

Lars Mathisen, Maria Klette, Ole Petter Sætnan

Intensivsykepleieres senkarriere - en nasjonal undersøkelse om rammer, holdninger og beslutninger av betydning for seniorpolitikk



Intensivsykepleierne Norsk Sykepleierforbund
Rapport 19.04.2026

Intensivsykepleieres senkarriere

Forord

Intensivsykepleierne Norsk Sykepleierforbund (INSF) gjennomførte i 2000/2001 kartleggingsprosjektet *Seniorperspektivet* for å beskrive tiltak og utbredelse av tiltakene for pasientnære karrierer for intensivsykepleiere ut over fylte 45 år¹. Landsstyret i INSF tok i 2023 initiativ til en gjentatt studie.

I 2025 er det gått 25 år siden den første kartleggingen. Medlemstallet i faggruppen er fordoblet², og det er behov for å oppdatere kunnskap, situasjonsforståelse, begreper og definisjoner for å speile samtiden og det politiske utfordringsbildet. Nye behandlingsteknologier og faglige framskritt innen intensivsykepleie påvirker kompetansebehov, kapasitetsvurderinger og forventninger til kvalitet i helsetjenesten. Erfaringer fra covid-19 pandemien har utløst en revurdering av stående og fleksibel intensivkapasitet, med konsekvens for prognostisering av behov for spesialsykepleiere. Parallelt med debatt og tiltak for å stimulere rekruttering og utdanning av intensivsykepleiere rettes både faglig og politisk oppmerksomhet på tiltak for å fremme varige pasientnære karrierer, slik at spesialsykepleieres kompetanse kan styrke intensivkapasiteten og det pasientnære arbeidet.

INSF er oppdragsgiver for studien av *Intensivsykepleieres senkarriere*, delfinansiert med midler fra Sentralt Fagforum i Norsk Sykepleierforbund. Arbeidet startet i februar 2025 og datasamling ble gjennomført samme høst. Prosjektgruppen har bestått av Maria Klette, master i intensivsykepleie (prosjektleder), Ole Petter Sætnan, master i klinisk sykepleie (prosjektmedarbeider), og Lars Mathisen, MScN ph.d. (forskningsansvarlig).

Vi takker respondentene i medarbeider- og lederutvalgene som har tatt tid til å besvare den anonyme spørringen og gi et datagrunnlag til studien. Flere instanser har bidratt til gjennomføringen: Prosjektet vil takke NSF Sentralt Fagforum og NSF Medlemstjenester for råd og praktisk bistand. Takk også til Kunnskapscenter for lengre arbeidsliv, et nasjonalt kompetansesenter på seniorpolitikk, for dialog om metode og funn samt mulighet til å gjenbruke spørsmål fra Norsk seniorpolitisk barometer. Oslo universitetssykehus har stilt infrastruktur til rådighet for forskningen. Prosjektgruppen vil anerkjenne intensivmiljøene ved sine arbeidsplasser, St Olavs Hospital og Oslo universitetssykehus, for innspill og pilotering av spørreskjema. Vi vil også takke lokalgruppelederne i INSF for god dialog under forberedelsene til datasamling.

Prosjektgruppen har hatt ansvar og full frihet til valg av design, metode, og rapportering. Oppdragsgiver, og Kunnskapscenter for lengre arbeidsliv, har gitt kommentarer til en tidlig versjon av rapporten. Sluttversjonen, med eventuelle mangler eller feil, er prosjektgruppens ansvar.

Oslo / Trondheim, 19.04.2026
Prosjektgruppen

¹ Garder IN, Dalen T, Hertel AK. Seniorperspektivet – en utfordring for personalpolitikken på intensivavdelingen. Rapport fra NSFLIS, mai 2001.

Faggruppens navn før 2022 var Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Intensivsykepleiere: NSFLIS

² Veum GK, Gundersen EM, Kolden N, Skoglund I (red.). 40 år og ennå ungt! NSFLIS historie. Norsk Sykepleierforbund Landsgruppe av Intensivsykepleiere, 2018. Tilgjengelig fra <https://www.nsf.no/fg/intensivsykepleierne-nsf/nyheter/nsflis-historie>

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	4
Bakgrunn	5
Seniorpolitikk: hva er det, og hva er en "senior"	5
Situasjonsbildet	5
Hensikt med prosjektet.....	6
Kunnskapsgapet	6
Forskningsspørsmål	7
Definisjoner	8
Design og metode.....	10
Inklusjon og datasamling	10
Hvor representative er våre utvalg?.....	10
Utvikling av prosjektets to spørreskjema	12
Funn	15
Intensivsykepleiere, bakgrunnsdata	15
Utenfor arbeidslivet.....	17
Yrkesaktive	17
Yrkesaktive fordelt etter hovedstilling	19
Intensivsykepleiere i pasientnær hovedstilling	21
Ledere	23
Ledere av pasientrettet virksomhet	24
Pasientnær virksomhet, døgndrift: Ledere og intensivsykepleiere om seniorpolitikk, seniorpolitiske tiltak og tiltakenes betydning.....	25
Faktorer som kan påvirke kontinuitet i arbeidsforholdet.....	25
Ledere om seniorpolitisk verktøykasse	29
Ledere om kostnadsvurderinger.	29
Ledere om senior intensivsykepleieres ferdigheter.	29
Intensivsykepleieres opplevelse av arbeidssituasjonen	30
Intensivsykepleiere om aldersdiskriminerende adferd	31
Fritekstsvar fra intensivsykepleiere om seniortiltak.....	33
Intensjoner og valg av arbeidstilknytning: intensivsykepleiere i pasientnært arbeid, døgndrift.....	36
Nedtrappingsplaner	36
Intensjon om jobb-bytte	37
Om tidspunkt for å fratru arbeidslivet og bli heltids pensjonist	37
Diskusjon	39
Konklusjoner	43
Referanser.....	44
Om prosjektgruppen.....	47

Intensivsykepleieres senkarriere - en nasjonal undersøkelse om rammer, holdninger og beslutninger av betydning for seniorpolitikk

Lars Mathisen, Maria Klette, Ole Petter Sætnan

Sammendrag

Samfunnet trenger å rekruttere, utdanne og beholde intensivsykepleiere i varige pasientnære karrierer. Den nasjonale spørreundersøkelsen *Intensivsykepleieres senkarriere* har til hensikt å bidra med oppdatert kunnskap til virksom seniorpolitikk, der intensivsykepleierne velger slike karrierer og samfunnet oppnår å mobilisere nøkkelpersonell. Informantene i undersøkelsen er intensivsykepleiere over 45 år og deres ledere som har besvart et anonymt, digitalt spørreskjema om holdninger og beslutninger med relevans for å forebygge uønsket tidligpensjonering og å gjøre det mer attraktivt for intensivsykepleiere å fortsette lenger i arbeid.

Undersøkelsen gir et detaljert og bredt grunnlagsmateriale som dels samsvarer med, og dels kontrasterer mer generelle studier. Funnene belyser tre spesifikke perspektiver for videre diskusjon på enhetsnivå, virksomhetsnivå, og politisk nivå:

Halvparten av respondentene oppga at de kan tenke seg å arbeide til fylte 65 år eller mer, det vil si ut over særaldersgrensen. Intensivsykepleiere har høy vaktbelastning, men trives og opplever mestring i arbeidet så lenge helsa holder, når lokale løsninger for turnus og nattarbeid gir individuell fleksibilitet, og når de holder tritt med lønnsutviklingen til yngre og mindre erfarne kolleger. Vi fant at median alder for å ha fratrudd med full alderspensjon også var 65 år, besvart av utvalgets pensjonister.

I senkarrieren er det et mangfold av kompetanser, interesser og forventninger til yrkeslivet. Mangfoldet stiller krav til kapasitet for personalledelse som utfordrer dagens rammer med lederspenn og handlingsrom i førstelinjen. Flertallet av utvalgets ledere rapporterer et lederspenn over 40 ansatte, at de selv har ansvaret for alle medarbeidersamtaler, og at vaktbelastningen i intensiveneheter begrenser medarbeidernes kontaktflate med sin leder. Knappe rammer for personalledelse virker i retning av at lederer må støtte seg til generelle seniortiltak med upresis effekt på å stimulere den enkeltes senkarriere.

Institusjonenes verktøykasse med seniortiltak synes å ha et tyngdepunkt i retning av nedtrapping, mer enn vekst og utvikling. Intensivsykepleieres innspill illustrerer en gruppe seniorer i utvalget som ønsker å bruke, vedlikeholde og foredle sin sykepleiefaglige kompetanse i pasientbehandling, undervisning, og fagutvikling. De etterspør å være sett, hørt og anerkjent for sin spisskompetanse med en fleksibilitet og en rettferdig avlønning. Funnet nyanserer et snevert bilde av senkarrierens omdreiningspunkt som å kunne holde ut yrkets fysiske og emosjonelle belastninger. Mangfoldet i seniorsegmentet indikerer behovet for en differensiert verktøykasse av seniortiltak, med fleksibilitet for ansatte som kombinerer høy alder og faglig engasjement. Individualisering av tiltak kan vise at intensivsykepleiere er mer enn sin alder.

Undersøkelsen er gjennomført på oppdrag fra Intensivsykepleierne Norsk Sykepleierforbund.

Bakgrunn

Seniorpolitikk: hva er det, og hva er en "senior"

En senior i arbeidslivet var i 2001 forstått som arbeidstakere over 45 år³, mens holdninger i samfunnet viser en tendens til at eldre arbeidstakere oppfattes å betegne en stadig høyere aldersgruppe (1,2). Holdningsendringene har betydning for aktuell debatt om særaldersgrenser og for normdannning om varighet av yrkesdeltakelse. Et nasjonalt Kunnskapscenter for lengre arbeidsliv definerer nå målgruppen eldre arbeidstakere til å representere alder lik eller høyere enn 55 år, og det legges til grunn i dette prosjektet. Definisjonen har nytteverdi i relasjon til utforming av politikk for ulike livsfaser, inkludert seniorpolitikk. Kunnskapscenteret skriver at «*seniorpolitikk i arbeidslivet er virksomhetenes og samfunnets strategier for å forebygge uønsket tidligpensjonering og gjøre det mer attraktivt for flere å fortsette lenger i arbeid*» (3).

Situasjonsbildet

Den demografiske utviklingen og en økende levealder reiser spørsmål om forutsetninger for å opprettholde dagens velferdsnivå i Norge, når behovet for tjenester og ytelser skal finansieres av en synkende andel yrkesaktive. Ved å legge til rette for økt yrkesdeltakelse og å forlenge den yrkesaktive delen av livet kan samfunnets tilgang på kompetanse og skattemessige inntekter ha positiv betydning for utviklingen (4, 5). Samtidig er det slik at arbeidsrelaterte fysiske og emosjonelle belastninger virker i motsatt retning og til redusert yrkesdeltakelse, behov for helsehjelp eller andre ytelser (6).

I helsesektoren er behovet for nøkkelpersonell, inkludert intensivsykepleiere, synliggjort under covid-19 pandemien. I tiden etter 2001 er det framkommet behov for bedre oversikt over tilgang på spesialsykepleiere, antall yrkesaktive, og avgang fra spesialiteten, og i noen grad er informasjonsbehovet møtt slik at utfordringsbildet er konkretisert (7, 8). Helseforetakene erfarer vansker med rekruttering, mobilisering, og ikke minst med å beholde sykepleiere og spesialsykepleiere (9). Man forventer mangel på intensivsykepleiere (10-12), mens utfordringer med ettervekst til utdanningssektorens lærer- og forskerressurser (13) vekker bekymring om det er mulig å lukke gapet mellom behov og etterspørsel gjennom en større utdanningstakt alene. Videreutdanning i intensivsykepleie er med de nasjonale RETHOS-prosjektene løftet til masternivå og nye retningslinjer for utdanningen er forskriftsfestet fra 2022 (14). Studiets teoretiske og praktiske deler forutsetter et kvalifisert fagmiljø, med veilederkompetanse og veilederkapasitet i de pasientnære delene av studiet. Intensiv- og overvåkingsenhetene er derfor sentrale i utdanningsløpet for sykepleiespesialister.

Ledere i spesialisthelsetjenesten må forholde seg til høy endringstakt i sykehusene, i behandlingstilbud, effektiviseringsbehov gjennom organisasjonsutvikling og HR-strategier, og som resultat av partsforhandlinger på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Samtidig er en utfordring med store lederspenn erkjent, men ennå uløst, med konsekvenser for ledelseskapasitet i personalforvaltning og endringsprosesser (12, kap 4.10).

Endringer i lovverket etter 2001 indikerer behov for å forstå hvordan dagens situasjon påvirker beslutninger som intensivsykepleiere står overfor i senkarrieren. For eksempel har Pensjonsreformen (endringer i folketryktdloven med virkning fra 2011) betydning for kommende generasjoners planlegging av hvor lenge de vil være yrkesaktive, og hvilken økonomisk planlegging som skal sikre ønsket inntekt som fremtidig pensjonist. Fra 2026 er det generelle stillingsvernet for arbeidstakere hevet fra alder 70 til 72 år, mens retten til å fratrukke seg som underordnet sykepleier ved 65 år er videreført (15) med tilslutning fra Norsk Sykepleierforbund (NSF), under henvisning til arbeidets

³ Definisjonen fra Senter for Senior Planlegging er gjengitt i NSFLIS-rapport (2001).

helsemessige belastninger⁴. Fleksibel alder for å fratre yrkeslivet gir mulighet til å forlenge en pasientnær karriere, dersom intensivsykepleieres livssituasjon, pensjonsordninger, og spesialitetens rammebetingelser lar seg kombinere i attraktive løsninger.

Den demografiske utviklingen, høy endringstakt og ledelsesutfordringer i sykehusene, behovet for intensivkapasitet med kvalifisert nøkkelpersonell, og pensjonsreformenes dagsaktuelle konsekvenser forutsetter at partene i arbeidslivet har tilgang på oppdatert informasjon om spesialiteten intensivsykepleie og faktorer som påvirker rekruttering, yrkesaktivitet, og avgang. Det er grunn til å spørre seg om generell kunnskap om senkarrierer i samfunnet er tilstrekkelig til å fange opp faktorer som kan styrke veivalg og tiltak for å beholde intensivsykepleiere i varige karrierer.

Hensikt med prosjektet

Den overordnede hensikten med prosjektet *Intensivsykepleieres senkarriere* er å bidra aktivt til virksom seniorpolitikk der intensivsykepleierne velger varige pasientnære karrierer og samfunnet oppnår å mobilisere nøkkelpersonell.

Hensikten innfris ved å

- fremskaffe dagsaktuell kunnskap om holdninger og beslutninger blant intensivsykepleiere og deres ledere, som er relevant for å forebygge uønsket tidligpensjonering og å gjøre det mer attraktivt for intensivsykepleiere å fortsette lenger i arbeid,
- drøfte samsvar av funn med relevant forskning
- dele nye innsikter for å informere og påvirke til virksom seniorpolitikk.

Kunnskapsgapet

På nasjonalt nivå er det gjort framskritt i kartleggingen av holdninger, virkemidler, og adferd innen seniorpolitikk. Ipsos har siden 2003 gjennomført en årlig undersøkelse med standardisert metode på oppdrag fra *Kunnskapssenter for lengre arbeidsliv* og resultatene publiseres som Norsk seniorpolitisk barometer (heretter NSB). I de seneste årene er det gjort spørreundersøkelse blant ledere hvert andre år, alternerende med en medarbeiderundersøkelse i øvrige år (1, 2). Til sammen utgjør NSB-undersøkelsene et referansemateriale for å avgrense en mer spisset studie av intensivsykepleiere og deres ledere.

Det foreligger post-pandemiske data for et landsrepresentativt utvalg i *NSB 2024: Yrkesaktiv befolkning* (2). Her utgjør respondenter fra helsevesen og sosialomsorg 16% av utvalget, og innen denne gruppen er 25 % (121) sykepleiere. Resultater fra NSB 2024 peker på godt arbeidsmiljø, økt livskvalitet, selvbestemmelse og en nyttig, interessant og godt betalt jobb som viktige faktorer for at ansatte fortsette i arbeid etter at de kan velge å pensjonere seg. De eldste arbeidstakerne gleder seg mest til å gå på jobb. Fire av fem svarer at det er viktig eller meget viktig at nærmeste leder uttrykker et troverdig ønske om at arbeidstaker skal fortsette i jobb.

Lederundersøkelsen i *NSB 2023: Ledere i arbeidslivet*, henter respondenter både fra privat og offentlig sektor i totalt 1203 telefonintervju (1). Innen helse- og sosial næring, som utgjør 19 % av totalutvalget, rapporterer ledere at de angir nær 60 år (59,8) som alder hvor folk begynner å bli regnet som *eldre*.

I offentlig sektor har 67% en personalpolitisk strategi for å beholde og videreutvikle seniorer, med tiltak som blant annet kan omfatte tilrettelegging av arbeidsoppgaver, seniordager, kompetanseheving, og gradvis nedtrapping. Generelt angir ledere positive holdninger til å ha eldre medarbeidere i virksomheten. Imidlertid svarer et flertall av ledere at medarbeidere over 50 år har dårligere ferdigheter enn yngre på IKT og ny teknologi. NSB måler holdninger blant ledere, men gir

⁴ NSF om arbeidets helsemessige belastninger i sine uttalelser om særaldersgrensen:

<https://www.nsf.no/nyheter/arbeidsvilkar/fra-1-juli-kan-sykepleiere-jobbe-etter-65-ar-selv-om-de-har-saeraldersgrense>

ikke detaljert informasjon om hvilke rammer lederne arbeider innenfor. Dermed vet vi ikke noe om lederspenn, ledelsesnivåer, eller handlingsrom for bruk av seniorpolitiske virkemidler. Vi vet heller ikke hvordan knapphet på nøkkelpersonell, som intensivsykepleiere, redefinerer valgsituasjoner og ledes holdninger sammenliknet med bransjer der arbeidsgivere har god tilgang på kompetanse.

Formålet med FaFo-rapporten *Seniorer i sykehussektoren* har vært å øke kunnskapen om hvordan det er å være senior i sykehus for sykepleiere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere med pasientkontakt, og foreslå egnede tiltak for at flere kan, og vil, fortsette noen år til (16). Ved å inkludere tidligere ansatte i utvalget har det i noen grad vært mulig å fortolke sammenhenger mellom seniortiltak og faktiske beslutninger om å bytte jobb eller fratruke arbeidslivet. Deltidsarbeid blant seniorer i utvalget rapporteres til 40%, og blant driverne til deltid oppgis helseproblemer, at arbeidet er for krevende til å jobbe fulltid, og vaktbelastningen. Det er også en gruppe pensjonister som arbeider deltid, innenfor rammen av hva de kan tjene uten avkortning av pensjon. I utvalget som helhet framgår det at de arbeidsmiljømessige utfordringene er mengden arbeidsoppgaver og arbeidsbelastninger, men ikke manglende lederkontakt, verdsetting, kompetanse og motivasjon. Kvalitet og omfang av ledelseskontakt synes imidlertid å ha betydning for å bli i nåværende jobb; god relasjon til leder virker positivt på varighet av arbeidsforholdet. I FaFo-rapporten er aldersgruppen senior definert som 50+, til forskjell fra begrepsbruken i Norsk seniorpolitisk barometer (aldersgruppe 55+).

Rapporten *Seniorer i sykehussektoren* gir ikke informasjon om ledes mulighet, kunnskap og interesse for å lede seniorpolitikk på sine enheter (16). Det er vel kjent at sykehusenheter i førstelinjen kan ha et antall ansatte på størrelse med en liten bedrift, og det er ikke uvanlig at 60-100 medarbeidere rapporterer til og har utviklingsamtaler med én leder. Dette synes lite utforsket og drøftet i den nasjonale litteraturen, og framstår som et kunnskapshull av betydning for å kunne realisere en virksom seniorpolitikk. Hvis lederspennet er så stort at tiden ikke med rimelighet kan strekke til for å forstå, motivere og tilpasse seniortiltak, så er et vesentlig ledd svekket i sykehusets strukturelle kapasitet for å realisere sin seniorpolitikk. Prosjektet *Intensivsykepleieres senkarriere* kan øke kunnskapen om rammer for ledelse.

I en oppsummering av likheter og forskjeller mellom ulike bransjer, kommenterer forskerne bak FaFo-rapporten *Bransjespesifikk seniorpolitikk* at sykepleiere viser høye sykefraværstrater og tidlig avgang fra arbeidslivet, ulikt akademikere i statsforvaltning og i privat sektor (17). Dette setter forskerne i sammenheng med sykepleieres relasjonelle arbeid med relativt høy psykisk og til dels fysisk belastning. Når det gjelder intensivsykepleiere spesielt, utføres arbeidet oftest i enheter med døgndrift der pasienters behov for sykepleie krever omfattende helsehjelp gjennom døgnet. Arbeidets art gir begrensede muligheter til å utøve spesialiteten uten heldøgns- og helgedrift, sammenliknet med spesialisert sykepleie på en poliklinikk eller virksomhet uten helgedrift. Dermed har leder og arbeidsgiver andre forutsetninger og rammer for omfanget av individuell tilpasning av vaktarter og arbeid på helg. Sammensetningen på den enkelte seksjon av medarbeidernes alder, livsfase, kompetanse og forventninger kan skape variasjon i hvilke seniortiltak som kan være aktuelle, og i hvilken grad disse kan tilpasses individuelt uten å skape uakseptabel forskjellsbehandling (18).

Vår litteraturgjennomgang støtter at spesifikk kunnskap om intensivsykepleieres arbeidssituasjon og praksis med hensyn til å gjøre bruk av seniorpolitiske virkemidler, har betydning for å forstå utfordringsbildet, sammenlikne med et bredere referansemateriale og forsøke å utmeisle en virksom seniorpolitikk for denne gruppen.

Forskningsspørsmål

Med bakgrunn i fortolkningen av seniorpolitikk, prosjektets overordnede hensikt og gjennomgått litteratur utledet vi forskningsspørsmål som har gitt retning for datasamling og analyser:

Målgruppe medarbeidere: intensivsykepleiere i pasientnært arbeid

1. Ved hvilke sengekategorier arbeider intensivsykepleiere som 45 år eller eldre?
2. Hvilke seniorpolitiske tiltak erfarer medarbeidere som tilgjengelige og av betydning for egne karrierevalg?
3. Hvilken oppfatning har intensivsykepleieren av attraktivitet for å bli i pasientnært arbeid i overvåkings-/intensivenhet?
4. Hva er sammenhengen mellom bakgrunnsvariabler, kontekst-/livssituasjonsvariabler, erfaringer av lederoppfølging, og intensivsykepleierens valg for overgangen til alderspensjon?

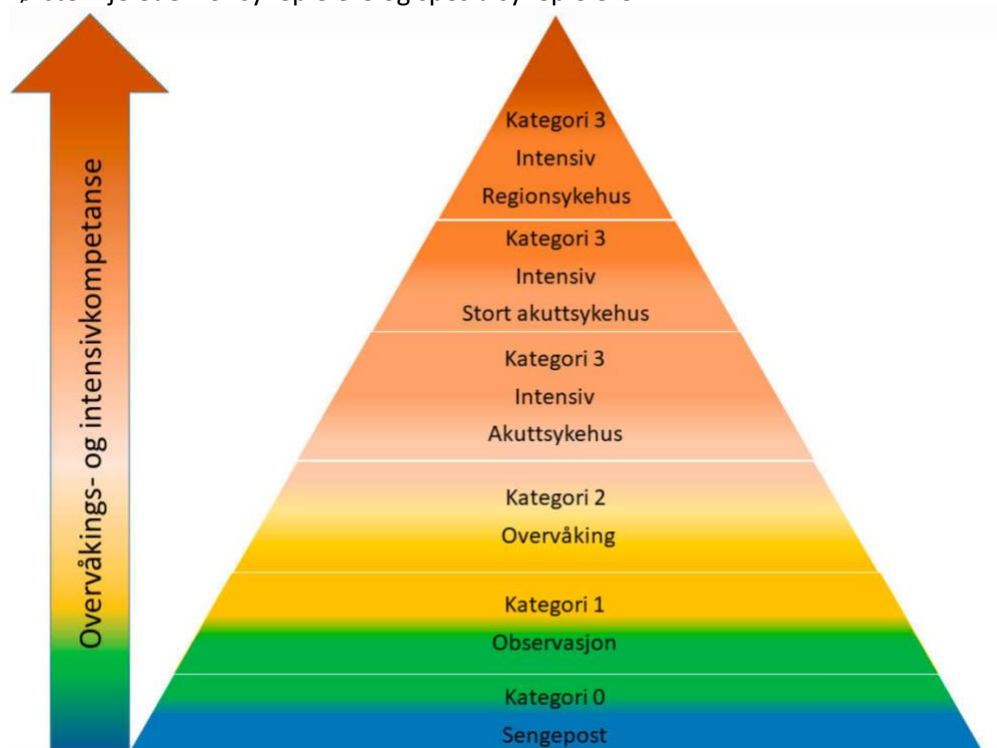
Målgruppe ledere

1. Hva er førstelinjelederens rammebetingelser for å gjennomføre god seniorpolitikk:
 - a. lederspenn, ansvar og myndighet til å treffe beslutninger om seniorpolitikk
 - b. retningslinjer for seniorpolitikk og støtte i lederrollen
2. Hvilke tiltak vurderer førstelinjeledere som tilgjengelige og prioritert for å kunne gjennomføre virksom seniorpolitikk innen sitt ansvarsområde?

Definisjoner

Sengekategorier:

Pasientbehandling på et høyere omsorgsnivå enn en sykehusseng i sengepost (kategori 0/S) klassifiseres innen sengekategori 1, 2 eller ulike undergrupper av kategori 3 (10). Se figur 1. Enkelte organisatoriske enheter kan ha kombinasjoner av ulike sengekategorier under en førstelinjeleder for sykepleiere og spesialsykepleiere.



Figur 1- Sengekategorier.

Hentet fra Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet, mai 2022.

Intensivsykepleier

En intensivsykepleier har autorisasjon som sykepleier i Norge, og har utdanning etter gjeldende forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning (7, 19). Dette gir kompetanse til å arbeide ved intensivenheter innen alle kategorier, observasjons- og overvåkingsenheter, postoperative enheter og i prehospitale tjenester (12).

I denne kartleggingsundersøkelsen stilles spørsmål til intensivsykepleiere som er 45 år eller eldre.

Lederspenn

Lederspennet er antall underordnede som den enkelte leder har personalansvar for.

Seniorpolitikk

Seniorpolitikk i arbeidslivet er virksomhetenes og samfunnets strategier for å forebygge uønsket tidligpensjonering og gjøre det mer attraktivt for flere å fortsette lenger i arbeid (3).

Begrepene *seniorpolitikk* og *senkarriere* har dels overlappende innhold. De nyanseres fra hverandre ved at seniorpolitikk lettere assosieres med alderstrinn, mens senkarriere framstår mer uavhengig av alderstrinn og gir assosiasjoner til vekst og utvikling.

Alderisme

Alderisme omfatter «stereotypier, fordommer og diskriminering av eldre mennesker, basert på deres kronologiske alder eller fordi de oppfattes som «gamle» eller «eldre»» (20). Alderisme kan være positiv eller negativ. Aldersdiskriminerende adferd kan være en følge av negativ alderisme.

Design og metode

Studien har et kvantitativt design og er gjennomført som en anonym tverrsnittsundersøkelse med strukturert spørreskjema, der også fritekstsvar inngår.

Inklusjon og datasamling

To utvalg fra medlemsregisteret i faggruppen INSF, ajourført oktober 2025, ble invitert til å delta i studien: intensivsykepleiere og ledere. Medlemskap i INSF er åpent for medlemmer i Norsk Sykepleierforbund som har gjennomgått utdanning i intensivsykepleie, eller er under utdanningsløp i intensivsykepleie (21). Per 1.1. 2025 var det 3020 medlemmer totalt i faggruppen.

Intensivsykepleiere ble invitert etter et alderskriterium: 45 år eller eldre i løpet av 2025.

Ledere ble invitert blant medlemmer av faggruppen som i tillegg hadde identifisert seg som leder i medlemsregisteret. De ble inkludert i studien dersom de bekreftet å være leder med personalansvar, på et inngangsspørsmål i spørreskjemaet. Spørreskjemaet ble avsluttet for individer som svarte nei på dette screeningsspørsmålet.

Anonyme svar ble innhentet med tjenesten Nettskjema. Lenke til spørreskjema ble sendt ut 23. oktober 2025 med tekstmelding til de to utvalgene. Det ble sendt ut påminninger til alle i tre runder. Spørreskjemaene ble lukket for svar etter fire kalenderuker. Studien var forhåndsomtalt på sosiale medier for målgruppen, og på samlinger med lokalgruppeledere og ledernetverket til INSF.

Svartilgang

Det var 578 av 1578 inviterte som besvarte spørreskjemaet om intensivsykepleieres senkarriere (responsrate 36,6 %), hvorav 69 var heltids pensjonister eller utenfor arbeidslivet. Øvrige respondenter var yrkesaktive på heltid eller deltid. Spørreskjemaets innhold og omfang var styrt etter et inngangsspørsmål om grad av yrkesaktivitet, slik at de som var utenfor arbeidslivet bare fikk spørsmål relevant for sin situasjon. Vi vurderer responsraten totalt som tilfredsstillende, sammenliknet med andre digitale, anonyme spørringer til sykepleiere (Ose, 2025: 21 %) (22) og til seniorer i sykehussektoren (Midtsundstad og Nielsen, 2022: 38 %) (16).

Det var 42 av 120 inviterte som responderte på lederskjemaet (responsrate 35 %), hvorav 24 var ledere med personalansvar og ble inkludert i delstudien.

Bearbeiding av datagrunnlaget er skjedd dels ved rapportgenerering direkte fra funksjonalitetene i Nettskjema, og dels etter eksport til standard regneark og tekstbehandler. Spørreskjemaet med faste svaralternativ hadde enkeltstående spørsmål som viste seg å ha begrenset verdi:

Av 464 i pasientnær hovedstilling var det 435 (93,8 %) som oppga at de hadde turnusarbeid. Ved sammenlikning med vakttyper framstod spørsmålet upresist formulert og åpent for tolkninger, fordi det var flere respondenter som oppga arbeid utenfor normalarbeidstid enn antall ja-svar på turnusarbeid. Vi har sett bort fra svar om turnus/ikke turnusarbeid og forholdt oss til respons om de konkrete vakttypene.

Hvor representative er våre utvalg?

Intensivsykepleiere. Det er flere usikkerhetsmomenter ved nasjonale tall for intensivkapasitet og nødvendig kompetanse til å drifte intensivplasser på døgnbasis. Statistisk Sentralbyrå (SSB) angir i statistikk for helse og sosialpersonell at det i 2024 var 3498 sykepleiere (2943 sysselsatte i helsetjenesten) med videre- eller masterutdanning i intensivsykepleie, hvorav 1778 (1488 sysselsatte) i aldersgruppen 40-54 år, og 795 (596 sysselsatte) i alderen 55 år og oppover (23). Det er kjente svakheter med SSB-statistikken som bygger på Nasjonal utdanningsdatabase (24), og i 2019

antydte diskrepansen til INSF medlemsregister på en underestimert størrelsesorden 200 intensivsykepleiere, samtidig som INSF medlemsregister ikke er en totaloversikt over spesialiteten.

Ved sammenlikning med SSB-tallene, med proporsjonalt fratrekk for aldersgruppen 40-44 år, dekker INSFs medlemsregister (1578) i overkant av 79 % av et nasjonalt bruttoutvalg⁵. Det reelle bruttoutvalget kan være større eller mindre. Vi registrerer at studiens klinisk aktive intensivsykepleiere rapporterer fra alle sengekategorier i døgndrift, med god representasjon av kategori 3, intensivseng. Utvalget omfatter også intensivsykepleiere i heltids pensjon/ytelser samt ansatte i utdanningssektor. Respondentene som er fratrådt yrkeslivet eller har sin hovedstilling utenfor pasientnær virksomhet, kompletterer bildet av målgruppens valg og alternativer til å forlenge en pasientnær karriere.

Intensivenheter, ledere. Det normale er at en sykepleier leder sykepleietjenesten i førstelinjen, det vil si at det er profesjonsbasert ledelse på det laveste organisatoriske nivået i intensivenhetene. Dermed kan forholdet mellom seksjoner representert i vårt nettoutvalg, og antall intensivenheter nasjonalt, indikere representativitet fra et nasjonalt bruttoutvalg.

Den landsomfattende undersøkelsen ABIO Ressurs (8) opererte med 80 enheter i sitt bruttoutvalg for intensivenheter. Denne studien kartla, på oppdrag fra NSF, kapasitet i helsetjenesten, ansattes kompetanse og alderssammensetning, og utdanningskapasitet innenfor spesialitetene anesthesi-, barn-, intensiv- og operasjonssykepleie. Studien viste at det verken på institusjonsnivå eller nasjonalt forelå noen samlet oversikt i registerform over antall spesialsykepleiere i og utenfor tjeneste, deres alder, stillingsstørrelse eller fremtidsplaner (8, s.17). Det er fortsatt utfordringer med å framskaffe nasjonale data til oppdatert situasjonsbilde, grunnlag for personalpolitikk, og prognostisering av utdanningskapasitet (12, 25).

Norsk intensivregister (NIR) ble opprettet i 1998 og utgir statistikk for behandlingsaktivitet ved intensivenheter (26). I 2024 leverte 60 av 67 organisatoriske enheter data til registeret. Intensiv- og overvåkingsenhetene er av ulik størrelse og kompleksitet, fordelt på 54 intensivenheter (80,6 % sengekategori 3), 8 postoperative enheter (11,9 %), og 5 overvåkingsenheter (7,5 %), ifølge årsrapport 2024. Intensivregisteret bruker samme definisjoner for sengekategorier som vår studie, og vi antar at antall enheter som har rapportert til registeret i 2024 også er representativ for situasjonen i 2025.

Det foreliggende utvalget på 24 ledere (hvorav 23 leder direkte pasientrettet virksomhet) synes å representere en tredjedel av landets intensivenheter i sengekategori 1, 2 og 3. Utvalgets dekning av ledere fordelt på sengekategorier er imidlertid sammenliknbar med NIR: i vårt utvalg er det 75 % som leder sengekategori 3, mens 16,7 % leder sengekategori 2, og 4,2 % leder sengekategori 1. Videre synes ledernes egenrapportering av total personalturnover i sin enhet å stemme overens med regionale tall fra intensivfeltet (27), noe som kan støtte utvalgets representativitet på et nasjonalt nivå.

Når det gjelder antall inkluderte ledere i prosjektet er det vår vurdering at sykepleieledere kan ha tatt valg som arbeidsgiverrepresentanter om å ikke være fagorganisert, eller de kan være tilsluttet andre grupper innenfor NSF, for eksempel faggruppen for sykepleieledere, og dermed være fraværende i medlemsregisteret til INSF slik at de ikke har blitt invitert til å delta i studien. Vi har ikke grunnlag for å vurdere om selvelektering av tilhørighet er tilfeldig eller introduserer skjevhet i utvalget på området seniorpolitikk. Fordi vi har lagt vekt på anonymitet overfor prosjektgruppen, er det en

⁵ SSB opererer med 1788 individer i aldersgruppen 40-54 år, altså et spenn på 15 år. Vår estimert andelen i intervallet 45-54 år er et proporsjonalt fratrekk for tredjedel som utgjøres av gruppen 40-44 år. Dette gir $(1788 * 2/3) = 1192$ personer. Dertil kommer antall i SSB-gruppen 55+ (795), slik at brøken INSF-medlemmer/SSB-tall er $(1578 / (1192 + 795)) = 0,7941$.

konsekvens at vi ikke kan uttale oss om lederutvalgets representasjon fra de enkelte sykehus eller regioner.

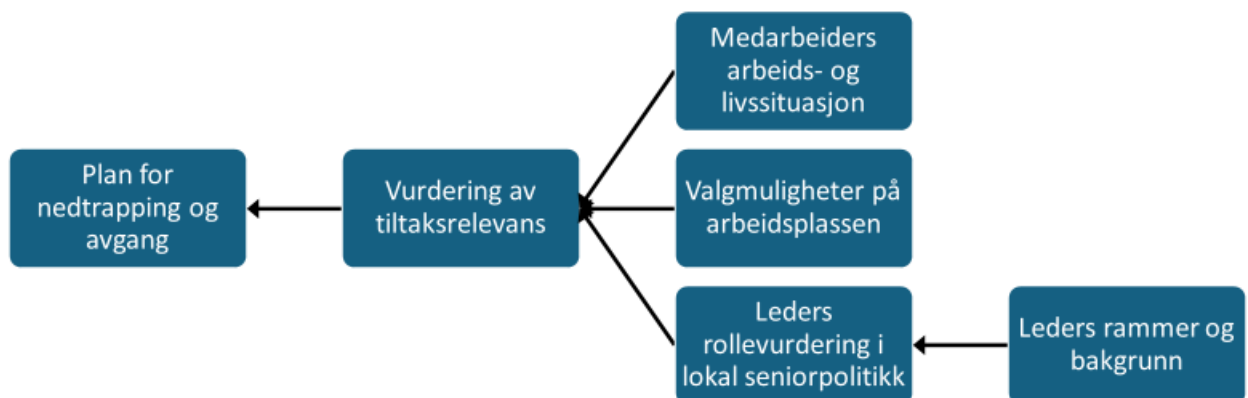
Utvikling av prosjektets to spørreskjema

Bakgrunnsvariabler ble valgt for å være relevante for en sammenlikning med 2001-undersøkelsen, og justert til dagsaktuell seniorpolitikk og begrepsforståelse, for eksempel sengekategorier. Vi begrenset omfanget av 2025-spørreskjemaet for å optimalisere svarprosent i en digital, anonym spørring med invitasjon utsendt per SMS/epost. Et eksempel på avgrensning er IKT-løsninger i helsesektoren: dette har nylig vært tema i en spørreundersøkelse på oppdrag fra NSF (22) og vi ventet ikke supplerende funn fra en gjentatt spørring.

Fra litteraturgjennomgangen ble variabler i større nasjonale materialer med standardisert metodikk vurdert opp mot tidligere, egenutviklede spørsmål i 2000/2001 studien. Det forelå tillatelse fra Kunnskapssenter for lengre arbeidsliv⁶ til gjenbruk av spørsmål fra Norsk seniorpolitisk barometer (NSB), gjennomført av Ipsos på oppdrag fra Kunnskapssenteret. Ved gjenbruk ble spørsmålsutforming for telefonintervju tilpasset til det digitale spørreskjemaet i vår studie. Der standardiserte spørsmål ble vurdert dekkende, ga vi prioritet til mulighet for sammenlikning med nyere, nasjonale undersøkelser framfor en historisk sammenlikning med INSF 2001, ut fra hensikten med 2025-undersøkelsen.

Det ble gjort en avveining mellom en forskningsinteresse for detaljerte data, opp mot gruppering av svaralternativ og avgrensning av innsikt i geografisk tilhørighet eller enhetskarakteristika. Avveiningen hadde til hensikt å ivareta anonymitet gjennom en mindre finmasket spørring, og forebygge frafall underveis i besvarelsene. Dette er utdypet i avsnittet om forskningsetikk.

Hovedgrupper av spørsmål i undersøkelsen dekker variabler som er begrunnet i litteratursøket og illustrert i en tentativ modell for analyse:



Undersøkelsens medarbeiderutvalg omfatter pensjonister, trygdede, og yrkesaktive i og utenfor pasientnært arbeid. I analysen var vi spesielt interessert i å belyse forhold av betydning for en pasientnær senkarriere. I modellens sluttsteg (venstre side av figuren) finnes medarbeideres plan for

⁶ Epost 14.05.2025 til prosjektgruppen fra Kunnskapssenter for lengre arbeidsliv v/ Linda Hauge.

nedtrapping og avgang fra yrkeslivet, som antas å representere avveiningen mellom intensivsykepleieres intensjon om (tidlig)pensjonering, og deres vurdering av hvor attraktivt det er å bli i pasientnært arbeid i observasjons-, overvåkings-, og/eller intensivenhet. Vi operasjonaliserte dette i spørreskjemaet som

- Plan for nedtrapping av yrkesaktivitet
- Tidspunkt for avgang
- Eventuell, mellomliggende handling: plan om bytte av arbeidsplass

Vi antok at medarbeidere legger ulik vekt på seniortiltak ut fra livssituasjon og valgmuligheter på arbeidsplass for å planlegge avgang fra yrkeslivet, med eller uten nedtrapping og/eller bytte av arbeidsplass. Vi antok videre at opplevd lederstøtte har betydning, enten direkte eller indirekte gjennom erfaring av arbeidssosiale vilkår og arbeidsmiljøet.

Før datasamling ville det være usikkert om antall og sammensetning av respondenter ville gi grunnlag for en statistisk modellering av intensjoner og faktisk adferd ved fratreden fra yrkeslivet. I denne rapporten er analysene avgrenset til enkel, deskriptiv statistikk, og kontrastering mellom utvalgene og med nasjonale befolkningsdata. Hensikten med studien retter oppmerksomhet på forutsetninger for å styrke intensivkapasitet, og resultater/funn som kunne belyse rammer, holdninger og adferd i pasientnære seksjoner med døgndrift.

Når det gjelder lederes innflytelse på intensivsykepleieres plan, visste vi lite om lederes opplevelse av handlingsrom i gjennomføring av seniorpolitikk, og hvor lederadferd kunne slå inn i intensivsykepleieres planleggingsprosess for alderspensjon (mer til høyre eller mer til venstre i modellen). Spørreskjemaet til ledere ble utformet for å gi ny informasjon om lederspenn og konsekvenser for gjennomføring av seniorpolitikk. Det er et relasjonelt handlingsrom for alle førstelinjeledere, og vi antok at lederspennet vil ha betydning for leders vurdering av hvor stor innflytelse rollen kan ha på medarbeidernes valg. Hensyn til anonymisering innebar at vi ikke kunne koble ledere mot individer på enhets- eller sykehusnivå, men metoden ville tillate gruppering på nasjonalt nivå til ulike sengekategorier eller annen virksomhet.

Forskningsetiske vurderinger

Data er samlet inn blant medlemmer i Norsk Sykepleierforbund som også er medlemmer i Intensivsykepleierne NSF (INSF). Medlemslisten til INSF ligger til grunn for direkte utsending til målgruppene og undersøkelsen er foretatt på vegne av prosjekteier, INSF. Det inngår ikke pasientdata i studien.

Studiens data er anonyme fra respondent. Spørreundersøkelsen faller utenfor REK-området og håndtering av irreversibelt anonyme data er ikke regulert av lovverket. Gjennomføring av studien har forholdt seg til forskningsinstruksen ved Oslo universitetssykehus som ansvarlig forskningsinstitusjon.

Invitasjon til undersøkelsen har gått via tekstmelding til medlemmenes mobiltelefon med en ikke-unik men utvalgsspesifikk lenke til den digitale løsningen Nettskjema, levert fra UiO. I spørreskjemaets innledning er det gitt informasjon om studien og om muligheten til frivillig samtykke ved å sende anonym respons. Når det anonyme svaret er sendt inn er det ikke mulig å trekke tilbake samtykket. Ved irreversibelt anonymt svar er det heller ikke mulig å koble svar til avsender gjennom adresse eller sammenstilling av tidspunkt for utsending og svar.

Prosjektet vurderte og avstod fra insentivering, for eksempel utlodning blant respondenter, for å utelukke systemrisiko for identifisering ved en teoretisk mulig kobling mellom svar, frivillig oppgitt e-postadresse, og tidspunkt for svar.

Å stille spørsmål om generell helse krever en særlig vurdering av hvorvidt datalagring faller under personopplysninger. Personvern i svar på spørsmål om generell helse, trivsel, seniorpolitiske holdninger og prioritering av tiltak er håndtert ved å sikre anonymitet for respondenten. Spørsmål om alder, kjønn, sivilstatus, stillingsprosent og arbeidsplass, anses hver for seg ikke å kreve behandling som personopplysninger, men kombinasjonen av disse kan være identifiserende, og det har derfor vært vurdert nødvendig å gruppere svaralternativer i spørreskjemaet for å bevare anonymitet i rådata:

- Sykehusenheter er maskert ved at arbeidsplass er angitt som sengekategori uten ytterligere detaljering
- Det er spurt om aldersgruppe ved utgangen av året 2025, men ikke spesifikk alder. Dette reduserer også risiko for indirekte identifisering av individer fra underrepresentert kjønn
- Tekstdata i fritekstsvaret er screenet for å forebygge utilsiktet risiko for identifisering gjennom innhold og språk.

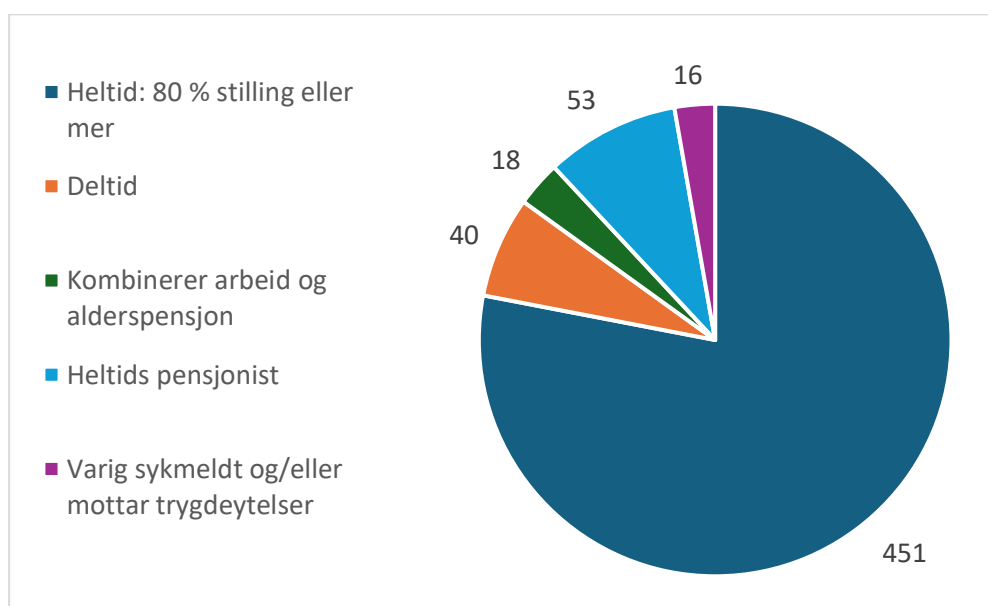
Spørreskjema til de to utvalgene foreligger som vedlegg til prosjektrapporten.

Funn

Alle respondenter er intensivsykepleiere og medlemmer av INSF. For å skille mellom studiens to utvalg bruker vi begrepene lederutvalg/ledere eller intensivsykepleiere/medarbeidere. Først gjengir vi bakgrunnsinformasjon om arbeids- og livssituasjon til intensivsykepleiere over 45 år, både de yrkesaktive og respondenter utenfor arbeidslivet. Deretter presenterer vi lederutvalget med deres bakgrunn og rammer av betydning for en virksom seniorpolitikk. Så sammenstiller vi funn fra medarbeidere og ledere i pasientnær, døgndriftet virksomhet om seniorpolitiske tiltak, valgmuligheter på arbeidsplassen og holdninger til en senior livsfase. Fritekstsvar fra spørreundersøkelsen er kondensert og kategorisert for å kunne utdype forhold av betydning for intensivsykepleieres vurdering av varige pasientnære karrierer. Til slutt gjengir vi medarbeidernes svar på intensjon om kontinuitet i arbeidsforholdet og eventuell planlegging for jobb-bytte eller nedtrapping før avgang fra yrkeslivet.

Intensivsykepleiere, bakgrunnsdata

Det var 578 intensivsykepleiere som besvarte spørreskjema. Fordeling på yrkesaktivitet framgår av figuren nedenfor:

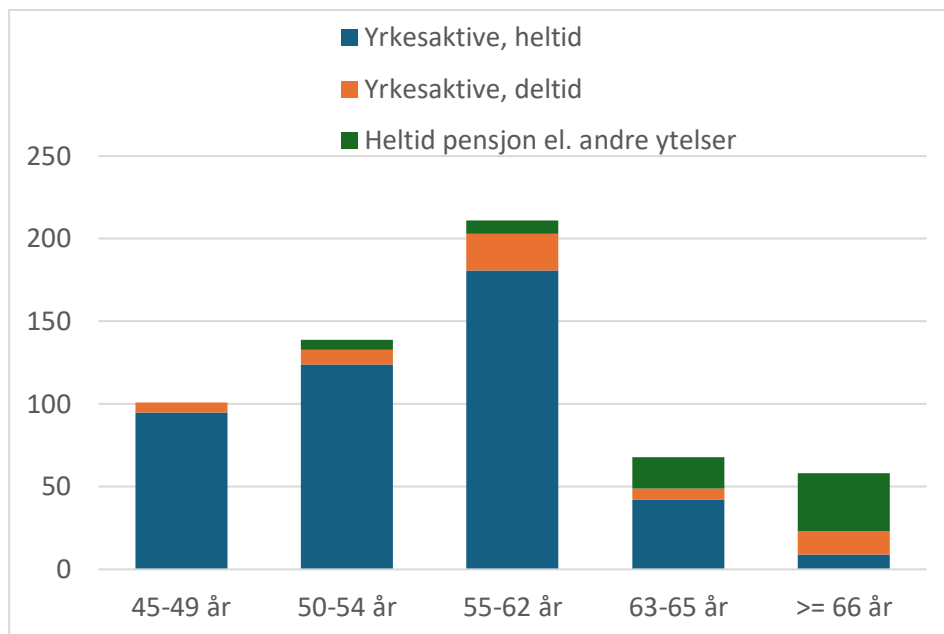


Figur 2- Status yrkesaktivitet, intensivsykepleiere

Utvalget omfattet 524 kvinner og 46 menn, i tillegg til 8 som avstod fra å oppgi kjønn. Ingen respondenter krysset av for kategorien «for tiden jobbsøkende / mellom arbeidsforhold / i permisjon».

Respondentene oppga sin alder innenfor gitte aldersgrupper. Svarintervallene var satt for å kunne svare til bransjespesifikke milepæler i pensjonsordningene:

- Avtalefestet pensjon for arbeidstakere med rett til AFP (62-65 år)
- Særaldersgrense 65 år for underordnede sykepleiere etter lov om pensjonsordning for sykepleiere
- Allmenn rett til alderspensjon ved 67 år



Figur 3 - Antall i utvalget etter aldersgruppe og yrkesaktivitet)

Aldersgruppe	Antall / prosent alle respondenter	Antall yrkesaktive (heltid og deltid)	Antall heltids pensjon el. andre ytelser
45-49 år	101 / 18 %	101	0
50-54 år	139 / 24 %	133	6
55-62 år	211 / 37 %	203	8
63-65 år	68 / 12 %	49	19
>= 66 år	58 / 10 %	23	35
Ikke oppgitt	1 / 0,2 %	-	-
Av total:	578 / 100 %	509 / 88 %	69 / 12 %

Tabell 1- Tallgrunnlaget i figur 3, med aldersgruppe og yrkesaktivitet

Utvalget representerte en betydelig erfaring fra spesialiteten. Over halvparten (324 / 56,1 %) hadde mer enn 20 års klinisk erfaring som intensivsykepleier, 28,7 % rapporterte mellom 11 og 20 års erfaring, mens de øvrige hadde 6-10 års erfaring (9,2 %) eller inntil fem års erfaring (6,1 %).

Flertallet var i ekteskap eller hadde livspartner/samboer (73,5 %).

Det var 16,8 % enslige, og 9,7 % som oppga å være skilt/separert eller var gjenlevende ektefelle.

På spørsmål om helsestatus oppga totalutvalget:

Utmerket:	18,5 %
Meget god	38,8 %
God	28,2 %
Nokså god	11,1 %
Dårlig	2,1 %
Ubesvart	1,4 %

Vi identifiserte tre undergrupper i medarbeiderutvalget:

- de som var utenfor arbeidslivet (69 respondenter),
- de om var yrkesaktive (509), og
- de som var yrkesaktive med en pasientnær hovedstilling (464 av 509 yrkesaktive).

Utenfor arbeidslivet

Av 69 respondenter utenfor arbeidslivet var det 53 som oppga å være heltids pensjonister, og det var 16 som var varig og helt sykmeldt og/eller mottok trygdeytelser. Alle 69 respondenter fikk fritekstspørsmål for å kunne uttale seg om tiltak som ville ha størst effekt for å oppnå at eldre, erfarne intensivsykepleiere fortsetter i pasientnært arbeid, og 54 av 69 ga innspill.

Vi spurte om alder da respondenten ble pensjonist på heltid. Gjennomsnittet var 65,1 år, median 65 år. Tre fjerdedeler av heltids pensjonister hadde avsluttet yrkeslivet innen de fylte 66 år, men bare et mindretall av disse gikk av ved rett til AFP, 62 år. Det var 14 av 53 som gikk av ved oppnådd særaldersgrense og rett til alderspensjon, 65 år. Tretten respondenter hadde fortsatt å være yrkesaktive til eller ut over fylte 67 år.

Våre funn står i kontrast til oppgitt gjennomsnittsalder for NSF-medlemmer til å gå ut av yrket: 57,8 år (28). Dette tallet viser til en bredere målgruppe enn vårt utvalg, og omfatter uføre i alle aldre.

Yrkesaktive

Det var 509 yrkesaktive respondenter med hovedstilling i eller utenfor døgndrift i sykehus. Både deltidsarbeidende og fulltids arbeidende kunne tenkes å ha flere stillingsforhold, eventuelt kombinerte stillinger. Vi ba de yrkesaktive om å besvare spørsmålene ut fra sin hovedstilling, det vil si den stillingen der de hadde sin største stillingsandel. Det var 492 av 509 (96,7 %) med hovedstilling i offentlig sektor.

Flertallet av yrkesaktive (341 / 67 %) hadde vært ansatt mer enn 10 år i sin hovedstilling. Det var 68 (13,4 %) med 6-10 års ansettelse, og 100 (19,6 %) med inntil fem års ansettelse.

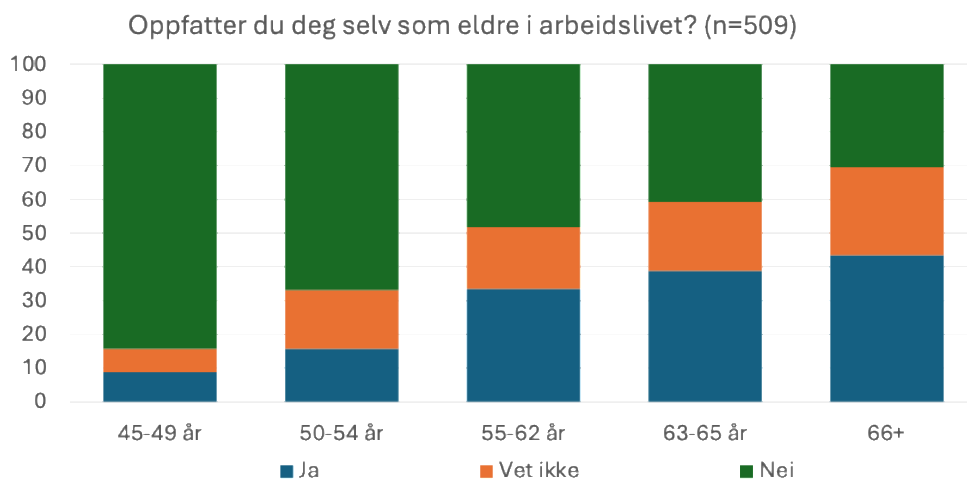
De hyppigst forekommende årsinntektene lå i intervallet 700.000-899.000 kr (55,6 %), mens 16,5 % rapporterte mindre enn 700.000 kr, og 25,9 % mer enn 900.000 kr.

Vi ba de yrkesaktive om å oppgi antall dager borte fra arbeid på grunn av egen sykdom i de siste 12 månedene. Det var 119 (23,4 %) uten sykefravær, 281 (55,2 %) med 1-9 dagers sykefravær, 32 (6,3 %) med 10-20 dagers sykefravær, 62 (12,2 %) rapporterte mer enn 20 dagers sykefravær, og 15 (2,9 %) husket ikke eller ønsket ikke å besvare.

De yrkesaktive ble spurt om grad av enighet med følgende påstand: «Min enhet har problemer med å rekruttere og/eller beholde kompetent arbeidskraft». Det var 187 (37 %) som var helt eller delvis uenig i påstanden, 51 (10 %) var nøytrale, og 270 (53 %) var helt eller delvis enig. Spørsmålet skilte ikke mellom rekrutteringsproblemer og fastholdelse-/kontinuitetsproblemer.

Vi spurte om opplevelsen av å være «eldre» i arbeidslivet, og fordelte svar på aldersgruppe. Figuren nedenfor viser prosentandel av svar innen hver aldersgruppe.

Det er først ved 55 års alder at andelen Nei-svar synker under 50 % av avgitte svar innen aldersgruppen:



Figur 4 - Oppfatning av å være eldre i arbeidslivet

Til sammenlikning viser den nasjonale spørreundersøkelsen NSB 2024 en stigende trend over to tiår for hvilken alder man anslår at folk begynner å bli regnet som «eldre» i arbeidslivet (2). I statlig og kommunal sektor er gjennomsnittet i 2024 henholdsvis 60,0 og 60,5 år. Innen helse/sosial er gjennomsnittet 60,8 år.

Vi spurte alle yrkesaktive om når de kunne tenke seg å tre helt ut av arbeidslivet, hvis de selv kunne velge helt fritt:

Aldersgruppe	Ønsket alder, gjennomsnitt	Ønsket alder, median
45-49 år	63,6	65
50-54 år	63,9	65
55-62 år	64,2	65
63-65 år	66,2	66
66 +	70,1	70
<i>Alle aldre</i>	<i>64,4 år</i>	<i>65 år</i>

Tabell 2 - Ved hvilken alder kunne du tenke deg å tre helt ut av arbeidslivet hvis du selv kunne velge helt fritt? (yrkesaktive, n = 509)

Vurderingene innen aldersgruppen 50-62 år kan være av særlig interesse ved planlegging av seniorpolitiske tiltak før ansatte har oppnådd rett til AFP. Det er en robust median 65 år i denne aldersgruppen, og det er samme medianverdi om vi begrenser utvalget til de som er i pasientnært arbeid, - eller om vi spør lederne (ledersvar: gjennomsnitt 64,2 år, median 65 år). For de eldre gruppene, 63 år og over, er det naturlig at aldersvurderingen øker i takt med respondentenes egne valg.

Vi spurte også alle yrkesaktive om de gledet eller gruet seg til å gå av med pensjon, og grupperte svarene med prosentandeler innenfor hvert alderstrinn. Som ventet faller andelen «Har ikke tenkt på det ennå» med stigende alder. Vi ser også i tabellen nedenfor at gruppen av yrkesaktive fra 63 år og

oppover rapporterer en økende frekvens i alternativene glede seg litt/grue seg litt til fratreden fra arbeidslivet.

	45-49 år n=101	50-54 år n=133	55-62 år n=203	63-65 år n=49	66 + n=23
Gleder meg mye	17,8 %	19,5 %	22,7 %	14,3 %	0 %
Gleder meg litt	18,8 %	30,8 %	28,1 %	28,6 %	34,8 %
Verken gleder eller gruer meg	14,9 %	12 %	19,7 %	18,4 %	30,4 %
Gruer meg litt	3 %	5,3 %	11,3 %	24,5 %	30,4 %
Gruer meg mye	0 %	0 %	1 %	2 %	0 %
Har ikke tenkt på det ennå	45,5 %	32,3 %	17,2 %	12,2 %	4,3 %

Tabell 3 - Gleder eller gruer du deg til å gå av med pensjon, dvs. tre helt ut av arbeidslivet? Yrkesaktive, n=509.

Yrkesaktive fordelt etter hovedstilling

De 509 yrkesaktive utgjorde to undergrupper:

Totalt utgjorde *intensivsykepleiere i pasientnært arbeid* en undergruppe på 464 (91,2 %) av 509 yrkesaktive, der undergruppen var avgrenset til de som oppga å ha hovedstilling ved en definert sengekategori⁷. Det var 429 i daglig arbeid som intensivsykepleier mens et mindretall (35) arbeidet i en stabsfunksjon om fagsykepleier, MTU-ansvarlig, studentansvarlig eller lignende.

Blant 45 yrkesaktive (8,8 %) som oppga hovedstilling utenfor døgndrevne sengekategorier, var det 21 i utdanningssektoren (4,1 %) mens 24 (4,7 %) hadde andre funksjoner. Færre enn fem i den siste gruppen på 24 hadde pasientnært arbeid uten å være tilknyttet døgndrevne senger, og ble derfor inkludert i undergruppen på 45 respondenter i presentasjonen av funn. Dette begrunner vi med at deres hovedstilling framstår kvalitativt forskjellig fra døgndrevne sykehusenheter.

Vi spurte undergruppene om arbeidets art, og ba de respondere på utsagn som kunne være beskrivende: "I hvor stor grad er arbeidet ditt preget av følgende".

Svarkategoriene var i stor grad, i noen grad, i liten grad, eller slett ikke.

I tabellen nedenfor er undergruppen av intensivsykepleiere i pasientnært arbeid (n=464) kontrastert med intensivsykepleiere i annen virksomhet (n=45), blant annet i utdanningssektoren.

Deskriptorene er hentet fra NSB-undersøkelsene. Undergruppene viser markerte forskjeller i de fysiske og emosjonelle krav som arbeidet stiller, hvor også et stillesittende arbeid kan betraktes som fysisk belastende. Det er forståelige ulikheter i muligheten til hjemmekontor. Begge undergrupper beskriver høye krav til endringer og omstilling, ny teknologi og digitalisering, samt nye krav til kompetanse. Nasjonale data beskriver en stigende trend for disse tre områdene i 2022 og 2024, sammenliknet med tiden før covid-19 pandemien (2). Trendene kan reflektere at utdanningssektoren har vært i en akselerert digitalisering under og etter covid-19 pandemien, og at sektoren erfarer økt

⁷ Filter: yrkesaktiv + hovedstilling ved en av sengekategoriene (0/1/2/3).

press i en økonomisk omstilling. Undergruppen respondenter i annen virksomhet rapporterer på nivå med landsgjennomsnittet hva gjelder en oppjaget og masete arbeidssituasjon, mens intensivsykepleierne rapporterer at dette gjelder i stor grad / i noen grad for 86 %, og dermed også over gjennomsnittet til bransjen hotell/restaurant/servering (NSB 2024: 79%).

Intensivsykepleiere i pasientnært arbeid	I stor grad eller i noen grad		i liten grad eller slett ikke		sum rad
	antall	%	antall	%	
En oppjaget og masete arbeidssituasjon	401	86,4	63	13,6	464
Lite varierte arbeidsoppgaver	143	30,8	321	69,2	464
Ny teknologi og digitalisering	435	93,8	29	6,3	464
Endringer og omstillinger	421	90,7	43	9,3	464
Nye krav til kompetanse	426	91,8	38	8,2	464
Fysisk krevende arbeid	420	90,5	44	9,5	464
Stillesittende arbeid	151	32,5	313	67,5	464
Hjemmekontor	10	2,2	453	97,8	463
Emosjonelt krevende arbeid	448	96,6	16	3,4	464
Arbeid med mennesker (som kunder, klienter, brukere mv.)	456	98,3	8	1,7	464

Respondenter i annen virksomhet, i hovedsak i utdanningssektoren	I stor grad eller i noen grad		i liten grad eller slett ikke		sum rad
	antall	%	antall	%	
En oppjaget og masete arbeidssituasjon	31	68,9	14	31,1	45
Lite varierte arbeidsoppgaver	18	40,0	27	60,0	45
Ny teknologi og digitalisering	43	95,6	2	4,4	45
Endringer og omstillinger	43	95,6	2	4,4	45
Nye krav til kompetanse	42	93,3	3	6,7	45
Fysisk krevende arbeid	7	15,6	38	84,4	45
Stillesittende arbeid	44	97,8	1	2,2	45
Hjemmekontor	24	53,3	21	46,7	45
Emosjonelt krevende arbeid	23	51,1	22	48,9	45
Arbeid med mennesker (som kunder, klienter, brukere mv.)	39	86,7	6	13,3	45

Tabell 4 – «I hvor stor grad er arbeidet ditt preget av følgende....»
509 respondenter gruppert etter arbeidets art; pasientnær eller annen hovedstilling.

Intensivsykepleiere i pasientnær hovedstilling

I denne undergruppen med 464 respondenter inngikk heltidsansatte (408 personer) deltidsansatte (38) og ansatte som kombinerte arbeid og alderspensjon (18). Det var 387 (83,4 %) som arbeidet ved sengekategori 3 / intensivseng, 64 (13,8 %) arbeidet ved overvåkingsenhet, mens de øvrige 13 (2,8 %) hadde sin funksjon ved observasjonssenger i egne arealer og/eller i sengepost. Tabellen illustrerer en høy andel av yrkesaktive som rapporterer å ha sin hovedfunksjon ved sengekategori 3 innen hver aldersgruppe:

Sengekategori	Alle	% av alle	45-49 år	50-54 år	55-62 år	63-65 år	66+
Intensivseng, kat. 3	387	83,4 %	74	95	166	36	16
Andre sengekategorier	77	16,6 %	13	27	25	7	5
Antall klinisk yrkesaktive	464	100 %	87	122	191	43	21

Tabell 5 - Intensivsykepleiere og intensivsykepleiere med stabsfunksjoner: fordeling på sengekategori og etter aldersgruppe (n = 464)

Tabellen nedenfor detaljerer stillingsandel fordelt på sengekategorier. Det framgår at nær 9 av 10 ansatte i pasientnær hovedstilling arbeider heltid, forstått som ≥ 80 % stillingsandel. Det er 8,2 % som arbeider deltid, og en andel på 3,9 % som kombinerer alderspensjon med klinisk arbeid.

Sengekategori	Antall / %	Heltid $\geq 80\%$	Deltid	Arbeid + alderspensjon
Intensivseng, kat. 3	387 / 83,4 %	342 / 73,7 %	32 / 6,9 %	13 / 2,8 %
Overvåking- eller Intermediærseng kat. 2	64 / 13,8 %	56 / 12,1 %	6 / 1,3 %	5 / 1,1 %
Forsterket observasjonsseng kat. 1, eller Sengepost	13 / 2,8 %	10 / 2,5 %		
Antall og % per kolonne	464 / 100 %	408 / 87,9 %	38 / 8,2 %	18 / 3,9 %

Tabell 6 - Intensivsykepleiere med pasientnære funksjoner, etter sengekategori og heltid / deltid. Celler med antall ≤ 5 er aggregert med nabocelle. (n = 464)

Vaktplan: Når arbeider intensivsykepleiere?

Vi spurte om hvilke vaktkategorier som inngikk i deres vaktplan og kategoriene etter aldersgruppe for bedre å forstå arbeidets muligheter og belastninger. Vakt på natt og helg var representert i alle aldersgrupper, se tabell nedenfor:

Hvor mange arbeider:	Totalt	% av n=464	45-49 år	50-54 år	55-62 år	63-65 år	66+ år
Helg	445	96 %	84	114	187	41	19
Nattvakter	336	72 %	66	97	137	26	10
Aftenvakter	408	88 %	75	106	172	36	19
Mellomvakter	254	55 %	49	64	110	23	8
Langvakter	126	27 %	26	38	46	10	6
<i>Antall i aldersgruppe</i>	464		87	122	191	43	21

Tabell 7 - Vakkategorier rapportert av yrkesaktive i pasientnært arbeid (n=464)

Om opplevelsen av arbeidssituasjonen

Vi spurte intensivsykepleierne om arbeidssituasjonen, med standardiserte spørsmål fra nasjonale medarbeiderundersøkelser (2).

Et flertall av intensivsykepleierne (302/65,1 %) ga uttrykk for å ofte, eller alltid, glede seg til å gå på jobb. Det var 129 (27,8 %) som av og til gledet seg, mens 33 (6,9 %) sjelden eller aldri gledet seg til å gå på jobb.

En opplevelse av å mestre arbeidet, ganske godt eller meget godt, ble rapportert av 97,5%. Det var også individer som var nøytrale (verken/eller) eller i tvil (litt dårlig) om egen mestring. Ingen rapporterte å mestre arbeidet meget dårlig.

Vi spurte om opplevelsen av å lære gjennom det daglige arbeidet. Det var 440 (94,8 %) som i noen grad, eller i stor grad, opplevde læring gjennom arbeidet. Et mindretall (24/5,2 %) opplevde i liten grad læring gjennom arbeidet.

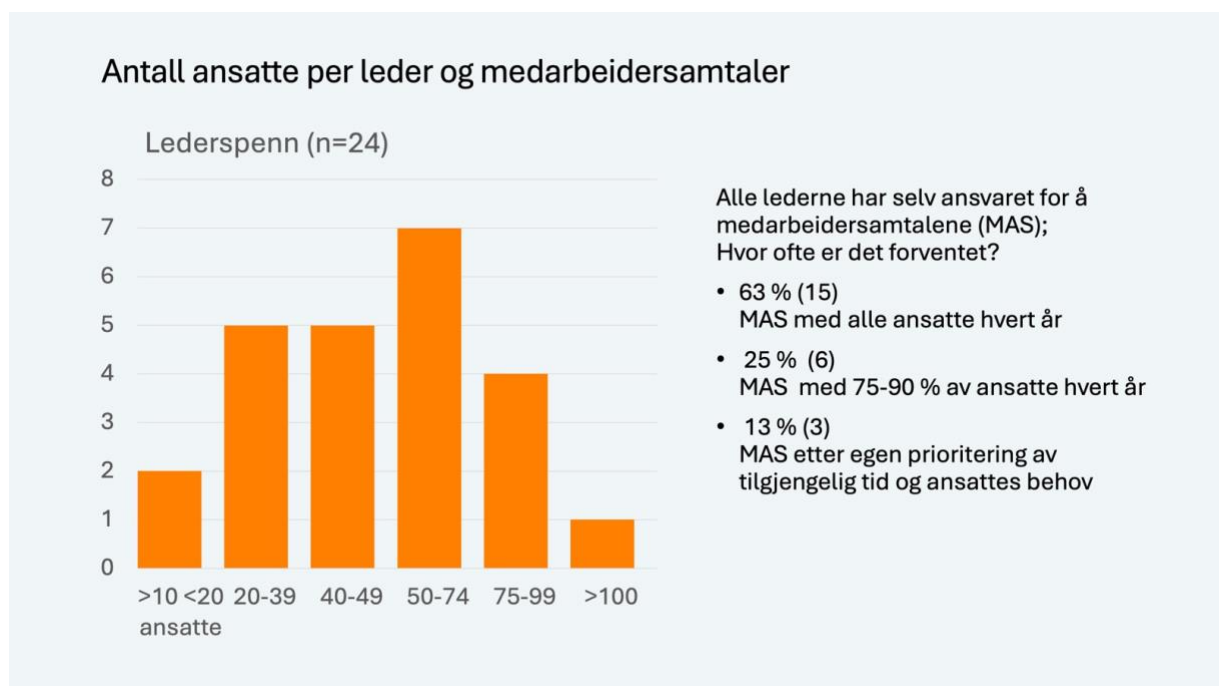
Flesteparten av respondentene (416 av 462 svar) hadde deltatt i kurs, opplæring eller utdanning gjennom jobben i løpet av de siste 12 månedene. Et flertall rapporterte deltakelse i fagdager/fast undervisningstid på arbeidsplassen. Det var en av ti som ikke hadde deltatt, eller ikke kunne huske å ha deltatt, i slik organisert virksomhet. Spørsmålet om deltakelse i kompetansetiltak var låst til kategorier, med svarmulighet begrenset til én kategori. Det var anledning til å utdype i fritekst på kategorien «Annet».

Ledere

Lederutvalget bestod av 17 kvinner (70,8%) og 7 menn, totalt 24 respondenter, alle arbeidet i offentlig sektor. Ti av lederne hadde mer enn 10 års erfaring som leder med personalansvar, åtte rapporterte fra 6-10 års ledererfaring, og 6 hadde fra tre til fem års erfaring som leder. Det var 12 av 24 som hadde lederutdanning av minst ett semesters varighet (30 studiepoeng eller mer) fra høyere utdanning eller Forsvaret. Ni hadde fullført organisert lederutvikling på arbeidsplassen av et halvt års varighet eller mer. To hadde deltatt i lederrelevante enkeltemner eller kurs av noe varighet.

Det var 14 ledere (58 %) som bekreftet at virksomheten har en personalpolitisk strategi for hvordan den skal beholde og videreutvikle sine seniorer. Ti respondenter svarte enten nei på spørsmålet, eller at de ikke kjente til en slik strategi. Til historisk sammenlikning oppga tre av 22 enhetsledere i 2000/2001 at det fantes seniorpolitikk som del av sykehusets personalpolitikk. Den nasjonale lederundersøkelsen NSB 2023 fant at 67 % av lederne i offentlig sektor rapporterer å ha en personalpolitisk strategi for hvordan den skal beholde og videreutvikle sine seniorer (1).

Alle lederne hadde selv ansvaret for å gjennomføre medarbeidersamtaler (utviklingssamtaler) med ansatte ved egen enhet. Forventningen til frekvens for gjennomføring var for 15 av 24 en årlig medarbeidersamtale med alle ansatte, seks ledere var forventet å gjennomføre årlig medarbeidersamtaler med 75-90 % av alle ansatte, mens tre ledere kunne prioritere frekvens etter tilgjengelig tid og ansattes behov.



Figur 5 - Lederspenn og MAS

Lederne ble bedt om å oppgi ved hvilken alder de ville anslå at deres ansatte begynner å bli regnet som «eldre» i arbeidslivet. Over halvparten (15 av 24) anslo denne grensen ved 58-60 år, fem respondenter svarte ved 62 år, fire anslo mellom 63-67 års alder. Alle ledere rapporterte å ha ansatte som hadde fylt 62 år i sin enhet.

Vi sammenliknet våre funn (INSF) med gjennomsnittsverdier fra NSB 2025 for alder når ledere begynner å regne sine ansatte som «eldre» i arbeidslivet (29):

Ledere offentlig + privat sektor: 59,1 år (NSB 2025)
Ledere offentlig sektor: 60,0 år (NSB 2025)
Ledere, intensivsykepleiere: 60,8 år (INSF)

Vi spurte lederne ved hvilken alder de selv kunne tenke seg å tre helt ut av arbeidslivet, dersom de kunne velge helt fritt. Fem av lederne oppga 67 år som ønsket fratreden, ti respondenter svarte fra 63 til 66 år, og de øvrige ni ville fratre før eller ved 62 års alder.

Lederne var delt i synet på om de ønsket at ansatte skulle fortsette til de er 70 år i sin enhet. Det var 13 som i ganske eller meget stor grad ønsket det, én hadde ingen formening, mens 10 i liten grad, eller ikke i det hele tatt ønsket dette.

Med ledernes felles profesjons- og spesialitetsbakgrunn holdt vi utvalget samlet med hensyn til holdningsspørsmål om seniorpolitikk. Vi avgrenset utvalget til de 23 av 24 som ledet pasientnært arbeid i døgndrift, i presentasjon av funn på konkrete spørsmål om rammer og tilrettelegging for senior spesialsykepleiere ved intensivenheter.

Ledere av pasientrettet virksomhet

Sengekategori ved enheten. Blant 23 ledere av pasientnært arbeid med døgkontinuerlig drift, var det 18 som ledet intensivhet i sengekategori 3, og de øvrige fem ledet overvåkings- eller observasjonsenheter. Døgkontinuerlig drift omfattet tre skift og virksomhet i uke og helg.

Lederspenn. 17 av 23 ledere i pasientnært arbeid rapporterte sitt lederspenn til å omfatte 40 eller flere ansatte. I tillegg til å lede egen faggruppe var det flere som hadde personalansvar for ansatte fra utdanningssektor, fra andre profesjoner, for faglærte så vel som ufaglærte.



Figur 6 - Lederspenn i pasientnær virksomhet

Lederstøtte i enheten. Vi spurte om ledernes tilgang på støtte / stabsfunksjoner.

57 % hadde en assisterende enhetsleder (fast stedfortreder med fullmakter),
44 % hadde arbeidsledere uten personalansvar (teamledere, driftsansvarlige),
91 % hadde rådgivere / fagstillinger,
30 % hadde postsekretær.

Rekruttere og beholde kompetanse. Flertallet rapporterte at de i liten grad eller ikke i det hele tatt erfarte problemer med å rekruttere til og/eller beholde kompetent arbeidskraft ved enheten, mens syv av 23 rapporterte at de i ganske eller meget stor grad hadde problemer. Spørsmålsstillingen gir en usikkerhet om det er likt fordelt eller skjevfordelt mellom delkategorier: rekrutteringsvansker og beholde-vansker.

Personaltturnover. Total årlig turnover ble for de fleste av respondentene (21 av 23) estimert til området 0-10 %, mens to respondenter rapporterte mer enn 10 % turnover. Ingen rapporterte over 20 % personaltturnover. Det hefter noe usikkerhet rundt årsaker, i og med at gruppen «Andre årsaker» kan utgjøre en vesentlig andel av turnover.

Personaltturnover og årsaker	0-5 %	6-10%	10-20%	ukjent
Bytter til annen jobb/enhet	14	9	0	0
Går av med alderspensjon	22	1	0	0
Skal til et utdanningsløp*	19	5	0	0
Andre årsaker, uspesifisert	20	0	0	3
Total turnover der jeg er leder*:	10	11	2	2

Tabell 8 - Personaltturnover, lederrapportert, pasientnær virksomhet (n=23).
Stjerne ved rad-total >23 angir at leder har markert for varierende årlig forekomst.

Pasientnær virksomhet, døgndrift: Ledere og intensivsykepleiere om seniorpolitikk, seniorpolitiske tiltak og tiltakenes betydning

Faktorer som kan påvirke kontinuitet i arbeidsforholdet

Vi spurte henholdsvis ledere og medarbeidere om 14 kategorier som kan være av betydning for en beslutning om å fortsette i arbeid, etter oppnådd rett til pensjon.

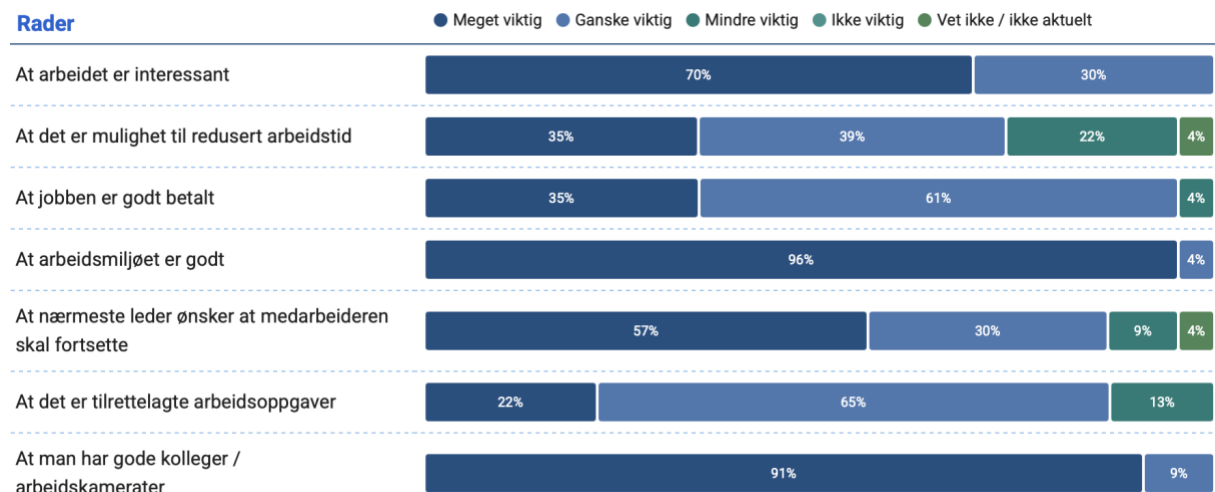
Spørsmålene var hentet fra NSB (1, 2) og ble formulert slik:

Ledere: Hvor viktige tror du følgende grunner er for dine intensivsykepleieres beslutning om å fortsette i arbeid, hel eller deltid, etter at de får rett til pensjon?

Medarbeidere: Hvor viktige er følgende grunner for deg for at du skal fortsette i arbeid, hel eller deltid, etter at du får/har rett til pensjon?

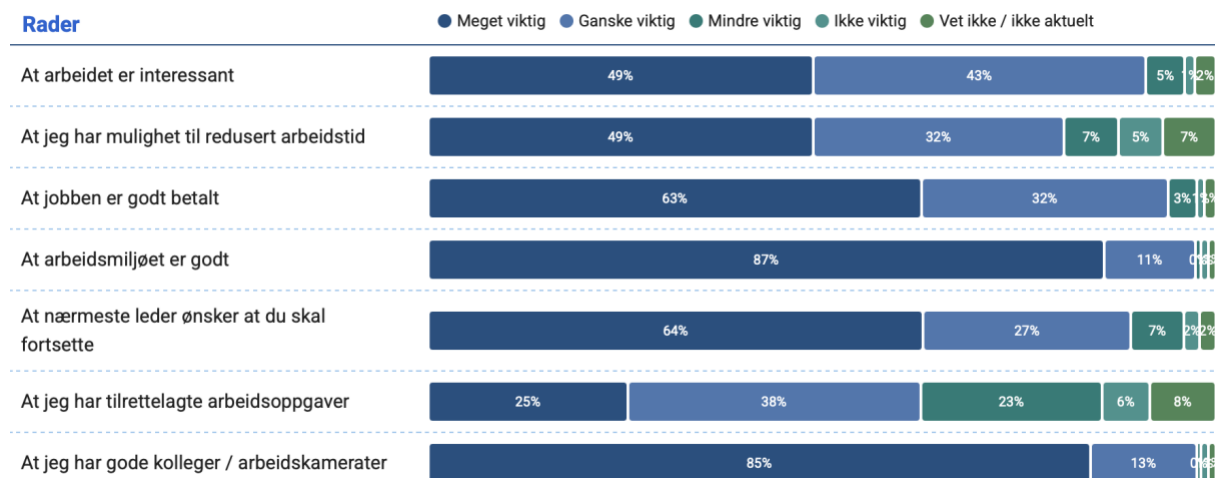
De fem svaralternativene var meget viktig, ganske viktig, mindre viktig, ikke viktig, eller vet ikke/ikke aktuelt. Resultatene er detaljert i Tabell 9 til 12 på etterfølgende sider og illustrerer to ulike perspektiver i arbeidslivet, fra to utvalg av ulik størrelse, og sammenlikninger må gjøres med aktsomhet om representativitet. Svarene indikerer en felles oppfatning av at arbeidsmiljøet, det å ha gode kolleger, samt leders ønske om at medarbeideren skal fortsette, har betydning for kontinuitet i arbeidsforholdet. Variasjonen mellom respondentgruppene er større i andre kategorier, og antyder områder hvor det kan være fruktbart med lokal dialog om prioriteringer.

Svar fra ledere:



Tabell 9 - Hvor viktige tror du følgende grunner er for dine intensivsykepleieres beslutning om å fortsette i arbeid, hel eller deltid, etter at de får rett til pensjon? (n=23)

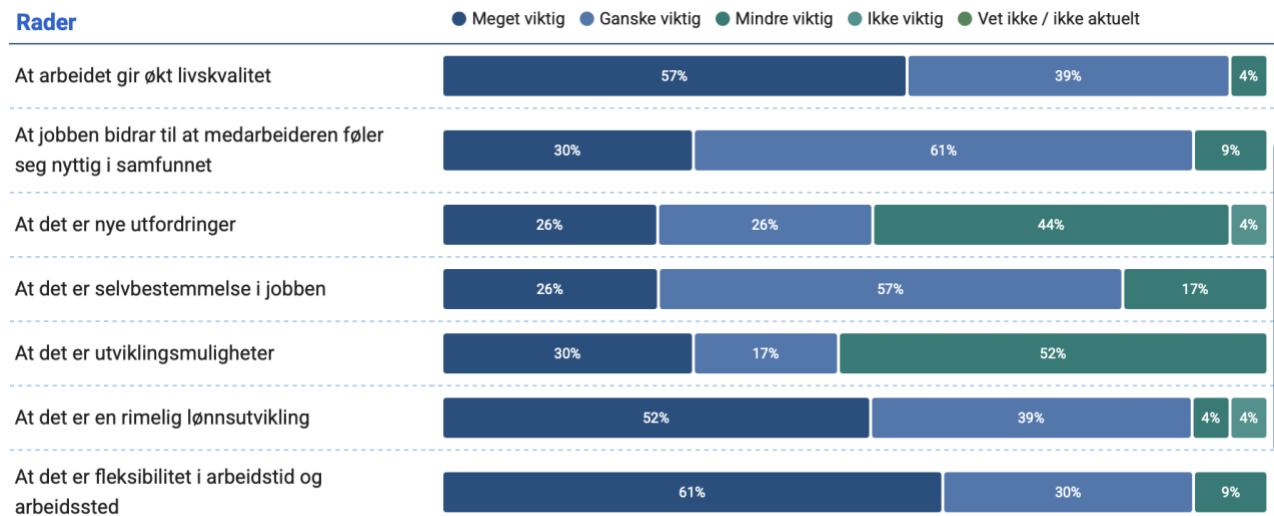
Svar fra intensivsykepleiere:



Tabell 10 - Hvor viktige er følgende grunner for deg for at du skal fortsette i arbeid, hel eller deltid, etter at du får/har rett til pensjon? (n=464)

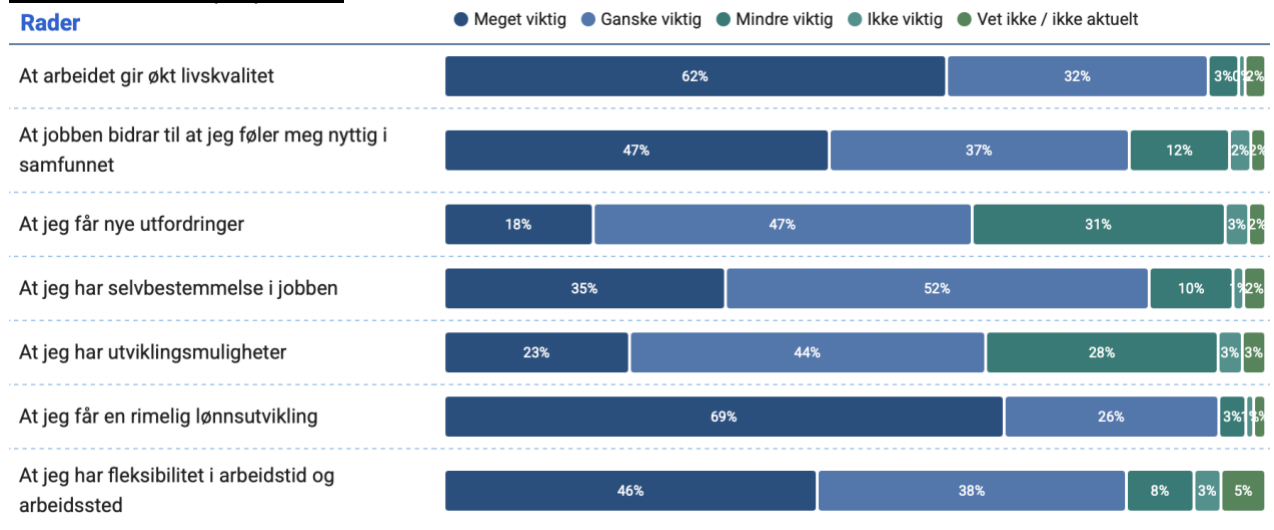
(forts.)

Svar fra ledere:



Tabell 11 - Hvor viktige tror du følgende grunner er for dine intensivsykepleieres beslutning om å fortsette i arbeid, hel eller deltid, etter at de får rett til pensjon? (ledere, n=23)

Svar fra intensivsykepleiere:



Tabell 12 - Hvor viktige er følgende grunner for deg for at du skal fortsette i arbeid, hel eller deltid, etter at du får/har rett til pensjon? (n=464)

For å illustrere likheter og kontraster mellom perspektivene grupperte vi svarkategoriene meget viktig sammen med ganske viktig, og mindre viktig sammen med ikke viktig. Det var tre av 14 kategorier som utmerket seg med ulik respons fra intensivsykepleiere og deres ledere:

Hvor viktige er følgende grunner for deg / dine ansatte for å fortsette i arbeid etter rett til pensjon.....	Intensivspl (n=464) Ledere (n=23)		Differanse, prosentpoeng:
		Meget viktig / Ganske viktig	
Å ha tilrettelagte arbeidsoppgaver	Intensivsykepleiere	63 %	Δ 24 %
	Ledere	87 %	
Å få nye utfordringer	Intensivsykepleiere	65 %	Δ 13 %
	Ledere	52 %	
Å ha utviklingsmuligheter	Intensivsykepleiere	66 %	Δ 19 %
	Ledere	47 %	

Tabell 13 - Hvor viktige er følgende grunner.....?

Tre av 14 kategorier med størst forskjell mellom intensivsykepleieres og lederes respons.

Vi gikk nærmere inn på en del av lønnsproblematikk og pensjonsvurderinger, og ba ledere og medarbeidere si sin mening om «Hvor viktig er muligheten til deltidsarbeid, uten avkortning i alderspensjon for deg, for at du / dine ansatte skal fortsette i arbeid etter fylte 65 år?»

	Intensivsykepleiere		Ledere	
	Antall	% av svar	Antall	% av svar
Meget viktig	346	74.6%	14	60.9%
Ganske viktig	57	12.3%	7	30.4%
Mindre viktig	23	5 %	1	4.3%
Ikke viktig	8	1.7%	0	0 %
Vet ikke / ikke aktuelt	30	6.5%	1	4.3%
	464		23	

Tabell 14 - Lederes og intensivsykepleieres vurdering av muligheten til deltidsarbeid, uten avkortning i alderspensjon, for å fortsette i arbeid etter fylte 65 år.

Det kan synes å være en trend til at både ledere og medarbeidere vektlegger lønn som insentiv til å fortsette i arbeid etter 65 år, men at medarbeidere skårer betydningen av lønnsinsentiv høyere enn ledere. Denne trenden er gjenkjennbar fra Tabell 9 til 12 under kategoriene «at jobben er godt betalt», og «at det er en rimelig lønnsutvikling».

Ledere om seniorpolitisk verktøykasse

Vi spurte lederne «Har din virksomhet gjennomført noen av følgende tiltak for å få senior intensivsykepleiere til å fortsette i sin stilling?» Svarene fordelte seg slik:

Tiltak	Ja	Nei	Vet ikke
Muligheter for gradvis nedtrapping før yrkesavgang	19	2	2
Seniordager etter fylte 62 år (utover lovfestet 6. uke)	18	5	0
Medarbeidersamtale som også omfatter senkarrieren	18	4	1
Muligheter til å få mer fleksibel arbeidstid	13	10	1
Muligheter til å få nye eller endrede arbeidsoppgaver	10	11	2
Helseforebyggende tiltak	9	9	6
Opplæring for ledere i seniorpolitikk	6	13	4
Utviklings - og kompetansehevende tiltak	5	16	2
Karriereveiledning	3	17	3
Bonus for å fortsette etter fylte 62 år	3	21	0

Tabell 15 - Seniortiltak i pasientnær virksomhet (ledere, n=23)

Vi inviterte lederne til å kommentere eller foreslå seniorpolitiske virkemidler, og blant fritekstsvarene var det flere som viste til nyanser av arbeidstidsreduksjon med lønnskompensasjon. Utfordringer med å få turnus som helhet til å gå opp var nevnt, med tiltaksforslag som insentiver eller bonus for å arbeide tre-skifts turnus ordning. Like betingelser innen helseregion kom opp som tema. Det var forslag om å lytte til og forske mer på hva senioren selv ønsker og ser behov for, ut fra mangfoldet denne gruppen representerer i holdninger, motivasjon og prestasjoner.

Ledere om kostnadsvurderinger.

Vi spurte ledere: «Mener du det er dyrere eller billigere å ha eldre arbeidstakere ansatt sammenlignet med yngre, eller mener du at alderen spiller liten rolle for kostnadene? Det var 17 av 23 (74 %) som mente at alderen spiller liten rolle for kostnadene, og 6 av 23 (26 %) som mente at det var billigere med eldre medarbeidere.

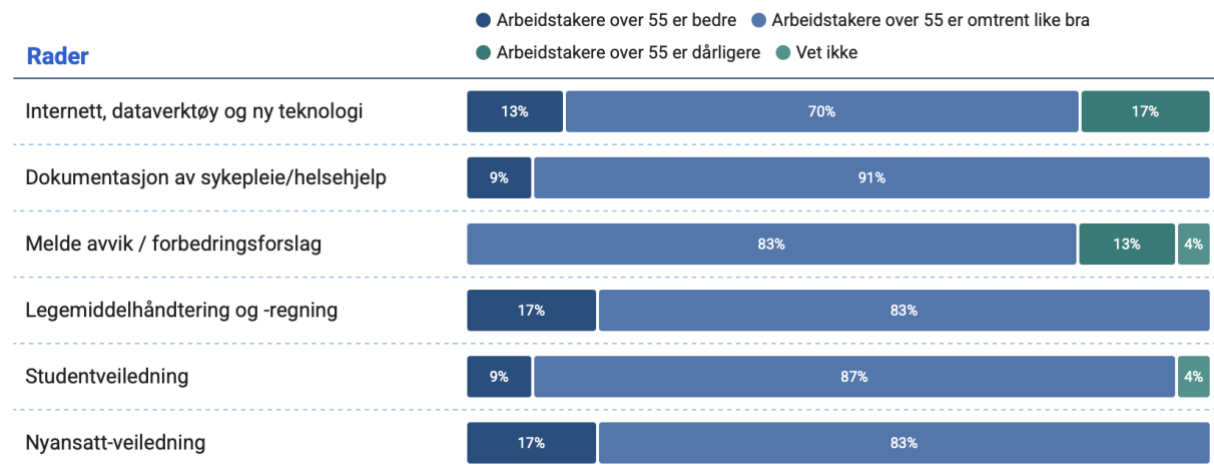
Lederundersøkelsen i offentlig sektor viser at 22 % mener eldre er dyrere, 66 % mener at alderen spiller liten rolle for kostnadene, og 9 % mener eldre er billigere arbeidstakere (NSB 2023). Innen helse/sosialbransjen svarte 32 % av ledere i NSB 2023 at det var dyrere å ha eldre arbeidstakere.

Ledere om senior intensivsykepleieres ferdigheter.

Leders oppfatning av alder og ferdigheter i arbeidssituasjonen ble belyst med et prosjektilpasset spørsmål fra NSB 2023, der vi hensynte både definisjonen av «senior» og særaldersgrensen for

sykepleiere i spørsmålsstillingen. Dette spørsmålet er ikke tenkt å skulle fange opp et helhetlig bilde av spesialsykepleie.

Vi spurte: «Vil du si at sykepleiere over 55 år har bedre, dårligere eller omtrent like bra ferdigheter på disse områdene, sammenliknet med yngre arbeidstakere?»



Tabell 16 - Ferdigheter, lederes vurdering av ansatte over 55 år versus yngre (n=23)

Våre funn indikerer at det er innen ny teknologi og digitalisering, samt innen metodikk for kvalitetsforbedring, at noen ledere vurderer arbeidsprestasjonen lavere hos ansatte over 55 år opp mot yngre kollegers prestasjon. Vi har ikke informasjon som gir et direkte sammenlikningsgrunnlag med andre utvalg. I NSFLIS-studien fra 2001 var det ikke lagt inn spørsmål til ledere om medarbeideres ferdigheter (30). Undersøkelsen NSB 2023 benytter alderen 60 år for å spesifisere holdningsspørsmål til ledere om medarbeidere (1). I offentlig sektor svarer 85-88 % av ledere spurt i tidsrommet 2018-2023, at arbeidstakere over 60 år har minst like gode arbeidsprestasjoner som de under 60 år.

I Fafo-undersøkelsen *Seniorer i sykehussektoren* er spesialsykepleiere over 55 år spurt om sin opplevelse av og holdning til teknologisk endring og nye datasystemer. Mellom 9-27 % av utvalget rapporterer vansker med å stå i endringer, å henge med i utviklingen, og/eller få tilstrekkelig opplæring og trening i ny teknologi. Det er 35 % som uttrykker at det er lett å tilegne seg nye rutiner og teknologi, og 43 % som opplever seg motivert av ny teknologi og faglige utfordringer (16, kap 9.5).

Intensivsykepleieres opplevelse av arbeidssituasjonen

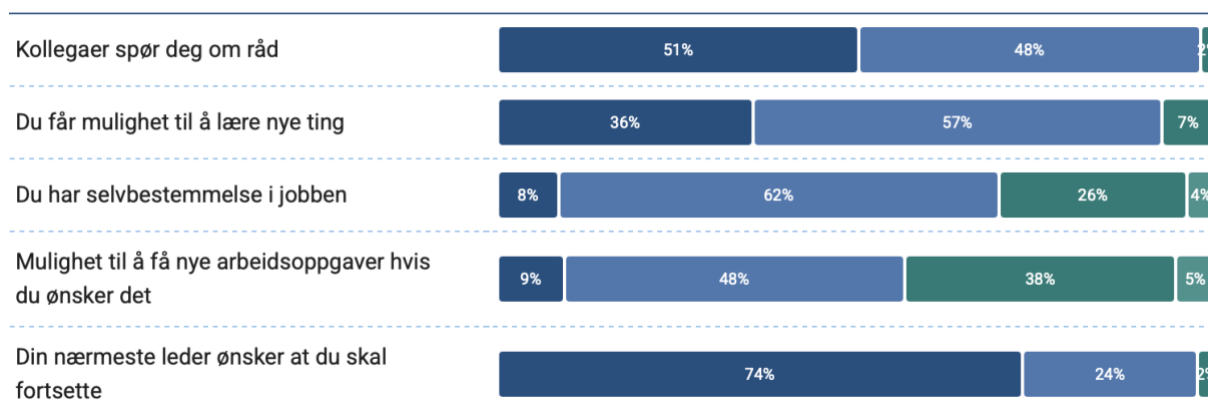
Spørreskjemaet belyste forhold som er assosiert med en positiv opplevelse av arbeidssituasjonen, og forhold som er assosiert med aldersdiskriminerende adferd. Enkelte av funnene er presisert til å hensynte gjeldende aldersdefinisjon av senior medarbeider, over 55 år.

Positive erfaringer i daglig arbeid

Vi skilte ut svar fra intensivsykepleiere i aldersgruppene 55 år+ på spørsmål om hvor stor grad de opplevde følgende i det daglige arbeidet:

Rader

● I stor grad ● I noen grad ● I liten grad ● Slett ikke



Tabell 17- I hvor stor grad opplever du følgende i det daglige arbeidet (aldersgruppe 55+, n=255)

Vi gjorde en orienterende sammenlikning mellom våre funn i aldersgruppen 55 år+ og nasjonale gjennomsnittstall fra NSB 2024 (2) på tvers av variasjon mellom ulike bransjer og sektorer. Basert på svarkategorien «i stor grad» og for aldersgruppene 50-59 år og 60 år+, er inntrykket at

- Færre i vårt uttrekk svarer at de «i stor grad» (74 %) opplever at nærmeste leder ønsker at de skal fortsette, versus NSB 2024 (50-59 år: 91 %, og 60 år+: 84%)
- Vårt uttrekk har lav forekomst av «i stor grad» på spørsmål om selvbestemmelse og mulighet til å lære nye ting
- Det er sammenliknbare skårer på «kolleger spør deg om råd» i vårt uttrekk: «i stor grad»: 51 %, versus NSB 2024: 50-59 år: 59 %, og 60 år+: 47 %.

Tabell 17 kan sammenholdes med viktigheten av forhold relevant for seniorpolitikk, som er stilt til både ledere og medarbeidere i tidligere avsnitt, se tabellene 9-12. Når det gjelder spørsmålet om leders eksplisitte ønske om at arbeidstaker skal fortsette, gir ikke undersøkelsen et svar på betydningen av *fravær* av leders ønske, men kan indikere viktigheten av at ønsket *uttrykkes*, og slik sett være et tiltak uten direkte budsjettmessig konsekvens.

Vi spurte respondentene om de trodde at arbeidsgiveren oppfattet de som eldre i arbeidslivet, og slo sammen svarene fra aldersgruppene over 55 år (n=255). Svarene fordelte seg med omtrent en tredjedel på hver svarkategori: Ja (75/29,4%), Nei (97/38%), og 83/32,5% svarte at de var i tvil eller ikke visste.

Intensivsykepleiere om aldersdiskriminerende adferd

På spørsmål om forekomsten av diskriminering i arbeidslivet på grunn av høy alder, spurte vi først om man hadde opplevd dette, og deretter om selvopplevd diskriminering.

Det var 310 av 464 (66,8 %) som sjelden eller aldri hadde opplevd aldersdiskriminering, 74/15,9 % hadde opplevd dette av og til, mens 23/4,9 % hadde ofte, eller svært ofte, opplevd dette i arbeidslivet. Det var 57/12,3 % som ikke hadde noen formening i saken.

Egenopplevd aldersdiskriminering ble bekreftet av 22/4,7%, mens 51/11 % var i tvil om de selv hadde opplevd dette. Det var 391/84,3% som svarte nei på spørsmålet.

Ved sortering på aldersgruppene over 55 år (n=255) fant vi at forekomsten av egenopplevd aldersdiskriminering var 16/6,3 %, mens 41/16,1 % var i tvil. Det var 198/77,6 % som svarte nei på spørsmålet.

Nasjonale data for yrkesaktive innen helse/sosial (2) indikerer en andel Ja-svar på 4 %, økende til 8 % for aldersgruppen over 60 år.

Fra NSB hentet vi beskrivelser av en del forhold i arbeidslivet som kan oppleves diskriminerende, og vi spurte:

«Hvor ofte har du opplevd at forholdene i tabellen nedenfor skjer i arbeidslivet? Er det svært ofte, ofte, av og til, sjelden eller aldri?»

Alle resultater i prosent	Svært ofte	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri	Ingen formening	sum rad
Eldre forbigås ved forfremmelser og intern rekruttering	2,6	7,3	13,6	17,7	15,9	42,9	100 %
Eldre får sjeldnere være med på kurs og opplæring i arbeidstiden	3,0	7,3	12,7	25,2	33,2	18,5	100 %
Yngre arbeidstagere blir foretrukket når ny teknologi eller nye arbeidsmåter skal innføres	8,4	22,0	21,3	14,9	18,1	15,3	100 %
Eldre får mindre lønnsøkninger enn yngre	8,6	7,3	8,8	8,8	23,9	42,5	100 %
Eldre blir oversett på arbeidsplassen	1,5	3,7	11,9	32,5	33,8	16,6	100 %

Tabell 18- Forhold i arbeidslivet som kan oppleves diskriminerende (n=464)

Tabellen gjengir i prosent respondentenes opplevde hyppighet av situasjonene:

Det er 51,7 % som svært ofte, ofte eller av og til har opplevd at yngre arbeidstakere blir foretrukket når ny teknologi eller nye arbeidsmåter skal innføres, mens 18,1 % har aldri opplevd dette.

I utvalget rapporterer 24,9 % at de svært ofte, ofte eller av og til har opplevd at eldre får mindre lønnsøkninger enn yngre, mens 23,9 % har aldri opplevd dette.

Det er 23,5 % som svært ofte, ofte eller av og til har opplevd at eldre forbigås ved forfremmelser og intern rekruttering; 15,9 % har aldri opplevd dette.

Det er 23 % som svært ofte, ofte eller av og til har opplevd at eldre får sjeldnere være med på kurs og opplæring i arbeidstiden, og 33,2 % har aldri opplevd dette.

At eldre blir oversett på arbeidsplassen er det 17,1 % som svært ofte, ofte eller av og til har opplevd, og 33,8 % har ikke opplevd dette.

Rangeringen mellom situasjonene etter forekomst viser samme rekkefølge som i et nasjonalt representativt utvalg av yrkesaktive over 16 år, der både offentlig og privat sektor inngår i telefonintervju (2). Våre data gir foreløpig ikke holdepunkter for mer egenopplevd aldersdiskriminering enn nasjonale referansedata. De områdene der intensivsykepleiere rapporterer størst forekomst av forskjellsbehandling, er en svakere lønnsutvikling enn yngre kolleger, og det at yngre foretrekkes ved utvikling av nye arbeidsmåter eller innføring av ny teknologi

Fritekstsvar fra intensivsykepleiere om seniortiltak

Fra 578 respondenter ble det levert 401 fritekstsvar på spørsmålet «Hvis du var enhetsleder, hvilket tiltak mener du ville ha størst effekt for å oppnå at eldre, erfarne intensivsykepleiere fortsetter i pasientnært arbeid?».

Tekstene var av ulik lengde, fra stikkordsmessige ytringer og til lengre avsnitt. Til sammen utgjorde tekstene 4045 ord. Fritekstspørsmålet var plassert til slutt i spørreskjemaet, og de foregående spørsmål kan ha bidratt til å vekke respondentenes refleksjoner, uten at det taler mot gyldigheten av innholdet⁸.

Fritektsvarene hadde stor variasjon i omfang, men mange fellestrekk i innhold som lettet prosessen med kategorisering. På inngangsspørsmålet om tiltak, uttaler flere seg om egne behov, andre uttaler seg om generelle tiltak og prioriteringer, og andre igjen ytrer begge perspektiv. Spennet og det organisatoriske dilemmaet mellom skreddersøm (individualiserte tiltak) og generelle tiltak er illustrert slik andre har problematisert seniorpolitiske tiltak (18).

Den kvalitative innholdsanalysen foregikk ved at prosjektgruppen først leste gjennom tekstene og dannet seg et inntrykk av felles tema så vel som variasjon. Med det korte formatet i mange av tekstene er det en metodisk risiko for å tolke mer inn i begreper enn det avsenderen har ønsket å si, og dette er hensyntatt i kategorisering og abstraksjoner. Den forskningsansvarlige kodet ytringene og utviklet tentative kategorier som ble lagt fram for gruppen for å diskutere fram en felles konsensus, sammen med illustrative sitater. Det trådte fram en erfaringskilde til nytte for å nyansere og vekke informasjonen fra standardiserte spørsmål med lukkede svarkategorier.

Tekstene kommenterer seniorpolitikk og -tiltak både på et overordnet og på et konkret nivå. Det avtegner seg fire overordnede områder for tiltak: Tilrettelegging og fleksibilitet / fleksible løsninger, Bemanning og kompetanse, Lønn, og Ledelse. Her gjengir vi innholdet i samme rekkefølge:

Tilrettelegging og fleksibilitet/fleksible løsninger

Begrepene er hyppige forekommende i tekstene. Noen respondenter konkretiserer dette videre, andre bruker tilrettelegging og fleksibilitet som stikkord uten nærmere forklaring. Tilrettelegging synes å bety både generelle tiltak og resultatet av en dialog mellom den ansatte og leder om individualisering av seniortiltak. Fleksibilitet/fleksible løsninger kommer opp som en kvalitet ved tilrettelegging. Det er respondenter som uttrykker motivasjon og ønske om å fortsette ut over særaldersgrensen, knyttet opp til å få innfridd tilrettelegging. Utfallet av tilretteleggingsprosessen har betydning for ansattes valg:

- «Hadde gode senior tiltak som gjorde at jeg ikke gikk da jeg var 62... det må videreføres for andre.»

Der hvor tilrettelegging er satt i sammenheng med konkrete tiltaksområder kommer disse kategoriene opp: turnus og arbeidsoppgaver.

Tilrettelegging av turnus dreier seg dels om å redusere belastende vakter og dels om å sikre hvile. Spesielt nevnes nattevakter som en belastning. Det er delte meninger om færre eller ingen netter bør/kan erstattes med flere aftenvakter, når arbeidet skal fordeles. Flere trekker fram færre vakter på ubekvem tid som tiltak med stor effekt. Noen viser til at seniorer har omsorgsoppgaver utenfor jobb som kan omfatte partner, foreldre, eller barnebarn, og dette er med på å forsterke den totale mengden krav i en livssituasjon.

⁸ Respondentenes fritekst på et annet spørsmål: «Kan du si mer om hva som vil ha størst betydning for å fortsette i nåværende hovedstilling?» er behandlet separat under et senere avsnitt om intensjoner og valg.

Det å sikre hvile er konkretisert med tiltak innen satsningsområdet helsefremmende turnus, der spesielt kombinasjonen av aftenvakt til dagvakt gir utilstrekkelig hvile. Respondentene betoner viktigheten av restitusjon etter senvakt/aftenvakt, hvileperioder etter sammenhengende vaktbelastning, og valgfrihet av langvakter. Langvakter er vakter av 10-12 timers varighet, enten på dag/kveld eller kveld/natt. Virkemiddelet for å tilrettelegge og individualisere kan være innføring av *ønsketurnus*, en form for strukturert dialog mellom medarbeidere og turnusplanlegger som forhandles og iverksettes på enhetsnivå for en avtalt periode.

Organisering av friperioder og ferie kommer opp i mange av ytringene. Respondentene ønsker individuell og fleksibel tilrettelegging av arbeidsperioder og fritid, spesielt muligheten til å ta ut fire uker ferie sammenhengende på sommer. Man er opptatt av å bevare den lovbestemte ekstra ferieuken etter fylte 60 år. Rett til å ta F4-dager er nevnt av flere, det vil si rett til å ha kompensatorisk fri etter arbeid på bevegelig helligdag i stedet for utbetaling av helligdagstillegg.

Seniordager, et avtalt antall fridager styrt av arbeidstaker, er et tiltak som synes ulikt praktisert ved sykehusene. Dette er identifisert av respondentene som en særlig viktig mekanisme for å balansere arbeid, restitusjon, og innflytelse på egen arbeidstid.

Arbeidsoppgaver er et tiltaksområde der et mangfold av meninger synes å åpne et handlingsrom for balansert fordeling byrder og interesser innen en enhet. Noen respondenter ønsker å arbeide med lettere pasientgrupper, andre ønsker variasjon. Noen ønsker å være mentor/veileder, andre ønsker å slippe å lære opp nye, og spesielt nye som ikke tar sikte på kontinuitet ved enheten. Flere skriver om det å kunne «gå på toppen av bemanningen», og/eller arbeide i tospann, eller ha større variasjon i arbeidet for å redusere belastningen, for eksempel ved å kombinere rutinearbeid og prosjektorientert arbeid.

Tekstene ga ikke utfyllende informasjon om begrepene «lettere» og «tyngre» pasientgrupper, men det er nærliggende å se dette i sammenheng med arbeidets fysisk og emosjonelt krevende dimensjoner, krav til kompetanseutvikling for å utføre arbeidet sikkert og med god kvalitet, og krav til omstilling som følge av endringsprosesser i og rundt enheten.

Bemanning og kompetanse

Bemanning er knyttet til gjennomføring av arbeidsoppgaver, og er viktig for mange av respondentene. Det å ha forutsigbar, tilstrekkelig og kvalifisert bemanning er et ønsket virkemiddel for å regulere arbeidspress, gi variasjon, og forebygge slitasje. Intensivsykepleie framstår som tidvis tungt, fysisk og mentalt belastende, og kan være utmattende for respondentene. Det å ha nok folk på jobb, og om mulig forebygge slitasje i perioder med høy turnover, er trukket fram av mange.

- *«Øke bemanningen så man slipper å vente for lenge på hjelp. Når man er for få i grunnbemanningen, blir driften lite effektiv fordi man ikke får gjort oppgaver man har lagt en plan på.»*
- *«At (seniorer) ikke har de tyngste, mest fysisk belastende pasientene, og hvis de har dem, få rikelig med hjelp, slik at situasjonen ikke oppleves tidsmessig og fysisk stressende. Nok bemanning, med sykepleiere som er arbeidsomme og dedikerte til jobben sin, vet å ta i et tak og er ansvarsfulle, slik at det er kollegastøtte og finne i vanskelige beslutninger og fordeling av arbeid. «*

Lønn

Lønn som virkemiddel er trukket fram med flere perspektiver. Mange betoner muligheten til å gå redusert stilling med full lønn, for eksempel ordninger i bruk der seniorer etter individuell avtale kan gå 80 % eller 90 % stilling med full lønn. Noen trekker spesielt fram hensynet til å kunne gå ned i

stilling uten å tape pensjonsopptjening. Flere omtaler det å ha en rimelig lønnsutvikling som senior, og ikke sakke akterut for yngre kolleger i deres sterkere forhandlingsposisjon ved nyansettelser:

«Lønna burde vært mye høyere og det burde vært økning i lønn også etter 16 år. Det burde bli satt mer pris på kompetansen vi eldre har. Vi lærer opp yngre som har tatt oss igjen lønnsmessig.»

Flere mener lønnsstigen må utvides for å forebygge stagnering, andre mener at det kan iverksettes bonusordninger etter ansiennitet i den lokale enheten. Man trekker fram at kompetanse bør lønne seg, det er ikke bare et spørsmål om ansiennitet.

Det å arbeide på pensjonistvilkår synes demotiverende for flere, som mener at det er viktig å opprettholde normal lønn for klinisk arbeid også etter uttak av alderspensjon.

Ledelse

Mange uttrykker behov for å bli sett, hørt, respektert, og oppleve å være verdsatt i sin enhet. Behovet for anerkjennelse er dels mellommenneskelig og relasjonelt, og dels knyttet til organisering og symboler. Flere omtaler ønsket om å medvirke og å kunne være anerkjent og bidra som erfaren ressurs:

«Snakke med oss, interessere seg, høre hvordan det går, ta oss med på råd, legge det fysiske arbeidsmiljøet så godt til rette som mulig»

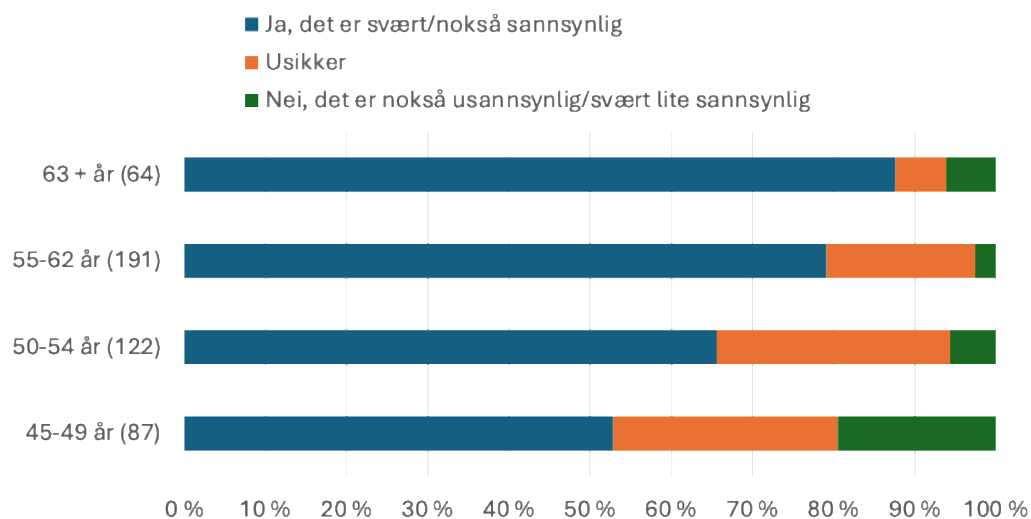
Enkelte uttrykker endringsslitasje, og/eller bekymring for avstand mellom det erfarte arbeidspresset og lederes forståelse for det pasientnære arbeidet. Mange ønsker å ha dialog med leder om sine behov og muligheter for tilrettelegging; individuelle hensyn kan dreie seg om helse og helserelaterte endringer i egen kapasitet som følge av livshendelser eller arbeidstid og arbeidsoppgaver. Det kan synes å være stor variasjon i forekomst og hyppighet av medarbeidersamtaler, der noen etterlyser årlig og eventuelt hyppigere samtale etter behov. Noen ønsker mer kunnskap om den siste fasen i arbeidslivet og om overgangen til pensjoniststatus.

Flere uttrykker behov rettet mot det fysiske arbeidsmiljøet, for eksempel bedre ergonomi og tiltak for å forebygge belastningsskader. Noen er opptatt av både det psykososiale og det fysiske miljøet i sin enhet, og av seniorenens potensial som rollemodeller:

«Å bli verdsatt for den kompetansen vi har, ikke minst lønnsmessig. Bli synliggjort som et viktig forbilde for yngre kolleger. Tilrettelegging av arbeid for de som ønsker det. (.....) Se til at det er nok ressurser i avd., så ALLE vil bli, ikke bare eldre. Det viktigste vi kan gjøre er at de unge vil bli i yrket hele livet!»

Intensjoner og valg av arbeidstilknytning: intensivsykepleiere i pasientnært arbeid, døgndrift

Vi spurte sykepleiere i pasientnært arbeid om utsiktene framover: «Ser du for deg å fortsette i din nåværende hovedstilling, fram til du trer ut av yrkeslivet?» Omfanget av usikkerhet var størst opp til aldersgruppen 50-54 år (29%), før de eldre gruppene ga mer avklarte standpunkt. Samlet andel «Usikker» var 22 % for aldersgruppen 50-62 år.



Figur 7 - Sykepleiere i pasientnært arbeid, vurdering av utsikter til å fortsette i nåværende hovedstilling fram til fratreden fra yrkeslivet, etter aldersgruppe (n=464)

Vi så nærmere på fritekst fra respondentene i aldersgruppen 55-62 år, det vil si årene før en rett til avtalefestet pensjon kunne inntreffe fra 62 år. De utdypet «Usikker» med forhold som vil ha betydning for å fortsette i nåværende stilling.

Trender i fritekstsvarerne var:

- Om helsen holder
- Mulighet til å balansere vaktbelastningen og påvirke egen arbeidsplan: natt, helg, ferie
- Lønn, lønnsutvikling, lønnskompensasjon for 10-20 % redusert arbeidstid
- Endringsslitasje: behov for å begrense og håndtere slitasjefaktorer ved omstilling
- Et arbeidsmiljø med tilstrekkelig og kvalifisert bemanning, og med engasjerte kolleger
- Det å være sett og verdsatt for kompetanse, kunne delta i fagutvikling og å være oppdatert.

Nedtrappingsplaner

Intensivsykepleierne i pasientnært arbeid ble spurt om de hadde lagt en plan for nedtrapping av yrkesaktivitet etter oppnådd rett til pensjon. Det var 42 av 464 (9,1 %) som hadde lagt en slik plan, og 27 (5,8 %) som både hadde lagt en plan og var i en prosess for nedtrapping, mens de resterende 395 (85,1 %) ikke hadde lagt en nedtrappingsplan. Ved sammenlikning mellom aldersgruppene var det først fra 55 års alder at Nei-andelen falt markert fra over 90% i alderen 45-54 år. Deretter var planleggingsraten stigende. I aldersgruppen 63-65 år er nær 40 % enten i gang med nedtrappingsprosessen eller har lagt planer om dette.

Intensjon om jobb-bytte

Vi spurte om intensjon om jobb-bytte, og fordelte svarene på antall og prosent innen aldersgruppe. Tabellen indikerer en fallende intensjon om jobb-bytte for seniorer ≥ 55 år, og speiler trenden fra en økende andel som har vurdert sin situasjon og tenker å bli i nåværende jobb.

Intensjon om jobb-bytte	Alle		45-49 år		50-54 år		55-62 år		63+ år	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Ja	83	17.9 %	25	28.7 %	31	25.4 %	25	13.1 %	2	3.1 %
Ja, og jeg er allerede i en prosess for å bytte jobb	11	2.4 %	4	4.6 %	2	1.6 %	3	1.6 %	2	3.1 %
Nei, jeg tenker å bli i nåværende jobb	240	51.7 %	14	16.1 %	47	38.5 %	125	65.4 %	54	84.4 %
Nei, dette har jeg ikke behov for å vurdere og planlegge nå	130	28 %	44	50.6 %	42	34.4 %	38	19.9 %	6	9.4 %
<i>Antall per aldersgruppe</i>	<i>464</i>		<i>87</i>		<i>122</i>		<i>191</i>		<i>64</i>	

Tabell 19 - Vurderer du å bytte jobb for å kunne være yrkesaktiv, inntil du går av med pensjon / etter at du har rett til pensjon? (n=464)

Om tidspunkt for å fratre arbeidslivet og bli heltids pensjonist

De yrkesaktive ble spurt: «Ved hvilken alder kunne du tenke deg å tre helt ut av arbeidslivet hvis du selv kunne velge helt fritt?»

Vi grupperte svarene ut fra hovedstilling, pasientnært arbeid eller annen virksomhet. Medianverdien er den verdien som deler en gruppe i to like store antall individer.

Hovedstilling / Aldersgruppe	Annen virksomhet (n=45)		Pasientnært arbeid (n=464)	
	gjennomsnitt	median	gjennomsnitt	median
45-49 år	65,1	65	63,3	64
50-54 år	66,6	65	63,6	64
55-62 år	64,4	65	64,2	65
63-65 år	67,0	67	66,1	65
66 +	(< 5 svar)		70,2	70
<i>Alle aldre</i>	<i>65,7 år</i>	<i>65 år</i>	<i>64,3 år</i>	<i>65 år</i>

Tabell 20 - Ved hvilken alder kunne du tenke deg å tre helt ut av arbeidslivet hvis du selv kunne velge helt fritt?

Svarene viste samling rundt en median alder 65 år, med en forventet justering etter egne valg i de to eldste aldersgruppene. Dette betyr at halvparten av utvalget i pasientnært arbeid så for seg å fortsette yrkesaktiviteten til fylte 65 år eller lengre. Merk at i gruppen med hovedstilling utenfor pasientnært arbeid kan det være individer som først får rett til alderspensjon ved 67 år, og ikke er omfattet av særaldersgrensen 65 år. Tabell 20 detaljerer funnene fra utvalgsnivået i tabell 2.

Lederutvalget rapporterte det samme ønsket om tidspunkt for å bli heltids pensjonist (median 65 år, gjennomsnitt 64,2 år).

Det var 53 pensjonister blant intensivsykepleierne. På spørsmål om alder ved overgang til heltids pensjonist var median alder 65 år (gjennomsnitt 65,1 år). Funnet kan indikere en grad av samsvar mellom seniorennes intensjoner og observert handling.

Diskusjon

Helhetlige strategier er nødvendig for å rekruttere, utdanne og beholde intensivsykepleiere som kan sikre kapasitet for intensivbehandling. I denne studien er oppmerksomheten rettet mot å forstå rammer, holdninger og tiltak som kan fremme varige kliniske karrierer og forebygge uønsket tidligpensjonering. Vi henvendte oss til intensivsykepleiere 45 år og eldre, i og utenfor arbeidslivet, og til ledere i medlemsregisteret til Intensivsykepleierne Norsk Sykepleierforbund, for å oppnå kunnskap som kan utvide faktagrunnlaget for dagens seniorpolitikk og øke presisjonen av seniortiltak for målgruppen. Studien er tidsaktuell med data fra 2025 hvor det første årskullet med full virkning av pensjonsreformen, fødselskullet 1963, har fylt 62 år og vil treffe valg om å fortsette eller fratruke yrkeslivet under nye økonomiske forutsetninger. Det er også det siste året med stillingsvern begrenset til 70 år, økende til 72 år fra 1.1.2026 (31).

Intensivsykepleiere over 45 år og i pasientnært arbeid finnes ved alle typer intensiv/overvåkingsenheter. Utvalget omfatter erfarne spesialsykepleiere hvor fire av fem (83 %) har sin hovedstilling ved sengekategori 3 med kompleks, organstøttende behandling. Utvalgets ulike aldersgrupper representerte alle skift: dag, kveld, natt og i helg.

Intensivsykepleierne synes å oppleve en grunnleggende trivsel og mening med arbeidet sitt. Over halvparten av respondentene hadde mer enn 20 års klinisk erfaring fra spesialiteten, og de opplevde mestring og læring i det daglige arbeidet. Et flertall gledet seg til å gå på jobb. Vaktbelastningen er høy: intensivbehandling er en knapphetsressurs i sykehusene, med høy utnyttingsgrad og beredskap for øyeblikkelig hjelp. Planlagte intervensjoner på dagtid fører til behov for intensivopphold på kveld, natt og i helg. Kompetansekrav og arbeidspress oppstår i krysningpunktene mellom faglig, omsorgsfull hjelp til pasienter og pårørende i krise, utviklingsfronten innen risikoassosierte behandlingsteknologier, og veiledning av nyansatte og studerende.

I denne konteksten fant vi - med en viss overraskelse - at blant seniorer var median ønsket alder 65 år for overgang til pensjoniststatus. Det betyr at halvparten av yrkesaktive i denne gruppen kunne tenke seg å fortsette i arbeidslivet til fylte 65 år eller mer. Funnet ble forsterket av at utvalgets heltids pensjonister rapporterte median alder 65 år for overgang til full alderspensjon. Da underordnede sykepleiere har en særaldersgrense og rett til alderspensjon fra 65 år, og også kan være omfattet av rett til avtalefestet pensjonsordning/AFP fra 62 år, foreligger et potensial for å bevare og utvikle arbeidsforholdet for en høy andel av yrkesaktive senior intensivsykepleiere. I vårt utvalg så vi at generell helse hadde sammenheng med ønsket overgang til pensjoniststatus⁹ ved at gruppen med dårlig eller nokså god helse var assosiert med tre år lavere median alder for ønsket overgang til pensjoniststatus (62 år, gjennomsnitt 62,9 år) enn gruppen med utmerket, svært god, og god helse (median 65 år, gjennomsnitt 64,5 år). Verken kjønn eller livspartners grad av yrkesaktivitet så ut til å endre funnet i dette datasettet.

På spørsmål om respondentene så for seg å fortsette i sin nåværende hovedstilling fram til å tre ut av yrkeslivet, var det 53 % i aldersgruppen 45-49 år, og 66 % i aldersgruppen 50-54 år som svarte at det ville være svært sannsynlig eller nokså sannsynlig. Median ønsket alder for å gå av med pensjon i begge disse aldersgruppene, altså respondenter under «senior» alder, var 64 år og indikerer mere enn et 10-års perspektiv på deres egne pasientnære karriere. I en historisk sammenlikning med funn fra prosjektet ABIO Ressurs (8) ble ulike sykepleiespesialiteter spurt om de så for seg å nyttiggjøre seg egen videreutdanning i stilling på sykehus 10 år eller mer frem i tid. Fordelt på de samme to aldersgruppene var ja-svar gitt av henholdsvis 43 % og 38 % av intensivsykepleierne (8, tabell 6). Inntrykket av et lengre tidsperspektiv på yrkeslivet i 2025 kan være påvirket av nyanser i

⁹ I denne analysen var n=449, hvorav 57 rapporterte dårlig helse eller nokså god helse

spørsmålsstillingen, men det kan også være et uttrykk for en mer varig intensjon om senkarriere sammenliknet med 2015.

Våre funn indikerer at intensivsykepleiere i senkarrieren er en mangfoldig gruppe, og at individualisering og fleksibilitet ved iverksetting av seniortiltak gir bedre forutsetninger for å lykkes med virksomhetenes seniorpolitikk. Det kan innebære dilemma mellom generelle tiltak for alle og skreddersydde tiltak for enkeltindivider (18). Innspill gitt i utvalgenes fritekstsvaer peker på tilrettelegging, med individuell fleksibilitet, som tiltaksområde for å lykkes med å beholde kompetanse i varige senkarrierer. Derfor vil en god prosess for å forankre leders handlingsrom og valg av virkemidler, med tilslutning fra plasstillitsvalgt og vernetjeneste (32), forebygge at ulike tiltak i enkeltsaker fram står som urettferdig forskjellbehandling verken blant seniorer eller på tvers av enhetens aldersgrupper.

En aktiv og differensiert seniorpolitikk må forutsette at ledere med personalansvar har tilegnet seg sakskompetanse og rår over tilstrekkelig tidsressurs til å opparbeide tillit og framstå relevant for sine intensivsykepleiere. I vår spørreundersøkelse peker funn på to utfordringer som krever lokale løsninger for samhandling, forankret i en institusjonell HR-strategi:

For det første er lederspennet i førstelinjen markert større enn anbefalt i en kompetansetung virksomhet som intensivseksjonene representerer. Lederspenn er skjønnsbaserte normer, men ofte er 10-15-(20) ansatte angitt som en tommelfingerregel for kunnskapsfelt med en høy grad av autonomi i yrkesutøvelsen. Det er vel kjent at lederspenn i sykehus kan være store, og at det er en krevende strategisk avveining mellom lange lederlinjer og store lederspenn (33). Variasjon i lederspenn mellom yrkesgrupper, enheter, og ledernivå gjør det nødvendig å finne tallgrunnlag som konkretiserer lederspenn på enhetsnivå, for å forstå rammebetingelsene for å gjennomføre seniorpolitikk. NSF og faggruppen INSF har problematisert størrelsen av lederspennet i førstelinjen i sykehus, og tatt tema inn i satsningsområder for NSF i perioden 2024-2027 (34). Vi fant i vårt lederutvalg at 17 av 23 ledere i pasientnær virksomhet rapporterte lederspenn fra 40 og til over 100 medarbeidere. Dette skiller seg fra SSB-data referert i (35) for gjennomsnittlig lederspenn i sykehustjenester: 20,9 og lederspenn i andre næringer enn helse: 10,7. I *Lederundersøkelsen* til Norsk Sykepleierforbund, gjennomført av SINTEF i 2024, er median lederspenn 35 og median årsverk per ansatt 0,86 i en samlet rapportering fra sykepleiespesialitetene anestesi, intensiv og operasjon (36). Førstelinjeledere i en av sykehusenes nøkkelfunksjoner har en hverdag preget av tempo og høy risiko i pasientbehandlingen, koordineringsbehov mot andre enheter, teknologisk utvikling, utdanningsansvar, og ansvar for personalledelse. Det faktiske lederspennet reiser spørsmål om en strukturell sårbarhet for å rekruttere og å beholde medarbeidere, når en enkelt person er nærmeste leder for flere enn 40 intensivsykepleiere. Man kan spørre seg om lederkompetanse innen seniorpolitikk lar seg realisere i førstelinjen uten et håndterbart lederspenn. Fra en blandet yrkesgruppe av seniorer i sykehussektoren er det kjent at nok kontakt med leder, et godt forhold til leder, og opplevelsen av å være verdsatt av leder var relativt underrepresentert blant de som byttet jobb innenfor sykehuset framfor de som ble ved sin enhet (16).

For det andre fant vi at alle ledere i vårt utvalg selv hadde gjennomføringsansvaret for medarbeidersamtaler i sin enhet. Medarbeidersamtaler kommer gjerne opp som en indikator i standardiserte medarbeiderundersøkelser, der ledere måles på om de innfrir organisasjonens policy om gjennomføringsfrekvens. I vårt utvalg rapporterte ledere i hovedsak en forventning om årlige samtaler med sine medarbeidere. Et flertall (78 %) beskrev at medarbeidersamtaler som omfatter senkarrieren var en del av virksomhetens seniortiltak, men bare 6 av 23 ledere bekreftet å ha fått opplæring i virksomhetens seniorpolitikk. Annen forskning bekrefter en erfaring av at medarbeidersamtaler med et seniorperspektiv kan være et sensitivt tema (37), og både tiden for å introdusere tema og måten dette gjøres på har betydning for medarbeiderens opplevelse og videre oppfølging. Ulike kvaliteter i måten å uttrykke et ønske om at medarbeideren skal fortsette i stilling kan gjøre budskapet mer eller mindre autentisk og motiverende. Noen forventer at leder initierer

tematikken, og andre vil selv være den som tar initiativet. Leder kan stå i en alderisme-relatert skvis (20, 37) mellom risiko for misforstått initiativ, eller passivitet der leder kommer for sent på banen til å stimulere senkarrieren. En nyere norsk studie belyser opplevelsen av en psykologisk kontrakt mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Studien indikerer at denne kontrakten svekkes når arbeidstakers langvarige innsats tas for gitt, samtidig med en opplevd usikkerhet om fremtidig inkludering, utviklingsmuligheter, og videre satsning på arbeidstakeren fra virksomheten (38). Relasjonens kvalitet og grad av tillit mellom medarbeider og leder har betydning for å skape et rom for fleksibilitet i senkarrieren og for pensjonsbeslutninger (39). Medarbeideres førstehånds erfaringer med relasjonen danner et grunnlag for at ledere kan opparbeide seg tillit. I døgn-drevne enheter er imidlertid kontaktflaten mellom leder og medarbeider begrenset av vakt-systemet. Om vi illustrerer med en full stilling i tredelt turnus, arbeid hver tredje helg, og en vanlig vaktbelastning for intensivsykepleiere, vil antall dagvakter i løpet av et år gi om lag 75-80 arbeidsdager med overlapping med leders normalarbeidstid¹⁰. For ansatte i deltid eller i nattstilling vil kontaktflatene bli tilsvarende mindre. Kombinasjonen av stort lederspenn, turnusbegrenset kontakt mellom leder og medarbeider, variabel kompetanse på seniorpolitikk, og en viss grad av sensitivitet over tematikken senkarriere, indikerer en ubalanse mellom lederkapasitet og utfordringer innen personalledelse.

Det faller utenfor rammen for vår studie å problematisere lederutvikling og ledermobilitet. Det synes likevel naturlig å peke på dilemmaet mellom en virksomhets-strategisk fordel med et stort lederspenn, færre ledernivå og færre ledere, i kontrast til et fortrinn i personalledelse med redusert lederspenn. I en situasjon med knapp tilgang på kvalifiserte intensivsykepleiere kan det argumenteres for at kapasitet til personalledelse og bibehold av ansettelsesforhold er en primær betingelse for å nå virksomhetens mål. Kapasitet omfatter i denne sammenhengen mer enn antall samtaleminutter og valgmuligheter fra en tiltaksmeny. Praktisering av fleksibilitet, en kvalitet ved tilrettelegging, forutsetter en relasjonell komponent. Ledere som vil praktisere fleksibilitet, men gjør det mekanisk og med uklar forankring i verdier og selvinnsikt, risikerer å ikke oppnå et ønsket resultat (39). En form for mentorering for førstelinjeledere kan bidra til å utvikle ferdigheter og skjønn fra en kunnskapsbase om seniorpolitiske virkemidler, og kan virke forebyggende på lederslitasje.

Vi har ovenfor konkretisert den generelle problematikken beskrevet av Sykehusutvalget i NOU 2023:8: «Eksempelvis er sykepleiere ofte organisert i store enheter. Dette kan gi ledelsesutfordringer blant annet ved at arbeidstiden blir brukt til administrative koordinerings- og lederoppgaver, framfor å kunne utøve god faglig ledelse og personalledelse.» (33, s 164). Studiens fritekstsvar fra yrkesaktive bidro til å illustrere både forekomst og betydning av fire overordnede områder for å forebygge frafall og bevare kontinuitet: tilrettelegging og fleksibilitet, bemanning og kompetanse, lønn, og ledelse. Vi utdyper her noe mer om arbeidsmiljø og tilrettelegging av turnus i en spesialitet som er kjent for særlig høy vaktbelastning:

Arbeidssituasjonen til intensivsykepleiere inneholder en kombinasjon av «push» og «pull»-faktorer. STAMI vurderer at sykepleieres arbeid har fellestrekk med næringer der høy forekomst av smerte og lidelser i muskel/skjelettsystem kan opptre i kombinasjon med mekaniske og/eller psykososiale belastningsfaktorer (6). Intensivsykepleiere i pasientnært arbeid rapporterte i vår studie om fysisk og emosjonelt krevende arbeid i en kontekst med endringer, omstillinger og nye krav til kompetanse. Når det gjelder positive erfaringer, i sammenlikning med et representativt nasjonalt datasett for yrkesaktive (2), opplevde senior intensivsykepleiere fra vårt utvalg at de i like stort omfang ble spurt om råd av kolleger, men at de for øvrig rapporterte noe lavere forekomst av mulighet til å lære nye ting, selvbestemmelse i jobben, og at nærmeste leder uttrykte ønske om at de skulle fortsette.

¹⁰ Med 230 netto arbeidsdager i året fordelt på 46 uker (etter ferie og helligdager), med 2 av 5 arbeidsdager på dagvakt, estimerer vi 92 dagvakter i året. Ytterligere estimert fratrekk av 1 dagvakt for hver arbeidshelg, med lørdag + søndag hver tredje helg, og fra halvparten av årets helligdager resulterer i cirka 75-80 dagvakter i full stilling. For deltidsansatte er vanligvis antall helgevakter likt, mens stillingsreduksjonen iverksettes på ukedager.

Nattarbeid er assosiert med helseplager (6). NSFLIS-undersøkelsen fant i 2001 at 68,6 % av 70 intensivsykepleiere intervjuet mente at belastningen ved nattarbeid påvirket livskvaliteten (30). Nasjonale tall for helse/sosialbransjen viser en stabil prosentandel 21-23 % med nattarbeid (6). I sammenlikning med nyere seniorforskning i sykehussektoren hadde 30,6 % av ulike intensiv-, anesthesi- og operasjonssykepleiere over 50 år, nattarbeid i sin vaktplan (16), mens det i vårt utvalg var 61 % fra samme aldersgruppe av intensivsykepleiere som arbeidet natt. Dette er en høy forekomst av nattarbeid. Vi har ikke data som kan forklare lokale årsaker til nattarbeid i de høyeste aldersgruppene. Det kan representere seksjonens krav og begrensede rammer for tilrettelegging lokalt, og/eller det kan representere enkelte arbeidstakers ønsker. I tekst og i tall løfter vårt utvalg fram ulike muligheter for å tilrettelegge eller ta ut nattarbeid av seniorsykepleieres turnus. Dette er et innsatsområde der helheten i rekruttering, kvalifisering, organisering av oppgaveløsning, aldersfordeling og livsfasepolitikk ved enhetene må hensyntas for å utvikle en bærekraftig seniorpolitikk, som ikke polariserer mellom aldersgrupper og livsfaser innen enhetene. Logistikk i pasientforløp, støttetjenester og teknologi kan bidra til å påvirke behovet for spesialsykepleierbemanning på natt. Intensivsykepleierne trekker selv fram tiltak under begrepet helsefremmende turnus, med vekt på balanse mellom arbeid og fritid, nok tid til restitusjon, og spesielt det å unngå kort hvile/rask retur fra aftenvakt til dagvakt.

Et erfaringsmateriale om fleksible løsninger for senkarrierer i ulike bransjer er lagt fram av SINTEF (32). Deres analyse følger tre hovedperspektiv, det er *organisasjonsperspektivet* «hvordan virksomheten som helhet er i stand til å tilpasse seg skiftende krav som stilles fra eksterne og interne forhold», *arbeidstakerperspektivet* «å få fram de vurderinger som seniorer gjør om egen yrkesaktivitet og hva de ser av behov for andre løsninger enn å redusere arbeidstid for å kunne stå lengre i jobb», og *ledelsesperspektivet* som omfatter «hva overordnede ledere vektlegger for å få realisert gode løsninger, (og) hva som delegeres utover i virksomhetene av oppgaver og oppfølging av medarbeidere, samt kvaliteten på lederes arbeid med senkarrierer» (32, side 10). Oppmerksomhet på disse tre perspektivene kan bidra til å konkretisere muligheter, rammer og avveininger som har gyldighet i en bransje og lokal kontekst.

Flere intensivsykepleiere i aldersgruppen 55-62 år ga i vår studie fritekstsvaer om faktorer av betydning for å fortsette i stillingen, og trekker fram helse sammen med det kunne påvirke egen arbeidsplan og fritid. I denne aldersgruppen der mange orienterer seg mot valg for pensjon og avgang, uttrykker flere seg om betydningen av å være sett og verdsatt for sin kompetanse, og for å være regnet med i målgruppen for videre kompetanseutvikling og livslang læring. Noen etterspurte tiltak for å begrense og håndtere slitasje ved omstilling og endring, for eksempel når nye og arbeidsinngripende IT-systemer rulles ut. Andre etterspurte det å kunne redusere stillingsprosent med lønnskompensasjon. Funnene samstemmer med annen forskning fra sykehus og betydningen av å gi differensierte forventinger ut fra ansattes kapasiteter (16).

Majoriteten av utøvende sykepleiere er kvinner, og vurdering av yrkets belastninger kan ikke frikoples fra kvinners livsfaser og roller utenfor arbeidslivet. Virkemidler som skaper en indre sammenheng mellom seniorpolitikk og livsfasepolitikk, basert på forskningsbasert kunnskap om kvinnehelse (40, kap. 1 og 6), kan og bør legge til rette for å forebygge sykefravær og fremme høy og varig yrkesdeltakelse.

Intensivsykepleieres innspill i fritekst og i spørreskjemaet for øvrig illustrerer en gruppe seniorer som ønsker å bruke, vedlikehold og foredle sin sykepleiefaglige kompetanse til beste for pasienter, studenter og i systemrettet arbeid. Dette kan stå i kontrast til en vekting av direkte avlastning og slitasjereduserende tiltak i sykehusenes seniorpolitikk og tiltak. Funnene speiler også funn fra Riksrevisjonens oppfølging av bemanningsutfordringer i helseforetakene, oppsummert i NOU 2023:4 med «*Arbeidsplasser som legger til rette for at de ansatte utvikler og oppdaterer sin kompetanse, arbeider systematisk med uønskede hendelser og der leder har nok tid til å lede, har færre*

bemanningsutfordringer» (12, kap 9.3). Med et voksende innslag av spesialsykepleiere med mastergrad, som er skolert i videreutvikling av kunnskapsbasert praksis, kan vi allerede nå forutse at krav til kunnskapsledelse i førstelinjen vil øke. En fremtidig mekanisme for spesialistgodkjenning av intensivsykepleiere kan tenkes å gi en formell ramme for etterutdanning og spissing av realkompetanse. Det er mulig å forebygge både «mastergrader på tomgang» eller stereotype forventninger til medarbeidere basert på alder, gjennom en aktiv livsfasepolitikk og muligheter til jobberikelse der hvor medarbeideres egen motivasjon samsvarer med virksomhetens oppdrag. På denne måten vil karriereutvikling også i senkarrieren stimulere til kontinuitet og foredling av kompetanse. Et åpent spørsmål fra leder, stilt til medarbeidere i en alder der usikkerhet om kontinuitet kommer opp (i vårt utvalg i første halvdel av 50-årene) kan for eksempel være «Hva skal til for at de 15 neste kan bli de 15 beste årene» (41).

Konklusjoner

Samfunnet trenger å rekruttere, utdanne og beholde intensivsykepleiere i varige pasientnære karrierer. Det er utilstrekkelig med ensidig arbeid for å øke utdanningskapasiteten. Samfunnet er avhengig av at sykepleierne blir stående lenger i jobb, at de forblir i varige, pasientnære karrierer, og at sykepleiernes kompetanse brukes på en effektiv måte i helsetjenestene (42). For å kunne videreutvikle seniorpolitiske veivalg og tiltak bidrar denne spørreundersøkelsen til oppdatert kunnskap om holdninger, erfaringer og prioriteringer hos intensivsykepleiere over 45 år og intensivsykepleieres ledere. Dette grunnlagsmaterialet belyser også tre klare perspektiver til inspirasjon for diskusjoner på enhetsnivå, virksomhetsnivå, og politisk nivå:

På spørsmål om ønsket pensjonsalder svarer halvparten av respondentene at de kan tenke seg å arbeide til fylte 65 år eller mer, det vil si ut over særaldersgrensen. Intensivsykepleiere har høy vaktbelastning, men trives og opplever mestring i arbeidet så lenge helsa holder, når lokale løsninger for turnus og nattarbeid gir individuell fleksibilitet, og når de holder tritt med lønnsutviklingen til yngre og mindre erfarne kolleger.

I senkarrieren er det et mangfold av kompetanser, interesser og forventninger til yrkeslivet. Andelen som er usikre om de vil bli i arbeidsforholdet fram til oppnådde pensjonsrettigheter, er 22 % i aldersgruppen 50-62 år. Mangfoldet stiller krav til kapasitet for personalledelse som utfordrer dagens rammer med lederspenn og handlingsrom i førstelinjen. Når vi sammenholder at flertallet av utvalgets ledere rapporterer et lederspenn over 40 ansatte, at de selv har ansvaret for alle medarbeidersamtaler, og at vaktbelastningen i intensivheter begrenser medarbeidernes kontaktflate med sin leder, utgjør dette flere faktorer som virker i retning av at leder må støtte seg til generelle seniortiltak med upreis effekt på å stimulere individuelle senkarrierer.

Institusjonenes verktøykasse med seniortiltak synes å ha et tyngdepunkt i retning av nedtrapping mer enn for vekst og utvikling. Det kan være en konsekvens av innhold og form i dagens spørreskjema, men funnet understøttes også av innholdet i sykehusenes HR-dokumenter. Samtidig illustrerer intensivsykepleierens innspill i undersøkelsens fritekstsvar og i de strukturerte spørsmålene på en gruppe seniorer som ønsker å bruke, vedlikehold og foredle sin sykepleiefaglige kompetanse til beste for pasienter, studenter og i systemrettet arbeid. De etterspør å være sett, hørt og anerkjent for sin spisskompetanse med en fleksibilitet og en rettferdig avlønning. Det er den profesjonelle yrkesutøvers stemme av motivasjon, stolthet og forventninger til et læringsmiljø, og den stemmen nyanserer et snevrere bilde av senkarrierens omdreiningspunkt som å kunne holde ut yrkets fysiske og emosjonelle belastninger. Mangfoldet i seniorsegmentet indikerer nytten av en differensiert verktøykasse med seniortiltak og fleksibilitet i møtet med ansatte, der flere vil rollemodellere kombinasjonen av høy alder og faglig engasjement. Individualisering av tiltak kan vise at intensivsykepleiere er mer enn sin alder.

Referanser

1. Lie LE, Gram KH, Lunderbye E. Norsk seniorpolitisk barometer 2023: Ledere i arbeidslivet. Oslo: Utarbeidet av Ipsos for Kunnskapscenter for lengre arbeidsliv, november 2023. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://lengrearbeidsliv.no/content/uploads/2023/11/Norsk-seniorpolitisk-barometer-2023-endelig-rapport.pdf>
2. Lie LE, Lunderbye E, Kløvstad C. Norsk seniorpolitisk barometer 2024: Yrkesaktiv befolkning. Oslo: Utarbeidet av Ipsos for Kunnskapscenter for lengre arbeidsliv, oktober 2024. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://lengrearbeidsliv.no/content/uploads/2024/11/Seniorpolitisk-barometer-yrkesaktiv-befolkning-2024-endelig-rapport-renskrevet.pdf>
3. Kunnskapscenter for lengre arbeidsliv. Formål. [Internett]. Lastet ned 03.08.2025. Tilgjengelig fra <https://lengrearbeidsliv.no/om-oss/formal/>
4. Ny Analyse. Verdien av økt yrkesaktivitet med ett år for seniorer i Norge. Oslo: NyAnalyse-notat, oktober 2023. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://lengrearbeidsliv.no/content/uploads/2023/11/231120-Verdien-av-ett-ar-lenger-NyAnalyse-.pdf>
5. Meld. St. 14 (2022–2023). Utsyn over kompetansebehovet i Norge. Kap 1. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20222023/id2967608/?ch=1>
6. Faktabok om arbeidsmiljø og -helse, 2024. STAMI-rapport, årgang 25, nr. 7. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://stami.no/publikasjon/faktabok-om-arbeidsmiljo-og-helse/>
7. Riksrevisjonen. Dokument 3:2 (2023-2024). Oppfølgingsundersøkelse: Bemanningsutfordringer i helseforetakene. [Internett]. Tilgjengelig fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2023-2024/oppfolgingbemanningutfordringer/>
8. Seierstad TØ, Eimot M. Rapport: ABIO Ressurs. Oslo: Analysesenteret 2015. [Internett]. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-05/analysesenteret-rapport-abio-ressurs_0.pdf
9. Riksrevisjonen 2019, gjengitt i Meld St nr 19 (2023-2024). Profesjonsnære utdanningar over heile landet. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20232024/id3032273/>
10. Helse Midt-Norge, Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Nord. Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet. Versjon til styringsgruppen, mai 2022. [Internett]. Tilgjengelig fra: https://www.helse-sorost.no/siteassets/documents/Om-oss/Hva-gjor-vi/Utreddning-av-fremtidig-behov-for-intensivkapasitet-i-spesialisthelsetjenesten/rapport-interregional-arbeidsgruppe-intensivkapasitet_endelig_06_05_22.pdf
11. NOU 2023:16. Evaluering av pandemihåndteringen. Rapport fra Koronautvalget. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-16/id2982388/>
12. NOU 2023:4. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. [Internett]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/?q=helsepersonellkommissjonen&ch=1#match_0
13. Aamodt PO, Nesje K, Olsen BM. Rekruttering til forskning i sykepleie. En kartlegging av rekrutteringsbehov, rekrutteringsgrunnlag og stipendiatenes karriereplaner. Oslo: NIFU rapport 2018:28, oktober 2018. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/2022-01/rekruttering-til-forskning-i-sykepleie.-nifu-2018-pdf.pdf>
14. Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning. FOR-2025-09-05-1834. [Internett]. Lastet ned 13.04.2026. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/forskrift/2025-09-05-1834>

15. Lov om pensjonsordning for sykepleiere. LOV-2025-12-22-117. [Internett]. Lastet ned 13.04.2026. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/2025-12-22-117>
16. Midtsundstad T, Nielsen RA. Seniorer i sykehussektoren. Hvordan beholde seniorene og deres kompetanse? Oslo: FaFo rapport 2022:18. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://lengrearbeidsliv.no/kunnskap/forskning-og-utvikling/pleiere-pa-sykehus/>
17. Midtsundstad T, Hilsen AI, Nilsson K. Bransjespesifikk seniorpolitikk. Oslo: FaFo-rapport 2022:19. [Internett]. Tilgjengelig fra <https://lengrearbeidsliv.no/content/uploads/2022/11/221109-bransjestudie.pdf>
18. Hilsen AI, Midtsundstad T. Seniorpolitikk – behov for nytt kart og kompass? Søkelys på arbeidslivet. 2014;31(1-2):157-82.
19. Intensivsykepleierne Norsk Sykepleierforbund. Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier. Oslo: INSF 2023. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-09/funksjons-og-ansvarsbeskrivelse.pdf>
20. Solem PE. Alderisme og aldersdiskriminering – en samfunnsutfordring. Oslo: SSP-notat nr 7, 31.05.2022. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://lengrearbeidsliv.no/content/uploads/2022/05/SSP-notat-7-2022-Per-Erik-Solem.pdf>
21. Intensivsykepleierne Norsk Sykepleierforbund. INSF vedtekter. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/2026-03/insf-vedtekter.pdf>
22. Ose SO, Kaspersen SL. Resultater fra NSF-kohorten 2024. Baseline rapport. Oslo: SINTEF Rapport 2025-01135. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://nva.sikt.no/registration/019aba52b4f0-07de4994-98ff-4860-946f-2c3f0549db40>
23. Statistisk Sentralbyrå. Statistikkbanken: Videre- og masterutdanning for helse- og sosialpersonell, etter videre- og masterutdanning, alder, statistikkvariabel, år og kjønn. Tabell 14520. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/14520/tableViewLayout1/>
24. Analysesenteret. Notat fra Analysesenteret 4.6.2020 til NSF og overlevert Koronakommisjonen. [Internett]. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-05/analysesenteret-notat-ssb-og-tall-for-sykepleiere-med-videre-og-masterutdanning-publiserings_0.pdf
25. NOU 2022:5. Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2. Rapport fra Koronakommisjonen. Kap. 6. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2022-5/id2910055/>
26. Helse Bergen. Norsk intensivregister. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.helse-bergen.no/norsk-intensiv-og-kriseregister/>
27. Riksrevisjonen. Oppfølgingsundersøkelse: Bemanningsutfordringer i helseforetakene. Dokument 3:2 (2023-2024). Figur 4, s.16. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2023-2024/oppfolgingbemanningsutfordringer.pdf>
28. Forbundsleder Lill Sverresdatter Larsen, intervju i Tidsskriftet Sykepleien, 25.09.2025.
29. Lie LE, Lunderbye E. Norsk seniorpolitisk barometer 2025: Ledere i arbeidslivet. Oslo: utarbeidet av Ipsos for Kunnskapscenter for lengre arbeidsliv, september 2025. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://lengrearbeidsliv.no/content/uploads/2025/10/Seniorpolitisk-barometer-2025-endelig-rapport-221025.pdf>
30. Garder IN, Dalen T, Hertel AK. Seniorperspektivet – en utfordring for personalpolitikken på intensivavdelingen. Rapport fra NSFLIS, mai 2001.
31. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. LOV-2005-06-17-62. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>
32. Håpnes T, Øyum L, Lebesby K. Vi kan være en lokal Google! Flexibilitetsformer for senkarrierer. Oslo: SINTEF, Rapport 2024:012000. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/2328266/>

33. NOU 2023:8. Fellesskapets sykehus - styring, finansiering, samhandling og ledelse. Kap. 10. Helse- og omsorgsdepartementet. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/?ch=1>
34. Norsk Sykepleierforbund. Innsatsområder for perioden 2024-2027. Organisering og ledelse av sykepleietjenesten. [Internett]. Lastet ned 24.03.2025. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/om-oss/styrende-dokumenter>
35. Nielsen RA, Moland LE. Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene. Oslo: Fafo-rapport 2023:30. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.fafo.no/images/pub/2023/20866.pdf>
36. Ose SO, Kaspersen SL. Lederundersøkelsen i NSF, 2024 - Rammebetingelser, utfordringer og virkemidler. Figur 5.2 og 5.3. Oslo: SINTEF rapport 2025:00534. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://nva.sikt.no/registration/0198cc8f94fb-93e91f69-26b8-4ad6-abf8-bb0bc3c486c5>
37. Tybjerg-Jeppesen A, Ladegaard Y, Juul Lassen A. Kald mig hvad du vil, bare ikke pensionist. Tidsskrift for Arbejdsliv. 2024;26(1): 47-64.
38. Hesselberg, H. S. Late-career psychological contracts: Retrospective and prospective exchange. Scand J Work Organ Psychol. 2026;11(1):2. [Internett]. DOI: <https://doi.org/10.16993/sjwop.418>
39. Terjesen HCA. Fra hvorfor til hvordan: Aldersbevisst ledelse – hva innebærer det? Oslo: AFI-rapport 2025:07. Kapittel 7.1. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://lengrearbeidsliv.no/content/uploads/2025/10/Aldersbevisst-ledelse-fra-hvorfor-til-hvordan.pdf>
40. NOU 2025:5. Kvinners arbeidshelse, kunnskap og tiltak. Kap. 1 og 6. Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 01.04.2025. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2025-5/id3094205/>
41. Hilsen AI. Hvordan skape gode senkarrierer? Oslo: Fafo-rapport 2018:40. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://lengrearbeidsliv.no/content/uploads/2019/10/Hvordan-skape-gode-senkarrierer.pdf>
42. Meld. St. 14 (2022–2023). Utsyn over kompetansebehovet i Norge. Kap 5.3.4. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20222023/id2967608/>

Om prosjektgruppen

Maria Ingrid Bianca Klette er intensivsykepleier, med master i spesialsykepleie. Hun arbeider ved Hovedintensiv, St Olavs Hospital.
Kontaktinfo: Klette.maria@icloud.com tlf 93083776

Ole Petter Sætnan er intensivsykepleier og fagekspert, med master i klinisk sykepleie. Han arbeider ved Hovedintensiv og Seksjon for e-helse, St. Olavs hospital.
Kontaktinfo: ole.petter.setnan@stolav.no tlf 95985332

Lars Mathisen er intensivsykepleier og forsker ved Postoperativ enhet Ullevål, Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus. Han er Master of science in nursing fra UCSF/USA og har doktorgrad fra UiO med tema pasientrapporterte resultater.
Kontaktinfo: lmathisenrn@gmail.com / lmathise@ous-hf.no tlf 47415871