhet i 's score på kvalitetsindeksen, og vi lar AU_i være andelen ansatte i intensivsykepleierstilling uten formell utdanning, mens Fag_i og $Læring_i$ er enhetens score på indeksen over fagmiljø og indeksen over fokus på læring av uønskede hendelser. Da kan vi skrive regresjonsmodellene som

$$(1) K_i = \alpha + \beta_1 AU_i + \epsilon_i$$

$$(2) K_i = \alpha + \beta_1 AU_i + \beta_2 Fag_i + \beta_3 Læring_i + \epsilon_i$$

Parametrene er estimert med OLS, men med Huber-White-estimer av standardfeilene på grunn av observert heteroskedastisitet i dataene. Regresjonen er bare gjort på de enhetene hvor det jobber intensivsykepleiere.

	(1)	(2)
	Kvalitetsindeks	Kvalitetsindeks
Andel uten spesialisering	-1,739*** (-3,10)	-1,018** (-2,23)
Fagmiljø,		0,442*** (3,28)
Fokus på læring		0,263** (2,59)
Observasjoner	58	58

t -verdier i parentes * $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$

Vedlegg 8

Vi lar K_i være enhet i 's score på kvalitetsindikatoren, V_i lederens svar på hvor vanskelig det er å dekke opp vakter ved korttidssykefravær, og S_i det gjennomsnittlige sykefraværet ved enheten det siste året. Vi lar X_i være en vektor av kontrollvariablene lederens opplevelse av å ha tid til å gjøre sine ledelsesoppgaver, antall ansatte som lederen ved enheten har personalansvar for, andel ubesatte stillinger (definert i vedlegg 6 over), enhetens score på indeksene over arbeidsmiljøet, fagmiljøet og indeksen over fokus på læring av uønskede hendelser. Da kan vi skrive regresjonsmodellene som

$$\begin{aligned} (1) \quad K_i &= \alpha + \beta_1 V_i + \epsilon_i \\ (2) \quad K_i &= \alpha + \beta_1 V_i + \beta_2 S_i + \epsilon_i \\ (3) \quad K_i &= \alpha + \beta_1 V_i + \beta_2 S_i + X_i \gamma + \epsilon_i \end{aligned}$$

Parametrene er estimert med OLS, men med Huber-White-estimer av standardfeilene på grunn av observert heteroskedastisitet i dataene.

	(1)	(2)	(3)
	Kvalitetsindeks	Kvalitetsindeks	Kvalitetsindeks
Vanskelig å dekke opp vakter	-0,122*** (-3,12)	-0,121*** (-3,11)	-0,00975 (-0,35)
Sykefravær		-0,324 (-0,15)	1,830 (1,49)
Tid til ledelse			0,0903* (1,73)
Kontrollspenn			-0,00797*** (-4,13)
Andel ubesatte stillinger			-1,143 (-1,42)
Arbeidsmiljø			0,276*** (3,15)
Fagmiljø			0,301*** (3,42)
Fokus på læring			0,262*** (3,33)
Observasjoner	177	177	160

t-verdier i parentes * $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$

Vedlegg 9

Vi lar K_i være enheten i 's score på kvalitetsindeksen, Nok_i andelen som svarer at det er nok ansatte på vakt til å gi et godt tilbud, og $Turn_i$ enhetens eksterne turnover. Da kan vi skrive modellene til regresjonene (1) og (2) som

$$(1) \quad K_i = \alpha + \beta_1 Turn_i + \epsilon_i$$

$$(2) \quad Nok_i = \alpha + \beta_1 Turn_i + \epsilon_i$$

Vi lar nå Arb_i , Fag_i og $Lær_i$ være enhetens score på henholdsvis arbeidsmiljøindeksen, fagmiljøindeksen og indeksen over læring av uønskede hendelser. Da kan vi skrive regresjonene (3) og (4) som

$$(3) \quad K_i = \alpha + \beta_1 Turn_i + \beta_2 Arb_i + \beta_3 Fag_i + \beta_4 Lær_i + \epsilon_i$$

$$(4) \quad Nok_i = \alpha + \beta_1 Turn_i + \beta_2 Arb_i + \beta_3 Fag_i + \beta_4 Lær_i + \epsilon_i$$

Parametrene er estimert med OLS, men med Huber-White-estimer av standardfeilene på grunn av observert heteroskedastisitet i dataene.

	(1)	(2)	(3)	(4)
	Kvalitetsindeks	Nok på vakt	Kvalitetsindeks	Nok på vakt
Turnover	-2,561** (-2,35)	-0,516** (-2,30)	-0,779 (-1,10)	-0,259 (-1,41)
Arbeidsmiljø			0,267*** (3,55)	0,0412* (1,67)
Fagmiljø			0,339*** (4,36)	0,0768*** (3,89)
Fokus på læring			0,262*** (4,17)	0,00545 (0,28)
Observasjoner	232	232	231	231

t-verdier i parentes * $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$

Vedlegg 10

Vi lar $Bytt_i$ være andelen ved enhet i som svarer at de vurderer å bytte jobb, og Nok_i andelen ved enheten som svarer at det har vært nok på jobb til å gi pasientene et godt tilbud, mens K_i , Arb_i , Fag_i og $Lær_i$ er enhetens score på henholdsvis kvalitetsindeksen, arbeidsmiljøindeksen, fagmiljøindeksen og indeksen over læring av uønskede hendelser. Vi kan da skrive regresjonsmodellene som

$$(1) Bytt_i = \alpha + \beta_1 K_i + \epsilon_i$$

$$(2) Bytt_i = \alpha + \beta_1 Nok_i + \epsilon_i$$

$$(3) Bytt_i = \alpha + \beta_1 K_i + \beta_2 Arb_i + \beta_3 Fag_i + \beta_4 Lær_i + \epsilon_i$$

$$(4) Bytt_i = \alpha + \beta_1 Nok_i + \beta_2 Arb_i + \beta_3 Fag_i + \beta_4 Lær_i + \epsilon_i$$

Parametrene er estimert med OLS, men med Huber-White-estimer av standardfeilene på grunn av observert heteroskedastisitet i dataene.

	(1)	(2)	(3)	(4)
	Vurderer å bytte jobb	Vurderer å bytte jobb	Vurderer å bytte jobb	Vurderer å bytte jobb
Kvalitetsindeks	-0,100*** (-11,68)		-0,0637*** (-4,52)	
Nok på vakt		-0,347*** (-6,52)		-0,157** (-2,39)
Arbeidsmiljø			-0,0815*** (-4,45)	-0,0921*** (-4,85)
Fagmiljø			0,0207 (1,31)	0,0112 (0,70)
Fokus på læring			0,00829 (0,63)	-0,00757 (-0,57)
Observasjoner	232	232	231	231

t-verdier i parentes * $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$

Vedlegg 11

Vi lar $Stilling_i$ være den gjennomsnittlige stillingsprosenten til de relevante sykepleierne ved enhet i , $Juridisk_i$ den gjennomsnittlige stillingsandelen ved enheten, AU_i enhetens andel ubesatte stillinger, $Turn_i$ den eksterne turnoveren ved enheten og $Bytt_i$ andelen ansatte som har svart at de vurderer å bytte jobb. Da kan vi skrive regresjonsmodellene som

$$\begin{aligned}(1) \quad & Stilling_i = \alpha + \beta_1 Fag_i + \beta_2 Lær_i + \epsilon_i \\(2) \quad & Juridisk_i = \alpha + \beta_1 Fag_i + \beta_2 Lær_i + \epsilon_i \\(3) \quad & AU_i = \alpha + \beta_1 Fag_i + \beta_2 Lær_i + \epsilon_i \\(4) \quad & Turn_i = \alpha + \beta_1 Fag_i + \beta_2 Lær_i + \epsilon_i \\(5) \quad & Bytt_i = \alpha + \beta_1 Fag_i + \beta_2 Lær_i + \epsilon_i\end{aligned}$$

Parametrene er estimert med OLS, men med Huber-White-estimer av standardfeilene på grunn av observert heteroskedastisitet i dataene. Variablene Fagmiljø og Fokus på læring handler om to ulike sider ved enhetens kompetansesarbeid. De er svært høyt korrelert, og vi må dermed teste signifikansen av kompetansesarbeidet ved en felles f-test av om begge koeffisientene er lik null. P-verdien fra denne testen er beskrevet i parentesene under koeffisientene.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Stillingsprosent	Juridisk stillingsprosent	Andel ubesatte stillinger	Turnover	Vurderer å bytte jobb
Fagmiljø	0,947 (0,10)	0,00476 (0,03)	0,00335 (0,05)	-0,00541 (0,02)	-0,0604 (0,00)
Fokus på læring	0,127 (0,10)	0,0118 (0,03)	-0,0152 (0,05)	-0,00837 (0,02)	-0,0337 (0,00)
Observasjoner	232	230	178	232	232

Vedlegg 12

Vi lar Tid_i være lederen ved enhet i 's score på indeksen over hvor god tid han eller hun har til å gjøre sine ledelsesoppgaver. Vi lar $Vanskelig_i$ være lederens svar på om det er vanskelig å dekke opp vakter ved korttidssykefravær, vi lar AU_i være andelen som er ansatt som spesialsykepleier uten formell spesialsykepleierutdannelse, og vi lar $Lett_i$ være lederens svar på om det er lett å rekruttere kvalifisert arbeidskraft. Vi lar Fag_i være enhetens score på indeksen over fagmiljøet ved enheten, og vi lar $Læring_i$ være enhetens score på i hvor stor grad man lærer av uønskede hendelser. Nå kan vi skrive regresjonsmodellene for sammenhengen mellom ulike bemanningsproblemer og tiden de har til å gjøre sine ledelsesoppgaver, som

- (1) $Vanskelig_i = \alpha + \beta_1 Tid_i + \epsilon_i$
- (2) $Vanskelig_i = \alpha + \beta_1 Tid_i + \beta_2 Fag_i + \beta_3 Læring_i + \epsilon_i$
- (3) $AU_i = \alpha + \beta_1 Tid_i + \epsilon_i$
- (4) $AU_i = \alpha + \beta_1 Tid_i + \beta_2 Fag_i + \beta_3 Læring_i + \epsilon_i$
- (5) $Lett_i = \alpha + \beta_1 Tid_i + \epsilon_i$
- (6) $Lett_i = \alpha + \beta_1 Tid_i + \beta_2 Fag_i + \beta_3 Læring_i + \epsilon_i$

Parametrene er estimert ved OLS, men med Huber-White-estimer av standardfeilene på grunn av observert heteroskedastisitet i dataene.

	(1)	(2)	(3)
	Vanskelig å dekke opp vakter	Vanskelig å dekke opp vakter	Andel uten spesialisering
Tid til ledelse	-0,362** (-2,35)	-0,337** (-2,07)	-0,0264* (-2,61)
Fagmiljø		-0,121 (-0,57)	
Fokus på læring		-0,162 (-0,83)	
Observasjoner	165	162	142

t -verdier i parentes * $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$

	(4)	(5)	(6)
	Lett å rekruttere	Andel uten spesialisering	Lett å rekruttere
Tid til ledelse	0,395** (2,31)	-0,0248** (-2,19)	0,428** (2,45)
Fagmiljø		-0,0151 (-0,80)	0,390 (1,62)
Fokus på læring		0,00546 (0,30)	-0,309 (-1,34)
Observasjoner	140	139	137

t-verdier i parentes * p < 0,10, ** p < 0,05, *** p < 0,01

Regresjonene (7) og (8) tar utgangspunkt i en logistisk regresjonsmodell. Vi lar $\Phi(\cdot)$ være den kumulative tetthetsfunksjonen til normalfordelingen. Vi kan nå skrive sannsynligheten for at en leder har mislyktes i å rekruttere, som

$$(7) \Pr(\text{Mislykt}_i = 1 | \text{Tid}_i) = \Phi(\alpha + \beta_1 \text{Tid}_i)$$

$$(8) \Pr(\text{Mislykt}_i = 1 | \text{Tid}_i) = \Phi(\alpha + \beta_1 \text{Tid}_i + \beta_2 \text{Fag}_i + \beta_3 \text{Arb}_i + \beta_4 \text{Læring}_i)$$

hvor parametrene er estimert ved sannsynlighetsmaksimering. Parentesen i regresjon (1) gir z-verdien og ikke t-verdien, som i de andre tabellene.

	(7)	(8)
	Har mislyktes i å rekruttere	Har mislyktes i å rekruttere
Tid til ledelse	-0.629*** (-2.71)	-0,421* (-1,66)
Fagmiljø		-0,181 (-0,48)
Arbeidsmiljø		-0,630 (-1,64)
Fokus på læring		0,0109 (0,03)
Observasjoner	106	103

z-verdier i parentes * p < 0,10, ** p < 0,05, *** p < 0,01