

VELFERDSFORSKNINGSINSTITUTTET NOVA

# En utvikling som må snus

## Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien

HEIDI GAUTUN

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET



# **En utvikling som må snus**

## **Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien**

Heidi Gautun

Velferdsforskningsinstituttet NOVA  
Rapport 14/2020

Velferdsforskningsinstituttet NOVA er et institutt på Senter for velferds- og arbeidslivsforskning på OsloMet – storbyuniversitetet.

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

© Velferdsforskningsinstituttet NOVA  
OsloMet – storbyuniversitetet 2020

ISBN (trykt utgave) 978-82-7894-750-0

ISBN (elektronisk utgave) 978-82-7894-751-7

ISSN 0808-5013 (trykt)

ISSN 1893-9503 (online)

Illustrasjonsfoto: Heidi Gautun  
Desktop: Hussein Monfared  
Trykk: Byråservice

**Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:**

NOVA, OsloMet  
Stensberggata 26 · Postboks 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo  
Telefon: 67 23 50 00

Nettadresse: [www.oslomet.no/om/nova](http://www.oslomet.no/om/nova)

## Forord

---

NOVA fikk i mai 2020 i oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) å gjennomføre et prosjekt som sammenfatter forskning og statistikk om bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien. I tillegg til å gi en oversikt over mangel på sykepleiere og kompetanse presenteres forskning som har undersøkt konsekvenser av sykepleiermangel, samt strategier for å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien.

En referansegruppe bestående av seniorrådgiver Bjørn Lydersen, spesialrådgiver Merete Lyngstad og seniorrådgiver Hedda Kirstine Mellingen (NSF) har fulgt prosjektet og skal ha takk for litteraturtips, gode innspill og kommentarer. Fagsjef Kari Elisabeth Bugge, kommunikasjonssjef Arvid Libak, spesialrådgiver Nina-Merethe Kristiansen, kommunikasjonsrådgiver Tore Bollingmo og forhandlingssjef Harald Jesnes (NSF) skal også ha takk for kommentarer til rapportutkast. Bjørn Lydersen skal ha en spesiell takk for å ha tilrettelagt for tilgang til data om planlagt og faktisk bemanning som plasstillitsvalgte har registrert i et stort antall helse- og omsorgstjenester i alle landets fylker i 2018 og 2019. Fagutviklingssykepleier Camilla Stalsberg (rådgiver for NSF) skal ha en stor takk for å ha satt meg inn i datafilene. Stalsberg har også bidratt med å hente ut data. Videre skal spesialrådgiver Gunnar Nygaard Owren (KS) takkes for at han raskt etter forespørsel utleverte 2019 statistikk fra KS PAI-register om arbeidstid, sykefravær og turnover for sykepleiere som jobber i institusjonsomsorgen og hjemmetjenestene i kommunene. Forskningsleder Hans Christian Sandlie (NOVA) har kvalitetssikret rapporten.

Oslo, August 2020

Heidi Gautun (prosjektleder)

– En utvikling som må snus –

# Innhold

---

<b>Sammendrag</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>13</b>
1.1 Bakgrunn .....	13
Fra eldreomsorg til et langtidsomsorgstilbud til brukere i alle aldre .....	13
Overføring av oppgaver fra sykehus til kommunene .....	14
Økt behov for kompetanseheving i sykehjem og hjemmesykepleien .....	15
Etterspørsel etter sykepleiere og spesialsykepleiere vil øke .....	15
1.2 Rapportens oppbygging .....	17
<b>2 Mangel på sykepleiere</b> .....	<b>18</b>
2.1 Ubesatte stillinger .....	18
Hvorfor har sykehjem og hjemmesykepleien problemer med å rekruttere?.....	20
2.2 Problemer med å tiltrekke nyutdannede sykepleiere .....	22
Hvorfor velger så få nyutdannede sykepleiere sykehjem og hjemmesykepleie? .....	23
2.3 Lange fravær .....	23
2.4 Avvik mellom planlagt og faktisk bemanning .....	25
Hva ligger bak avvik? .....	30
2.5 Sykepleiere som forlater de kommunale helse- og omsorgstjenestene .....	33
Turnover registrert i KS PAI-register .....	34
Halvparten av sykepleierne oppga i 2016 at de ønsket å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien.....	35
Hvorfor ønsker sykepleierne å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien? ...	35
2.6 Oppsummering .....	37
<b>3 Konsekvenser av mangel på sykepleiere</b> .....	<b>39</b>
3.1 Mangel på sykepleiere og kvalitet .....	39
Samarbeid med sykehus om eldre pasienter .....	44
Tjenestetilbudet til eldre etter utskrivning fra sykehus.....	45
3.2 Mangel på spesialsykepleiere – kompetanseheving og kvalitet.....	47
3.3 Mangel på sykepleiere og psykiske og fysiske arbeidsbelastninger .....	50
3.4 Mangel på sykepleiere og prioriteringsutfordringer.....	51
3.5 Konsekvenser for familieomsorgsgivere.....	52
3.6 Framvekst av et privat kommersielt helse- og omsorgstjenestemarked.....	53
3.7 Oppsummering .....	53
<b>4 Strategier for å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere</b> .....	<b>56</b>
4.1 Tilfør mer ressurser til helse- og omsorgstjenestene.....	56
4.2 Hev sykepleierbemanningen.....	57
4.3 Øk kompetansen.....	59
4.4 Ledelse og organisering.....	60
4.5 Hev lønnsnivået for å gjøre det lettere å rekruttere og beholde, spesielt yngre, sykepleiere .....	61

4.6 Strategier for å øke antall heltidsstillinger, redusere sykefraværet og motvirke tidlig avgang .....	61
4.7 Løft vanskelige prioriteringer opp på politisk nivå, og gjør prioriteringskriterier kjent for de som jobber i tjenestene.....	64
4.8 Velferdsteknologi .....	65
4.9 Mer effektive digitale løsninger .....	66
4.10 Oppsummering .....	66
<b>Summary .....</b>	<b>69</b>
<b>Referanser .....</b>	<b>71</b>

# Sammendrag

---

## Kapittel 1 Innledning

I rapporten sammenfattes forskning, statistikk og kartlegginger av sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. I tillegg presenteres forskning som har undersøkt konsekvenser av mangel på sykepleiere og kompetanse, samt strategier for å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien. Kunnskapsrapporten er basert på norske data og forskning på norske sykehjem og hjemmesykepleietjenester.

## Kapittel 2 Mangel på sykepleiere

Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien er kartlagt gjennom flere innfallsvinkler og med ulike datakilder. Når man sammenstiller kartlegginger, statistikk og forskning som viser omfanget av ubesatte stillinger, lange fravær, avvik mellom planlagt og faktisk bemanning, i hvilken grad sykehjem og hjemmesykepleien klarer å tiltrekke seg nyutdannede sykepleiere, samt klarer å beholde arbeidskraft, avdekkes en stor og økende mangel på sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien. Tjenestene har også i økende grad fått problemer med å rekruttere helsefagarbeidere. Stadig flere uten helsefaglig utdanning jobber i sykehjem og hjemmesykepleien.

- NAV sine årlige bedriftsundersøkelser viser at antallet ubesatte sykepleierstillinger i helse- og sosialtjenestene økte fra 1850 i 2014 til 4500 i 2019. I tillegg økte antall ubesatte spesialsykepleierstillinger fra 200 til 1100.
- NSF Student sine avgangsundersøkelser (2014,2017,2018) viser at kun om lag to av ti nyutdannede sykepleiere har sykehjem eller hjemmesykepleien som førsteprioritet.
- SSBs helse- og personalstatistikk har dokumentert at antall sykepleierårsverk i kommunene som var borte på grunn av lange fravær (legemeldt sykefravær og foreldrepermisjon) var på 13 prosent i 2019.
- NSF sin landsomfattende kartlegging av avvik mellom planlagte og faktiske sykepleiervakter i 2019 viste et negativt avvik på 17,6 prosent. Det vil si at en av fem planlagte sykepleiervakter manglet sykepleiere. Mange av vaktene ble bemannet med ufaglærte assistenter.
- KS PAI-register viser at omlag 12 prosent av sykepleierne og spesialsykepleierne som jobbet i kommunale omsorgsinstitusjoner i 2018 hadde sluttet å jobbe i kommunesektoren i 2019. Det tilsvarende tallet for hjemmetjenestene var 11 prosent.
- Halvparten av 4945 undersøkte sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien i 2016, ønsket å slutte eller var usikre på om de ville fortsette å jobbe i sykehjem eller hjemmesykepleien. Flest av de yngre sykepleierne ønsket å slutte.



### **Kapittel 3 Konsekvenser av mangel på sykepleiere** **Sammenhenger mellom sykepleiermangel og kvalitet**

Det er gjennomført flere større spørreundersøkelser som har undersøkt sammenhenger mellom sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien og kvaliteten på tjenesten.

- En spørreundersøkelse blant 431 plasstillitsvalgte i sykehjem og hjemmesykepleien i 2014 fant en sterk sammenheng mellom bemanning (antall sykepleiere og helsefagarbeidere på ulike tidspunkt) i sykehjem og svar på spørsmål om kvalitet og faglig forsvarlighet i tjenesten de tillitsvalgte jobbet i.
- En landsomfattende spørreundersøkelse som ble gjennomført blant 2705 sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien i 2015 fant at for få sykepleiere på jobb kunne føre til at sykdomstilstanden til eldre pasienter utviklet seg til å bli mer alvorlig enn de hadde gjort dersom sykepleierne hadde hatt tid til å ha tilsyn med pasienten.
- En spørreundersøkelse blant 4945 sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien i 2016 fant en sterk sammenheng mellom mangel på sykepleiere (vansker med å rekruttere og fravær) og opplevd kvalitet på grunnleggende sykepleie, behandling og forebygging og aktivisering.
- En spørreundersøkelse blant 265 pårørende til sykehjemsbeboere, 213 pårørende til hjemmeboende og 124 brukere i 2017 fant klare negative sammenhenger mellom sykepleierbemanning og 1) tilfredshet med tjenestene, 2) forekomst av infeksjon og trykksår, 3) utilstrekkelig ivaretagelse av psykiske problemer og 4) forekomst av vekttap.

#### **Sykepleiermangel går ut over samarbeid med sykehus og tjenestetilbudet til eldre etter sykehusopphold**

Underbemanning påvirker også samarbeidet med sykehus om eldre pasienter som skrives ut fra sykehus. Sykepleiere som jobber i sykehjem og i hjemmesykepleien med dårlig bemanning oppgir mindre kontakt med sykepleiere i sykehus enn sykepleiere som jobber i sykehjem og hjemmesykepleietjenester som er godt bemannet. Sykepleiere i dårlig bemannede tjenester har også oppgitt dårligere kvalitet på samarbeidet med sykepleiere i sykehus sammenlignet med sykepleiere i godt bemannede sykehjem og hjemmesykepleietjenester. Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien har også betydning for hvordan de kommunale tjenestene klarer å følge opp eldre pasienter etter sykehusopphold.

#### **Kvalitet påvirkes ikke bare av antall sykepleiere, men også av kompetansen til sykepleierne**

Kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene handler ikke bare om kapasitet, dvs. antallet sykepleiere som jobber i tjenestene, men også om kompetansen til sykepleierne som jobber i tjenestene. Sykehjem og hjemmesykepleien har ikke 1) gjennomført tilstrekkelig med kompetansehevede tiltak, 2) videreutdannet nok sykepleiere og 3) rekruttert nok spesialsykepleiere til tjenestene.

## **Arbeidsbelastninger**

Antall ansatte som er på jobb til enhver tid, og om disse er faste eller vikarer, eller faglærte eller ufaglærte har mye å si for arbeidsbelastningen til den enkelte arbeidstaker. Både kvalitative studier og spørreundersøkelser som har blitt gjennomført blant sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleie viser at lav bemanning fører til store arbeidsbelastninger for de som er på jobb.

- Det er påvist en sterk sammenheng mellom mangel på sykepleiere (målt i fravær og problemer med å rekruttere) og arbeidsmiljøproblemer (opplevelse av stor fysisk og psykisk arbeidsbelastning).
- Arbeidsbelastninger er også en viktig grunn til at flere sykepleiere ønsker å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien.
- Store arbeidsbelastninger er også en av grunnene til at mange sykepleiere og andre personellgrupper innen helse- og omsorgssektoren forlater arbeidslivet flere år før oppnådd pensjonsalder.

Underbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien er selvforsterkende. For få sykepleiere på jobb ser ut til å føre til stor arbeidsbelastning og et stort udekket sykefravær, at sykepleiere slutter og at tjenesten får problemer med å rekruttere.

## **Tjenesteutøvere må i økende grad gjøre vanskelige og belastende prioriteringer**

Sykepleiere må på grunn av for lite personell og tidspress gjøre stadig tøffere prioriteringer mellom hvem som skal få hjelp, hvor mye tid som skal brukes på den enkelte pasient og bruker, og hvilket innhold omsorgen og behandlingen skal ha. Eldre ser ut til å tape i konkurransen om begrensede helse- og omsorgstjenester. Sykepleiere har gitt uttrykk for at de kan oppleve det som belastende å ta denne typen valg når tiden ikke strekker til, uten at det er klart hvilke føringer som skal gjelde.

## **Press på familieomsorgsgivere**

Et økende gap mellom tilbud og etterspørsel etter sykepleiere og annet personell med helsefaglig bakgrunn vil kunne føre til et økt press på pårørende om å utføre omsorgsoppgaver. Forskning viser at pårørende allerede i dag yter omfattende omsorg til eldre og voksne omsorgstrengende. Mange, spesielt døtre, opplever at det er vanskelig å kombinere omsorgssituasjonen med jobb. Enkelte ryker ut av arbeidslivet, noen jobber deltid, og mange opplever at omsorgssituasjonen fører til konsentrasjonsproblemer, uregelmessig tilstedeværelse på jobb, og begrenset mulighet til å delta i sosiale sammenkomster og karrierefremmende aktiviteter.

## **De med god råd kjøper tjenester fra et privat kommersielt marked**

Etterspørselsoverskudd i helsetjenestemarkedet, enten i form av etterspørsel etter bedre kvalitet eller som følge av knapphet i det offentlige helsetilbudet, vil kunne føre til en økning i det private tilbudet av helse- og omsorgstjenester, og til at inntektsnivå i økende grad vil bli styrende for tilgangen til helse- og omsorgstjenester. Brukere og pårørende med god råd kan kjøpe tjenester fra et privat kommersielt marked. Utviklingen kan føre til økte kjønns- og klasseforskjeller og bryte med velferdsstatens idealer om likestilling mellom kvinner og menn og mellom grupper med ulik sosioøkonomisk bakgrunn.

## **Kapittel 4 Strategier for å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere Tilfør mer ressurser til helse- og omsorgstjenestene**

Det har over flere år blitt iverksatt en rekke planer og tiltak for å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien. Til tross for disse satsingene øker utfordringene med bemanning og kompetanse. For at strategier og tiltak skal lykkes må kommunene tilføres betydelig mer ressurser, og kommunene må prioritere helse- og omsorgstjenestesektoren.

### **Hev sykepleierbemanningen**

Å heve sykepleierbemanningen vil kunne være et viktig tiltak for at sykehjem og hjemmesykepleietjenester som sliter med å rekruttere og beholde arbeidskraft kommer ut av en nedadgående spiral med underbemanning. Flere sykepleiere på jobb kan redusere arbeidsbelastninger, heve kvaliteten, bidra til et større fagmiljø, og gi rom for kompetanseheving og etter- og videreutdanning. Dette er alle forhold som har betydning for rekruttering og om sykepleiere blir i tjenestene.

### **Øk kompetansen**

I tillegg til å bedre rekrutteringen av sykepleiere og spesialsykepleiere, er det på grunn av veksten i antall brukere og pasienter med komplekse og sammensatte behov nødvendig å øke kompetansen blant sykepleiere som jobber i sykehjem og hjemmesykepleien. Forskning viser at hvorvidt sykepleiere har muligheter til å ta etter- og videreutdanning har betydning for om de ønsker å fortsette å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien. Dersom etter- og videreutdanning skal kunne være et vellykket virkemiddel for å beholde sykepleiere i helse- og omsorgstjenestene, så må videreutdanning også gi uttelling lønnsmessig.

### **Ledelse**

Undersøkelser har vist at flere sykepleiere vurderer å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien på grunn av dårlig ledelse. En av hovedstrategiene i Kompetanseløft 2020 er å bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsing for å øke kompetansen til ledere. En viktig forutsetning for at disse tiltakene skal ha noen effekt, er at ledere også må gis tid til å utøve lederskap og benytte seg av det de har lært i tjenestene.

### **Organisering**

Flere sykehjem og hjemmesykepleietjenester har en så lav bemanning at sykepleiere utfører oppgaver som kunne vært utført av andre personellgrupper. Problemer med å rekruttere sykepleiere har ført til at kommuner blir opptatt av å få til at tjenestene i større grad benytter seg av sykepleiernes fagkompetanse. For å få til dette må tjenestene være tilstrekkelig bemannet med andre personellgrupper med helsefaglig utdanning.

### **Hev lønnsnivået for å gjøre det lettere å rekruttere og beholde, spesielt yngre, sykepleiere**

Et høyere lønnsnivå vil kunne gjøre det lettere å rekruttere og beholde sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien. Flere nyutdannede sykepleiere oppgir at lønn har stor betydning for hvor de vil søke jobb. Unge sykepleiere oppgir også at lav

lønn er en av grunnene til at de ikke vil fortsette med å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien.

### **Strategier og tiltak for å øke antall heltidsstillinger, redusere sykefravær og motvirke tidlig avgang**

Til tross for en rekke satsinger og tiltak har det kun funnet sted en liten økning i gjennomsnittlig stillingsprosent for sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien. Sykefraværet er fortsatt stabilt høyt, og gjennomsnittlig alder for når sykepleiere forlater arbeidslivet har ikke gått opp. Det kan være vanskelig å nå disse målsettingene uten at sektoren tilføres betydelig mer ressurser.

### **Løft vanskelige prioriteringer opp på politisk nivå, og gjør prioriteringskriterier kjent for de som jobber i tjenestene**

For å redusere belastninger, som også kan ha betydning for om sykepleiere vil jobbe i tjenestene, bør hvilke prinsipper som skal legges til grunn for prioriteringer løftes opp på politisk nivå. Ansvar for å ta vanskelige prioriteringsvalg bør ikke dyttes ned på den enkelte tjenesteutøver. Ansatte i tjenestene må også bli gjort kjent med kriteriene, og veiledet i hvordan disse skal anvendes.

### **Velferdsteknologi**

Evalueringer av velferdsteknologiprojekter i kommuner har vist at implementering av velferdsteknologi kan bidra til økt behandlings- og livskvalitet for brukerne, tidsbesparelser for kommunale helse- og omsorgsarbeidere og lavere kostnader for kommuner og sykehus. Det er imidlertid ikke mulig på bakgrunn av den forskningen som foreligger å konkludere om satsing på velferdsteknologi vil kunne redusere etterspørselen etter sykepleiere.

### **Mer effektive digitale løsninger**

Sykepleiere som jobber i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i sykehjem og hjemmesykepleien bruker mye tid på å innhente informasjon fra fastleger, legevakt, sykehus og andre tjenester. Det har over flere tiår vært uttalt at det er et behov for å etablere bedre og mer effektive digitale verktøy for de kommunale helse- og omsorgstjenestene slik at tilgangen til informasjon blir enklere. Kommunene bruker ulike journalløsninger, og tjenester innad i en og samme kommune bruker ulike journalløsninger som ikke er integrert med hverandre. De er heller ikke integrert med digitale løsninger i sykehus (Meld. St.9 (2012-2013)). En felles journalløsning der man kan dele informasjonen fremfor å sende og motta blir oppfattet som at vil kunne gjøre arbeidsdagen til helsearbeidere mer effektiv (Direktoratet for e-helse 2020). De har da tilgang til informasjonen med en gang den oppstår. Digitale journalløsninger som er enklere å bruke, mer effektive (tidsbesparende) og gir tilgang til riktig informasjon til riktig tid kan føre til at sykepleiere får mer tid til andre oppgaver, og kan også bidra til økt pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene.

– En utvikling som må snus –

# 1 Innledning

---

NOVA har fått i oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund å sammenfatte kunnskap og tilgjengelige data om bemanning og kompetanse i kommunenes helse- og omsorgstjenester. I rapporten sammenfattes forskning, samt statistikk og kartlegginger av sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. I tillegg til å gi en oversikt over mangel på sykepleiere, presenteres forskning som har undersøkt konsekvenser av sykepleiermangel, samt strategier for å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien. Rapporten er basert på data og forskning om norske sykehjem og hjemmesykepleietjenester.

## 1.1 Bakgrunn

Bakgrunnen for oppdraget er at det over lengre tid har funnet sted en sterk vekst i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og at tjenestene har endret seg til å måtte utføre oppgaver som krever høyere kompetanse. Tilbudet av sykepleiere, spesialsykepleiere, og kompetanseheving i tjenestene har imidlertid ikke holdt tritt med de økte behovene.

### *Fra eldreomsorg til et langtidsomsorgstilbud til brukere i alle aldre*

Fra i hovedsak å være en eldreomsorg mot slutten av 1980 tallet har en rekke reformer og opptrappingsplaner ført til at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har fått ansvar for å yte et langtids omsorgstjenestetilbud til brukere i alle aldre (Brevik 2010; Otnes 2015; Gautun og Grødem 2015). Ansvaret for psykisk utviklingshemmede, fysisk funksjonshemmede, rusmisbrukere, personer med psykiske lidelser og andre med behov for langtidsomsorg har blitt overført fra spesialisthelsetjenestens institusjoner til kommunenes hjemmetjenester (St.meld. nr. 67 (1986-87; St.prp.nr.63 (1997-1998); Helsedirektoratet 2012; St.meld.nr. 25 (2005-2006)). Ingen under 67 år skal i dag motta langtids omsorgstjenester i institusjon, noe som har ført til en kraftig utbygging av både omsorgsboliger og hjemmetjenester (Gautun og Grødem 2015; Helsedirektoratet 2018; SSB 2020a). Veksten har i hovedsak blitt tildelt brukere under 67år (Hermansen og Gautun 2013). I 2019 mottok i overkant av 196 549 personer hjemmehjelp (hjelp til daglige gjøremål), hjemmesykepleie (helsetjenester i hjemmet), eller både hjemmehjelp og hjemmesykepleie (SSB 2020a). I alt 45 prosent av disse var under 67år (SSB 2020a). Tilsammen 43 961 personer bodde i omsorgsboliger i 2018. Av disse var i underkant av halvparten under 67år.

Det kommunale helse- og omsorgstjenestetilbudet til eldre har også hatt en dreining bort fra bruk av institusjoner til at tjenester mottas i eget hjem. Det tilbys imidlertid fortsatt institusjonsplasser til eldre, selv om institusjonstilbudet har blitt redusert. Terskelen for å få en sykehjemsplass har blitt stadig høyere, også for de aller eldste over 90 år (Ramm 2013; SSB 2019). Antall plasser i sykehjem og aldershjem var i 2019 på 39 963 (SSB 2020a).

Ressursinnsatsen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har ikke økt i takt med veksten i antall brukere (Theie m.fl. 2018; Kristiansen m.fl. 2019). Stadig strammere ressursrammer har ført til endringer både i hvem som får hjemmetjenester, og i innholdet i hjemmetjenestene. Innsatsen konsentreres om de som har størst behov for tjenester, samtidig som at hjemmetjenestene i stadig mindre grad yter praktisk hjelp. Hjemmetjenestene har i økende grad utviklet seg til å bli et hjemmesykepleietilbud (Kristiansen m.fl. 2019).

Veksten i omsorgsboliger og hjemmetjenestetilbudet til eldre over 80 år har ikke erstattet reduksjonen som har funnet sted i eldreinstitusjonstilbudet. Registerdata fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) viser at det siden begynnelsen av 1990 tallet og frem til i dag har funnet sted en innskrenking i det samlede kommunale helse- og omsorgstilbudet til eldre over 80 år når vi ser på andelen som mottar tjenester (Hermansen og Gautun 2013; Kristiansen m.fl. 2019).

### *Overføring av oppgaver fra sykehus til kommunene*

Det har i samme periode som ansvaret for langtidsomsorgen har blitt overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene vært en politisk målsetting om å overføre flere oppgaver fra sykehus til kommunene. Stadig flere behandling- og omsorgsoppgaver har blitt overført fra sykehus til kommunene (St.Meld. 47 (2008-2009). Med samhandlingsreformen som ble iverksatt 1 januar 2012, ble det lagt et forsterket press på å overføre oppgaver fra sykehus til kommunene (St. Meld. 47 (2008-2009)). Utviklingen har vært felles for vestlige land, men Norge skiller seg ut ved å være et av landene med kortest gjennomsnittlig liggetid i sykehus (OECD 2019; Helsedirektoratet 2019). Kommunene har økt tilbudet av forsterkede korttids- avdelinger i sykehjem, som både tar imot og gir avansert behandling til alvorlig syke pasienter, og som sluser videre eldre og yngre pasienter fra sykehus til en annen sykehjemsavdeling, et annet institusjonstilbud eller til eget hjem. Norge, og de andre nordiske landene, har sammenlignet med andre land, bygget ut omfattende hjemmetjenester, som i tillegg til å yte langtidsomsorg skal å følge opp pasienter som skrives ut fra sykehus. (Slavina m.fl. 2018).

Statistikk fra spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgsutgifter viser at utgiftene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten har ligget på omlag samme relative nivå i perioden 2009-2017 (Kristiansen m.fl. 2019).

Flere kartlegginger og undersøkelser har dokumentert at kommunene ikke har blitt tilført nok ressurser for å imøtekomme de økte utfordringene som følger med samhandlingsreformen (f.eks. Gautun og Syse 2013; Haukelien m.fl. 2015; Riksrevisjonen 2016; Theie m.fl. 2018; Riksrevisjonen m.fl. 2019; Gautun 2020). Riksrevisjonen gjennomførte i 2016 en undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen (Riksrevisjonen 2016). Gjennomgangen var basert på statistikk, tilsynsrapporter, forskning og evalueringer, samt egne datainnsamlinger som bestod av kvalitative intervjuer og spørreundersøkelser i helseforetak, kommunene og blant fastleger. I rapporten

konkluderes det med at reformens mål om å styrke kapasiteten i den kommunale helse- og omsorgssektoren ikke var oppnådd. Kommunene hadde i liten grad økt antall årsverk i helse- og omsorgstjenestene (Riksrevisjonen 2016). Flere landsomfattende spørreundersøkelser som har blitt gjennomført blant sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien har kommet fram til de samme konklusjonene som i Riksrevisjonens rapport (Gautun og Syse 2013; Haukelien m.fl. 2015; Theie m.fl. 2018). Oversikter over utviklingen i ressursinnsatsen etter 2016 finner at kapasiteten fortsatt ikke er styrket (Theie m.fl.2018; Kristiansen m.fl. 2019).

### *Økt behov for kompetanseheving i sykehjem og hjemmesykepleien*

Riksrevisjonen konkluderte også i sin undersøkelse at samhandlingsreformens målsetting om å heve kompetansen i de kommunale tjenestene, for å klare å håndtere nye og mer krevende pasient- og bruker grupper, ikke var innfridd (Riksrevisjonen 2016). Gjennomgangen viste at de kommunale tjenestene manglet kompetanse på flere områder. Funn i landsomfattende spørreundersøkelser som ble gjennomført blant sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien i 2013, 2014 og 2015 samsvarer med Riksrevisjonens funn (Gautun og Syse 2013; Gautun og Bratt 2014; Haukelien 2015). Sykepleierne oppga i disse undersøkelsene at tjenestene i økende grad har måttet ta imot pasienter fra sykehus med mer komplekse og sammensatte behov. En majoritet av sykepleierne ga imidlertid uttrykk for at de i liten grad hadde fått tilgang til kompetanseheving, opplæring og veiledning (Gautun og Syse 2013; Haukelien m.fl. 2015). Haukelien med kolleger fant at den kompetansehevingen som hadde funnet sted i stor grad hadde vært i form av kurs- og ad hoc- opplæring, og i mindre grad i form av systematisk utdanning av sykepleierspesialister (Haukelien 2015). Kommunene gir fortsatt uttrykk for at det er et stort behov for å heve kompetansen i helse- og omsorgstjenestene (Grut, Melby og Eide 2020). Flere kommuner har gitt uttrykk for at det kan være dyrt og upraktisk å gjennomføre lange utdanningsløp. Kortvarige kurs, fagkonferanser, seminarer og fagdager synes å være lettere tilgjengelig både økonomisk og praktisk, men disse gir ikke samme mulighet til faglig fordypning (Grut m.fl. 2020).

### *Etterspørsel etter sykepleiere og spesialsykepleiere vil øke*

Stortingsmeldinger, offentlige utredninger og kartlegginger i Norge har over flere år framhevet at mangel på personell, og spesielt mangel på sykepleiere kommer til å bli en av de største utfordringene for kommunenes helse- omsorgstjenester når den sterke veksten i antall eldre over åtti år kommer fra midten av 2020 tallet (f.eks. St. meld.nr 25 (2005-2006); Meld. St. (2014-2015); NOU 2011: 11; Riksrevisjonen 2016; Kalstø 2019; Hjemås m.fl. 2019; KS 2019a; Helsedirektoratet 2018; Helsedirektoratet 2020). Statistisk Sentralbyrå beregnet i 2017 at den kommunale omsorgstjenesten vil trenge 65 398 flere årsverk frem mot 2035 på landsbasis (Helsedirektoratet 2020). Dette tilsvarer en økning på 46 prosent årsverk fra 2017. I tillegg ble det framskrevet en vekst på 5 840 årsverk innenfor kommunale helsetjenester for samme tidsperioden. Beregningene antyder dermed behov for over 70 000 flere årsverk i hele helse- og omsorgstjenesten fram



mot 2035 (Helsedirektoratet 2020). KS har beregnet at behovet for sykepleier-årsverk i kommunene vil øke fra i overkant av 24.000 i 2019 til nærmere 31.000 i 2028 (KS 2019a).

I tillegg til den sterke veksten i antall eldre vil endringer i befolkningens sykdomsutvikling, medisinske fremskritt, og overføring av stadig mer avansert behandling fra sykehus til kommunene bidra til at etterspørselen etter sykepleiere øker (Haukelien 2015; Riksrevisjonen 2016; Helsedirektoratet 2017; Helsedirektoratet 2018; Kristansen m.fl. 2018; Theie m.fl. 2019).

Et økende antall brukere og pasienter vil få behov for mer komplekse og sammensatte kommunale helse- og omsorgstjenester. Utviklingen vil ikke bare føre til at det er et behov for å øke kapasiteten. I tillegg til å rekruttere flere sykepleiere vil det bli et økende behov for å rekruttere flere spesialsykepleiere, samt øke kompetansen blant ansatte som jobber i tjenestene (Ipsos 2017; Helsedirektoratet 2017; Theie m.fl. 2019; Helsedirektoratet 2020). Allerede i dag har tjenestene en stor mangel på spesialsykepleiere. NAVs bedriftsundersøkelser viser at antallet ubesatte spesialsykepleierstillinger i helse- og omsorgsyrkene økte fra 200 i 2015 til 1350 i 2018 (Andreev 2015; Kalstø og Sørbø 2018).

Over åtte av ti (86%) plasstillitsvalgte i sykehjem og hjemmesykepleien ga i 2014 uttrykk for at tjenestene hadde behov for flere spesialsykepleiere (Gautun og Bratt 2014). Over halvparten av informantene fra begge tjenestene uttrykte behov for spesialsykepleiere på områder som er spesielt relevant for eldreomsorgen: geriatri, demens og palliasjon. Det var også en stor andel informanter fra hjemmesykepleien (53%) som trakk fram behov for spesialsykepleiere med kompetanse innenfor rusfeltet. Flere oppga også psykiatri/psykisk helse (Gautun og Bratt 2014).

Erkjennelsen av at det vil være et stort behov for å øke antallet spesialsykepleiere framover påpekes i Helsedirektoratets rapport «*Viderutdanning for sykepleiere- hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse som ivaretas i fremtiden*» (Helsedirektoratet 2017). I rapporten vises det til at det vil bli et økt behov for helsehjelp fra sykepleiere som har tilstrekkelig breddekompetanse til å ivareta eldre pasienters behov. Det påpekes også at somatisk behov hos pasienter med psykiske lidelser og rusproblematikk ikke er godt nok ivaretatt i tjenestene. Dette er pasienter som trenger helsehjelp fra sykepleiere med avansert kompetanse som kan ivareta helhetsperspektivet (Helsedirektoratet 2017). Behovet for breddekompetanse sies å være spesielt stort i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Denne rapporten presenterer forskning, kartlegginger og statistikk om bemanningssituasjonen i sykehjem og hjemmesykepleien fra før Covid-19 pandemien som vi nå står midt oppi. Per i dag foreligger ikke forskning som har kartlagt i hvilken grad de kommunale helse- og omsorgstjenestene har hatt tilstrekkelig med bemanning og kompetanse til å håndtere oppgaver som følger med pandemien. Denne kunnskapsoppsommeringen om bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien vil likevel kunne være relevant for planer som legges for hjemmesykepleien og sykehjem underveis og i etterkant av pandemien.

## 1.2 Rapportens oppbygging

I kapittel 2 presenteres forskning, kartlegginger og statistikk som viser mangel på sykepleiere og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien. I kapittel 3 settes fokus på forskning som har undersøkt konsekvenser av mangel på sykepleiere og kompetanse, og i kapittel 4 belyses spørsmål om hva som kan gjøres for å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere i tjenestene.

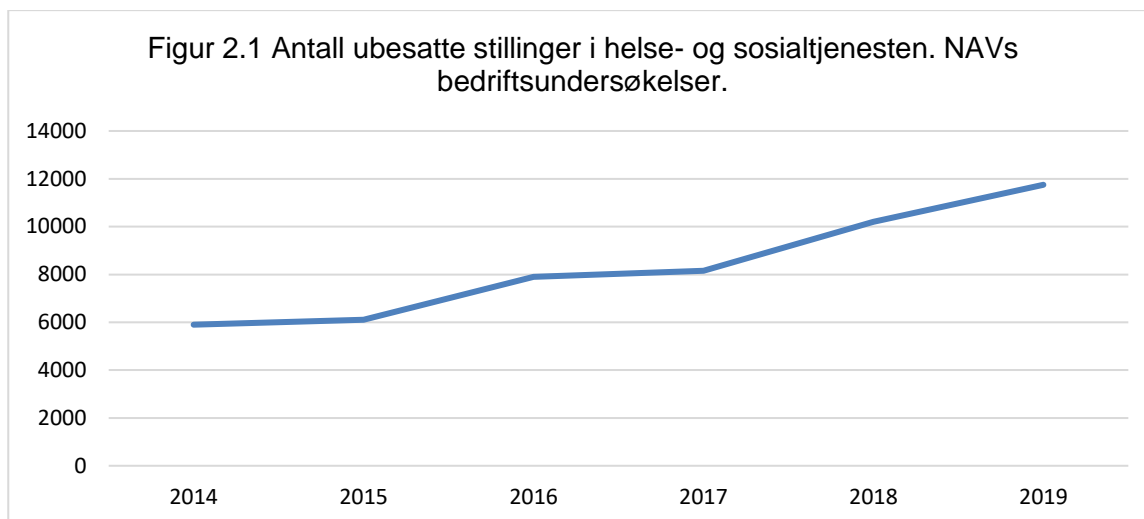
## 2 Mangel på sykepleiere

---

Norge er ikke alene om ha problemer med å bemanne helse- og omsorgstjenestene med sykepleiere. WHO har vist at arbeidsstyrken med sykepleiere ekspanderer på verdensbasis, men at veksten ikke har vært tilstrekkelig til å møte de økte behovene for sykepleie (WHO 2020). Både Amerika og land i Europa opplever en sterk økning i gapet mellom tilbud og etterspørsel etter sykepleiere. Dette kapitlet presenteres en oversikt over omfanget av sykepleiermangel i Norge. For å få et fullstendig bilde er det ikke tilstrekkelig å kun vise til kartlegginger av rekrutteringsproblemer i kommunene, dvs. omfanget av ubesatte sykepleierstillinger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Hvor mange som til enhver tid er på jobb påvirkes også av nivået på langtids- og korttids fraværet blant sykepleiere som jobber i disse tjenestene. Hvorvidt og hvilke personellgrupper som dekker vaktene har også betydning for hvor godt tjenestene faktisk er bemannet. Dersom det ikke settes inn andre sykepleiere når sykepleiere har fravær vil tjenestene være bemannet med personell med lavere kompetanse enn det som var planlagt. Dersom det ikke settes inn personell i det hele tatt vil det være færre på jobb enn planlagt. En oversikt som viser det fullstendige bildet av bemanningssituasjonen må derfor både vise omfanget av ubesatte stillinger, og inkludere undersøkelser og kartlegginger av avvik mellom planlagt og faktisk bemanning. Denne oversikten vil også inkludere kartlegginger og forskning om turnover, og hvor mange sykepleiere som vurderer å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien. Forskning på i hvilken grad sykehjem og hjemmesykepleien klarer å beholde arbeidskraft vil være spesielt viktig for å få et bilde av hvor godt tjenestene vil være rustet fremover.

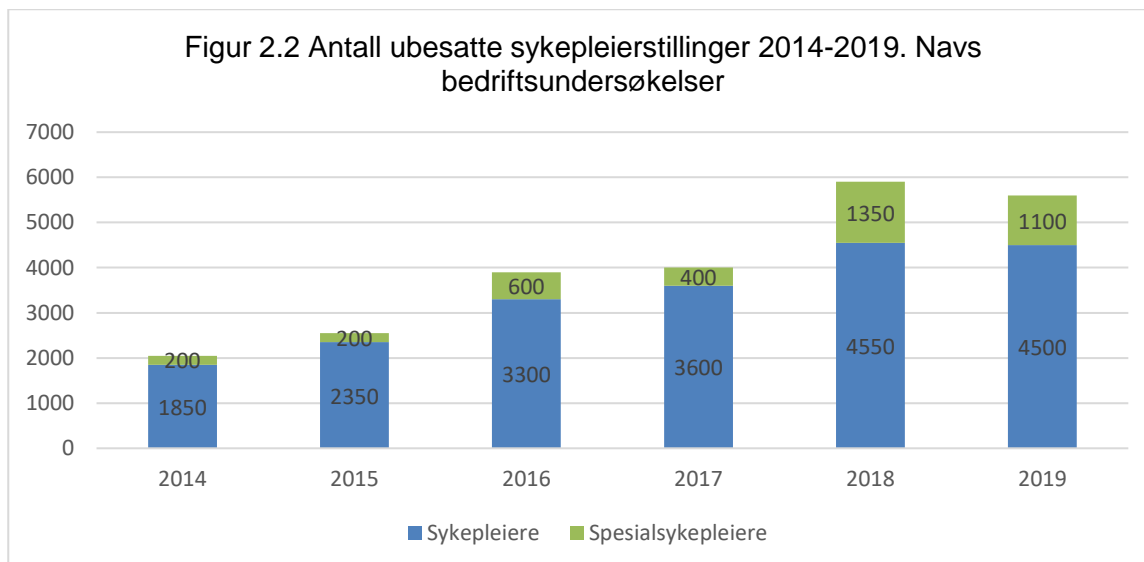
### 2.1 Ubesatte stillinger

NAV gjennomfører årlige bedriftsundersøkelser som kartlegger mangel på arbeidskraft etter næringer og yrkesgrupper. Bedriftsundersøkelsen er en spørreundersøkelse blant et representativt utvalg av alle landets offentlige og private virksomheter. Mangel på arbeidskraft er definert som antall personer bedrifter har mislykket med å rekruttere de siste tre månedene. Bedriftsundersøkelsene som er gjennomført de siste fem årene viser at helse- og sosialnæringen er en av de 23 undersøkte næringer som har størst mangel på arbeidskraft. Antall ubesatte stillinger i helse- og sosialtjenestene økte fra 5900 i 2014 til 11750 i 2019 (figur 2.1).



Kilde: Andreev og Ørborg 2014; Andreev 2015; Andreev og Sørbo 2016; Kalstø og Sørbo 2017; Kalstø og Sørbo 2018; Kalstø 2019

Sett i forhold til de totalt 59 yrkesgruppene som er undersøkt i alle 23 næringer som inngår i Bedriftsundersøkelsen, er sykepleiere den yrkesgruppen som er vanskeligst å rekruttere, og som det over tid har blitt stadig vanskeligere å rekruttere. Antallet ubesatte sykepleierstillinger har hatt en sterk vekst de siste fem årene. I 2014 var antallet ubesatte sykepleierstillinger 1850 (Andreev og Ørborg 2014). I 2019 var antallet økt til 4500 (Kalstø 2019). I tillegg økte antall ubesatte spesialsykepleierstillinger fra 200 i 2014 til 1100 i 2019.



Kilde: Andreev og Ørborg 2014; Andreev 2015; Andreev og Sørbo 2016; Kalstø og Sørbo 2017; Kalstø og Sørbo 2018; Kalstø 2019

NAVs bedriftsundersøkelser viser også utviklingen i antall ubesatte helsefagarbeiderstillinger. I 2014 mislyktes helse- og sosialtjenestene med å rekruttere helsefagarbeidere til 1050 stillinger (Andreev og Ørborg 2014). I 2019 var tallet mer enn fordoblet, og hadde økt til 2650 (Kalstø 2019).

I Riksrevisjonens undersøkelse i 2016 om ressursutnyttelse og kvalitet i helse-tjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen oppga nær halvparten av kommunene at de ikke hadde nok sykepleiere (Riksrevisjonen 2016).

KS gjennomfører regelmessige kartlegginger gjennom kommunenes arbeidsgivermonitor, der de spør Kommunedirektørene (tidligere kalt rådmenn) om utfordringer med å rekruttere arbeidskraft. Disse kartleggingene viser også at sykepleiere er den yrkesgruppen som kommunene har størst problemer med å rekruttere. I 2018 fant omlag tre av fire kommuner det ganske eller meget utfordrende å rekruttere sykepleiere (KS 2019b). Andelen i 2018 var noe høyere enn hva som ble rapportert i datainnsamlingen som ble gjort året før.

Kommunale ledere fortalte i en kvalitativ intervjuundersøkelse som ble gjennomført i et utvalg kommuner som en del av en evaluering av Kompetanseløft 2020 at de bruker mye tid og store ressurser på å rekruttere og beholde helsepersonell (Grut m.fl. 2020). Lederne fortalte at det var spesielt utfordrende å rekruttere sykepleiere med generell kompetanse, men at det også var et økende behov for å rekruttere sykepleiere med spesialkompetanse. Kristiansen med kolleger finner det samme som Grut med kolleger (2019) i en case studie som ble gjennomført i åtte kommuner i 2019 (Kristiansen m. f. 2019). Kommunepolitikere, ordførere og stortingspolitikere gir også i undersøkelser uttrykk for at de er bekymret for at det vil bli vanskelig å rekruttere nok personell, og spesielt sykepleiere, til helseomsorgstjenestene fremover (Ipsos 2017).

Undersøkelser viser at det er store variasjoner i problemer med å rekruttere mellom landsdeler, kommuner, og også mellom tjenester i den enkelte kommune. Arbeidslivsmonitoren som samlet inn data i 2017 og 2018 viser at utfordringene med å rekruttere sykepleiere var til stede i hele landet, men det opplevdes særlig utfordrende for kommuner i Øst-Norge og i de nordligste fylkene. I disse områdene svarte åtte av ti kommuner at situasjonen var meget eller ganske utfordrende (KS 2019b). En spørreundersøkelse som ble gjennomført i 2016 blant 4945 sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien fant det samme (Gautun m.fl. 2016). Nesten syv av ti sykepleiere sa seg helt enig eller delvis enig i at deres arbeidssted hadde problemer med å rekruttere (noen flere i sykehjem). Også i denne undersøkelsen oppga flest respondenter i sykehjem og hjemmesykepleietjenester i Oslo/Akershus og Nord-Norge problemer med å rekruttere. Undersøkelsen viste at rekrutteringsproblemene økte med antall innbyggere i kommunen. Små kommuner vil oppleve en sterkere vekst enn andre kommuner i andel eldre i årene som kommer. Det forventes derfor at små distriktskommuner vil få størst utfordringer med å bemanne helse- og omsorgstjenestene med sykepleiere (Helse-direktoratet 2020).

### *Hvorfor har sykehjem og hjemmesykepleien problemer med å rekruttere?*

Forhold som store arbeidsbelastninger, dårlig kvalitet, lite fagmiljø, begrenset mulighet for kompetanseheving, videreutdanning og spesialisering, dårlig ledelse, samt lønn har blitt pekt på som forklaringer på hvorfor sykepleiere ikke ønsker å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien (Gautun m.fl. 2016; Bratt og Gautun 2018; NSF Student 2014, 2017, 2018). Undersøkelser viser også at sykepleierstudenter

kan la være å søke jobber i sykehjem og hjemmesykepleien fordi de har fått et dårlig inntrykk, da de gjennomførte praksisperioden i sykehjem og hjemmesykepleien (NSF Student 2017). Undersøkelser viser at det ikke bare er forskjeller i problemer med å rekruttere mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og andre tjenester, men også at noen sykehjem og hjemmesykepleietjenester har større problemer med å rekruttere enn andre (Gautun m.fl. 2016). Spørreundersøkelsen som ble gjennomført blant 4954 sykepleiere i 2016 fant en sterk sammenheng mellom rekrutteringsproblemer og arbeidsmiljøet i sykehjem og hjemmesykepleien (Gautun m.fl. 2016). Tjenester med dårlig rykte om ledelse, arbeidsmiljø og fagmiljø hadde størst problemer med å tiltrekke seg arbeidskraft. Undersøkelsen viste at underbemanning var selvforsterkende. Tjenester med lav bemanning og et høyt sykefravær hadde problemer med å rekruttere, og også holde på arbeidskraft, noe som igjen førte til et høyt sykefravær og problemer med å rekruttere. Disse tjenestene var kommet inn i en nedadgående spiral.

### Mange deltidstillinger

Mange deltidstillinger og et stort antall små stillingsstørrelser kan også gjøre det vanskelig for kommuner å rekruttere sykepleiere til helse- og omsorgstjenestene. Det har i de senere år vært en svak økning i andel heltidsstillinger, men KS PAI-register viser at utviklingen går sakte. Andelen heltidsansatte blant alle turnusansatte i den kommunale helse- og omsorgssektoren var kun 26 prosent i 2019 (KS 2019c). Tabell 2.1 viser at andel sykepleiere som jobbet heltid i disse tjenestene var noe høyere enn for den samlede personellgruppen, men det var kun under halvparten av sykepleierne som jobbet heltid i institusjonsomsorgen (43%) og i hjemmetjenestene (49%) i 2019. Andel spesialsykepleiere som jobbet heltid var noe høyere både i institusjonsomsorgen (51%) og i hjemmetjenestene (61%). Sammenlignet med institusjonsomsorgen var det en større andel sykepleiere og spesialsykepleiere som jobbet heltid i hjemmetjenestene.

**Tabell 2. 1 Gjennomsnittlig stillingsstørrelse og andel heltidsstillinger for sykepleiere og spesialsykepleiere i de kommunale helse- og omsorgstjenesteinstitusjonene og hjemmetjenestene i 2019.**

	Stilling	Stillingsstørrelse	Heltidsandel
Helse- og omsorgstjenester i institusjon	Sykepleier	76%	43%
Helse- og omsorgstjenester i institusjon	Spesialsykepleier	77%	51%
Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	Sykepleier	78%	49%
Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	Spesialsykepleier	81%	61%

Kilde: Statistikk fra PAI registeret, utlevert av Spesialrådgiver Rune Soleng, KS Arbeidsliv stab. En ansatt regnes som heltidsansatt dersom summen av stillingsstørrelsene til alle stillinger vedkommende har i kommunal sektor til sammen er minst 100 prosent. For enkeltkommunene vil en ansatt telle som heltidsansatt også hvis heltid oppnås ved stilling i annen kommune. Merarbeid og overtid inngår ikke i stillingsstørrelsen.

Norsk Sykepleierforbunds Heltidsbarometer viser hvor mange utlyste sykepleierstillinger i kommunal sektor som er heltid eller deltid. Barometeret er basert på

stillingsutlysninger på NAV.no og lages av Retriever på oppdrag fra NSF (NSF 2020). Per 1 mai 2017 var 47 prosent av alle utlyste sykepleierstillinger i kommunal sektor heltidsstillinger. De tilsvarende tallene var 53 prosent 1 mai 2018, 59 prosent 1 mai 2019 og 58 prosent 1 mai 2020. Andel utlyste heltidsstillinger i sykehjem og hjemmesykepleien er mest sannsynlig litt lavere enn oversikten over hele kommunesektoren. Tall fra KS viser at det er tjenestene med turnus i kommunene som har størst utbredelse av deltidsstillinger. Det foreligger imidlertid ikke tall som viser utlyste sykepleierstillinger fordelt på arbeidstid for sykehjem og hjemmesykepleien.

Selv om det har vært en økning i andel heltidsutlyste sykepleierstillinger over tid matcher fortsatt ikke kommunenes tilbud av heltidsstillinger i sykehjem og hjemmesykepleien sykepleiernes ønske om stillingsstørrelse. Et stort flertall (74%) av undersøkte nyutdannede sykepleiere oppga i 2017 at de ønsket å jobbe heltid. Det var kun to prosent som ønsket å jobbe mindre enn 75 prosent (NSF 2017). En helse- og omsorgstjenestesektor som kjennetegnes av mange deltidsstillinger og et stort antall små stillingsstørrelser kan ha problemer med å rekruttere unge sykepleiere fremover fordi mange vil ønske og trenger å jobbe heltid.

## 2.2 Problemer med å tiltrekke nyutdannede sykepleiere

Norsk Sykepleierforbunds studentorganisasjon (NSF Student) gjennomfører årlig en undersøkelse blant nyutdannede sykepleiere hvor det stilles spørsmål om hvilken type tjeneste de ønsker å jobbe i, og hvilken tjeneste de faktisk jobber i ett halvt år etter endt utdanning. Undersøkelsene har lav svarprosent, men kan gi ett inntrykk over utviklingen over tid. Undersøkelsene viser et stabilt mønster. Når vi sammenligner tall fra undersøkelsene som ble gjort i årene 2014, 2017 og 2018 ser vi at et mindretall oppga sykehjem og hjemmesykepleien som førsteprioritet (tabell 2.2). Dette mønsteret var likt i alle undersøkelsene som ble gjennomført i denne tidsperioden.

**Tabell 2.2 Andel nyutdannede sykepleiere som har sykehjem og hjemmesykepleien som førsteprioritet, og hvor stor andel som faktisk jobbet i disse tjenestene ett halvt år etter endt utdanning.**

	Førsteprioritet			Faktisk arbeidssted		
	Sykehjem	Hj.sple.	Totalt	Sykehjem	Hj.spl.	Totalt
2014	8%	12%	20%	18%	17%	35%
2017	9%	12%	21%	20%	15%	35%
2018	8%	12%	20%	17%	17%	34%

Kilde: NSF Student: Avgangsundersøkelsene 2014,2017,2018.

Svarprosent: 2014:30% (N=2764). 2017: 20% (N=5884). 2018: 19% (N=6578). 2019: 8% (N=3738). Tall fra avgangsundersøkelsen i 2019 er utelatt på grunn av svært lav svarprosent.

Undersøkelsene viser at en omtrent like stor andel nyutdannede sykepleiere i 2014 (8%) og i 2018 (9%) hadde sykehjem som førsteprioritet. Andelen som ønsket å begynne å jobbe i hjemmesykepleien var også den samme i 2014 og 2018 (12%).

Over dobbelt så mange som hadde sykehjem som førsteprioritet hadde et halvt år etter at de var ferdigutdannet begynt å jobbe i sykehjem. Forskjellen i andel som hadde hjemmesykepleien som første prioritet og som faktisk begynte å jobbe i hjemmesykepleien var mindre. Dette mønsteret var likt i alle undersøkelsene som ble gjennomført i denne tidsperioden

### *Hvorfor velger så få nyutdannede sykepleiere sykehjem og hjemmesykepleie?*

Nyutdannede sykepleiere svarer i avgangsundersøkelsene på spørsmål om hva som hadde størst betydning for valget av hvilken tjeneste de foretrakk å begynne å jobbe i. Svarene kan si noe om hvorfor så få hadde sykehjem og hjemmesykepleien som førsteprioritet. Arbeidsmiljø og trivsel ble oppgitt som viktigst i alle undersøkelsene som ble gjennomført i årene 2014 til og med 2019. Fagmiljø ble oppgitt som den nest viktigste grunnen i 2014, og tredje viktigste grunnen i 2018. Fast ansettelse ble oppgitt som grunn nummer tre i både 2014 og 2017. Spennende arbeidsoppgaver ble oppgitt som nummer to i 2018 og 2019. I 2019 ble lønn oppgitt som nummer tre.

Sykehjem og hjemmesykepleien kan oppfattes som lite attraktiv på grunn av erfaringer som studentene har gjort seg når de har vært ute i praksis i studieperioden. Det tilrettelegges i for liten grad for oppfølging av studenter (Kristiansen m.fl. 2019). Sykepleierstudenter erfarer at sykehjem og hjemmesykepleien har et lite fagmiljø, at sykepleierne ofte står alene om ansvar, og at de har få eller ingen å spørre om råd. Studenter ser også i praksisperioden at hjemmesykepleiere og sykepleiere i sykehjem jobber under et stort tidspress.

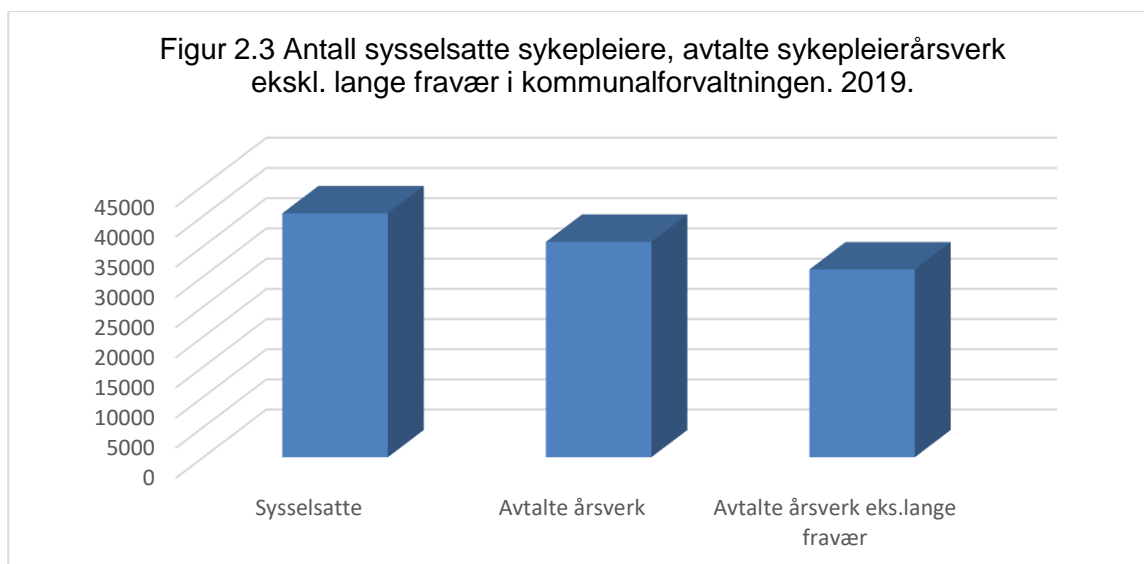
## 2.3 Lange fravær

Helse- og sosialpersonellstatistikken til SSB har data om avtalte årsverk eksklusive lange fravær i kommunene. Statistikken inneholder data for hele den kommunale helse- og sosialtjenesten. Det foreligger ikke data på tjenestenivå. Helse- og omsorgssektoren er imidlertid den største sektoren i kommunen, og statistikken gir derfor en god pekepinn på antall sykepleierårsverk i sykehjem og hjemmesykepleien som går tapt på grunn av lange fravær. Lange fravær er i statistikken definert som legemeldt sykefravær og foreldrepermisjoner. Basert på denne statistikken har Gautun med kolleger (2016) presentert informasjon som viser avtalte sykepleierårsverk og en oversikt antall årsverk som var borte på grunn av lange fravær i 2014 (SSB 2014). Oversikten viser at antall årsverk som var borte på grunn av lange fravær utgjorde 12 prosent av alle sykepleierårsverk i den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Etter 2015 har statistikken blitt noe endret. Statistikken inneholder data over hvor mange avtalte sykepleierårsverk som er borte på grunn av lange fravær i det som heter kommuneforvaltningen. Kommuneforvaltningen omfatter den generelle administrasjonen og oppgaver som er tillagt kommunen, som f.eks. skoler og omsorgstjenester. Helse- og omsorgstjenestene er fortsatt den vanligste arbeidsplassen for sykepleiere i kommunene. Statistikken gir derfor fortsatt en god



pekepinn på andel sykepleierårsverk i sykehjem og hjemmesykepleien som går tapt på grunn av lange fravær. Når man går inn i statistikkbanken finner man tall på hvor mange sykepleiere som var sysselsatt i kommuneforvaltningen, antall avtalte sykepleierårsverk, og antall avtalte årsverk ekskl. lange fravær i 2019 (figur 2.3). Antall sykepleierårsverk som var borte på grunn av lange fravær i 2019 var 12,8 prosent.



Kilde: SSB (2020b). Helse- og personellstatistikken  
<https://www.ssb.no/statbank/table/07944/tableViewLayout/>

Helse- og sosialpersonellstatistikken har ikke informasjon som viser om det blir satt inn, og hvilke personellgrupper som settes inn når sykepleiere er langtids-sykemeldte eller i foreldrepermisjon. En spørreundersøkelse blant alle NSF sine plasstillitsvalgte i sykehjem og hjemmesykepleien fra 2016 undersøkte antall ubesatte sykepleierstillinger og antall stillinger der stillingsinnehaver var langtids-sykemeldt eller i lengre permisjon (Gautun m.fl. 2016). Videre kartla undersøkelsen hvor mange av disse stillingene som ble besatt av annet personell, og hvilke personellgrupper dette dreide seg om. I analysene ble tillitsvalgte i kommuner med ulik størrelse (innbyggertall) sammenlignet. Tillitsvalgte oppga at 10 prosent av det totale antall sykepleierstillinger i tjenestene var ubesatt. Det var små forskjeller mellom sykehjem (11%) og hjemmesykepleien (10%). Informantene oppga i tillegg til andelen ubesatte stillinger at 8 prosent av stillingsinnehaverne var langtidssykemeldte eller i lengre permisjon. Forskjellen mellom sykehjem (9%) og hjemmesykepleien (8%) var liten.

Da antall ubesatte stillinger og stillingsinnehavere som var sykemeldt ble slått sammen, utgjorde dette 18 prosent av det totale antall sykepleierstillinger i sykehjem og hjemmesykepleien. Kartleggingen viste at det ble satt inn annet personell i kun 10 prosent av stillingene. Det var en stor spredning på hvilke personellgrupper som ble satt inn. I overkant av 30 prosent var annet personell enn sykepleiere med helsefaglig bakgrunn på høyskolenivå, og nesten like mange

hadde helsefaglig bakgrunn på videregående nivå. Det ble også satt inn sykepleierstudenter (15 %) og ufaglærte (22 %) på vakter da sykepleiere hadde fravær.

De minste kommunene hadde lavest andel ubesatte stillinger (8%). Kommuner med et innbyggertall på mellom 10 000 og 50 000 kom dårligst ut (13 og 14% ubesatte stillinger). Det tilsvarende tallet for kommuner med over 50 000 innbyggere var ca. 10 prosent. Forskjellene mellom små og store kommuner var imidlertid små når andel langtidssykemeldte og stillingsinnehavere i lengre permisjon ble sammenlignet. Kommuner med et innbyggertall på mellom 10 000 og 50 000 innbyggere skilte seg imidlertid negativt ut med å ha flest sykepleiere som var langtidssykemeldte eller i lengre permisjoner.

## 2.4 Avvik mellom planlagt og faktisk bemanning

I tillegg til lange fravær er det også et høyt korttidsfravær i sykehjem og hjemmesykepleien. Flere av sykepleierne, og helsefagarbeiderne, som settes opp på vakter i turnusene har fravær. En rekke undersøkelser og kartlegginger de siste 10 årene har vist et stort og systematisk avvik mellom planlagt og faktisk bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. Et høyt fravær fører til at mange av sykepleiervaktene blir dekket av personell med lavere kompetanse eller uten helsefaglig utdanning. Et ikke ubetydelig antall vakter, både sykepleiervakter og helsefagarbeidere blir ikke dekket opp med noen (f.eks. Holmeide og Eimot 2010; ECON 2009; Gautun og Hermansen 2011; Gautun m.fl. 2016; Vabø m.fl. 2019; ).

Holmeide og Eimot (2010) og Econ (2009) kartla i 2009 avvik mellom planlagt og faktisk bemanning i 18 kommuner. I kartleggingen ble det hentet inn data fra 6444 planlagte vakter, hvorav 3407 var på sykehjem, på to hverdager, en helg og to påskedager (Holmeide og Eimot 2010). Avdelingsledersykepleierne fylte ut et registreringsskjema med antallet personer (planlagte og faktiske vakter) fordelt per profesjon på dag, kveld og natt. I tillegg ble det gjennomført fokusgruppeintervjuer blant lederne av sykehjemmene og hjemmesykepleien sammen med administrative ledere i kommunene. Kartleggingene konkluderte med at det var store og systematiske avvik mellom planlagt og faktisk bemanning. Avviket var større i sykehjem sammenlignet med i hjemmesykepleien. De to kartleggingene viste at faktisk antall sykepleiere på vakt var 24 prosent lavere enn planlagt. Tilsvarende var det en underdekning for helsefagarbeidere på 18 prosent. Helsefagarbeider-vaktene ble erstattet med ufaglærte. Utfordringene med å få satt inn utdannede vikarer var størst i helger, høytider, ferier og også på kvelds- og nattestid. En landsomfattende spørreundersøkelse blant 4186 sykepleiere som jobbet i sykehjem og hjemmesykepleien året før (dvs. 2011) viste samme mønster. Sykepleierne oppga at det i størst grad var for mange ufaglærte på jobb i helger, ferier og høytider (Gautun og Hermansen 2011).

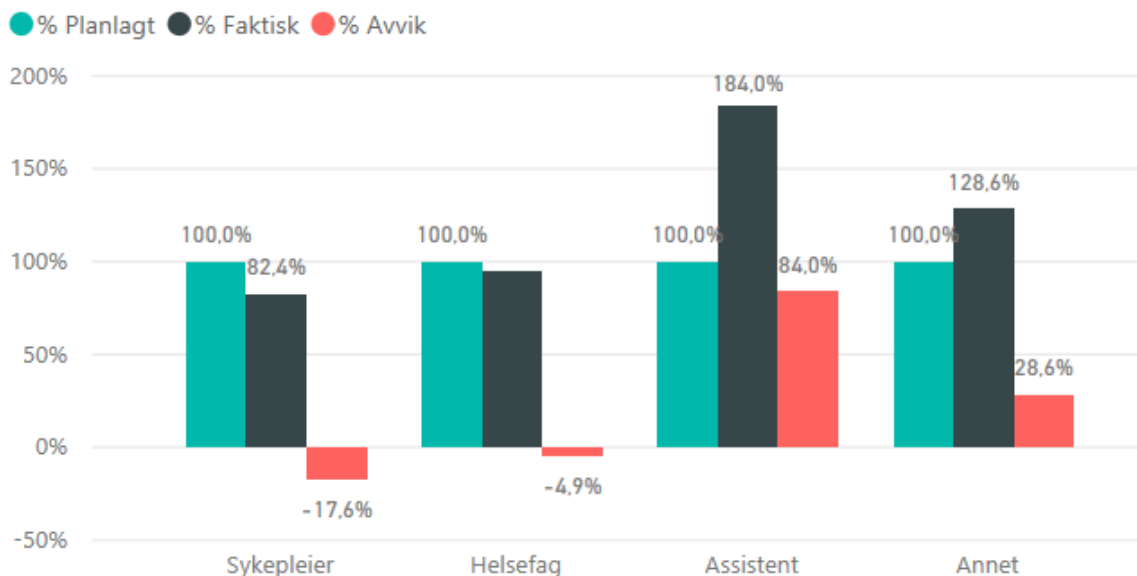
Lederne som deltok i fokusgruppeintervjuene i Holmeide og Eimot (2010) sin studie ga uttrykk for at grunnbemanningen, som både består av antall personer som settes opp på vakter og sammensetningen av kompetanse, i utgangspunktet var på et minimumsnivå. Dette gjaldt spesielt sykepleiere. Minimumsnivået som

den planlagte grunnbemanningen var lagt på, ble sagt å gi stor sårbarhet når det oppstod sykdom og annet ikke planlagt fravær. Grunnbemanningen ble beskrevet som lavest i helger, ferier og høytider, og dermed mer sårbar sammenlignet med vanlige ukedager når fravær oppstod. Sykepleierne i den landsomfattende spørreundersøkelsen til Gautun og Hermansen i 2011 ga uttrykk for det samme.

I 2016 analyserte Gautun og kolleger data fra en kartlegging i 2015 av avvik mellom planlagt og faktisk bemanning som ble gjort av plasstillitsvalgte i NSF sykehjem og hjemmesykepleien i 23 kommuner i to fylkeskommuner (Sør-Trøndelag og Østfold) (Gautun m.fl. 2016). I kartleggingen ble det over en to ukersperiode kartlagt hvor mange sykepleiere som var satt opp på turnusvakter i hjemmesykepleien og i sykehjem, antall sykepleiervakter med fravær, antall vakter som ble dekket opp av sykepleiere, personell med lavere kompetanse og ufaglærte, og antall vakter som ikke ble dekket opp. Kartleggingen viste et fravær på 24 prosent av sykepleiervaktene som ble satt opp i planlagt turnus. Kun 28 prosent av vaktene ble dekket opp av andre sykepleiere eller personell med annen helsefaglig bakgrunn på høyskolenivå. Nesten fire av ti av vakter ble dekket av personell med lavere kompetanse (37 %), og nesten to av ti (17 %) ble dekket av ufaglærte. I snitt var det 18 prosent av vaktene med sykepleierfravær som ikke ble dekket.

NSF har i de senere år gjennomført årlige landsomfattende kartlegginger av avvik mellom planlagt turnus og faktisk bemanning i kommunenes helse- og omsorgstjenester (NSF 2019). Kartleggingene viser hvordan bemanningssituasjonen faktisk er i den enkelte tjeneste, kommune, fylkeskommune og på landsbasis. Kartleggingene blir gjort av tillitsvalgte som innhenter data fra bemanningsplaner og vaktlistene for to ordinære uker i mars. De tillitsvalgte registrerer hvor mange sykepleiere, helsefagarbeidere og andre som er planlagt på vakt (satt opp i turnus), og hvor mange av vaktene som faktisk blir dekket av de ulike personellgruppene. I 2018 ble tilsammen 1046 arbeidsteder i helse- og omsorgstjenestene i kommuner over hele landet kartlagt. Det tilsvarende tallet for 2019 var 1138. Det samlede avviket mellom planlagte og faktiske sykepleiervakter i hele helse- og omsorgssektoren var på 18,6 prosent i 2018, og på 18,3 prosent i 2019.

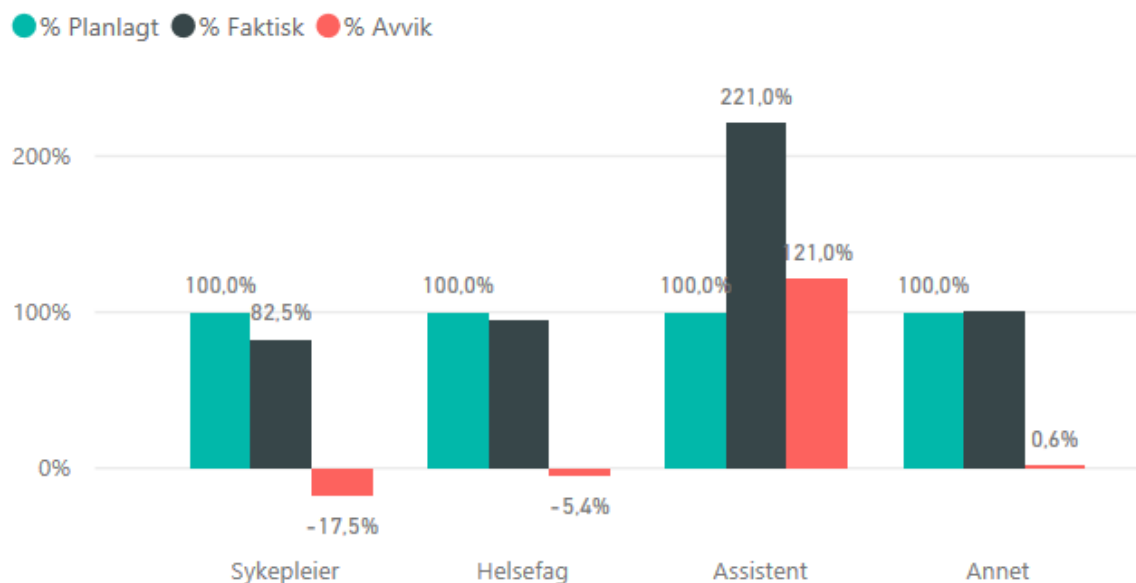
**Figur 2.4 Planlagt og faktisk bemanning for sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte assistentvakter i hjemmesykepleien 2018. I prosent.**



Totalt antall planlagte vakter: sykepleiervakter:33544, helsefagarbeidervakter:20181, assistentvakter:4154, annet:1270

Kartleggingene av sykepleiervakter viste et negativt avvik mellom planlagt og faktisk bemanning i hjemmesykepleien på 17,5 prosent i 2018 og 17,6 prosent i 2019. Kartleggingene viste også et negativt avvik for helsefagarbeidervakter i hjemmesykepleien. I 2018 var det negative avviket for helsefagarbeidervakter på 5,4 prosent. I 2019 var avviket økt til 8,4 prosent. Antall vakter som ble dekket av ufaglærte assistenter når det oppstod fravær blant sykepleiere og helsefagarbeidere var høyt. Det positive avviket for ufaglærte vakter i hjemmesykepleien var på 84 prosent i 2018. Ufaglærte dekket dermed opp nesten dobbelt så mange vakter som de opprinnelig var satt opp på i hjemmesykepleien. Bruken av ufaglærte økte sterkt fra 2018 til 2019 (fra 84 til 121%). Kartleggingene viser at vakter ofte ble dekket av personer uten helsefaglig utdanning når sykepleiere og helsefagarbeidere hadde fravær.

**Figur 2.5 Planlagt og faktisk bemanning for sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte assistentvakter i hjemmesykepleien 2019. I prosent.**

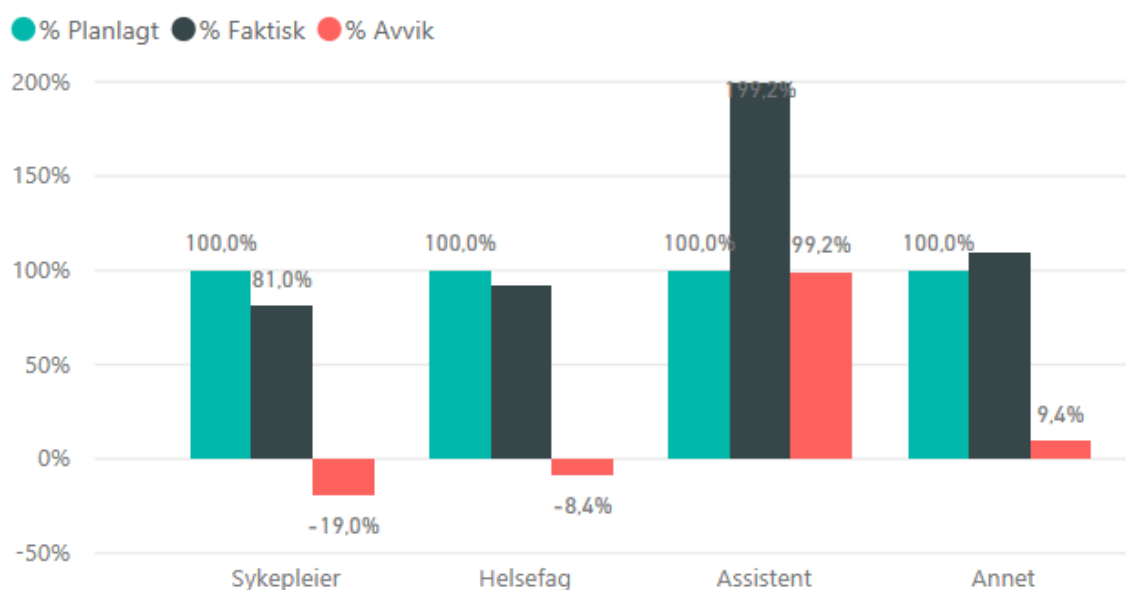


Totalt antall planlagte vakter: sykepleiervakter:33156, helsefagarbeidervakter:35538, assistentvakter:6285, annet:2704

Avvik mellom planlagte og faktiske sykepleiervakter var litt større i sykehjem enn i hjemmesykepleien. I alt 19 prosent av planlagte sykepleiervakter i sykehjem ble ikke bemannet av sykepleiere på grunn av fravær i 2018. Det tilsvarende tallet var 18,7 prosent i 2019. Det negative avviket var også høyere for helsefagarbeidere i sykehjem sammenlignet med i hjemmesykepleien. I alt 8,4 prosent av planlagte helsefagarbeidervakter ble ikke faktisk bemannet med helsefagarbeidere i 2018. Det tilsvarende tallet for 2019 var 8,7 prosent. Kartleggingene viste som for hjemmesykepleien at et stort antall vakter i sykehjem blir dekket av ufaglærte når sykepleiere og helsefagarbeidere har fravær. Over dobbelt så mange vakter som opprinnelig ble planlagt dekket av ufaglærte assistenter i sykehjem ble faktisk dekket av ufaglærte.

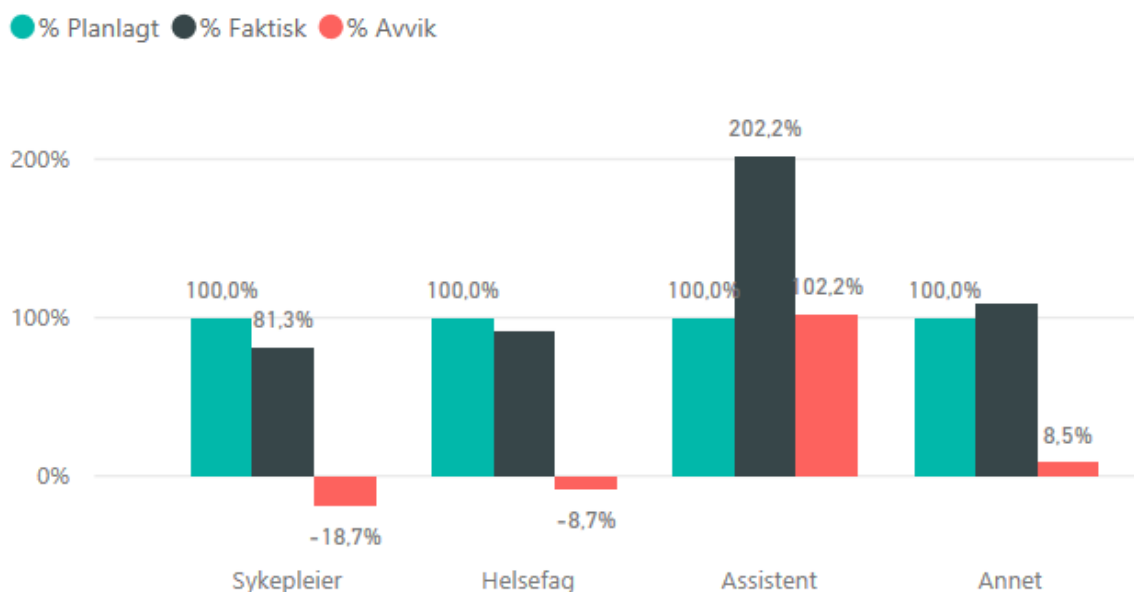
Helsedirektoratet har påpekt at det sett i lys av endringer over flere år av pasientgrupper og økning i bistandsbehov i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er bekymringsfullt at en fjerdedel av årsverk i brukerrettede omsorgstjeneste er ansatte uten helse- og sosialfaglig utdanningsbakgrunn (Helsedirektoratet 2020). Dette forsterkes ifølge Helsedirektoratet ved at hele 42 prosent av disse har utdanningsnivå på ungdomsskole eller lavere.

**Figur 2.6 Planlagt og faktisk bemanning for sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte assistentvakter i sykehjem 2018. I prosent.**



Totalt antall planlagte vakter: sykepleiervakter:46087, helsefagarbeidervakter:32437, assistentvakter:6742, annet:2091

**Figur 2.7 Planlagt og faktisk bemanning for sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte assistentvakter i sykehjem 2019. I prosent.**



Totalt antall planlagte vakter: sykepleiervakter:47604, helsefagarbeidervakter:70959, assistentvakter:13612, annet:3791

Kartleggingene til NSF viste at aviket mellom planlagt og faktisk sykepleiermangel var størst på dagtid i ukedagene. I 2019 var det mer enn 20 prosent av de planlagte sykepleiervaktene som ikke ble bemannet med sykepleiere. På lørdager og søndager var det 12 prosent av de planlagte sykepleiervaktene som ikke var bemannet med sykepleiere.

NSF kartleggingene viser et annet mønster enn Holmeide og Eimots kvalitative studie i 2010 og de landsomfattende spørreskjemaundersøkelsene som Gautun og Hermansen (2011), og Gautun med kolleger (2016) gjennomførte i 2011 og 2016. Disse viste at avvik var størst i helger, ferier og høytider. Ulike funn kan skyldes at kartleggingene i 2018 og 2019 ikke inkluderte ferie og høytidsdager. De ulike funnene kan også skyldes at undersøkelsene ikke har målt det samme. NSF har i 2018 og 2018 kartlagt planlagt og faktisk bemanning, mens undersøkelsene til Gautun og kolleger (2016) har spurt sykepleierne om når de opplever størst avvik. Gautun og kolleger kan ha fanget opp når sykepleierne opplever at tjenestene er mest sårbare for avvik. Selv om NSF finner at avvikene faktisk er mindre i helger, ferier og høytider, kan ansatte i tjenestene oppleve at tjenesten er mer sårbar når det oppstår fravær i helger, ferier og høytider fordi grunnbemanningen da er lavere sammenlignet med hva som er tilfelle på dagtid i ukedagene. Kartleggingene til NSF viser store variasjoner i antall avvik både på fylkes-, – kommune og virksomhetsnivå.

### *Hva ligger bak avvik?*

Avvik mellom planlagt og faktisk sykepleierbemanning oppstår når det ikke settes inn andre sykepleiere som dekker vakter når sykepleiere enten blir syke, går ut i foreldrepermisjon, andre permisjoner, deltar på kurs eller har annet fravær.

### Sykefravær

I flere undersøkelser har administrative ledere, tjenesteledere og sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien oppgitt at det største avviket mellom planlagt og faktisk bemanning skyldes sykefravær (Holmeide og Eimot 2010; ECON 2009; Gautun 2012, Gautun og Bratt 2014; Gautun m.fl. 2016). Sykefraværet har over flere tiår vært stabilt høyt i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og burde derfor være forutsigbart og tas hensyn til når ressurser tildeles helse- og omsorgstjenestene og turnusplaner i den enkelte tjeneste settes opp. I perioden 2003–2010 varierte det totale sykefraværet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene mellom 9 og 10 prosent (SSB: Statistikkbanken). I perioden 2008 til og med 2017 har sykefraværet i kommunenes helse- og omsorgstjenester ligget på rundt 11 prosent. I 2018 var sykefraværet 11,6 prosent (Helsedirektoratet 2018).

Tabell 2.3 viser egenmeldt og legemeldt sykefravær for spesialsykepleiere og sykepleiere i pleie- og omsorgsinstitusjoner og hjemmetjenesteomsorgen i 2019. Statistikken som er hentet fra KS PAI register viser et samlet sykefravær på 12 prosent for alle sykepleierne som jobbet i institusjons- og hjemmetjenesteomsorgen i kommunene. I alt 10,6 prosent var legemeldt sykefravær. Spesialsykepleierne hadde et lavere sykefravær enn sykepleiere. Det samlede sykefraværet var omtrent likt i hjemmetjenestene og institusjonsomsorgen.

**Tabell 2.3 Egenmeldt og legemeldt sykefravær for spesialsykepleiere og sykepleiere i institusjon og hjemmetjenesteomsorgen i kommunene per 1 desember 2019. Prosent.**

Funksjon	Stilling	Samlet sykefravær	Egenmeldt sykefravær	Legemeldt sykefravær
Begge funksjoner	Begge	12,0%	1,5%	10,6%
	Spesialsykepleier	11,5%	1,3%	10,2%
	Sykepleier	12,2%	1,5%	10,7%
Bistand, pleie og omsorg i institusjoner for eldre og funksjonshemmede	Begge	12,4%	1,6%	10,8%
	Spesialsykepleier	11,6%	1,5%	10,0%
	Sykepleier	12,5%	1,6%	10,9%
Bistand, pleie og omsorg til hjemmeboende	Begge	12,3%	1,5%	10,9%
	Spesialsykepleier	12,2%	1,3%	11%
	Sykepleier	12,3%	1,5%	11%

Kilde: Statistikk fra PAI registeret, utlevert av Spesialrådgiver Rune Soleng, KS Arbeidsliv stab og analyse.

Gautun og Bratt (2014) gjennomførte i 2014 en undersøkelse om hva NSF tillitsvalgte i tjenestene anså som å være optimal bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. I alt 431 tillitsvalgte i tjenester over hele landet deltok i undersøkelsen. Optimal bemanning ble definert som hva informantene oppfattet var nødvendig bemanning i tjenesten de jobbet i. Undersøkelsen avdekket et stort avvik mellom planlagt og faktisk bemanning for sykepleiervakter og helsefagarbeidervakter, men undersøkelsen fant lite avvik mellom planlagt og optimal bemanning. De fleste av informantene mente altså at tjenestene hadde vært optimalt bemannet dersom alle sykepleierne og hjelpepleierne som ble satt opp i turnus hadde vært på jobb. Grunnbemanningen var imidlertid så lav at det ikke var nok sykepleiere og helsefagarbeidere på jobb når det oppstod fravær. Studien konkluderte med at for å klare å dekke sykepleiervakter og helsefagarbeidervakter når det oppstod sykefravær hadde det måttet blitt tatt høyde for forventet sykefravær. Både når det på toppnivå i kommunen ble fordelt midler til helse- og omsorgssektoren, og når det i turnusplanene ble satt opp personell på vakter i det enkelte sykehjem eller hjemmesykepleietjeneste.

Det fremkommer i undersøkelser at stramme økonomiske rammer, problemer med rekruttering, lite utviklede rapporteringssystemer, dårlig organisering av tjenestene, samt dårlig ledelse påvirker omfanget av avvik mellom planlagt og faktisk bemanning (Gautun 2012; Norgesbarometeret 2011, Gautun og Bratt 2014).

#### Stramme økonomiske rammer

I en kvalitativ studie om hva som lå bak avvik mellom planlagte og faktiske sykepleiervakter i 2012 var administrative toppleder, ledere i sykehjem og hjemmesykepleien i fem undersøkte kommuner samstemte om at stramme økonomiske



rammer hadde stor betydning for omfanget av avvik i deres kommuner (Gautun 2012). Informantene i en spørreundersøkelse som ble gjennomført blant 431 plasstillitsvalgte NSF sykepleiere i 2014 ga uttrykk for det samme (Gautun og Bratt 2014). Stramme økonomiske rammer ble oppgitt som en begrensning for hvor mange sykepleiere og helsefagarbeidere som ble ansatt i tjenestene, noe som førte til at tjenestene konstant fikk problemer med å ha nok sykepleiere på jobb når det oppstod fravær. Nesten to av ti tillitsvalgte i studien som ble gjennomført i 2012 oppga at de opplevde et press fra tjenesteleder om ikke å hente inn vikarer av økonomiske grunner.

### Problemer med å rekruttere

Flere av informantene i casestudien i de fem kommunene fortalte at avvik ikke bare hadde å gjøre med en vanskelig økonomisk situasjon, men at det også handlet om at tjenestene hadde problemer med å rekruttere (Gautun 2012). For det første var det vanskelig å rekruttere tilstrekkelig med sykepleiere til faste stillinger, og for det andre var det også vanskelig å få leid inn vikarer. Problemer med å rekruttere ble forklart med at det var for lite personell å spille på i geografisk nærhet, at sykepleiere foretrakk å jobbe i sykehus, og enkelte erfarte også å bli utkonkurrert av andre kommuner som tilbød høyere lønn. Undersøkelser viser at utfordringer med å rekruttere har blitt enda vanskeligere etter at denne undersøkelsen ble gjennomført i 2011 (f.eks. NAVs Bedriftsundersøkelser; Kristiansen m.fl. 2019). NAVs Bedriftsundersøkelser viser at det spesielt har vært en sterk vekst i antall ubesatte sykepleierstillinger de siste fem årene. Denne utviklingen kan være en viktig forklaring på det høye antallet avvik mellom planlagt og faktisk bemanning av sykepleiervakter som NSF har registrert i sykehjem og hjemme-sykepleien i 2018 og 2019.

### For dårlige rapporteringssystemer

Flere av informantene i casestudien som Gautun gjennomførte i fem kommuner i 2012 kom inn på at avvik mellom planlagt og faktisk bemanning også kunne forklares med at det ikke var utviklet systemer som sørget for en god rapportering opp til den administrative toppledelsen og til det politiske nivået i kommunen. Mangelfullt utviklede rapporteringssystemer førte til at det var vanskelig for beslutningstakere å få oversikt. Dårlige rapporteringssystemer gjorde det vanskelig å beregne hva tjenestene kostet og å beregne treffsikre økonomiske rammer. I en undersøkelse som ble gjennomført i 2011 blant kommunepolitikere, ordførere og rådmenn oppga et flertall av informantene at kommunene ikke hadde utarbeidet en statusrapport om kommunenes helse- og omsorgstilbud og bemanningssammensetningen. Den administrative og politiske ledelsen i kommunene ga uttrykk for at de manglet nødvendige oversikter som kunne legges til grunn når de gjorde vedtak om økonomiske rammer for sektoren (Norgesbarometeret 2011). Et flertall av kommunestyrerepresentantene etterlyste informasjon om bemanning og kvalitet i kommunenes helse- og omsorgstjenester i noen eller stor grad. Fire av ti representanter i kommunestyret svarte at de ikke hadde et godt nok beslutningsgrunnlag i budsjettbehandlingen for å vurdere hvilke endringer som eventuelt burde gjøres i kommunens helsetjenester. De som satt i

utvalget som behandlet helse- og omsorgstjenestene, mente i større grad enn de som ikke gjorde det, at de hadde et godt beslutningsgrunnlag, men også blant disse var det over en tredjedel som mente de ikke hadde et godt beslutningsgrunnlag. Videre mente fire av fem i kommunestyret at folkevalgte burde få rapport om planlagt og faktisk bemanningssammensetning innenfor helse- og omsorgstjenestene (sykehjem og hjemmesykepleien) i kommunene til politisk behandling.

Informanter i casestudien som Gautun gjennomførte i 2012 fortalte at selv om kommuneøkonomien var presset, så skjedde det også forhandlinger og konkurranse om midler mellom sektorledere i kommunene opp mot rådmannen og den politiske ledelsen (Gautun 2012). Gode rapporteringssystemer som synliggjorde behov og utgifter ble sagt at økte sannsynligheten for at sektoren ble prioritert, og for at sektoren ble tilført mer realistiske økonomiske rammer, noe som igjen hadde betydning for avvik.

#### Dårlig organisering og ledelse av tjenestene

Ansatte i sykehjem og hjemmesykepleien har også i undersøkelser oppgitt at en for dårlig organisering av tjenestene og dårlig ledelse påvirker omfanget av avvik mellom planlagt og faktisk bemanning (Gautun og Bratt 2014). Omlag fire av ti tillitsvalgte i sykehjem og omkring tre av ti tillitsvalgte i sykehjem oppga i en landsomfattende spørreundersøkelse i 2014 at de var helt eller delvis enig i at avvik oppstår fordi tjenesten er for dårlig organisert (Gautun og Bratt 2014). Omlag fire av ti av de 242 undersøkte tillitsvalgte i sykehjem, og omkring tre av ti av de 163 undersøkte tillitsvalgte i hjemmesykepleien sa seg også helt eller delvis enig i utsagnet om at avvik oppstod fordi ledere som hadde ansvar for å sette opp turnus ikke gjorde nok for å få tak i utdannede vikarer (Gautun og Bratt 2014).

## 2.5 Sykepleiere som forlater de kommunale helse- og omsorgstjenestene

SSB publiserte i 2017 en kartlegging over antall sykepleiere som hadde byttet arbeidsted og forlatt yrket i løpet av de 10 første årene etter slutført sykepleierutdanning (Skjøstad m.fl. 2017). I alt 3 452 sykepleiere som var nyutdannet våren 2004 ble fulgt over en tiårsperiode. Kartleggingen viste at halvparten av sykepleierne hadde begynt å jobbe i sykehus etter endt studium, og at fire av ti hadde begynt å jobbe i kommunens helse- og omsorgstjenester. Ti år etter fullført utdanning jobbet kun 8 av 10 i helsetjenestene, som omfattet spesialist-helsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten, kommunehelsetjenesten og annen helsetjeneste. Sykepleierne som ikke jobbet i helsetjenesten bestod av to grupper. Den ene gruppen bestod av personer som av ulike årsaker ikke var i jobb. Den andre gruppa bestod av personer som sluttet i helsetjenesten for å begynne i andre næringer. Disse jobbet hovedsakelig innen offentlig administrasjon, sosialtjenester, undervisning, butikk og i vikarbyråer.

Spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten hadde mistet en like stor andel sykepleiere, men nettoeffekten i helse- og omsorg var mindre siden mange av dem som sluttet i spesialisthelsetjenesten begynte å jobbe

i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Flere gikk fra spesialisthelsetjenesten til helse- og omsorgstjenesten enn motsatt. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten klarte dermed å erstatte frafallet i større grad enn spesialisthelsetjenesten.

Skjøstad med kolleger (2017) hevdet at en mulig forklaring på at noen av sykepleiere flyttet seg fra sykehus til helse- og omsorgstjenesten skyldtes bedre arbeidsforhold i kommunene, og at det var lettere for småbarnsforeldre å kombinere jobb med omsorg for barn i de kommunale tjenestene. Dette bildet kan ha endret seg etter samhandlingsreformen i 2012. Med reformen ble flere oppgaver overført fra sykehus til kommunene, noe som har ført til et større press på kommunenes helse- og omsorgstjenester. Evalueringer, registerdata, kommunale regnskap og undersøkelser som er gjennomført i kommuner og blant sykepleiere som jobber i sykehjem og hjemmesykepleien viser at ressursinnsatsen i helse- og omsorgssektoren ikke står i forhold til de økte oppgavene etter samhandlingsreformen (Haukelien m. fl. 2015; Gautun og Syse 2013; Gautun m.fl. 2016; Riksrevisjonen 2016; Theie m.fl. 2018; Kristiansen m.fl. 2019; Gautun 2020). Sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien ga i en landsomfattende spørreundersøkelse i 2013 uttrykk for at tjenestene de jobbet i ikke hadde blitt tilført tilstrekkelig med ressurser i form av personell, kompetanse og medisinsk teknisk utstyr for å klare å ta imot og yte et godt tilbud til det økte antall pasienter som kom fra sykehus (Gautun og Syse 2017). I landsomfattende spørreundersøkelser som ble gjennomført blant sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien i 2016 og 2017 ga også et stort antall sykepleiere uttrykk for at ressursene var for knappe til at de klarte å gi pasientene god nok omsorg og behandling (Gautun m.fl. 2016; Gautun 2020). Et stort flertall av informantene ga uttrykk for et stort tidspress som både førte til store arbeidsbelastninger og til at pasientene ikke fikk et godt nok tilbud.

### *Turnover registrert i KS PAI-register*

KS har i PAI-registeret statistikk som viser turnover i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Den siste oppdatering ble gjort i desember 2019. Turnover er definert som å ha sluttet å jobbe i kommunesektoren. Dataene som presenteres i tabell 2.4 er basert på sykepleiere i institusjoner for eldre og funksjonshemmede og hjemmesykepleien som var ansatt i en stilling i 2018), men som ikke var ansatt i kommunesektoren året etter (2019).

**Tabell 2.4 Turnover i institusjonsomsorgen og hjemmetjenestene i kommunene (2018–2019).**

		Avgang 2018–2019
Helse- og omsorgstjenester i institusjon	Sykepleier	11,8%
Helse- og omsorgstjenester i institusjon	Spesialsykepleier	11,8%
Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	Sykepleier	10,9%
Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	Spesialsykepleier	10,6%

Kilde: Mottatt statistikk fra PAI-registeret fra Spesialrådgiver Rune Soleng, KS Arbeidsliv stab og analyse. Avgang er andelen av de som var ansatt i den aktuelle kombinasjonen av stilling og funksjon per 1.12.2018 som ikke var ansatt i noen stilling i kommunal sektor per 1.12.2019.

Turnover/avgang er definert som andelen av de som var ansatt i institusjon eller tjenester til hjemmeboende per 1.12. 2018, men som ikke var ansatt i noen stilling i kommunal sektor per 1.12. 2019. I alt 11,8 prosent av sykepleierne og spesialsykepleierne som jobbet i institusjon i per 1.12. 2018 var ikke ansatt i tjenestene, og heller ikke i kommunesektoren per 1.12. 2019. Andelen var litt lavere for sykepleiere som jobbet i hjemmetjenestene. I alt 10,9 prosent av hjemmesykepleierne og 10,6 prosent av spesialsykepleierne som jobbet i hjemmetjenestene hadde forlatt kommunesektoren.

#### *Halvparten av sykepleierne oppga i 2016 at de ønsket å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien*

Den landsomfattende spørreundersøkelsen som ble gjennomført blant 4945 sykepleiere i 2016 kartla hvor mange som vurderte å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien (Gautun m.fl. 2016). Omlag fire av ti oppga at de ønsket å fortsette på sitt nåværende arbeidssted, tre av ti ønsket å skifte jobb og tre av ti var usikre. Halvparten av respondentene ønsket å slutte eller var usikre på om de ville fortsette å jobbe i sykehjem eller hjemmesykepleie. En overvekt av de som ønsket å slutte/var usikre på om de ville fortsette med å jobbe i sykehjem eller hjemmesykepleien var: unge, hadde jobbet få år i sykehjem eller hjemmesykepleie, og bodde i de største kommunene.

#### *Hvorfor ønsker sykepleierne å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien?*

Det fremkom i undersøkelsen som ble gjennomført i 2016 blant de 4945 sykepleierne at meningsfulle og interessante arbeidsoppgaver var den viktigste motivasjonen for at de hadde begynt å jobbe på sitt nåværende arbeidssted (Gautun m.fl. 2016). Nesten alle oppga at ønsket om å bidra til en best mulig livssituasjon for pasientene hadde svært stor eller stor betydning (87%) for at de hadde begynt å jobbe på sitt nåværende arbeidssted. Et stort flertall oppga også at de hadde valgt arbeidsstedet fordi de opplevde det som meningsfullt å jobbe med eldre (78%) og kronisk syke (65%).

Halvparten oppga imidlertid at de vurderte å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien. Sykepleierne oppga flere grunner (Gautun m.fl. 2016). Et stort flertall av dem som vurderte å slutte å jobbe i sykehjem eller i hjemmesykepleie

oppga at følgende hadde svært stor eller stor betydning: arbeidsbelastningen er stor (82 %) og tidspresset er for stort til at de klarer å gi pasientene det de trenger (77 %). Et flertall oppga også at det er for få sykepleiere på jobb (67 %), for få kompetansehevendende tiltak i tjenesten (64 %), og lite mulighet til å utvikle tjenesten (60 %). Videre svarte halvparten at følgende hadde svært stor eller stor betydning: dårlig ledelse (53 %), lønna er for lav (50%), de må jobbe vakter på tidspunkt de ikke ønsker (50 %), jobber for mye alene (50 %), begrensede karrieremuligheter (47 %), lite faglig engasjement (48 %), og begrenset mulighet til videreutdanning og spesialisering (46 %). I overkant av fire av ti (44 %) oppga også at pasientene opplever kritikkverdige forhold (44 %), 38 prosent oppga at arbeidsoppgavene er lite varierte, og 36 prosent at tjenesten har for lav status. To av ti ville slutte fordi de ikke hadde fått en heltidsstilling.

**Tabell 2.5 Forhold som hadde stor/svært stor betydning for at sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien vurderte å slutte å jobbe i sykehjem og/eller hjemmesykepleien (N=2419).**

Utsagn	
Arbeidsbelastningen er for stor	82%
Tidspresset er for stort til at jeg klarer å gi pasientene det de trenger	77%
For få sykepleiere	67%
For få kompetansehevendende tiltak i tjenesten	64%
Lite mulighet til å utvikle tjenesten	60%
Dårlig ledelse	53%
Lønna er for lav	50%
Må jobbe vakter på tidspunkt jeg ikke ønsker	50%
Jobber for mye alene	50%
Begrensede karrieremuligheter	47%
Lite faglig engasjement på arbeidsstedet	48%
Begrenset mulighet til videreutdanning og spesialisering	46%
Pasientene opplever kritikkverdige forhold	44%
Arbeidsoppgavene er lite varierte	38%
Tjenesten har lav status	26%
Får ikke heltidsstilling	21%
Dårlig forhold til kollegaer	19%

Tabellen er hentet fra rapporten Gautun, Øien og Bratt (2016). Underbemanning er selvforsterkende (side 76).

Multivariate analyser viste at fysiske og psykiske arbeidsbelastninger hadde størst effekt på sykepleiernes ønske om å slutte å jobbe i disse tjenestene (82%) (Bratt og Gautun 2018). Det var flest unge sykepleiere som ønsket å slutte, og disse rapporterte også de største arbeidsbelastningene. Multivariate analyser (regresjonsanalyser) viste også en sterk og signifikant sammenheng mellom kvalitet (målt ved hjelp av flere ulike spørsmål) og ønsket om å slutte i sykehjem og hjemmesykepleien (Bratt og Gautun 2018).

## 2.6 Oppsummering

Mangel på sykepleiere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er kartlagt gjennom flere innfallsvinkler og med ulike datakilder. Når man sammenstiller kartlegginger, statistikk og forskning som viser omfanget av ubesatte stillinger, lange fravær, avvik mellom planlagt og faktisk bemanning, i hvilken grad sykehjem og hjemmesykepleien klarer å tiltrekke seg nyutdannede sykepleiere, samt klarer å beholde arbeidskraft, avdekkes en stor og økende mangel på sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien. Tjenestene har også i økende grad problemer med å rekruttere helsefagarbeidere. Utviklingen medfører at stadig flere ufaglærte jobber i sykehjem og hjemmesykepleien.

En rekke undersøkelser viser at kommunene har problemer med å rekruttere personell med helsefaglig utdanning til helse- og omsorgstjenestene. Sykepleierne er den yrkesgruppen som er vanskeligst å rekruttere. NAVs årlige bedriftsundersøkelser viser at antallet ubesatte sykepleierstillinger i helse- og sosialtjenestene økte fra 2050 i 2014 til 5600 i 2019. Ubesatte stillinger for helsefagarbeiderstillinger økte fra 1050 til 2650 i samme tidsperiode.

Forskningslitteraturen har løftet frem at følgende forhold kan forklare at sykehjem og hjemmesykepleien har problemer med å rekruttere sykepleiere: store arbeidsbelastninger, lite fagmiljø og mulighet til kompetanseutvikling, lønnsnivå, og at sykepleierstudenter får et dårlig inntrykk av tjenestene når de gjennomfører praksisperioden i sykehjem og hjemmesykepleien. Sykehus er den mest attraktive tjenesten for nyutdannede sykepleiere. I 2018 hadde kun omlag 8 prosent sykehjem som førsteprioritet. I alt 17 prosent jobbet i sykehjem ett halvt år etter at de var ferdigutdannet. De tilsvarende tallene for hjemmesykepleien var 12 og 17 prosent. Nyutdannede sykepleiere har i avgangsundersøkelsene oppgitt at hvilke tjenester de ønsker å begynne å jobbe i er påvirket av hvor de oppfatter at det er et godt arbeidsmiljø og fagmiljø, spennende arbeidsoppgaver, mulighet til å få fast ansettelse, samt lønnsnivå. En utstrakt bruk av deltidsstillinger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan også være med på å forklare at nyutdannede sykepleiere unngår sykehjem og hjemmesykepleien. To tredjedeler av nyutdannede sykepleiere oppgir at de ønsker å jobbe heltid. KS Pai-register viser imidlertid at under halvparten av sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien hadde heltidsstilling i 2019.

SSBs helse- og personellstatistikk viser at antall sykepleierårsverk som var borte på grunn av lange fravær (legemeldt sykefravær og foreldrepermisjon) var på i underkant av 13 prosent i 2019. Spørreundersøkelser blant sykepleiere som jobber i sykehjem og hjemmesykepleierne viser at mange av stillingene blir stående ubesatt. Undersøkelser viser også et høyt korttidsfravær blant sykepleiere som jobber i sykehjem og hjemmesykepleien. Avvik mellom planlagt og faktisk bemanning har vært systematisk høyt i tjenestene over flere år. Landsomfattende kartlegginger i regi av NSF har vist at det samlede avviket mellom planlagte og faktiske sykepleiervakter i sykehjem og hjemmesykepleien var på i underkant av 18 prosent både i 2018 og i 2019. Det vil si at en av fem sykepleiervakter var uten

sykepleiere. Avviket var større i sykehjem sammenlignet med i hjemmesykepleien. Det negative avviket for helsefagarbeidere var på 5,5 prosent i 2018 og hadde økt til 8,4 prosent i 2019. Kartleggingene viser at antall vakter som dekkes av ufaglærte er høyt, og økte betydelig fra 2018 til 2019.

Avvik mellom planlagt og faktisk sykepleierbemanning oppstår når det ikke settes inn sykepleiere i vakter når sykepleiere enten blir syke, går ut i foreldrepermisjon, andre permisjoner, deltar på kurs eller har annet fravær. Flere undersøkelser viser at det største avviket skyldes sykefravær. Sykefraværet har over flere tiår vært stabilt høyt i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Statistikk fra KS PAI-register viser at egenmeldt og legemeldt sykefravær for spesialsykepleiere og sykepleiere i omsorgsinstitusjoner og hjemmetjenestene var på 12 prosent i 2019. Spesialsykepleierne hadde noe lavere sykefravær enn sykepleierne.

Undersøkelser viser at stramme økonomiske rammer, problemer med rekruttering, for dårlig utviklede rapporteringssystemer, dårlig organisering og dårlig ledelse har en negativ innvirkning på omfanget av avvik mellom planlagt og faktisk bemanning av sykepleiervakter.

Kartlegginger og undersøkelser viser at sykehjem og hjemmesykepleien mister sykepleiere. SSB publiserte i 2017 en kartlegging over antall sykepleiere som hadde byttet arbeidssted og forlatt yrket i løpet av de 10 første årene etter sluttført sykepleierutdanning. To av ti sykepleiere hadde sluttet å jobbe i helsetjenestene (som både omfattet spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten). Statistikk fra KS PAI-register viser at omlag 12 prosent av sykepleierne og spesialsykepleierne som jobbet i omsorgsinstitusjoner i 2018 hadde sluttet å jobbe i kommunesektoren året etter. Det tilsvarende tallet for hjemmetjenestene var 11 prosent.

En undersøkelse blant 4945 sykepleiere som jobbet i sykehjem og hjemmesykepleien i 2016 viste at halvparten av informantene ønsket å slutte eller var usikre på om de ville fortsette å jobbe i sykehjem eller hjemmesykepleien.

Informantene oppga flere ulike grunner til at de vurderte å slutte. Det handlet om arbeidsbelastninger, et stort tidspress som gikk ut over kvaliteten på tjenesten, for lite fagmiljø og mulighet til kompetanseheving og videreutdanning, dårlig ledelse og for lav lønn. To av ti oppga at de ønsket å slutte fordi de ikke fikk fast jobb og heltidsstilling. Arbeidsbelastninger hadde størst effekt på ønsket om å slutte å jobbe i disse tjenestene. Det var også en sterk sammenheng mellom dårlig kvalitet på tjenesten og ønsket om å slutte.

## 3 Konsekvenser av mangel på sykepleiere

---

I dette kapitlet presenteres forskning som kan si noe om konsekvenser av mangel på sykepleiere, spesialsykepleiere og kompetanseheving i tjenestene. Kapitlet er organisert under følgende hovedoverskrifter: 1) mangel på sykepleiere og kvalitet, 2) mangel på spesialsykepleiere, kompetanseheving i tjenestene og kvalitet, 3) mangel på sykepleiere og fysiske og psykiske arbeidsbelastninger, 4) mangel på sykepleiere og prioriteringsutfordringer, 5) konsekvenser for familieomsorgsgivere, 6) framvekst av et privat kommersielt helse- og omsorgstjenestemarked.

### 3.1 Mangel på sykepleiere og kvalitet

I denne delen vil det for det første bli gjort rede for tre undersøkelser som har undersøkt sammenhenger mellom sykepleiermangel og kvalitet ved hjelp av landsomfattende spørreundersøkelser blant sykepleiere som jobber i sykehjem og hjemmesykepleien (Gautun og Bratt 2014; Haukelien, Vike og Vardheim 2015; Gautun, Øien og Bratt 2016). For det andre presenteres resultater fra spørreundersøkelser som har blitt gjennomført blant brukere og pårørende i Norge om underbemanning og kvalitet i sykehjem og hjemmesykepleien (Theie m.fl. 2018; Ugreninov m.fl. 2017).

#### Sterk sammenheng mellom bemanning og kvalitet sett med tillitsvalgtes øyne

Gautun og Bratt (2014) gjennomførte i 2014 en landsomfattende undersøkelse blant 431 av Norsk Sykepleierforbund sine plasstillitsvalgte i sykehjem og hjemmesykepleien om bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien. Informantene ble bedt om å vurdere en rekke utsagn om kvalitet og faglig forsvarlighet i tjenesten de jobbet i. Et stort flertall av de tillitsvalgte rapporterte at sykepleierne som jobbet i tjenestene daglig eller ukentlig opplevde at tiden til den enkelte pasient ikke strakk til. Seks av ti sykehjeminformanter og fire av ti hjemmesykepleieinformanter oppga at de opplevde dette daglig. I tillegg oppga 37 prosent av informantene i hjemmesykepleien og 25 prosent av informantene i sykehjem at de ukentlig opplevde at tiden til den enkelte pasient ikke strakk til. Informantene ble bedt om å ta stilling til en rekke utsagn om kvalitet og faglig forsvarlighet i tjenesten de jobbet i, og ga følgende svar:

- Nesten åtte av ti i sykehjem og seks av ti i hjemmesykepleien sa seg helt enig eller delvis enig i utsagnet om at pasientene fikk tilstrekkelig med legetilsyn og medisinsk behandling.
- 35% i sykehjem og 41% i hjemmesykepleien sa seg helt enig/delvis enig i at ernæring, hygiene, pleie og andre omsorgsbehov ikke ble godt nok ivare tatt.
- Omlag syv av ti både i sykehjem og hjemmesykepleien sa seg helt enig/delvis enig i at den faglige forsvarligheten ble godt ivaretatt.



- Åtte av ti i sykehjem og åtte av ti i hjemmesykepleien sa seg helt enig/delvis enig i at pasientsikkerheten var god.
- Ni av ti i sykehjem og ni av ti av i hjemmesykepleien sa seg helt enig/delvis enig i at pasientene følte seg trygge.
- I overkant av seks av fire både i sykehjem og hjemmesykepleien sa seg helt enig/delvis i at pasientene ikke ble tilstrekkelig stimulert i sitt dagligliv.

Analysene viste en sterk sammenheng mellom bemanning (antall sykepleiere og helsefagarbeidere på ulike tidspunkt) i sykehjem og opplevd kvalitet i tjenesten (Gautun og Bratt 2014)

#### For få sykepleiere på jobb fører til at viktige sykepleieoppgaver delegeres til personell med lavere kompetanse eller til ufaglærte

Haukelien og Vardheim gjennomførte i 2015 en spørreundersøkelse blant 2705 sykepleiere som jobbet i sykehjem og hjemmesykepleien, der informantene ble bedt om å vurdere en rekke utsagn om aspekter ved kvalitetsbegrepet, som individuell tilpasning, samordning av tjenester og hvorvidt tjenester dekket fysiske og sosiale behov (Haukelien og Vardheim 2015). Forskerne fant store forskjeller mellom svarene til ledere og sykepleiere som ikke var ledere.

- Kun 35 prosent av sykepleierne uten lederstilling mente at pasientenes behov for sosial kontakt og fellesskap ble ivaretatt godt nok. Det tilsvarende tallet for ledere var 51 prosent.
- Omlag halvparten (53%) av lederne var enig i at tjenesten hadde tid til å ivareta pasientenes behov for omsorg, mens kun 35 prosent av sykepleierne uten lederstilling var enig i dette.
- I alt 75 prosent av lederne, mens kun 55 prosent av sykepleierne som ikke var ledere uttrykte at ernæring ble ivaretatt på en god måte.
- Et stort flertall (73%) av sykepleierne som ikke var ledere, og godt over halvparten (57%) av lederne uttrykte at det ble brukt for liten tid på den enkelte pasient.
- Om lag syv av ti (73%) av lederne, og seks av ti (63%) av sykepleierne som ikke var ledere svarte at pasientene fikk tilstrekkelig med legetilsyn og medisinsk behandling.
- Nesten åtte av ti ledere (76%), men kun fire av ti (41%) sykepleiere som ikke var ledere var enig i at avviksmeldinger ble tatt på alvor og fulgt opp slik at avvik lukkes.

Et stort flertall (87%) av informantene ga uttrykk for at arbeidsmengden hadde økt fordi tjenestene tok imot stadig flere og sykere pasienter fra sykehus uten at bemanningen var trappet opp tilsvarende. Kun omlag halvparten (54%) var helt enig/delvis enig i at tjenesten de jobbet i var tilstrekkelig bemannet til å klare å ta imot pasienter fra sykehus. Bemanningsutfordringene så ut til å være noe større i hjemmesykepleien sammenlignet med i sykehjem.

Undersøkelsen fant at økt arbeidsmengde hadde resultert i en forskyvning av arbeidsoppgavene mellom sykepleiere og helsefagarbeidere, og til at enkelte sykepleieroppgaver hadde blitt nedprioritert. Det store tidspresset førte til at sykepleierne måtte konsentrere seg om oppgaver som krevde deres kompetanse på medisinske prosedyrer, og at de i mindre grad fikk tid til å gjøre helhetlige vurderinger som grunnlag for forebyggende tiltak. En konsekvens av dette var at eldre mennesker med mindre spesialiserte behov ble nedprioritert. Videre fortalte forskerne at oppgaver som sårstell og medisiner i økende grad hadde blitt delegert fra sykepleierne til personell med lavere kompetanse eller ufaglærte. Sykepleierne oppga at tilstander som f.eks. sår hadde utviklet seg til å bli mer alvorlig enn om sykepleierne hadde hatt tid til å ha tilsyn og følge med.

### Sterk sammenheng mellom mangel på sykepleiere og opplevd kvalitet på grunnleggende sykepleie, behandling og forebygging og aktivisering

Den ferskeste undersøkelsen som har samlet inn data blant et stort antall sykepleiere og undersøkt sammenhenger mellom bemanning og kvalitet i sykehjem og hjemmesykepleien, er en undersøkelse som Gautun med kolleger gjennomførte blant 4945 informanter i 2016 (Gautun m.fl. 2016). Informantene tok også i denne undersøkelsen stilling til en rekke utsagn om kvalitet.

- I underkant av to av ti sykepleiere var helt uenig eller delvis uenig i at pasientenes ernæringsbehov ble godt ivaretatt
- En av ti var helt/delvis uenig i at pasientene fikk tilstrekkelig hjelp med hygiene
- Omlag halvparten var helt/delvis uenig i utsagnet om at det var uvanlig med legemiddelfeil
- Omlag en av ti var helt/delvis uenig i at pasienter fikk god smertelindring
- Halvparten ga uttrykk for at de ikke fikk nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at tiltak kunne settes inn og forhindre forverring i helse-tilstand
- Fire av ti var helt/delvis uenig i at tjenesten ga pasientene opplæring til å mestre behandling og forebygge forverring av sykdommen
- Omlag halvparten uttrykte at tjenesten de jobbet i ikke ivaretok pasienter med psykiske plager og problemer godt
- Omlag tre av ti sa seg helt/delvis uenig i at de tilpasset tjenestene etter pasientenes ønsker
- Omlag halvparten var helt/delvis uenig i at pasientene ble tilbudt et godt kulturtilbud
- Tre av ti sa seg helt enig eller delvis enig i at medisinske behov ikke ble godt ivaretatt
- Tre av ti sa seg helt enig/delvis enig i at behandling ble iverksatt for sent
- To av ti sa seg helt enig/delvis enig i at pasienter dør alene fordi de mangler personell

- Tre av ti sa seg helt enig/delvis enig i at det ofte oppstår unødvendige pasientskader (som trykksår, fall, infeksjoner og forverrelse av sykdommen)
- Over syv av ti var helt enig/delvis enig i utsagnet om at pasientene ikke blir tilstrekkelig aktivisert i sitt hverdagsliv

Respondentene ble i tillegg stilt følgende spørsmål: Opplever du situasjoner der kravene til faglig forsvarlighet ikke kan møtes på grunn av for lite tid til den enkelte pasient? Over halvparten oppga at de daglig eller ukentlig opplevde slike situasjoner. To av ti opplevde at dette skjedde 1–3 ganger i måneden, 23 prosent sjelden, og kun en prosent at det aldri skjedde. Det var små forskjeller mellom sykehjem og hjemmesykepleien (Gautun m.fl. 2016). Hartford med kolleger fant også i en kvalitativ studie i sykehjem og hjemmesykepleien i 2019 at sykepleierne opplevde et stort tidspress, og at dette tidspresset gikk ut over nødvendige sykepleieoppgaver.

For å belyse spørsmålet om mangel på sykepleiere påvirket kvaliteten på tjenestene ble det i analyser av data som ble samlet inn i spørreundersøkelsen til Gautun med kolleger (2016) gjort en gruppering av kvalitetsvariablene i tre kategorier: 1) kvalitet i grunnleggende sykepleie, 2) kvalitet i behandling, og 3) kvalitet innen forebygging og aktivisering (Bratt og Gautun 2018). Variablene rekrutteringsproblemer og fravær blant sykepleiere ble brukt som mål på mangel på sykepleiere. Nesten syv av ti sykepleiere sa seg helt eller delvis enig i at deres arbeidssted hadde problemer med å rekruttere sykepleiere. Nesten halvparten sa seg helt eller delvis enig i at det var et høyt fravær blant sykepleierne. Analysene viste klare og signifikante sammenhenger mellom mangel på sykepleiere (vansker med å rekruttere og sykefravær) og opplevd kvalitet på grunnleggende sykepleie, behandling og forebygging og aktivisering. Resultatene var påfallende like for sykehjem og hjemmesykepleien (Bratt og Gautun 2018).

#### Brukernes tilfredshet med omsorgstjenestene har falt over tid

Direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI) gjennomfører en undersøkelse annethvert år hvor de blant annet spør befolkningen som har mottatt offentlige tjenester om deres opplevelse av kvalitet i det offentlige tjenestetilbudet (Theie m.fl. 2018). Blant alle de offentlige tjenestetilbudene scorer omsorgstjenestene lavest. Undersøkelsene finner at brukernes tilfredshet med sykehjem og omsorgsboliger har falt over tid, mens tilfredsheten med hjemmetjenester har variert over tid (Theie m.fl. 2018). Undersøkelsene viser en nedgang i brukernes opplevelser med ansattes evne til spesialtilpasning og i brukernes opplevelse av ansattes evne til oppfølging. Videre at ansatte i omsorgstjenestene i stadig mindre grad evner å møte brukernes behov dersom det oppstår situasjoner utenom det vanlige. Utviklingen har medført at brukerne har mindre tillit til omsorgstjenestene og at de føler seg mindre trygge i tjenestene (Theie m.fl. 2018). Theie med kolleger (2018) konkluderer i rapporten «Bemanning, kompetanse, og kvalitet i status for de kommunale helse- og omsorgstjenestene» at DIFI undersøkelsene, sammen med spørreundersøkelsene som har blitt gjennomført blant sykepleiere i 2014, 2015 og 2016, tyder

på at mangel på arbeidskraft og en svekket og for lav kompetanse går utover kvaliteten på tilbudet.

### Klare negative sammenhenger mellom manglende sykepleierbemanning og kvaliteten på tjenestene sett med pårørendes øyne

Ugreninov med kolleger gjennomførte i 2017 en studie om hvordan brukere/pasienter og pårørende opplevde kvalitet, pasientsikkerhet og livskvalitet i sykehjem og hjemmesykepleietjenestene, og hvordan dette kunne knyttes til sykepleiermangel og faglig oppfølging (Ugreninov m.fl. 2017). For å undersøke sammenhenger mellom bemanning og kompetanse og kvaliteten på tjenestene gjennomførte forskerne to datainnsamlinger: 1) en kvalitativ intervjuundersøkelse blant ti pårørende som hadde sin mor, far eller ektefelle boende på sykehjem, og 2) en spørreundersøkelse blant 265 pårørende til sykehjemsbeboere, 213 pårørende til hjemmeboende og 124 brukere.

Den kvalitative intervjuundersøkelsen fant store variasjoner i informantenes erfaringer med ivaretagelse, trygghet, inkludering og bemanning og kompetanse i sykehjem. På bakgrunn av informantenes fortellinger delte forskerne sykehjemmene inn i tre grupper: 1) sykehjem med høy kvalitet, 2) sykehjem som ble ansett som greie nok og 3) sykehjem med lav kvalitet. I sykehjem med høy kvalitet opplevde pårørende at mor ble tatt godt vare på, at sykehjemmet var et trygt sted å bo, at det var relativt god informasjonsflyt fra sykehjemmet om pleie og behandling, og at det var stabil bemanning og kompetanse blant de ansatte. Dette stod i sterk kontrast til sykehjem med lav kvalitet. I disse sykehjemmene fortalte pårørende om at ektefelle ikke ble godt tatt vare på, om erfaringer med flere uheldige hendelser, dårlig informasjonsflyt fra sykehjemmet, lite stabil bemanning og til dels svært dårlig kompetanse blant ansatte. Intervjupersonene trakk ikke selv slutninger om sammenhenger mellom kvalitet i sykehjemmet og hjemmesykepleierkompetanse. Forskerne tolket imidlertid det som kom fram i intervjuene som at når pårørende oppfattet sykehjem som å ha lav kvalitet, så betydde dette ifølge pårørende utilstrekkelig grunnleggende sykepleie, behandling og forebygging og aktivisering.

Spørreundersøkelsen som ble gjennomført som en oppfølging av den kvalitative studien ble gjennomført blant brukere/pasienter og pårørende i ni utvalgte kommuner (Ugreninov m.fl. 2017). Forskerne fremhevet følgende hovedfunn:

*Manglende bemanning:* Nær halvparten av pårørende til sykehjemsbeboere, og tre av ti av pårørende til hjemmeboende, svarte at de ofte eller av og til hadde opplevd manglende bemanning i løpet av de siste to månedene.

*Faglig oppfølging:* Pårørende til hjemmeboende opplevde oftere utilstrekkelig faglig oppfølging enn pårørende til sykehjemsbeboere. Hjemmeboende ga uttrykk for at den faglige oppfølgingen ville blitt bedre om de hadde hatt en fast sykepleier å forholde seg til, mens pårørende til sykehjemsbeboere mente at bedre bemanning ville kunne gjøre faglig oppfølging bedre.

*Kvalitet i tjenestene:* Undersøkelsen fant at informantenes i all hovedsak var nokså godt tilfreds med tjenestene. Det var imidlertid noen klare forskjeller mellom pårørende til sykehjemsbeboere og pårørende til hjemmeboende. Pårørende til hjemmeboende var generelt mindre tilfreds med tjenestene sammenlignet med pårørende til sykehjemsbeboere. Analysene viste klare negative sammenhenger mellom sykepleiermangel og tilfredshet med tjenestene, og også klare negative sammenhenger mellom utilstrekkelig faglig oppfølging og tilfredshet med tjenestene.

*Uheldige hendelser:* Pårørende ble stilt flere spørsmål om hvorvidt brukerne/pasientene hadde opplevd uheldige hendelser. Mer enn fire av ti hjemmeboende og fire av ti sykehjemsbeboere hadde opplevd fall i løpet av de siste seks månedene. Forskerne fant en klar statistisk sammenheng mellom manglende sykepleierbemanning for forekomst av infeksjon og trykksår og mellom utilstrekkelig faglig oppfølging og forekomst av infeksjon. Analysene viste også en klar sammenheng mellom utilstrekkelig ivaretagelse av psykiske problemer og manglende sykepleierbemanning på forekomsten av betydelig vekttap.

### *Samarbeid med sykehus om eldre pasienter*

Undersøkelser har vist at underbemanning og manglende kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien også kan ha en negativ innflytelse på samarbeidet med sykepleiere i sykehus om eldre pasienter som skrives ut fra sykehus (Veenstra og Gautun 2020). I en landsomfattende spørreundersøkelse i 2017 svarte 3461 sykepleiere som jobbet i sykehjem og hjemmesykepleien på spørsmål om bemanningssituasjonen på sitt arbeidssted, og om samarbeidet med somatiske sykehus om eldre pasienter som skrives ut fra sykehus. Sykepleierne ble bedt om å ta stilling til følgende fem utsagn om bemanningssituasjonen:

- 1) Tjenesten er tilstrekkelig bemannet
- 2) Antall ufaglærte er for høyt
- 3) Tjenesten er tilstrekkelig bemannet med sykepleiere
- 4) Tjenesten er tilstrekkelig bemannet med andre helsefagarbeidere
- 5) Det er for mange ubesatte stillinger

Respondentene kunne for hvert utsagn svare på en fem punkt skala fra 1 (Helt enig) til 5 (Helt uenig). De fem variablene ble slått sammen til en indeks som fikk variabelnavnet bemanningssituasjonen. Omtrent halvparten av sykepleierne ga uttrykk for at tjenestene var utilstrekkelig bemannet.

Informantene ble i tillegg stilt spørsmål om hvor mye kontakt de hadde med sykepleiere i sykehus om eldre pasienter som skrives ut fra sykehus til sykehjem og hjemmesykepleien, og hvordan de vurderte kvaliteten på samarbeidet. Respondentene ble stilt spørsmålet: I hvilken grad opplever du alt i alt samarbeidet med sykepleiere ved sykehus om utskrivning av eldre pasienter som tilfredsstillende? I tillegg ble de bedt om å ta stilling til følgende tre utsagn:

- 1) Sykepleierne i sykehus har en annen forståelse enn meg om hva som er pasientens behov
- 2) Sykepleierne i sykehus og i tjenesten jeg jobber i burde ha mer kontakt om eldre pasienter som skrives ut
- 3) Sykepleierne i sykehuset og tjenesten jeg jobber i har for mye kontakt om eldre pasienter som skrives ut

De fire variablene ble slått sammen til en indeks. Analysene viste at sykepleiere som jobbet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som var dårligst bemannet hadde minst kontakt med sykehussykepleierne. Informantene fra tjenestene som var dårligst bemannet oppga også dårligst kvalitet på samarbeidet med sykehussykepleierne (Veenstra og Gautun 2020).

### *Tjenestetilbudet til eldre etter utskrivning fra sykehus*

Undersøkelser som har blitt gjennomført etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012 har vist at mange kommuner ikke har blitt tilført tilstrekkelig med ressurser for å klare å ta imot det økende antallet alvorlig syke pasienter med komplekse helsetilstander som skrives ut fra sykehus (Gautun og Syse 2013; Haukelien 2015; Riksrevisjonen 2016; Theie m.fl. 2018; Kristiansen m. fl. 2019; Gautun 2020). Vi skal se nærmere på fire undersøkelser som har belyst sammenhenger mellom sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien og kvaliteten på tjenestene for eldre pasienter etter sykehusopphold (Gautun og Syse 2013; Haukelien 2015; Riksrevisjonen 2016; Gautun 2020).

### Spørreundersøkelse blant sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien 2013

I en undersøkelse som ble gjennomført i sykehjem og hjemmesykepleien 1 ½ år etter Samhandlingsreformen oppga kun tre av ti av de 2372 sykepleierne at tjenesten de jobbet i var tilstrekkelig bemannet med sykepleiere for å klare å ta imot det økende antallet alvorlig syke pasienter som kom fra sykehus (Gautun og Syse 2013). Det ble i forkant av spørreundersøkelsen gjennomført en kvalitativ intervjuundersøkelse, og følgende sitat fra et intervju med en hjemmesykepleier illustrerer utfordringen og dilemmaet som sykepleierne i de kommunale helse- og omsorgstjenestene opplevde: «*Jeg tror intensjonen med samhandlingsreformen er god, og at pasientene har det best hjemme når vi klarer oppgavene våre og de får den riktige hjelpen og oppfølgingen, men vi trenger mer ressurser for å få dette til. Det kan ende bra, men sånn det er i dag er situasjonen litt fortvilende*» (sitat hjemmesykepleier).

Kun tre av ti av de 2372 undersøkte sykepleierne oppga at tjenesten var tilstrekkelig bemannet med sykepleiere, og litt under halvparten ga uttrykk for en mangel på andre helsefagarbeidere. Et flertall (65%) oppga at andelen ufaglærte var for høyt. Videre oppga nesten halvparten at det var for mange ubesatte sykepleierstillinger i tjenesten de jobbet i. Flere av sykepleierne etterspurte kompetansehevede tiltak. Videre oppga kun halvparten av informantene at tjenesten de jobbet i hadde tilstrekkelig med sykepleiefaglig kompetanse til å ivareta pasientene som kom fra sykehus.

En hovedkonklusjon i studien var at det med samhandlingsreformen ikke var blitt tilført tilstrekkelig med ressurser i form av personell, kompetanse og medisinsk teknisk utstyr til kommunenes helse- og omsorgstjenester. Målsettingen om at sykere pasienter som ble skrevet ut raskere fra sykehus skulle motta trygge og kvalitativt bedre tjenester i eget hjem, var ikke oppnådd (Gautun og Syse 2017).

#### Spørreundersøkelse blant sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien 2015

Haukelien med kollegaer gjennomførte i 2015 fokusgruppeintervjuer med 60 informanter i fem kommuner, samt en landsomfattende spørreundersøkelse blant 2705 sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien, for å undersøke hvordan samhandlingsreformen hadde påvirket de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Haukelien m.fl. 2015). Forskerne løftet blant annet fram følgende hovedfunn:

- Samhandlingsreformen hadde påført de kommunale helse- og omsorgstjenestene økt arbeidsmengde.
- Tjenestene hadde ikke blitt tilført tilstrekkelig med ressurser for å klare å utføre de nye oppgavene.
- Oppgavene hadde blitt langt mer komplekse. Dette gjaldt både mer kompliserte medisinske prosedyrer enn før, langt større krav til koordinering, og beredskap og kvalitetssikring.
- Økt kompleksitet og arbeidsmengde kom før kommunene hadde vært i stand til å bygge kompetanse og faglig infrastruktur. Som konsekvens var kommunene hele tiden på etterskudd i å møte de økte kravene.
- De kommunale helse- og omsorgstjenestene hadde for liten kompetanse til å imøtekomme de økte utfordringene. Kompetanseheving foregikk i stor grad i form av kurs- og ad hoc-opplæring og i mindre grad i form av systematisk utdanning av sykepleierspesialister.
- Manglende bemanning og kompetanse førte til økt sårbarhet og svikt i kvalitetssikringen.
- Eldre med moderate psykiske problemer, eldre med behov for tilsyn, moderate helse- og omsorgsbehov, og eldre med behov for sosial kontakt hadde kommet dårligst ut etter samhandlingsreformen.

#### Riksrevisjonen 2016

Riksrevisjonen gjennomførte i 2016 en undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter samhandlingsreformen (Riksrevisjonen 2016). Undersøkelsen fant blant annet at:

- Et stort flertall av kommunene opplevde at pasientene som ble skrevet ut fra sykehus til oppfølging eller behandling i kommunen var sykere enn før reformen.
- Kommunene hadde i liten grad økt kapasiteten.

- Kompetansen i kommunene på helse- og omsorgsområdet var i begrenset grad blitt styrket i møte med flere og krevende pasienter.
- For tidlig utskrivning av pasienter fra sykehus og mangler ved det kommunale tjenestetilbudet førte til at flere pasienter ble reinnlagt i sykehus.
- Mange kommuner og fastleger ga uttrykk for at reinnleggelsene var en belastning for flere av pasientene.
- Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet hadde begrenset kunnskap om hvordan kvaliteten i kommunehelsetjenesten hadde utviklet seg etter reformen.

### Spørreundersøkelse blant sykepleiere i sykehus 2017

Sykepleiere som jobber i sykehus har også uttrykt bekymring for hvordan eldre pasienter følges opp etter sykehusinnleggelse. I en landsomfattende spørreundersøkelse, som ble gjennomført i prosjektet «A cross-sectoral approach to high quality health care transitions for older people», i regi av Forskningsrådet, oppga sykepleiere som jobbet på sengeposter i sykehus, og som samhandlet med kommunene om utskrivning av eldre pasienter fra sykehus, at de var bekymret for om de kommunale tjenestene hadde tilstrekkelig med ressurser i form av personell, kompetanse og medisinsk teknisk utstyr til å klare å dekke pasientenes behov etter utskrivning fra sykehus. (Gautun 2020).

## 3.2 Mangel på spesialsykepleiere – kompetanseheving og kvalitet

Utfordringer med et endret sykdomsbilde, ansvar for nye brukergrupper, stadig flere eldre med flere sykdommer som interagerer med hverandre, og sykere pasienter som skrives ut fra sykehus har ført til at et økende antall brukere og pasienter har fått behov for mer komplekse og sammensatte kommunale helse- og omsorgstjenester (Haukelien 2015; Helsedirektoratet 2017; Helsedirektoratet 2018; Kristansen m.fl. 2018; Theie m.fl. 2019). Utviklingen har ført til et økt behov for sykepleiere med høy kompetanse i kommunene. Helsedirektoratet (2017) har påpekt at kompetent personell utgjør grunnmuren i helse- og omsorgstjenesten og er en forutsetning for kvalitet i tjenestene og arbeidet som skal utføres (Helsedirektoratet 2018). Det er imidlertid mye som tyder på at tjenestene ikke er tilstrekkelig bemannet med sykepleiere som har den kompetansen som skal til for å klare å ivareta alle pasientgrupper godt nok (Haukelien 2015; Helsedirektoratet 2017; Kristiansen m.fl. 2018).

De nye pasient og brukergruppene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene fører også til et økt behov for samarbeid mellom sykepleiere og leger. Funn i Commonwealth Fund undersøkelsen blant allmennleger i 2019 tyder imidlertid på at sykepleiere som jobber i helse- og omsorgstjenestene i for liten grad får støtte fra legetjenesten. Sammenlignet med andre land inkluderer i mindre grad norske fastlegekontorer andre yrkesgrupper som sykepleiere, psykologer og kliniske



ernæringsfysiologer (FHI 2019). Dette går både ut over kvalitet og samhandling om pasienter med behov for komplekse og sammensatte tjenester.

### Mangel på spesialsykepleiere

Theie med kolleger gjennomførte i 2019 en case studie i 8 kommuner der de intervjuet kommunalsjefer for helse- og omsorg, hovedtillitsvalgte for NSF, enhetsledere for hjemmetjenester og institusjonstjenester, samt politikere. Sykehjem og hjemmetjenestene ble beskrevet som å ha gått igjennom en radikal endring de siste ti årene. En informant uttrykte endringen på følgende måte:» *De som er på sykehjem nå, var på sykehus før. De som var på sykehjem før, er hjemme nå. De som er på intensiven nå, døde før*». Samtlige informanter uttrykte at kommunene opplevde et stort press på tjenestene, og at mange av brukerne trengte flere og mer sammensatte tjenester enn tidligere. Utviklingen hadde ifølge informantene ført til at tjenestene hadde behov for en helt annen kompetanse sammenlignet med for ti år siden. Et personell med fagkompetanse ble beskrevet som å være helt essensielt for dagens tjenester. En kommunalsjef sa følgende: «Uten sykepleiere er det ikke lenger mulig å levere forsvarlige helsetjenester». En annen informant sa: «Uten sykepleiere og spesialsykepleiere stopper tjenestene opp». Kommuneinformantene ga uttrykk for at de opplevde det som en daglig kamp å skaffe til veie nok fagkompetanse, spesielt sykepleiere og spesialsykepleiere (Theie m.fl. 2019). Mangelen på sykepleiere og spesialsykepleiere ble sagt at gjorde det vanskelig for dem å levere tjenester som dekket brukere/pasienters behov.

### For lite kompetanseheving

I tillegg til at det er et problem at kommunene ikke klarer å rekruttere nok sykepleiere og spesialsykepleiere, er det problematisk at det skjer for lite kompetanseheving blant sykepleiere som jobber i tjenestene. Det ble med innføringen av samhandlingsreformen påpekt at kompetansen blant de som jobbet i helse- og omsorgstjenestene måtte heves for at kommunene skulle klare å tilby faglig forsvarlige tjenester til det økende antallet alvorlig syke pasienter som kom til å bli skrevet ut raskere fra sykehus (St. Meld. 47 (2008–2009)). Landsomfattende spørreundersøkelser blant sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien har imidlertid vist at sykepleiere i for liten grad har fått tilgang til kompetanseheving, opplæring og veiledning. En majoritet av sykepleierne har i disse undersøkelsene gitt uttrykk for at det er et behov for å øke kompetansenivået til sykepleierne på deres arbeidssted (Gautun og Syse 2013; Haukelien 2015; Gautun 2020b).

I undersøkelsen som ble gjennomført blant 2372 sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien 1 ½ år etter samhandlingsreformen, oppga halvparten at tjenesten de jobbet i ikke hadde tilstrekkelig med sykepleiefaglig kompetanse til å ivareta pasientene de mottok fra sykehus (Gautun og Syse 2013). I undersøkelsen som ble gjennomført blant 2705 sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien i 2015 oppga over ni av ti sykepleiere at det på flere områder var behov for å øke kompetansen for å gi brukerne/pasientene bedre oppfølging og behandling. Det ble i denne undersøkelsen uttrykt at det var størst behov for å øke kompetansen

på områdene demens, psykiatri, geriatri og palliativ behandling (Haukelien m.fl. 2015). Hele syv av ti sykepleiere ga uttrykk for at det trengtes mer kompetanse i form av flere sykepleiere med videreutdanning eller mastergrad der de arbeidet (Haukelien 2015).

Det ble med samhandlingsreformen forventet at spesialisthelsetjenesten skulle ta et større ansvar for å veilede og lære opp helsepersonell i de kommunale tjenestene (St. Meld. Nr.47 (2008–2009). En undersøkelse som ble gjennomført blant 4757 sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien i 2017 om eldre pasienter som skrives ut fra sykehus til sykehjem/hjemmesykepleien tyder på at dette i liten grad har skjedd (Tabell 3.3).

**Tabell 3.1 Sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien som opplever at deres arbeidssted i svært liten grad/liten grad har fått tilstrekkelig tilgang til følgende typer kompetanseheving, opplæring og veiledning (N=4757).**

	I svært liten grad/liten grad	Ikke behov for
Kursing fra sykehuspersonell	59%	1%
Hospitering i sykehus	75%	1%
Ambulerende team fra sykehuset.	71%	1%
Kontakttelefon/enheter i sykehus for rådgivning	50%	<1%
Tilbud om etter- og/eller videreutdanning	54%	<1%

Analysert utført av Heidi Gautun på data samlet inn i 2017 i det fireårige (2016–2020) CrossCare-Old prosjektet, finansiert av Norges Forskningsrådet. Tallene er ikke publisert tidligere.

Et flertall av sykepleierne oppga at deres arbeidssted i svært liten grad hadde fått tilgang på kompetanseheving, opplæring og veiledning. I alt 57 prosent oppga at arbeidsstedet i svært liten grad/liten grad hadde blitt kurset av sykehuspersonell. Et stort flertall (75%) oppga at ansatte i tjenesten i svært liten/liten grad hadde hospitert i sykehus, eller fått besøk av ambulerende team fra sykehus (71%). Halvparten svarte at sykepleierne på deres arbeidssted i svært liten/liten grad kunne henvende seg til kontakttelefoner/enheter i sykehus for rådgivning. Over halvparten (54%) fortalte at sykepleierne i svært liten/grad ble tilbudt etter- og/eller videreutdanning. Kun 1 prosent, eller under 1 prosent, svarte at deres arbeidssted ikke hadde behov for de typene kompetanseheving, opplæring og veiledning som de ble spurt om (Tabell 3.3).

Undersøkelsene som er referert til over viser at sykehjem og hjemmesykepleien både har for få sykepleiere og spesialsykepleiere, og at flere av sykepleierne som jobber i disse tjenestene opplever at de ikke har tilstrekkelig med kompetanse til å klare å dekke behovene til dagens brukere og pasienter i sykehjem og hjemmesykepleien.

### 3.3 Mangel på sykepleiere og psykiske og fysiske arbeidsbelastninger

Antall ansatte som er på jobb til enhver tid, om disse er faste eller vikarer, eller faglærte eller ufaglærte har mye å si for opplevelsen av arbeidsmiljøet og arbeidsbelastningen til den enkelte ansatte (Ingelsrud og Falkum 2019). Både kvalitative studier og spørreundersøkelser som er gjennomført blant sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien i løpet de siste 10 årene finner at for få sykepleiere i tjenestene fører til store arbeidsbelastninger for de ansatte (Gautun 2012; Gautun og Bratt 2014; Haukelien 2015; Gautun, Øien og Bratt 2016; Bratt og Gautun 2018)

I en kvalitativ studie blant 20 informanter i fem kommuner i 2012 fortalte tjenesteledere at lav sykepleierbemanning førte til et høyt arbeidstempo for dem som jobbet i tjenestene, og at ansatte ble slitne og utbrent (Gautun 2012). Utsagnene samsvarte med forskningslitteraturen og statistikk som viste at tallene for både sykefravær, tidlig pensjonering og uføretrygding var høye innen helse- og omsorgssektoren (Midtsundstad og Bogen 2011). Den viktigste grunnen som pleie- og omsorgspersonell oppga for at de ville gå av tidlig var egen helsetilstand og en belastende arbeidssituasjon (fysiske og psykiske arbeidsbelastninger) (Midtsundstad og Bogen 2011). Ett stort flertall (83%) av 431 NSF sine plasstillitsvalgte i sykehjem og hjemmesykepleien ga i 2014 uttrykk for at de opplevde en stor arbeidsbelastning i tjenesten de jobbet i (Gautun og Bratt 2014). Kun tre av ti sa at det var lite sykefravær i tjenesten.

Gautun med kolleger undersøkte i spørreundersøkelsen som ble gjennomført blant 4945 sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien i 2016 hvorvidt det var en sammenheng mellom mangel på sykepleiere og arbeidsmiljø og arbeidsbelastninger (Gautun m.fl. 2016). Respondentene ble bedt om å ta stilling til flere utsagn om arbeidsmiljøet. De fleste ga uttrykk for en høy trivsel på arbeidsstedet, at de turte å melde fra om kritikkverdige forhold og avvik, samt at det var et høyt faglig engasjement på arbeidsstedet. Et stort flertall ga imidlertid uttrykk for at de jobbet under et stort tidspress, og at den fysiske og psykiske arbeidsbelastningen var stor. Omlag fire av ti ga også uttrykk for at ledelsen var lite tilgjengelig på arbeidsstedet. Sykehjem kom dårligst ut i alle utsagnene om arbeidsmiljø og arbeidsbelastninger, med unntak av utsagnene om høyt sykefravær og stort tidspress (ingen forskjell mellom sykehjem og hjemmesykepleien), og lite faglig engasjement (hjemmesykepleien kom dårligst ut). Analysene viste en klar og signifikant sammenheng mellom mangel på sykepleiere (målt i fravær og problemer med å rekruttere) og arbeidsmiljøet (opplevelse av stor fysisk og psykisk arbeidsbelastning), og lite faglig engasjement) til de ansatte (Bratt og Gautun 2018).

#### Mangel på sykepleiere fører til at tjenestene ikke klarer å holde på sykepleierne

Halvparten av respondentene i undersøkelsen som Gautun og kolleger gjennomførte i 2016 ønsket å slutte eller var usikre på om de vil fortsette å jobbe i sykehjem eller hjemmesykepleie (Gautun m.fl. 2016). Et stort flertall oppga at følgende

hadde stor eller svært stor betydning for vurderingen om at de ville slutte: arbeidsbelastningen var stor og tidspresset var for stort til at de klarte å gi pasientene det de trengte, det var for få sykepleiere på jobb, for få kompetansehevende tiltak i tjenesten, og liten mulighet til å utvikle tjenesten. Flest yngre sykepleiere oppga store arbeidsbelastninger og at de ønsket/vurderte å slutte å jobbe i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sammenhengen mellom arbeidsbelastninger og ønsket om å slutte var også størst blant de yngste sykepleierne. En hovedkonklusjon i studien var at underbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien var selvforsterkende. For få sykepleiere på jobb så ut til å føre til arbeidsbelastning og et stort udekket sykefravær, at sykepleiere sluttet og at tjenesten fikk problemer med å rekruttere.

#### Store arbeidsbelastninger fører til tidlig avgang fra yrkeslivet

Store arbeidsbelastninger har blitt trukket fram som en av hovedgrunnene til at flere sykepleiere, og også andre personellgrupper innen helse- og omsorgssektoren, forlater arbeidslivet flere år før oppnådd pensjonsalder (Midtsundstad og Bogen 2011). Tall fra KLP, som yter pensjon til de fleste sykepleiere som jobber i kommunal sektor viste at gjennomsnittlig avgangsalder for sykepleiere var 57 år i 2017 (Helsedirektoratet 2020). Dette er 5 år lavere enn forventet pensjonsalder for en gjennomsnittlig arbeidstaker i Norge. Mange av sykepleierne under 67 år som befinner seg utenfor arbeidslivet mottar sykdomsrelaterte ytelser eller har pensjonert seg tidlig (Helsedirektoratet 2020).

### 3.4 Mangel på sykepleiere og prioriteringsutfordringer

Økningen i antall personer med behov for langtidsomsorg og antall personer som trenger behandling etter opphold i sykehus har ført til at kommuner og tjenestestøttere i stadig større grad må prioritere hvem sine behov og hvilke behov som skal tas mest hensyn til når tjenester tildeles (Gautun og Syse 2013; Gautun og Grødem 2015; Gautun 2018; NOU 2018:16; Haukelien 2015; Kristiansen m.fl. 2019; Heggstad, Førde, Pedersen og Magelssen 2020).

Både toppledere innen helse- og omsorgssektorens administrasjon og ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ga i en case-studie som ble gjennomført i fem kommuner i 2012 uttrykk for at de på grunn av knappere ressurser har blitt tvunget til å ta stadig tøffere beslutninger om hvem sine behov de skal ta mest hensyn til og prioritere når de tildeler tjenester (Gautun og Grødem 2015). Ansatte i tjenestene ga også uttrykk for at de i økende grad var tvunget til å gjøre vanskelige prioriteringer. Antall brukere de måtte hjelpe ble sagt å være så stort at de måtte ta noen valg om hva slags hjelp de skulle gi til ulike brukere, hvem som skulle hjelpes først, og hvor mye tid de skulle bruke på den enkelte omsorgstrequende. Både informantene i kommuneadministrasjonen og i tjenestene ga uttrykk for at det vanligvis var eldre som var skadelidende når de på grunn av knappe ressurser måtte prioritere mellom brukere. Haukelien m. fl. (2015) finner tilsvarende funn i en case-studie i fem kommuner i 2015. Heggstad med kolleger viser i artikkelen «*Prioriteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenestene i kommunene under covid-19 pandemien*» til at nedprioriteringen av eldre har blitt enda

tydeligere under pandemien vi nå står oppi (Heggstad m.fl. 2020). Erfaringer som gjøres under covid-19 pandemien kan gi en indikasjon på hva som kan skje helse- og omsorgstjenestene i andre halvdel av 2020 tallet når det kommer en sterk vekst i antall eldre over åtti år.

Registerdata forteller samme historie. Parallelt med at kommunene har fått et stadig større ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester til nye grupper av brukere og pasienter, har det funnet sted en reduksjon i eldreomsorgstilbudet (Hermansen og Gautun 2013; Kristiansen m.fl. 2019). En landsomfattende spørreundersøkelse som ble gjennomført blant 1928 sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien 1 ½ år etter samhandlingsreformen fant at økt tilstrømning av alvorlig syke pasienter fra sykehus stjal ressurser fra langtidsomsorgen, og spesielt fra langtidsomsorgen til eldre (Gautun og Syse 2017). Det er en fare for at en kraftig økning i mangel på sykepleiere og annet personell med helsefaglig bakgrunn vil gå enda hardere ut over eldreomsorgen i årene som kommer.

### 3.5 Konsekvenser for familieomsorgsgivere

Knappet på ressurser og personell vil med stor sannsynlighet øke presset på familieomsorgsgivere i årenes som kommer. Allerede i dag står familien for i underkant av halvparten av den omsorgen, målt i antall årsverk, som gis til eldre og andre voksne omsorgstrengende (Holmøy, Kjelvik og Strøm 2014). Hovedomsorgsgiverne til eldre er barn, fortrinnsvis døtre, i 50 årsalderen, og et økende antall er i 60 årsalderen (Gautun og Bratt 2018). Det er altså senioren i arbeidslivet som har de største omsorgsforpliktelsene for eldre. Aldringen i samfunnet fører til at det gjennomsnittlig vil bli færre yrkesaktive per alderspensjonist. Befolkningen som er i yrkesaktiv alder vil derfor oppleve et økende press på seg for å jobbe. Det vil både bli et økt press på familien om å yte mer omsorg til eldre, og samfunnet og velferdsstaten vil være avhengig av at så mange som mulig i befolkningen i yrkesaktiv alder jobber heltid fram til oppnådd pensjonsalder (Gautun og Bratt 2018; Vangen, 2020).

Flere undersøkelser har vist at det å ha omsorgstrengende foreldre går utover barnas, og da spesielt døtres, arbeidsmarkedsdeltakelse (Gjevang, Kverndokk og Røed 2017; Gautun og Bratt 2018; Vangen 2020). Arbeidstakere som yter mye omsorg til gamle foreldre har både økt risiko for å falle ut av arbeidslivet og for å måtte redusere arbeidstiden (Kotsadam 2011). Analyser av registerdata og data fra landsomfattende spørreundersøkelser blant pårørende viser at omsorgsforpliktelser for gamle foreldre fører til sykefravær. Arbeidstakere bruker sykepengedager til å hjelpe foreldre, og har også sykefravær fordi omsorgsbelastningene er så store at de selv blir syke (Ugreninov 2013; Gautun og Bratt 2018; Løken, Lundberg og Riise 2017; Abrahamsen og Grøtting 2019).

En økende mangel på personell, som vil måtte føre til en innstramning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, kan få store konsekvenser for generasjonen under de aller eldste, både for deres helse og yrkesdeltakelse. Dette gjelder spesielt døtre, og døtre med lav utdanning. Forskning fra Sverige har vist

at innstramninger som har funnet sted i eldreomsorgstjenestene siden 1990 tallet har ført til en økning i familieomsorgen, og da spesielt i omsorg som gis fra kvinner med lav utdanning (Ulmanen 2017). Dette er kvinner som tilhører grupper som allerede har en løs tilknytning til arbeidsmarkedet, og som jobber i deler av arbeidsmarkedet hvor arbeidstakere står i fare for å falle helt ut av arbeidsmarkedet.

### 3.6 Framvekst av et privat kommersielt helse- og omsorgstjenestemarked

Theie med kolleger (2018) påpeker i rapporten «*Bemanning, kompetanse og kvalitet – Status for de kommunale helse- og omsorgstjenestene*» at det er en fare for at vi vil oppleve en todeling av helse- og omsorgstjenestene om det offentlige ikke tar grep for å møte utviklingen med et stadig større gap mellom tilbudet av og etterspørselen etter personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Theie m.fl. 2018). Med det menes at etterspørselsoverskudd i helsetjenestemarkedet, enten i form av etterspørsel etter bedre kvalitet eller som følge av knapphet i det offentlige helsetilbudet, vil kunne føre til en økning i det private tilbudet av helse- og omsorgstjenester, og til at inntektsnivå i økende grad vil bli styrende for tilgangen til helse- og omsorgstjenester. En todeling av helsevesenet sies at på sikt vil kunne føre til store ulikheter innad i landet, og mellom grupper med ulik økonomisk bakgrunn (Theie m.fl. 2018).

Bekymringen til Theie med kolleger (2018) får støtte av undersøkelser som er gjennomført i Sverige, som har vist at en innstramning av det offentlige eldreomsorgstjenestetilbudet har ført til en vekst i private kommersielle tjenester. Eldre med høy utdanning og inntekt har møtt kuttene i de offentlige tjenestene med å kjøpe private tjenester (Ulmanen og Szhebehely 2015). Ulmanen og Szhebehely konkluderer med at reduksjonen i de offentlige eldreomsorgstjenestene i Sverige har ført til en utvikling med økte kjønns- og klasseforskjeller, og at denne utviklingen bryter med velferdsstatens idealer om likestilling mellom kvinner og menn og mellom grupper med ulik sosioøkonomisk bakgrunn (Ulmanen og Szhebehely 2015; Ulmanen 2017).

### 3.7 Oppsummering

En rekke undersøkelser har avdekket mangler og svikt i kvaliteten innen eldreomsorgen. Flere landsomfattende spørreskjemaundersøkelser blant sykepleiere som jobber i sykehjem og hjemmesykepleien, samt bruker og pårørendeundersøkelser, har funnet sterke sammenhenger mellom bemanning og kvalitet. Det er påvist en sterk sammenheng mellom bemanning (antall sykepleiere og helsefagarbeidere på ulike tidspunkt) i sykehjem og opplevd kvalitet blant sykepleierne. For få sykepleiere på jobb har ifølge sykepleiere ført til at enkelte arbeidsoppgaver har blitt nedprioritert, og at viktige sykepleieoppgaver har blitt delegert fra sykepleiere til personell med lavere kompetanse eller til ufaglærte. Det har også blitt påvist sterke sammenhenger mellom mangel på sykepleiere (vansker med å rekruttere og sykefravær) og opplevd kvalitet på grunnleggende sykepleie,

behandling og forebygging og aktivisering. Bruker- og pårørendeundersøkelser har funnet negative sammenhenger mellom sykepleiermangel og 1) tilfredshet med tjenestene, 2) uheldige hendelser som forekomst av infeksjon og trykksår, 3) utilstrekkelig ivaretagelse av psykiske problemer og 4) forekomst av betydelige vekttap.

Underbemanning kan og påvirke samarbeidet med sykehus om eldre pasienter som skrives ut fra sykehus. Sykepleiere som jobber i sykehjem og i hjemmesykepleien med dårlig bemanning har oppgitt å ha mindre kontakt med sykepleiere i sykehus enn sykehjem og hjemmesykepleietjenester som er godt bemannet. Sykepleiere i dårlig bemannede tjenester oppgir også dårligere kvalitet på samarbeidet med sykepleiere i sykehus sammenlignet med sykepleiere i godt bemannede sykehjem og hjemmesykepleietjenester. Videre har sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien betydning for hvordan tjenestene klarer å følge opp eldre pasienter etter sykehusopphold.

Kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene handler ikke bare om kapasitet, dvs. antallet sykepleiere som jobber i tjenestene, men også om kompetansen til sykepleierne som jobber i tjenestene. Mange sykehjem og hjemmesykepleietjenester har for få spesialsykepleiere, og mange sykepleiere som jobber i disse tjenestene gir uttrykk for at de ikke har tilstrekkelig med kompetanse for å klare å dekke behovene til flere av brukerne og pasientene i sykehjem og hjemmesykepleien.

Antall ansatte som er på jobb til enhver tid, om disse er faste eller vikarer, eller faglærte eller ufaglærte har mye å si for for opplevelsen av arbeidsmiljøet og arbeidsbelastningen til den enkelte ansatte. Både kvalitative studier og spørreundersøkelser som har blitt gjennomført blant sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien i løpet de siste 10 årene viser at lav bemanning fører til store arbeidsbelastninger for de som er på jobb. Det er påvist en sterk sammenheng mellom mangel på sykepleiere (målt i fravær og problemer med å rekruttere) og arbeidsmiljøet (opplevelse av stor fysisk og psykisk arbeidsbelastning). Arbeidsbelastninger er også en viktig grunn til at flere sykepleiere ønsker å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien. Store arbeidsbelastninger er også en av hovedgrunnene til at mange sykepleiere og andre personellgrupper innen helse- og omsorgssektoren forlater arbeidslivet flere år før oppnådd pensjonsalder.

Sykepleiere må på grunn av for lite personell og tidspress gjøre stadig tøffere prioriteringer mellom hvem som skal få hjelp, hvor mye tid som skal brukes på den enkelte pasient og bruker, og hvilket innhold omsorgen og behandlingen skal ha. Eldre ser ut til å tape i konkurransen om begrensede helse- og omsorgstjenester. Sykepleiere har gitt uttrykk for at de kan oppleve det som belastende å prioritere når tiden ikke strekker til, uten at det er klart hvilke føringer som skal gjelde.

Et økende gap mellom tilbud og etterspørsel etter sykepleiere og annet personell med helsefaglig bakgrunn vil kunne føre til at det må skje en innstramning i

tjenestetilbudet, og dermed et økt press på pårørende om å utføre omsorgsoppgaver. Allerede i dag yter pårørende omfattende omsorg til eldre og voksne omsorgstrengende. Mange, spesielt døtre til eldre, opplever at det er vanskelig å kombinere omsorgssituasjonen med jobb. Enkelte ryker ut av arbeidslivet, noen jobber deltid, og mange opplever at omsorgssituasjonen fører til konsentrasjonsproblemer, uregelmessig tilstedeværelse på jobb, og begrenset mulighet til å delta i sosiale sammenkomster og karrierefremmende aktiviteter.

Etterspørseloverskudd i helsetjenestemarkedet, enten i form av etterspørsel etter bedre kvalitet eller som følge av knapphet i det offentlige helsetilbudet, vil kunne føre til en økning i det private tilbudet av helse- og omsorgstjenester, og til at inntektsnivå i økende grad vil bli styrende for tilgangen til helse- og omsorgstjenester. Brukere og pårørende med god råd kan kjøpe tjenester fra et privat kommersielt marked. Utviklingen kan føre til økte kjønns- og klasseforskjeller, og bryte med velferdsstatens idealer om likestilling mellom kvinner og menn og mellom grupper med ulik sosioøkonomisk bakgrunn.



## 4 Strategier for å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere

---

Regjeringen la i 2016 fram en plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, Kompetanseløft 2020, i statsbudsjettet. Planen viderefører flere av tiltakene fra Kompetanseplan 2015, som var delplan under Omsorgsplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet 2007–2008).

Bakgrunnen for Kompetanseløft 2020 var at myndighetene ønsket å ta grep i forhold til de store og økende utfordringene med å bemanne tjenestene med kvalifisert personell (Helsedirektoratet 2017; Helsedirektoratet 2020). For å nå målsettingene i planen har det blitt gjennomført mange ulike oppdrag og tiltak sammen med ulike aktører. Planen avsluttes i år. Til tross for satsinger og tiltak har bemannings- og kompetanse situasjonen blitt enda mer utfordrende i de senere år (Haukelien m.fl. 2015; Riksrevisjonen 2016; Kristiansen m.fl. 2019), og tjenestene er dårlig forberedt på den sterkt økende etterspørselen etter sykepleiere og kompetanse som vil komme fra andre halvdel av 2020 tallet (Theie m.fl. 2018; Kristiansen m.fl. 2019).

### 4.1 Tilfør mer ressurser til helse- og omsorgstjenestene

En viktig grunn til at målsettingene i Kompetanseløft 2020 ikke har blitt nådd kan være at det er en stor ressursmangel i helse- og omsorgstjenestesektoren.

Til tross for at det lenge har vært bred politisk enighet om å satse på de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og at det i Samhandlingsreformen ble lovet at kommunenes økonomiske rammer skulle styrkes, viser en rekke evalueringer og undersøkelser, og kommunale regnskap og statistikk, at kapasiteten og kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ikke har økt i takt med det økte ansvaret for flere og mer krevende pasienter (Gautun og Syse 2013; Haukelien m.fl. 2015; Gautun, Øien og Bratt 2016; Riksrevisjonen 2016; Theie m.fl. 2018; Kristiansen m.fl. 2019). Nesten hele (85%) økningen i utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester de siste åtte årene kan tilskrives befolkningsvekst, prisvekst og overførte oppgaver. Når det kontrolleres for disse faktorene har det kun vært en vekst på om lag en prosent i året til de kommunale utgiftene til helse og omsorg per innbygger i perioden (Theie m.fl. 2018). En større del av veksten av helsebudsjettene har heller ikke kommet i kommunene, slik som det ble lovet i Samhandlingsreformen. Statistikk fra spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgsutgifter viser at utgiftene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har ligget på omlag samme relative nivå i perioden 2009–2017 (Kristiansen m.fl. 2019).

Sykehjem og hjemmesykepleietjenestene har fått økte og mer kompliserte oppgaver som de nå må utføre med samme bemanning eller med lavere bemanning enn tidligere. Flere undersøkelser har vist at bemanningssituasjonen er alvorlig

både for brukere og pasienter og for de som jobber i tjenestene (f.eks. Riksrevisjonen 2016; Bratt og Gautun 2018; Theie m.fl. 2018 og Kristiansen m.fl. 2019). Tjenestene har en stor mangel på sykepleiere og annet helsefaglig utdannet personell allerede før den sterke veksten i antall eldre over åtti år. Flere forskere har på bakgrunn av kartlegginger, undersøkelser og gjennomgang av statistikk gitt uttrykk for at det er et behov for å tilføre betydelig mer ressurser til helse- og omsorgstjenestesektoren (Haukelien 2015; Gautun og Bratt 2018; Theie m.fl. 2018; Kristiansen m.fl. 2019; Gautun og Kvæl 2020)

## 4.2 Hev sykepleierbemanningen

Det er et systematisk og stort avvik mellom planlagt og faktisk bemanning for vakter som sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien blir satt opp i (se presentasjonen av kartlegginger i kapittel 2). Hovedårsaken er et høyt sykefravær, men fravær skyldes også ulike permisjoner, at sykepleiere deltar på kurs o.a. Når fravær oppstår blant sykepleiere settes det ofte inn personell med lavere kompetanse og ufaglærte på vakter. For et ikke ubetydelig antall vakter settes det ikke inn personell i det hele tatt. Et stort avvik mellom antall planlagte sykepleiervakter og antall vakter som faktisk blir dekket av sykepleiere fører til et stort tidspress og arbeidsbelastninger for de som er på jobb. Avviket går også utover kvaliteten på tjenestene, som sykepleiere også oppgir at er en viktig grunn til at de ikke vil jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien. Å heve sykepleierbemanningen vil gjøre det mulig å ha en stabil gruppe med sykepleiere i tjenestene, og slippe å bruke vikarer som ikke har en fast tilknytning til tjenestene.

Undersøkelser har vist at underbemanning er selvforsterkende. For få sykepleiere på jobb gjør det vanskeligere å rekruttere, fører til store arbeidsbelastninger og et høyt sykefravær, og til at sykepleiere slutter. Å heve sykepleierbemanningen vil derfor kunne være ett viktig tiltak for at tjenester som sliter med å rekruttere og beholde arbeidskraft kommer ut av en nedadgående spiral. Å heve sykepleierbemanningen vil føre til at kommunene må lønne flere ansatte, samtidig vil flere på jobb kunne føre til et redusert sykefravær, slik at kommunen slipper å kjøpe dyre tjenester fra vikarbyråer.

### Mer fleksible tjenester

Å heve sykepleierbemanningen vil kunne gjøre tjenestene mer fleksible slik at de kan håndtere uforutsette situasjoner. Et høyst aktuelt eksempel er situasjonen vi nå står oppi på grunn av covid-19 pandemien. Flere sykehjem har siden de første registrerte smittetilfellene i februar opplevd at mange ansatte blir sykemeldte eller har måttet gå ut i karantene når ansatte og/eller beboere har blitt smittet. For lite personell og for få ansatte med kompetanse på jobb til å håndtere smitteutbrudd kan føre til unødvendig smittespredning og dødsfall.

Et eksempel med store bemanningsproblemer som følge av smitte som kom inn i sykehjemmet er Vallerhjemmet. Sykehjemmet fikk et smitteutbrudd som medførte et høyt antall covid-19 dødsfall blant beboere. Kommunedirektøren i Bærum nedsatte en gruppe som har gjennomført en intern gjennomgang av situasjonen

ved Vallerhjemmet i perioden 1 mars til 2 mai. I sluttrapporten som ble presentert for formannskapet 27 mai vises det til at det under krise er viktig med stabil og trygg ledelse, et godt sammensveiset team med trygge, kompetente medarbeidere som kjenner hverandre, stoler på hverandre og er drillet i rutinene (Bærum kommune 2020). På Vallerhjemmet ble situasjonen i mars og april helt motsatt: hyppige lederskifter, stadig nye ekstravakter med kompetansebehov, hyppige endringer i krav og rutiner samt endringer og sammenslåinger av avdelinger. Sykehjemmet hadde fire lederskifter i perioden mars og april, og bemanning ble en stor utfordring da mange fast ansatte samtidig måtte ut i karantene og isolasjon som følge av at de hadde hatt nærkontakt med smittede, eller fordi de selv var smittet. I påsken var det en prekær mangel på personell med 29 smittede ansatte og 42 i karantene. Situasjonen førte til en høy vikarbruk. Kommunen jobbet hardt med å få tak i personell, men det viste seg at det var vanskelig å få tak i personell med sykepleiefaglig kompetanse. Fylkesmannen startet tilsyn med i Vallerhjemmet i juni på grunn av det høye antallet covid-19 dødsfall blant beboere (Fylkesmannen i Oslo og Viken 2020). Det neste året, og kanskje enda lenger fram i tid vil det være spesielt viktig å ha en grunnbemanning med nok sykepleiere og helsefagarbeidere å spille på for å håndtere nye smitteutbrudd.

#### Mer tid til kompetanseheving

Til tross for at det har blitt gjennomført mange ulike oppdrag og tiltak sammen med ulike aktører for å løfte kompetansen i helse- og omsorgstjenestene viser statistikk og undersøkelser at kompetansebehovet vedvarer (Theie m.fl. 2018). Mye tyder på at situasjonen har blitt verre de siste årene.

Når tjenestene er presset på tid fordi det er for få på jobb kan det være vanskelig for ledere og ansatte å prioritere kompetanseheving. Å heve sykepleierbemanningen vil kunne bidra til et større rom for kompetanseheving både i form av rådgivning, kurs og videreutdanning. En høyere sykepleierbemanning vil også kunne bidra til at sykepleiere har tid til å følge opp sykepleierstudenter som er i praksis i sykehjem og hjemmesykepleien. Gode erfaringer i praksisperioden, samt tid til å følge opp og gi råd til nyansatte unge sykepleiere, kan bidra til at det er lettere å rekruttere nyutdannede sykepleiere, og motvirke at unge sykepleiere slutter å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien (KS 2020b). Det er de unge sykepleiere som i størst grad ønsker å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien (Bratt og Gautun 2018).

#### Mer stabilitet

For få sykepleiere på jobb øker også risikoen for at sykepleiere vandrer mellom tjenester for å finne det arbeidsstedet som er best drevet og med minst belastninger. Ved å heve sykepleierbemanningen i tjenester som har kommet inn i nedadgående spiraler kan denne vandringen motvirkes, og tjenestene kan oppnå å ha en mer stabil personalgruppe.

#### Kommunene må prioritere sektoren

Hvorvidt tjenestene har en tilstrekkelig grunnbemanning handler ikke bare om at staten må tilføre kommunene mere ressurser, men også om at toppledelsen i

kommunen er villig til å tildele helse- og omsorgstjenestesektoren en realistisk ressursramme, og at det settes opp turnuser i tjenestene som tar høyde for at det oppstår fravær. Helse- og omsorgssektoren konkurrerer med andre sektorer om knappe ressurser. Kommuner som har utviklet gode rapporteringssystemer som synliggjør behovene til ulike brukere og pasienter, samt gir en god oversikt over personellsituasjonen øker sannsynligheten for at helse- og omsorgssektoren blir prioritert og tilført mer realistiske økonomiske rammer (Gautun og Bratt 2015; Kristiansen m.fk. 2019).

#### Tjenestene må ta høyde for det høye sykefraværet når turnus settes opp

Undersøkelser viser at kunnskap om et realistisk forventet fravær i flere tilfeller ikke brukes i planlegging. Planer ser ut til å være overdrevent optimistiske. I faglitteraturen er tendensen til å planlegge ut fra overdreven optimisme blitt kalt «planning fallacy» (Kahneman og Tversky 1979). Slike «feilslutninger i planlegging» er ofte knyttet til underbudsjettering i tid, gjerne med store økonomiske konsekvenser. For oppsett av turnus på sykehjem og planlagte vakter i hjemmesykepleien kan den overdrevne optimismen primært være knyttet til at man ikke tar hensyn til sykefravær. Sykefravær i sykehjem er et problem som burde være lett å forutse; statistikken for sykefravær blant sykepleiere og andre personellgrupper er tydelig. De som legger turnus for sykehjem vil også erfare og få tilbakemelding om at planen (turnus) var overdrevent optimistisk, som følge av sykefravær.

### 4.3 Øk kompetansen

En evaluering av Kompetanseløft 2020 viser at den store majoriteten av kommunene opplever at det fortsatt er et stort behov for å styrke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene, men kommunene er helt avhengig av tilskuddsmidler fra staten for å få dette til (Nesje m.fl. 2020). Over 80 prosent av kommunene har søkt midler gjennom Kompetanseløft 2020 (Nesje m.fl. 2020). Å klare å dekke det økte behovet for kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleie handler både om å rekruttere flere sykepleiere og spesialsykepleiere og heve kompetansen blant sykepleiere som jobber i tjenestene.

Å klare å dekke behovet for spesialsykepleiere handler blant annet om at utdanningsinstitusjonene må ha kapasitet til å utdanne nok spesialsykepleiere, at tjenestene kan tåle at ansatte er borte fra tjenestene i lengre perioder, samt at kommunene gir økonomisk støtte (gjerne gjennom de statlige etablerte tilskuddsordningene) til sykepleiere som vil ta etterutdanning. Kristiansen med kolleger (2019) har påpekt at mulighet til etter- og videreutdanning kan være nødvendig for å beholde sykepleiere. I en undersøkelse blant 4945 sykepleiere i 2016 oppga nesten halvparten av de sykepleierne som vurderte å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien at begrenset mulighet til videreutdanning og spesialisering var en av grunnene til at de ikke lenger ønsket å jobbe i disse tjenestene (Gautun m.fl. 2016). Kristiansen med kolleger (2019) har påpekt at dersom etter- og videreutdanning skal kunne være et vellykket virkemiddel for å beholde sykepleiere i

helse- og omsorgstjenestene, så må videreutdanning også gi uttelling lønnsmessig (Kristiansen m.fl. 2019).

For å klare å dekke kompetansebehov i tjenestene må også utdanningsinstitusjonene treffe med hvilke områder som det er viktigst å heve kompetansen på. Sykepleiere som jobber i sykehjem og hjemmesykepleien har uttrykt at det er et stort behov for å heve kompetansen, på flere områder. Det er imidlertid tre områder som blir framhevet spesielt. Sykepleiere har oppgitt at det er et spesielt stort behov for å øke kompetansen i forhold til eldre, personer med psykiske lidelser og personer med rusproblematikk. Helsedirektoratet har også pekt på de samme gruppene, og uttrykt at det er et økende behov for å heve breddekompetansen blant sykepleiere for å klare å ivareta eldre pasienters behov (Helsedirektoratet 2017). Det blir stadig flere eldre som har ulike sykdommer som kan interagere med hverandre i tillegg til at de har aldersrelaterte plager. Helsedirektoratet påpeker også at somatisk behov hos pasienter med psykiske lidelser og rusproblematikk ikke er godt nok ivaretatt (Helsedirektoratet 2017). Disse pasientgruppene sies også å trenge helsehjelp fra sykepleiere med avansert kompetanse og som kan ivareta helhetsperspektivet. De norske videreutdanningene i sykepleie er godt utbygd og svarer på viktige behov i spesialisthelsetjenesten. Behovet for breddekompetanse sies imidlertid at i begrenset grad har blitt imøtekommet av utdanningstilbudet (Helsedirektoratet 2017).

#### 4.4 Ledelse og organisering

Undersøkelser har vist at flere sykepleiere vurderer å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien på grunn av dårlig ledelse (f.eks. Gautun m.fl. 2016; KS 2020b). Over halvparten av sykepleierne i sykehjem og hjemmesykepleien som vurderte å slutte å jobbe i tjenestene, i en landsomfattende spørreundersøkelse i 2016, oppga at dårlig ledelse var en grunn til at de ønsket å slutte (Gautun m.fl. 2016). En spørreundersøkelse blant sykepleiere og helsefagarbeidere i helse- og omsorgstjenestene i ni kommuner fant at 67 prosent av sykepleierne og 41 prosent av helsefagarbeiderne vurderte å si opp jobben sin i kommunen og starte opp i en annen virksomhet (KS 2020b). Mange av sykepleierne oppga at følgende dårlige erfaringer med ledelsen hadde betydning for ønsket om å slutte: dårlig kommunikasjon mellom ledelse og ansatte, lite tilbakemelding fra leder, stadig utskiftning av leder, og en for stor avstand mellom ledere og de ansatte. Helsefagarbeiderne oppga: dårlig ledelse, dårlig kommunikasjon mellom ledelse og ansatte, føler til tider at de ikke blir sett og hørt av ledelsen, ingen eller liten tilbakemelding på jobben de gjorde, ledelsen har alltid fokus på økonomi og lite nærhet til leder (KS 2020b). Disse erfaringene kan handle om manglende lederkompetanse, men også at ledere ikke har tid til å følge opp medarbeiderne. En av hovedstrategiene i Kompetanseløft 2020 er å bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsing for å øke kompetansen til ledere. En viktig forutsetning for at disse tiltakene skal ha effekt er at ledere må gis tid til å utøve lederskap og benytte seg av det de har lært i tjenestene.

Kristiansen med kolleger (2019) påpeker i en case studie som ble gjennomført i åtte kommuner i 2019 at det blir essensielt å bruke fagkompetansen riktig når kommunene har store problemer med å rekruttere sykepleiere og spesialsykepleiere. Flere av informantene vektla dette (Kristiansen m.fl.2019). En kommunalsjef sa det på følgende måte: «*Vi må slutte å gå i den fella som nesten hele kommune-Norge har gått i. Sykepleiere og vernepleiere må slutte å gjøre det samme som alle andre som jobber i sektoren. En sykepleier eller vernepleier skal ikke måke snø*». Det er en lite effektiv bruk av ressurser, og gjør det også mindre interessant for sykepleiere å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien. Til tross for denne erkjennelsen beskrev flere av informantene en hverdag der bemanningen er skåret ned til beinet og sykepleiere gjør oppgaver som burde vært utført av andre faggrupper.

#### 4.5 Hev lønnsnivået for å gjøre det lettere å rekruttere og beholde, spesielt yngre, sykepleiere

Et høyere lønnsnivå vil kunne gjøre det lettere å rekruttere og beholde sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien. Avgangundersøkelsen til NSF student i 2019 fant at arbeidsmiljø, spennende arbeidsoppgaver og lønn var de forholdene som hadde størst betydning for hvilken type tjeneste nyutdannede sykepleiere foretrakk å søke jobb hos. Fire av ti sykepleiere som vurderer å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien har oppgitt at for lav lønn er en av grunnene til at de ikke vil jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien lenger (Gautun, Øien og Bratt 2016). Så mange som halvparten av sykepleierne som jobbet i disse tjenestene ga uttrykk for at de vurderte å slutte, og det var flest av de unge sykepleierne som vil forlate tjenestene (Gautun, Øien og Bratt 2016). Sykepleierne opplever flere steder store arbeidsbelastninger, påkjenninger fordi kvaliteten på tjenesten er for lav, at de jobber mye alene og savner å jobbe i et fagmiljø med andre sykepleiere (Gautun m.fl. 2016; Kristiansen m.fl.2019). Flere kan oppleve at lønnen er for lav til at det er verdt å jobbe på arbeidssteder som er så krevende (Kristiansen m.fl. 2019).

Enkelte kommuner har begynt å bruke lønn som virkemiddel for å tiltrekke sykepleiere til helse- og omsorgstjenestene (Kristiansen m.fl. 2019). Flere av kommunene fremstår samtidig som rådville, og peker på at det er vanskelig å tilby sykepleiere mer lønn innenfor stramme budsjetter. Om helse- og omsorgstjenestene ikke får tilført tilstrekkelig med ressurser slik at det er mulig å heve lønnsnivået kan det være med på å gjøre det stadig mer utfordrende å rekruttere sykepleiere og spesialsykepleiere framover (Kristiansen m.fl. 2019).

#### 4.6 Strategier for å øke antall heltidsstillinger, redusere sykefraværet og motvirke tidlig avgang

I Riksrevisjonens rapport om bemanningsutfordringer i sykehus påpekes at en måte å håndtere både dagens og framtidens bemanningsutfordringer på er å mobilisere mer av den arbeidskraften som allerede er i sykehusene (Riksrevisjonen 2019). Riksrevisjonens påpeker at arbeidskraft kan mobiliseres ved: 1) at

ansatte i deltidsstillinger øker sin stillingsprosent, 2) at sykefraværet reduseres, 3) og at helsepersonell står i arbeid helt fram til oppnådd pensjonsalder. De samme strategiene for å mobilisere arbeidskraft har blitt løftet fram for sykehjem og hjemmesykepleien i Kompetanseløft 2020 (Helsedirektoratet 2017). En mobilisering av arbeidskraft som allerede er i tjenestene kan bidra til at belastningene på de som er på jobb blir mindre, og til oppadgående spiraler som gjør det lettere å rekruttere og beholde sykepleiere.

#### Satsinger for å øke antall heltidsstillinger, redusere sykefravær og utsette avgang fra arbeidslivet

KS, Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund og Delta har over flere år arbeidet sammen for å utvikle en heltidskultur i kommunenes helse- og omsorgssektor. Organisasjonene undertegnet i 2013 den første Heltidserklæringen, som siden har blitt fornyet to ganger, i 2015 og 2018 (KS 2020a).

Partene i arbeidslivet og regjeringen inngikk i 2001 en intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) som skulle bidra til å forebygge og redusere sykefravær og frafall fra arbeidslivet. IA-avtalen har blitt fornyet gjentatte ganger, senest 1.1.2019. Flere kommuner har fått økt bevissthet om, og har iverksatt tiltak for å redusere sykefravær, og iverksatt seniorpolitikk for å motvirke at arbeidstakere går tidlig ut av arbeidslivet, enten gjennom uføretrygding eller førtidspensjonering. For mange kommuner er tidlig avgang uheldig, både fordi kommunene trenger arbeidskraften og fordi tidlig avgang, særlig med avtalefestet pensjon (AFP), kan være en stor utgiftspost for mange kommuner (Bogen og Midsundstad 2008).

Til tross satsinger for å heve stillingsprosent, redusere sykefravær og få flere sykepleiere til å stå lenger i arbeid, viser gjennomgangen av undersøkelser og registerdata i kapittel 2 og 3 at det kun har funnet sted en liten økning i gjennomsnittlig stillingsprosent for sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien, at sykefraværet er stabilt høyt, og at gjennomsnittlig alder for når sykepleiere forlater arbeidslivet ikke har gått opp. Sykepleieres gjennomsnittlige avgangsalder, inkludert de uføre, var i 2017 57 år (Helsedirektoratet 2020).

#### Heltidsstillinger

Hovedårsakene til den utbredte deltidsbruken i den kommunale helse- og omsorgssektoren er sammensatt, og har blant annet sammenheng med at mange kommuner fortsatt utlyser (små) deltidsstillinger. Forskere har også påpekt at det store antallet små stillinger i sektoren skyldes måten turnusen er organisert på (Fasting 2013; Vabø, Drangø og Amble 2019), samt at ansatte velger deltid på grunn av familiesituasjonen og ønske om fritid, men også på grunn av helseproblemer og store arbeidsbelastninger (Fasting 2013; Abrahamsen og Storvik 2019).

Kommunene lyser i økende grad ut heltidsstillinger for sykepleiere, men det er fortsatt kun 56 prosent av alle utlyste sykepleierstillinger som er heltidsstillinger. (Dette tallet er basert på utlyste stillinger både i kommunene og spesialisthelse-

tjenesten/sykehus) (NSF Heltidsbarometer 2019). En landsomfattende undersøkelse fra 2016 viste at to av ti sykepleiere oppga at en viktig grunn til at de vurderte å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien var at de ikke fikk tilbud om en heltidsstilling, og heller ikke fast ansettelse (Gautun, Øien og Bratt 2016).

Vabø med kolleger gjennomførte i 2005 og 2015 en spørreundersøkelse blant helsefagarbeidere som jobbet i eldreomsorgen. Undersøkelsene viste at mønsteret med mange deltidsstillinger hadde holdt seg stabilt til tross for en bred enighet mellom myndighetene og partene i arbeidslivet om å redusere bruken av deltid. Vabø med kolleger (2019) forklarer det fastlåste deltidsregimet med turnusordningen som ble etablert for 30 år siden. Turnusordningen gjør ifølge forskerne tjenestene avhengig av mange små stillinger i tillegg til faste hele stillinger. Mange av helsefagarbeiderne, og spesielt de yngre, som deltok i undersøkelsene i 2005 og 2015 ga uttrykk for at de ønsket heltidsstillinger. Ifølge Vabø med kolleger (2019) er tiden moden for å legge en ny grunnturnus som er tilrettelagt for heltidskultur. Forskerne påpeker at dersom yngre mennesker skal oppfordres til å velge en utdanning innen helse og omsorg vil det være maktpåliggende at det samtidig tilrettelegges for at de får jobber som det går an å leve av.

Flere sykepleiere har gitt uttrykk for at de ikke ønsker å jobbe heltid (Fasting 2013; Abrahamsen 2019). Det går imidlertid an å problematisere hvorvidt det som defineres som et frivillig valg av deltid (at sykepleiere svarer at de vil jobbe deltid selv om arbeidsgiver tilbyr en heltidsstilling) er frivillig. Flere undersøkelser viser at arbeidet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene medfører store arbeidsbelastninger (jf. oversikt over forskningslitteraturen i kapittel 2 og 3), noe som igjen kan føre til at sykepleierne opplever at det er for tungt å jobbe heltid, og at mange opplever at det ikke er mulig å kombinere en heltidsstilling med familieforpliktelser og fritidsaktiviteter.

### Sykefravær

Undersøkelser viser at det også er flere faktorer som påvirker sykefravær (Midtsundstad og Bogen 2011; Bratt og Gautun 2018). Fysiske og psykiske arbeidsbelastninger har blitt framhevet som en hovedforklaring (Midtsundstad og Bogen 2011; Bratt og Gautun 2018). Midtsundstad og Bogen påpeker at gode ledere og fleksibilitet i arbeidssituasjonen kan motvirke noen av de negative konsekvensene av for store fysiske og psykiske arbeidsbelastninger på sykefravær. Midtsundstad og Bogen (2011) viser til at en støttende leder kan bidra til at ansatte føler mestring og trivsel i arbeidet – og i seg selv gi lavere sykefravær.

### Førtidspensjonering

Undersøkelser viser at både positive og negative faktorer kan påvirke valg av førtidspensjonering i den kommunale helse- og omsorgssektoren, og at det kan være et samspill mellom positive og negative faktorer (Midtsundstad og Bogen 2011). Selv om førtidspensjon er et frivillig valg og at ønsket om mer fritid og tid til familien kan lokke, vises det til at det primært er egen helsesituasjon og en belastende arbeidssituasjon som vektlegges av pleie- og omsorgspersonell som ønsker å gå av tidlig. Men også personlig involvering i arbeidet, fravær av mening



og utviklingsmuligheter, manglende forutsigbarhet i arbeidet og manglende ledelseskvalitet trekkes fram som viktige grunner til at en del i sektoren ønsker å slutte tidlig (Midtsundstad 2011).

#### Tjenestene må tilføres ressurser for at tiltak og strategier skal få noen effekt

Det er som sagt iverksatt en rekke planer og tiltak for å heve stillingsprosent, redusere sykefravær, og motvirke avgang før pensjonsalder i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Disse går blant annet ut på at kommuner i større grad lyser ut heltidsstillinger, at det gjennomføres tiltak for å bedre arbeidsmiljøet, at det tilbys bedre lederutdanning, og at det satses på kompetansehevede tiltak for sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien. Det går imidlertid an å spørre hvorvidt disse tiltakene har hatt noen vesentlig effekt på målet om å mobilisere mer av den arbeidskraften som allerede er i sykehjem og hjemmesykepleien. For få sykepleiere på jobb fører til tidspress og store psykiske og fysiske arbeidsbelastninger, og gjør det vanskelig for ledere å lede. For få sykepleiere på jobb gjør det også vanskelig å få tid til kompetanseheving. For at satsinger og tiltak skal ha effekt må antakeligvis helse- og omsorgstjenestene tilføres betydelig mer ressurser, og grunnbemanningen må heves. Ved å redusere arbeidsbelastninger vil sykepleiere kunne klare å jobbe heltid, bli mindre syke, og klare og ønske å stå lenger i arbeid.

### 4.7 Løft vanskelige prioriteringer opp på politisk nivå, og gjør prioriteringskriterier kjent for de som jobber i tjenestene

Tjenesteutøvere må i stadig større grad gjøre vanskelige prioriteringer om hvem som skal få hjelp, hvem som må vente når tiden blir for knapp, og hvor mye tid som skal brukes på den enkelte omsorgstrengende (Gautun og Syse 2013; Gautun og Grødem 2015; Gautun 2018; NOU 2018:16; Haukelien 2015; Kristiansen m.fl. 2019; Heggstad, m.fl. 2020). Sykepleiere har gitt uttrykk for at de opplever det som belastende å måtte ta disse valgene, uten at det er gitt klare klare føringer på hvem og hva som skal prioriteres (Gautun og Grødem 2015).

Alle omsorgstrengende har ifølge lovverket lik rett til tjenester uavhengig av kjønn, alder, etnisitet, bosted og sosioøkonomisk bakgrunn. Undersøkelser har imidlertid vist at eldre taper i konkurransen om knappe ressurser (Gautun og Grødem 2015; Heggstad m.fl. 2020). Sykepleiere har gitt uttrykk for at eldre får mindre hjelp enn andre omsorgstrengende og at de må vente lenger på hjelp enn andre når personellet må prioritere under sterkt tidspress (Gautun og Grødem,2015; Gautun 2018).

De kommunale tjenestene har fått enda flere oppgaver under covid-19 pandemien ved at sykehusene har redusert sin sengekapasitet for andre lidelser enn covid-19 (Helsedirektoratet 2020b). Kommunehelsetjenesten skal avlaste spesialisthelsetjenesten slik at spesialisthelsetjenesten har høyest mulig kapasitet til å håndtere alvorlig syke covid-19 pasienter. Det betyr at kommunene i enda større grad enn før må ivareta de mest sårbare og syke pasientene, ensomme, psykisk syke og mennesker med rusproblemer. Ifølge Helsedirektoratet er det mange tegn

til at mange av disse pasientene har fått et redusert helsetilbud og risiko for forverret helse (Helsedirektoratet 2020b).

Et økende gap mellom tilbud og etterspørsel etter tjenester vil kunne medføre et enda sterkere press på sykepleiere i årene som kommer. For å redusere belastningene til tjenesteutøverne bør hvilke prinsipper som skal legges til grunn løftes opp på politisk nivå. Ansvar for å ta de vanskelige prioriteringsvalgene bør ikke dyttes ned på den enkelte tjenesteutøver i sitt daglige arbeid. Heggstad med kollegaer (2020) har også påpekt at det ikke hjelper om vi har gode prioriteringskriterier dersom de som skal anvende disse, ikke kjenner til dem. Det er derfor avgjørende at ansatte i tjenestene blir gjort kjent med kriteriene, og veiledet i hvordan disse skal anvendes.

## 4.8 Velferdsteknologi

Ifølge Omsorg 2020- regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020 må kommunene i større grad satse på innovasjon og velferdsteknologi for å møte økte utfordringer på omsorgsfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). En større satsing på velferdsteknologiske løsninger anses at kan redusere etterspørselen etter sykepleiere og andre helsefagarbeidere ved at omsorgstrengende blir mer selvhjulpne, samtidig som at helse- og omsorgsarbeiderne kan jobbe mer effektivt (Theie m.fl. 2018). Helsedirektoratet, KS og Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet har siden 2013 samarbeidet om Nasjonalt velferdsteknologiprogram som skal bidra til at flere kommuner tar i bruk velferdsteknologi (Helsedirektoratet 2020). I 2019 var omlag 340 kommuner med i prosjekter som skulle ta i bruk velferdsteknologiske løsninger, som kan bidra til økt trygghet og bedre tjenester for brukere og pårørende og/eller bidra til en mer effektiv bruk av ressurser i helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

Evalueringer av velferdsteknologiprojekter i kommuner har vist at implementering av velferdsteknologi ser ut til at har bidratt til både økt behandlings- og livskvalitet for brukerne, tidsbesparelser for kommunale helse- og omsorgsarbeidere og lavere kostnader for kommuner og sykehus (Theie m.fl. 2018). I følge Theie med kolleger fører stramme kommunale budsjetter i mange kommuner til at det er vanskelig å gjennomføre slike satsinger med finansiering over kommunenes frie inntekter. De påpeker derfor at øremerkede tilskudd, som myndighetene tildeler gjennom Helsedirektoratet, til spredning og innføring av velferdsteknologi er et godt tiltak. Rammene for disse tilskuddene sies imidlertid å være lave (Theie m.fl. 2018).

Selv om bruk av velferdsteknologi kan gjøre arbeidsdagen lettere for sykepleiere og andre ansatte er det ikke mulig på bakgrunn av den forskningen som foreligger å konkludere om satsing på velferdsteknologi vil kunne redusere etterspørselen etter sykepleiere fremover (Theie m.fl.2018)

## 4.9 Mer effektive digitale løsninger

Sykepleiere som jobber i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i sykehjem og hjemmesykepleien bruker mye tid på å innhente informasjon fra fastleger, legevakt, sykehus og andre tjenester. Det har over flere tiår vært uttalt at det er et behov for å etablere bedre og mer effektive digitale verktøy for de kommunale helse- og omsorgstjenestene slik at tilgangen til informasjon blir enklere. Kommunene bruker ulike journalløsninger, og tjenester innad i en og samme kommune bruker ulike journalløsninger som ikke er integrert med hverandre. De er heller ikke integrert med digitale løsninger i sykehus (Meld. St.9 (2012-2013)). En felles journalløsning der man kan dele informasjonen fremfor å sende og motta blir oppfattet som at vil kunne gjøre arbeidsdagen til helsearbeidere mer effektiv (Direktoratet for e-helse 2020). De har da tilgang til informasjonen med en gang den oppstår.

I en undersøkelse som ble gjennomført blant 431 av Norsk Sykepleierforbunds plasstillitsvalgte i sykehjem og hjemmesykepleien i 2014 ble informantene bedt om å vurdere utsagn om dataregistreringssystemet de brukte på sitt arbeidssted. Dataregistreringsverktøy som ble brukt var Geric, Dips Front, el. VISMA profil. I alt 46% av hjemmesykepleierne og 39% av informantene i sykehjem ga uttrykk for at verktøyet var komplisert å bruke. Et flertall av informantene både i sykehjem (73%) og hjemmesykepleien (65%) oppga at de brukte mye tid på å vente fordi det tok så lang tid å logge seg inn. Disse verktøyene er fortsatt i bruk. Digitale journalløsninger som er enklere å bruke, mer effektive (tidsbesparende) og gir tilgang til riktig informasjon til riktig tid kan føre til at sykepleiere får mer tid til andre oppgaver, og kan også bidra til økt pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene.

## 4.10 Oppsummering

*Tilfør mer ressurser:* En rekke evalueringer og undersøkelser, samt kommunale regnskap og statistikk, viser at kapasiteten og kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ikke har økt i takt med det økte ansvaret for flere og mer krevende pasienter og brukere. Tjenestene er under press, og de som jobber i tjenestene opplever store arbeidsbelastninger. For å klare å bemanne sykehjem og hjemmesykepleietjenestene fremover må det tilføres betydelig mer ressurser til helse- og omsorgstjenestesektoren.

*Hev grunnbemanningen:* Å heve grunnbemanningen vil kunne være et viktig tiltak for at sykehjem og hjemmesykepleietjenester som har problemer med å rekruttere og beholde arbeidskraft kommer ut av en nedadgående spiral med underbemanning. Flere sykepleiere på jobb kan redusere arbeidsbelastninger, heve kvaliteten, bidra til et større fagmiljø, og gi rom for kompetanseheving og etter- og videreutdanning. Dette er alle forhold som har betydning for rekruttering og om sykepleiere blir i tjenestene.

*Øk kompetansen.* I tillegg til å bedre rekrutteringen av sykepleiere og spesialsykepleiere, er det et behov for å øke kompetansen blant sykepleiere som jobber i sykehjem og hjemmesykepleien. Hvorvidt sykepleiere har muligheter til å ta etter-

og videreutdanning har betydning for om sykepleiere ønsker å fortsette å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien. Dersom etter- og videreutdanning skal kunne være et vellykket virkemiddel for å beholde sykepleiere i helse- og omsorgstjenestene, så må videreutdanning også gi uttelling lønnsmessig.

*Ledelse.* Undersøkelser har vist at flere sykepleiere vurderer å slutte å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien på grunn av dårlig ledelse. En av hovedstrategiene i Kompetanseløft 2020 er å bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsing for å øke kompetansen til ledere. En viktig forutsetning for at disse tiltakene skal ha noen effekt er at ledere også må gis tid til å utøve lederskap og benytte seg av det de har lært i tjenestene.

*Organisering.* Flere sykehjem og hjemmesykepleietjenester har en så lav bemanning at sykepleiere gjør oppgaver som kunne vært gjort av andre personellgrupper. Det er viktig at tjenestene er tilstrekkelig bemannet med andre personellgrupper med helsefagutdanning, og få til en oppgavefordeling som gjør at tjenestene i større grad kan benytte seg av sykepleiernes fagkompetanse.

*Hev lønnsnivået for å gjøre det lettere å rekruttere og beholde, spesielt yngre, sykepleiere.* Et høyere lønnsnivå vil kunne gjøre det lettere å rekruttere og beholde sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien. Nyutdannede sykepleiere oppgir i dag at lønn har stor betydning for hvor de vil søke jobb. Unge sykepleiere oppgir også at lav lønn er en av grunnene til at de ikke vil fortsette med å jobbe i sykehjem og hjemmesykepleien.

*Strategier for å øke antall heltidsstillinger, redusere sykefraværet og motvirke tidlig avgang.* Til tross for en rekke satsinger og tiltak har det kun funnet sted en liten økning i gjennomsnittlig stillingsprosent for sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien, sykefraværet er fortsatt stabilt høyt, og gjennomsnittlig alder for når sykepleiere forlater arbeidslivet har ikke gått opp. Det kan være vanskelig å nå disse målsettingene uten at sektoren tilføres mer ressurser.

*Løft vanskelige prioriteringer opp på politisk nivå, og gjør prioriteringskriterier kjent for de som jobber i tjenestene.* For å redusere belastninger, som også kan ha betydning for om sykepleiere vil jobbe i tjenestene, bør hvilke prinsipper som skal legges til grunn for prioriteringer løftes opp på politisk nivå. Ansvar for å ta de vanskelige prioriteringsvalgene bør ikke dyttes ned på den enkelte tjenesteutøver i sitt daglige arbeid. Ansatte i tjenestene må også bli gjort kjent med kriteriene, og veiledet i hvordan disse skal anvendes.

*Velferdsteknologi.* Evalueringer av velferdsteknologiprojekter i kommuner har vist at implementering av velferdsteknologi kan bidra til økt behandlings- og livskvalitet for brukerne, tidsbesparelser for kommunale helse- og omsorgsarbeidere og lavere kostnader for kommuner og sykehus. Det er imidlertid ikke mulig på bakgrunn av den forskningen som foreligger å konkludere om satsing på velferdsteknologi vil kunne redusere etterspørselen etter sykepleiere.

*Mer effektive digitale løsninger:* Sykepleiere som jobber i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i sykehjem og hjemmesykepleien bruker mye tid på å innhente

informasjon fra fastleger, legevakt, sykehus og andre tjenester. Det har over flere tiår vært uttalt at det er et behov for å etablere bedre og mer effektive digitale verktøy for de kommunale helse- og omsorgstjenestene slik at tilgangen til informasjon blir enklere. Kommunene bruker ulike journalløsninger, og tjenester innad i en og samme kommune bruker ulike journalløsninger som ikke er integrert med hverandre. De er heller ikke integrert med digitale løsninger i sykehus (Meld. St.9 (2012-2013)). En felles journalløsning der man kan dele informasjonen fremfor å sende og motta blir oppfattet som at vil kunne gjøre arbeidsdagen til helsearbeidere mer effektiv (Direktoratet for e-helse 2020). De har da tilgang til informasjonen med en gang den oppstår. Digitale journalløsninger som er enklere å bruke, mer effektive (tidsbesparende) og gir tilgang til riktig informasjon til riktig tid kan føre til at sykepleiere får mer tid til andre oppgaver, og kan også bidra til økt pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene.

## Summary

---

The report summarizes research, statistics and surveys on the shortage of nurses in nursing homes and home care services in the communities. In addition, it presents research investigating the consequences of the shortage of nurses, and the report discusses strategies to recruit, mobilize and retain nurses in nursing homes and home care services.

The research literature shows that nursing homes and home care services grapple with (1) an increasing shortage of health professionals in general, and nurses specifically and (2) management problems.

As a consequence of services having problems attracting trained health professionals, unskilled staff is now increasingly used. This practice affects the service provided: the shortage of nurses in community services is a strong predictor of the quality of the services provided for the patients. In addition, it affects the physical and mental workload for nurses. The shortage of professional staff in community services also has a detrimental effect on the collaboration with hospital nurses, and as consequence, on the service provided for older patients when they arrive at community services after being dismissed from hospital stays.

Increased resources are necessary for the health and care services in communities to succeed in recruiting and retaining nurses. Foremost, the number of basic staff needs to be raised. In addition, nurses need to have the opportunity to seek further education, as improved education not only affects the services for patients but even the retention of nurses in nursing homes and home nursing. Also, further education needs to result in increased pay.

The problem of poor management in nursing homes and home nursing becomes evident in many nurses considering to quit due to being unsatisfied with the management. Health authorities are currently implementing measures to increase the competence of the managers. A prerequisite for such measures to have an effect is that managers must also have time to exercise leadership and make use of what they have learned in the services. Finally, higher pay would make it easier to recruit and retain nurses in nursing homes and home nursing.

– En utvikling som må snus –

## Referanser

---

- Abrahamsen, B. (2019). A longitudinal study of nurses' career choices: The importance of career expectations on employment in care of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 75.
- Abrahamsen, B., & Storvik, A.E.L. (2019). Nursing Students' Career expectations: Gender Differences and Supply Side Explanations. *Nursing Research and Practice*, 3.
- Abrahamsen, S.A., & Grøtting, M.W. (2019). *Formal Care of the Elderly and Health Outcomes among Adult Daughters*. Working Papers in Economics. University of Bergen. Department of Economics.
- Andreev, L., & Ørborg, K.M. (2014). *Navs Bedriftsundersøkelse 2014*.
- Andreev, L. (2015). *Navs Bedriftsundersøkelse 2015*.
- Andreev, L., & Sørbø, J. (2016). *Navs Bedriftsundersøkelse 2016*.
- Bratt, C., & Gautun, H. (2018). Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing. *Journal of Nursing Management*, 26.
- Bogen, H., & Midsundstad, T. (2008). Noen år til? Erfaringer med seniorpolitikk i seks kommuner. Oslo: Fafo. Rapport nr. 28.
- Brevik, I. (2010). *De nye hjemmetjenestene: Langt mer enn eldreomsorg: Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989–2007*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR). Rapport nr.2.
- Bærum kommune (2020). *Sluttrapport: Intern gjennomgang Vallerhjemmet*.
- Direktoratet for e-helse (2020). Akson – felles kommunal journal og helhetlig samhandling. <https://ehelse.no/strategi/akson>
- ECON (2009). *Bemannings i kommunal pleie og omsorg*. Rapport nr.72.
- Fasting, M. (2013). God organisering vil gi god omsorg. *Søkelys på arbeidslivet*, 30.
- FHI Folkehelseinstituttet (2019). Commonwealth Fund undersøkelsen blant allmennleger i elleve land i 2019: tabellrapport.
- Fylkesmannen i Oslo og Viken (2020). *Fylkesmannen starter tilsyn med Vallerhjemmet* <https://www.fylkesmannen.no/nb/oslo-og-viken/helse-omsorg-og-sosialtjenester/nyheter---helse-omsorg-og-sosialtjenester/2020/fylkesmannen-starter-tilsyn-med-vallerhjemmet/>
- Gautun, H. (2020). *Tildeler kommunene tjenester som dekker eldre pasienters behov i dagene etter utskrivning fra sykehus?* Paper til den Nasjonale Helsetjenesteforskningskonferansen 10 mars 2020, i regi av FHI Folkehelseinstituttet. Scandic St.Olavs Plass Hotell, St. Olavs plass 1, Oslo.
- Gautun, H., & Sørvoll, J. (2020b). I hvilken grad følger kommunene opp styringssignalet i omsorg2020 om å legge til rette for at flere eldre kan bo lenger i eget hjem? Til fagfelle vurdering i *Tidsskrift for Velferdsforskning*.
- Gautun, H., & Kvæl, L.A.H. (2020). Etablering av 19 nye helsefelleskap – bedre samhandling eller økt byråkratisering? *Tidsskrift for Omsorgsforskning*.
- Gautun, H. (2018). Prioriteringer i pleie- og omsorgssektoren Diskrimineres eldre? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4.



- Gautun, H. & Bratt, C. (2016). Caring too much? Lack of Public services to older People reduces attendance at work among their children. *European Journal of Ageing*.
- Gautun, H. & Syse, A. (2017). Earlier hospital discharge: a challenge for Norwegian municipalities. *Nordic Journal of Social Research*, 8.
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. Oslo: NOVA. Rapport nr. 6. ISBN: 978-82-7894-588-9.
- Gautun, H., & Grødem, A.S. (2015). Prioritising care services: Do the oldest users lose out? *International Journal of Social Welfare*, 24.
- Gautun, H., & Bratt, C. (2015). Bemanningsnorm i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1. <http://hdl.handle.net/10642/3166>
- Gautun, H., & Bratt, C. (2014). *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem*. Oslo: NOVA. Rapport nr. 14. ISBN: 978-82-7894-522-3. <http://www.hioa.no/content/download/68411/1708661/...>
- Gautun, H., & Syse, A. (2013). Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? ISBN: 978-82-7894-472-1. . <http://www.hioa.no/content/download/45485/674778/f...>
- Gautun, H. (2012). *Planlagt og faktisk bemanning*. Oslo: Fafo. Rapport nr.5.
- Gautun, H. & Hermansen, Å. (2011). *Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre*. ISBN: 978-82-7422-802-3.
- Grut, L., Lippestad, J.W., Monkerud, L.C., Zeiner, H.H., Nesje, K., Olsen, D.S. & Aamodt, P.O. (2020). *Evaluering av Kompetanseløft 2020 – Delrapport II*. <http://3.121.66.0/bitstream/handle/20.500.12199/3092/Evaluering%20av%20Kompetansel%C3%B8ft%202020-delrapport%202%20april%202020-signert.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene*. TF- rapport nr. 362
- Heggestad, A.K.T, Førde, R., Pedersen, R. & Magelsen, M. (2020). Prioriteringsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten under covid-19 pandemien. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6. [https://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning/2020/01/prioriteringsutfordringer\\_i\\_helse-og\\_omsorgstjenesten\\_i\\_ko](https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2020/01/prioriteringsutfordringer_i_helse-og_omsorgstjenesten_i_ko)
- Helsedirektoratet (2020). *Kompetanseløftet 2020. Personell og kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester. Utviklingstrekk og status 2018*. Årsrapport 2018.
- Helsedirektoratet (2020b). *Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19 pandemien*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kapasitet-i-helsetjenesten/prioritering-av-helsehjelp-i-norge-under-covid-19-pandemien>
- Helsedirektoratet (2019). *Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel reinnleggelses for utskrivningsklare pasienter. 2011–2018*. SAMDATA kommune. IS-2813
- Helsedirektoratet (2018). *Sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene* <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/sykefrav%C3%A6r-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene>
- Helsedirektoratet (2017). *Kompetanseløft 2020. Oppgaver og tiltak for budsjettåret 2017*.

- Helsedirektoratet (2017). *Videreutdanning for sykepleiere- Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden?* Oslo: Helsedirektoratet. IS-2674
- Helsedirektoratet (2012). *Opptappingsplanen for rusfeltet-resultat og virkemidler*. Oslo: Helsedirektoratet. IS-1999.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007–2008). *Omsorgsplan 2015. Særtrykk av St.prp.nr.1 (2007–2008) Programkategori 10–60*.
- Hermansen, Å. & Gautun, H. (2013). Yngreomsorgen i møte med eldreomsorgen – hvordan påvirkes pleie- og omsorgstilbudet til de aller eldste? *Fontene forskning*.
- Hjemås, G., Holmøy, E. & Haugstveit, F. (2019). *Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060*. ssb.brage.unit.no
- Holmøy, E. Kjelvik, J., Strøm, B. (2014). *Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover*. SSB rapport 2014/14. [https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/170663?\\_ts=1452121e668](https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/170663?_ts=1452121e668)
- Ingelsrud, M.H. & Falkum, E. (2019). *Heltidskultur i kommunal helse og omsorg. Et spørsmål om fordeling av arbeid*. Arbeidsforskningsinstituttet, OsloMet, FoU-resultat 05:2019
- Ipsos (2017). *Inntrykk av sykepleieres omdømme, kompetanse og rekrutteringsutfordringer blant beslutningstakere i kommunene*.
- Kahneman, D. & Tversky, A. (1979). Intuitive prediction: biases and corrective procedures. *TIMS Studies in Management Science*. 12, 313–327.
- Kalstø, Å.M. (2019). *Navs Bedriftsundersøkelse 2019*.
- Kalstø, Å.M. & Sørbø, J. (2017). *Navs Bedriftsundersøkelse 2017*.
- Kalstø, Å.M. & Sørbø, J. (2018). *Navs Bedriftsundersøkelse 2018*.
- Kotsadam, A. K. (2011). Does Informal Eldercare Impede Women's Employment? The Case of European Welfare States. *Feminist Economics* 17(2), pp.121–144.
- Kristiansen, A., Rasmussen, I., Bjerkmann, I.L. (2019). *Ingen går i fakkeltog for pleie og omsorg! VISTA ANALYSE*. Rapport 2019/27.
- KS (2020a). <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/partssamarbeid-om-heltid/sentrale-dokumenter/>
- KS (2020b). *Jobbvinner- de beste til våre nærmeste*  
<https://www.ks.no/contentassets/71746f4acd5949c19c8ef1018f82ed55/Presentasjon-fra-Jobbvinner.pdf>
- KS (2019a). *Stort behov for nye medarbeidere fremover*.  
<https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/sysselsettingsstatistikk/stort-behov-for-nye-medarbeidere-fremover/>
- KS (2019b). *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2019*.
- KS (2019c). *Andelen heltidsansatte øker*. <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/statistikk-om-heltid--deltid/andelen-heltidsansatte-oket/>
- Hartford, K.A.H., Debesay, J., Bye, A. & Bergland, A. (2019). Health-care professionals' experiences of patient participation among older patients in intermediate care—At the

intersection between profession, market and bureaucracy. *Health Expectations*, 22. <http://hdl.handle.net/10852/74448>

Løken, K. V., Lundberg, S., & Riise, J. (2017). Lifting the burden. Formal Care of the Elderly and Labor Supply of adult children. *Journal of Human Resources*, 52(1), 247–271. <https://doi.org/10.3368/jhr.52.1.0614-6447R1>.

Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste-nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 9 (2012–2013). *En innbygger – en journal*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Midtsundstad, T. & Bogen, H. (2011). *Flere hender i pleie og omsorg. Hvordan kan seniorpolitikken bidra?* Fafo-rapport 2011–08

Nesje, K. Aamodt, P.O., Monkerud, L.C., Helgesen, M., Lippestad, J.W. 6 Grut, 'L. (2018). *Evaluering av Kompetanseløft 2020. Første delrapport del I* (978-82-14-06866-5. Retrieved from <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/k2020-folgeevaluering-forste-delrapport.pdf/>

Norgesbarometeret (2011). *Undersøkelse blant Norges ordførere, rådmenn og kommunalpolitikere på oppdrag fra NSF*. 2011:7.

NOU 2011: 11. *Innovasjon i Omsorg*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet

NOU 2018: 16. *Det viktigste først*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet

NSF Student (2019). *Avgangundersøkelse 2019*

NSF Student (2018). *Avgangundersøkelse 2018*

NSF Student (2017). *Avgangundersøkelsen 2017*

NSF Student (2014). *Avgangundersøkelse 2014*

NSF (2019). *Heltidsbarometer*.

NSF (2020). *Heltidsbarometer*.

NSF (2019). *Kartlegging- planlagt og faktisk bemanning 2019*. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/4206466/17036/Kartlegging---planlagt-faktisk-bemanning-i-2019>.

OECD (2019). *Health at a Glance. (OECD Indicators)*.

Otnes, B. (2015). Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1994–2013. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 01, 48–61.

Ramm, J. (2013). *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester Statistiske analyser 2013 online*, 137.

Riksrevisjonen (2019). *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene*. Del av Dokument 3:2 (2019–2020).

Riksrevisjonen (2016). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015–2016).

Slavina Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D. Peña-Casas, R. & Vanhercke, B. (2018). *Challenges in long-term care in Europe A study of national policies*. EUROPEAN COMMISSION. European Social Policy Network (ESPN).

Skjøstad, O., Hjemaås, G. & Beyrer, S. (2017). *Nyutdanna sykepleiere foretrekker sykehus*. Statistisk Sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/nyutdanna-sykepleiere-foretrekker-sykehus>

St. Meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid.*

St. Meld.nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.*

St.meld. nr. 67 (1986–87) *Ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemmede.*

St.prp.nr. 63 (1997–1998) *Opptappingsplan for psykisk helse.*

SSB (2020a): *Statistikkbanken. Statistikkområde: Helse. Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester.* <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie#relatert-tabell-3>

SSB (2020b). *Statistikkbanken. Statistikkområde: Helse- og sosialpersonell.* <https://www.ssb.no/statbank/table/07944/tableViewLayout1/>

SSB (2019). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester.* Statistisk Sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>

SSB (2017). *Nyutdanna sykepleiere foretrekker sykehus* <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/nyutdanna-sykepleiere-foretrekker-sykehus>

SSB (2014). *Helse- og personellstatistikken. Statistikkbanken.* Kilde: SSB tabell, 07944 Sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning i helse- og sosialtjenester.

Theie, M.G., Lind, L.H., Jenssen, T.B. & Skogli, E. (2018). *Bemanning, kompetanse, og kvalitet i status for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.* MENON-PUBLIKASJON NR. 51/2018

Ulmanen, P. & Szebehely, M. (2015). *From the state to the family or to the market? Consequences of reduced residential eldercare in Sweden.* *Journal of Social Welfare*, 24: 81–92.

Ulmanen, P. (2017). *Anhörigomsorgens pris för döttrar och söner till omsorgsbehövande äldre.* In: *Genus i omsorgens vardag/[ed]* Evy Gunnarsson, Marta Szebehely, Stockholm: Gothia Förlag AB, 2009, 1, p. 117–133. urn:nbn:se:su:diva-36558

Ugreninov, E. (2013). *Offspring in squeeze: Health and sick leave absence among middle-aged informal caregivers.* *Journal of Population Ageing*, 6(4), 323–338. <https://doi.org/10.1007/s12062-013-9091-2>

Ugreninov, E., Vedeler, J.S., Heggebø, K. & Gjevjon, E.R. (2017). *Konsekvenser av sykepleiermangel i kommunene fra et pasient- og pårørendeperspektiv.* NOVA-rapport Nr 7/17.

Vabø, M., Drange, I. & Amble, N. (2019). *Den vanskelige deltidsknuten en særnorsk utfordring som rammer unge helsefagarbeidere.* *Fagbladet samfunn og økonomi.* [https://fagbladet.no/mapper/dokumenter/Deltidsknuten\\_siste.pdf](https://fagbladet.no/mapper/dokumenter/Deltidsknuten_siste.pdf)

Vangen, H. (2020). *The Impact of Informal Caregiving on Labour Supply Before and After a Parent's Death.* *Journal of Population Ageing.*

Veenstra, M. Gautun, H. (2020). *Nurses' assessment of staffing in care services for older patients following hospital discharge: importance of community context and vertical coordination.* *Revised and resubmitted to Journal of Advanced Nursing.*

WHO (2020). *State of the worlds nursing.* <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>