

Regional rapport

EKSTERN TURNOVER

Faktabasert kunnskapsgrunnlag.

Et viktig grunnlag for de rette tiltakene



OPPSUMMERING

Fra januar 2015 til og med september 2021 var det 22 302 unike personer under 62 år i faste, pasientrettede stillinger i Helse Vest. I samme periode forlot 4 448 av disse medarbeiderne helseforetaket de var ansatt i, som utgjør 5,1 % årlig ekstern turnover. Uønsket turnover har vært tema i ulike tidligere undersøkelser og kartlegginger i foretaksgruppen Helse Vest. Temaet var en viktig del av undersøkelser blant medarbeidere i alle helseforetakene gjennomført av Professor Aslaug Mikkelsen ved UiS i 2004 og 2014.

Fra undersøkelsen gjennomført i 2004:

«Stabil arbeidskraft er viktig i en organisasjon. Over tid vil organisasjonen ha opparbeidet mye erfaring og kunnskap som kan overføres til andre. Samtidig er en viss turnover viktig for å få inn nye impulser og tanker.»

Dette sitatet er like gyldig i 2022. Hva som vil være uønsket/for høy turnover bør ikke fastlåses på overordnet regionalt nivå eller for hvert av helseforetakene. Kunnskap for hver av yrkesgruppene og sammenhengen mellom yrkesgruppene vil være vesentlig for å sikre rett faglig kapasitet, kompetanse og bemanning. Det meste henger sammen med alt. For noen grupper kan det over tid i ett foretak ha vært for lav turnover, noe som kan føre til at foretaket om noen få år vil ha et stort antall medarbeidere i en yrkesgruppe som naturlig kan avslutte sine karrierer. For andre foretak, yrkesgrupper og fag kan være vanskelig å rekruttere og beholde medarbeidere over tid, slik at selv moderat og jevn turnover kan være en utfordring. Det viktige er å bruke kunnskapsgrunnlaget godt, i hvert enkelt helseforetak, i et tett og godt samarbeid på Vestlandet.

For 2015-2021 ser vi en tydelig gjentakende sesongvariasjon, der august skiller seg tydelig ut som den måneden der medarbeidere hadde høyest tilbøyelighet til å slutte. Det er også variasjoner i omfanget av ekstern turnover på tvers av helseforetakene, særlig for enkelte yrkesgrupper.

De aller fleste som forlater en jobb i et av helseforetakene, **fortsetter i en helserelatert jobb**. Flest gikk fra helseforetakene til kommunale helse- og omsorgstjenester, men en stor andel fortsatte også i spesialisthelsetjenesten. Blant medarbeiderne som fortsatte i spesialisthelsetjenesten, gikk 16 % til ideell sektor og 6 % til kommersiell sektor, mens resten fortsatte i offentlig spesialisthelsetjeneste i et annet helseforetak. **I våre analyser finner vi ikke belegg for at det er mange som forlater yrket.**

Nesten halvparten av helsepersonellet som sluttet i helseforetak i Helse Vest begynte i ny jobb utenfor helseforetakets opptaksområde.

Flytteandelen var høyest blant unge medarbeidere og dem med lav ansiennitet.

Flyttetrendene til helsepersonell på Vestlandet var lik den vi ser i samfunnet for øvrig; de flyttet typisk til sitt opprinnelsessted eller mer urbane strøk. De fleste som flyttet fortsatte i spesialisthelsetjenesten, mens flertallet av de som ble boende gikk til kommunale helse- og omsorgstjenester. Andelen som gikk til kommersiell og ideell sektor var omtrent tre ganger så stor for de som ble boende, sammenlignet med de som flyttet.

Psykologer, assistenter innen pleie og assistenter innen psykiatri er yrkesgruppene der størst andel medarbeidere sluttet. Psykologspesialister og assistenter innen psykiatri har hatt en økt tilbøyelighet til å slutte de siste årene. ***Det har vært en synkende andel sykepleiere og miljøterapeuter som har sluttet i løpet av samme periode.***

Tilbøyeligheten til å slutte har vært størst hos de yngste medarbeiderne, og dem med kort ansiennitet. Medarbeidere med en stillingsprosent på 30 eller mindre hadde over dobbelt så stor tilbøyelighet til å slutte som dem med større stillinger. I denne gruppen finner vi mange studenter med avtalt lav stillingsprosent. Det er naturlig at en del av disse velger stillinger etter endt utdanning i kommunene. Samtidig var det relativt få medarbeidere i løpet av denne perioden som jobbet i så små stillinger. Medarbeidere som jobbet skift eller turnus hadde en litt større andel ekstern turnover enn de som bare jobbet dag.

Medarbeiderne oppgir at det oftest er en kombinasjon av forhold ved jobben og forhold utenfor jobben som gjør at de velger å slutte. Utover flytting som ikke er relatert til jobben, er det følgende som står fram som de viktigste årsakene til ekstern turnover: arbeidsmengde, ledelse, arbeidstider, lav bemanning, manglende faglig utvikling, andre karrieremuligheter, samt lønn og betingelser. Dette er de samme årsakene som ble påpekt i tidligere medarbeiderundersøkelser gjennomført i 2004 og 2014.

Tiltak må utvikles i samarbeid med ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten. ***Det er ikke et felles tiltak som kan bidra til å redusere uønsket turnover.*** Vi har nå gjennomført første fase av et omfattende arbeid som også må ta resultatene fra tidligere medarbeiderundersøkelser fram igjen for å trekke på den kunnskapen som er tilgjengelig for foretakene på Vestlandet. Arbeidet skulle først etablere et faktagrunnlag, deretter må vi i fellesskap forstå kunnskapsgrunnlaget, simulere tiltak og mulige effekter, og sette i verk tiltak. Deretter må en følge opp at tiltakene virker. Hvis de ikke virker, må tiltakene avsluttes og ny forbedringsprosess startes.

Det er ikke antall tiltak som er det avgjørende, men de 5 viktigste tiltakene. En annen tilnærming er at vi kan ha mange gode strategier; utdanningsstrategi, kompetansestrategi, rekrutteringsstrategi, strategier og tiltak for å ta vel imot nye medarbeidere, strategier for å beholde og utvikle medarbeidere, strategier for gode og forberedte hovedpraksisperioder for studenter og strategier for planlegging og gjennomføring av klinisk praksis for medisinerstudenter, for å nevne noe.

MEN, gjør vi ikke noe med det grunnleggende vil utviklingen kunne forsterke seg i årene som kommer. Vi må bygge kulturer på mange områder som ikke fortrenger («spiser») alle gode tiltak i viktige langsiktige strategier.

Ett godt eksempel på at det må skje et grundig arbeid er rapport om å [Etablere bærekraftig utvikling for intensivsykepleiere](#). Tilsvarende er det besluttet å starte et felles regionalt prosjekt for psykisk helsevern; Strategisk kompetanseplanlegging psykisk helsevern og TSB, som vil starte opp april 2022.

KS har publisert statistikk for [turnover i kommuner og fylkeskommuner](#): «*Turnover i kommuner og fylkeskommuner er på 12,7%, men det er stor variasjon mellom grupper.*»

Den årlige andelen ekstern turnover for foretaksgruppen Helse Vest ligger som nevnt på om lag 5%, med samme observasjon som KS, med variasjon mellom yrkesgrupper og mellom helseforetak.

INNHold

1. Innledning	5
1.1 Formål	5
1.2 Prosjektorganisering	6
2. Framgangsmåte	6
2.1 Delprosjekter	6
2.2 Datakilder	7
3. Resultater	8
3.1 Omfang av ekstern turnover	8
3.1.1 Yrkesgrupper	9
3.1.2 Alder og ansiennitet	9
3.1.3 Stillingsprosent og arbeidstidsordning	10
3.1.4 Avdelinger	11
3.2 Årsaker til ekstern turnover	11
3.2.1 Flytting	14
3.3 Hvor fortsetter medarbeidere karrieren?	14
3.4 Tiltak for å unngå at medarbeidere slutter	16
3.5 Variasjoner på tvers av helseforetak	18
4. Konklusjon	20

Vedlegg

Delprosjekt A – litteraturgjennomgang

Delprosjekt B - analyse av interne HR-data

Delprosjekt C – hvor medarbeidere fortsetter karrieren sin

Delprosjekt D - intervjuer av helsepersonell som har sluttet

Delprosjekt E - spørreundersøkelse blant ledere

1. INNLEDNING

Når medarbeidere slutter kan helseforetakene miste verdifull kompetanse og erfaring. Et visst nivå for turnover kan også være både sunt og ønskelig, men blir omfanget for stort kan det gi negative konsekvenser for kvalitet, pasientsikkerhet, HMS og økonomi.

Dette prosjektet er avgrenset til *ekstern turnover*, det vil si medarbeidere som forlater et helseforetak. Medarbeidere som flytter arbeidssted fra en avdeling eller klinikk til en annen i samme helseforetak, men som fortsatt forblir ansatt i helseforetaket (*intern turnover*), er ikke en del av dette prosjektet.

Videre er prosjektet avgrenset til analyse og beskrivelse av dagens situasjon. Rapporten vil peke på de viktigste årsakene til ekstern turnover, men vil ikke diskutere konkrete tiltak for å redusere uønsket ekstern turnover. Tiltak må være treffsikre, relevante, tidsbestemte, engasjerende mm. Prosjektets mål har vært å få kunnskap om hva vi vet at vi ikke vet, legge et godt grunnlag for å simulere tiltak og mulige effekter, samt legge et godt grunnlag for å sette i verk målrettede tiltak. Det er viktig å kontinuerlig følge opp tiltakene som iverksettes, slik at tiltak uten effekt kan avsluttes, og ny forbedringsprosess startes. Dette arbeidet vil starte gjennom et godt samarbeid i hele foretaksgruppen Helse Vest.

Prosjektet omhandler fast ansatte medarbeidere i pasientrettede yrkesgrupper, med et særlig fokus på sykepleiere, leger, helsefagarbeidere, jordmødre, psykologer, psykologspesialister og vernepleiere. Dette prosjektet legger også et godt grunnlag for tilsvarende prosesser for andre yrkesgrupper.

1.1 Formål

Prosjektets mål er å danne et bredt kunnskapsgrunnlag om medarbeidere som forlater helseforetakene i Helse Vest. Rapporten gir økt kunnskap/innsikt om

- hva som kjennetegner ekstern turnover i spesialisthelsetjenesten på Vestlandet
- hvilke grupper som har høy ekstern turnover
- hva er de vanligste årsakene til at medarbeidere slutter
- hvor fortsetter helsepersonell karrieren etter at de forlater helseforetaket
- hvilken påvirkning har sentralisering og andre generelle samfunnstrender

Det samlede kunnskapsgrunnlaget fra prosjektet vil understøtte utvikling, utprøving og evaluering av målrettede tiltak for å beholde og utvikle medarbeidere; redusere risikoen for ekstern turnover.

1.2 Prosjektorganisering

Prosjektet er eid av administrerende direktør i Helse Vest RHF, og ble organisert som oppgitt i tabellen:

Rolle	Navn	Tilhørighet
Prosjekteier	Inger Cathrine Bryne	Helse Vest RHF
Styringsgruppens leder	Inger Cathrine Bryne	Helse Vest RHF
Styringsgruppemedlemmer	Direktørmøtet i foretaksgruppen Helse Vest	Administrerende direktører i foretaksgruppen Helse Vest og ledergruppen i Helse Vest RHF
Styringsgruppemedlem	Konserntillitsvalgte - Linda Gangstøe (LO Stat) - Wenche Røkenes (UNIO) - Ingeborg Sævareid (Konsernhovedverneombud)	
Prosjektansvarlig	Hilde Christiansen	Helse Vest RHF
Prosjektleder	Johanne Kalsheim	Helse Vest RHF
Referansegruppe	Hilde Christiansen (leder), RHF Hege R. Skjæveland, HST Signe Elisabeth Hetland, HFO Solveig Hansen, HBE Signe Nordvik, HFD	Fra helseforetakene i Helse Vest
Prosjektdeltaker	Bogdana Bakken Kjartan Kloster Osmundsen	Analyseteam Helse Vest RHF

Tabell 1: Prosjektorganisering

Prosjektgruppen har gitt oppdrag til eksterne leverandører på enkelte delleveranser i prosjektet. Statistisk sentralbyrå (SSB) har bidratt med data fra sin registerbaserte sysselsettingsstatistikk og bidratt til analyse av medarbeidere som har sluttet. Oslo Economics har bidratt med en kunnskapsoppsummering/litteraturanalyse og har intervjuet medarbeidere som har sluttet fra faste stillinger i foretaksgruppen Helse Vest.

2. FRAMGANGSMÅTE

Prosjektet er avgrenset til **helsepersonell som har sluttet i faste pasientrettede stillinger** i Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde eller Helse Stavanger og var **ynge enn 62 år** på sluttidspunktet.

Prosjektet har vært organisert med fem delprosjekter. Rapporten oppsummerer de samlede hovedfunnene fra hvert av delprosjektene. Mer detaljerte resultater fra hvert enkelt delprosjekt dokumenteres i vedlegg.

2.1 Delprosjekter

Delprosjekt A er en oppsummering av relevant litteratur som omhandler ekstern turnover blant helsepersonell, med fokus på årsaker til at medarbeidere slutter.

Delprosjekt B er en analyse av interne HR-data i foretaksgruppen Helse Vest. Tallfester det totale omfanget av medarbeidere som forlater helseforetakene, samt sier noe om utviklingen over tid.

I tillegg belyser delprosjektet eventuelle mønstre på tvers av foretak, avdelinger og yrkesgrupper. Det undersøkes også om det er sammenhenger mellom tilbøyeligheten til å slutte og medarbeidernes alder, ansiennitet og stillingsprosent.

Delprosjekt C utforsker hvor helsepersonell fortsetter karrieren sin etter at de forlater en jobb i foretaksgruppen Helse Vest, ved hjelp av sysselsettingsstatistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Gir innsikt i hvilke sektorer og tjenesteområder deres nye jobb tilhører, samt hvor i landet den nye arbeidsplassen er lokalisert.

Delprosjekt D er intervjuer av helsepersonell som har sluttet i foretaksgruppen Helse Vest, der målet er å identifisere de viktigste årsakene til ekstern turnover. De ble også spurt om hva som kunne ha blitt gjort annerledes fra foretakenes side for å få dem til å bli værende, hva de likte best med jobben i Helse Vest, og litt om deres videre karrierevalg.

Delprosjekt E er en spørreundersøkelse blant ledere i foretaksgruppen Helse Vest med personalansvar for pasientrettede yrkesgrupper. Formål med undersøkelsen var å få kunnskap om hva ledere mener er grunnen til at medarbeidere slutter, og hvilke tiltak de har prøvd å gjennomføre eller kan tenke seg å gjennomføre for å få medarbeidere til å bli.

2.2 Datakilder

Rapporten er basert på informasjon om helsepersonell som jobbet i Helse Vest i perioden januar 2015 – september 2021. De mest overordnede resultatene (fra delprosjekt B) inkluderer alle pasientrettede yrkesgrupper¹, mens andre resultater er begrenset til sykepleiere, LiS-leger, overleger, helsefagarbeidere/hjelpepleiere, jordmødre, psykologer, psykologspesialister og vernepleiere.

Tabell 2 viser en oversikt over datakildene som er brukt i prosjektet.

Datakilde	Tidsperiode	Delprosjekt
Litteraturgjennomgang	2000-2021	A
Interne HR-data	Januar 2015–september 2021	B
Registerbasert sysselsettingsstatistikk	Medarbeidere som har sluttet i perioden januar 2015–desember 2019	C
Intervjuer av medarbeidere	Medarbeidere som har sluttet i perioden januar 2020–september 2021	D
Spørreundersøkelse blant nåværende ledere	November 2021	E

Tabell 2: Datakildene rapporten baserer seg på. Den detaljerte analysen av hver datakilde er organisert som et selvstendige delprosjekt, og er inkludert som vedlegg.

¹ Se vedlegg B for en fullstendig liste over hva som regnes som pasientrettede yrkesgrupper.

3. RESULTATER

3.1 Omfang av ekstern turnover

Fra januar 2015 til og med september 2021 var det 22 302 unike personer under 62 år i faste, pasientrettede stillinger i Helse Vest. I samme periode forlot 4 448 av disse medarbeiderne helseforetaket de var ansatt i, som utgjør 5,1 % årlig² ekstern turnover.

Det er store ulikheter i turnover fra bransje til bransje. Det er ikke viktig å måle seg opp mot andre bransjer, men finne hva som er uønsket turnover for ulike grupper for det enkelte helseforetak og for foretaksgruppen Helse Vest. Helse Bergen var foretaket med størst andel ekstern turnover i løpet av perioden, se Tabell 3.

Foretak	Antall medarbeidere	Antall ekstern turnover (ET)	Total andel (ET)	Årlig andel (ET)
Helse Bergen	11 017	2 568	23,3 %	6,2 %
Helse Fonna	3 001	473	15,8 %	3,7 %
Helse Førde	2 039	315	15,4 %	3,7 %
Helse Stavanger	6 245	1 092	17,5 %	4,5 %
Totalt Helse Vest	22 302	4 448	19,9 %	5,1 %

Tabell 3: Totalt omfang av ekstern turnover for pasientrettet helsepersonell i løpet av perioden januar 2015-september 2021. Ekstern turnover forkortet til (ET) i tabellen over.

Den årlige andelen ekstern turnover har vært om lag 5 % gjennom hele perioden. Se vedlegg B for detaljert månedsutvikling. Det kan være for tidlig å se virkningen av en langvarig og krevende pandemi. Vi kan likevel ikke se at pandemien samlet sett har resultert i høyere ekstern turnover.

Vi ser en tydelig sesongvariasjon som har vært gjeldende i hele perioden. Hvert år var det en stor topp i august måned, der den månedlige andelen ekstern turnover er 78 % høyere enn månedsgjennomsnittet. Det er også en liten topp i desember, 23 % høyere enn snittet. Månedene med minst andel ekstern turnover er november, oktober og mars, som ligger 28-38 % lavere enn snittet.

Høyere turnover i august kan ha sammenheng med flyttemønster og ikke minst hensyn til start og opptak i barnehage og skolestart, samt videre studier, for å nevne noe. Samtidig er det grunn til å undersøke hvilke tiltak som kan bidra til en jevnere turnover gjennom hele året. Dersom starttidspunktet til vakter om morgenen i kombinasjon med reisevei er utfordrende med tanke på åpningstider i barnehager og SFO, bør vi se nærmere på mulighetene for langt flere start- og sluttidspunkt på vaktene. Dette kan potensielt også bidra til å redusere utfordringene knyttet til vaktstart og slutt på

² Se Vedlegg B for beregningsmetode.

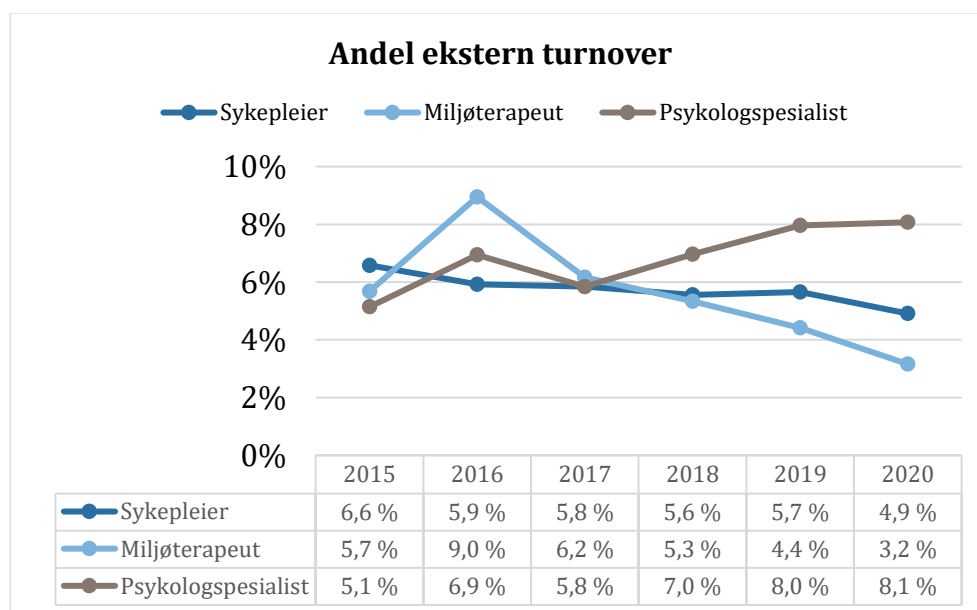
ettermiddagen. Det er stilt kunnskapsgrunnlag til disposisjon for helseforetakene som viser sammenhengen mellom utskrivning av pasienter, innleggelsestidspunkt for pasienter og vaktskifter. Her kan tiltak som kan bidra til å beholde og utvikle medarbeidere også bidra til lavere risiko ved vaktskifter. Helseforetakene bør også vurdere bruken av ansettelsestyper, midlertidig og vikariater, særlig om våren og gjennom sommeren for utvalgte yrkesgrupper.

3.1.1 Yrkesgrupper

Omfanget av ekstern turnover er svært ulikt for de forskjellige yrkesgruppene. Assistenten innen pleie (17,8 %) og assistenter innen psykiatri (16,1 %) hadde størst tilbøyelighet til å slutte. Psykologene skilte seg også klart ut, med en årlig andel ekstern turnover på 12,4 %. Videre fulgte psykologspesialister (6,8 %), LiS-leger (6,8 %), vernepleiere (6,5 %), sosionomer (5,9%), sykepleiere (5,7 %) og miljøterapeuter (5,6 %). Fullstendig oversikt fremgår i vedlegg B.

For de fleste yrkesgruppene har omfanget av ekstern turnover variert litt opp og ned rundt snittet for de siste årene, men for noen av dem ser vi ganske klare trender.

Andelen ekstern turnover har økt kraftig for assistenter innen psykiatrien i løpet av perioden; fra 7 % i 2015 til 22 % i 2020. Figur 1 viser at også psykologspesialistene har hatt en økt tilbøyelighet til å slutte de siste årene, mens sykepleiere og miljøterapeuter slutter i mindre grad nå enn tidligere.



Figur 1: Tidsutvikling i andel ekstern turnover for utvalgte yrkesgrupper. 2021-tall er ikke inkludert i figuren, ettersom tidsperioden som har blitt analysert ikke inneholder hele året. For sykepleiere og psykologspesialister ligger tallene fra januar-september 2021 mellom 2019- og 2020-nivå for januar-september. Turnover for miljøterapeuter i 2021 ligger litt over 2018-nivå.

3.1.2 Alder og ansiennitet

Tilbøyeligheten til å slutte var størst blant de yngste medarbeiderne. Den årlige andelen ekstern turnover for de under 35 år (8,6 %) var vesentlig større enn for aldersgruppen 35-44 (4,5 %) og de som var eldre enn 45 år (2,9 %). Vi fikk tilsvarende resultater når vi

så på ansiennitet; tilbøyeligheten til å slutte er lavere jo lenger de har jobbet i helseforetaket. Enkelte yrkesgrupper avviker noe fra disse samlede resultatene, blant annet for psykologer og LiS-leger som har høyest andel ekstern turnover blant medarbeiderne med lengst ansiennitet (over 7 år i helseforetaket).

Ved å se på kombinasjonen av alder og ansiennitet blir mønsteret enda klarere. De under 35 år med kort ansiennitet (0-4 år i helseforetaket) hadde en årlig andel ekstern turnover på 9,5 %, mens de over 45 år med over 7 års ansiennitet hadde en andel på kun 2,2 %.

Myten om at det er de med lang ansiennitet som slutter blant sykepleiere stemmer ikke for foretaksgruppen Helse Vest. Det vil være viktig å ha gode tiltak som bidrar til å beholde og utvikle flere av de yngre sykepleierne. Et tiltak kan være å støtte bedre opp i det daglige arbeidet for yngre sykepleiere, et tiltak vi allerede har startet utviklingen av. Vi må også se nærmere på hvorfor denne gruppen tar eller får høyere andel ubekvemme vakter enn andre aldersgrupper. Dette kan forsterke opplevelse av å lære mye, opplevelse av mye og uoversiktlig ansvar og samtidig forholdsmessig høyere andel ubekvemme vakter, i etableringsfase med barn og familie. En bedre fordeling av ubekvemme vakter (natt og helger) bør gjennomgås med utgangspunkt i tilgjengelige rapporter og analyser.

3.1.3 Stillingsprosent og arbeidstidsordning

Medarbeidere med en stillingsprosent på 30 eller mindre hadde en stor tilbøyelighet til å slutte (11,8 % årlig ekstern turnover), over dobbelt så stor som dem med større stillingsprosenter. Samtidig var det bare rundt 8 % av medarbeiderne i løpet av denne perioden som jobbet i så små stillinger.

Det var de yngste medarbeiderne som i størst grad hadde slike små stillinger. Flertallet av assistenter innen psykiatri (82,2 %) og pleie (79,3 %) hadde en stillingsprosent på 30 % eller mindre. Det er en situasjon som ikke kan fortsette. Andelen for de andre yrkesgruppene lå typisk mellom 1 og 7 %, se Vedlegg B for detaljer. Blant de yngste aldersgruppene tilbyr helseforetakene studenter i siste del av sin utdanning fast ansettelse hvor de har faste arbeidsplaner med arbeid i helger og ferieperioder. Det er forventet at en del av disse avslutter sitt arbeidsforhold i helseforetakene. En del av disse forutsettes å gå over i faste stillinger i kommunehelsetjenesten.

Blant dem med stillingsprosenter over 30 var tilbøyeligheten til å slutte tilnærmet uavhengig av størrelsen på stillingen (4,6 % for 31-80 og 4,3 % for 81-100). Vi ser også at den gjennomsnittlige stillingsprosenten har økt i løpet av perioden, drevet av en jevn økning i andelen medarbeidere i 81-100 % stillinger; fra 59,9 % i 2015 til 66,6 % i 2020. Hvis vi ser bort fra assistenter, var yrkesgruppene med lavest andel medarbeidere i 81-100 % stillinger helsefagarbeidere/hjelpepleiere (39,3 %), jordmødre (41,4 %) og sykepleiere (50,4 %).

For perioden 2010 til og med utgangen av 2021 har mer enn 3 000 medarbeidere fått høyere stillingsprosent og mer enn 7 300 fått 100% stilling. Det er gjort mye godt arbeid fra ledere og medarbeidere på alle nivå for å nå disse resultatene.

Den årlige andelen ekstern turnover var litt høyere for medarbeideren som jobbet skift eller turnus (5,4 %), sammenlignet med dem som jobbet dag (4,4 %).

3.1.4 Avdelinger

For å prøve å se hva som kjennetegner avdelinger med høy andel ekstern turnover, har vi tatt utgangspunkt i alle avdelinger som har hatt minimum 10 pasientrettede fast ansatte medarbeidere hvert år i perioden (totalt 842 avdelinger). Medarbeidere i andre type stillinger ved disse avdelingene er ikke inkludert.

Vi fant en statistisk signifikant sammenheng mellom avdelingenes andel ekstern turnover og

- avdelingenes størrelse (antall medarbeidere i avdelingen i pasientrettede stillinger)
 - Andelen ekstern turnover var typisk litt høyere for større avdelinger
- gjennomsnittsalder
 - Andelen ekstern turnover var typisk lavere for avdelinger med høy gjennomsnittsalder
- gjennomsnittlig stillingsprosent
 - Andelen ekstern turnover var typisk litt høyere for avdelinger med lav gjennomsnittlig stillingsprosent³

Andelen ekstern turnover er også nødvendigvis lavere for avdelinger med høy gjennomsnittlig ansiennitet, ettersom lav turnover og høy ansiennitet er to sider av samme sak: beholde medarbeidere over tid.

Vi fant **ikke** en statistisk signifikant sammenheng mellom avdelingenes andel ekstern turnover og

- andel vikarer
- andel kvinner/menn
- gjennomsnittlig sykefravær

3.2 Årsaker til ekstern turnover

Den innledende litteraturgjennomgangen (se Vedlegg A for detaljer) identifiserte overordnede kategorier for årsaker til turnover og turnoverintensjon *som oftest ble påpekt i forskning og faglitteratur*:

- Arbeidsmiljø (lav trivsel, dårlig sosialt arbeidsmiljø, liten tilfredshet med jobben)
- Ledelse (Lite støtte, lite annerkjennelse, organisatoriske forhold)
- Utviklingsmuligheter og fagmiljø (Manglende fagnettverk, lite faglige utfordringer)

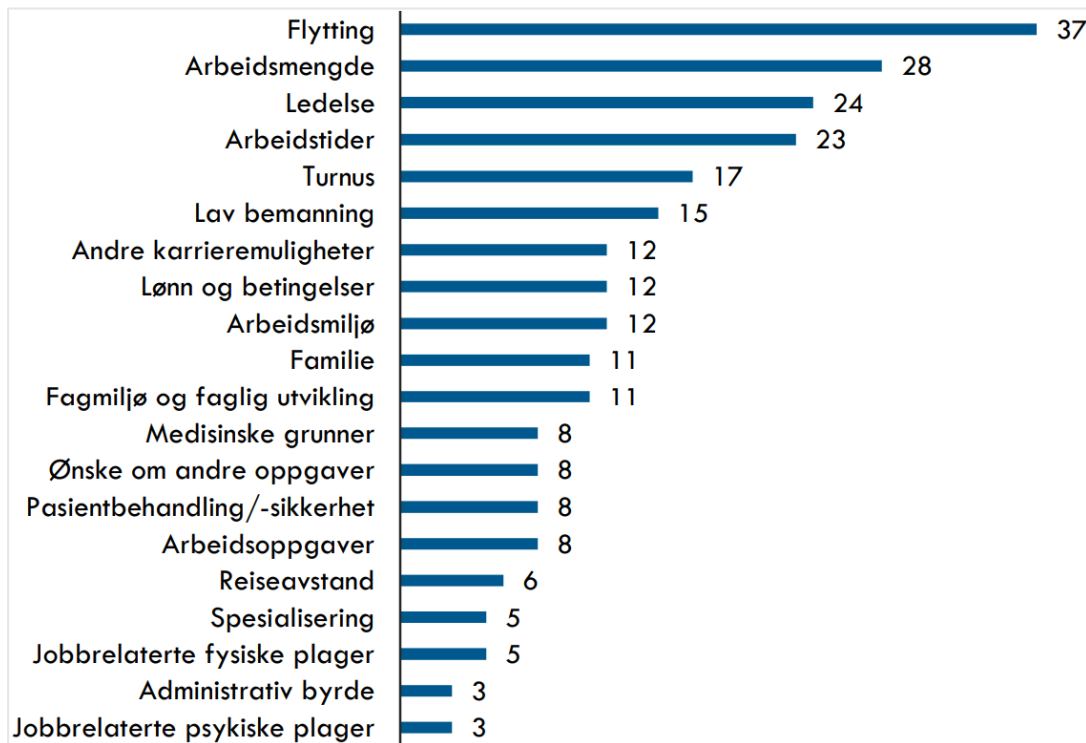
³ Det er kun ansatte med mindre enn 30 % stilling som har en signifikant større tilbøyelighet til å slutte, men de trekker ned avdelingens gjennomsnittlige stillingsprosent nok til at vi får utslag.

- Arbeids- og lønnsvilkår (Misnøye med lønn og arbeidstider)
- Arbeidsmengde (For høy arbeidsmengde, lav bemanning, tidspress)
- Arbeidskrav (For høye fysiske og/eller psykiske krav)
- Fysiske og psykiske plager (Utbrenthet, stress)
- Personlige årsaker (Helseplager som ikke er jobb-relaterte, familierelaterte årsaker)
- Andre karrieremuligheter (Overgang til kommunehelsetjeneste eller private aktører)

Blant 137 intervjuede medarbeidere som har sluttet i helseforetakene i Helse Vest oppga de fleste (44%) at det var en kombinasjon av forhold ved jobben og forhold utenfor jobben som gjorde at de valgte å slutte (Vedlegg D, Figur 3-1). Av de intervjuede oppga 22 % at det i hovedsak var forhold ved jobben, mens de resterende 34 % sa det skyldtes forhold utenfor jobben. Psykologspesialistene var den eneste yrkesgruppen der en svært betydelig andel (10 av 17) svarte at det hovedsakelig var forhold ved jobben i helseforetakene som gjorde at de sluttet.

Figur 2 viser hva de intervjuede tidligere medarbeiderne oppga som årsaker til at de valgte å slutte. Flytting (ikke jobb-relatert) er årsaken som ble nevnt av flest, deretter arbeidsmengde, ledelse, arbeidstider, turnus, lav bemanning, andre karrieremuligheter og lønn og betingelser. Sykepleierne nevnte ofte arbeidstider, turnusarbeid og arbeidsmengde i tillegg til flytting som de viktigste årsakene.

For jordmødre var det hovedsakelig arbeidstider, mens psykologspesialister og helsefagarbeidere pekte oftest på arbeidsmengde.



Figur 2: Årsakene medarbeidere oppga som den viktigste grunnen til at de valgte å slutte. Spørsmålet de ble stilt: "Hva var den viktigste årsaken til at du sluttet i helseforetaket?" Figuren viser antall personer som har svart de ulike årsakene. N=137. Andre årsaker nevnt: Høy utskiftning (2), videreutdanning (2), omorganisering (2), dårlige karrieremuligheter (2), samarbeidsklima (2), manglende opplæring, veiledning og oppfølging (2), hyppig flytting mellom ulike avdelinger (1), tilgang til parkeringsplass (1), tilgang til kollektivtransport (1), fysiske arbeidsforhold (1), trygghetsklima/HMS (1) og jobbsikkerhet (1).

Spørreundersøkelsen blant ledere i helseforetakene i Helse Vest viste at ledere mener den viktigste årsaken til at medarbeidere slutter er arbeidsmengde, etterfulgt av flytting, misnøye med fagmiljø og faglig utvikling, videreutdanning, lønn og betingelser. I tillegg til hva lederne selv mener er de viktigste årsakene, har de også svart på hva medarbeiderne opplyser om som de viktigste årsakene (se vedlegg E for fullstendig oversikt).

Overordnet gir spørreundersøkelsen blant lederne og intervjuene med medarbeiderne de samme årsakene, men det er ganske store ulikheter på rangeringen av dem. Videreutdanning ble kun nevnt av 1,5 % av de intervjuede medarbeidere, mens 16 % av lederne oppgir dette. Det er også større andel ledere enn medarbeidere som oppga lønn og betingelser som årsak. Samtidig oppga 45 % av de intervjuede medarbeiderne at de fikk bedre lønn og betingelser i sin nye jobb, så det virker å være en ikke ubetydelig faktor (18 % oppga dårligere lønn og betingelser). 76 % oppga at de hadde lik stillingsprosent i den nye jobben (19 % høyere, 20 % lavere).

Ledelse er oppgitt som en av de hyppigste årsakene av medarbeiderne, men bare 2 % av lederne mener dette er en av de viktigste årsakene (9 % av lederne svarer riktignok at medarbeiderne som slutter oppgir dette som en årsak til at de velger å slutte).

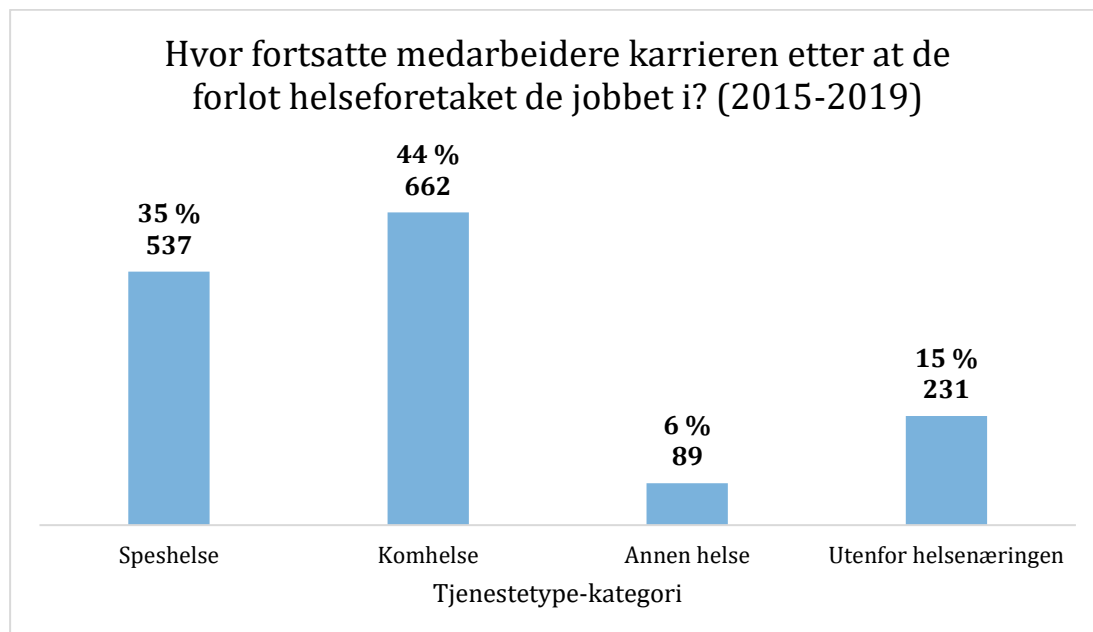
3.2.1 Flytting

En stor andel av ekstern turnover er relatert til flytting. **Nesten halvparten av helsepersonellet som sluttet i helseforetak i Helse Vest begynte i ny jobb utenfor helseforetakets opptaksområde** (Vedlegg C). En god andel av flyttingen er ikke nødvendigvis knyttet til arbeidsforholdet, og vanskelig å forhindre. Vi fant at 45 % av de som flyttet returnerte tilbake til sitt opprinnelsessted (der de bodde da de var 16 år gamle). 8 % returnerte til der de tok utdanningen sin. Det vil naturligvis også være en del flytting mer direkte knyttet til jobbsituasjonen i helseforetaket, der man for eksempel føler seg nødt til å flytte for å finne nye faglige utfordringer. Den type flytting vil være mulig å påvirke gjennom målrettede tiltak.

Flyttingen må også ses i sammenheng med sterkere urbanisering i samfunnet. Det er etter hvert blitt det vi vil kalle en «**urbaniserende kraft**», og det kan være vanskelig å finne virkemidler eller tiltak som kan bremse dette opp. Helsepersonell som flyttet innad i regionen, og fortsatte i spesialisthelsetjenesten, endte i stor grad opp i en jobb i Helse Bergen sitt opptaksområde. Blant de som flyttet ut av regionen, og fortsatte i spesialisthelsetjenesten, endte de aller fleste (74 %) opp med å jobbe i et av Helse Sør-Øst sine opptaksområder.

3.3 Hvor fortsetter medarbeidere karrieren?

Blant medarbeidere som sluttet fra utvalgte pasientrettede yrker i perioden 2015-2019 (Vedlegg C), var det flest som fortsatte karrieren i kommunale helse- og omsorgstjenester (44 %), se Figur 3. Videre fortsatte 35 % et annet sted i spesialisthelsetjenesten, 6 % gikk til «annen helse» (hovedsakelig avtalespesialister eller andre privat klinikker) og 15 % gikk til jobb klassifisert som «utenfor helsenæringen».



Figur 3: Andel og antall av medarbeidere med ekstern turnover som startet ny jobb i de ulike tjenestetype-kategoriene til SSB. Inkluderer kun medarbeidere som var i jobb i Norge 2 år etter at de sluttet, hos en annen arbeidsgiver enn helseforetaket de sluttet fra.

Kategorien «utenfor helsenæringen»⁴ omfatter alle arbeidsplasser som ikke passer inn i en av de tre andre kategoriene i Figur 3. Denne kategorien inneholder likevel mange *helserelaterte* jobber der helsepersonellet fortsatt bruker grunnkompetansen sin. Yrkesgruppene som i størst grad gikk til jobber som tilhører denne kategorien var psykologer (28 %), psykologspesialister (26 %) og vernepleiere (28 %).

Av de 137 intervjuede medarbeiderne som har sluttet i Helse Vest, oppga 94 % at de fortsatte i ny jobb i helsetjenesten, mens 97 % oppga at de fortsatt brukte grunnkompetansen sin i den nye jobben. ***Det bryter med noen av mytene om at mange forlater helsetjenesten eller ikke bruker grunnkompetansen etter at de slutter i spesialisthelsetjenesten.***

Figur 4 viser hvor stor andel som gikk til kommersiell og ideell sektor, fordelt på de ulike tjenestetype-kategoriene. Totalt gikk 15 % av medarbeiderne gikk til kommersiell sektor og 9 % til ideell sektor. Av medarbeiderne som fortsatte i spesialisthelsetjenesten, gikk 16 % til ideell sektor og 6 % til kommersiell sektor (resten offentlig spesialisthelsetjeneste). De som gikk til «annen helse» startet i hovedsak i kommersiell sektor. Utdanning av helsepersonell er en viktig og likestilt oppgave med pasientbehandling og overgang til utdanningssektoren må sees på som en viktig samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og utdanningssektoren.

Helt private og kommersielle virksomheter deltar ikke i utdanning av helsepersonell som både krever faglig kapasitet og økonomi. For yrkesgrupper eller spesialiteter med høy avgang til private eller kommersielle virksomheter kan det bli en stor utfordring dersom trenden fortsetter.

Medarbeidere med høyere alder og lang ansiennitet var overrepresentert blant dem som gikk til kommersiell sektor. Blant yrkesgruppene var det overleger (41 %) og psykologspesialister (28 %) som i klart størst grad startet i kommersiell sektor. Til ideell sektor gikk det i størst grad psykologer (20 %) og psykologspesialister (19 %).

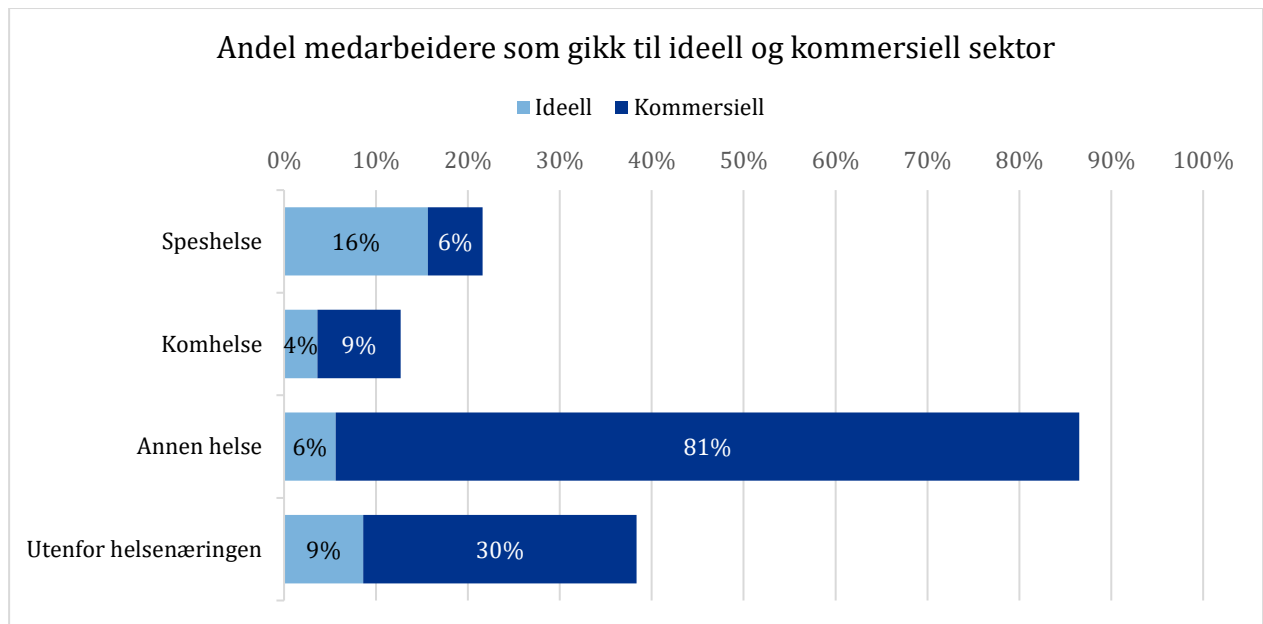
Medarbeidere med lang ansiennitet gikk i større grad til kommunale helse- og omsorgstjenester. For yrkesgruppene helsefagarbeidere/hjelpepleiere (73 %), sykepleiere (53 %), vernepleiere (53 %) og jordmødre (51 %) gikk mer enn halvparten av dem som sluttet til kommunale helse- og omsorgstjenester.

De som i størst grad fortsatte i spesialisthelsetjenesten var de yngste medarbeiderne og dem med kortest ansiennitet. Andelen blant yrkesgruppene var størst for LiS-leger (72 %), overleger (53 %) og psykologer (50 %). Dette henger nøye sammen med at utdanning til endelig spesialist i hovedsak er tillagt den offentlige spesialisthelsetjenesten. Det er likevel viktig å påpeke at det er foretak som mister

- ⁴ SSB: «Alle virksomheter og selvstendige næringsdrivende som ikke er underlagt et «sørge-for-ansvar» og ligger utenfor næringene 'helsetjenester', 'pleie og omsorgstjenester i institusjon' og 'sosialtjenester uten botilbud for eldre og funksjonshemmede'. Næringskategorier som er inkludert i denne kategorien er blant annet «utleie av arbeidskraft» (bemanningsselskap), «videregående opplæring innen tekniske og andre yrkesfaglige studieretninger», «pedagogisk-psykologisk rådgivningstjeneste», «sosialtjenester for rusmiddelmissbrukere uten botilbud», «barneverntjenester», «andre sosialtjenester uten botilbud», «undervisning ved universiteter/høgskoler».

dyktige medarbeidere som er kommet et stykke på vei i sin utdanning som igjen setter dem i posisjon til å begynne på nytt igjen i utdanningsløp for nye medarbeidere.

Blant medarbeiderne som sluttet ser vi at de som flyttet på seg skilte seg klart ut fra dem som ble boende i samme opptaksområde. De fleste som flyttet fortsatte i spesialisthelsetjenesten, mens flertallet av de som ble boende gikk til kommunale helse- og omsorgstjenester. Andelen som gikk til kommersiell og ideell sektor var omtrent tre ganger så stor for de som ble boende, sammenlignet med de som flyttet.



Figur 4: Andel medarbeidere som gikk til ideell og kommersiell sektor, for hver tjenestetypetypologi.

Flytteandelen var høyest blant unge medarbeidere og dem med lav ansiennitet. Leger var yrkesgruppen som flyttet mest på seg; hele 64 % av legene med ekstern turnover startet i ny jobb i et annet opptaksområde. Samtidig var det legene som i størst grad ble værende i spesialisthelsetjenesten.

Legene med spesialitet innen psykiatri og rus flyttet klart minst (45 %), de andre spesialitetene hadde en flytteandel på 64-76 %. Leger med denne spesialiteten fortsatte i relativt mindre grad i spesialisthelsetjenesten og gikk i relativt større grad til kommunale helse- og omsorgstjeneste. Legene med spesialitet innen kirurgi gikk i størst grad til jobb i «annen helse» (16 %). Legene med spesialitet innen lab og radiologi fortsatte i størst grad i spesialisthelsetjenesten (83 %).

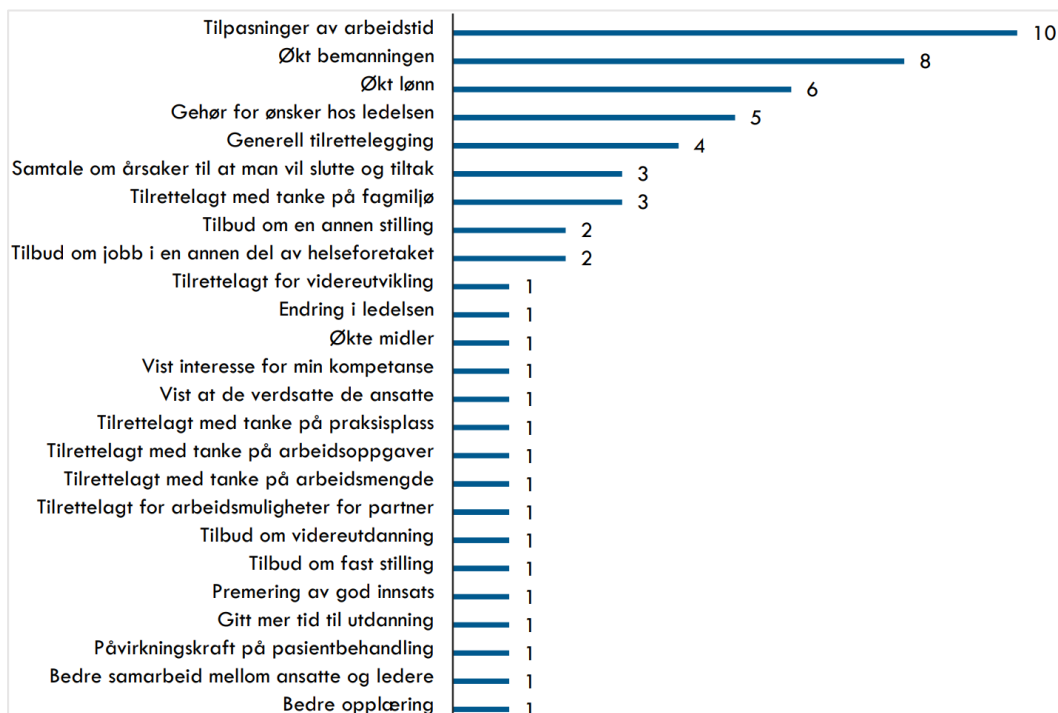
3.4 Tiltak for å unngå at medarbeidere slutter

Litteraturen nevner mange eksempler på mulige tiltak for å beholde helsepersonell ved sykehusene. Overordnet nevnes tiltak knyttet til utdanning, profesjonell og personlig støtte, organisatoriske tiltak, regulatoriske tiltak og finansielle incentiver. Se Vedlegg A (Tabell 3) for en liste over tiltak som er nevnt i litteraturen.

En fjerdedel av medarbeiderne som ble intervjuet oppga at det ble iverksatt tiltak på arbeidsplassen for å forhindre at de skulle slutte (se Vedlegg D for detaljer). De vanligste

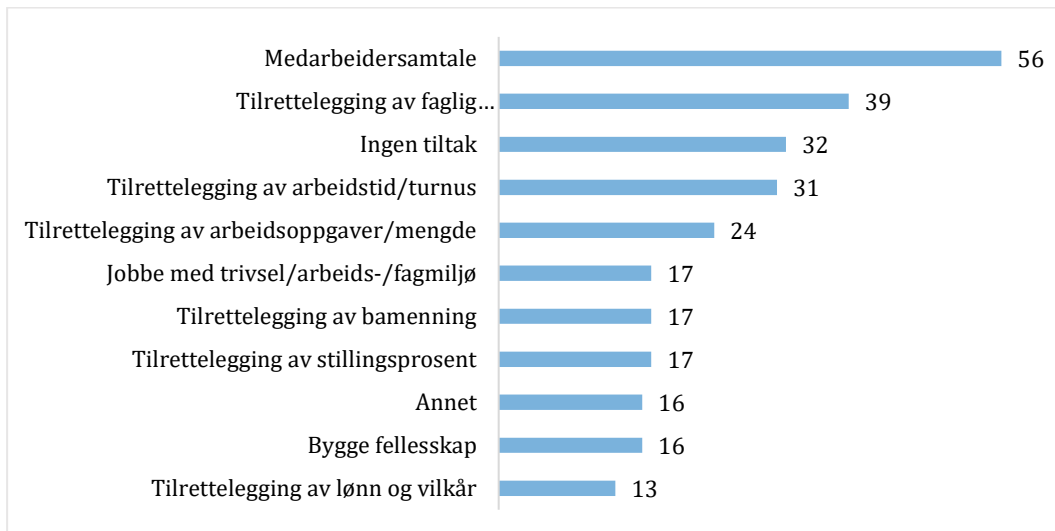
tiltakene som var iverksatt var tilbud om permisjon og tilrettelegging av stilling og arbeidstid. Flere sykepleierne nevnte at de fikk tilbud om permisjon og tilrettelegging av arbeidstid. LiS-legene ble tilbudt stipend, permisjon eller retur til overlegestilling etter spesialisering. Blant psykologer og psykologspesialister var det tiltak om permisjon, tilpasning av arbeidshverdagen, tilrettelegging av forskning og endre pasientbehandling. Jordmødre fikk iverksatt tiltak om endring av arbeidsoppgaver og stilling.

Over halvparten av de som ikke fikk iverksatt tiltak svarte at helseforetaket kunne ha fått dem til å bli ved å iverksette tiltak. Tiltakene som ble pekt på av flest var tilrettelegging av arbeidstid, økt bemanning, økt lønn og større gehør hos ledelsen. Se Figur 5 for fullstendig oversikt.



Figur 5: Svar fra medarbeidere som ikke fikk iverksatt tiltak, men som mente at tiltak kunne fått dem til å bli værende i jobben. Spørsmålet de ble stilt: "Hvis helseforetaket kunne gjort noe for å forhindre at du sluttet, hvilke tiltak kunne fått deg til å bli?"

Spørreundersøkelsen blant ledere viser at litt over halvparten (58%) av lederne har iverksatt tiltak for å unngå at medarbeidere velger å slutte. Det var medarbeidersamtale, tilrettelegging av faglig utvikling/videreutdanning og arbeidstid/turnus som oftest ble nevnt som iverksatte tiltak fra lederne. Se Figur 6 for fullstendig oversikt.



Figur 6: Tiltak ledere oppgir å ha benyttet. Spørsmål: "Har du iverksatt tiltak for å unngå at medarbeidere velger å slutte?"

Da lederne ble spurt om hvilke av tiltakene som hadde fungert i praksis, nevnte de i størst grad økt fokus på arbeidsmiljø, medarbeidersamtaler, tilrettelegging av arbeidsoppgaver og tilrettelegging for internundervisning, faglig fordypning og videreutdanning (se Vedlegg E for detaljer). Blant lederne som ikke hadde iverksatt noen tiltak for å beholde medarbeidere, var de vanligste årsakene til dette at de ikke mente det var et behov, få medarbeidere som sluttet og mangel på budsjettmidler.

Det vil selvsagt også være viktig å bygge videre på det medarbeiderne allerede verdsetter ved å jobbe i helseforetakene i Helse Vest. Arbeidsoppgavene (57 %), kollegaene (50 %), fagmiljøet (38 %), arbeidsmiljøet (36 %) og ledelsen (18 %) var de faktorene som i størst grad ble trukket fram av medarbeiderne da de ble spurt om hva de likte best ved å jobbe i helseforetaket. Fordeling per yrkesgruppe finnes i Vedlegg D (Tabell 5-2, 5-3). Lederne oppga mange av de samme momentene da de ble spurt om hva de viktigste årsakene var til at medarbeidere velger å jobbe i deres enhet (Vedlegg E).

Vi vurderer å innføre strukturerte sluttsamtaler/kartlegginger som kan gi en kontinuerlig tilbakemelding og kunnskapsgrunnlag som underlag for å vurdere effekt av tiltak som blir satt i verk. Det er støtte til gjennomføring av medarbeidersamtaler og forventes at dette gjennomføres for alle medarbeidere. Det har vært to spesielle år under pandemien der ledere har hatt betydelig arbeidsbelastning.

3.5 Variasjoner på tvers av helseforetak

Som tidligere vist i Tabell 3, er det er betydelige variasjoner i omfanget av ekstern turnover på tvers av helseforetakene. Dette gjelder særlig for enkelte yrkesgrupper. Helse Fonna og Helse Førde hadde et betydelig større turnover for LiS-leger og overleger enn Helse Bergen og Helse Stavanger.

For sykepleiere, pedagoger, helsefagarbeidere og intensivsykepleiere er det motsatt: disse yrkesgruppene hadde større andel ekstern turnover i de to største helseforetakene. Se vedlegg B for en fullstendig oversikt.

Medarbeidere som sluttet i Helse Stavanger og Helse Bergen gikk i litt større grad til kommunale helse- og omsorgstjenester enn de som sluttet i Helse Fonna og Helse Førde. Andelen medarbeidere som fortsatte i spesialisthelsetjenesten var størst i Helse Førde (53 %) og Helse Fonna (46 %).

Andelen som gikk til ideell sektor var langt større i Helse Bergen og Helse Stavanger (begge 10 %) enn i Helse Fonna og Helse Førde (begge 4 %).

Legene som sluttet i Helse Førde (85 %) og Helse Fonna (77 %) fortsatte i langt større grad i spesialisthelsetjenesten enn de som sluttet i Helse Bergen (48 %) og Helse Stavanger (48 %), som i større grad gikk til kommunal og kommersiell sektor.

Psykologene og psykologspesialistene som sluttet i Helse Fonna (68 %) og Helse Førde (53 %) fortsatte i større grad i spesialisthelsetjenesten enn de som sluttet i Helse Stavanger (44 %) og Helse Bergen (34 %). Helse Fonna hadde en relativt mindre andel som gikk til en jobb tilhørende kategorien «utenfor helsenæringen», mens Helse Bergen hadde en relativt større andel som gikk til «annen helse».

Vernepleierne og helsefagarbeiderne/hjelpepleierne som sluttet i Helse Førde (83 %) og Helse Fonna (82 %) gikk i større grad til kommunale helse- og omsorgstjenester enn de som sluttet i Helse Bergen (64 %) og Helse Stavanger (60 %). Differansen skyldes at ingen fra Helse Førde eller Helse Fonna fortsatte i spesialisthelsetjenesten eller gikk til «annen helse».

Blant medarbeiderne som sluttet, var det i Helse Førde (63 %) at størst andel begynte i ny jobb utenfor helseforetakets opptaksområde, men en betydelig andel flyttet på seg fra de andre foretakene også: 50 % fra Helse Fonna, 46 % fra Helse Bergen og 41 % fra Helse Stavanger. Andelen leger og psykologer som flyttet var betydelig høyere i Helse Førde og Helse Fonna, sammenlignet med Helse Stavanger og Helse Bergen. For sykepleiere var det motsatt.

De som sluttet i Helse Bergen (47 %) og Helse Stavanger (45 %) flyttet i litt større grad hjem til sitt opprinnelsessted enn de som sluttet i Helse Førde (38 %) og Helse Fonna (35 %).

4. KONKLUSJON

Rapporten gir viktig faktabasert kunnskap. Det er samtidig viktig å benytte langt flere kilder for å utvikle «treffsikre» tiltak, for eksempel ForBedring-undersøkelsen og tidligere medarbeiderundersøkelser. Det vil neppe finnes universelle enkelttiltak som vil gi ønsket resultat, til dette er variasjonen mellom foretak og yrkesgrupper for stor.

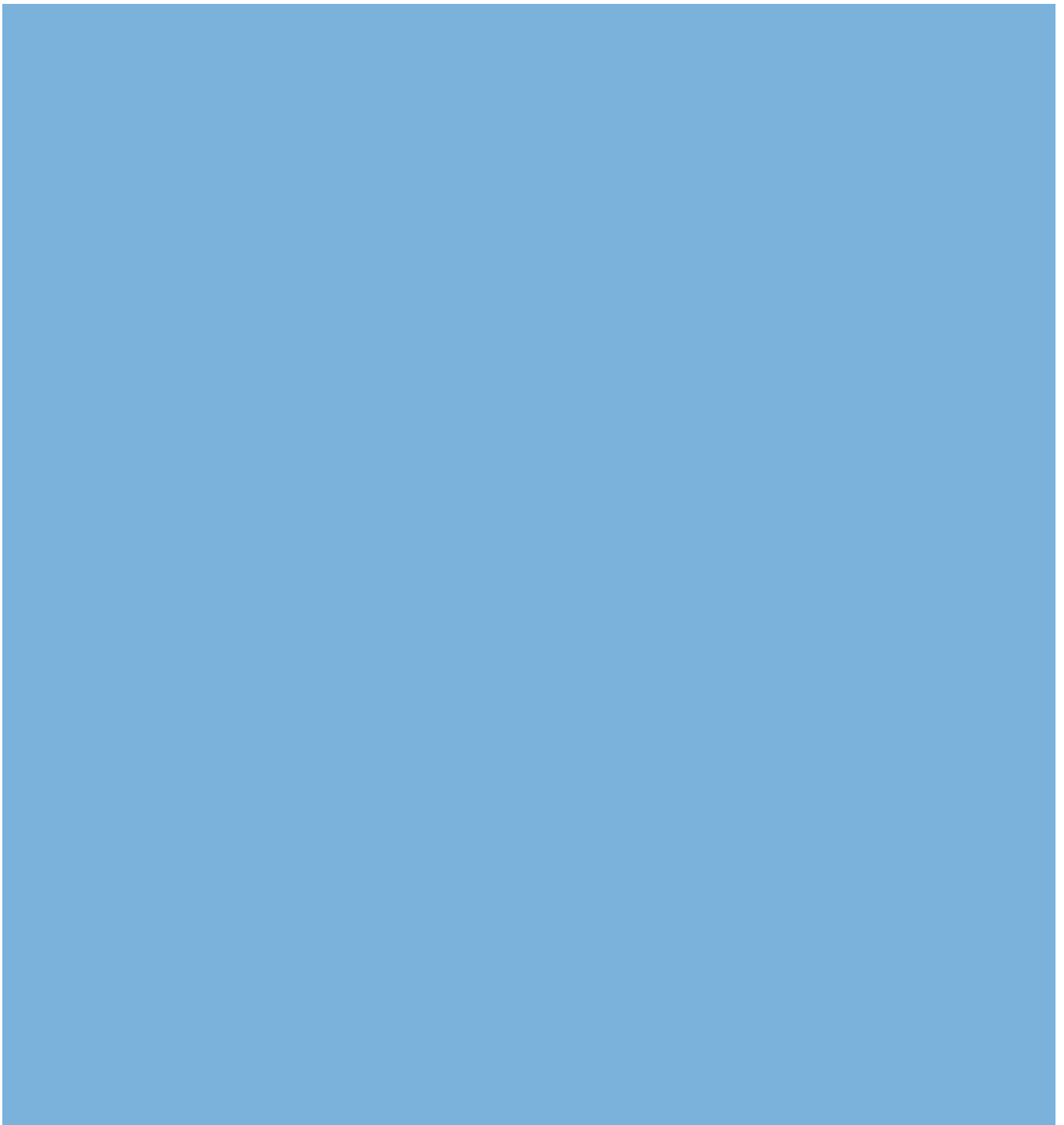
Målrattede tiltak som etableres i et godt samarbeid i hele foretaksgruppen Helse Vest med aktuelle fagmiljø, ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten må finne sin form. Ett eksempel er den nevnte rapporten for intensivsykepleiere. Også prosjektet for psykisk helsevern og TSB som nå starter opp vil være et viktig enkelttiltak. Igjen vil de tiltakene som fremkommer som resultat av arbeidet settes i verk og følges opp.

Et anbefalt tiltak vil være å se nærmere på hvordan nyutdannede kan bli bedre ivaretatt gjennom de 4-5 første årene. Det gjelder faglig, men også det å sikre at disse aldersgruppene ikke blir tillagt høyest grad av ulempe med vakter og helgebelastning. Videre kan det være hensiktsmessig å se om vi kan fornye og forbedre hvordan arbeidsplaner blir etablert, hvordan start- og sluttidspunkt på vaktene kan redusere uønsket turnover for særlig sykepleiergruppen. For jordmødre anbefaler vi å starte tilsvarende prosjekt og gjennomgang som for intensivsykepleierne. Rekruttering av jordmødre og psykologer til kommunehelsetjenesten har i stor grad påvirket turnover-tallene til sykehusene.

Først av alt må rapporten nyttes til dialog og diskusjon i hvert av helseforetakene som forberedelse til felles regionale prosjekter. Hvert av foretakene vil bli invitert i et omfattende arbeid for å redusere uønsket turnover. Hvilke tiltak som vil komme ut av dette arbeidet skal vi ikke foregripe, men inspirere til diskusjon, involvering og medvirkning på alle nivå i foretaksgruppen Helse Vest. Vi foreslår også at det for andre grupper blir gjennomført tilsvarende arbeid. Kampen om den rette arbeidskraften gjelder for langt flere yrkesgrupper enn helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Nye yrkesgrupper vil være aktuelle i helseforetakene i årene som kommer. Foretakene på Vestlandet står overfor store utviklingsprosjekter som vil kreve at rett oppgave blir utført av de rette yrkesgruppen og gjøres riktig første gang. Det bør være et mål at vi ser at det er avhengighet mellom mange. Mange til mange relasjoner og hvor alle er gjensidig avhengig av hverandre vil øke i årene som kommer. Det vi har lagt bak oss av utvikling, kan være en forsmak på det som blir nødvendig de neste ti til 15 årene.

Helse Vest Postboks
303 Forus
4066 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00
helse-vest.no



Årsaker til ekstern turnover blant helsepersonell

Litteraturgjennomgang utarbeidet for Helse Vest

01. november 2021

Oslo Economics v/Susanna Sten-Gahmberg

Sammendrag

At helsepersonell slutter i helseforetakene kan ha konsekvenser for pasientsikkerhet, kvalitet og økonomi i norske helseforetak. Det er derfor behov for å forstå hvorfor medarbeidere slutter og hvilke tiltak som kan iverksettes for å hindre at medarbeidere slutter. På oppdrag for Helse Vest har Oslo Economics systematisert kunnskap om temaet.

Litteratursøket tok utgangspunkt i publisert nordisk forskningslitteratur, for å sikre at kunnskapsoppsummeringen bygger på kvalitetssikret forskning og at forskning som inkluderes er relevant for norske forhold. Vi oppdaget imidlertid at den nordiske forskningslitteraturen på området er begrenset, og har derfor utvidet søket for å gi et mer utfyllende bilde av årsaker til ekstern turnover. For å belyse årsaker til turnover blant leger og psykologer har vi inkludert internasjonal forskning. Når vi gjør denne utvidelsen er det viktig å være bevisst på at arbeidsforhold i andre land skiller seg fra de i Norge, og at årsaker til turnover i utlandet kanskje ikke er like relevante eller har en annen betydning i Norge. I presentasjonen av funn er vi derfor tydelige på når vi lener oss på henholdsvis nordisk og internasjonal litteratur. For å belyse årsaker til turnover blant sykepleiere har vi inkludert noen større spørreundersøkelser rettet mot sykepleiere, som er gjennomført av arbeidstaker-organisasjoner. Disse er ikke kvalitetssikret på samme måte som publisert forskning, og man kan stille spørsmål ved motivasjon ved å gjennomføre og svare på slike undersøkelser. Likevel mener vi at slike undersøkelser gir et kompletterende og mer helhetlig bilde av årsaker til turnoverintensjon blant helsepersonell sammenlignet med publisert forskning, som i større grad fokuserer på enkeltfaktors betydning for turnover. Siden kunnskapsgrunnlaget er sammensatt, beskriver vi tydelig i gjennomgangen av funn hvilken type litteratur vi baserer oss på. Vi fokuserer på å beskrive ulike årsaker til turnover i helsetjenesten, og tar ikke stilling til hvilke årsaker som er viktigere enn andre, ettersom dette avhenger av konteksten for og utformingen av forskningen vi har gjennomgått.

Helsepersonell kan slutte i helseforetakene for å begynne andre steder i helse- og omsorgstjenesten eller for yrker utenfor sektoren. Årsakene til at medarbeidere slutter kan både vært knyttet til at de ønsker seg bort («push-faktorer») eller at de blir trukket mot andre arbeidsplasser («pull-faktorer»). Årsakene til at personer velger å bytte jobb er ofte sammensatte og flere faktorer spiller gjerne inn i beslutningen om å bytte jobb.

Det finnes begrenset med litteratur i Norge om hvorfor leger og psykologer velger å bytte arbeidsplass. I en nylig publisert studie basert på spørreskjema-data fra 917 leger på offentlige sykehus i Norge trekkes det frem at det **sosiale miljøet** er en viktig årsak til at leger blir i jobben, mens **omorganiseringer**, for eksempel sammenslåing av avdelinger, er en viktig årsak til at leger vurderer å slutte i jobben. Helsedirektoratet peker på at størrelsen på **det private arbeidsmarkedet** er en mulig årsak til stor variasjon i turnover mellom ulike spesialiteter. Internasjonal forskning tyder også på at **lønns- og arbeidsvilkår, forhold ved ledelsen og fysiske og psykiske plager** kan være mulige årsaker. I litteratur som omtaler psykologer blir det trukket frem at turnover skyldes at psykologer **må flytte på seg som et ledd i spesialiseringen**. Rift om jobbene i sentrale strøk gjør i det krevende å beholde eller rekruttere psykologer til distriktene.

For sykepleiere er både den norske og internasjonale litteraturen om turnover og turnoverintensjon mer omfattende. I litteraturen nevnes flere mulige årsaker til turnover blant sykepleiere, og det er særlig **arbeids- og lønnsvilkår** i form av **dårlig lønn, usikker jobbstatus og ubekvemme arbeidstider** som går igjen. I tillegg pekes det ofte på **høy arbeidsmengde** og **lav bemanning** som viktige årsaker til turnover og turnoverintensjon blant sykepleiere både i Norge og i andre land.

Flere tiltak kan tenkes å være effektive for å redusere ekstern turnover i helseforetakene. Litteraturen på feltet er begrenset, og som pekt på av Europakommisjonen er det behov for mer forskning som evaluerer effekten av ulike tiltak. Generelt inkluderer mulige tiltak blant annet tiltak for å øke trivsel og bedre arbeidsforhold, legge til rette for utvikling av sterke fagmiljøer og gode utviklingsmuligheter for de ansatte. I Riksrevisjonens rapport om bemanningsutfordringer i helseforetakene pekes det på en rekke anbefalinger til helseforetakene og til de

regionale helseforetakene. De anbefaler blant annet at helseforetakene bør sørge for at ledelsen har mulighet og verktøy til å gjennomføre nødvendige forbedringer, og at de jevnlig kartlegger behov for personell og utvikler strategier og planer for hvordan bemanningsbehovet skal dekkes. Basert på arbeidet med denne kunnskapsoppsummeringen oppsummerer vi i dette notatet eksempler på mulige tiltak for å redusere ekstern turnover.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og mandat

Ekstern turnover har store konsekvenser for pasientsikkerhet, kvalitet og økonomi i norske helseforetak. Når en medarbeider slutter, mister sykehuset verdifull kompetanse som er viktig for å opprettholde kvaliteten i pasienttilbudet. Helse Vest har derfor identifisert utfordringer knyttet til ekstern turnover som en av topp fem risikoen det vil bli jobbet særlig mye med i tiden fremover.

På oppdrag for Helse Vest har Oslo Economics gjennomført et litteratursøk for å kartlegge årsaker til at helsepersonell slutter. I dette notatet presenteres funnene fra dette litteratursøket og kildene som er identifisert.

1.2 Behov for mer kunnskap om årsaker til turnover

Helsesektoren er preget av en høy grad av ekstern turnover (1). Dette er ikke bare tilfelle i Norge, men også en utfordring i andre land både i Europa og resten av verden (2). Det regjeringsoppnevnte Kompetansebehovsutvalget har gjennom tre utredninger vurdert Norges fremtidige kompetansebehov (3-5). Utvalget peker på at det særlig vil være stor mangel på sykepleiere i Norge fremover.

Det kan være både naturlig og ønskelig med en viss utskiftning av arbeidskraften på en arbeidsplass. Naturlig ekstern turnover oppstår fordi de ansatte for eksempel må slutte i jobben fordi de flytter, blir syke eller pensjonerer seg. I noen tilfeller medfører ekstern turnover en gevinst for arbeidsplassen fordi utskiftning av arbeidskraft kan innebære ny og oppdatert kunnskap (6). Samtidig innebærer ekstern turnover en kostnad for arbeidsplassen fordi man mister arbeidstakere med verdifull erfaring og må bruke tid og ressurser på å ansette og lære opp nye medarbeidere.

Behovet for helsepersonell antas å øke i årene fremover som følge av befolkningssammensetningen og at vi stadig blir flere eldre (7). Analyser fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at det ventes å være noenlunde balanse mellom tilbud og etterspørsel for leger fram til 2035, mens det kan bli rikelig tilgang på psykologer (8). Samtidig viser framskrivningene fra SSB at det utdannes for få sykepleiere, og at den allerede registrerte mangelen vil forverres i årene fremover (8). SSB peker også på at det er en utfordring at det ser ut til å bli en voksende mangel på helsefagarbeidere, vernepleiere og jordmødre (8). Økt etterspørsel etter helsepersonell stiller helsetjenesten overfor store utfordringer når det kommer til å rekruttere, mobilisere og beholde arbeidskraft (9), noe som er avgjørende for å sikre at befolkningen får tilbud til riktige tjenester av god kvalitet.

Når helsepersonell avslutter sitt arbeidsforhold i et helseforetak (ekstern turnover) mister helseforetakene verdifull kompetanse, samtidig som det medfører kostnader knyttet til rekruttering og opplæring av nyansatte. Ekstern turnover kan også føre til økt belastning på gjenværende medarbeidere, samtidig som det kan gå utover tilbudet som gis til pasientene. På de sykehusene i Norge som har en relativt høy grad av ekstern turnover, opplever de ansatte at kvaliteten på pasientbehandlingen som lavere, sammenlignet med sykehusene med en lavere grad av ekstern turnover (9). Undersøkelser gjennomført blant helsepersonell viser også at sykehus med relativt høy grad av ekstern turnover også i mindre grad har tilstrekkelig med sykepleiere, spesialiserte sykepleiere eller jordmødre på vakt til å gi pasientene et godt tilbud (9).

Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at så mye som en av fem sykepleiere jobber utenfor helsetjenesten ti år etter endt utdanning (1). Av de som velger ansettelsesforhold utenfor helsetjenesten er det særlig offentlig administrasjon, sosialtjenester, butikk og vikarbyråer som er deres nye arbeidsplasser (1). I de første årene etter endt utdanning jobber de fleste sykepleierne i spesialisthelsetjenesten, men etter et par år begynner en betydelig andel å jobbe i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (9).

Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene i 2019-2020 viser at spesialisthelsetjenesten mangler helsepersonell, og at de spesielt har problemer med å beholde og rekruttere sykepleiere, jordmødre og spesialiserte sykepleiere (9). I undersøkelsen til Riksrevisjonen er det gjennomført en kartlegging av omfanget av ekstern turnover for nevnte yrkesgrupper på alle somatiske sykehus i landet. I gjennomsnitt finner Riksrevisjonen en årlig ekstern turnover på 8% for alle yrkesgrupper samlet. De to yrkesgruppene med høyest ekstern turnover er ifølge Riksrevisjonen sykepleiere og jordmødre. I løpet av et år slutter i gjennomsnitt omtrent 12 % av sykepleierne og 10 % av jordmødrene som er ansatt i et helseforetak.

I tillegg til at mange slutter i jobben som sykepleier er det mange som også vurderer å slutte (9, 10). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomførte en spørreundersøkelse i 2009 blant sykepleiere på ulike sykehus og institusjoner over hele landet. I gjennomsnitt oppgir 25 prosent av sykepleierne at de tenker på å slutte (10). Riksrevisjonens undersøkelse viser at hver femte ansatt i helseforetakene vurderte å bytte jobb, og et overveiende flertall vurderte å bytte til en jobb utenfor helseforetaket (9). Andelen som svarer ja på at de ønsker å bytte jobb, er høyest blant sykepleierne. Videre er det en høyere andel som ønsker å bytte i jobb blant de yngre, sammenlignet med de eldre.

I Helsedirektoratets rapport om leger i primær- og spesialisthelsetjenesten viser de til at mange spesialiteter har utfordringer knyttet til høy turnover (11). De regionale helseforetakene har rapportert inn områder som har problemer med høy turnover. Av de medisinske fagene der høy turnover nevnes som en utfordring er lungesykdommer, hjertesykdommer og blodsykdommer, mens for de kirurgiske fagene nevnes blant annet urologi og nevrokirurgi. For Helse Vest sin del rapporteres det om utfordring knyttet til turnover for hjertesykdommer og nevrokirurgi (11).

For å få bedre oversikt over mulige årsaker, og hvilke årsaker som kjennetegner ulike yrkesgrupper, har Oslo Economics gjennomført en kartlegging av litteraturen på feltet.

1.3 Definisjoner av turnover

I dette notatet er følgende definisjoner for turnover langt til grunn:

- **Turnover:** Ansatte slutter i sin nåværende stilling
- **Ekstern turnover:** Ansatte slutter i sin nåværende stilling uten å begynne i en annen jobb i samme helseforetak
- **Turnoverintensjon:** Ansatte vurderer eller ønsker å slutte i sin stilling

1.4 Metode

For å kartlegge mulige årsaker til ekstern turnover blant helsepersonell har vi gjennomført et litteratursøk i nasjonal og internasjonal forskningslitteratur. I tillegg hvor forskningslitteraturen er mengdefull, har vi komplettert med «grålitteraturen». Med «grålitteraturen» mener vi forvaltningsdokumenter, rapporter fra myndigheter og forskningsinstitusjoner som ikke er fagfellevurderte, upublisert forskning, spørreundersøkelser og lignende.

Formulering av spørsmål og fokus for søket

Første steg i litteraturgjennomgangen var å definere hvilke spørsmål vi ønsket svar på. Hovedformålet med denne gjennomgangen var å identifisere kilder og litteratur som svarer på spørsmålet: «**hvorfor slutter helsepersonell i jobben?**». Vi inkluderte både kilder som omfattet årsaker til turnover (faktisk har sluttet) og turnoverintensjon (vurderer/ønsker å slutte) i gjennomgangen. I tillegg til årsaker til turnover og turnoverintensjon peker vi i denne litteraturgjennomgangen på tiltak som kan bidra til å motvirke turnover i helseforetakene.

Helsepersonell omfatter mange yrkesgrupper, og årsakene til ekstern turnover kan variere mellom de ulike gruppene. Vi definerte følgende yrkesgrupper som særlig relevante for søket, i tråd med ønsker fra oppdragsgiver:

- Leger
- Psykologer
- Sykepleiere
- Jordmødre
- Hjelpepleiere
- Helsesekretærer

Søket ble i hovedsak rettet mot ansatte ved sykehus. Der litteraturen var mangelfull utvidet vi også søket til å omfatte ansatte andre steder i helsetjenesten (f.eks. den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller allmennlegetjenesten). I oppsummeringen av funn er det eksplisitt beskrevet dersom funnene baserer seg på erfaringer blant ansatte utenfor sykehus.

Ettersom arbeidsmarkedet og organiseringen av helsetjenester varierer mellom land, kan årsaker til turnover og turnoverintensjon blant helsepersonell også variere mellom land. I vår kunnskapsoppsummering om årsaker til

turnover blant helsepersonell har vi i hovedsak fokusert på kilder fra Norge og andre nordiske land, som vi antar har arbeidsforhold som tilsvarer de norske.

I gjennomføringen av litteratursøket om turnover oppdaget vi tidlig at få norske og nordiske studier dekket årsaker til turnover og turnoverintensjon for leger og psykologer i spesialisthelsetjenesten. For å gi et mer utfyllende bilde av mulige årsaker til turnover blant leger og psykologer valgte vi å inkludere internasjonale kilder, herunder systematiske oversiktsartikler og noen enkeltstudier som et supplement til den nordiske litteraturen. Når vi valgte å inkludere internasjonale studier i kunnskapsoppsummeringen vurderte vi samtidig om det er sannsynlig at årsakene som ble nevnt i den internasjonale litteraturen også er relevante i Norge. For eksempel viser en rekke internasjonale studier at arbeidstid og vaktarbeid påvirker legers turnoverintensjon. Selv om arbeidstid og vaktbelastning kan være annerledes i andre land enn i Norge, og dermed ha en annen påvirkning på turnover, opplever vi det som nyttig å kommunisere slike funn da de illustrerer viktigheten av å legge til rette for gode arbeidsvilkår.

Omfanget av litteratur om årsaker til turnover og turnoverintensjon blant sykepleiere var større enn blant leger og psykologer, men noen av de norske studiene ble vurdert til ikke å være relevante for denne kunnskapsoppsummeringen, for eksempel fordi de kun så på sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Vi ønsket å supplere med internasjonal litteratur, og det ble derfor inkludert åtte studier fra land utenfor Norden. Inntrykket fra disse samsvarer med inntrykket fra den nordiske litteraturen.

Siden den nasjonale konteksten kan påvirke årsaker til turnover og turnoverintensjon, og siden denne litteraturgjennomgangen skal gi informasjon som er relevant for norske forhold, har vi i oppsummeringen av funn vært tydelige på når vi har lent oss på internasjonal litteratur.

Helsetjenesten er i endring, og nylige publiserte studier ble derfor vurdert til å være mer relevante enn eldre studier. I tillegg til at nyere studier ble gitt økt prioritet ble søket avgrenset til studier publisert etter år 2000.

Søket ble også avgrenset til å kun omfatte nordisk- og engelskspråklige kilder.

Identifisering av kilder

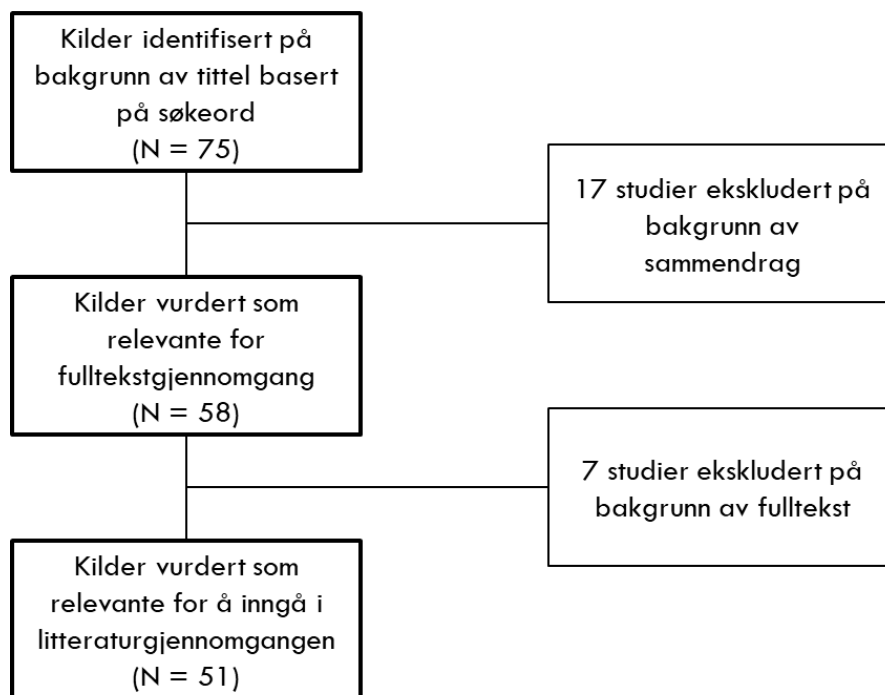
Vi gjennomførte søk i følgende databaser: Pubmed/Medline, Google Scholar og Oria (universitetsbibliotekets database). Grålitteraturen ble identifisert ved hjelp av Google-søk. Som en del av søket ble det definert et sett med søkeord for å identifisere kilder. Søkeordene som ble benyttet i søket ligger i vedlegg 1.

I tillegg til å identifisere kilder gjennom nevnte søkeord ble det gjort en gjennomgang av referanselisten i de inkluderte kildene for å identifisere andre relevante kilder.

Valg av kilder

Søkeordene la grunnlag for identifisering av kildene i de ulike databasene. I første omgang ble kilder plukket basert på tittel. Totalt ble 75 kilder vurdert som relevante basert på tittel. I neste runde leste vi sammendrag, før vi valgte ut endelig artikler for en overordnet gjennomgang av hele teksten. Av artiklene vurdert som relevante for fulltekstgjennomgang (58) ble 51 vurdert som relevante. Vurderingen av relevans ble gjort på bakgrunn av yrkesgruppene inkludert i kilden, setting (geografi, arbeidssted osv.) og publiseringsår.

Figur 1: Valg av kilder



Illustrasjon: Oslo Economics

Hente ut informasjon og sammenstille funn

For hver av kildene inkludert i litteraturgjennomgangen (51 kilder) ble følgende informasjon trukket ut:

1. Navn på forfatter(e)
2. Tittel
3. Publiseringsår
4. Publikasjonssted
5. Land/region
6. Yrkesgruppe kilden dekket
7. Forskningsmetode (intervju/ registerdataundersøkelse/ spørreundersøkelse osv.)
8. Oppsummering av hovedfunn

Basert på en første gjennomgang av de inkluderte kildene identifiserte vi ni overordnende kategorier for årsaker til turnover og turnoverintensjon (Tabell 2). Ulike undergrupper av årsaker ble sortert i de ni kategoriene basert på en vurdering av hvor de passet best hjemme.

2. Årsaker til turnover blant helsepersonell

I dette kapittelet beskriver vi først kildene som ble inkludert i gjennomgangen, før vi oppsummerer resultatene fra de identifiserte kildene.

2.1 Inkluderte kilder og kategorisering av årsaker til turnover

Totalt ble det identifisert 51 kilder som ble vurdert som relevante. Av disse var 43 forskningsartikler publisert i et fagfellevurdert tidsskrift, tre utredninger eller rapporter og fire andre kilder. 17 av kildene var fra Norge, 18 var fra andre nordiske land, mens 16 var kilder fra andre land i verden. Blant studiene som undersøker årsaker til turnover og turnoverintensjon blant helsepersonell er det klart flest som studerer sykepleiere (34). Mesteparten av litteraturoppsummeringen vil derfor handle om sykepleiere, men vi har også identifisert noen kilder som ser på leger, psykologer og annet helsepersonell (19). Den eldste inkluderte kilden er fra 2002 og den nyeste er fra 2021. 14 av de inkluderte kildene er fra før 2010.

Av kildene inkludert i oppsummeringen ble det benyttet flere ulike metoder. Metodiske elementer som gikk igjen var spørreundersøkelse (33), intervjuer (8), registerdata (1) og systematisk litteraturgjennomgang (5). Flere kilder benyttet også en kombinasjon av ulike metodiske tilnærminger.

I flere av forskningsartiklene er tilnærmingen at man vil undersøke én eller noen få faktorerers betydning for turnover. At en gitt faktors betydning for turnover avdekkes i forskningslitteraturen kan dermed til en viss grad være prisgitt at en forsker har fattet interesse for denne faktoren. Dette betyr også at forskningslitteraturen ikke nødvendigvis gir et dekkende bilde av årsakene til turnover blant helsepersonell. Dette bør en være bevisst på hvis man utelukkende vil lene seg på fagfellevurdert forskning i litteraturgjennomgangen.

Av den grunn, og for å gi et kompletterende og mer helhetlig bilde av årsaker til turnover blant helsepersonell har vi også inkludert spørreundersøkelser til medlemmer i arbeidstakerorganisasjoner i informasjonsgrunnlaget. Disse er sjeldent kvalitetssikret på samme måte som fagfellevurdert forskning, og man kan argumentere for at bakenforliggende motiver kan påvirke både spørsmålsstillinger og måten spørsmålene blir besvart på. Likevel gir disse studiene, hvor helsepersonell får mulighet til svare på direkte spørsmål om hvilke faktorer som bidrar til turnoverintensjon, et godt bilde av årsaker til turnoverintensjon, som komplement til forskningslitteraturen.

Tabell 1: Oversikt over inkluderte kilder på årsaker til turnover og kjennetegn ved kildene

Forfatter	År	Type kilde	Datakilde	Land	Yrkesgruppe
Andresen, IH. mfl. (12)	2016	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Norge	Sykepleiere
Aula Research (13)	2021	Presentasjon	Spørreundersøkelse	Finland	Sykepleiere
Birkeli, CN. mfl. (14)	2020	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Norge	Fastleger og allmennleger
Degen, C. mfl. (15)	2015	Forskningsartikkel	Litteraturgjennomgang	Flere	Leger
Dellve, L. & Håkansson, H. (16)	2020	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Sverige	Sykepleiere og helsefagarbeidere
Sykepleien (17)	2019	Artikkel	Spørreundersøkelse	Norge	Sykepleiere
Eriksson, A. & Vulkan, P. (18)	2020	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse og intervju	Sverige	Sykepleiere og hjelpesykepleiere
Eriksson mfl. (19)	2021	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Sverige	Sykepleiere og helsefagarbeider
Estry-Behar, D. mfl. (20)	2011	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Frankrike	Leger
Flinkman, M. mfl. (21)	2008	Forskningsartikkel	Intervju	Finland	Sykepleiere
Flinkman, M. mfl. (22)	2013	Forskningsartikkel	Intervju	Finland	Sykepleiere
Flinkman, M. & Salanterä, S. (23)	2015	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Finland	Sykepleiere
Fochsen, G. mfl. (24)	2006	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Sverige	Sykepleiere
Gardulf, A. mfl. (25)	2005	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Sverige	Sykepleiere
Halter, M. mfl. (26)	2017	Forskningsartikkel	Litteraturgjennomgang	Flere	Sykepleiere
Helsedirektoratet (11)	2019	Rapport	-	Norge	Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten
Hogh, A. mfl. (27)	2011	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Danmark	Sykepleiere

Holmås, TH. (28)	2002	Forskningsartikkel	Registerdata	Norge	Sykepleiere
Homburg, V. mfl. (29)	2013	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Nederland	Sykepleiere
Hämmig, O. (30)	2018	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Sveits	Leger, sykepleiere m.m.
Haaland, GH. mfl. (31)	2019	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Norge	Sykepleiere
Haaland, GH. mfl. (32)	2021	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Norge	Sykepleiere
Heponiemi, T. mfl.(33)	2008	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Finland	Leger
Jansson von Vultée, P. mfl. (34)	2007	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Sverige	Leger
Kox, JHAM. mfl. (35)	2020	Forskningsartikkel	Intervju	Nederland	Sykepleiere
Lagerlund, M. mfl. (36)	2015	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Sverige	Sykepleiere
Larsen, RA. & Bondevik, GT. (37)	2016	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Norge	Allmennleger
Lögde, A. mfl. (38)	2018	Forskningsartikkel	Intervju	Sverige	Sykepleiere
Martinussen, PE. mfl. (39)	2020	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Norge	Leger
Meissner, A. mfl.{Meissner, 2007 #88}	2007	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Norge mfl.	Sykepleiere
Misra-Hebert, AD. mfl. (40)	2004	Forskningsartikkel	Litteraturgjennomgang	Flere	Leger
Moss, P.J. mfl. (41)	2004	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Storbritannia	Leger
Nei, D. mfl. (42)	2015	Forskningsartikkel	Litteraturgjennomgang	Flere	Sykepleiere
Norsk Sykepleierforbund (43)	2021	Artikkel	Spørreundersøkelse	Norge	Sykepleiere
Nunstedt, H. mfl. (44)	2020	Forskningsartikkel	Intervju	Sverige	Sykepleiere
Nylén-Eriksen, M. mfl. (2)	2020	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Norge	Sykepleiere
Ochsmann, EB. (45)	2012	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Tyskland	Leger
Pachulicz, S. mfl. (46)	2008	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	USA	Leger
Patel, RS. mfl.(47)	2019	Forskningsartikkel	Litteraturgjennomgang	Flere	Leger
Psykologtidsskriftet (48)	2020	Artikkel	-	Norge	Psykologer
Riksrevisjonen (9)	2019-2020	Rapport	Registerdata m.m.	Norge	Sykepleiere, jordmødre m.m.
Rodal, J. & Frank, K. (49)	2008	Rapport	-	Norge	Psykologer i kommunene
Rudman, AP. mfl. (50)	2014	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Sverige	Sykepleiere
Rupert, PA. og Kent, JS. (51)	2007	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	USA	Psykologer
Sasso, L. mfl. (52)	2019	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Italia	Sykepleiere

Scanlan, JN. & Still M. (53)	2019	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Australia	Leger, psykologer, sykepleiere m.m.
Sellgren, SF. mfl. (54)	2009	Forskningsartikkel	Intervju	Sverige	Sykepleiere
Slåtten, T. & Lien, G. (55)	2021	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Norge	Sykepleiere og jordmødre
Søbstad, JH. mfl. (56)	2021	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Norge	Sykepleiere
Tucker, P. mfl.(57)	2015	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Sverige	Leger
van der Heijden, B. mfl. (58)	2009	Forskningsartikkel	Spørreundersøkelse	Nederland	Sykepleiere

2.2 Kategorisering av årsaker

Basert på en gjennomgang av kildene inkludert i denne litteraturoppsummeringen har vi identifisert ni overordnede kategorier for årsaker til turnover og turnoverintensjon (Tabell 2).

Tabell 2: Kategorisering av årsaker til turnover

Hovedkategori årsak til turnover	Eksempler på årsaker
Arbeidsmiljø	Lav trivsel, sosialt arbeidsmiljø og tilfredshet med jobben
Ledelse	Lite støtte, lite annerkjennelse og organisatoriske forhold
Utviklingsmuligheter og fagmiljø	Manglende fagnettverk og lite faglige utfordring
Arbeids- og lønnsvilkår	Misnøye med lønn og arbeidstider
Arbeidsmengde	Høy arbeidsmengde, lav bemanning og tidspress
Arbeidskrav	Høye fysiske og/eller psykiske krav
Fysiske og psykiske plager	Utbrenthet og stress
Personlige årsaker	Helseplager som ikke er jobb-relatert og familierelaterte årsaker
Andre karrieremuligheter	Overgang til kommunehelsetjenesten eller det private markedet

I oppsummeringen av ulike årsaker under skiller vi mellom leger og psykologer og sykepleiere og annet helsepersonell (vernepleiere, helsefagarbeidere, hjelpepleiere og jordmødre). Før årsaker til turnover for hver av de to hovedgruppene drøftes, presenteres et driverdiagram som illustrerer antall kilder som har funnet ulike årsaker til turnover.

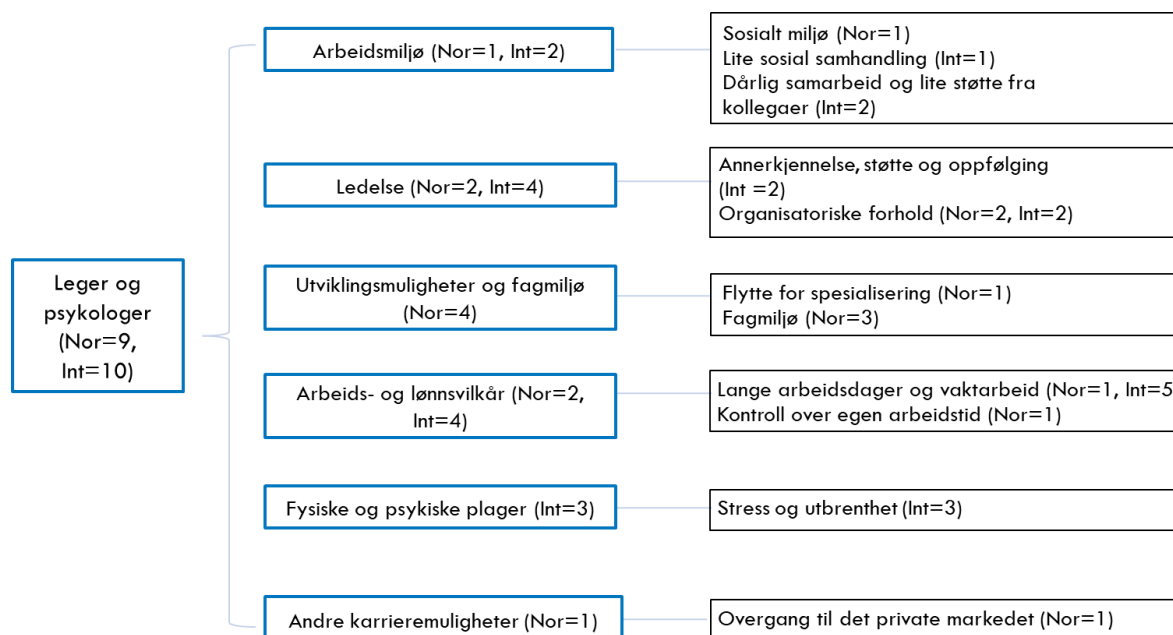
2.3 Turnover blant leger og psykologer

Sammenlignet med for sykepleiere finnes det begrenset litteratur i Norge om hvorfor leger og psykologer velger å bytte arbeidsplass. I en nylig publisert studie basert på spørreskjemadata fra 917 leger på offentlige sykehus i Norge trekkes det frem at det **sosiale miljøet** er en viktig årsak til at leger blir i jobben, mens **omorganiseringer**, for eksempel sammenslåing av avdelinger, er en viktig årsak til at leger vurderer å slutte i jobben. Helsedirektoratet peker på at størrelsen på **det private arbeidsmarkedet** er en mulig årsak til stor variasjon i turnover mellom ulike spesialiteter. Internasjonal forskning tyder også på at **lønns- og arbeidsvilkår, forhold ved ledelsen og fysiske og psykiske plager** kan være mulige årsaker. For psykologer blir det særlig trukket frem at turnover skyldes at psykologer **må flytte på seg som et ledd i spesialiseringen**. Rift om jobbene i sentrale strøk gjør i det krevende å beholde eller rekruttere psykologer til distriktene.

For leger og psykologer ble det identifisert totalt 19 relevante kilder, hvorav 6 var fra Norge, 3 var fra Norden og 10 fra land utenfor Norden. En oppsummering av antall studier og årsaker som ble identifisert i litteraturen er presentert i Figur 2. I vedlegg 2 finnes en oversikt over hvilke kilder som trekker frem de ulike årsakene til turnover.

I det følgende oppsummeres de viktigste funnene fra de inkluderte studiene.

Figur 2: Oversikt over antall studier og årsaker til turnover for leger og psykologer



Illustrasjon Oslo Economics. Merknad: Nor= antall kilder fra nordiske land og Int = antall internasjonale kilder (utenfor Norden) inkludert i litteraturgjennomgangen.

Arbeidsmiljø

Flere studier peker på at arbeidsmiljø er viktig for at leger skal trives i jobben, og at dårlig arbeidsmiljø er en årsak til at de velger å slutte (20, 39, 45, 47). Martinussen mfl. analyserer spørreskjemadata fra 917 leger på offentlige sykehus i Norge og finner at det sosiale miljøet er en viktig årsak til at legene blir i jobben (39). Tilsvarende trekkes det frem i en nylig publisert oversiktsartikkel om strategier for å hindre utbrenthet blant leger at lite sosial samhandling er en viktig årsak til utbrenthet blant leger (47). Resultater fra studier gjennomført i Frankrike og Tyskland peker også på at dårlig samarbeid og lite støtte fra kollegaer har betydning for legers ønske om å fortsette i jobben (20, 45).

Forhold ved ledelsen

Misnøye med ledelsen er en annen årsak til turnover og turnoverintensjon blant leger og psykologer (39, 53). I litteraturen pekes det blant annet på at mangel på anerkjennelse og tilbakemelding, oppfatning av ledelse og organisatoriske forhold er viktige forklaringer (39, 53). Eksempelvis trekker Martinussen mfl. frem omorganisering, for eksempel sammenslåing av avdelinger, som en sentral årsak til at leger vurderer å slutte i jobben ved norske sykehus (39). Slike omorganiseringer er som regel initiert av ledelsen, og kan ha stor betydning for de ansattes arbeidshverdag. Internasjonal forskning tyder også på at forskjeller i legers forventninger, organisasjonskultur og regler (40), manglende støtte fra ledelsen (45) og misnøye med muligheter til å velge egen arbeidsform (46) forklarer hvorfor leger slutter eller vurderer å slutte i jobben.

Utviklingsmuligheter og fagmiljø

Som for andre høykompetanseyrker er utviklingsmuligheter viktig for at leger og psykologer skal trives i jobben. For mange leger og psykologer er spesialisering en viktig del av karriereutviklingen, og forklarer hvorfor disse søker nye muligheter andre steder. Psykologtidsskriftet skriver at mye av turnover blant psykologer skyldes at psykologer må flytte på seg som et ledd i spesialisering (48). Det er særlig rift om jobbene i sentrale strøk (48), og det kan være utfordrende å beholde slik arbeidskraft i distriktene. I en undersøkelse av rekrutteringsutfordringer knyttet til psykologer i kommunene finner forfatterne at det er en utfordring at psykologene ofte har liten kontakt med egen faggruppe og kan føle seg faglig isolert (49). Å legge til rette for et godt fagmiljø og kontakt med andre faggrupper kan derfor være viktig for å beholde arbeidskraften. Funn fra allmennlegetjenesten støtter opp under viktigheten av utviklingsmuligheter og fagmiljø, og studier fra Norge peker på at disse forholdene er viktige for at leger skal fortsette i jobben (14, 37). Selv om disse studiene er

mindre relevante for helseforetakene gir de en indikasjon på viktigheten av å bygge sterke fagmiljøer for å tiltrekke seg kompetanse og gjøre det mer attraktivt for leger å velge spesialisering i sykehus fremfor allmennpraksis eller andre karriereveier.

Arbeids- og lønnsvilkår

Arbeids- og lønnsvilkår i form av arbeidstid og vaktarbeid påvirker legers arbeidshverdag. Internasjonal forskning tyder på at lange dager og mange vakter fører til utbrenthet og turnoverintensjon blant leger (15, 47). I en internasjonal litteratursammenstilling basert på 17 studier fra Storbritannia, Tyskland, USA, Frankrike og Finland trekkes det frem at leger med lange arbeidstider, færre pauser og vaktoppgaver i større grad vurderer å slutte i jobben sin (15). Særlig kvinnelige leger rapporterer at arbeidsuker over 50 timer (20) og 5-10 timer overtid (45) bidrar til turnoverintensjon. For mannlige leger var særlig mindre arbeid i helg viktig for at de ønsker å stå i jobben (45). Erfaringer fra Storbritannia tyder på at det særlig er lange arbeidsdager som gjør at yngre leger vurderer å bytte jobb (41). En kilde fra Finland som undersøker effekten av vaktarbeid (telefonvakt) og livsstil på turnoverintensjon hos lege finner at leger som jobber mer enn 40 timer i måneden på telefonvakt opplever mer helseplager enn de som ikke jobbet vaktarbeid. Videre finner de en at av kombinasjonen av vaktarbeid og risikofaktorer med tanke på livsstil (røyking, lite fysisk aktivitet o.l.) har en ekstra effekt på turnoverintensjon hos leger. (33) En annen kilde fra Sverige undersøker effekten av å gi legene mer kontroll over egen arbeidstid på legenes søvn og trivsel. De finner at mer kontroll over egen arbeidstid mildner de negative effektene av nattskift og gjør at legene er mindre slitne etter jobb. (57)

Fysiske og psykiske plager

Fysiske og psykiske plager kan også påvirke turnoverintensjonen hos psykologer og leger. Internasjonal forskning viser at utbrenthet og stress er utbredt både blant leger og psykologer (30, 47, 51). Internasjonal forskning tyder også på at dårlige arbeidsforhold (41) kan føre til psykiske og fysiske plager. Selv om arbeidsforholdene i stor grad kan variere mellom ulike land er det grunn til å tro at dette også aktuelle problemstillinger i Norge, selv om den gjennomsnittlige arbeidstiden i Norge er kortere enn i f.eks. England. Av de 47 yrkesgruppene som er omtalt i STAMs faktabok om arbeidsmiljø og helse for 2021 er leger/psykologer nummer fire på listen over de som oppgir å ha psykiske plager (59). Nesten 20 prosent av de spurte oppgir at plagene helt eller delvis skyldes jobben.

Andre karrieremuligheter

Som for øvrige yrker er andre karrieremuligheter og andre arbeidsplassers attraktivitet av betydning for hvorvidt leger eller psykologer slutter i jobben sin. Helsedirektoratets rapport om leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten peker på at en årsak til stor variasjon i turnover mellom ulike spesialiteter kan være størrelsen på det private arbeidsmarkedet (11). For enkelte spesialiteter kan mulighetene i det private markedet, og oppgaver og betingelser legene får der, være av stor betydning for hvorfor de velger å forlate helseforetakene. For andre spesialiteter vil det være mindre attraktive arbeidsplasser andre steder i det private markedet, noe som reduserer mulighetene til, og ønske om, å slutte i helseforetakene. Også i en medarbeiderundersøkelse i Helse Vest fra 2014 blir nye muligheter (sammen med arbeidsforhold og lønn) trukket frem som en viktig årsak til at medarbeidere planlegger å slutte (60).

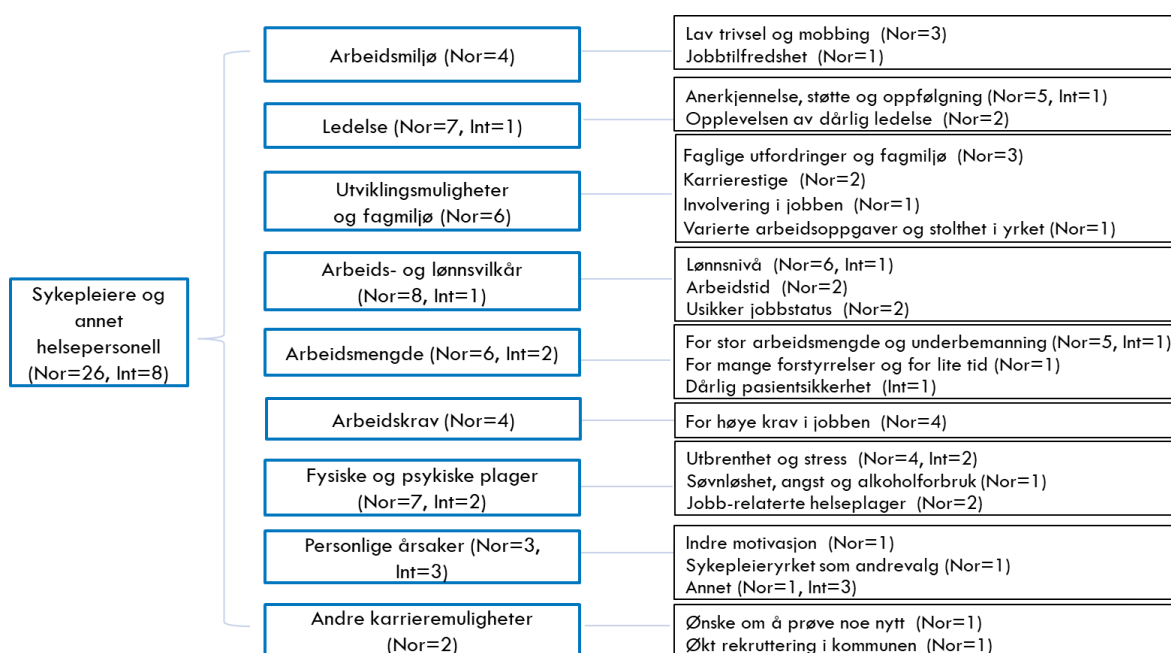
2.4 Turnover blant sykepleiere og annet helsepersonell

For sykepleiere er litteraturen om turnover og turnoverintensjon både nasjonalt og internasjonalt mer omfattende enn for leger og psykologer. I litteraturen nevnes flere mulige årsaker til turnover blant sykepleiere, og det er særlig **arbeids- og lønnsvilkår** i form av **dårlig lønn, usikker jobbstatus og ubekvemme arbeidstider** som går igjen. I tillegg pekes det ofte på **høy arbeidsmengde** og **lavbemanning** som viktige årsaker til turnover og turnoverintensjon blant sykepleiere i Norge og internasjonalt.

For sykepleiere og annet helsepersonell ble det identifisert totalt 34 relevante kilder, hvorav 11 var fra Norge, 15 fra andre Nordiske land og 8 fra land utenfor Norden. En oppsummering av antall studier og årsaker som ble identifisert i litteraturen er presentert i Figur 3. I vedlegg 2 finnes en oversikt over hvilke kilder som nevner de ulike årsakene til turnover.

I det følgende oppsummeres de viktigste funnene fra de inkluderte studiene.

Figur 3 Oversikt over antall studier og årsaker til turnover for sykepleiere og annet helsepersonell



Illustrasjon Oslo Economics. Merknad: Nor= antall kilder fra nordiske land og Int = antall internasjonale kilder (utenfor Norden) inkludert i litteraturgjennomgangen.

Arbeidsmiljø

Flere kilder trekker frem arbeidsmiljø som en viktig faktor for turnover og turnoverintensjon blant sykepleiere og annet helsepersonell. Mobbing og lav trivsel på jobb trekkes eksempelvis frem som sentrale årsaker. Søbstad mfl. undersøker turnoverintensjon hos mer enn 1 000 norske sykepleiere og finner at mobbing har en sammenheng med turnoverintensjonen (56). Dette funnet støttes opp av en kilde fra Danmark som viser at mobbing fører til turnover hos helsearbeidere (27). Tilsvarende viser internasjonale kilder at lav trivsel på jobben har sammenheng med turnoverintensjon blant sykepleiere (21). En annen årsak som påvirker turnoverintensjon hos sykepleierne er jobbtilfredshet («job satisfaction»), som delvis kan ha sammenheng med arbeidsmiljø. Slåtten og Lien undersøker turnoverintensjon til helsepersonell ved fire sykehus i Sørøst-Norge og finner at jobbtilfredshet alene kan forklare 60 % av turnoverintensjonen til de ansatte (55).

Ledelse

Ledelse blir ofte pek på som en viktig årsak til turnover og turnoverintensjon. Dette omfatter både manglende støtte og anerkjennelse fra ledelsen, samt opplevelsen av manglende kvalitet på ledelsen. Flere internasjonale kilder viser at lite anerkjennelse og støtte påvirker turnoverintensjonen hos sykepleiere og annet helsepersonell (13, 23, 36, 38, 53). Andre kilder viser at opplevelsen av en dårlig ledelse og svikt i ledelsen er en viktig årsak til turnover og turnoverintensjon (18, 54). Én viktig kilde som ser på sammenhengen mellom ledelse og turnoverintensjon er studien til Hognestad Haaland mfl. (32). De undersøker effekten av støtte fra ledere («supervisor support») og etiske dilemma på turnoverintensjon. De ser både på den direkte sammenhengen mellom støtte fra ledere og turnoverintensjon og den indirekte sammenhengen gjennom at støtte fra lederne påvirker hvor meningsfull man opplever jobben, som igjen kan påvirke turnoverintensjonen. De bruker data fra en spørreundersøkelse som ble sendt til alle ansatte i Helse Vest, hvorav 2 946 sykepleiere gjennomførte undersøkelsen. Graden av støtte fra ledelsen ble målt gjennom ulike spørsmål som hvorvidt de ansatte fikk konstruktive råd og tilbakemeldinger på arbeidet deres. Turnoverintensjon ble målt gjennom spørsmål om hvorvidt de ansatte hadde lyst til å slutte i jobben som sykepleier og starte i en ny type jobb. Forfatterne finner at støtte fra ledelsen har en signifikant negativ effekt på turnoverintensjon indirekte gjennom at støtte fra ledelsen påvirker hvor meningsfull man opplever jobben.

Utviklingsmuligheter og fagmiljø

I en spørreundersøkelse gjennomført av tidsskriftet Sykepleien oppgir 72 % av sykepleierne at de har vurdert å slutte det siste året. Omtrent halvparten av disse oppgir «lite tid og rom for faglige diskusjoner med kollegaer»

som en årsak til hvorfor de vurderer å slutte (43). Flere internasjonale kilder finner at begrensede muligheter til å bygge karriere er en viktig årsak til turnover hos sykepleiere (22, 25). I tillegg viser flere internasjonale kilder at manglende muligheter til å utvikle seg faglig og lite faglig utfordring også er en viktig faktor (21, 22). Videre peker funn fra svenske sykehus på at sykepleiere i større grad ønsker å bli i jobben dersom de har variasjon i arbeidsoppgavene og stolthet i yrket (44). Nylén-Eriksen mfl. finner videre at involvering i jobben («job involvement») har positiv sammenheng med ønske å bli i jobben blant sykepleiere både i primær- og spesialisthelsetjenesten (2).

Arbeids- og lønnsvilkår

Arbeids- og lønnsvilkår i form av dårlig lønn, usikker jobbstatus og ubekvemme arbeidstider er tre årsaker til turnover og turnoverintensjon som ofte går igjen i litteraturen. En spørreundersøkelse gjort av Norsk Sykepleierforbund og en undersøkelse gjennomført av Sykepleien viser begge at dårlig lønn er den nest vanligste hovedgrunnen til at sykepleiere ønsker å jobbe andre steder enn i helsevesenet (17, 43). Dårlig lønn er en årsak til turnover som går igjen i andre norske (28) og internasjonale kilder (13, 17, 21, 25, 29, 43). Denne årsaken ble også trukket frem som en av de viktigste årsakene i Helse Vests medarbeiderundersøkelse fra 2014 (60). To internasjonale kilder viser til at ubekvemme arbeidstider er en viktig årsak til turnover blant sykepleiere (21, 38). I en studie av turnoverintensjon blant nesten 500 norske sykepleiere finner forfatterne at turnoverintensjon har en sammenheng med midlertidige stillinger (12). En internasjonal kilde viser også at usikker jobbstatus er en viktig årsak til at sykepleiere ønsker å slutte (21). En mulig årsak til turnover blant sykepleiere er at det er et yrke preget av mange deltidsstillinger, og at mange derfor slutter for å heller få heltidsstilling et annet sted. Funn fra spørreundersøkelsen til Sykepleien viser derimot at få sier de vil ut av helsesektoren fordi de ikke får heltidsstilling (43).

Arbeidsmengde

Høy arbeidsmengde og lav bemanning er to av de mest omtalte årsakene i litteraturen om turnover og turnoverintensjon blant sykepleiere. Dette gjelder både for kilder som studerer forhold i Norge og i andre land.

I en studie som undersøker misnøye blant sykepleiere i ti europeiske land, herunder Norge, pekes «for mange forstyrrelser» på som en av de viktige årsakene til misnøye (61). Dette gjelder også for Norge, hvor 18% av de spurte (n=1 816) oppgir denne årsaken, mens 11% oppgir «for lite tid» som årsak til misnøye. En medlemsundersøkelse gjennomført av Norsk Sykepleierforbund viser at den vanligste årsaken til at sykepleiere ønsker å jobbe andre steder enn helsevesenet eller skifte jobb til en annen sykepleierstilling/tjeneste er fordi arbeidsbelastningen er for stor (17). Undersøkelsen omfatter både sykepleiere ansatt ved sykehus og andre steder i tjenesten som hjemmesykepleien og sykehjem, og vi har ikke hatt tilgang til data som gjør det mulig å trekke ut svarene til sykehusansatte. Annen forskning fra Norge og andre nordiske land gir likevel grunn til å tro at disse funnene også gjelder for sykepleiere ansatt ved sykehus. I en undersøkelse om sykepleieres ønske om å bli ledere ved ulike sykehus i Helse Vest finner Haaland mfl. at høy arbeidsmengde har negativ effekt på ønske om å bli leder (31). Tilsvarende viser en studie gjennomført på et stort sykehus i Sverige (med om lag 9 000 ansatte) at for høy arbeidsmengde er en av de viktigste årsakene til turnoverintensjon blant sykepleierne ansatt ved sykehuset (54). Deltakerne i studien trekker frem at kombinasjonen av at innlagte pasienter er sykere enn før, reduksjonen i antall sengeposter og liggetid og flere sammensatte sykdomsforløp gjør at det er krevende å finne tid til dialog og refleksjon med kollegaer, og at arbeidsmengden fører til utbrenthet og høyere turnover. Flinkman mfl. finner det samme i deres undersøkelse av turnoverintensjon blant unge sykepleiere ansatt ved sykehus i Finland (21). Også i studier gjennomført utenfor Norden blir for høy arbeidsbelastning og underbemanning trukket frem som viktige årsaker til turnoverintensjon blant sykepleiere (13, 42, 52). Underbemanning kan bidra til at pasientsikkerheten oppleves som dårlig, og funn fra Italia viser at opplevelsen av dårlig pasientsikkerhet påvirker turnoverintensjon blant sykepleiere (52).

Arbeidskrav

Kombinasjonen av høye jobbkraav og lav selvbestemmelse i jobben er særlig utbredt blant ansatte ved sykehus (62). Flere studier gjennomført i andre nordiske land finner at høye krav er en viktig årsak til turnover og turnoverintensjon blant sykepleiere og hjelpepleiere/sykepleieassistenter (16, 18, 19, 38). Dette omfatter blant annet høye krav til «produksjon» (38) og høye fysiske og psykiske krav til den enkelte (18).

Fysiske og psykiske plager

Utbrenthet og stress er en ofte nevnt årsak til turnover og turnoverintensjon blant sykepleiere. Basert på en undersøkelse rettet mot sykepleiere ved to sykehus på Østlandet (n=71) har Bégat Ellefsen og Severinsson (2005) studert sykepleieres fornøydhet med det psykososiale arbeidsmiljøet og deres velvære på jobb (63).

Forfatterne konkluderer med at «etiske konflikter» er en viktig kilde til jobb relatert stress og angst. Flinkman finner at utbrenthet har en sammenheng med unge sykepleiere i Finland ønsker å slutte som sykepleier (21). Gardulf mfl., Rudman mfl. og Lagerlund mfl. finner alle at turnoverintensjon blant sykepleiere har en sammenheng med utbrenthet (25, 36, 50). I en systematisk oversikt av litteraturen på turnoverintensjon blant sykepleiere finner Halter mfl. at stress er en viktig faktor for turnover (26). Dette blir også trykket frem av Hämmig i en undersøkelse blant sykepleiere i Sveits, der det konkluderes med at fysisk og psykisk belastning og stress hadde sterk sammenheng med utbrenthet og tanker om å slutte i yrke (30).

Funn fra en undersøkelse med mer enn 1 000 norske sykepleiere tyder på at søvnløshet, angst og alkoholforbruk kan forsterke virkningen av arbeidsbetingelser på turnoverintensjon (56). Jobb-relaterte helseplager som følge av arbeidsvilkårene kan også være en årsak til ekstern turnover blant sykepleiere (38), og funn fra Sverige viser at personell som har problemer med rygg/nakke eller knær, og de som har begrenset tilgang til utstyr til å transportere pasientene, har større sannsynlighet for å slutte i yrket (24).

Personlige årsaker

Internasjonal forskning peker på personlige årsaker som mangel på indre motivasjon eller helseplager som ikke er jobbrelatert som mulige årsaker til turnover eller turnoverintensjon blant sykepleiere. Fra litteraturen fremgår det at personlige årsaker ofte nevnes i kombinasjon med andre årsaker (se f.eks. (22) eller (54)). Funn fra sykehus i Sverige finner at indre motivasjon har en mulig påvirkning på turnover blant sykepleierne (54), mens i Finland finner man at flere sykepleiere hadde sykepleierutdanningen som andrevalg, og at det derfor er noe tilfeldig at de endte opp i yrket (23). At sykepleierne ikke føler at de passer inn i bildet av «den typiske sykepleieren» er et annet eksempel som blir trukket frem fra Finland, men dette er kun basert på intervjuer med tre sykepleiere som har sluttet i jobben (22). Funn fra Nederland viser at «utfordringer med å balansere jobb og fritid» påvirker turnoverintensjon (29, 58), og at helseplager som ikke er jobb-relatert årsak til at sykepleierne ønsker å slutte i yrket (35). En annen mulig årsak til turnover blant sykepleiere og annet helsepersonell kan være at de flytter eller bytter jobb som følge av arbeidsmuligheter for partner. Det er her relevant å peke på en undersøkelse fra Sykepleien som viser at de fleste kvinnelige sykepleiere tjener mindre enn partneren sin (64). Dette kan bidra til at noen prioriterer arbeidsmuligheter for «hovedforsørgeren».

Andre karrieremuligheter

At helsepersonell slutter i helseforetakene kan både skyldes at de velger andre jobber i helsetjenesten, eller at de søker muligheter utenfor sektoren. Det er ikke uvanlig at utdannede sykepleiere jobber i andre næringer, og data fra SSB viser at en av fem nyutdannede sykepleiere jobber i andre næringer enn helsetjenesten (1). I en spørreundersøkelse blant sykepleiere på et sykehus i Stockholm oppgir en stor andel av de som ønsker å slutte «ønske om å prøve noe nytt» som en årsak (25). Nye utfordringer blir også oppgitt som en av de viktigste årsakene til at sykepleiere planlegger å slutte i Helse Vests medarbeiderundersøkelse (60). I Riksrevisjonens rapport om bemanningsutfordringer i helseforetakene trekker de frem at mange jordmødre som slutter i spesialisthelsetjenesten begynner å jobbe i kommunen, fordi kommunene har økt rekrutteringen av jordmødre. Det skyldes at kommunene ble pålagt krav om flere jordmødre, i tillegg fikk kommunene øremerkede midler til dette formålet. Videre trekker de frem at en årsak til den relativt høye graden av turnover blant sykepleiere og jordmødre kan være at disse to yrkesgruppene har flere jobbmuligheter utenfor helseforetakene, sammenlignet med for eksempel intensiv- og operasjonssykepleiere (9).

2.5 Tiltak for å redusere bemanningsutfordringer i helsetjenesten

Å beholde helsepersonell i helsekontaktene er viktig og ulike tiltak kan tenkes for å bidra til å unngå at personer velger å slutte. Det finnes en rekke generelle tiltak for å unngå turnover, herunder bedre lønnsbetingelser, behandle viktige arbeidstakere som partnere og gi dem valgmuligheter, tilby mer fleksible arbeidstider og tilby kurs, videreutdanning og forfremmelser (6). Helsetjenesten skiller seg imidlertid fra andre sektorer, og det er behov for å bedre forstå hvilke tiltak som fungerer for å unngå turnover blant helsepersonell.

Hovedgrupper av tiltak for å beholde og rekruttere helsepersonell

Europakommisjonen publiserte i 2015 en studie om hvordan å rekruttere og beholde helsepersonell (65). Formålet med studien var å fremme utveksling av beste praksis og peke på muligheter for å løse utfordringer knyttet til å rekruttere og beholde personell i tjenesten. Kommisjonen trekker frem flere intervensjoner eller tiltak som aktuelle.

Tiltak knyttet til utdanning kan for eksempel omfatte ulike strategier. Europakommisjonen peker blant annet på rotasjon/turnus, plassering av personell i rurale strøk, coaching eller veiledning av studenter, endringer i utdanningsprogrammet og stipender i bytte mot forpliktelse om å jobbe enkelte steder eller innen visse

praksisområder. Videre kan **regulatoriske tiltak** omfatte for eksempel å endre statusen til enkelte yrkesgrupper eller endringer i ledelsesstrukturen eller arbeidskontrakter og betingelser. Slike tiltak er ofte mer krevende å gjennomføre, både politisk og økonomisk. **Finansielle incentiver** omfatter lønnsøkning eller andre økonomiske goder, men også at det legges til rette for gode arbeidsverktøy som krever investering i infrastruktur og teknisk personell. Dette kan for eksempel være å legge til rette for gode IKT-systemer eller systemer for opplæring. **Profesjonell og personlig støtte** omfatter blant annet å legge til rette for tilgang til telemedisin, fjernundervisning og virtuelle nettverk for å redusere isolasjon. I tillegg kan det implementeres familievennlige tiltak som støtte til småbarnsforeldre, fleksible arbeidstider, deltidskontrakter og gode fødsels- og permisjonsløsninger for å gjøre arbeidsplassene mer attraktive. Unntak fra natt- og helgearbeid, deltidsarbeid og økonomiske incentiver kan innføres for å hindre tidlig pensjon eller for å oppmuntre pensjonister til å fortsette i jobben.

Europakommisjonen finner at de vanligste typene av tiltak er knyttet til utdanning, etterfulgt av profesjonell og personlig støtte. Finansielle incentiver er etablert i flere land, men kommisjonen finner at disse er mer effektive dersom de kombineres med andre tiltak. Videre peker kommisjonen på at regulatoriske tiltak i liten grad er tatt i bruk. Hvilke tiltak som er effektive er særlig avhengig av konteksten, og tiltak må tilpasses til organisasjonen og landet de skal innføres. Knoster argumenterer for at for at tiltak for å bevare personell skal fungere må følgende elementer være på plass: visjon, kompetanseincentiver, ressurser og en handlingsplan. En endringsprosess bør dekke alle disse elementene, hvis ikke er det sannsynlig at prosessen fører til forvirring, angst, motstand og frustrasjon (66)

Nordisk ministerråds undersøkelse av rekruttering og bevaring av helsepersonell i de nordiske landene

Nordisk ministerråd ga ut en rapport i 2014 der de kartla bemanningsutfordringer av helsepersonell i de ulike nordiske landene (67). Blant annet undersøker de hvilke tiltak som er gjort for å øke rekruttering og bevaring av helsepersonell i de ulike landene. De ser både på tiltak knyttet til utdanning og tiltak knyttet til arbeidsplassen. Noen eksempler på innførte tiltak knyttet til utdanning er å øke antall studieplasser, rekruttere flere menn til å velge helsefag og kampanjer for å bedre yrkesstatusen. Eksempler på tiltak knyttet til arbeidsplassen er å tilby videreutdanning til de ansatte og å øke andelen heltidsstillinger (67).

Riksrevisjonens anbefalinger for å redusere bemanningsutfordringer i helsetjenesten

I Riksrevisjonens rapport om bemanningsutfordringer i helseforetakene pekes det på en rekke anbefalinger til helseforetakene og til de regionale helseforetakene (9):

Anbefalinger til helseforetakene

- Sørge for å jevnlig kartlegging av behovet for personell
- Utvikle strategier og planer for hvordan bemanningsbehovet skal dekkes
- Skape en heltidskultur
- Sørge for å beholde ansatte ved å skape gode fagmiljøer
- Sørge for at ledelsen på ulike nivåer har mulighet og verktøy til å gjennomføre nødvendige forbedringer

Anbefalinger til de regionale helseforetakene

- Bistå helseforetakene med verktøy og kompetanse for å få bedre oversikt over bemanningsbehovet
- Følge opp arbeidet med å utvikle en heltidskultur i helseforetakene
- Bistå helseforetakene i deres samarbeid med utdanningsinstitusjonene for å sikre et tilstrekkelig antall praksisplasser med god kvalitet

Eksempler på mulige tiltak

Av studiene inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen er det kun et fåtall som peker på mulige tiltak for å beholde helsepersonell ved sykehusene. Også Europakommisjonen peker på at det kunnskapshull knyttet til effekten av ulike tiltak (65). De trekker frem at det er behov for mer forskning som evaluerer effekten av ulike tiltak, samt forskning som gir verktøy og råd om prosesser for å håndtere bemanningsutfordringene i helsetjenesten.

Selv om forskningen på effekten av ulike tilgang virker å være begrenset har vi forsøkt å sammenstille eksempler på mulige tiltak som har blitt identifisert gjennom arbeidet med denne kunnskapsoppsummeringen. Mulige tiltak for å motvirke ekstern turnover, og effekten av tiltakene, vil avhenge av årsaken til at helsepersonell velger å bytte jobb. I Tabell 3 lister vi eksempler på tiltak for å redusere turnover som er nevnt i litteraturen. Listen er ikke-uttømmende, og det er ikke gjort et systematisk søk for å identifisere litteratur på området.

Tabell 3 Eksempler på tiltak for å redusere ekstern turnover

Kategorier av tiltak	Eksempler på tiltak
Tiltak knyttet til utdanning	• Karriereveiledning ved utdanningsvalg • Coaching og veiledning av studenter • Endring/oppdatering av utdanningsprogrammer • Stipender i bytte mot forpliktelse om å jobbe enkelte steder eller innen visse praksisområder • Bedre lederutdanning • Flere studieplasser
Regulatoriske tiltak	• Endre statusen til enkelte yrkesgrupper • Endre ledelsesstrukturen • Endre arbeidskontrakter og betingelser • Tilby heltidsstillinger • Mindre belastende turnus • Mindre planlagt overtid/vaktbelastning • Øke bemanning • Sikre egnede transportløsninger på kveld og i helg • Legge til rette for gode arbeidsverktøy • Legge til rette for gode IKT-systemer
Finansielle incentiver	• Lønnsøkning eller andre økonomiske goder • Legge til rette for gode ordninger for opplæring
Profesjonell og personlig støtte	• Tilbud om kurs og etterutdanning på og utenfor arbeidsplassen (livslang læring) • Legge til rette for tilgang til telemedisin, fjernundervisning og virtuelle nettverk for å redusere isolasjon og styrke faglig nettverk • Implementere familievennlige tiltak som støtte til småbarnsforeldre, fleksible arbeidstider, deltidskontrakter og gode fødsels- og permisjonsløsninger for å gjøre arbeidsplassene mer attraktive • Unntak fra natt- og helgearbeid, deltidsarbeid og økonomiske incentiver kan innføres for å hindre tidlig pensjon eller for å oppmuntre pensjonister til å fortsette i jobben. • Legge til rette for partner (jobb i arbeidsregionen etc..)
Organisatoriske tiltak	• Jobbe for et inkluderende arbeidsliv, for å redusere sykefravær og for å motivere flere til å stå lenger i jobb • Inngå utvidet partssamarbeid • Forebyggende arbeidsmiljøarbeid • Kursing og opplæring av ledelse • Tiltak for å styrke fagmiljøet (styrke faglig felleskap) • Tiltak som reduserer risiko for og sikrer oppfølging etter vold, trusler og uønsket oppmerksomhet • Endret lokalisering av tjenestene • Oppgradering av arbeidslokaler og vedlikehold av administrative systemer • Bedre ordninger for å bemanne udekkede vakter (unngå frykt for telefoninnkalling på kort tid) • Se over ordninger for både arbeidsrotasjon og turnus

Kilde: Oslo Economics (basert på funn fra kunnskapsoppsummeringen presentert i dette notatet og overordnede litteratursøk om effekter av ulike tiltak)

3. Oppsummering og diskusjon

I dette notatet har vi sammenstilt kunnskap om årsaker til at helsepersonell slutter i jobben eller at de ønsker å slutte. Kunnskapsoppsummeringen skal gi informasjon om årsaker til turnover som er relevante for helsepersonell ved sykehus i Norge. Litteratursøket er derfor i hovedsak avgrenset til kilder fra Norge eller andre nordiske land, men er komplettert med internasjonal forskningslitteratur og «grålitteratur» for å gi et mer utfyllende bilde.

Vår gjennomgang av litteraturen indikerer at det finnes relativt mye kunnskap om årsaker til at sykepleiere søker seg bort fra jobben, men at kunnskapen om leger og psykologer, særlig i Norden, er mer begrenset. For leger og psykologer har vi derfor noe i større grad støttet oss på internasjonal litteratur. Siden arbeidsforhold i andre land kan være svært forskjellig fra de vi har i Norge, er funn fra internasjonale studier ikke nødvendigvis direkte overførbare til norske forhold.

I tolkningen av funnene er det også viktig å påpeke at fagfellevurdert forskning ofte tar for seg betydningen av en eller få faktorer for turnover, f.eks. ledelse eller stress. Dette medfører at forskningslitteraturen ikke nødvendigvis gir et dekkende bilde av årsakene til turnover samlet sett. Av den grunn har vi også inkludert medlemsundersøkelser til arbeidstakerorganisasjoner, som har som formål å kartlegge årsaker til turnover, selv om disse ikke gjennomgår like strenge kvalitetssikringsrutiner som fagfellevurdert forskning. Det er vår vurdering at slike kilder er relevante å inkludere når det kommer til å beskrive hvilke faktorer som påvirker turnover, hvilket er hensikten med denne kunnskapsoppsummeringen.

Kunnskapsoppsummeringen viser at årsakene til turnover er sammensatte, og forhold som arbeidsmiljø, ledelse, fagmiljø, vilkår, helserelaterte plager og andre karrieremuligheter går igjen som mulige årsaker. For mange er det en kombinasjon av årsaker som forklarer hvorfor de bytter jobb. Vi har ikke prøvd å rangere årsaker etter hvor ofte de forekommer eller hvor viktige de er.

En rekke tiltak kan tenkes å være effektive for å redusere ekstern turnover i helseforetakene, men det finnes lite forskning om effekten av ulike tiltak. Generelt inkluderer mulige tiltak blant annet tiltak for å øke trivsel og bedre arbeidsforhold, legge til rette for utvikling av sterke fagmiljøer og gode utviklingsmuligheter for de ansatte. Det pekes videre på viktigheten av jevnlig kartlegginger og systematiske analyser fra arbeidsgiversiden.

Referanser

1. Skjæstad O, Hjemås G, Beyrer S. 1 av 5 nyutdanna sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten 2017. 16.09..2021. Available from: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyutdanna-sykepleiere-jobber-ikke-i-helsetjenesten>.
2. Nylén-Eriksen M, Grov EK, Bjørnnes AK. Nurses' job involvement and association with continuing current position-A descriptive comparative study. *J Clin Nurs*. 2020;29(13-14):2699-709.
3. NOU2018:2. Fremtidige kompetansebehov 1 - Kunnskapsgrunnlaget. Kunnskapsdepartementet; 2018.
4. NOU2019:2. Fremtidige kompetansebehov 2 - Utfordringer for kompetansopolitikken. Kunnskapsdepartementet; 2019.
5. NOU2020:2. Fremtidige kompetansebehov 3 - Læring og kompetanse i alle ledd. Kunnskapsdepartementet; 2020.
6. Lazear EP, Gibbs M. *Personnel Economics in Practice*. 3rd ed: Wiley; 2014.
7. Roksvaag K, Texmon I. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. SSB; 2012.
8. Hjemås G, Zhiyang J, Kornstad T, Stølen NM. Arbeidsmarked for helsepersonell fram mot 2035. SSB; 2019.
9. Riksrevisjonen. Riksrevisjonenes undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene. Riksrevisjonen; 2019-2020.
10. Sjetne IS. Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus. Resultater etter en landsomfattende undersøkelse blant sykepleiere i 2009,. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011.
11. Helsedirektoratet. Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten. 2019. Contract No.: IS-2870.
12. Andresen IH, Hansen T, Grov EK. Norwegian nurses' quality of life, job satisfaction, as well as intention to change jobs. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2016;37(2):90-9.
13. Aula Research. Kysely tehyläisille 2021. Tehy2021.
14. Birkeli CN, Rosta J, Aasland OG, Rø KI. Hvorfor velger leger seg bort fra allmennmedisin? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2020;140.
15. Degen C, Li J, Angerer P. Physicians' intention to leave direct patient care: an integrative review. *Hum Resour Health*. 2015;13:74.
16. Dellve L, Håkansson H. Hur påverkar lednings- och samarbetsförhållanden över organisationsnivåer personalomsättning över tid? *Socialmedisinsk tidskrift*. 2020;97(1).
17. Sykepleien. Derfor vil sykepleiere slutte: Lav lønn, dårlig ledelse og høy arbeidsbelastning 2019. Available from: <https://sykepleien.no/2019/02/derfor-vil-sykepleiere-slutte-lav-lonn-darlig-ledelse-og-hoy-arbeidsbelastning>.
18. Eriksson A, Vulkan P. Hur olika orsaker påverkar undersköterskors och sjuksköterskors val att sluta vid vårdavdelningar. *Socialmedisinsk tidskrift*. 2020;97(1):103-16.
19. Eriksson A, Jutengren G, Dellve L. Job demands and functional resources moderating assistant and Registered Nurses' intention to leave. *Nursing Open*. 2021;8(2):870-81.
20. Estryn-Behar D, Fry C, Guetarni K, Aune I, Machet G, Doppia M-A, et al. Work week duration, work-family balance and difficulties encountered by female and male physicians: Results from the French SESMAT study. *Work (Reading, Mass)*. 2011;40:83-100.
21. Flinkman M, Laine M, Leino-Kilpi H, Hasselhorn HM, Salanterä S. Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45(5):727-39.
22. Flinkman M, Isopahkala-Bouret U, Salanterä S. Young Registered Nurses' Intention to Leave the Profession and Professional Turnover in Early Career: A Qualitative Case Study. *ISRN Nursing*. 2013;2013:916061.
23. Flinkman M, Salanterä S. Early career experiences and perceptions – a qualitative exploration of the turnover of young registered nurses and intention to leave the nursing profession in Finland. *Journal of Nursing Management*. 2015;23(8):1050-7.
24. Fochsen G, Josephson M, Hagberg M, Toomingas A, Lagerström M. Predictors of leaving nursing care: a longitudinal study among Swedish nursing personnel. *Occupational and Environmental Medicine*. 2006;63(3):198-201.
25. Gardulf A, Söderström I-L, Orton M-L, Eriksson LE, Arnetz B, Nordström G. Why do nurses at a university hospital want to quit their jobs? *Journal of Nursing Management*. 2005;13(4):329-37.
26. Halter M, Boiko O, Pelone F, Beighton C, Harris R, Gale J, et al. The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews. *BMC Health Services Research*. 2017;17(1):824.

27. Hogh A, Hoel H, Carneiro IG. Bullying and employee turnover among healthcare workers: a three-wave prospective study. *Journal of Nursing Management*. 2011;19(6):742-51.
28. Holmås TH. Keeping nurses at work: a duration analysis. *Health Econ*. 2002;11(6):493-503.
29. Homburg V, van der Heijden B, Valkenburg L. Why do nurses change jobs? An empirical study on determinants of specific nurses' post-exit destinations. *Journal of nursing management*. 2013;21.
30. Hämmig O. Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals – a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. *BMC Health Services Research*. 2018;18(1):785.
31. Haaland GH, Olsen E, Mikkelsen A. Making a career in hospitals: Determinants of registered nurses' aspirations to become a manager. *J Adv Nurs*. 2019;75(11):2506-15.
32. Hognestad Haaland G, Olsen E, Mikkelsen A. The association between supervisor support and ethical dilemmas on Nurses' intention to leave: The mediating role of the meaning of work. *Journal of Nursing Management*. 2021;29(2):286-93.
33. Heponiemi T, Kouvonen A, Vänskä J, Halila H, Sinervo T, Kivimäki M, et al. Effects of active on-call hours on physicians' turnover intentions and well-being. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2008;34(5):356-63.
34. Jansson von Vultée P, Axelsson R, Arnetz B. The impact of organisational settings on physician wellbeing. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2007;20(6):506-15.
35. Kox JHAM, Groenewoud JH, Bakker EJM, Bierma-Zeinstra SMA, Runhaar J, Miedema HS, et al. Reasons why Dutch novice nurses leave nursing: A qualitative approach. *Nurse Education in Practice*. 2020;47:102848.
36. Lagerlund M, Sharp L, Lindqvist R, Runesdotter S. Intention to leave the workplace among nurses working with cancer patients in acute care hospitals in Sweden. *European Journal of Oncology Nursing*. 2015;19(6):629-37.
37. Larsen RA, Bondevik GT. Noen kommer - noen går. Hvorfor slutter allmennleger i Sogn og Fjordane? *Utposten*. 2016;2:32-6.
38. Lögde A, Rudolfsson G, Broberg RR, Rask-Andersen A, Wälinder R, Arakelian E. I am quitting my job. Specialist nurses in perioperative context and their experiences of the process and reasons to quit their job. *International Journal for Quality in Health Care*. 2018;30(4):313-20.
39. Martinussen PE, Magnussen J, Vrangbæk K, Frich JC. Should I stay or should I go? The role of leadership and organisational context for hospital physicians' intention to leave their current job. *BMC Health Services Research*. 2020;20(1):400.
40. Misra-Hebert AD, Kay R, Stoller JK. A Review of Physician Turnover: Rates, Causes, and Consequences. *American Journal of Medical Quality*. 2004;19(2):56-66.
41. Moss PJ, Lambert TW, Goldacre MJ, Lee P. Reasons for considering leaving UK medicine: questionnaire study of junior doctors' comments. *Bmj*. 2004;329(7477):1263.
42. Nei D, Snyder LA, Litwiller BJ. Promoting retention of nurses: A meta-analytic examination of causes of nurse turnover. *Health Care Manage Rev*. 2015;40(3):237-53.
43. Norsk Sykepleierforbund. Sykepleiere vurderer å slutte eller skifte jobb. 2021.
44. Nunstedt H, Eriksson M, Obeid A, Hillström L, Truong A, Pennbrant S. Salutory factors and hospital work environments: a qualitative descriptive study of nurses in Sweden. *BMC Nursing*. 2020;19(1):125.
45. Ochsmann EB. Thinking about giving up clinical practice? A gender-stratified approach to understanding junior doctors' choices. *Acad Med*. 2012;87(1):91-7.
46. Pachulicz S, Schmitt N, Kuljanin G. A model of career success: A longitudinal study of emergency physicians. *Journal of Vocational Behavior*. 2008;73(2):242-53.
47. Patel RS, Sekhri S, Bhimanadham NN, Imran S, Hossain S. A Review on Strategies to Manage Physician Burnout. *Curerus*. 2019;11(6).
48. Psykologtidsskriftet. Store lokale forskjeller i turnover psykologtidsskriftet.no: Psykologtidsskriftet; 2020 [Available from: <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2020/11/store-lokale-forskjeller-i-turnover>.
49. Rodal J, Frank K. Psykologer i kommunene - barrierer og tiltak for økt rekruttering. Helsedirektoratet; 2008.
50. Rudman A, Gustavsson P, Hultell D. A prospective study of nurses' intentions to leave the profession during their first five years of practice in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*. 2014;51(4):612-24.
51. Rupert PA, Kent JS. Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2007;38:88-96.
52. Sasso L, Bagnasco A, Catania G, Zanini M, Aleo G, Watson R, et al. Push and pull factors of nurses' intention to leave. *Journal of Nursing Management*. 2019;27(5):946-54.
53. Scanlan JN, Still M. Relationship between burnout, turnover intention, job satisfaction, job demands and job resources for mental health personnel in an Australian mental health service. *BMC Health Services Research*. 2019;19(62).

54. Sellgren SF, Kajermo KN, Ekvall G, Tomson G. Nursing staff turnover at a Swedish university hospital: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(22):3181-9.
55. Slåtten T, Lien G. Precursors and outcomes of work engagement among nursing professionals - a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2021.
56. Søbstad JH, Pallesen S, Bjorvatn B, Costa G, Hystad SW. Predictors of turnover intention among Norwegian nurses: A cohort study. *Health Care Manage Rev*. 2021;46(4):367-74.
57. Tucker P, Bejerot E, Kecklund G, Aronsson G, Åkerstedt T. The impact of work time control on physicians' sleep and well-being. *Applied Ergonomics*. 2015;47:109-16.
58. van der Heijden B, van Dam K, Hasselhorn H. Intention to leave nursing: The importance of interpersonal work context, work-home interference, and job satisfaction beyond the effect of occupational commitment. *Career Development International*. 2009;14:616-35.
59. STAMI-rapport. Faktabok om arbeidsmiljø og helse. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt; 2021.
60. Bjaalid G, Krüger LS, Mikkelsen A, Øygaarden O. Medarbeiderundersøkelsen i foretaksgruppen Helse Vest. Handelshøyskolen ved Universitet i Stavanger; 2015.
61. Meissner A, Hasselhorn HM, Estryn-Behar M, Nézet O, Pokorski J, Gould D. Nurses' perception of shift handovers in Europe: results from the European Nurses' Early Exit Study. *J Adv Nurs*. 2007;57(5):535-42.
62. STAMI-rapport. Faktabok om arbeidsmiljø og helse. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt; 2018.
63. Bégat I, Ellefsen B, Severinsson E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being -- a Norwegian study. *J Nurs Manag*. 2005;13(3):221-30.
64. Sykepleien. Kvinnelige sykepleiere tjener som oftest mindre enn sine partnere 2019. Available from: <https://sykepleien.no/2019/04/kvinnelige-sykepleiere-tjener-som-oftest-mindre-enn-sine-partnere>.
65. European Commission: Directorate-General for Health and Food Safety. Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe. European Commission; 2015.
66. Knoster T. Presentation at TASH Conference. Tash Conference (Adapted by Knoster from Enterprise Group, Ltd); Washington DC 1991.
67. Nordisk Samarbeid. Recruitment and Retention of Health Care Professionals in the Nordic Countries - A Cross-national Analysis. Nordic Council of Ministers; 2014.

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkeord til identifisering av kilder

Følgende søkeord ble benyttet til å identifisere kilder på årsaker til turnover:

- Turnover helsepersonell
- Slutter i helsetjenesten
- Frafall sykepleiere
- Health sector quit
- Frafall leger
- Spørreundersøkelse leger
- Turnover doctors Scandinavia
- Turnover healthcare Scandinavia
- Sjuksköterskor slutar
- Personalomsättning vården
- Personalomsättning sjuksköterskor
- Personalomsättning läkare
- Avsluttar anställning sjukvården
- Push and pull factors job turnover
- Nurse intention to leave Sweden
- Healthcare worker turnover Sweden
- Norsk Sykepleierforbund turnover
- Turnoverintensjon helse
- Avsluta anställning sjukvården
- Turnover healthcare professionals Norway
- Turnover psykologer
- Turnover leger
- Physician Burnout
- Physician intention to leave
- Physician turnover systematic review
- Physician burnout systematic review
- Health care professionals turnover
- Health care professionals burnout
- Psychologist turnover
- Psychologist burnout
- Mental health care professionals turnover
- Mental health care professionals burnout
- Turnover physicians Sweden
- Turnover physicians Denmark
- Turnover physicians Finland

Vedlegg 2: Sammenstilling av årsaker til turnover og kilder

Tabell 4 Oversikt over årsaker og tilhørende kilder for leger og psykologer

Kategori	Årsaker	Nordiske kilder	Internasjonale kilder
Arbeidsmiljø	Sosialt miljø, lite sosial samhandling, dårlig samarbeid og lite støtte fra kollegaer	Martinussen mfl. (2020)	Patel mfl. (2019), Estryn-Behar mfl. (2011), Ochsmann (2012)
Ledelse	Mangel på anerkjennelse og støtte fra ledelsen, oppfatning av ledelsen og organisatoriske forhold	Martinussen mfl. (2020), Jansson von Vultée (2007)	Scanlan og Still (2019), Ochsmann (2012), Misra-Hebert mfl. (2004), Pachulicz (2008),
Utviklingsmuligheter	Flytte for spesialisering og lite fagmiljø	Psykologtidsskriftet (2020), Rodal og Frank (2008), Birkeli mfl. (2020), Larsen og Bondevik (2016)	
Arbeids- og lønnsvilkår	Lange dager, vaktarbeid og kontroll over egen arbeidstid	Heponiemi mfl. (2008), Tucker mfl. (2015)	Patel mfl. (2019), Estryn-Behar mfl. (2011), Degen mfl. (2015), Ochsmann (2012), Moss mfl. (2004),
Fysiske og psykiske plager	Stress og utbrenthet		Patel mfl. (2019), Rupert og Kent (2007), Hämmig (2018)
Andre karrieremuligheter	Overgang til det private markedet	Helsedirektoratet (2019)	

Tabell 5 Oversikt over årsaker og antall kilder for sykepleiere og annet helsepersonell

Kategori	Årsaker	Nordiske kilder	Internasjonale kilder
Arbeidsmiljø	Lav trivsel, mobbing og jobbtilfredshet	Søbstad mfl. (2021), Slåtten og Lien (2020), Høgh m.fl. (2011), Flinkman m.fl. (2008)	
Ledelse	Annerkjennelse, støtte og oppfølging fra ledelsen og opplevelsen av dårlig ledelse	Haaland mfl. (2020), Aula Research (2021), Lögde mfl. (2018), Sellgren mfl. (2009), Lagerlund mfl. (2015), Flinkman mfl. (2015), Eriksson og Vulkan (2020)	Scanlan og Still (2019)
Utviklingsmuligheter	Faglige utfordringer, fagmiljø, karrierestige, involvering i jobben, varierte arbeidsoppgaver og stolthet i yrket	Norsk Sykepleierforbund (2021), Nylén-Eriksen mfl. (2020), Gardulf mfl. (2005), Flinkman m.fl. (2013), Flinkman mfl. (2008), Nunstedt mfl. (2020)	
Arbeids- og lønnsvilkår	Lønnsnivå, arbeidstid og usikker jobbstatus	Norsk Sykepleierforbund (2021), Sykepleien (2019), Holmås (2002), Andresen mfl. (2016), Aula Research (2021), Lögde mfl. (2018), Flinkman (2008), Gardulf mfl. (2005)	Homburg mfl. (2013)
Arbeidsmengde	For stor arbeidsmengde, lav bemanning og dårlig pasientsikkerhet, for mange forstyrrelser og for lite tid	Sykepleien (2019), Haaland mfl. (2019), Meissner, A. mfl (2007), Aula Research (2021), Sellgren mfl. (2009), Flinkman mfl. (2008)	Nei m.fl. (2015), Sasso mfl. (2019)
Arbeidskrav	Høye fysiske og psykiske krav	Lögde (2018), Eriksson og Vulkan (2020), Dellve og Håkansson (2020), Eriksson mfl. (2021)	
Fysiske og psykiske plager	Utbrenthet, stress og jobb-relaterte helseplager	Søbstad mfl. (2021), Lagerlund m.fl (2015), Flinkman (2008), Gardulf mfl. (2005), Rudman m.fl (2014), Lögde mfl. (2018), Fochsen mfl. (2006),	Halter mfl. (2017), Hämmig mfl. (2018)
Personlige årsaker	Helseplager som ikke er jobb-relatert, indre motivasjon, sykepleierutdanningen var andrevalget, passer ikke inn i bildet av «den typiske sykepleieren og utfordringer med å balansere jobb og fritid	Homburg mfl. (2013), Kox mfl. (2009), Van der Heijden mfl. (2009), Sellgren mfl. (2009), Flinkman (2015),	

		Flinkman (2013)	
Andre karrieremuligheter	Ønske om å prøve noe nytt, økt rekruttering av jordmødre i kommunen og flere jobbmuligheter for jordmødre og sykepleiere utenfor helseforetakene, sammenlignet med f.eks. intensiv og operasjonssykepleiere	Riksrevisjonen (2019), Gardulf m.fl (2005)	

Medarbeidere som slutter i foretaksgruppen Helse Vest:

Hvilke medarbeidere slutter, og hva er omfanget?

Analyse av interne HR-data

Oppsummering

- Årlig ekstern turnover i foretaksgruppen Helse Vest for perioden januar 2015- september 2021 var 5,1 % i pasientrettede yrker.
 - En liten nedgang de siste årene, 4,9 % i 2020 mot 5,5 % i 2015.
- Faste sesongvariasjoner: ekstern turnover i august er 78 % høyere enn månedsgjennomsnittet.
- Psykologer (12,4 % årlig ekstern turnover), assistenter innen pleie (17,8 %) og assistenter innen psykiatri (16,1 %) hadde størst tilbøyelighet til å slutte.
- Psykologspesialister og assistenter innen psykiatri har hatt en økt tilbøyelighet til å slutte de siste årene, mens sykepleiere og miljøterapeuter slutter i mindre grad nå enn tidligere.
- Tilbøyeligheten til å slutte var størst blant de yngste medarbeiderne, samt medarbeidere med kort ansiennitet.
- Medarbeidere med en stillingsprosent på 30 % eller mindre hadde en stor tilbøyelighet til å slutte (11,8 % årlig ekstern turnover), over dobbelt så stor som dem med større stillingsprosent. Samtidig var det bare rundt 8 % av medarbeiderne i løpet av denne perioden som jobbet i så små stillinger.
- Den årlige andelen ekstern turnover var litt høyere for medarbeideren som jobbet skift eller turnus (5,4 %), sammenlignet med dem som jobbet dag (4,4 %).
- Vi fant en statistisk signifikant sammenheng mellom avdelingens andel ekstern turnover og avdelingens størrelse, gjennomsnittsalder i avdelingen og gjennomsnittlig stillingsprosent i avdelingen.
- Det er betydelige variasjoner i omfanget av ekstern turnover på tvers av helseforetakene. Dette gjelder særlig for enkelte yrkesgrupper.

Bakgrunn

Hvorfor har vi gjennomført analysen?

Denne analysen er en del av prosjektet «kunnskapsreisen ekstern turnover», hvor målet er å få bedre innsikt og kunnskap om medarbeidere som forlater et helseforetak i Helse Vest. Målet med analysen er å gi økt kunnskap om hvilke medarbeidere som forlater helseforetakene, samt gi et oversiktsbilde over det totale omfanget.

Hva ønsker vi å oppnå med denne analysen?

- Sikre at Helse Vest har et kunnskapsgrunnlag som beskriver hvor mange og hvilke medarbeidere som slutter.
- Sikre at helseforetakene har en felles forståelse for de store «trekkene» i egen virksomhet og på tvers i foretaksgruppen.
- Kunnskapsgrunnlaget skal bidra til at ledere i Helse Vest kan iverksette mer målrettede tiltak for å beholde medarbeidere og redusere antall medarbeidere som forlater et helseforetak i Helse Vest.

Hvem er analysen for?

Ledere og medarbeidere i foretaksgruppen Helse Vest.

Hvilken merverdi tilfører analysen?

- Ledere og medarbeidere i Helse Vest får et felles kunnskapsgrunnlag/fakta grunnlag som kan deles åpent.
- Kunnskapsgrunnlaget kan bidra til et samarbeid på tvers av helseforetak om tiltak for å beholde medarbeidere slik at pasientens behov for helsetjenester ivaretas fremover («sørge-for»).

Beskrivelse av data

Analysen inkluderer personer som forlot et arbeidsforhold i Helse Førde, Helse Bergen, Helse Stavanger eller Helse Fonna i perioden januar 2015 – september 2021.

Om populasjon:

- **Stillingsgrupper:** Pasientrettede yrkesgrupper, se listen til høyre. Inkluderer også samlegruppene «Andre spesialsykepleiere» og «Andre pasientrettede stillinger».
- **Ansatt type:** Interne, fast ansatt (alle undergrupper)
- **Tidsperiode:** Fra og med januar 2015 til og med september 2021
- **Alder:** Til og med 61 år

Om datagrunnlaget:

Avidentifiserte HR-data fra datavarehus for styringsinformasjon.
Det er ikke mulig å følge personer på tvers av helseforetak.

Yrkesgruppe
Sykepleier
LiS-lege
Overlege
Helsefagarbeider/hjelpepleier
Psykolog
Psykologspesialist
Vernepleier
Intensivsykepleier
Miljøterapeut
Ambulansepersonell
Jordmor
Sosionom
Operasjonssykepleier
Fysioterapeut
Anestesisykepleier
Radiograf
Kreft/onkologisykepleier
Pedagog
Ergoterapeut
Barn/pediatrisykepleier
Andre spesialsykepleiere
Spesialsykepleier
Psykiatr.sykepleier
Spes.utd.sykepleier
Andre pasientrettede stillinger
Assistent pleie
Assistent psykiatri
Barne- og ungdomsarbeider



Hvor mange sluttet?

- I løpet av perioden (jan. 2015 – sep. 2021) var det **22 302** unike personer fra disse yrkesgruppene som var innom en fast jobb i Helse Vest (interne ansatte, under 62 år)
- I samme periode forlot **4 448** av disse helseforetak de var ansatt i (19,9 %)
- Helse Bergen var foretaket med størst andel ekstern turnover i løpet av perioden (23,3 %)

Foretak	Antall medarbeidere	Antall ekstern turnover	Total andel ET	Årlig andel ET*
Helse Bergen	11 017	2 568	23,3 %	6,2 %
Helse Fonna	3 001	473	15,8 %	3,7 %
Helse Førde	2 039	315	15,4 %	3,7 %
Helse Stavanger	6 245	1 092	17,5 %	4,5 %
Totalt Helse Vest	22 302	4 448	19,9 %	5,1 %

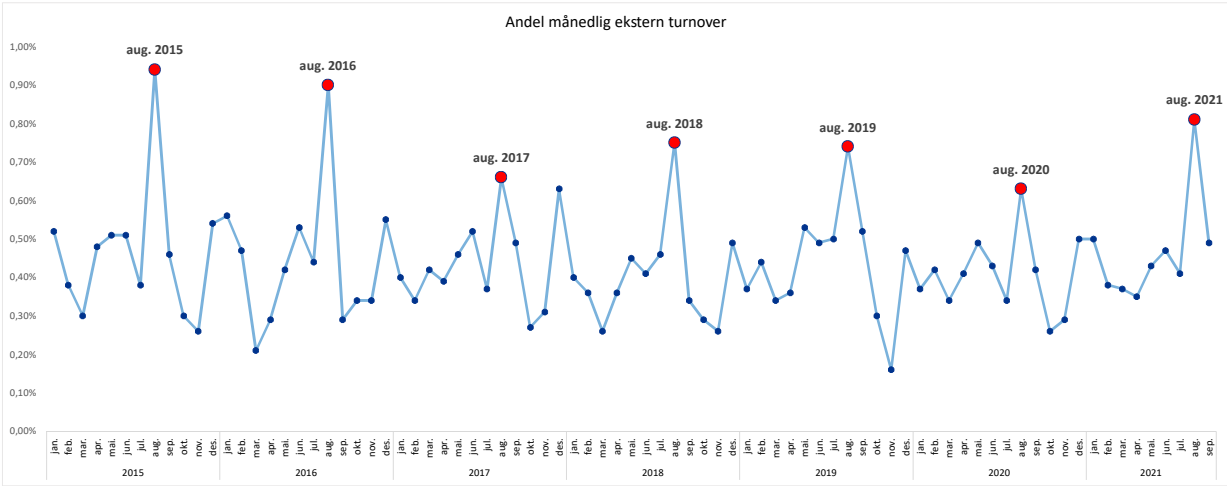
Yrkesgruppe
Sykepleier
Lis-lege
Overlege
Helsefagarbeider/hjelpepleier
Psykolog
Psykologspesialist
Vernepleier
Intensivsykepleier
Miljøterapeut
Ambulansepersonell
Jordmor
Sosionom
Operasjonssykepleier
Fysioterapeut
Anestesisykepleier
Radiograf
Kreft/onkologisykepleier
Pedagog
Ergoterapeut
Barn/pediatripsykepleier
Andre spesialisykepleiere
Spesialisykepleier
Psykiatr.sykepleier
Spes. utd. sykepleier
Andre pasientrettede stillinger
Assistent pleie
Assistent psykiatri
Barne- og ungdomsarbeider

*Gjennomsnittlig årlig andel ekstern turnover over hele perioden, se vedlegg for beregningsmetode.

Tidsutvikling

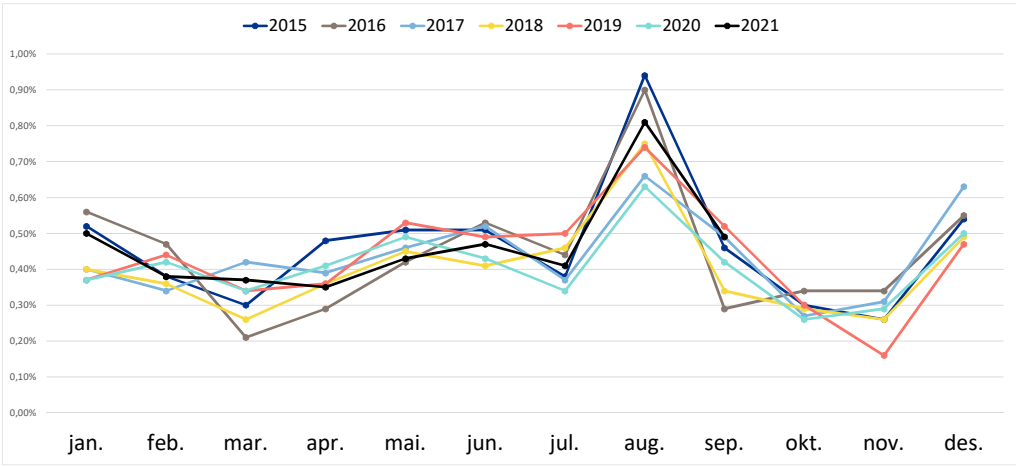
- Andelen medarbeidere som slutter har blitt noe redusert i løpet av perioden (januar 2015-september 2021)
- Vi ser tydelige sesongtrender som gjentas hvert år. August er måneden med mest ekstern turnover

År	Andel ET
2015	5,5 %
2016	5,3 %
2017	5,2 %
2018	4,8 %
2019	5,2 %
2020	4,9 %



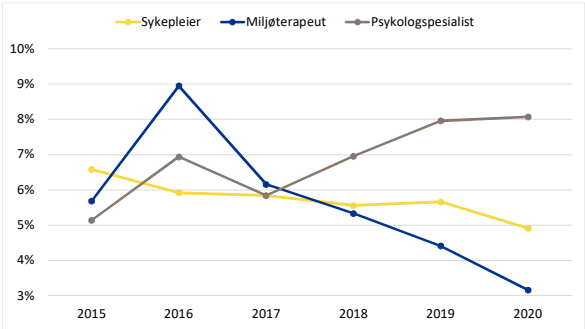
Sesongvariasjon

- Ved å legge tidsrekkene fra hvert år over hverandre, ser vi enda tydeligere den faste sesongvariasjonen
- Stor topp i august (skolestart/studiestart?)
- Færrest slutter i oktober/november og mars



Variasjon på tvers av yrkesgrupper

- Psykologene og psykologspesialistene har stor andel ekstern turnover, og for sistnevnte gruppe har andelen økt de siste årene.
- Tilbøyeligheten til å slutte har økt kraftig for «assistent psykiatri» i løpet av perioden (fra 7 % i 2015 til 22 % i 2020)
- Sykepleiere er en annen yrkesgruppe der vi også ser en tydelig utvikling i løpet av perioden, med en synkende andel ekstern turnover. Det samme ser vi for miljøterapeuter.



Se vedlegg for tidsutvikling for samtlige yrkesgrupper.



Yrkesgruppe	Årlig andel ekstern turnover	Totalt antall ekstern turnover
Psykolog	12,4 %	194
Psykologspesialist	6,8 %	152
LIS-leger	6,8 %	248
Vernepleier	6,5 %	130
Sosionom	5,9 %	65
Sykepleier	5,7 %	1487
Miljøterapeut	5,6 %	109
Barn/pediatrisykepleier	5,1 %	18
Fysioterapeut	4,3 %	61
Ergoterapeut	4,2 %	22
Pedagog	3,9 %	25
Helsefagarbeider/hjelpepleier	3,6 %	197
Jordmor	3,6 %	91
Intensivsykepleier	3,1 %	129
Overleger	2,8 %	242
Operasjonssykepleier	2,6 %	62
Anestesisykepleier	2,5 %	46
Kreft/onkologisykepleier	2,3 %	30
Ambulansepersonell	2,3 %	93
Radiograf	1,7 %	36
Andre pasientrettede stillinger	13,6 %	741
Assistent pleie	17,8 %	594
Assistent psykiatri	16,1 %	89
Barne- og ungdomsarbeider	8,2 %	14
Andre spesialsykepleiere	3,6 %	307
Spes.utd.sykepleier	4,9 %	36
Psykiatr.sykepleier	4,0 %	108
Spesialsykepleier	3,5 %	122

Variasjon på tvers av helseforetak

- Tabellen til høyre viser *variasjonsbredden* for årlig ekstern turnover (ET), fordelt på yrkesgrupper
- Det vil si differansen mellom foretaket med høyest ET-andel og foretaket med lavest ET-andel
- HFO og HFD hadde et betydelig større frafall av LIS-leger og overleger enn HBE og HST
- HBE og HST hadde betydelig større frafall av sykepleiere, pedagoger, helsefagarbeidere og intensivsykepleiere



Yrkesgruppe	Variasjon	HBE	HFO	HFD	HST
Ergoterapeut	10,3 %	3,8 %	1,7 %	12,0 %	2,8 %
LIS-leger	9,3 %	5,4 %	12,3 %	13,0 %	3,7 %
Psykolog	5,7 %	13,8 %	8,1 %	11,0 %	13,2 %
Miljøterapeut	5,1 %	7,7 %	2,6 %	4,2 %	5,5 %
Vernepleier	4,5 %	7,6 %	3,0 %	4,5 %	5,6 %
Sykepleier	4,2 %	6,8 %	3,7 %	2,5 %	5,8 %
Pedagog	4,2 %	4,5 %	1,0 %		5,2 %
Jordmor	3,9 %	4,8 %	2,3 %	0,9 %	3,1 %
Sosionom	3,3 %	7,6 %	4,5 %	6,9 %	4,3 %
Overleger	3,2 %	2,3 %	5,5 %	3,7 %	2,4 %
Psykologspesialist	3,1 %	7,1 %	5,8 %	8,8 %	6,3 %
Fysioterapeut	2,7 %	3,3 %	5,5 %	4,9 %	6,1 %
Radiograf	2,6 %	1,2 %	1,2 %	3,8 %	2,1 %
Anestesisykepleier	2,5 %	3,4 %	2,8 %	1,2 %	0,9 %
Kreft/onkologisykepleier	2,2 %	2,9 %		3,9 %	1,7 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	2,2 %	4,4 %	2,4 %	2,3 %	4,1 %
Operasjonssykepleier	1,9 %	2,9 %	1,0 %	2,9 %	2,8 %
Intensivsykepleier	1,9 %	3,4 %	1,9 %	1,9 %	3,7 %
Barn/pediatrisykepleier	1,5 %	5,5 %		4,2 %	5,7 %
Ambulansepersonell	1,4 %	2,4 %	1,8 %	3,2 %	1,9 %
Andre pasientrettede stillinger	Variasjon	HBE	HFO	HFD	HST
Assistent pleie	16,4 %	22,5 %	6,8 %	6,6 %	6,1 %
Assistent psykiatri	16,2 %	21,9 %	5,6 %		
Barne- og ungdomsarbeider	1,4 %	8,6 %			7,2 %
Andre spesialsykepleiere	Variasjon	HBE	HFO	HFD	HST
Spes.utd.sykepleier	5,1 %	4,8 %	9,1 %		4,0 %
Psykiatr.sykepleier	3,5 %	4,8 %	3,2 %	1,7 %	5,2 %
Spesialsykepleier	1,9 %	4,0 %	2,4 %	2,1 %	3,1 %



Hvilke medarbeidere slutter?

Analysér ut i fra alder, ansiennitet, stillingsprosent og arbeidstidsordning

Tilbøyeligheten til å slutte var størst blant de yngste medarbeiderne

- Den årlige andelen ekstern turnover over hele analyseperioden var klart høyest for yngre medarbeidere:
 - 34 år og yngre: **8,6 %**
 - 35-44 år: 4,5 %
 - 45 år og eldre: 2,9 %
- Noen yrkesgrupper avviker fra dette mønsteret:
 - **Psykologer og kreft/onkologisykepleier:** Størst frafallsandel blant aldersgruppen 35-44 år
 - **Ambulansepersonell:** Størst frafallsandel blant medarbeidere som er 45 år eller eldre

Aldersgruppe	Årlig andel ET	Totalt antall ET
34 år og yngre	8,6 %	2 337
35-44 år	4,5 %	1 116
45 år og eldre	2,9 %	1 014

Årlig andel ekstern turnover			
Yrkesgruppe	34 år og yngre	35-44 år	45 år og eldre
Andre pasientrettede stillinger	20,5 %	6,7 %	4,7 %
Psykolog	12,6 %	13,6 %	6,6 %
Sosionom	10,2 %	8,5 %	3,3 %
Barn/pediatripsykepleier	9,7 %	4,5 %	4,1 %
Ergoterapeut	9,4 %	2,7 %	2,1 %
Psykologspesialist	9,1 %	6,9 %	6,6 %
Vernepleier	8,8 %	6,0 %	4,9 %
Miljøterapeut	8,6 %	6,3 %	3,8 %
Sykepleier	7,9 %	4,5 %	2,5 %
Fysioterapeut	7,7 %	4,4 %	2,6 %
LIS-leger	7,6 %	6,3 %	5,3 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	7,0 %	4,7 %	2,5 %
Pedagog	6,7 %	5,6 %	2,2 %
Andre spesialpsykeleiere	5,9 %	3,4 %	3,1 %
Intensivsykepleier	5,6 %	4,2 %	1,9 %
Operasjonssykepleier	5,5 %	2,6 %	2,1 %
Overleger	4,4 %	3,0 %	2,6 %
Jordmor	4,4 %	4,4 %	2,6 %
Anestesi-psykeleier	3,6 %	3,0 %	1,7 %
Radiograf	2,7 %	1,6 %	1,1 %
Ambulansepersonell	2,0 %	1,8 %	3,1 %
Kreft/onkologisykepleier	1,9 %	4,0 %	1,6 %

Tilbøyeligheten til å slutte var størst blant medarbeiderne med kort ansiennitet

- Den årlige andelen ekstern turnover over hele analyseperioden var klart høyest for medarbeiderne med kortest ansiennitet:
 - 0-4 år: **8,2 %**
 - 4-7 år: 5,5 %
 - Mer enn 7 år: 2,7 %
- Noen yrkesgrupper avviker fra dette mønsteret:
 - **Psykologer, LiS-leger og ambulansepersonell:** Størst frafallsandel blant de med lengst ansiennitet
 - Barn/pediatripsykeleiere, ergoterapeuter, jordmødre, kreft/onkologisykeleiere og pedagoger: Størst frafallsandel blant de med middels lang ansiennitet

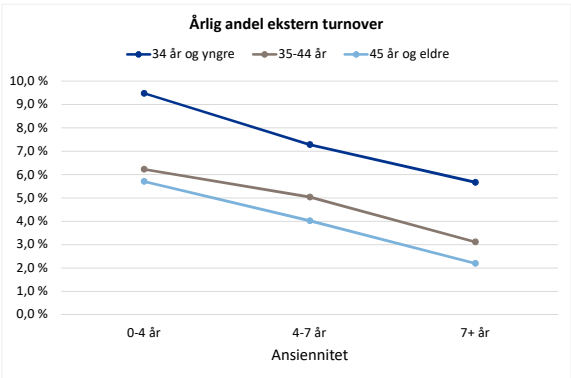
NB! Datakilden går bare tilbake til 2008, så 7 år er den maksimale ansienniteten vi kan verifisere for samtlige medarbeiderne i perioden (jan. 2015 – sep. 2021).

Ansiennitet	Årlig andel ET	Totalt antall ET
0-4 år	8,2 %	2 448
4-7 år	5,5 %	952
7+ år	2,7 %	1 073

Årlig andel ekstern turnover			
Yrkesgruppe	0-4 år	4-7 år	7+ år
Andre pasientrettede stillinger	18,1 %	9,6 %	3,1 %
Psykolog	12,2 %	12,1 %	14,3 %
Psykologspesialist	9,5 %	7,6 %	5,7 %
Vernepleier	8,8 %	6,5 %	4,0 %
Sosionom	8,4 %	7,0 %	3,6 %
Miljøterapeut	8,2 %	6,3 %	3,8 %
Fysioterapeut	7,8 %	4,5 %	2,6 %
Sykeleier	7,6 %	6,7 %	2,9 %
Intensivsykeleier	6,7 %	3,7 %	2,4 %
Helsefagarbeider/hjelpeleier	6,4 %	5,5 %	2,0 %
LiS-leger	6,3 %	9,8 %	12,3 %
Barn/pediatripsykeleier	6,3 %	11,8 %	3,1 %
Operasjonssykeleier	5,9 %	4,3 %	1,7 %
Andre spesialpsykeleiere	5,5 %	4,8 %	2,9 %
Ergoterapeut	5,4 %	6,6 %	2,6 %
Overleger	5,3 %	2,3 %	1,8 %
Jordmor	5,0 %	5,2 %	2,5 %
Anestesi-psykeleier	4,5 %	3,7 %	1,7 %
Kreft/onkologisykeleier	3,2 %	3,4 %	1,8 %
Pedagog	3,2 %	5,4 %	3,6 %
Radiograf	2,8 %	1,8 %	1,2 %
Ambulansepersonell	2,2 %	2,3 %	2,4 %

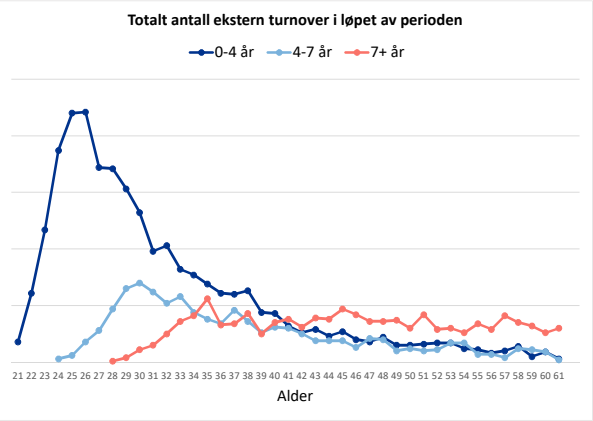
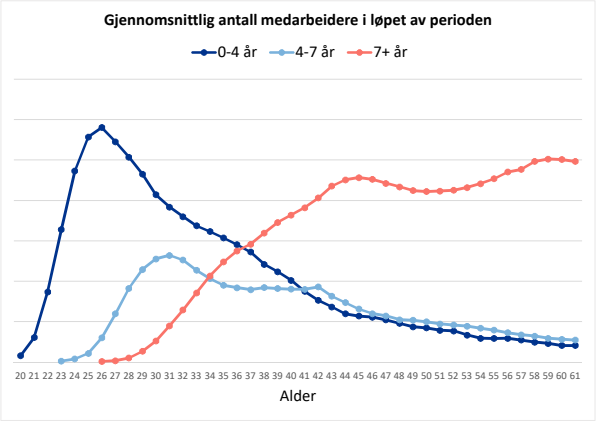
Kombinasjonen alder og ansiennitet

- Figuren viser at økt ansiennitet gir omtrent lik grad av nedgang i frafallsandel for alle aldersgruppene
 - Frafallsandelen minker litt raskere fra kort til middels ansiennitet for de under 35 år, og minker litt tregere for aldersgruppen 35-44
- Figuren illustrerer også godt den store frafallsandelen til den yngste aldersgruppen
- De yngste med kortest ansiennitet hadde en frafallsandel på **9,5 %**, mens de eldste med lengst ansiennitet hadde en frafallsandel på **2,2 %**!



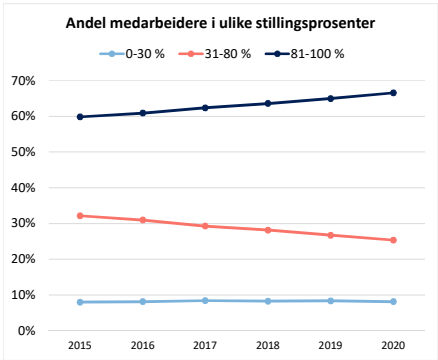
Medarbeiderne som sluttet skiller seg tydelig ut

- Fordelingen av alder og ansiennitet for medarbeiderne som sluttet skilte seg tydelig ut fra den generelle fordelingen for samtlige ansatte
- Vi ser blant annet at eldre ansatte med **7+ år ansiennitet** er veldig underrepresentert blant dem som slutter



Medarbeidere i små stillinger slutter oftere, men det er få av dem

- Andel medarbeidere med 81-100 % stilling har økt de siste årene
 - Andelen 31-80 stillingsprosent har falt tilsvarende.
 - Andelen 0-30 stillingsprosent ligger stabilt på rundt 8 %
- Totalt over hele perioden ser vi en større tilbøyelighet til å slutte blant medarbeidere med små stillinger.
 - 13,6 % ET for 0-20 stillingsprosent og 8,1 % ET for 21-30 stillingsprosent
- Samtidig er det en liten andel av totalt antall medarbeidere som jobber i små stillinger
 - 8,1 % av medarbeiderne har hatt en 0-30 % stilling



Stillingsprosent	0-20	21-30	31-60	61-80	81-99	100
Årlig andel ET	13,6 %	8,1 %	5,1 %	4,3 %	3,1 %	4,4 %
Total antall ET	685	191	514	651	111	2 352
Gj.snittlig andel medarbeidere	5,6 %	2,6 %	11,3 %	16,9 %	4,0 %	59,7 %

Yngre medarbeidere er overrepresentert i små stillinger

- Det er de yngste medarbeiderne med 0-30 stillingsprosent som har den største andelen ekstern turnover, på 18,1 %
- Det er også de yngste medarbeiderne som i størst grad har slike små stillinger. 13,5 % av de yngste medarbeiderne har 0-30 % stilling
- De fleste yrkesgruppene følger det overordnende mønsteret, der tilbøyeligheten til å slutte er større blant medarbeidere med små stillinger

Årlig andel ekstern turnover			
Aldersgruppe	0-30	31-80	81-100
34 år og yngre	18,1 %	7,2 %	6,8 %
35-44 år	7,5 %	4,3 %	4,2 %
45 år og eldre	3,9 %	2,8 %	2,7 %

Gj.snittlig andel medarbeidere			
Aldersgruppe	0-30	31-80	81-100
34 år og yngre	13,5 %	28,3 %	58,2 %
35-44 år	4,8 %	25,2 %	70,0 %
45 år og eldre	6,4 %	30,0 %	63,6 %

Stillingsprosent	Årlig andel ET	Totalt antall ET
0-30	11,8 %	870
31-80	4,6 %	1 162
81-100	4,3 %	2 461

Årlig andel ekstern turnover			
Yrkesgruppe	0-30 %	31-80 %	81-100 %
Ergoterapeut	23,1 %	9,7 %	3,0 %
Psykolog	22,6 %	8,4 %	12,4 %
Sosionom	21,9 %	7,2 %	4,9 %
Andre pasientrettede stillinger	20,0 %	3,9 %	4,0 %
Pedagog	12,4 %	4,7 %	3,6 %
Miljøterapeut	11,5 %	4,5 %	5,1 %
Anestesisykepleier	9,0 %	1,1 %	2,8 %
Vernepleier	8,7 %	7,7 %	5,9 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	7,7 %	3,5 %	2,9 %
Ambulansepersonell	6,7 %	3,0 %	2,0 %
Jordmor	6,0 %	3,4 %	3,1 %
Sykepleier	5,4 %	5,7 %	5,3 %
Overleger	2,8 %	3,1 %	2,7 %
Fysioterapeut	2,3 %	5,1 %	4,1 %
Psykologspesialist	2,3 %	4,4 %	7,1 %
Andre spesialisykeleiere	2,0 %	4,2 %	3,3 %
Kreft/onkologisykepleier	1,9 %	2,3 %	2,1 %
Intensivsykepleier	0,9 %	2,3 %	3,4 %
Barn/pediatrisysykepleier		5,3 %	5,4 %
LIS-leger		2,5 %	6,9 %
Operasjonssykepleier		1,8 %	2,8 %
Radiograf		1,3 %	1,8 %

Det er i størst grad assistenter som har små stillinger

- Andre pasientrettede stillinger hadde den største andelen av ansatte med en stillingsprosent på 30 eller mindre
 - Dette skyldtes svært høy andel med små stillinger blant assistenter innen psykiatri (82,2 %) og pleie (79,3 %)
- Miljøterapeuter (10,8 %) skilte seg også ut med en litt større andel ansatte i små stillinger.
- Kun 39,3 % av helsefagarbeidere/hjelpepleiere har en stillingsprosent over 80. Jordmødre (41,4 %) og sykepleiere (50,4 %) er andre yrkesgrupper med lav andel ansatte med over 80 % stilling.

Gj.snittlig andel medarbeidere			
Yrkesgruppe	0-30 %	31-80 %	81-100 %
Andre pasientrettede stillinger	59,2 %	15,9 %	24,8 %
Miljøterapeut	10,8 %	26,5 %	62,7 %
Kreft/onkologisykepleier	7,7 %	34,4 %	57,9 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	7,2 %	53,5 %	39,3 %
Vernepleier	6,8 %	21,1 %	72,0 %
Jordmor	6,2 %	52,4 %	41,4 %
Fysioterapeut	6,1 %	17,5 %	76,4 %
Sykepleier	5,9 %	43,7 %	50,4 %
Overleger	5,7 %	10,0 %	84,3 %
Andre spesialisykeleiere	5,1 %	25,2 %	69,6 %
Sosionom	4,1 %	8,7 %	87,2 %
Ambulansepersonell	2,9 %	12,5 %	84,6 %
Intensivsykepleier	2,5 %	25,2 %	72,3 %
Psykologspesialist	1,9 %	9,0 %	89,1 %
Barn/pediatrisysykepleier	1,9 %	36,9 %	61,2 %
Psykolog	1,3 %	5,2 %	93,4 %
Ergoterapeut	1,3 %	17,5 %	81,2 %
Pedagog	1,3 %	9,9 %	88,9 %
Anestesisykepleier	1,2 %	18,9 %	79,9 %
Radiograf	0,8 %	11,3 %	87,8 %
Operasjonssykepleier	0,6 %	20,6 %	78,8 %
LIS-leger	0,4 %	2,2 %	97,4 %

Arbeidstidsordning (dagandel mindre enn 90 %)

- Den årlige andelen ekstern turnover over hele analyseperioden var høyest for medarbeiderne som jobbet skift/turnus:
 - Skift/turnus: **5,4 %**
 - Dag: 4,4 %
- Noen yrkesgrupper har størst frafallsandel blant de som jobber dag:
 - Miljøterapeuter
 - Barn/pediatrisykepleiere
 - Helsefagarbeidere/hjelpepleiere
 - Ambulansepersonell
 - Radiografer

Arbeidstidsordning	Årlig andel ET	Total Antall ET
Skift/turnus	5,4 %	3 194
Dag	4,4 %	1 267

Årlig andel ekstern turnover		
Yrkesgruppe	Skift/turnus	Dag
Andre pasientrettede stillinger	16,1 %	4,8 %
Sosionom	9,8 %	5,5 %
Vernepleier	6,7 %	5,0 %
Sykepleier	6,0 %	2,4 %
Miljøterapeut	5,5 %	6,2 %
Barn/pediatrisykepleier	4,9 %	7,0 %
Andre spesialsykepleiere	3,9 %	2,7 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	3,6 %	3,9 %
Jordmor	3,6 %	0,9 %
Intensivsykepleier	3,2 %	1,4 %
Kreft/onkologisykepleier	2,7 %	0,9 %
Anestesisykepleier	2,6 %	1,9 %
Operasjonssykepleier	2,6 %	2,5 %
Ambulansepersonell	2,2 %	9,5 %
Radiograf	1,6 %	2,3 %

Viser bare yrkesgrupper der mer enn 10 % av medarbeiderne jobber skift/turnus



Myte: Mange av medarbeiderne som slutter returnerer til jobb i samme helseforetak noen år senere

- 13 % av medarbeidere som var registrert med ekstern turnover i løpet av perioden (jan. 2015 – sep. 2021), var igjen registrert som fast ansatt i samme foretak på et senere tidspunkt i perioden
 - Det gikk i gjennomsnitt 15 måneder fra registrert sluttdato til de igjen var tilbake i fast jobb i foretaket.
- En fjerdedel av de som returnerte var registrert tilbake allerede neste måned, som kan tyde på at intern turnover har blitt feilkodet som ekstern turnover

Tid fra slutt til retur	1 mnd	2 mnd – 1 år	1-2 år	2+ år
Andel av disse 13 %	25,1 %	29,9 %	21,0 %	24,0 %

- Det er i størst grad unge medarbeidere som vender tilbake etter å ha sluttet

Alder	20-34	35-44	44-61
Andel av disse 13 %	57,7 %	25,3 %	17,1 %

Konklusjon:

- **Andelen som reelt sett vender tilbake i løpet av noen år er antakelig under 10 %**

Myte: Mange medarbeidere som slutter har flere stillinger

- Det var 11 % av dem som sluttet fra en fast stilling som hadde mer enn ett stillingsforhold to måneder før de sluttet
 - Én av stillingene må være inkludert i utvalget, resten telles med helt uavhengig av yrkesgruppe og ansatttype

Antall stillinger	1	2	3
Andel	89,2 %	10,2 %	0,6 %

- Av disse var det kun 9,7 % som hadde en samlet stillingsprosent over 100.

Samlet stillingsprosent	0-100	101-120	121-199	200
Andel av disse 11 %	90,3 %	2,3 %	2,3 %	5,1 %

Konklusjon:

- **De fleste som sluttet fra en fast stilling hadde kun ett stillingsforhold**

Stillingsprosenten for hver stilling beregnes som et gjennomsnitt over den aktuelle tidsperioden

Myte: Mange eldre medarbeidere slutter i fast stilling, og jobber kort tid etterpå som innleid/vikar

- 8 % av medarbeidere med ekstern turnover begynte senere som innleid/vikar, i gjennomsnitt 15 måneder etter at de sluttet
 - Svært enkel analyse der vi kun ser på om det er registrert et arbeidsforhold som innleid/vikar i etterkant av at medarbeiderne har sluttet fra en fast stilling. Disse personene kan ha hatt andre faste stillinger samtidig eller i omliggende tidsrom
- Dette gjelder i størst grad unge medarbeidere
 - Aldersgruppen 62+ (ikke en del av utvalget) er inkludert for denne myten, da en hypotese var at omfanget kunne være stort rett før pensjonsalder

Alder	20-34	35-44	44-61	62+
Andel av disse 8 %	65,9 %	14,4 %	15,2 %	4,5 %

Konklusjon:

- **Det er ikke et utbredt problem at faste ansatte slutter i jobben for å leie seg inn i tilsvarende stilling**



Hva kjennetegner avdelinger med stor andel ekstern turnover?

- For analyser på avdelingsnivå har vi tatt utgangspunkt i alle avdelinger som har hatt minimum 10 pasientrettede ansatte hvert år i perioden (totalt 842 avdelinger)
 - Vi bruker gjennomsnittlig årlig andel ekstern turnover per avdeling, slik at avdelinger som har eksistert gjennom hele perioden kan sammenlignes mot avviklede/nye avdelinger som kun eksisterte i deler av perioden.
 - **Måltallene for avdelingene inkluderer kun ansatte i pasientrettede yrker**
- Vi forsøkte å finne måltall som kan forklare variasjonen i andel ET på tvers av avdelinger, med bruk av enkel lineær regresjon:

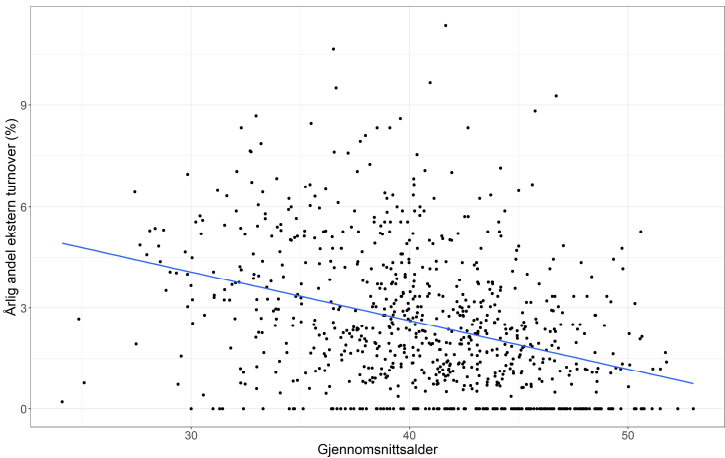
Måltall	P-verdi	Statistisk signifikant
Antall ansatte per år	< 0,001	Ja (se neste slides)
Gjennomsnittsalder	< 0,001	Ja (se neste slides)
Gjennomsnittlig stillingsprosent	< 0,001	Ja (se neste slides)

Måltall	P-verdi	Statistisk signifikant
Andel vikarer	0,104	Nei
Andel kvinner/menn	0,442	Nei
Gjennomsnittlig sykefraværprosent	0,485	Nei

P-verdier mindre enn 0,05 er statistisk signifikante med et 95 % konfidensnivå. P-verdier mindre enn 0,001 er statistisk signifikante med et 99,9 % konfidensnivå.

Avdelingsnivå: Gjennomsnittsalder

- Regresjonslinjen viser at andelen ekstern turnover typisk er lavere for avdelinger med høy gjennomsnittsalder.

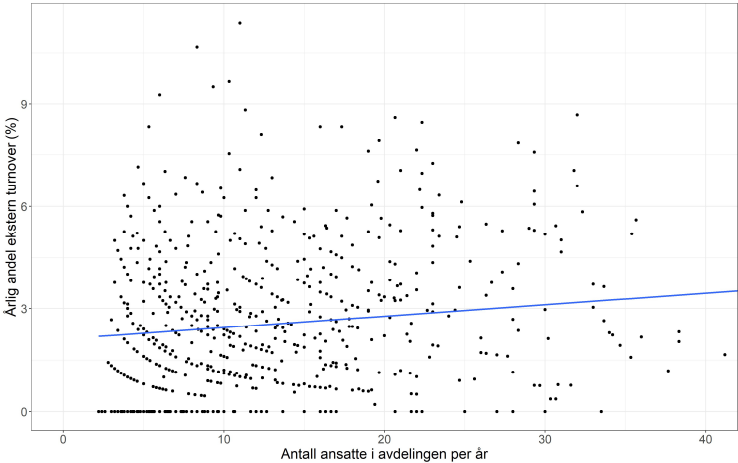


ET-andelen er også nødvendigvis lavere for avdelinger med høy gjennomsnittlig ansiennitet, ettersom lav turnover og høy ansiennitet er to sider av samme sak: Beholde medarbeidere over tid.

Måltall	P-verdi	Statistisk signifikant
Gjennomsnittsalder	< 0,001	Ja

Avdelingsnivå: Antall ansatte per år

- Regresjonslinjen viser at andelen ekstern turnover typisk er litt høyere for større avdelinger.



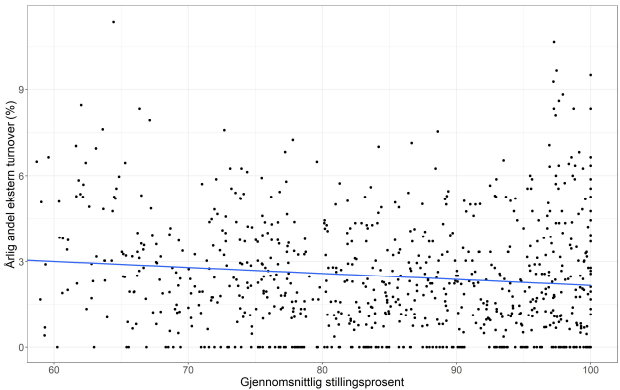
Måltall	P-verdi	Statistisk signifikant
Antall ansatte per år	< 0,001	Ja

Noen få avdelinger med 40-90 ansatte per år vises ikke i figuren, men er inkludert i beregningene av p-verdi og regresjonslinje

Avdelingsnivå: Gjennomsnittlig stillingsprosent

- Regresjonslinjen viser at andelen ekstern turnover typisk er litt høyere for avdelinger med lav gjennomsnittlig stillingsprosent
- Vi ser derimot at andelen ansatte med 80/100 % stilling i avdelingene ikke gir noe signifikant utslag i andelen ekstern turnover
- Andelen ansatte med minst 30 % stilling gir signifikant utslag. Det vi her ser på avdelingsnivå stemmer godt med det vi så på personnivå
- Det er kun ansatte med mindre enn 30 % stilling som har en signifikant større tilbøyelighet til å slutte, men de trekker ned avdelingens gjennomsnittlige stillingsprosent nok til at vi får utslag

Måltall	P-verdi	Statistisk signifikant
Gjennomsnittlig stillingsprosent	< 0,001	Ja
Andel ansatte med 100 % stilling	0,798	Nei
Andel ansatte med minst 80 % stilling	0,179	Nei
Andel ansatte med minst 30 % stilling	< 0,001	Ja



Noen få avdelinger med gjennomsnittlig stillingsprosent under 60 % vises ikke i figuren, men er inkludert i beregningene av p-verdi og regresjonslinje

Vedlegg



Vedlegg 1: Beregningsmetode for andel ekstern turnover

- I de fleste tilfellene ser vi på totaltall for hele perioden (jan. 2015 – sep. 2021).
- Perioden består av 6,75 år. Da defineres gjennomsnittlig årlig andel ekstern turnover slik:

$$\text{Årlig andel ET} = \frac{\left(\frac{\text{Antall ekstern turnover i perioden}}{6,75} \right)}{\text{Gjennomsnittlig antall ansatte i løpet av perioden}}$$

- Når vi ser på tidsutvikling av denne andelen, brukes definisjoner som sikrer at summen av månedsandelene blir omtrent lik den årlige andelen for hvert år:

$$\text{Månedlig andel ET} = \frac{\text{Antall ekstern turnover den måneden}}{\text{Gjennomsnittlig antall ansatte f. o. m. januar det aktuelle året t. o. m. aktuelle måned}}$$

$$\text{Årlig andel ET} = \frac{\text{Antall ekstern turnover det året}}{\text{Gjennomsnittlig antall ansatte det året}}$$

Vedlegg 2: Detaljert tidsutvikling av andel ET per yrkesgruppe



Yrkesgruppe	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ambulansepersoneell	2,8 %	3,0 %	1,9 %	1,4 %	1,9 %	2,4 %
Anestesisykepleier	2,9 %	3,5 %	1,8 %	1,8 %	1,8 %	2,1 %
Barne- og ungdomsarbeider	12,2 %	16,3 %	8,1 %	3,9 %	8,2 %	
Ergoterapeut	6,3 %	6,2 %	6,4 %		2,7 %	4,0 %
Fysioterapeut	6,9 %	2,9 %	2,9 %	4,3 %	5,2 %	3,3 %
Helsefagarbeider/hjelpepleiar	3,6 %	3,0 %	4,5 %	2,8 %	4,1 %	3,3 %
Intensivsykepleier	2,8 %	4,4 %	3,2 %	2,2 %	3,8 %	2,3 %
Jordmor	3,8 %	3,0 %	4,1 %	3,7 %	2,6 %	3,8 %
Kreft/onkologisykepleier	3,6 %	2,0 %	2,9 %	1,4 %	1,3 %	3,7 %
LIS-leger	8,7 %	6,5 %	6,5 %	6,1 %	7,0 %	8,1 %
Milljøterapeut	5,7 %	9,0 %	6,2 %	5,3 %	4,4 %	3,2 %
Operasjonssykepleier	1,2 %	2,4 %	2,2 %	3,3 %	3,0 %	2,7 %
Overleger	3,7 %	2,6 %	3,3 %	2,3 %	3,0 %	2,5 %
Pedagog	4,5 %	2,2 %	5,4 %	6,4 %	3,1 %	3,9 %
Psykolog	15,5 %	7,6 %	15,5 %	11,4 %	13,1 %	9,9 %
Psykologspesialist	5,1 %	6,9 %	5,8 %	7,0 %	8,0 %	8,1 %
Radiograf	1,8 %	2,8 %	1,7 %	0,6 %	1,6 %	1,9 %
Sosionom	6,2 %	5,2 %	4,4 %	9,6 %	6,3 %	6,2 %
Sykepleier	6,6 %	5,9 %	5,8 %	5,6 %	5,7 %	4,9 %
Vernepleier	6,4 %	7,0 %	5,6 %	4,8 %	6,2 %	7,2 %

Andre pasientrettede stillinger	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Assistent pleie	17,0 %	20,8 %	17,1 %	18,2 %	19,0 %	17,3 %
Assistent psykiatri	7,1 %	11,9 %	10,1 %	17,8 %	16,8 %	22,3 %
Barne- og ungdomsarbeider	12,2 %	16,3 %	8,1 %	3,9 %	8,2 %	

Andre spesialsykepleiere	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Spes.utd.sykepleier	4,2 %	5,9 %	4,8 %	7,2 %	5,5 %	2,4 %
Psykiatr.sykepleier	4,5 %	3,2 %	4,5 %	3,9 %	3,5 %	4,7 %
Spesialsykepleier	4,6 %	2,8 %	4,6 %	2,7 %	3,2 %	3,1 %

Medarbeidere som slutter i foretaksgruppen Helse Vest:

Hvor fortsetter de karrieren?

Analyse av sysselsettingsstatistikk fra SSB

Oppsummering

- De aller fleste som forlater en jobb i et av helseforetakene, fortsetter i en helserelatert jobb. Flest gikk til kommunale helse- og omsorgstjenester, men en stor andel fortsatte også i spesialisthelsetjenesten. Blant medarbeiderne som fortsatte i spesialisthelsetjenesten, gikk 16 % til ideell sektor og 6 % til kommersiell sektor, mens resten fortsatte i offentlig spesialisthelsetjeneste i et annet helseforetak.
- Nesten halvparten av helsepersonellet som sluttet i helseforetak i Helse Vest begynte i ny jobb utenfor helseforetakets opptaksområde. Flytteandelen var høyest blant unge medarbeidere og dem med lav ansiennitet. Flyttetrendene til helsepersonell på Vestlandet var lik den vi ser i samfunnet for øvrig; de flyttet typisk til sitt opprinnelsessted eller mer urbane strøk.
- De fleste som flyttet fortsatte i spesialisthelsetjenesten, mens flertallet av de som ble boende gikk til kommunale helse- og omsorgstjenester. Andelen som gikk til kommersiell og ideell sektor var omtrent tre ganger så stor for de som ble boende, sammenlignet med de som flyttet.
- Medarbeidere med høyere alder og lang ansiennitet var overrepresentert blant dem som gikk til kommersiell sektor. Blant yrkesgruppene var det overleger (41 %) og psykologspesialister (28 %) som i klart størst grad startet i kommersiell sektor. Til ideell sektor gikk det i størst grad psykologer (20 %) og psykologspesialister (19 %).

Bakgrunn

Hvorfor har vi gjennomført analysen?

Denne analysen er en del av prosjektet «kunnskapsreisen ekstern turnover», hvor målet er å få bedre innsikt og kunnskap om medarbeidere som forlater et helseforetak i Helse Vest. Målet med analysen er å gi økt kunnskap om hvilke typer jobber medarbeidere går til etter at de forlater et helseforetak.

Hva ønsker vi å oppnå med denne analysen?

- Sikre at Helse Vest har et faktagrunnlag som beskriver hvor medarbeidere som slutter fortsetter sin karriere.
- Sikre at helseforetakene har en felles forståelse for de store «trekkene» i egen virksomhet og på tvers i foretaksgruppen.
- Kunnskapsgrunnlaget skal bidra til at ledere i Helse Vest kan iverksette mer målrettede tiltak for å beholde medarbeidere og redusere antall medarbeidere som forlater et helseforetak i Helse Vest.

Hvem er analysen for?

Ledere og medarbeidere i foretaksgruppen Helse Vest.

Hvilken merverdi tilfører analysen?

- Ledere og medarbeidere i Helse Vest får et felles kunnskapsgrunnlag/faktagrunnlag som kan deles åpent.
- Kunnskapsgrunnlaget kan bidra til et samarbeid på tvers av helseforetak om tiltak for å beholde medarbeidere slik at pasientens behov for helsetjenester ivaretas fremover («sørge-for»).

Beskrivelse av data

Analysen inkluderer personer som har avsluttet arbeidsforholdet sitt i Helse Førde, Helse Bergen, Helse Stavanger eller Helse Fonna.

Om populasjon:

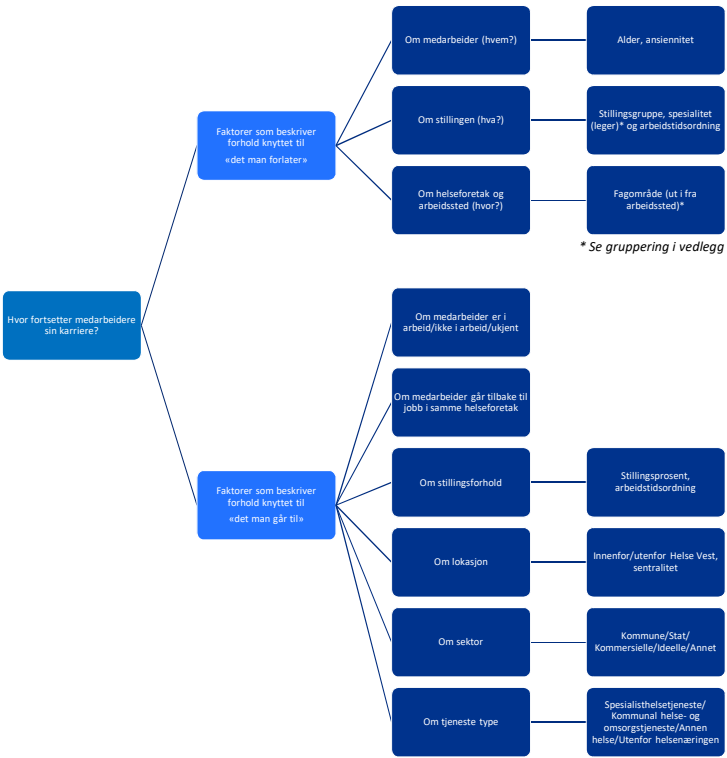
- **Stillingsgrupper (nivå 2):** Sykepleiere, overleger, LIS-leger, helsefagarbeidere/hjelpepleiere, psykologer, psykologspesialister, vernepleiere og jordmødre
- **Ansatttype:** Interne, faste ansatte (alle undergrupper)
- **År:** Fra og med 2015 til og med 2019
- **Alder:** Til og med 61 år

Om datagrunnlaget:

Interne data om personer som har sluttet i helseforetakene kombineres med data om hvor samme personer jobber to år senere, hentet fra registerbasert sysselsetningsstatistikk. Unntaket er for 2019, der fanges de opp året etter, og for selvstendig næringsdrivende, der opplysningene er ett år eldre enn opplysninger til ansatte i virksomheter.

Medarbeidere er plassert etter hovedarbeidsforhold.

Faktorer inkludert i analysen er illustrert i figuren til høyre.



* Se gruppering i vedlegg

Definisjon: Sektor

Opplysning om **sektor** baserer seg på institusjonell sektorgruppering fra Virksomhets- og foretaksregisteret, og er en aggregering av sektorkoder.

- **Stat:** Sektoren omfatter statlige enheter som forvalter et politisk og administrativt ansvar. I denne sammenhengen vil det nærmeste utelukkende være helseforetak, men også diverse offentlig administrasjon og undervisning.
- **Kommune:** Sektoren omfatter lokale og regionale enheter (i hovedsak fylker og kommuner) som forvalter et politisk og administrativt ansvar. I denne sammenheng vil det i størst grad være innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- **Ideell:** Ideelle organisasjoner omfatter idrettslag, foreninger, frivillige organisasjoner og stiftelser som driver ideell og ikke-kommersiell virksomhet. Her vil de i første rekke være ideelle virksomheter som har avtale med de regionale helseforetakene.
- **Kommersiell:** Sektoren omfatter markedsproduserende ikke-finansielle selskaper med begrenset økonomisk ansvar hvor private nasjonale aktører eller utlendinger direkte eller indirekte eier mer enn 50 prosent av innbetalt eierkapital (private aksjeselskaper mv.), personlig næringsdrivende og personlige foretak.
- **Andre:** En samlegruppe for det som ikke passer inn i noen av kategoriene over, hvor 'uoppgitt' utgjør den største gruppen.

Definisjon: Tjenestetype

Opplysninger om **tjenestetype** er en aggregering av næringskoder etter standard for næringsgruppering.

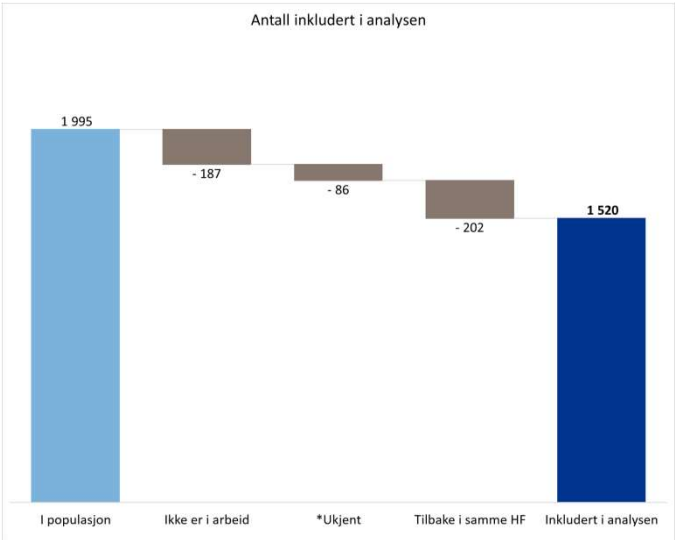
- **Speshelse:** Alle virksomheter under regionale helseforetak og helseforetak er inkludert her. I tillegg de private som har en avtale med et regionalt helseforetak om å levere/produsere spesialisthelsetjenester.
- **Komhelse:** Denne kategorien utgjør den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Inkluderer blant annet helsestasjonstjenester, jordmortjeneste og svangerskapskontroll, fastleger, kommunale legekontor og legevakt, aktiviserings- og servicetjenester for eldre og personer med funksjonsnedsettelse, heldøgns helse- og omsorgstjenester, omsorgstjenester til hjemmeboende og tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene.
- **Annen helse:** Annen helse består av helsevirksomheter eller selvstendig næringsdrivende som ikke er en del av «sørge-for-ansvaret» til de regionale helseforetakene og kommunen. Her vil det i første rekke være snakk om private. Private avtalespesialister vil havne i denne kategorien.
- **Utenfor helsenæringen:** Alle virksomheter og selvstendige næringsdrivende som ikke er underlagt et «sørge-for-ansvar» og ligger utenfor næringene 'helsetjenester', 'pleie og omsorgstjenester i institusjon' og 'sosialtjenester uten botilbud for eldre og funksjonshemmede'.



Hvor fortsatte medarbeidere sin karriere?

Analysert ut i fra alder, ansiennitet, stillingsgruppe og helseforetak

Analysene inkluderer kun medarbeidere som var i jobb i Norge 2 år etter de sluttet i Helse Vest, hos en annen arbeidsgiver enn helseforetaket de sluttet fra



*«Ukjent» er i hovedsak medarbeidere som har flyttet ut av Norge og ikke lenger har noe arbeidsforhold i Norge

Hvem er i arbeid etter at de sluttet?

- 85 % av alle som sluttet i et helseforetak var i arbeid to år etter
- Andelen som ikke var i jobb var 10 % høyere blant medarbeidere som er 45 år og eldre sammenlignet med de under 45 år
- Andelen som var i arbeid var lavest blant helsefagarbeidere/hjelpere, overleger, vernepleiere og jordmødre
- Andelen som tilsynelatende flyttet ut av Norge («ukjent») var høyest blant overleger (ca. 16 %)

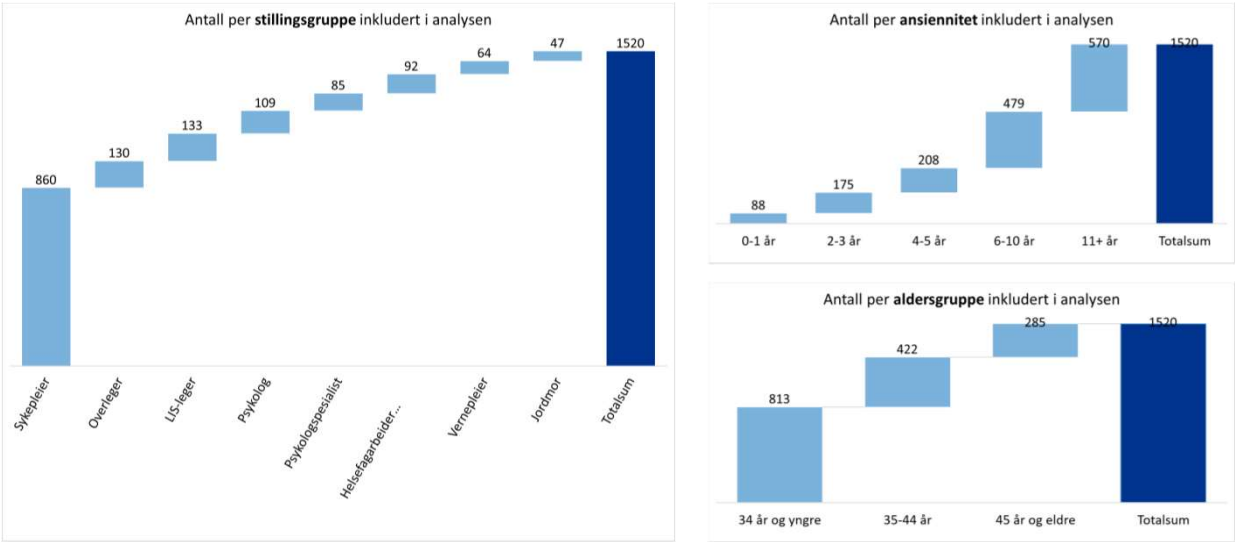
Hvem kom tilbake 2 år etter at de sluttet?

- 202 av personene i utvalget var to år senere registrert med hovedarbeidsforhold i samme helseforetak der de avsluttet sitt opprinnelige arbeidsforhold. Vi kan ikke utelukke at en del av dette kan skyldes feilregistrering av ekstern turnover.
- Dette gjaldt i størst grad psykologer og psykologspesialister (16 %), og i minst grad LIS-leger og vernepleiere (8 %)
- Det gjaldt i hovedsak medarbeidere i HBE og HFO

Utvalget

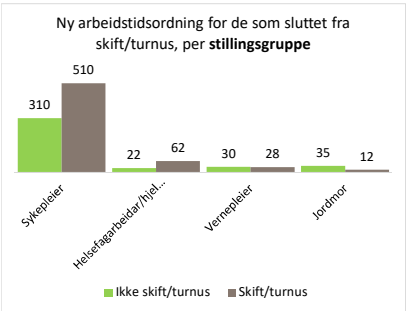
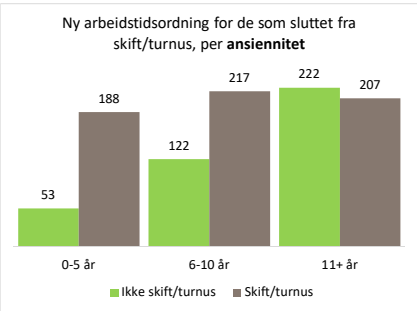
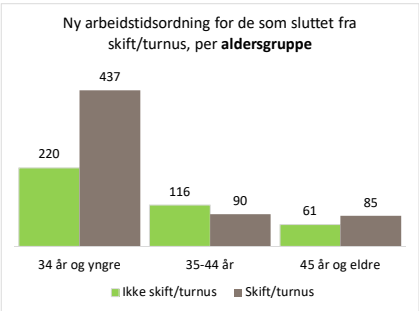
- De 1520 personene som er inkludert i analysen omtales heretter som **utvalget**.

Sykepleiere og medarbeidere under 34 år utgjør størst andel av utvalget

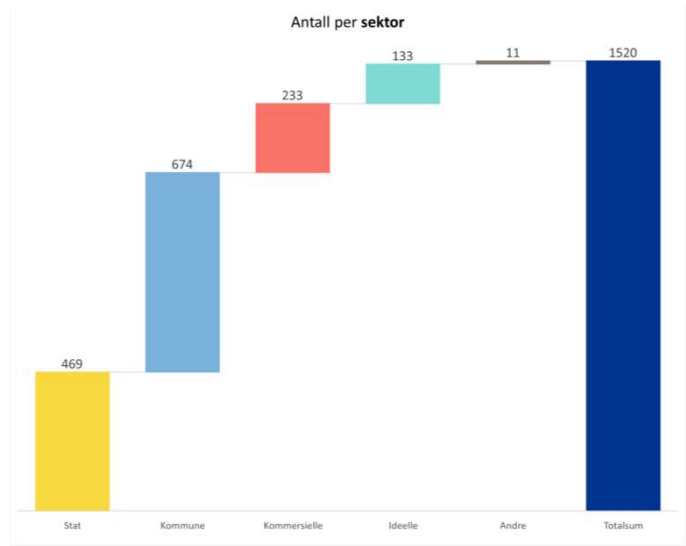


Arbeidstidsordning: De som jobbet skift/turnus gikk i betydelig grad til stillinger uten skift/turnus

- Det er dobbelt så mange i utvalget som hadde arbeidstidsordning skift/turnus (1 020 stk.) sammenlignet med dag (500 stk.)
- Blant dem som sluttet i en stilling med skift/turnus, hadde 60 % skift/turnus i sin nye jobb. Andelen som fortsatte i skift/turnus var lavest blant medarbeidere i aldersgruppen 35-44 år og medarbeidere med høyere ansiennitet.
- Blant medarbeidere som sluttet i en jobb med skift/turnus, var det jordmødre (26 %) og vernepleiere (48 %) som i minst grad fortsatte i skift/turnus
- Mindre enn 5 % av dem som sluttet i en jobb uten skift/turnus, startet i ny jobb med skift/turnus. Andelen var høyest blant medarbeidere over 45 år (6 %) og medarbeidere med ansiennitet 11+ år (9 %)



Sektor: Flest medarbeidere gikk til kommunal sektor

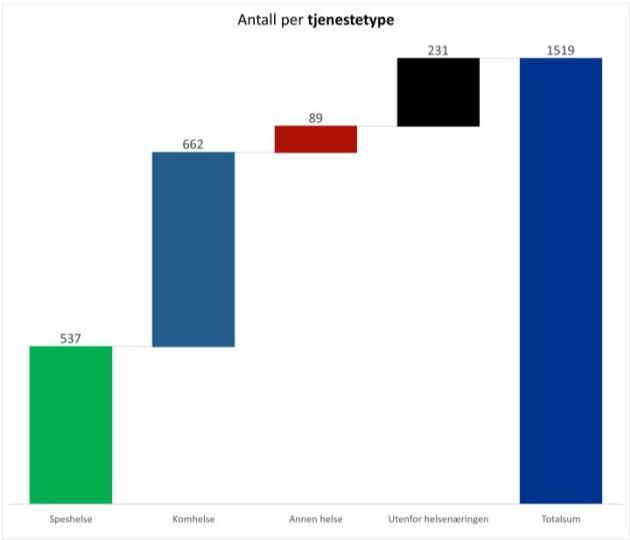


- Flest i utvalget gikk til jobb i kommunal sektor (44 %), etterfulgt av stat (31 %), kommersiell (15 %) og ideelle (9 %)
- En høyere andel av eldre medarbeidere gikk til ideell og kommersiell sektor sammenlignet med yngre medarbeidere
- Medarbeidere med lang ansiennitet gikk i større grad til kommune og kommersielle, og i mindre grad til stat
- De yngste medarbeiderne (< 35 år) og de med kort ansiennitet gikk i større grad til en jobb i statlig sektor
- Det var store forskjeller mellom de ulike stillingsgruppene, og også noe forskjell mellom helseforetakene

Tilleggsinformasjon:

- I sektoren «Stat» er omtrent 90 % i spesialisthelsetjenesten (421 av 469), resterende er i hovedsak «Offentlig administrasjon og forsvar, og trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning» (4.5%) og «Undervisning» (4.3%)
- Kommersielle kan være avtalepraksis (for leger og psykologer)
- Se vedlegg for mer detaljert informasjon om hvordan utvalget fordeler seg innad i hver sektor

Tjenestetype: Flest gikk til kommunale helse- og omsorgstjenester

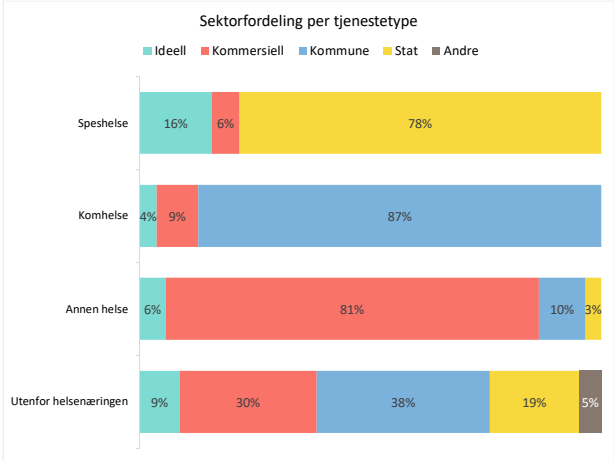


- Flest i utvalget gikk til jobb i kommunale helse- og omsorgstjenester (44 %), etterfulgt av spesialisthelsetjenesten (35 %), utenfor helsenæringen (15 %) og annen helse (6 %)
- Medarbeidere med lang ansiennitet gikk i større grad til kommunale helse- og omsorgstjenester
- Eldre medarbeidere og medarbeidere med lang ansiennitet gikk i større grad til annen helsetjeneste og jobb utenfor helsenæringen
- De yngste medarbeiderne (< 35 år) og de med kort ansiennitet fortsatte i større grad i spesialisthelsetjenesten
- Det var store forskjeller mellom ulike stillingsgrupper, og også noe forskjell mellom helseforetakene

Tilleggsinformasjon:

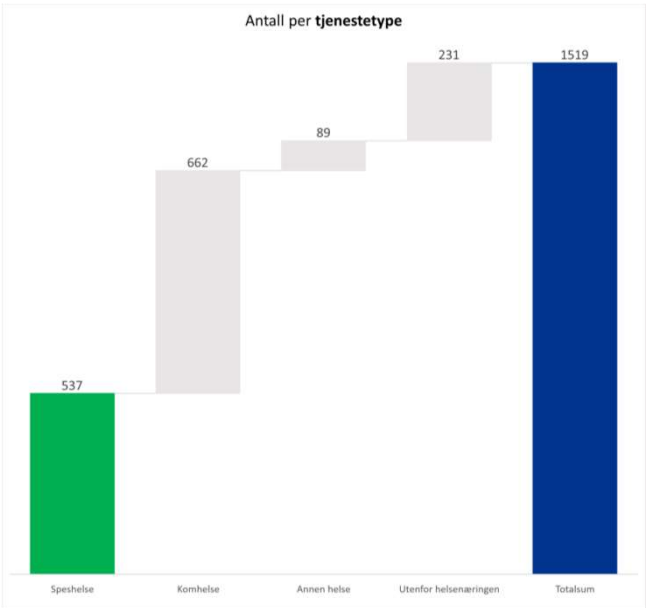
- «Annen helse» er i hovedsak privat praksis der de driver for seg selv (f.eks. avtalepraksis) eller jobber på en privat klinikk.
- Se vedlegg for mer detaljert informasjon om hvordan utvalget fordeler seg innad i hver tjenestetype

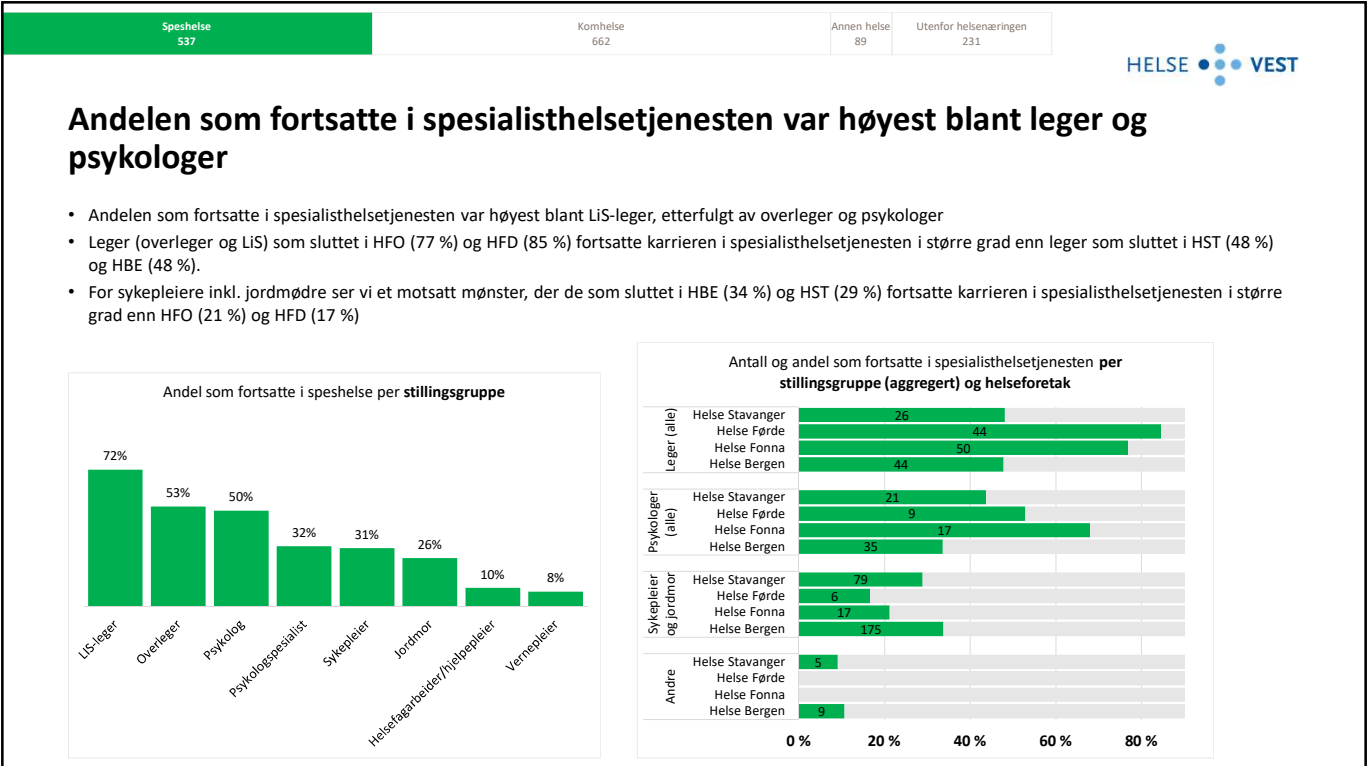
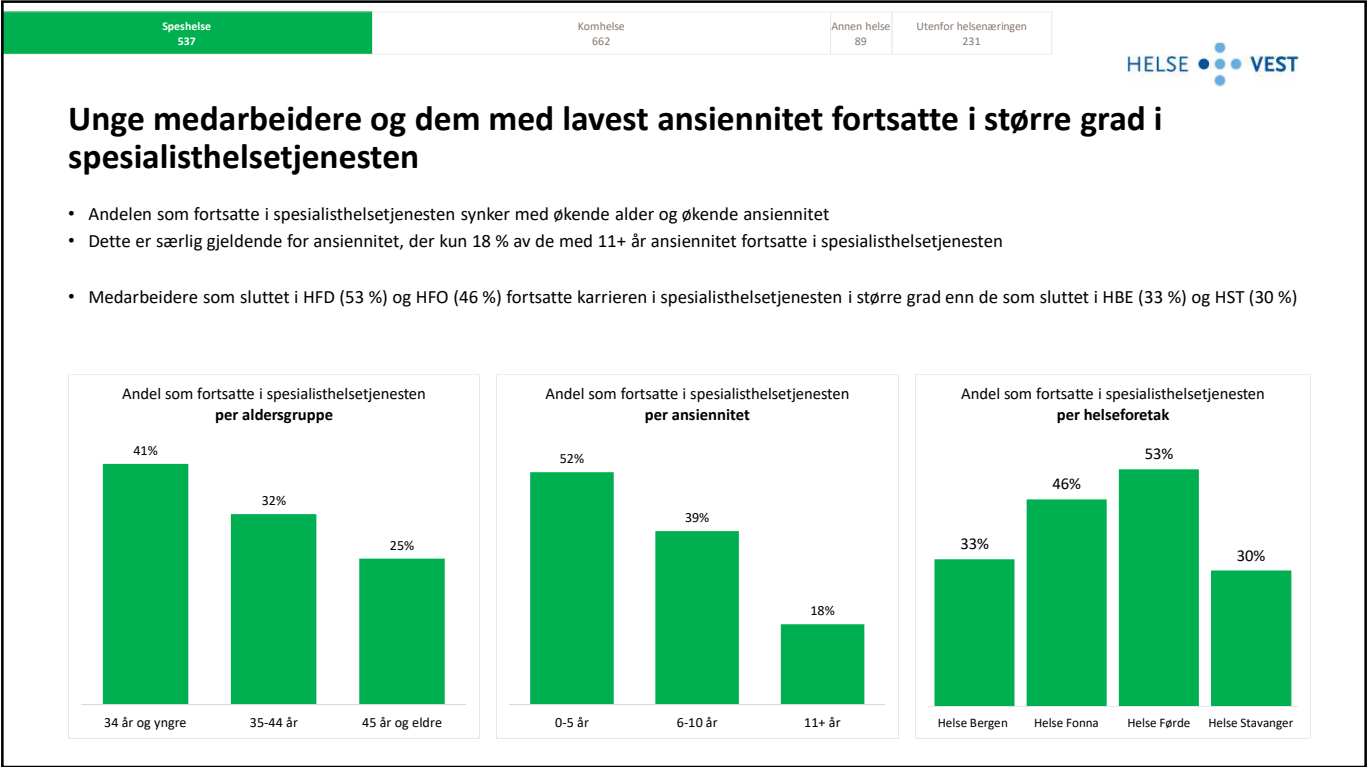
Av medarbeiderne som fortsatte i spesialisthelsetjenesten, gikk 16 % til ideell sektor og 6 % til kommersiell sektor

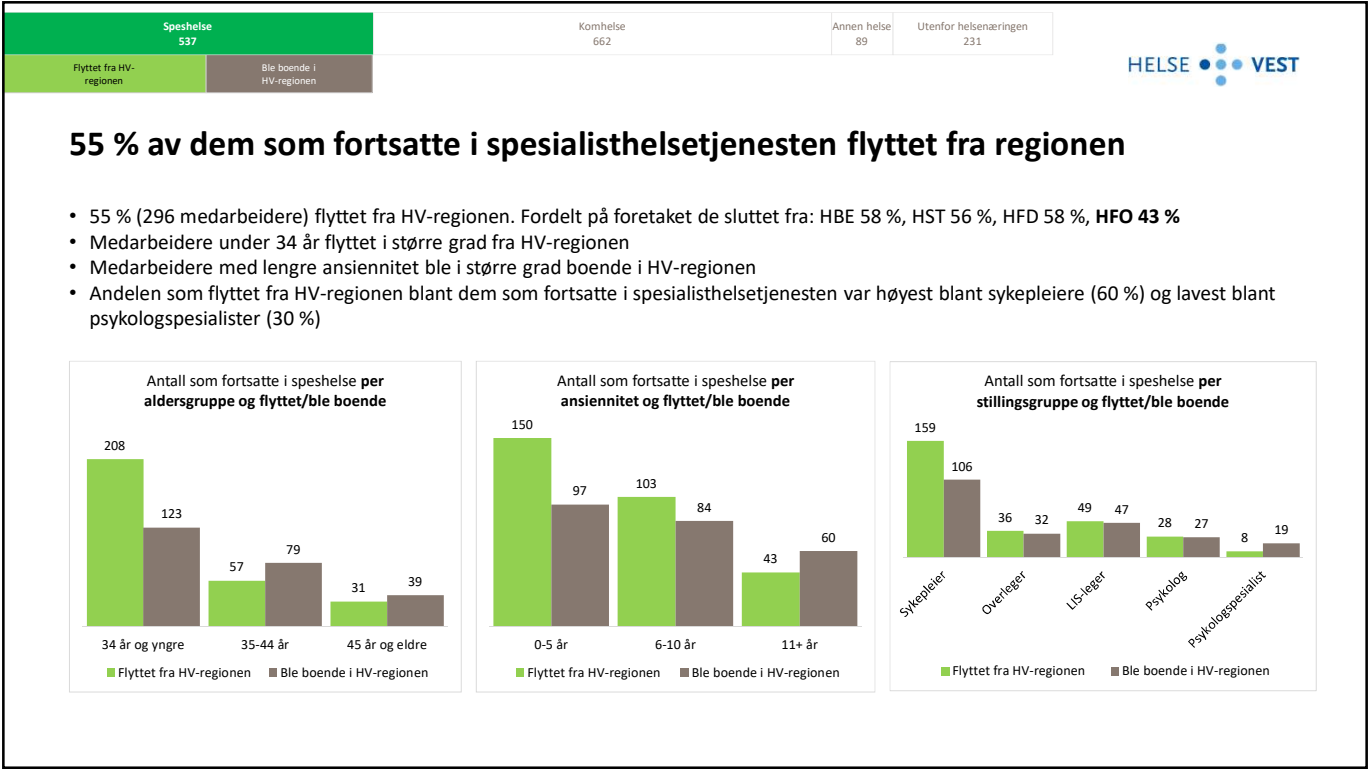
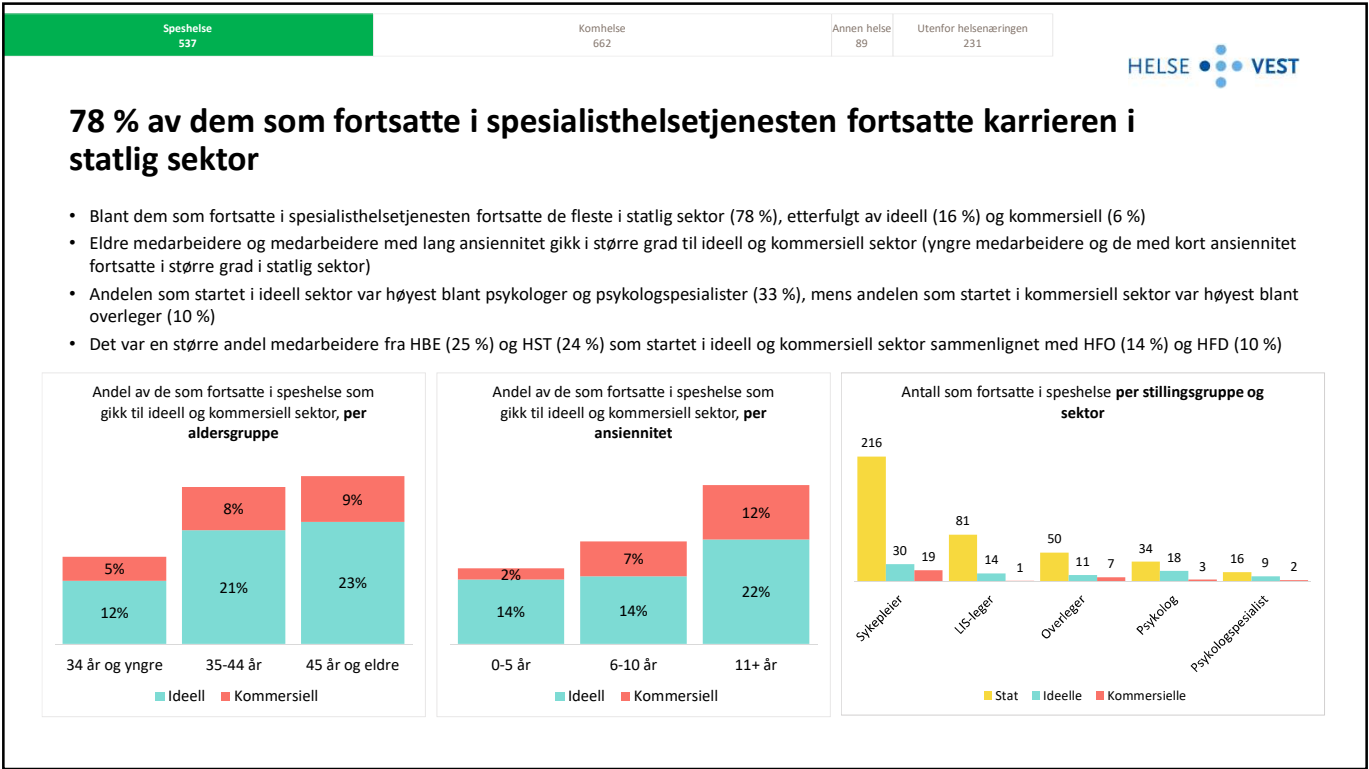


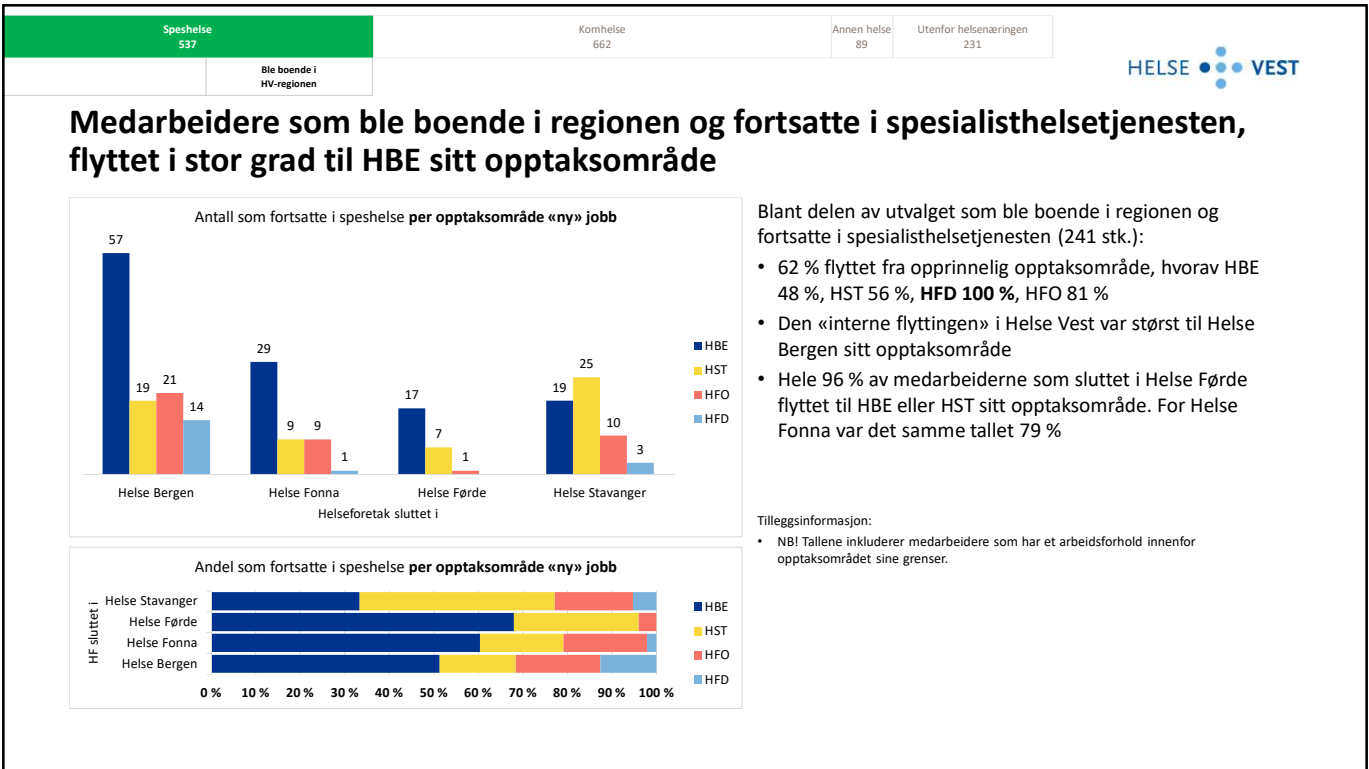
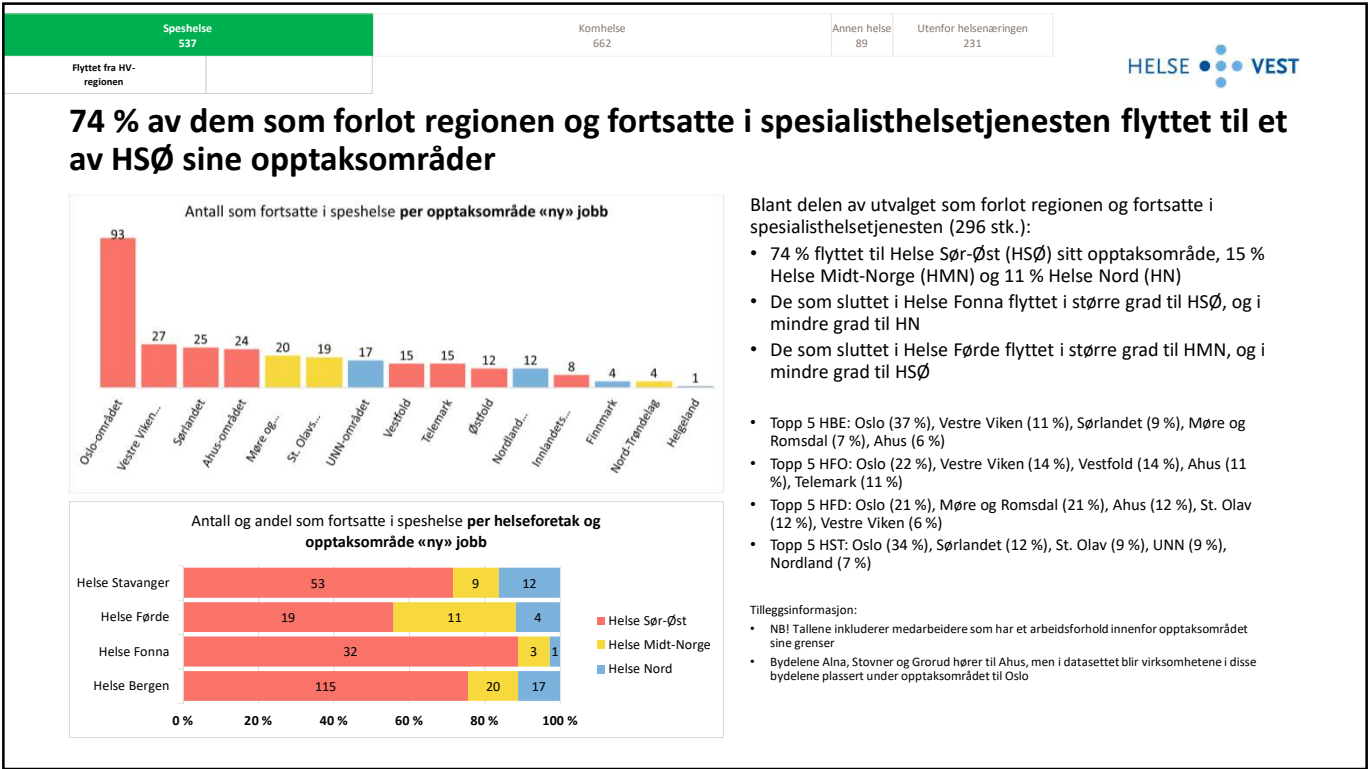
- Større andel av de som gikk til kommunale helse- og omsorgstjenester endte opp i kommersiell sektor (9 %) enn de som fortsatte i spesialisthelsetjenesten (6 %)
- De som fortsatte i spesialisthelsetjenesten gikk i størst grad til ideell sektor (16 %)
- De som gikk til jobb i «annen helse» endte hovedsakelig opp i kommersiell sektor (81 %)
- De som fortsatte i spesialisthelsetjenesten gikk hovedsakelig til en jobb i statlig sektor, mens de som gikk til kommunale helse- og omsorgstjenester hovedsakelig startet i kommunal sektor.

Om medarbeidere som fortsatte i spesialisthelsetjenesten

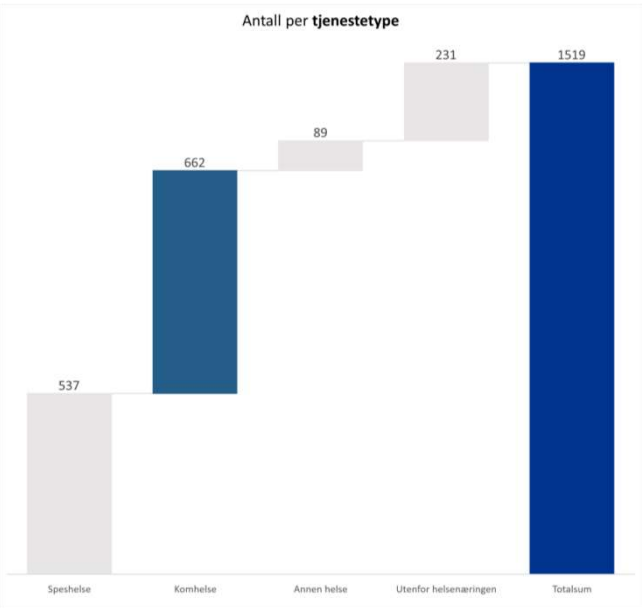






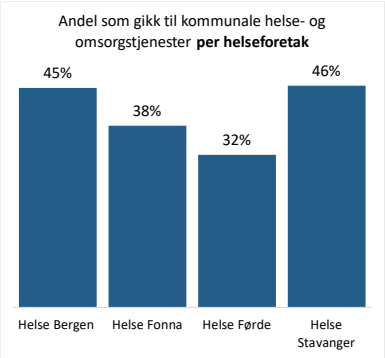
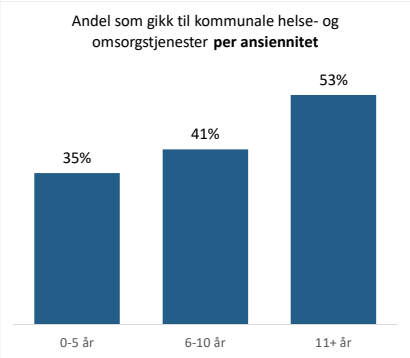
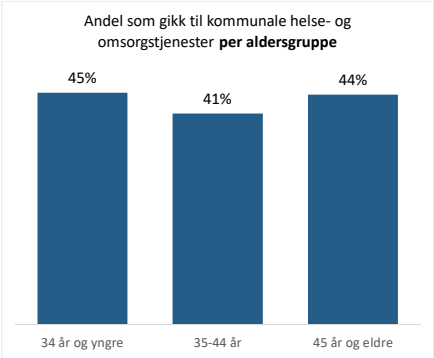


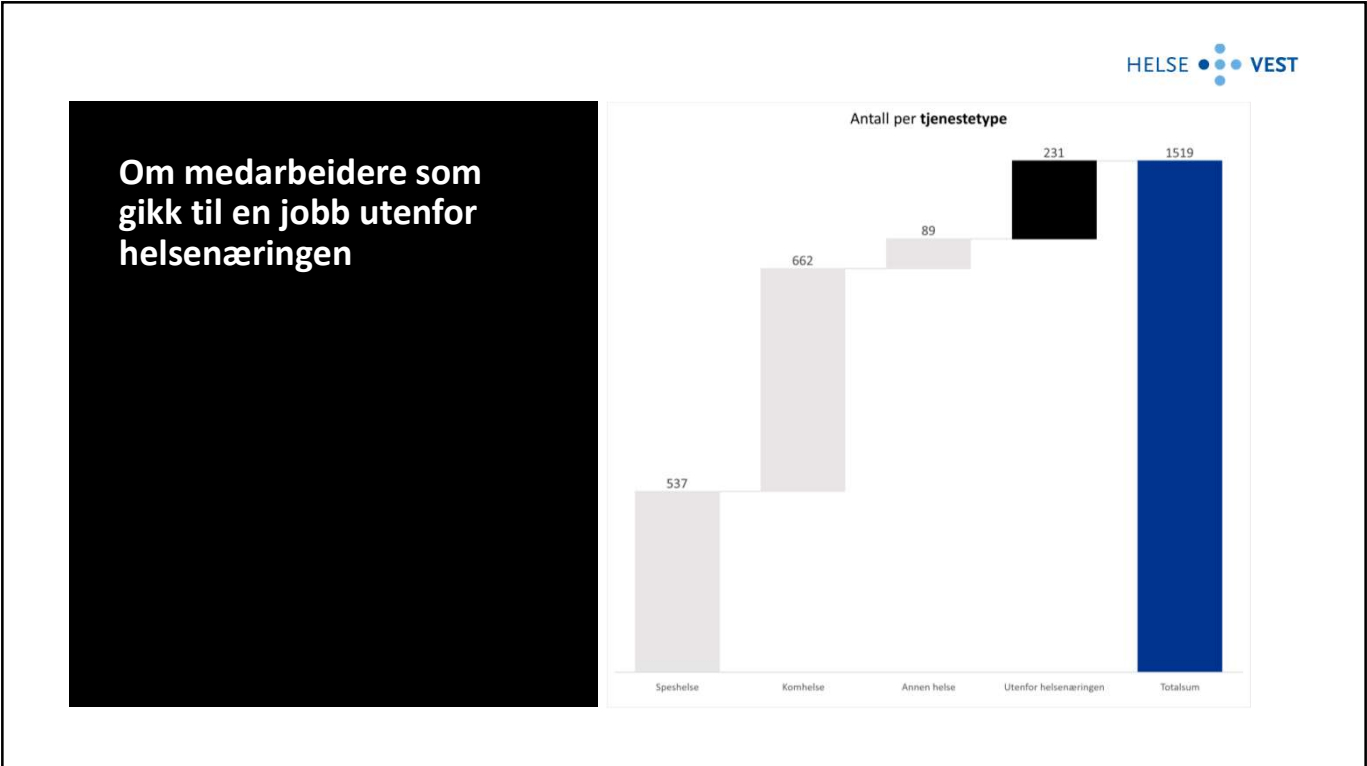
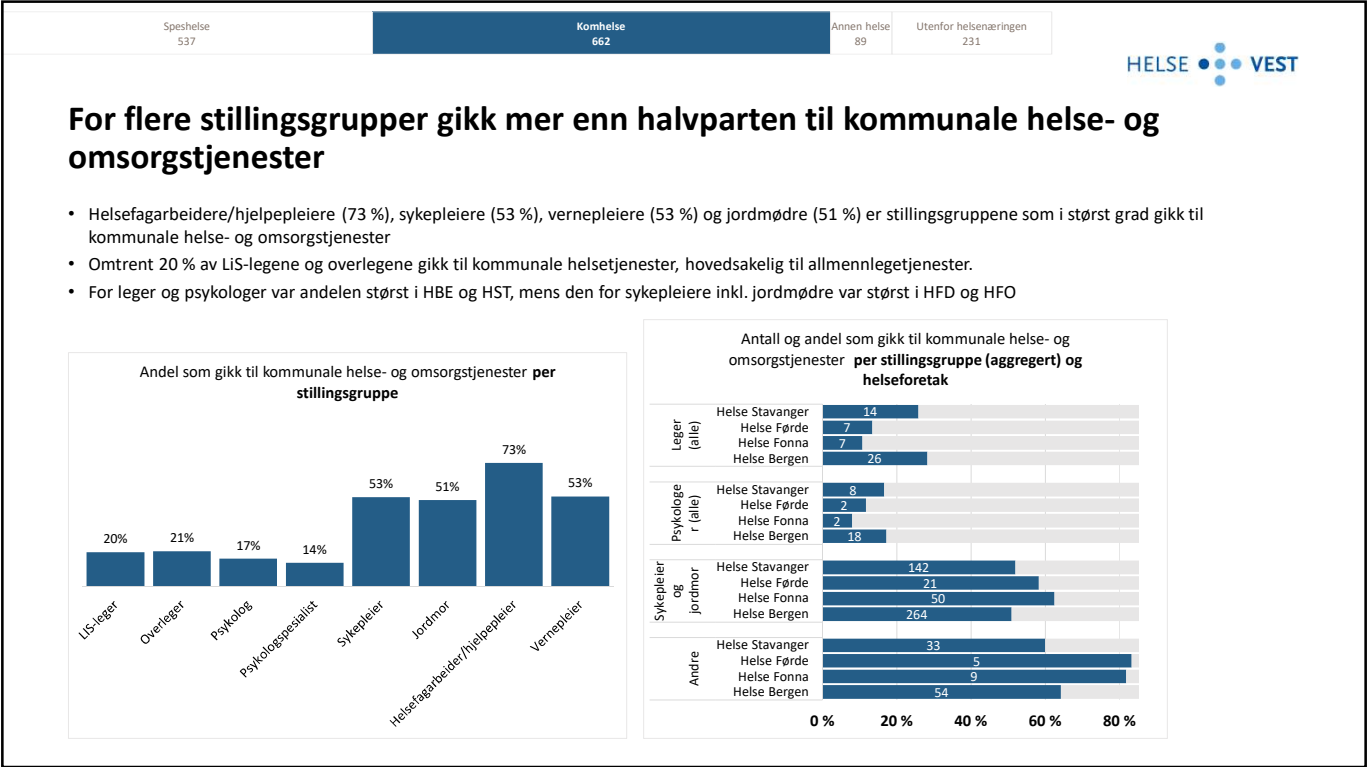
Om medarbeidere som gikk til en jobb i kommunale helse- og omsorgstjenester

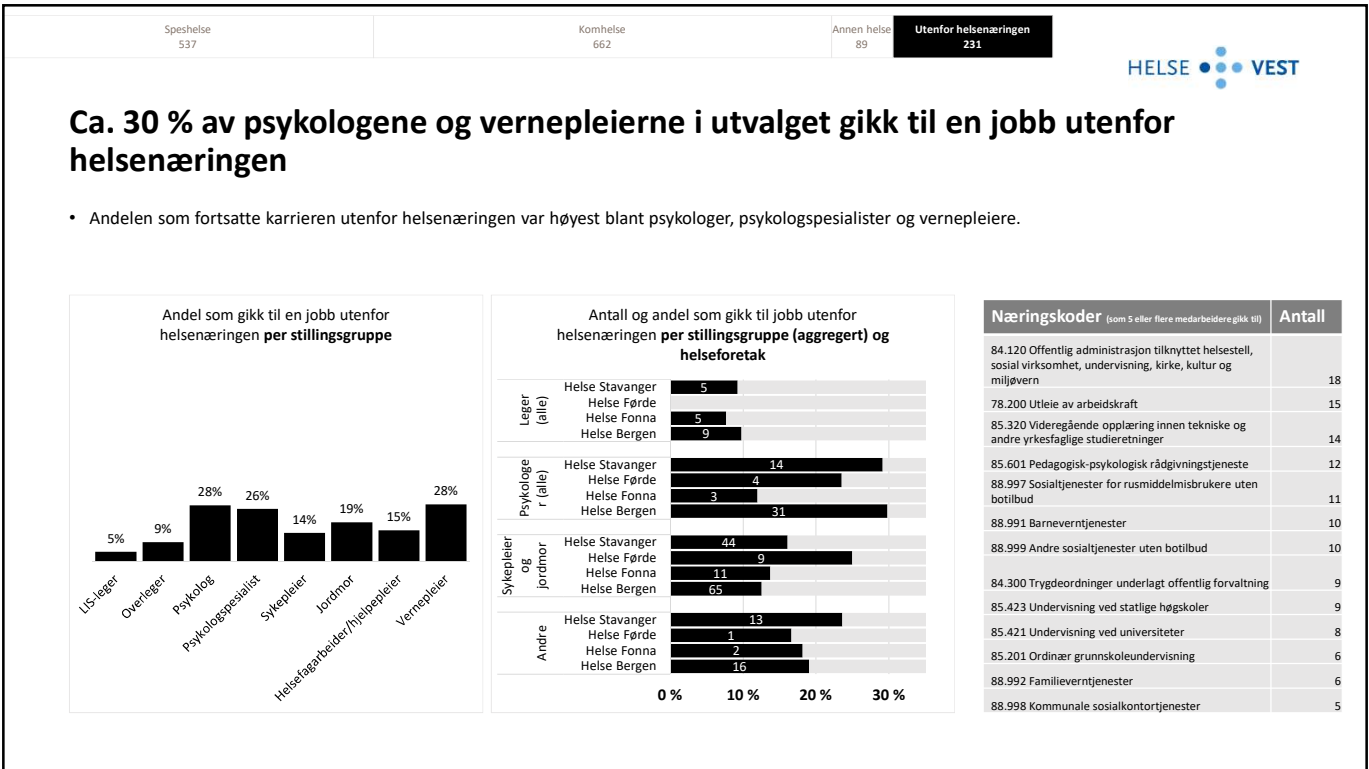
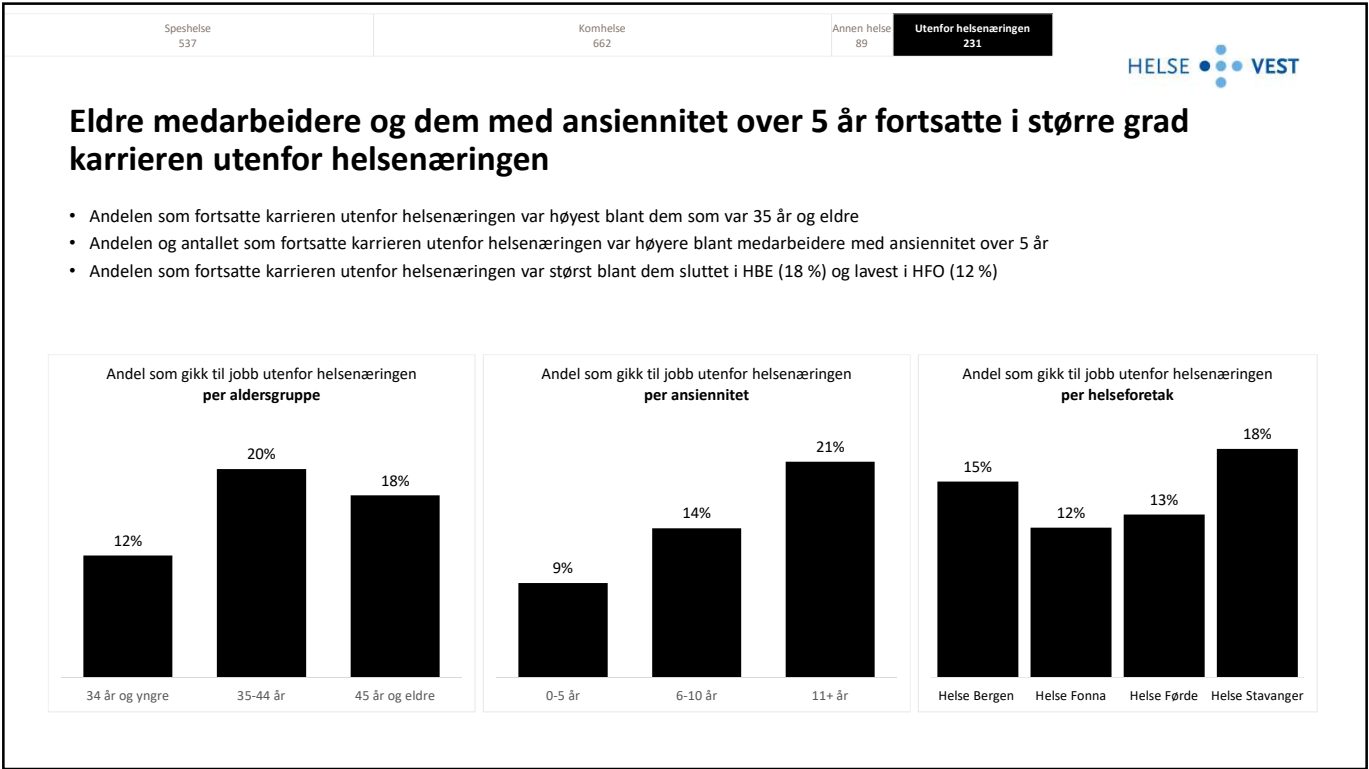


Medarbeidere med lang ansiennitet gikk i større grad til kommunale helse- og omsorgstjenester

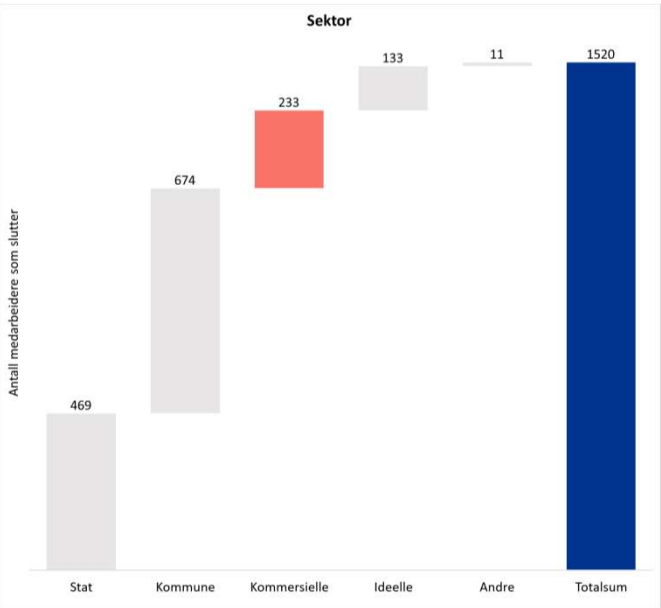
- Det var størst andel av medarbeidere med lang ansiennitet som gikk til kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Andelen var tilnærmet lik for de ulike aldersgruppene.
- Andelen som gikk til kommunale- helse og omsorgstjenester var noe høyere i HST og HBE sammenlignet med HFO og HFD







Om medarbeidere som gikk til en jobb i kommersiell sektor



Kommune
674

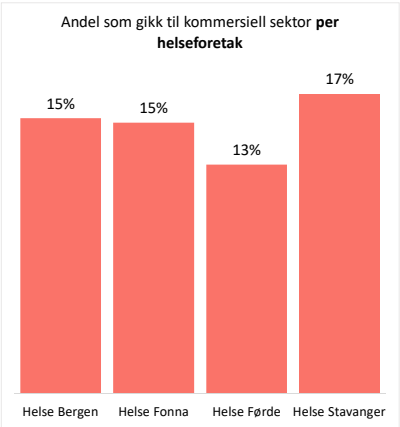
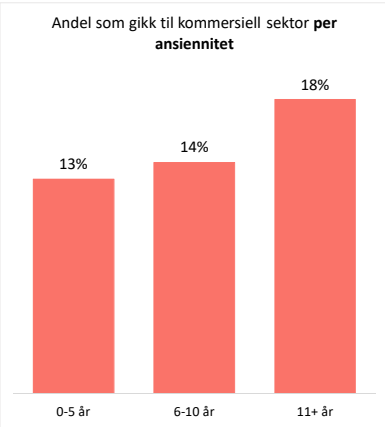
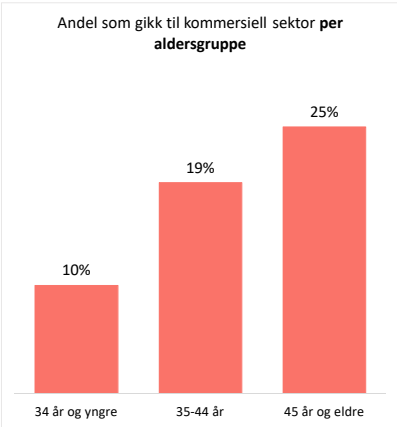
Stat
469

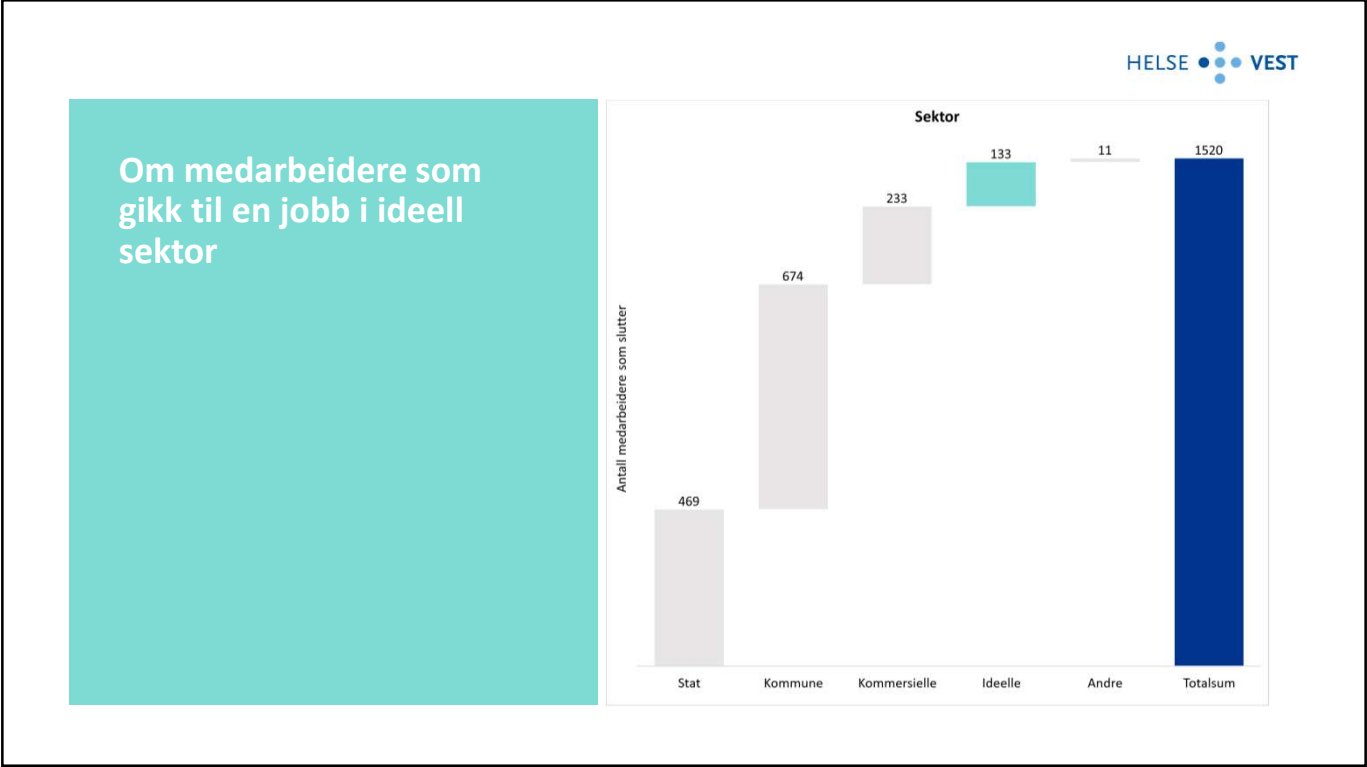
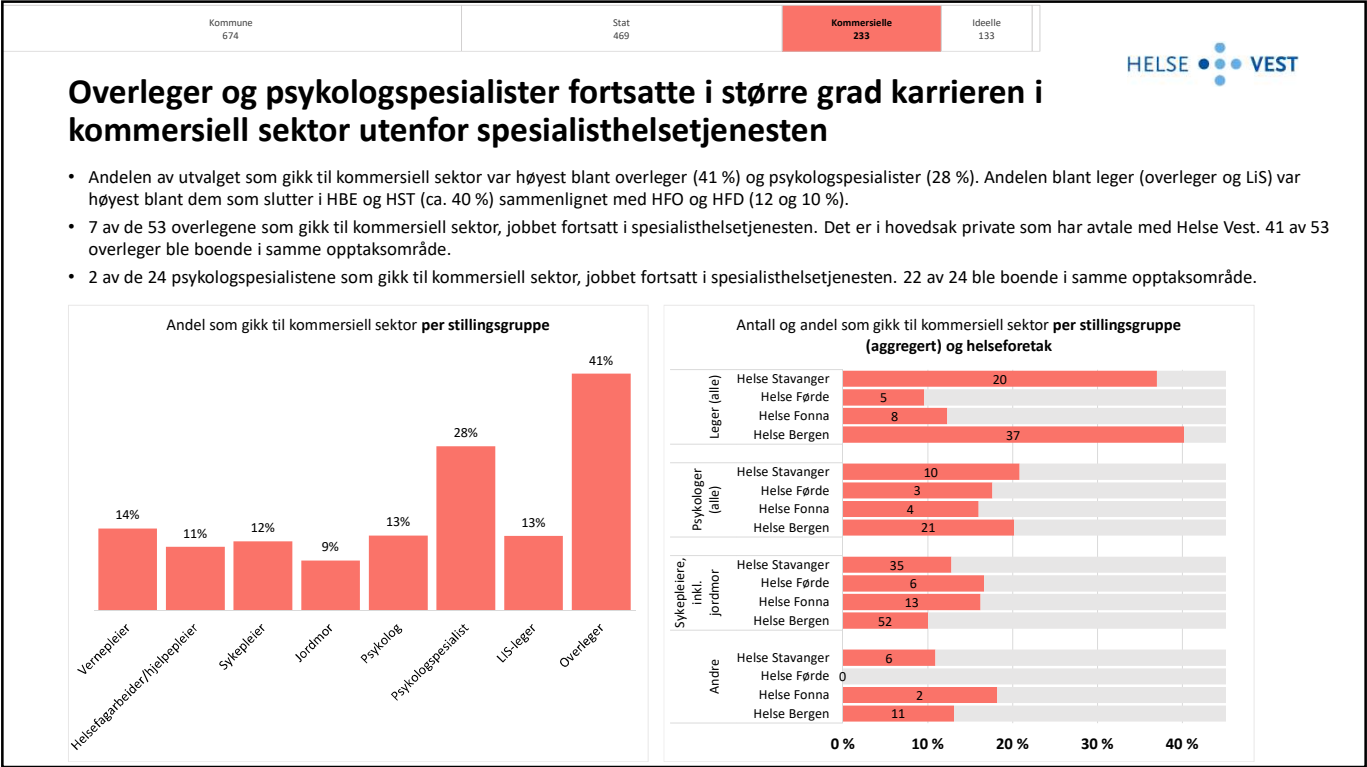
Kommersielle
233

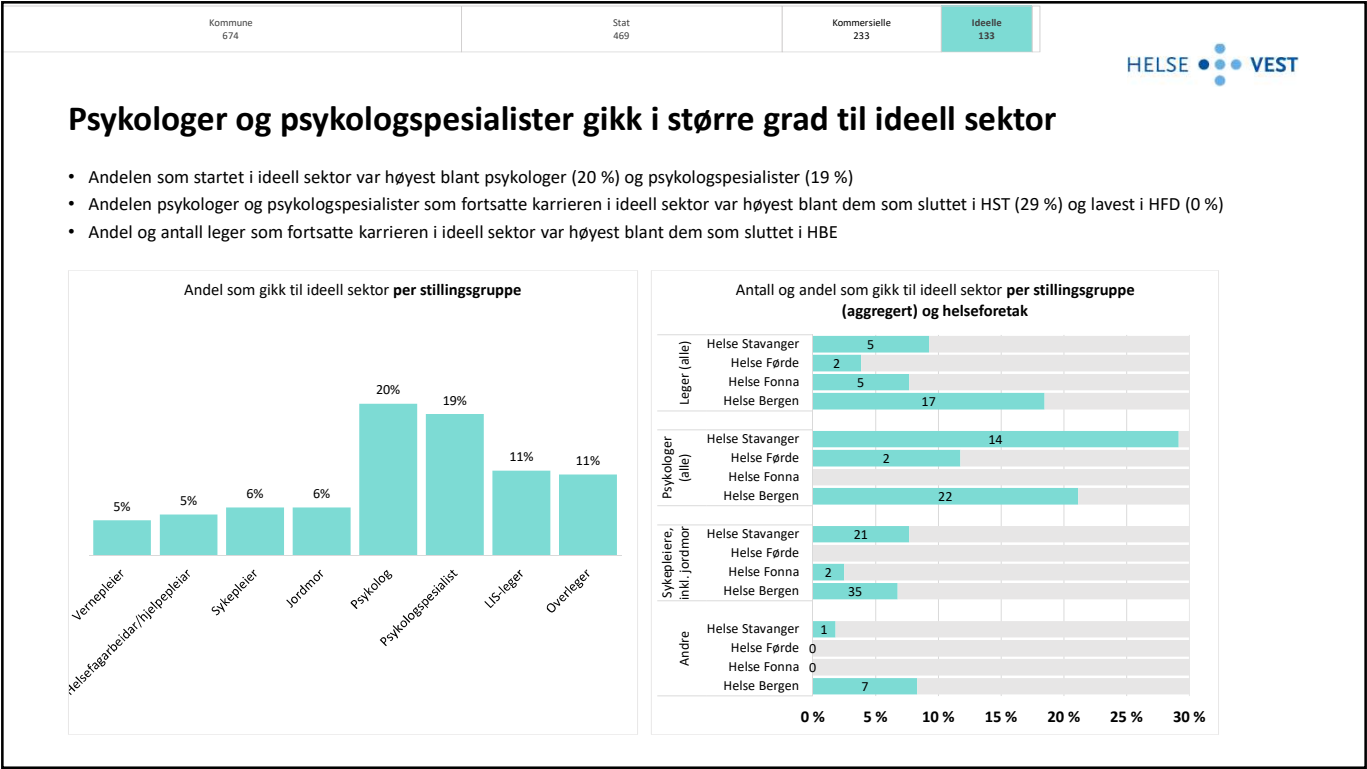
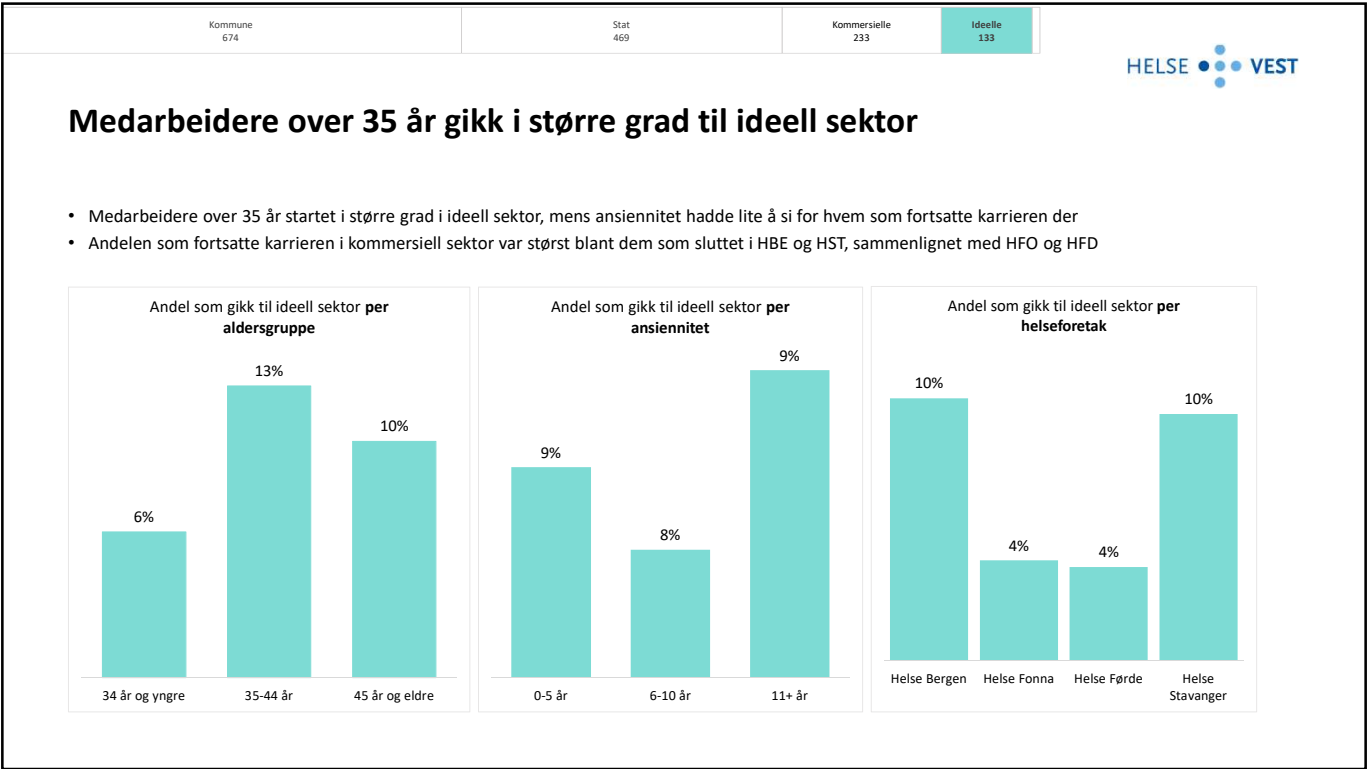
Ideelle
133

Eldre medarbeidere gikk i større grad til kommersiell sektor

- Eldre medarbeidere gikk i større grad til kommersiell sektor, mens ansiennitet hadde lite å si for hvem som fortsatte karrieren i kommersiell sektor
- Andelen som fortsatte karrieren i kommersiell sektor var omtrent lik på tvers av helseforetakene i regionen





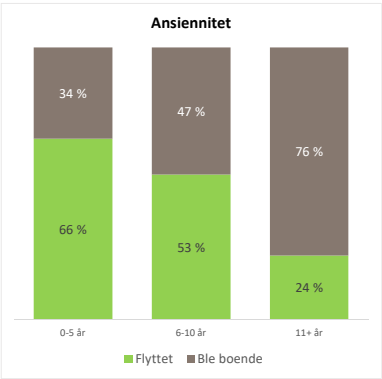
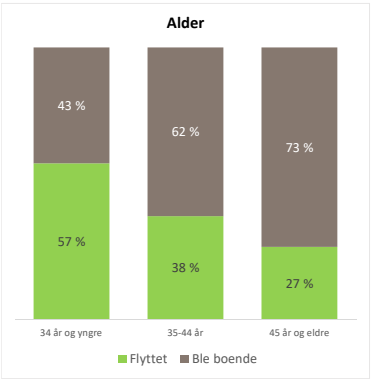
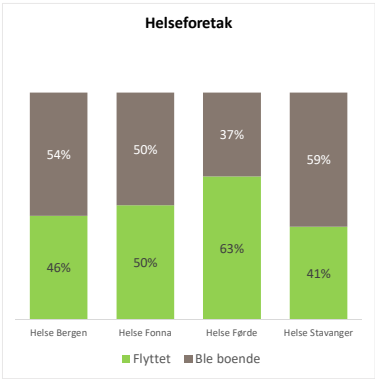


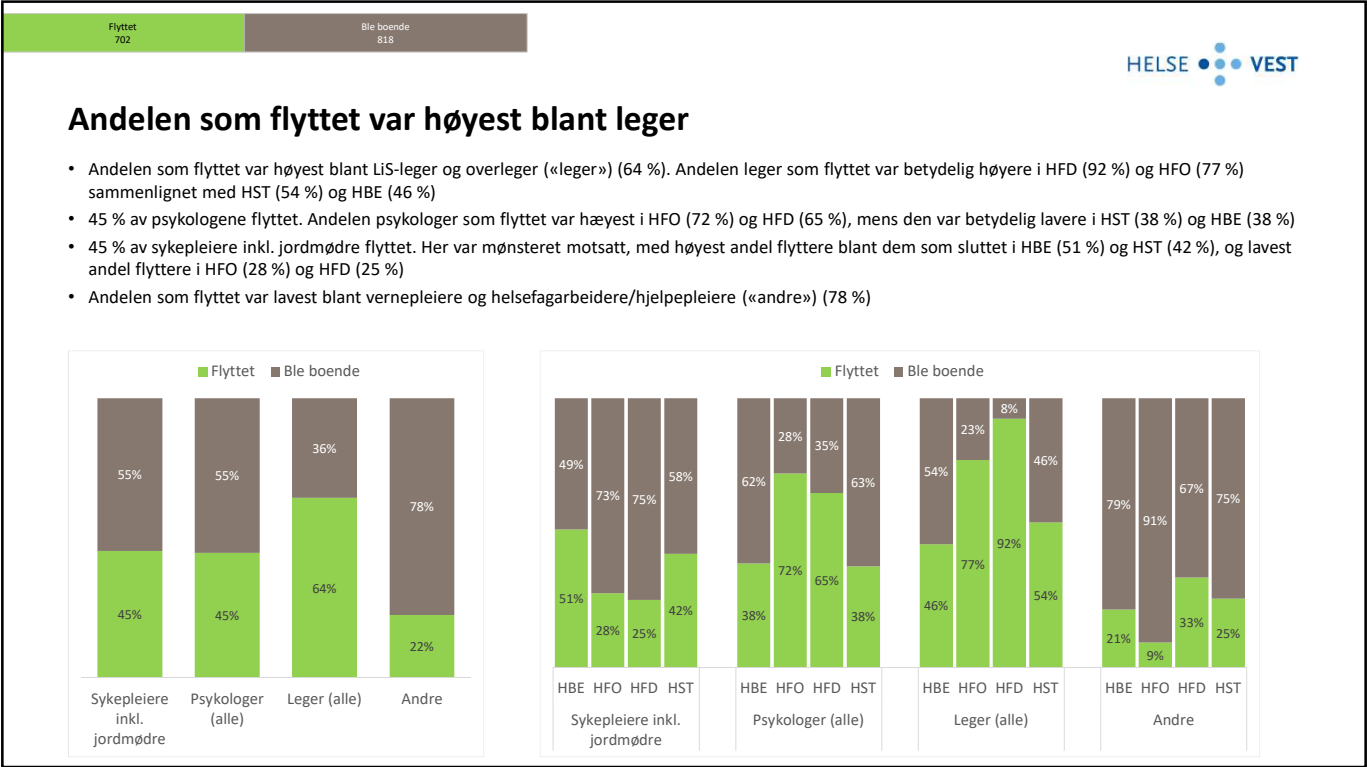


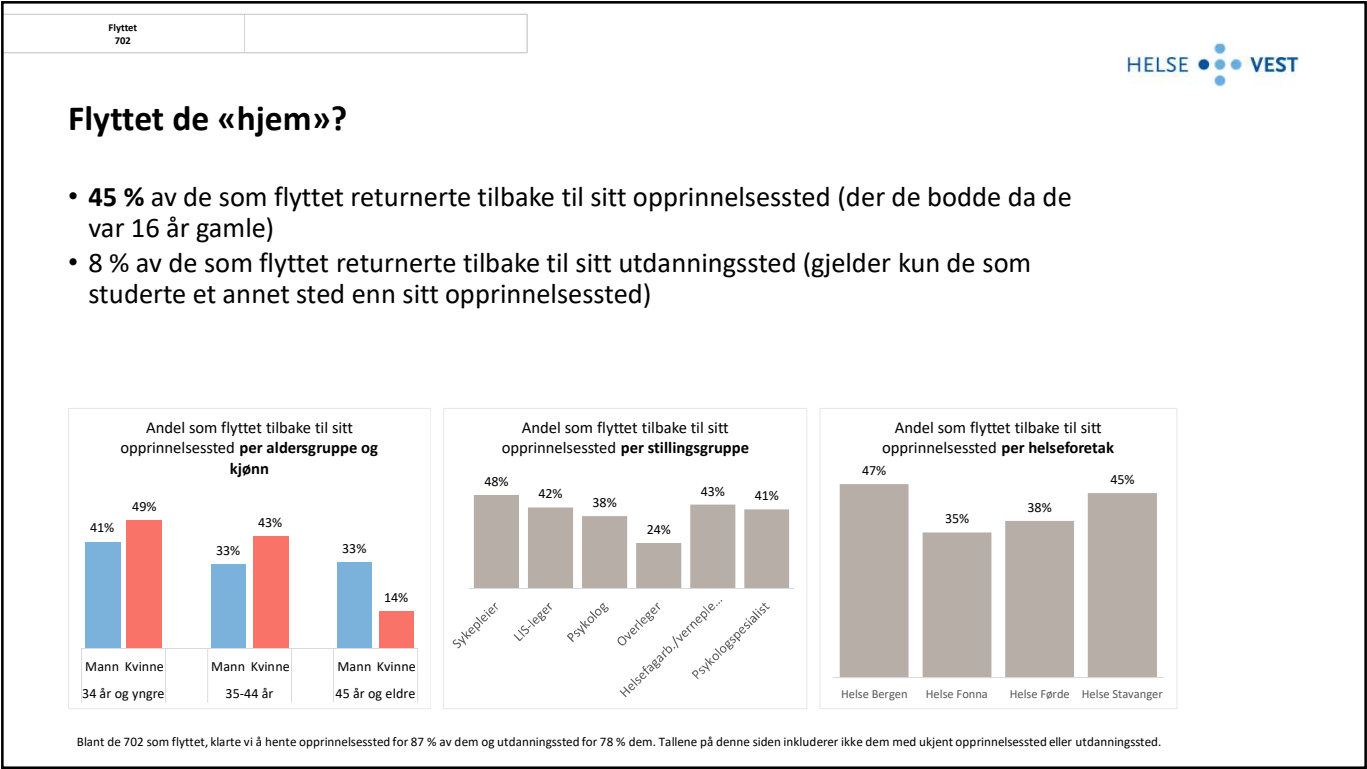
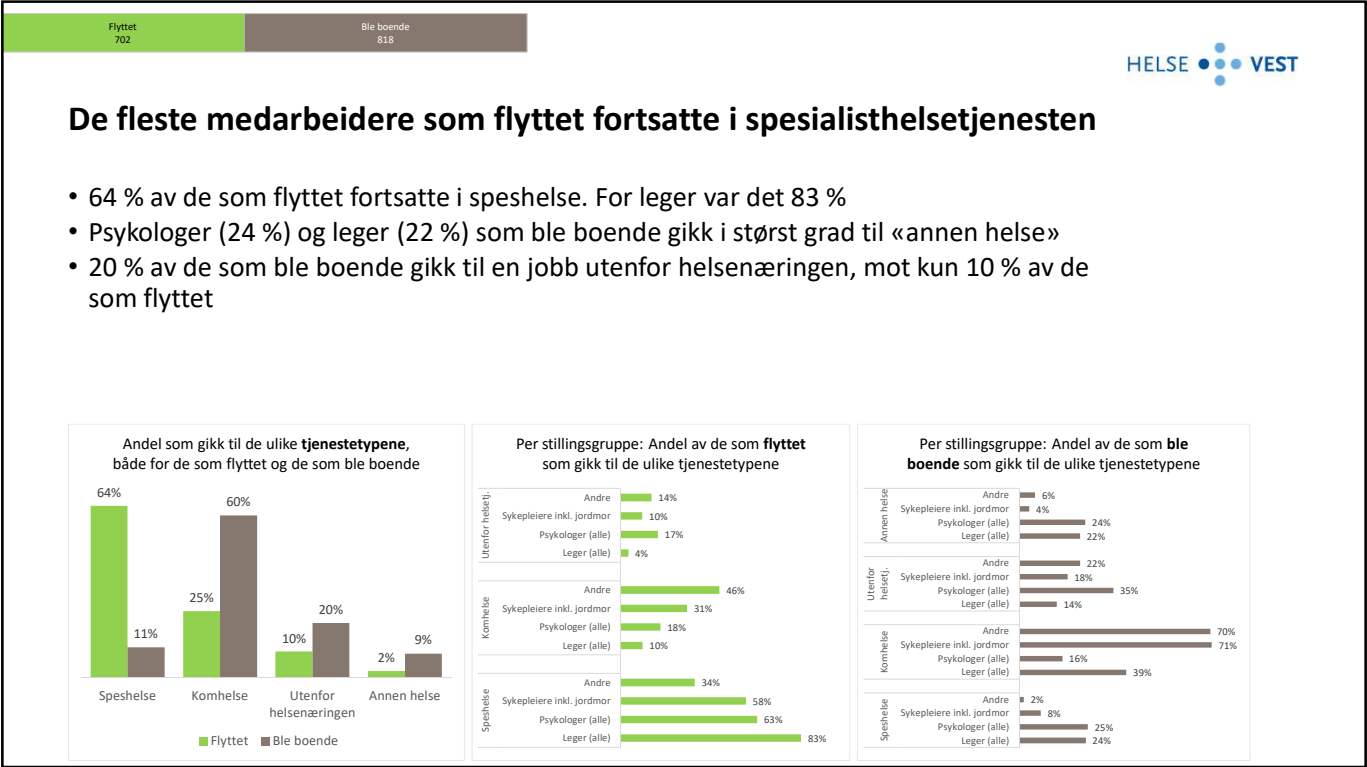
Flyttet 702 Ble boende 818

Hvem flyttet?

- 46 % (702) av medarbeidere flyttet fra opprinnelig opptaksområde
- Andelen som flyttet var høyest blant dem som sluttet i HFD (63 %) og HFO (50 %)
- Det var de yngste medarbeiderne og dem med lavest ansiennitet som i størst grad flyttet fra sitt opprinnelige opptaksområde.



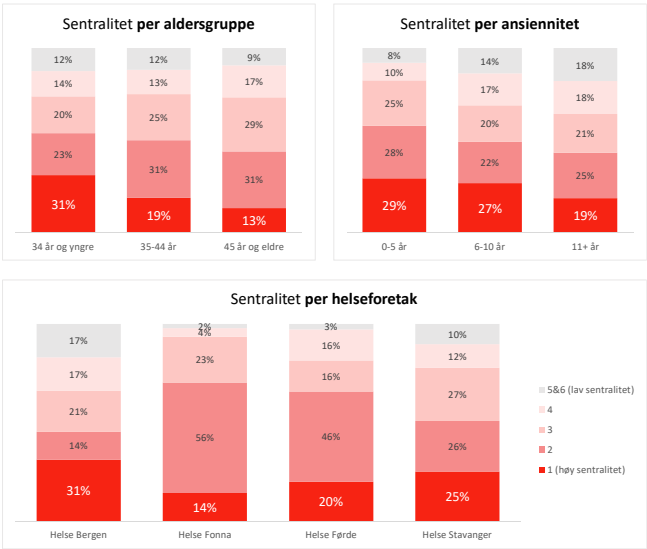




Flyttet
702



Unge medarbeidere flyttet i størst grad til Oslo-området



Blant delen av utvalget som flyttet fra sitt opprinnelige opptaksområde (702 stk.):

- Andelen som flyttet til et bostedsområde i eller like ved Oslo var høyest blant yngre medarbeidere (31 %) og blant medarbeidere med ansiennitet 0-5 år (29 %). Andelen var størst i HBE (31 %), etterfulgt av HST (25 %)
- Det er stor variasjon mellom helseforetakene i regionen. De som flytter fra HFO og HFD flytter i større grad til større byer utenfor Oslo-området (sentralitet 2, f.eks. Bergen og Stavanger)

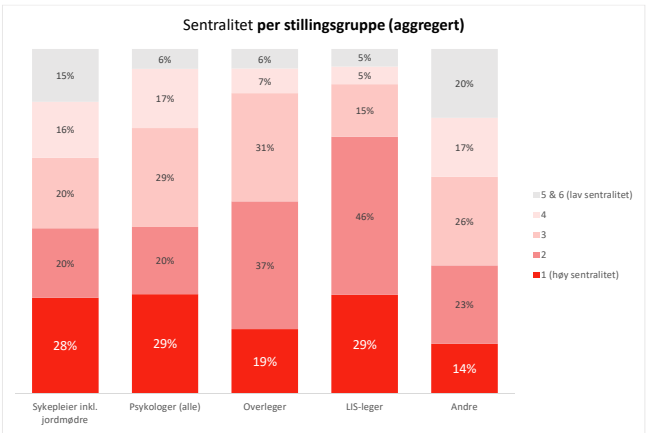
Tilleggsinformasjon:

- Sentralitet er klassifisert ihht SSB sin [standard for sentralitet](#), der 1 er høy (f.eks. Oslo, Lillestrøm) og 6 er lav (f.eks. Hjelmeland, Utsira, Eidfjord). F.eks. er Bergen, Stavanger og Sandnes = 2, Haugesund = 3 og Sunnfjord/Førde = 4.

Flyttet
702



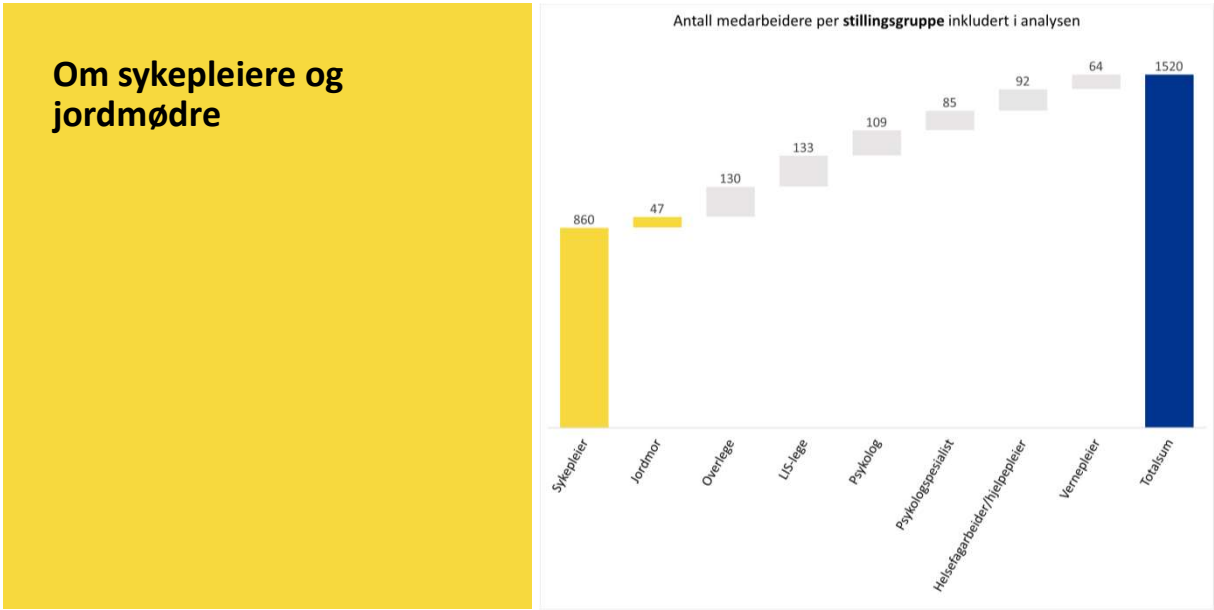
Andelen som flyttet til sentrale områder var høyest blant leger i spesialisering (LiS)

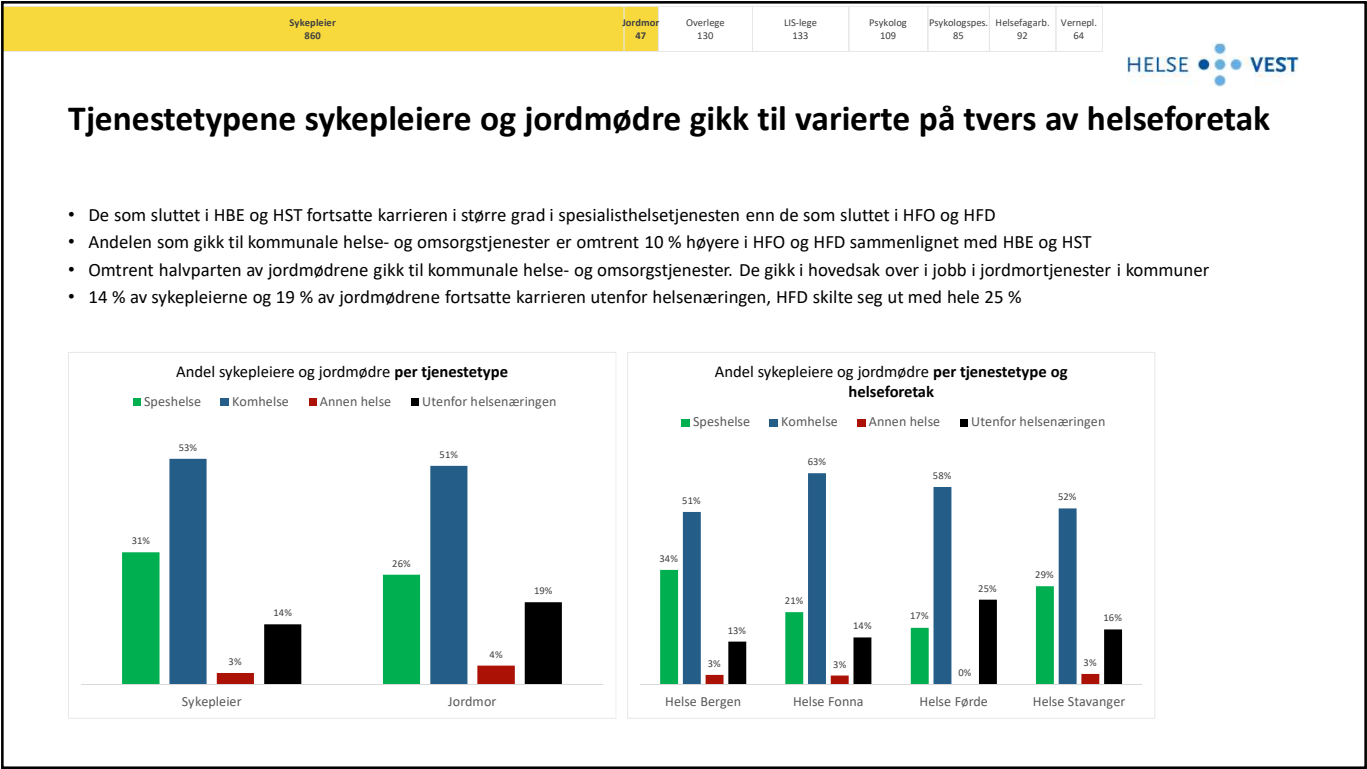
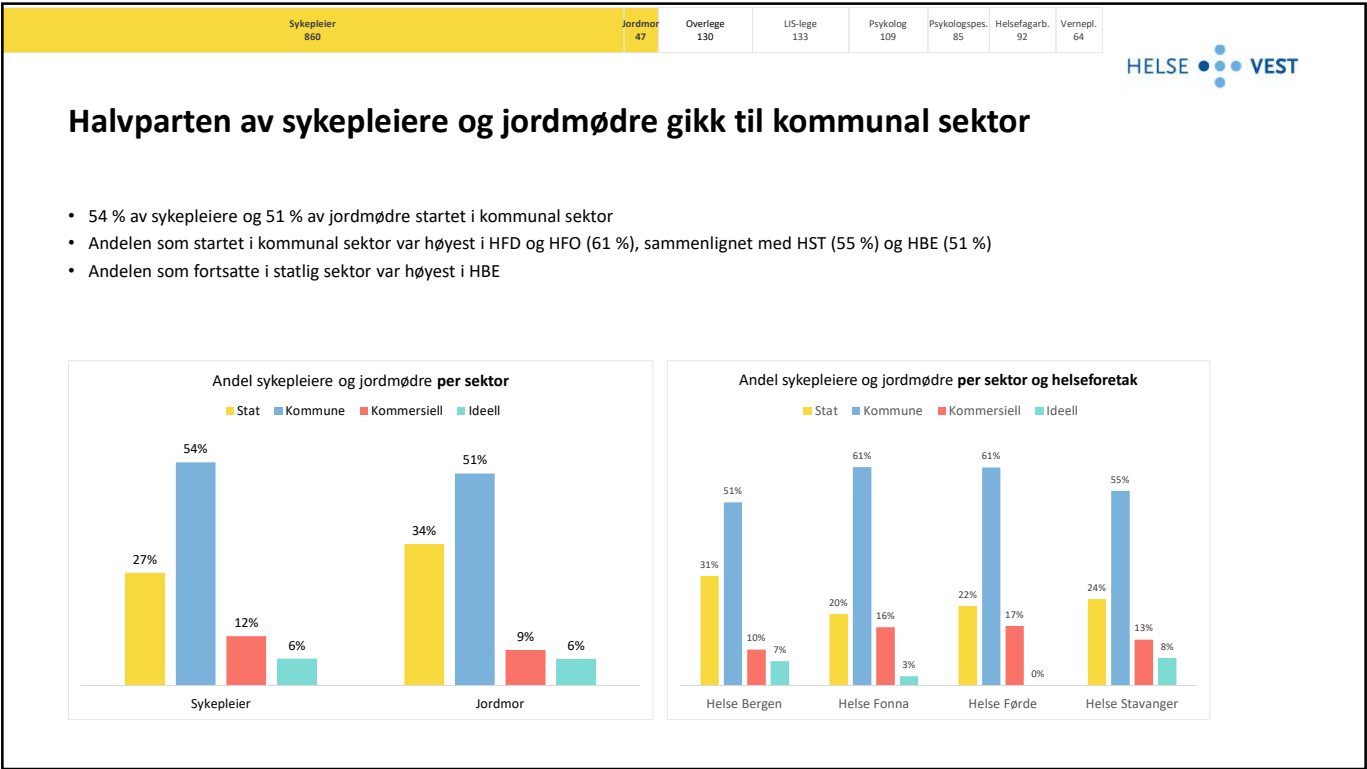


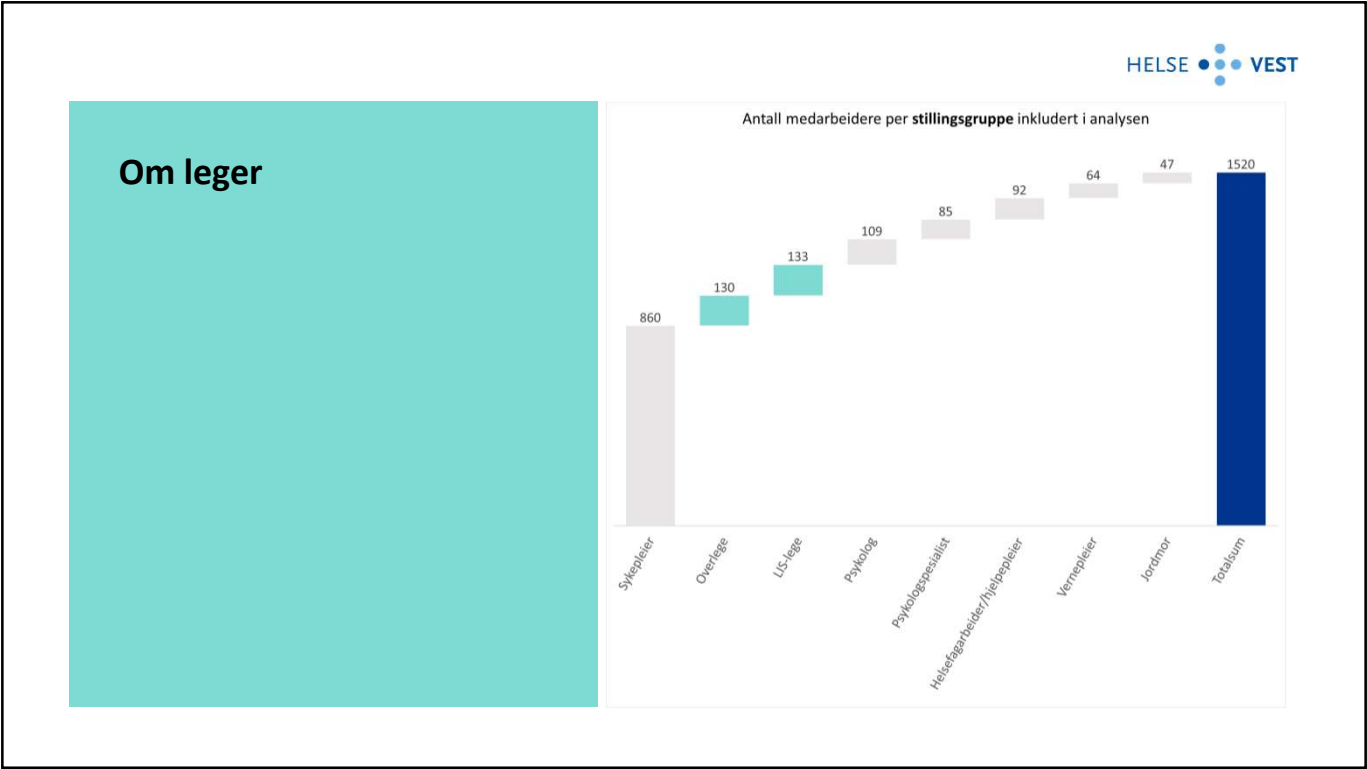
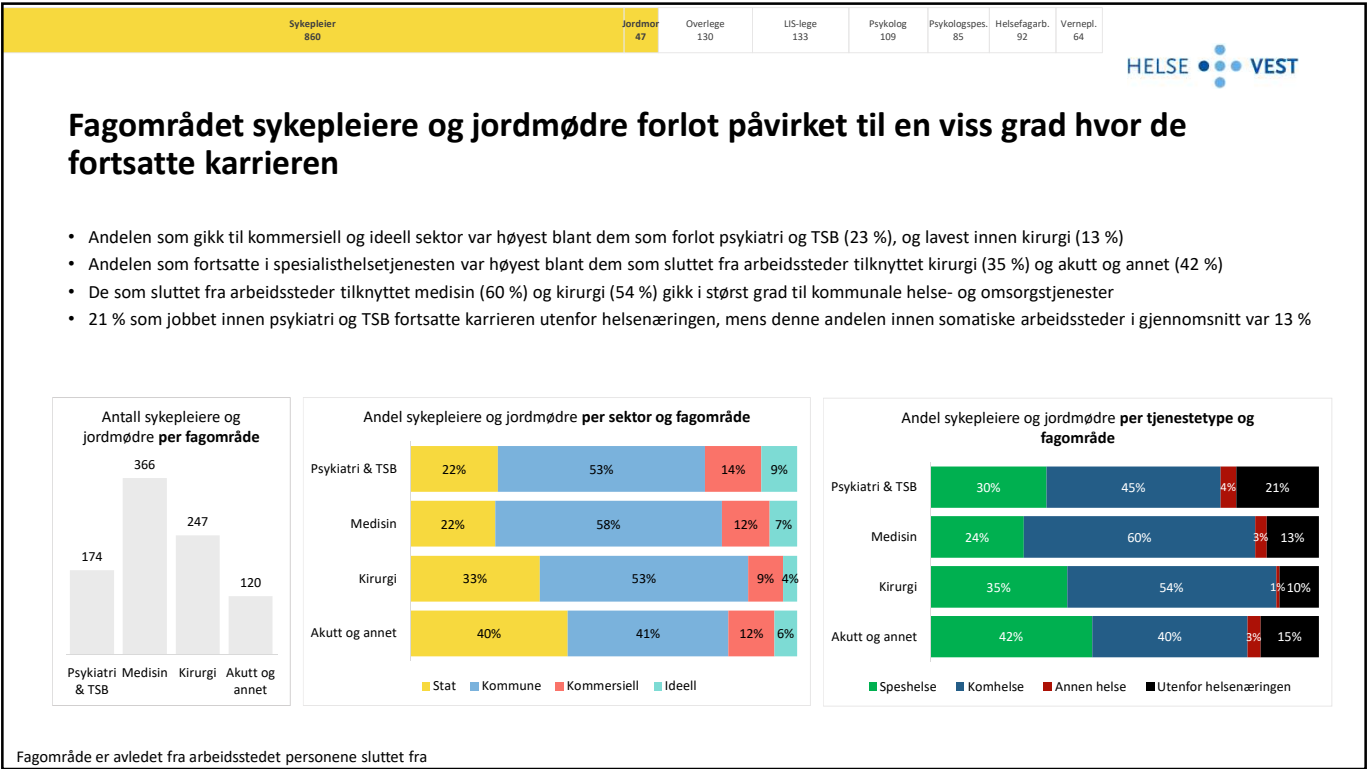
- Andelen som bosatte seg i Oslo-området (sentralitet 1) var høyest blant sykepleiere, psykologer og LiS-leger (ca. 30 %)
- LiS-leger flyttet i større grad enn overleger til større byer (sentralitet 1 og 2)
- Nesten alle sykepleiere fra utvalget som flyttet til Oslo-området var fra HBE eller HST
- Andelen LiS-leger og overleger som flyttet til Oslo-området var høyest i HBE (42 % av LiS-legene og 50 % av overlegene). Mer enn 50 % av LiS-legene i HFO og HFD flyttet til større byer utenfor Oslo-områder (sentralitet 2)

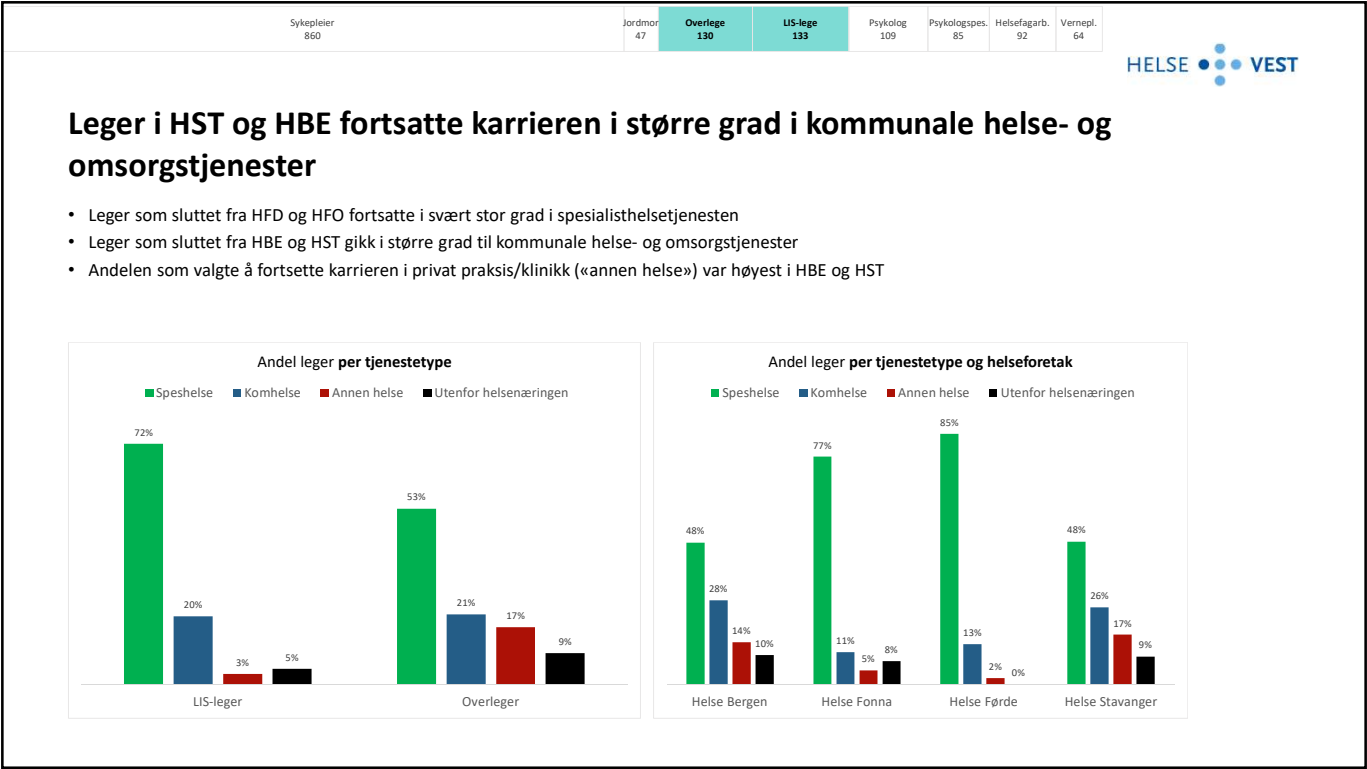
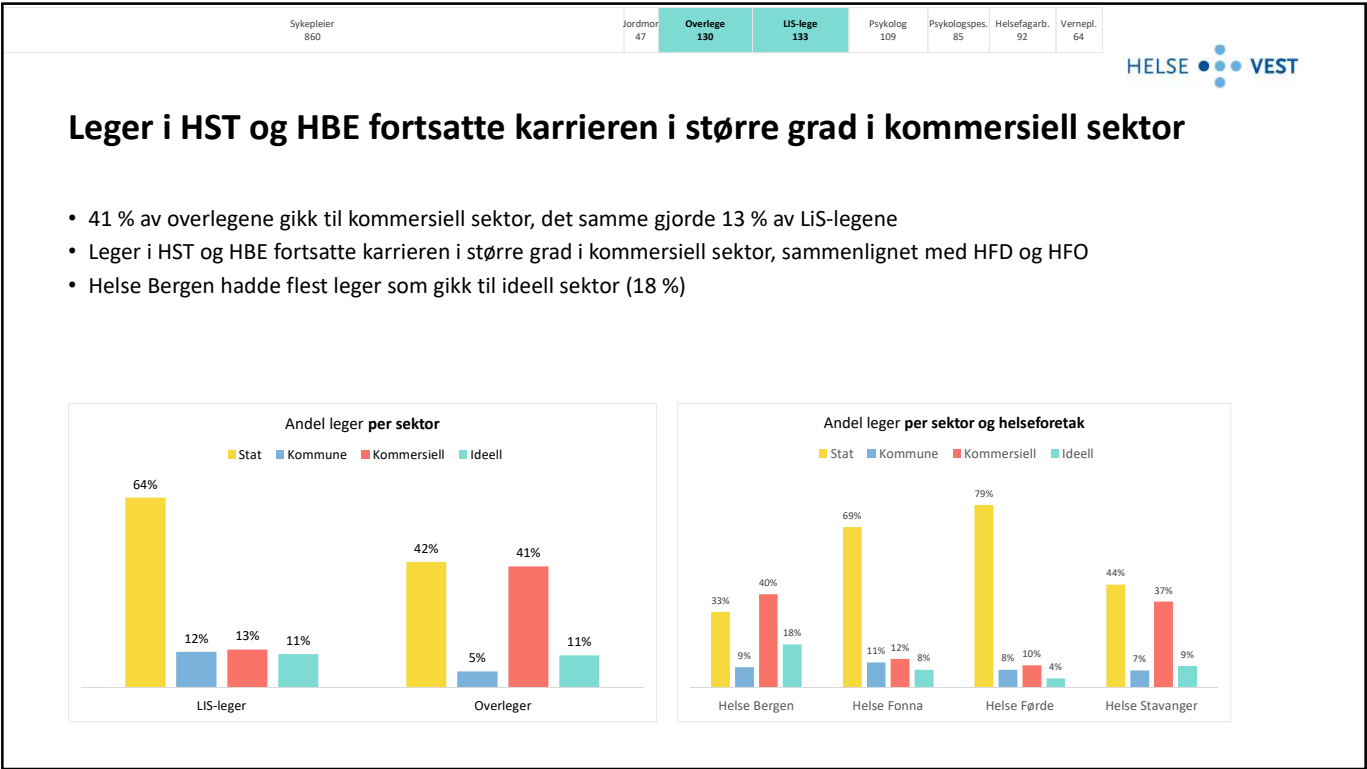
Tilleggsinformasjon:

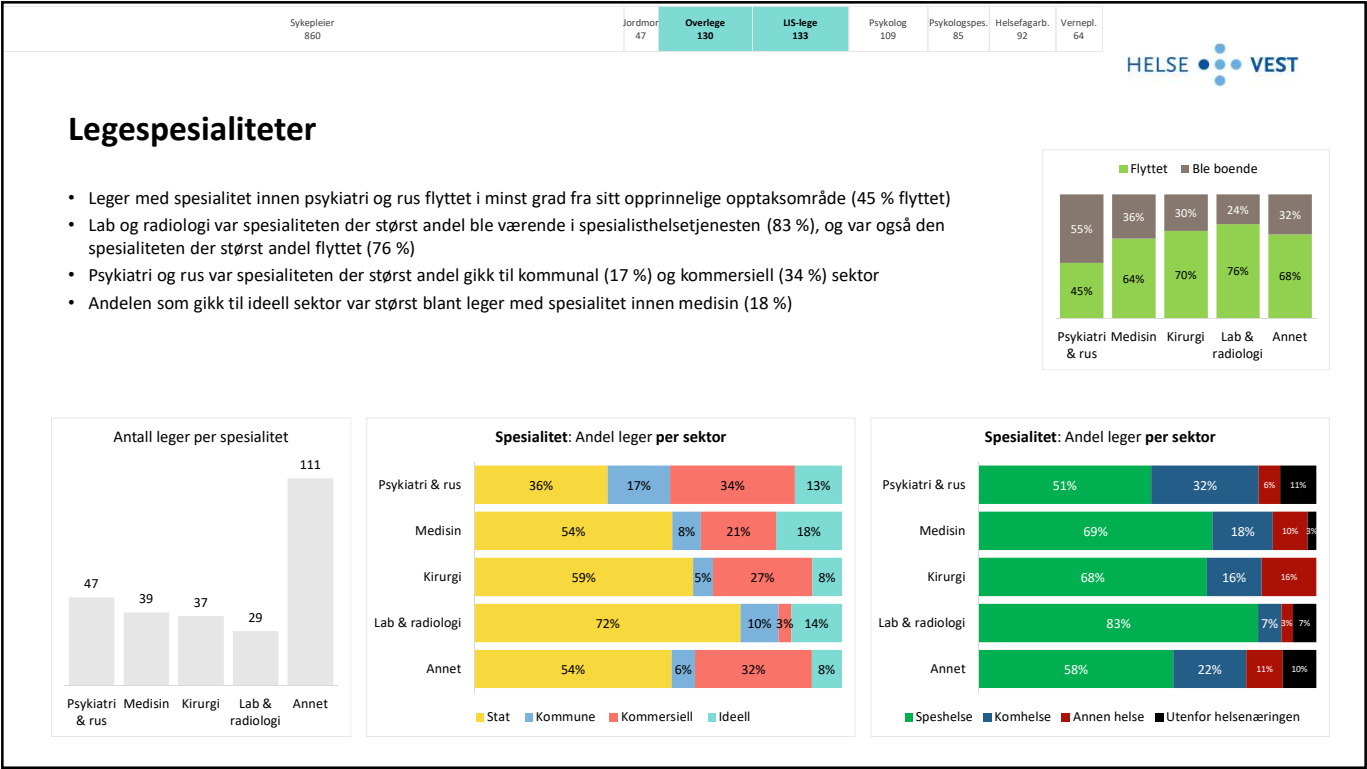
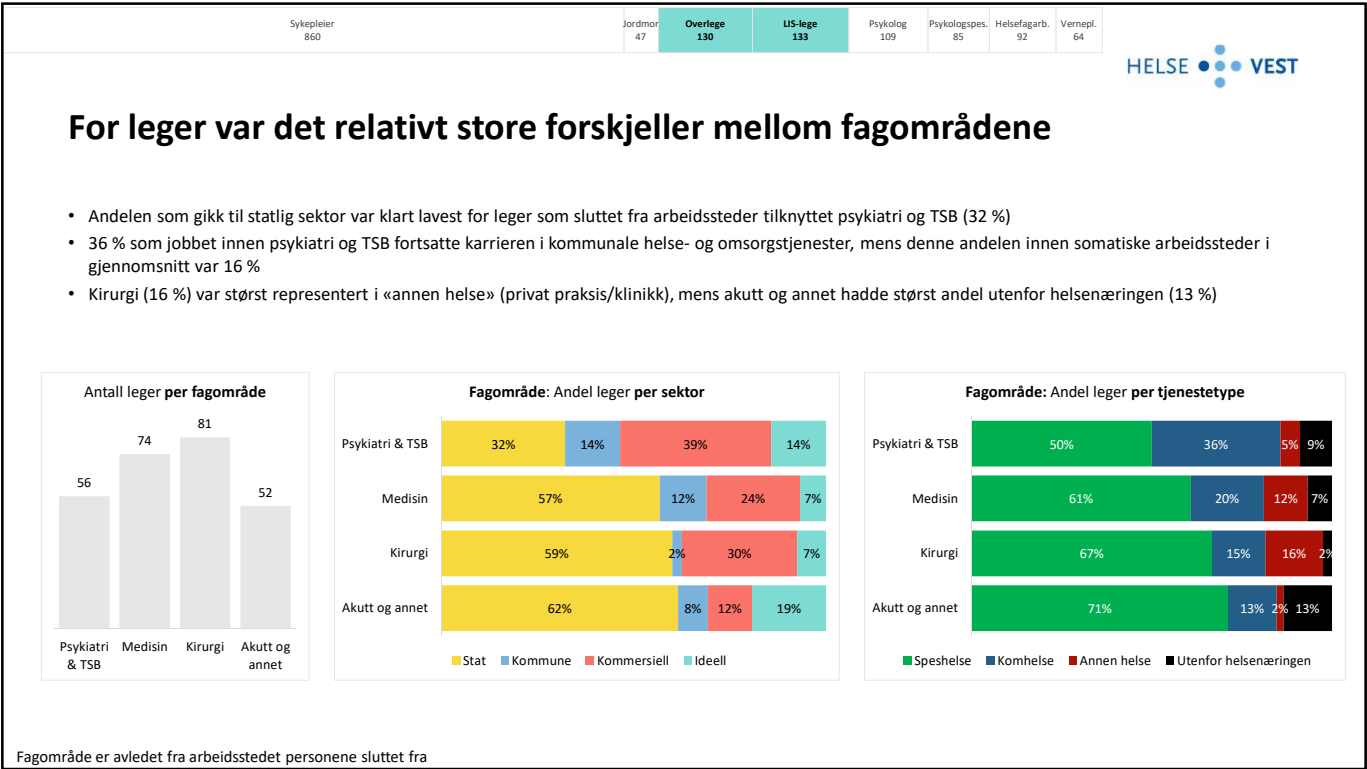
- Sentralitet er klassifisert ihht SSB sin [standard for sentralitet](#), der 1 er høy (f.eks. Oslo, Lillestrøm) og 6 er lav (f.eks. Hjelmeland, Utsira, Eidfjord). F.eks. er Bergen, Stavanger og Sandnes = 2, Haugesund = 3 og Sunnfjord/Førde = 4.



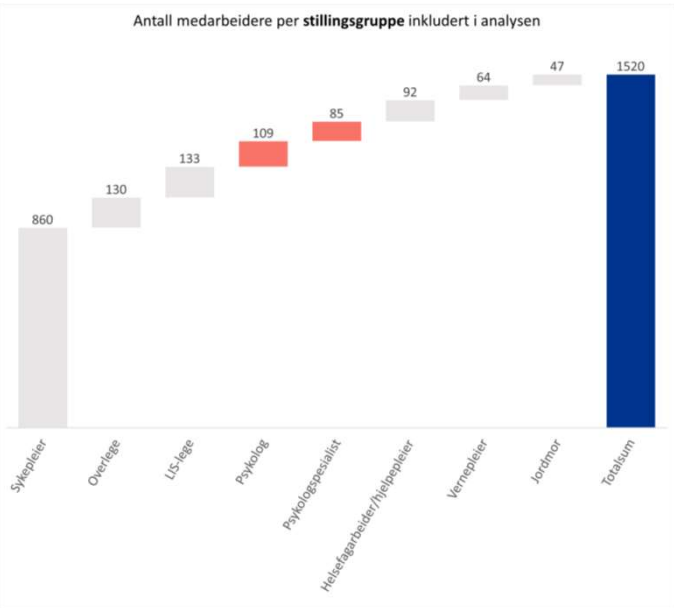








Om psykologer



Sykepleier
860

Jordmor
47

Overlege
130

LIS-lege
133

Psykolog
109

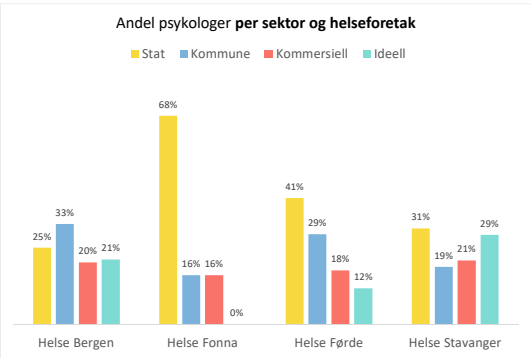
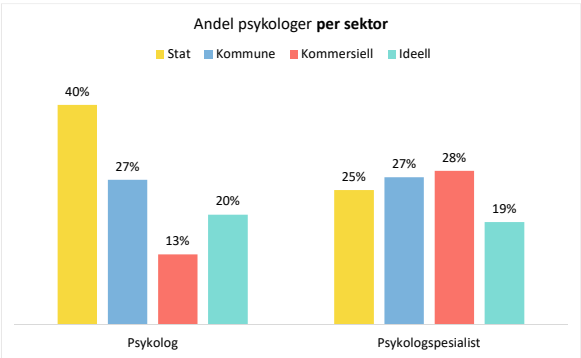
Psykologspes
85

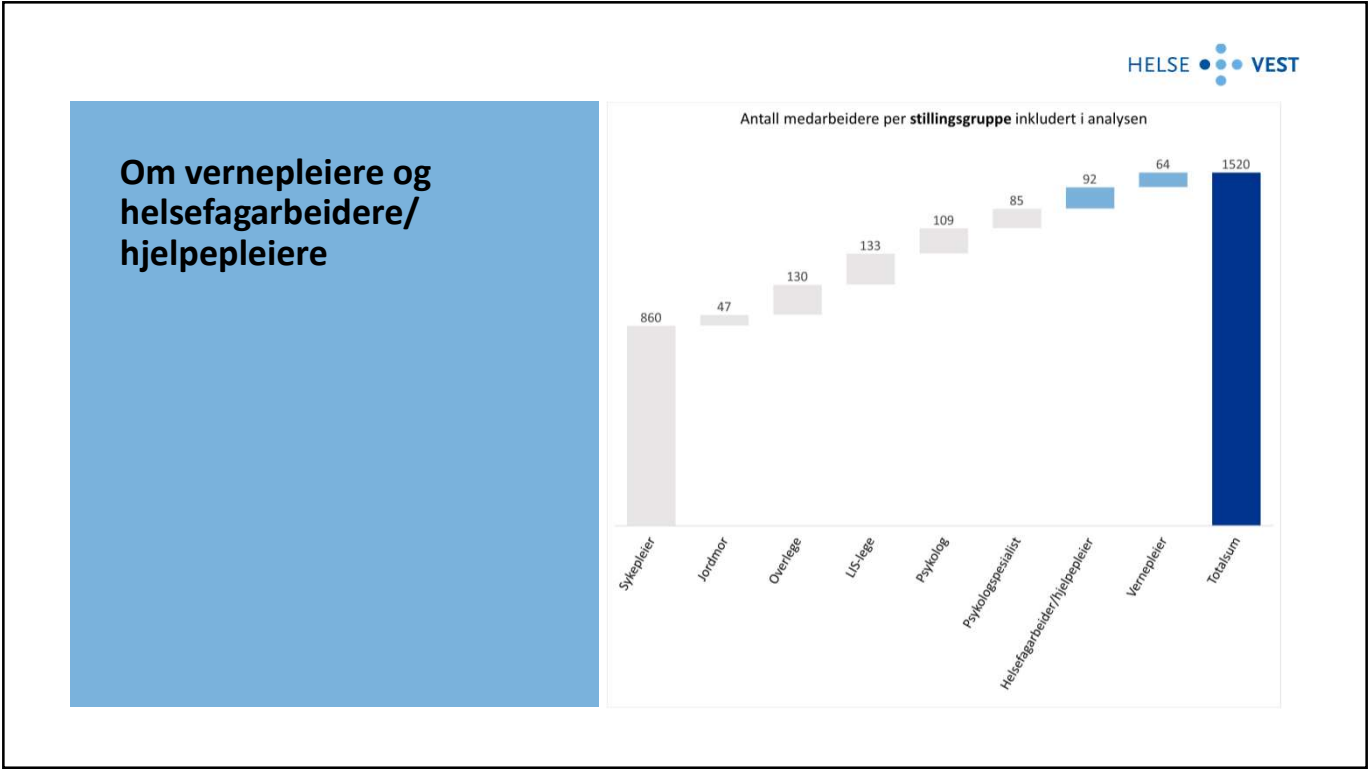
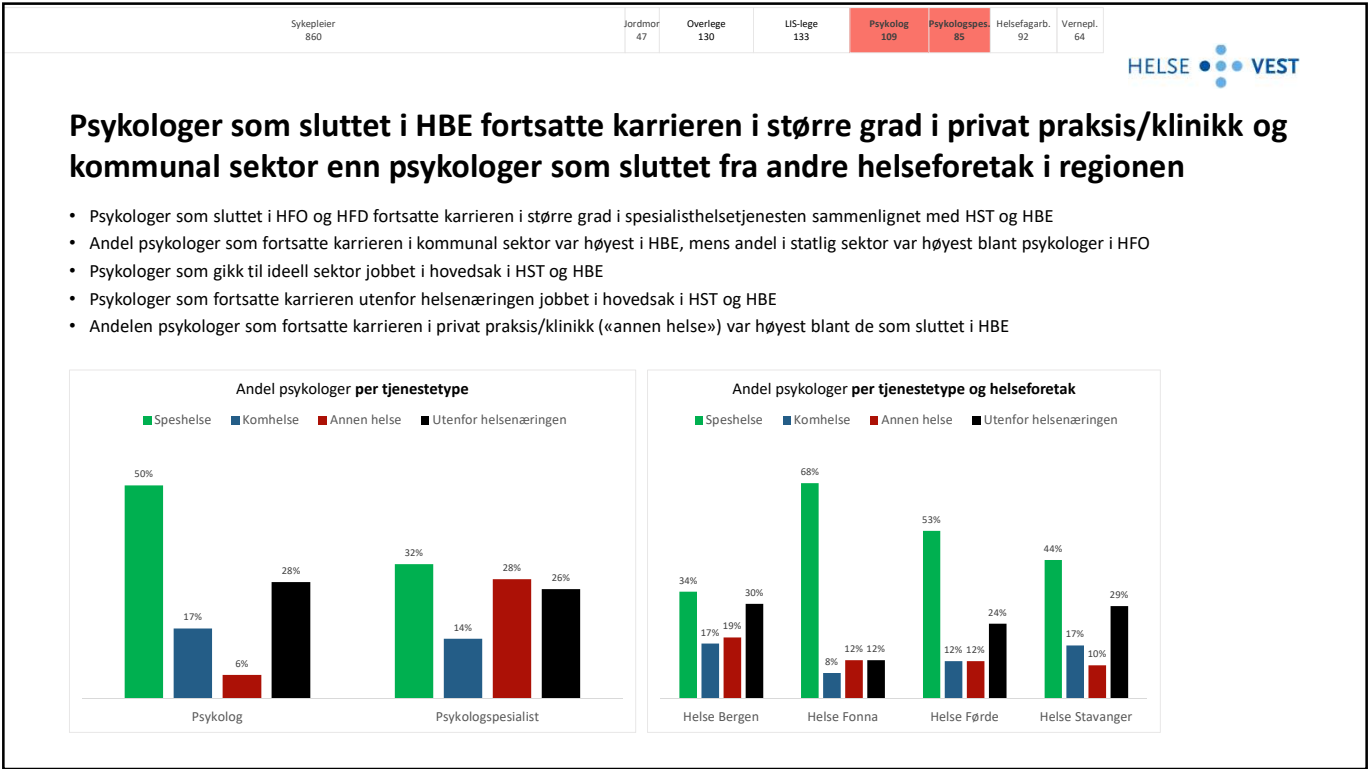
Helsefagarb.
92

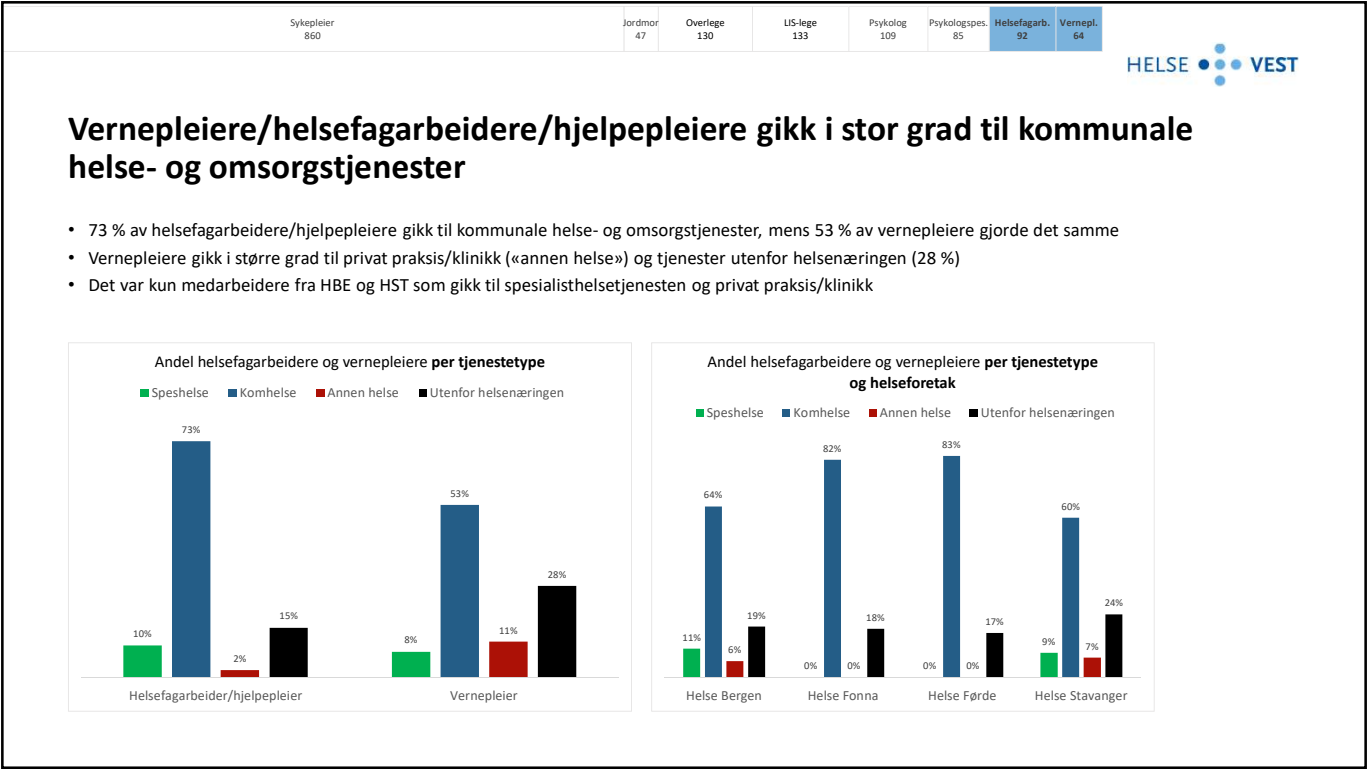
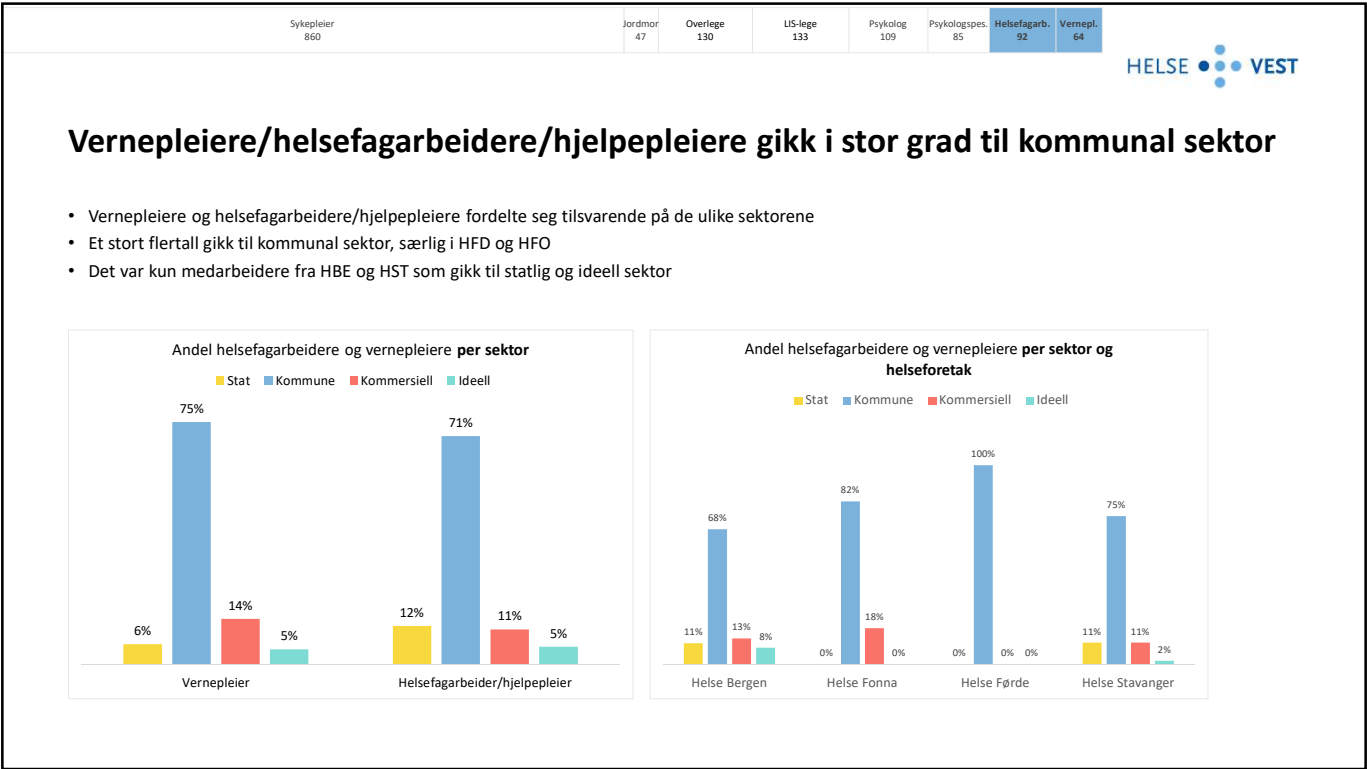
Vernepl.
64

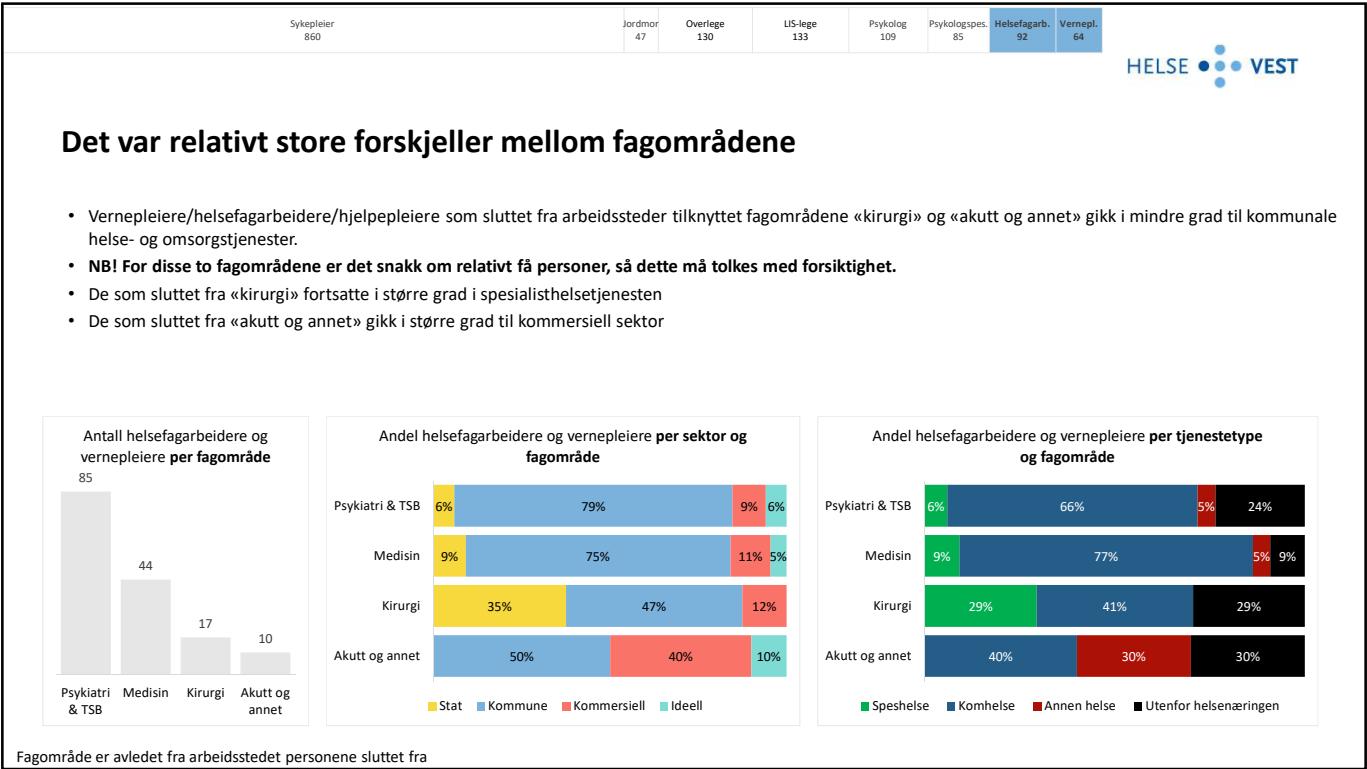
Psykologer og psykologspesialister fordelte seg relativt jevnt utover de ulike sektorene

- 28 % av psykologspesialistene fortsatte karrieren i kommersiell sektor sammenlignet med 13 % av psykologene
- Psykologer og psykologspesialister som forlot en jobb i Helse Fonna gikk i langt større grad til en jobb i statlig sektor (68 %) enn de som forlot de andre foretakene
- Ingen psykologer eller psykologspesialister som forlot en jobb i Helse Fonna gikk til ideell sektor

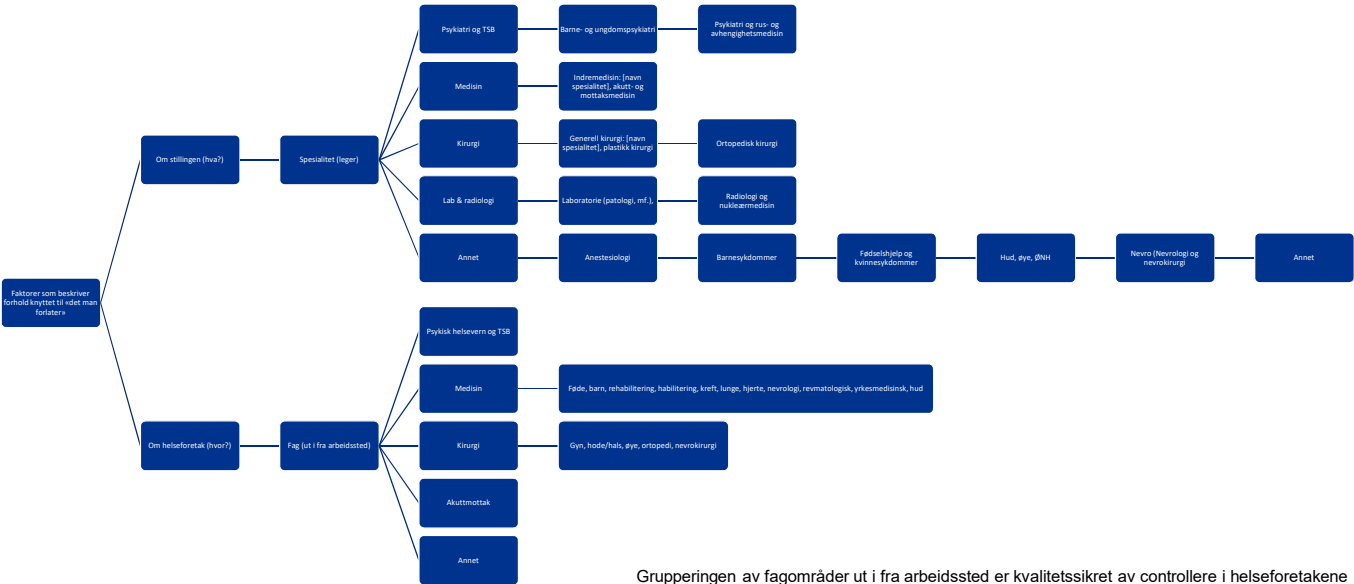








Vedlegg: Gruppering av legespesialiteter og fagområder ut i fra arbeidssted



Grupperingen av fagområder ut i fra arbeidssted er kvalitetssikret av kontrollere i helseforetakene

Vedlegg: Fordeling av utvalget innad i hver sektor (næringskoder)

Stat	469
86.101 Alminnelige somatiske sykehus	287
86.104 Institusjoner i psykisk helsevern for voksne	45
86.223 Poliklinikk i psykisk helsevern for voksne	23
86.906 Medisinske laboratorietjenester	17
86.224 Poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge	11
85.423 Undervisning ved statlige høyskoler	9
84.300 Trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning	9
85.421 Undervisning ved universiteter	8
86.105 Institusjoner i psykisk helsevern for barn og unge	8
86.107 Rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner	7
86.106 Rusmiddelinstusjoner	7
86.907 Ambulansetjenester	6
86.102 Somatiske spesialsykehus	6
84.120 Offentlig administrasjon tilknyttet helsestell, sosial virksomhet, undervisning, kirke, kultur og miljøvern	5
Kommersielle	233
86.211 Allmenn legetjeneste	38
86.221 Spesialisert legetjeneste, unntatt psykiatrisk legetjeneste	30
86.905 Klinisk psykologtjeneste	27
78.200 Utleie av arbeidskraft	13
86.904 Annen forebyggende helsetjeneste	11
86.909 Andre helsetjenester	9
86.104 Institusjoner i psykisk helsevern for voksne	9
86.107 Rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner	8
86.106 Rusmiddelinstusjoner	7
87.102 Somatiske sykehjem	6
86.101 Alminnelige somatiske sykehus	6

Kommune	674
87.102 Somatiske sykehjem	148
86.903 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	108
86.211 Allmenn legetjeneste	68
86.901 Hjemmesykepleie	65
88.101 Hjemmehjelp	50
87.302 Bofellesskap for eldre og funksjonshemmede med fast tilknyttet personell hele døgnet	41
86.904 Annen forebyggende helsetjeneste	35
87.203 Bofellesskap for psykisk utviklingshemmede	23
84.120 Offentlig administrasjon tilknyttet helsestell, sosial virksomhet, undervisning, kirke, kultur og miljøvern	13
85.320 Videregående opplæring innen tekniske og andre yrkesfaglige studieretninger	12
85.601 Pedagogisk-psykologisk rådgivningstjeneste	11
88.997 Sosialtjenester for rusmiddelmissbrukere uten botilbud	11
88.991 Barneverntjenester	8
87.304 Avlastningsboliger/-institusjoner	7
88.102 Dagsentra/aktivitetssentra for eldre og funksjonshemmede	7
87.303 Bofellesskap for eldre og funksjonshemmede med fast tilknyttet personell deler av døgnet	6
85.201 Ordinær grunnskoleundervisning	6
87.202 Omsorgsinstitusjoner for rusmiddelmissbrukere	6
88.998 Kommunale sosialkontortjenester	5
Idelle	133
86.101 Alminnelige somatiske sykehus	31
86.104 Institusjoner i psykisk helsevern for voksne	23
87.102 Somatiske sykehjem	18
86.106 Rusmiddelinstusjoner	15
88.999 Andre sosialtjenester uten botilbud	7
86.102 Somatiske spesialsykehus	5

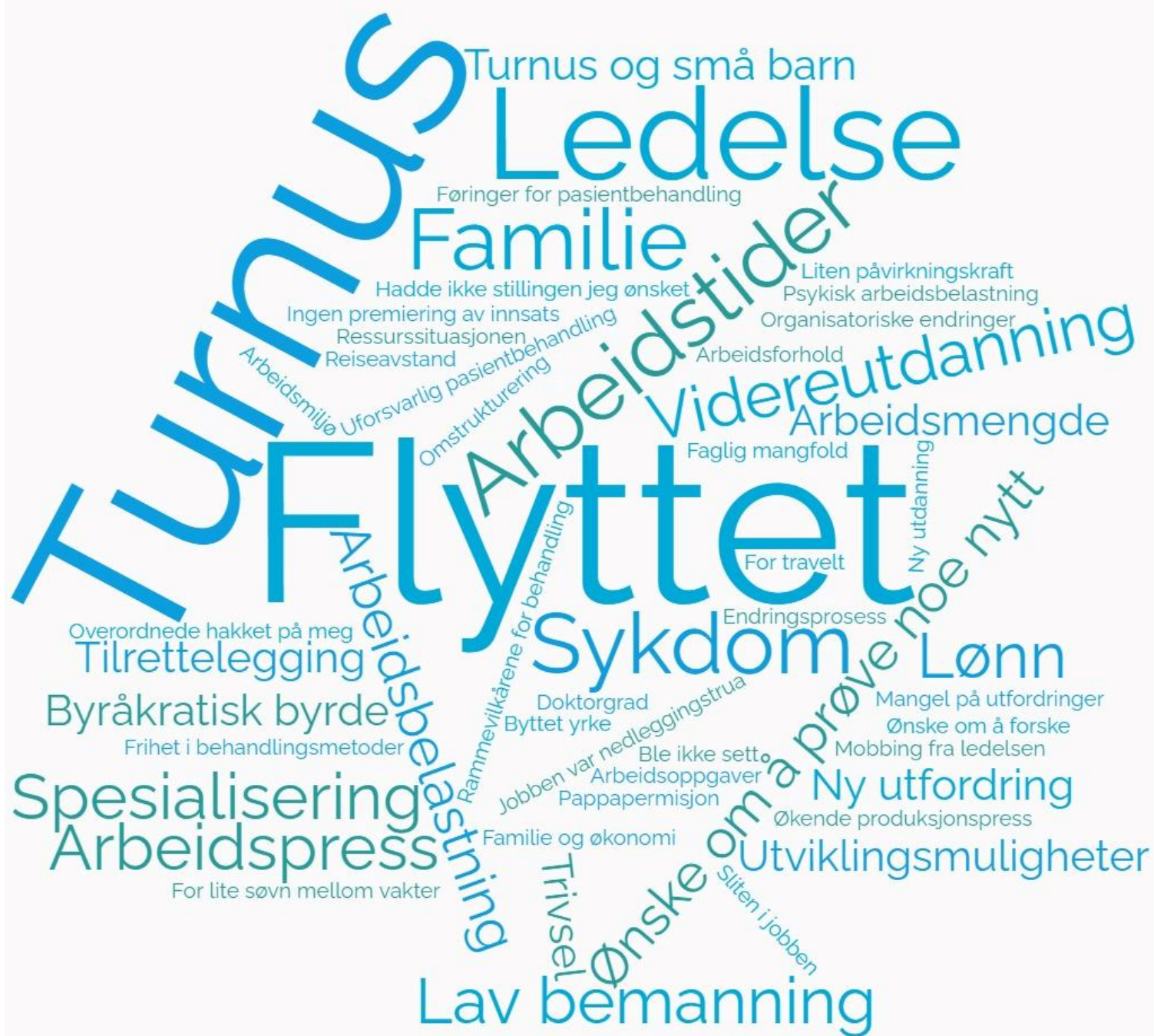
NB! Viser kun næringskoder som inkluderer 3 eller flere personer fra utvalget. Totalen vil derfor være større enn summen av radene.

Vedlegg: Fordeling av utvalget innad i hver tjenestetype (næringskoder)

Speshelse	537
86.101 Alminnelige somatiske sykehus	324
86.104 Institusjoner i psykisk helsevern for voksne	77
86.106 Rusmiddelinstitusjoner	29
86.223 Poliklinikker i psykisk helsevern for voksne	27
86.906 Medisinske laboratorietjenester	17
86.107 Rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner	15
86.224 Poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge	12
86.102 Somatiske spesialsykehus	11
86.907 Ambulansetjenester	9
86.105 Institusjoner i psykisk helsevern for barn og unge	8
86.225 Rusmiddelpoliklinikker	3
Komhelse	390
87.102 Somatiske sykehjem	172
86.903 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	108
86.211 Allmenn legetjeneste	106
86.901 Hjemmesykepleie	65
88.101 Hjemmehjelp	51
86.904 Annen forebyggende helsetjeneste	47
87.302 Bofellesskap for eldre og funksjonshemmede med fast tilknyttet personell hele døgnet	43
87.203 Bofellesskap for psykisk utviklingshemmede	23
87.304 Avlastningsboliger/-institusjoner	9
88.102 Dagsentra/aktivitetssentra for eldre og funksjonshemmede	7
87.303 Bofellesskap for eldre og funksjonshemmede med fast tilknyttet personell deler av døgnet	6
87.101 Somatiske spesialsykehjem	4
87.301 Aldershjem	3
86.902 Fysioterapitjeneste	3
71.200 Teknisk prøving og analyse	3
86.222 Legetjenester innen psykisk helsevern	3

Annen helse	89
86.221 Spesialisert legetjeneste, unntatt psykiatrisk legetjeneste	29
86.905 Klinisk psykologtjeneste	27
86.909 Andre helsetjenester	11
87.901 Institusjoner innen barne- og ungdomsvern	7
87.202 Omsorgsinstitusjoner for rusmiddelmissbrukere	7
86.230 Tannhelsetjenester	3
Utenfor helsenæringen	232
84.120 Offentlig administrasjon tilknyttet helsestell, sosial virksomhet, undervisning, kirke, kultur og miljøvern	18
78.200 Utleie av arbeidskraft	15
85.320 Videregående opplæring innen tekniske og andre yrkesfaglige studieretninger	14
85.601 Pedagogisk-psykologisk rådgivningstjeneste	12
88.997 Sosialtjenester for rusmiddelmissbrukere uten botilbud	11
88.991 Barneverntjenester	10
88.999 Andre sosialtjenester uten botilbud	10
84.300 Trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning	9
85.423 Undervisning ved statlige høyskoler	9
85.421 Undervisning ved universiteter	8
85.201 Ordinær grunnskoleundervisning	6
88.992 Familievern timer	6
88.998 Kommunale sosialkontortjenester	5

NB! Viser kun næringskoder som inkluderer 3 eller flere personer fra utvalget. Totalen vil derfor være større enn summen av radene.



Årsaker til ekstern turnover i Helse Vest

Funn fra intervjuer med helsepersonell som har sluttet i helseforetakene

Rapport utarbeidet for Helse Vest

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger, utarbeider evalueringer og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.

Oslo Economics er et samfunnsøkonomisk og helseøkonomisk rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk av samarbeidspartnere.

Kartlegginger og evalueringer

Oslo Economics tilbyr kartlegginger og evalueringer til offentlige virksomheter og bedrifter basert på vår omfattende kvalitative og kvantitative verktøykasse. Vi tilbyr virksomhetsanalyser, kartlegginger av verdistrømmer og evalueringer av prosesser og programmer, tiltak, virkemidler og organisasjoner.

Vi har bred erfaring med analyser innen helse- og omsorgssektoren. Vi kjenner sektoren godt, både dens aktører, tjenestenivåer, finansierings-system og organisering. Vi legger vekt på en helhetlig vurdering av komplekse sammenhenger, og forsøker alltid å fremstille disse på en pedagogisk og lettfattelig måte.

Årsaker til ekstern turnover i Helse Vest /2022_11

© Oslo Economics, 26. januar 2022

Kontaktperson:

Erik Magnus Sæther / Partner

ems@osloeconomics.no, Tel. +47 940 58 192

Foto/illustrasjon: Oslo Economics

Innhold

Sammendrag	4
1. Innledning	6
1.1 Kunnskapsreisen ekstern turnover i Helse Vest	6
1.2 Litteraturoppsummering og intervjuer med helsepersonell som har sluttet	6
2. Metodisk tilnærming og data	7
2.1 Formål med undersøkelsen	7
2.2 Utvalget for studien	7
2.3 Utforming av intervjuguide	8
2.4 Gjennomføring av intervjuene	8
2.5 Brutto- og nettoutvalg for undersøkelsen	8
3. Årsaker til turnover	11
3.1 Spørsmål om årsaker til turnover	11
3.2 Var forhold ved jobben avgjørende for at medarbeideren sluttet?	12
3.3 De viktigste årsakene til at medarbeiderne sluttet	13
3.4 Den viktigste årsaken til at medarbeiderne sluttet	15
4. Tiltak i forbindelse med turnover	18
4.1 Spørsmål om iverksatte tiltak	18
4.2 Iverksatte tiltak	18
4.3 Tiltak helseforetaket kunne iverksatt	20
4.4 Tiltak for å gjøre det aktuelt å begynne igjen	22
5. Trivsel på arbeidsplassen	24
5.1 Spørsmål knyttet til trivsel på arbeidsplassen	24
5.2 Viktigste faktorer for trivsel i en jobb	24
5.3 Faktorer som bidro til trivsel i jobben i helseforetaket	26
6. Videre karrierevalg	29
6.1 Spørsmål knyttet til videre karrierevalg	29
6.2 Resultater	29
7. Oppsummering og diskusjon	37
Referanser	44

Sammendrag

Som en del av Helse Vests strategiske arbeid med å redusere turnover, har Oslo Economics gjennomført en intervjuundersøkelse blant tidligere ansatte i helseforetakene. Formålet var å kartlegge årsaker til turnover i utvalgte yrkesgrupper. Omtrent én tredjedel av respondentene sluttet på grunn av årsaker som ikke var relatert til jobben. De hyppigst nevnte jobbrelaterte årsakene var knyttet til arbeidstider, ressursituasjon, ledelse og faglige utviklingsmuligheter. Én av fire respondenter oppgir at det ble iverksatt tiltak for å forhindre at de skulle slutte. Over halvparten av de som det ikke ble iverksatt tiltak for, oppga imidlertid at det var ting helseforetaket kunne gjort for å få dem til å bli. Tilrettelegging av arbeidstider og bedre dialog med ledelse ble ofte trukket frem som aktuelle tiltak, men her varierte tilbakemeldingene mellom yrkesgruppene.

I dialog med Helse Vest ble utvalget til intervjuundersøkelsen avgrenset til personer i åtte yrkesgrupper (sykepleiere, jordmødre, vernepleiere, helsefagarbeidere, LIS-leger, overleger, psykologspesialister og psykologer), som sluttet i en fast stilling 1. januar 2019 eller senere, og som var i alderen 18-61 år. Det totale utvalget besto av 1240 personer, hvorav 478 ble forsøkt kontaktet. 137 strukturerte intervjuer ble gjennomført over telefon i perioden 2-18. november 2021. Intervjuene omhandlet fire temaer: årsaker til turnover, tiltak for å forhindre turnover, trivsel på arbeidsplassen og videre karrierevalg. Fordelingen av kjennetegn ved respondentene samsvarer med fordelingen i hele utvalget, og funn fra studien antas samlet sett å være representative for studiepopulasjonen. I enkelte yrkesgrupper er utvalgstørrelsen imidlertid liten, og resultater bør derfor tolkes med varsomhet.

34 prosent av respondentene sluttet i helseforetaket på grunn av forhold utenfor jobben. 22 prosent sluttet på grunn av forhold ved jobben og 44 prosent sluttet på grunn av en kombinasjon av forhold ved jobben og utenfor jobben. Flytting var den oftest nevnte årsaken til at respondentene i undersøkelsen sluttet.

De oftest nevnte jobbrelaterte årsakene til turnover er knyttet til arbeidstider, ressursituasjon, ledelse og utviklingsmuligheter, men det var forskjeller mellom yrkesgruppene. Sykepleierne pekte oftest på arbeidstid (13 av 63), ønske om å slippe turnus (12 av 63) og arbeidsmengde (12 av 63) som årsaker til at de sluttet i helseforetaket. Jordmødre, helsefagarbeidere og vernepleiere nevnte oftest arbeidstider, arbeidsmengde og ledelse som årsaker til at de sluttet. Forhold ved ledelsen var den oftest nevnte jobbrelaterte årsaken til turnover blant LIS-leger (4 av 17) og overleger (3 av 9), fulgt av fagmiljø (3 av 17) blant LIS-leger og arbeidsmengde (2 av 9) og bemanning (2 av 9) blant overleger. Psykologspesialistene oppga oftest arbeidsmengde (8 av 17), ledelse (7 av 17) og pasientbehandling/pasientsikkerhet (5 av 17) som de viktigste årsakene til at de sluttet, mens flere psykologer sluttet for å ta spesialisering (3 av 11).

For én fjerdedel av respondentene ble det iverksatt tiltak fra helseforetaket for å forhindre dem i å slutte. Det vanligste iverksatte tiltaket var tilbud om permisjon, fulgt av tilrettelegging av arbeidstid og tilrettelegging av stilling. Over halvparten av de som det ikke ble iverksatt tiltak for, oppga at helseforetaket kunne iverksatt tiltak som ville holdt dem i jobben. Tiltaket som ble oftest nevnt i denne gruppen var tilpasning av arbeidstider, økt bemanning og gehør hos ledelsen. Det var forskjeller mellom yrkesgruppene både når det gjaldt andelen som hadde opplevd at tiltak ble iverksatt og hvilke tiltak som ble iverksatt.

Da respondentene ble spurt om hvilke faktorer som er viktige for trivsel i en jobb, var det arbeidsmiljø som ble nevnt oftest (74 av 135 respondenter). Videre fulgte arbeidsoppgaver (50), fagmiljø (47), ledelse (46) og kolleger (40). På spørsmål om faktorer de likte best ved jobben i Helse Vest pekte 70 respondenter på arbeidsoppgavene og 67 pekte på kolleger, fulgt av fagmiljø (51), arbeidsmiljø (48) og ledelse (21). Kolleger og arbeidsoppgaver ble oftere nevnt som positive faktorer ved jobben i Helse Vest, enn som viktige trivselsfaktorer generelt. For ledelse, arbeidsmiljø, lønn og betingelser og arbeidstider var det omvendt. Funnene i denne

intervjuundersøkelsen stemmer godt overens med funn fra litteraturen om at arbeidstidsordning, arbeidsmengde, ledelse, bemanningsnivå og utviklingsmuligheter er viktige årsaker til turnover blant helsepersonell.

85 prosent av respondentene begynte i ny jobb etter de sluttet i helseforetaket. De aller fleste (94 prosent) fortsatte i helsetjenesten. Helsefagarbeidere, vernepleiere, sykepleiere og jordmødre flyttet i størst grad til kommunal sektor. Overleger og psykologspesialister begynte i privat sektor oftere enn andre, mens LIS-leger og psykologer i størst grad fortsatte i statlig sektor.

1. Innledning

Når en medarbeider slutter i et helseforetak, får det konsekvenser for både kvalitet, pasientsikkerhet og økonomi. Helse Vest gjennomfører derfor et prosjekt som skal kartlegge årsaker til ekstern turnover i helseforetakene, for å kunne iverksette tiltak som kan redusere ekstern turnover. Oslo Economics har gjennomført en intervjuundersøkelse med tidligere ansatte fra ulike yrkesgrupper i helseforetakene i Helse Vest for å lære om årsakene til at de sluttet i helseforetakene.

1.1 Kunnskapsreisen ekstern turnover i Helse Vest

Ekstern turnover har store konsekvenser for pasientsikkerhet, kvalitet og økonomi. Når en medarbeider slutter mister sykehuset verdifull kompetanse som er viktig for å opprettholde den gode kvaliteten i pasienttilbudet. Derfor gjennomfører Helse Vest, sammen med helseforetakene i regionen, analyseprosjektet *Kunnskapsreisen ekstern turnover* som skal beskrive og analysere dagens situasjon, undersøke hvorfor medarbeidere velger å avslutte sitt arbeidsforhold, samt identifisere tiltak som kan bidra til å redusere turnover.

1.2 Litteraturoppsummering og intervjuer med helsepersonell som har sluttet

Som en del av analyseprosjektet *Kunnskapsreisen ekstern turnover* har Oslo Economics gjennomført to delutredninger knyttet til kartlegging av årsaker til turnover. Den første delutredningen er en kunnskapsoppsummering av relevante norske og internasjonale kilder, om hvorfor helsepersonell slutter i jobben [1]. Kunnskapsoppsummeringen som er dokumentert i en egen rapport fokuserer primært på litteratur og dokumentasjon fra Norge og andre skandinaviske land, og søker å svare på følgende spørsmål:

- Hva er kjente årsaker til at leger, psykologer og sykepleiere slutter i jobben?
- Er det fellestrekk mellom yrkesgruppene? Ulike årsaker?
- Hvilke tiltak kan redusere ekstern turnover i helsesektoren?

I den andre delleveransen ble det gjennomført intervjuer med medarbeidere som har sluttet i helseforetakene i Helse Vest. Funnene fra undersøkelsen er dokumentert i denne rapporten.

Det overordnede formålet med de to delleveransene er å danne et godt kunnskapsgrunnlag knyttet til årsaker til at helsepersonell velger å slutte i helseforetakene. Kunnskapsgrunnlaget skal sikre et godt utgangspunkt for å kunne iverksette effektive tiltak som skal redusere ekstern turnover i helseforetakene.

I denne delrapporten dokumenteres funnene fra intervjuer med helsepersonell som har sluttet i helseforetakene i Helse Vest. I kapittel 2 redegjør vi for metodisk tilnærming og data, mens hovedfunn fra undersøkelsen er presentert i kapittel 3, 4, 5 og 6. Hovedfunnene er strukturert etter årsaker til turnover (kapittel 3), tiltak i forbindelse med turnover (kapittel 4), trivsel på arbeidsplassen (kapittel 5) og videre karrierevalg (kapittel 6). Hovedfunnene oppsummeres og diskuteres i kapittel 7. Gjennom intervjuene med helsepersonell ble det innhentet store mengder informasjon, som er mulig å bryte ned på mange mulige måter (etter yrkesgruppe, kjennetegn ved den ansatte, helseforetak osv.). Intervjuguiden og tilleggsmateriale er presentert i henholdsvis Vedlegg A og B.

2. Metodisk tilnærming og data

Det ble gjennomført 137 intervjuer med tidligere ansatte i Helse Vest. Bruttoutvalget som kunne bli kontaktet til intervjuene ble bestemt i samspill med Helse Vest og bestod av sykepleiere, jordmødre, vernepleiere, helsefagarbeidere, LIS-leger, overleger, psykologspesialister og psykologer som sluttet i et av helseforetakene i Helse Vest mellom januar 2019 og august 2021. Intervjuene ble gjennomført over telefon i november 2021. Fordelingen av kjennetegn ved de som ble intervjuet, samsvarer med fordelingen av kjennetegn ved alle i utvalget.

2.1 Formål med undersøkelsen

Hovedformålet med intervjuundersøkelsen var å kartlegge årsaker til ekstern turnover blant ulike typer helsepersonell i Helse Vest. I tillegg undersøkte vi hvilke tiltak som ble iverksatt for å unngå turnover, hvilke tiltak som eventuelt kunne blitt hjulpet for å forhindre turnover, faktorer som påvirker trivsel på jobb og videre karrierevalg blant de som sluttet. Funn fra intervjuundersøkelsen skal kunne brukes av Helse Vest i det videre arbeidet med *Kunnskapsreisen ekstern turnover*.

2.2 Utvalget for studien

Basert på turnoverstatistikk fra Helse Vest for ulike yrkesgrupper, definerte vi i samarbeid med Helse Vest følgende inklusjonskriterier for utvalget:

- Personer mellom 18 og 61 år som sluttet i et helseforetak i Helse Vest mellom 1.1.2019 og 31.08.2021
- Personer med fast ansettelsesforhold (ikke vikarer)
- Personer i følgende yrkesgrupper: LIS-leger, overleger, psykologspesialister, psykologer, sykepleiere, jordmødre, helsefagarbeidere og vernepleiere.

Helse Vest IKT gjorde et uttrekk med alle personer som oppfylte disse inklusjonskriteriene. Totalt var det 1240 individer i uttrekket, fordelt på de fire helseforetakene. Uttrekket inneholdt bakgrunnsopplysninger (Tabell 2-1) og kontaktopplysninger (telefon og eventuell epost-adresse) for hver person. Alle personer som var registrert med en epost-adresse, fikk tilsendt et informasjonsskriv om undersøkelsen i forkant av gjennomføringen.

Tabell 2-1: Bakgrunnsopplysninger om individer i uttrekket

Variabel	Beskrivelse
Kjønn	Mann, kvinne
Aldersgruppe	34 år og yngre, 35-44 år, 45-61 år (ved sluttidspunktet)
Yrkesgruppe	Sykepleiere, jordmødre, vernepleiere, helsefagarbeidere, LIS-leger, overleger, psykologspesialister og psykologer
Spesialitet (for leger)	Psykiatri og TSB, medisin, kirurgi, lab & radiologi, annet
Helseforetak	Helse Bergen, Helse Stavanger, Helse Fonna, Helse Førde
Fagområde/arbeidssted	Psykiatri og TSB, medisin, kirurgi, akuttmottak, annet
Arbeidssted	Storby (Stavanger, Bergen, Haugesund, Førde) eller annen lokalisering
Ansiennitet	under 1 år, 2-3 år, 4-5 år, 6-10 år, over 10 år
Stillingsprosent	49 prosent eller mindre, 50-79 prosent, 80 prosent eller mer
Type vakt	Turnus, dagtid

Kilde: Helse Vest IKT

2.3 Utforming av intervjuguide

Basert på innsikt fra kunnskapsoppsummeringen [1] utarbeidet Oslo Economics en intervjuguide med 15 spørsmål som tok for seg fire ulike tema:

- Årsaker til turnover
- Tiltak for å forhindre turnover
- Forhold som er viktig for trivsel
- Om den nye arbeidsplassen

Noen av spørsmålene ble stilt som åpne spørsmål (hvor respondenten kunne snakke fritt), mens andre spørsmål var lukkede (ferdig definerte svaralternativer). En referansegruppe for prosjektet *Kunnskapsreisen ekstern turnover* ved Helse Vest fikk mulighet til å gi innspill til utformingen av intervjuguiden. Intervjuguiden finnes i Vedlegg A.

2.4 Gjennomføring av intervjuene

Personer som var registrert med en e-postadresse (5 prosent av utvalget) fikk tilsendt et informasjonsskriv i slutten av oktober hvor de ble informert om at de kunne bli invitert til å delta i studien, samt informasjon om prosjektet. Mottakerne av e-posten hadde mulighet til å reservere seg mot deltakelse.

Intervjuene ble gjennomført i perioden 2-18. november 2021. Intervjuene ble gjennomført over telefon. Noen fikk en SMS i forkant i intervju med forespørsel om å delta, samt spørsmål om hvilket tidspunkt det eventuelt kunne passet. Andre ble ringt direkte. Intervjuene startet med kort beskrivelse av bakgrunnen for prosjektet og hva det ville innebære å delta. Det ble innhentet samtykke til deltakelse i forkant av intervjuet. Samtykke ble dokumentert ved lydopptak.

I gjennomføringen av intervjuene fulgte intervjuer strukturen i intervjuguiden. Intervjuer noterte svarene så ordrett som mulig og kategoriserte årsaker til turnover i tråd med beskrivelsen i kapittel 3 i etterkant av hvert intervju. Det ble ikke tatt lydopptak av selve intervjuet.

2.5 Brutto- og nettoutvalg for undersøkelsen

I Tabell 2-2 presenteres antall personer i uttrekket (bruttoutvalget), antall oppringte, antall som svarte og antall gjennomførte intervjuer, samlet og per helseforetak. Av de 1240 personene i uttrekket ble til sammen 478 personer forsøkt kontaktet. Av disse svarte 229 på telefonen og 137 av disse gjennomførte intervju. Av alle som ble kontaktet gjennomførte 29 prosent et intervju, og 60 prosent av alle som tok telefonen gjennomførte intervju.

Tabell 2-2: Antall personer i utvalget, antall oppringte, antall som svarte og antall gjennomførte intervjuer og svarprosent, samlet og fordelt på helseforetak

	Helse Bergen	Helse Stavanger	Helse Førde	Helse Fonna	Samlet
Antall i uttrekket	683	333	77	147	1 240
Antall oppringte	182	96	47	64	389
Antall kontaktet	250	109	55	64	478
Antall som svarte	106	56	30	37	229
Antall gjennomførte intervjuer	69	36	15	17	137
Svarprosent (antall gjennomførte intervjuer/antall kontaktet)	28 %	33 %	27 %	27 %	29 %
Svarprosent (antall gjennomførte intervjuer/antall som svarte)	65 %	64 %	50 %	46 %	60 %

Kilde: Oslo Economics

Fordelingen av bakgrunnsvariabler i nettoutvalget (de som gjennomførte intervju) samsvarer med fordelingen av bakgrunnsvariablene i bruttoutvalget), noe som tyder på at nettoutvalget er representativt for bruttoutvalget (Tabell 2-3). Når vi sammenligner kjennetegn ved nettoutvalget og de som svarte på telefon, men som ikke stilte til intervju, finner vi heller ingen store forskjeller (Tabell 0-1 i Vedlegg B).

Tabell 2-3 Kjennetegn ved personer i netto- og bruttoutvalget

Antall gjennomførte intervjuer				Fordeling i nettoutvalg	Fordeling i bruttoutvalg
Yrkesgruppe					
Helsefagarbeider/hjelpepleier	5	4 %	7 %		
Jordmor	8	6 %	3 %		
LIS-leger	17	12 %	12 %		
Overleger	9	7 %	8 %		
Psykolog	11	8 %	7 %		
Psykologspesialist	17	12 %	6 %		
Sykepleier	63	46 %	51 %		
Vernepleier	7	5 %	5 %		
Helseforetak					
Helse Bergen	69	50 %	55 %		
Helse Fonna	17	12 %	12 %		
Helse Førde	15	11 %	6 %		
Helse Stavanger	36	26 %	27 %		
Alder					
34 år og yngre	67	49 %	57 %		
35-44 år	43	31 %	25 %		
45-61 år	27	20 %	18 %		
Kjønn					
Kvinne	107	78 %	82 %		
Mann	30	22 %	18 %		
Fagområde					
Akuttmottak & kirurgi	39	29 %	28 %		
Medisin	37	27 %	31 %		
Psykisk helsevern & TSB	48	35 %	35 %		
Annet	13	9 %	7 %		
Ansiennitet					
Under 1 år	1	1 %	2 %		
1 år	6	4 %	5 %		
2-3 år	8	6 %	12 %		
4-5 år	10	7 %	12 %		
6-10 år	51	37 %	33 %		
over 10 år	61	45 %	36 %		
Stillingsstørrelse					
80 prosent eller mer	102	74 %	73 %		
50-79 prosent	21	15 %	19 %		
49 prosent eller mindre	14	10 %	8 %		

Kilde: Oslo Economics

3. Årsaker til turnover

34 prosent av respondentene svarte at det var forhold utenfor jobben som gjorde at de sluttet i helseforetaket, og den oftest nevnte årsaken til turnover var flytting. 22 prosent fortalte at de sluttet på grunn av forhold ved jobben og 44 prosent oppga at de sluttet på grunn av en kombinasjon av forhold ved og utenfor jobben. Blant årsakene knyttet til forhold ved jobben var arbeidsmengde den oftest nevnte årsaken til turnover, etterfulgt av ledelse, arbeidstider, turnus og lav bemanning. Psykologspesialister pekte i størst grad på forhold ved jobben som årsak til at de sluttet.

3.1 Spørsmål om årsaker til turnover

I intervjuet ble det stilt tre spørsmål for å kartlegge årsakene til at respondenten valgte å slutte¹:

- Var det i hovedsak forhold ved jobben i Helse Vest, forhold utenfor jobben, eller en kombinasjon som gjorde at du sluttet?
- Kan du fortelle kort om de viktigste årsakene til at du sluttet i helseforetaket?
- Om du skulle peke på én årsak til at du sluttet – hva var den viktigste årsaken?²

Fritekstsvarene på de to siste spørsmålene ble kodet til kategorier som vist i Tabell 3-1. I fremstillingen av årsaker til turnover i dette kapitlet bruker vi i hovedsak denne kategoriseringen, men vi trekker også frem sitater fra fritekstsvarene for å nansere tilbakemeldingene fra respondentene. Kategoriene ble i hovedsak definert på bakgrunn av de identifiserte årsakene i kunnskapsoppsummeringen [1]. I tillegg la vi til noen ytterligere årsaker etter innspill fra Helse Vest og etter hvert som nye årsaker ble nevnt i intervju, dersom årsakene ikke passet inn i de forhåndsdefinerte kategoriene.

I det følgende presenterer vi først resultater samlet for hele studiepopulasjonen, og deretter separat for de åtte yrkesgruppene i utvalget. Sammenligninger på tvers av yrkesgruppene må tolkes med forsiktighet ettersom at utvalgsstørrelsen er liten i flere av gruppene. Resultater langs andre dimensjoner (helseforetak, fagområder, stillingsprosent, alder, vakttype, arbeidssted og kjønn) er presentert i Vedlegg B.

Tabell 3-1: Kategorisering av årsaker til turnover

Administrativ byrde	Jobbsikkerhet
Andre karrieremuligheter (på ny arbeidsplass)	Lav bemanning
Arbeidsmengde	Ledelse (opplevd lederatferd)
Arbeidsmiljø	Lønn og betingelser
Arbeidsoppgaver	Manglede opplæring, veiledning og oppfølging
Arbeidstider	Medisinske grunner (ikke jobbrelatert)
Dårlige karrieremuligheter	Omstrukturering
Fagmiljø og faglig utvikling	Reiseavstand
Familierelaterte forklaringer (som ikke omhandler flytting)	Samarbeidsklima
Flytting (på grunn av årsaker som ikke er relatert til egen jobb)	Spesialisering
Forhold knyttet til pasientbehandling/-sikkerhet	Tilgang til kollektivtransport
Fysiske arbeidsforhold	Tilgang til parkeringsplass
Hyppig flytting mellom ulike avdelinger	Trygghetsklima/hms
Høy utskiftning	Videreutdanning
Jobbrelaterte medisinske grunner - fysisk	Ønske om nye/andre oppgaver
Jobbrelaterte medisinske grunner - psykisk	Ønske om å slippe turnus/ ny arbeidstidsordning

Kategorisering av årsaker til turnover basert på årsakene identifisert kunnskapsoppsummering utarbeidet for Helse Vest [1].

¹ Oversikt over svaralternativer til spørsmålene er presentert i Vedlegg A.

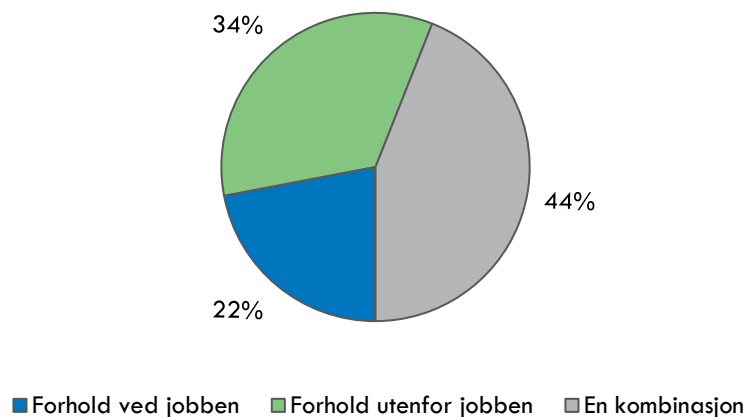
² Forsidebilde på rapporten gir en grafisk fremstilling av fritekstsvarene på det dette spørsmålet.

3.2 Var forhold ved jobben avgjørende for at medarbeideren sluttet?

På spørsmålet om man sluttet på grunn av forhold ved eller utenfor jobben, svarte

- 47 respondenter (34 prosent) at de i hovedsak sluttet på grunn av forhold utenfor jobben (Figur 3-1)
- 30 respondenter (22 prosent) at de sluttet på grunn av forhold ved jobben
- 60 respondenter (44 prosent) at de sluttet på grunn av en kombinasjon av forhold ved og utenfor jobben

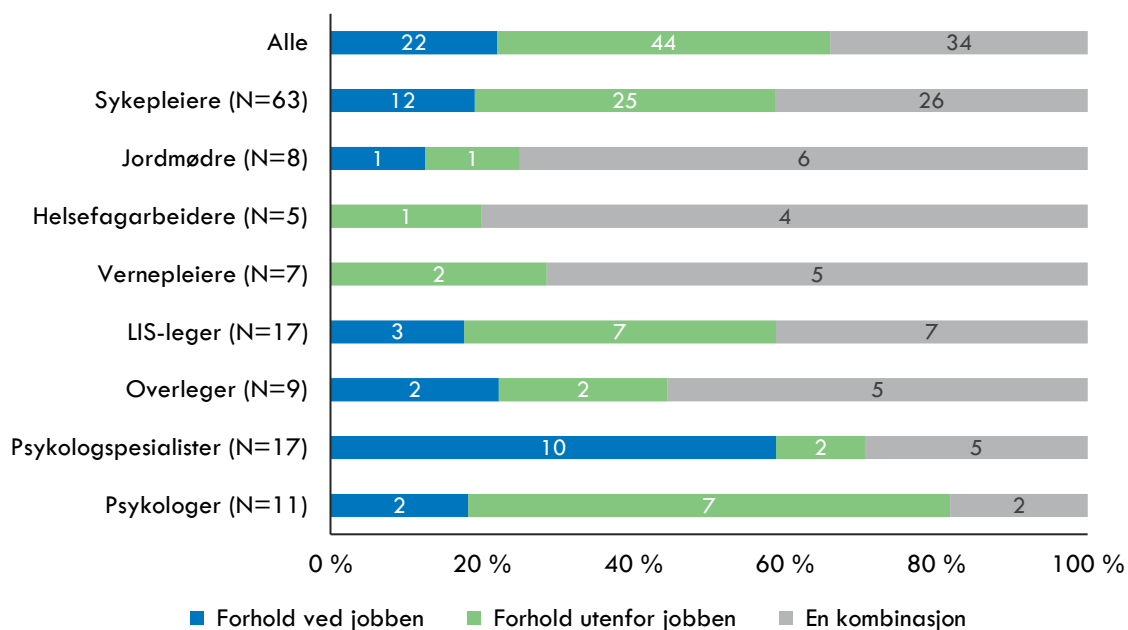
Figur 3-1: Var det i hovedsak forhold ved jobben i Helse Vest, forhold utenfor jobben, eller en kombinasjon av de to som gjorde at du sluttet?



Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=137.

Tilbakemeldingene på om det var forhold ved eller utenfor jobben som gjorde at de sluttet varierer mellom yrkesgruppene (Figur 3-2). Sykepleiere og LIS-leger sluttet oftest på grunn av forhold utenfor jobben eller på grunn av en kombinasjon. Ingen av de fem helsefagarbeiderne eller syv vernepleierne svarte at de i hovedsak sluttet på grunn av forhold ved jobben. Psykologspesialister svarte relativt oftere at de sluttet på grunn av forhold ved jobben og psykologer svarte relativt oftere at de sluttet på grunn av forhold utenfor jobben.

Figur 3-2: Var det i hovedsak forhold ved jobben i Helse Vest, forhold utenfor jobben, eller en kombinasjon av det to som gjorde at du sluttet? - Etter yrkesgrupper



Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=137. Sammenligninger på tvers av yrkesgruppene må tolkes med forsiktighet for grupper der utvalgsstørrelse er liten.

3.3 De viktigste årsakene til at medarbeiderne sluttet

Da de tidligere ansatte ble spurt om de viktigste årsakene til at de sluttet, kom det frem at

- Flytting på grunn av ikke-jobbrelaterte årsaker var den oftest nevnte årsaken til turnover, etterfulgt av arbeidsmengde, ledelse og arbeidstider (Figur 3-3)
- For LIS-leger, overleger, psykologer og sykepleiere var flytting den oftest nevnte årsaken. For psykologspesialister og helsefagarbeidere var det arbeidsmengde som ble nevnt oftest, imens jordmødrene oftest nevnte arbeidstider som årsak til turnover
- I tillegg til flytting er arbeidstider, turnusarbeid og arbeidsmengde ofte nevnte årsaker til at sykepleierne sluttet i jobben

Flytting på grunn av årsaker som ikke er relatert til egen jobb er den hyppigst nevnte årsaken for utvalget som helhet (Figur 3-3). 27 prosent av respondentene nevnte denne årsaken (37 av 137 respondenter). I tillegg til flytting ble flere andre ikke-jobbrelaterte årsaker nevnt, blant annet familierelaterte forklaringer (som ikke omhandler flytting) (nevnt 11 ganger) og ikke-jobbrelaterte medisinske grunner (nevnt åtte ganger).

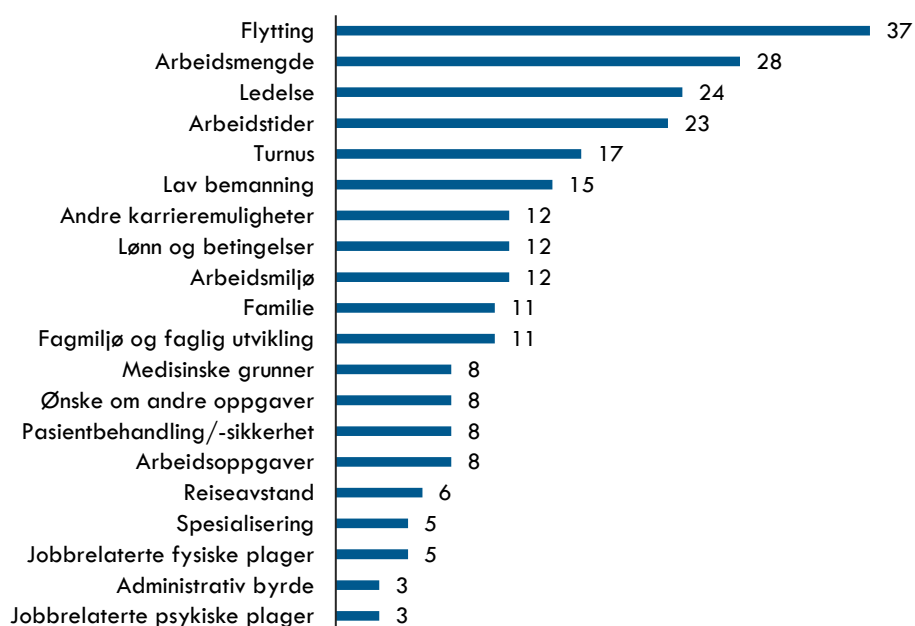
Arbeidsmengde ble nevnt 28 ganger og lav bemanning 15 ganger. En sykepleier fortalte at det var «for hektisk og for stort arbeidspress. Jeg var ukomfortabel med å ha ansvar for så mange pasienter og jeg rakk ikke å lese rapport om pasientene før vaktstart». En psykologspesialist fortalte at "det var vanskelig å kombinere jobben med barn, økende arbeidspress og ikke mulig å gjennomføre arbeidsoppgaver i arbeidstid. Det ble ikke tid til å ta fri som man hadde spart opp, ansatte satt igjen til sent på kveld (...)".

Arbeidstider generelt ble nevnt 23 ganger og i tillegg nevnte 17 respondenter at et ønske om å slippe turnus var en årsak til at de sluttet i helseforetaket. En jordmor fortalte at vedkommende sluttet på grunn av "skiftarbeid, for lite søvn, adrenalinfylt jobb der man måtte gi veldig mye av seg selv og det var for hyppige vakter til at man rakk å sove". En sykepleier fortalte: «[Det var] ingen tilrettelegging i forhold til arbeidstid. Jeg ønsket å jobbe kun nattevakter, men ledelsen sa at dette var uaktuelt».

I kategorien «ledelse» inngår blant annet årsaker som «likte ikke ledelsen», «dårlig ledelse», «liten påvirkningskraft» og «liten innflytelse». Denne kategorien ble til sammen nevnt av 24 respondenter. En overlege forteller å ha sluttet etter å ha «opplevd stor frustrasjon med ledelsen og manglende forståelse for å en vanskelig arbeidssituasjon».

Arbeidsmiljø ble nevnt 12 ganger. Innenfor denne kategorien nevnes blant annet «mobbing» og «fryktkultur». I tillegg ble de relaterte kategoriene trygghetsklima/HMS og samarbeidsklima nevnt tre ganger.

Figur 3-3: Hva var årsakene til at du sluttet i helseforetaket?



Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N = 137. Figuren viser årsaker som er nevnt mer tre eller flere ganger. Andre årsaker nevnt: Høy utskiftning (2), videreutdanning (2), omorganisering (2), dårlige karrieremuligheter (2), samarbeidsklima (2), manglende opplæring, veiledning og oppfølging (2), hyppig flytting mellom ulike avdelinger (1), tilgang til parkeringsplass (1), tilgang til kollektivtransport (1), fysiske arbeidsforhold (1), trygghetsklima/HMS (1) og jobbsikkerhet (1).

De hyppigst nevnte årsakene til turnover for **sykepleierne** er flytting, arbeidstider, ønske om å slippe turnus og arbeidsmengde. Innenfor arbeidstid- og turnuskategorien var kombinasjonen av turnus og små barn, belastning av tredelt turnus og mangel på tilrettelegging i form av nattevakter og helgevakter spesifikke årsaker som ble nevnt flere ganger. Ledelse og lav bemanning ble også nevnt ofte, samt flere personlige årsaker som familierelaterte årsaker og medisinske grunner som ikke er jobbrelatert. En sykepleier fortalte at det var «ikke nok bemanning, ikke fokus på nok bemanning, for travelt. Kunne ikke å gjøre en god nok jobb. (...)». Lønn og betingelser ble kun nevnt tre ganger, der én spesifiserte at mangel på premiering av innsats var en av årsakene til at vedkommende sluttet.

Årsakene som oftest ble nevnt av **jordmødrene** er knyttet til arbeidstider og lav bemanning, men utvalgsstørrelsen er liten i denne gruppen (N=8). En jordmor fortalte at vedkommende sluttet på grunn av «arbeidstid, turnus og veldig høyt press». Tre respondenter nevnte at de sluttet på grunn av lite tilrettelegging i forhold til arbeidstid, sykdom og familieliv.

For **helsefagarbeidere** og **vernepleiere** er utvalgsstørrelsen liten, noe som gjør at ingen kategorier skilte seg spesielt ut. Helsefagarbeidere nevnte blant annet arbeidsmengde, flytting og arbeidstid som årsaker. En helsefagarbeider fortalte at vedkommende ikke følte seg sett og verdsatt som helsefagarbeider. En annen fortalte at det var «for travelt, for stor arbeidsmengde, ga dårlig livskvalitet (...)». Noen av kategoriene som ble nevnt av vernepleiere er flytting, arbeidstider og ledelse. En vernepleier fortalte at vedkommende sluttet fordi

«[jeg] ønsket mer frihet til å benytte min kompetanse, underbemanning og lite tid»). En annen fortalte at det ble vanskelig å balansere turnus og familie.

LIS-leger nevnte oftest flytting og familierelaterte forklaringer som årsaker til at de sluttet. 3 av de 17 LIS-legene svarte at de sluttet fordi det var vanskelig å kombinere jobb og familie. For eksempel fortalte en LIS-lege at «familie, stor arbeidsbelastning i forhold til familie og uforutsigbare arbeidstider» var de viktigste årsakene til at vedkommende sluttet i helseforetaket. Ledelse var også en hyppig nevnt årsak blant LIS-legene. Eksempelvis ble det trukket frem at det var for stort fokus på kvantitet over kvalitet og at man hadde liten medbestemmelse. En annen fortalte at ledelsen ikke la til rette for at spesialistene skulle bli i jobben, blant annet ved at ledelsen takket nei til rekrutteringstiltak og tiltak for å beholde LIS-leger som de ansatte foreslo.

Overleger nevnte oftest flytting og ledelse som årsaker til at de sluttet. Deretter fulgte lav bemanning, arbeidsmengde og arbeidsmiljø. En overlege fortalte at «misnøye med arbeidsforhold, vaktbelastning og ledelse som ikke tok tak i tingene» var de viktigste årsakene til at vedkommende sluttet.

Psykologspesialistene var de som oftest sluttet på grunn av forhold ved jobben. Dette reflekteres også i listen over årsaker til turnover. Kategoriene som oftest ble nevnt var arbeidsmengde, ledelse og forhold knyttet til pasientbehandling/-sikkerhet. En fortalte for eksempel at vedkommende ikke fikk gjort jobben sin på en forsvarlig måte, mens en annen fortalte at rammevilkårene for behandling ikke ga muligheten til å utøve en god nok jobb. Arbeidspress og manglende ressurser er to årsaker går igjen i flere av svarene: en fortalte at vedkommende sluttet på grunn av «arbeidsmengde, begrensede ressurser, økte arbeidskrav og høy utskifting». Videre var det to som fortalte om liten påvirkningskraft/innflytelse på ledelsen, og en nevnte at pakkeforløpet innebar for stor byråkratisk byrde for psykologspesialistene.

Psykologene nevnte i hovedsak årsaker knyttet til forhold utenfor jobben: flytting, andre karrieremuligheter og spesialisering. Lønn og betingelser ble også nevnt, samt forhold knyttet til pasientbehandling. Fire av de elleve respondentene svarte at de sluttet fordi de skulle videre i spesialistforløpet.

Tabell 0-3 i vedlegg B viser hvor mange ganger hver årsak ble nevnt for hver yrkesgruppe.

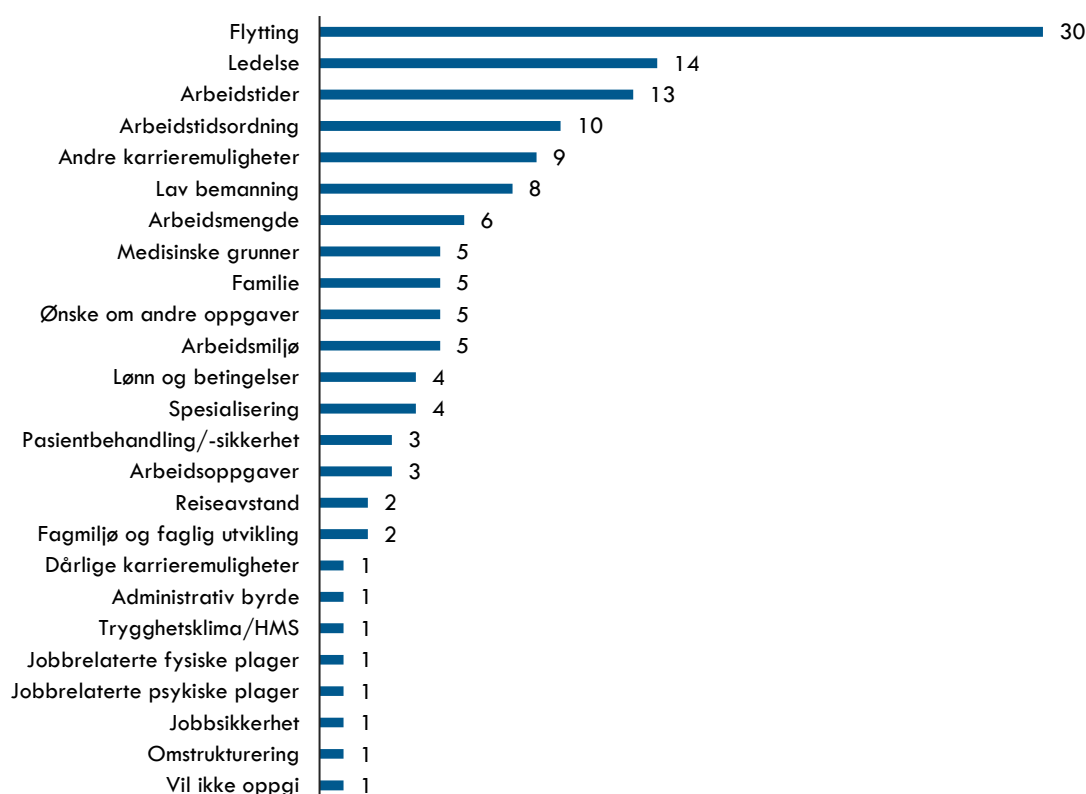
3.4 Den viktigste årsaken til at medarbeiderne sluttet

På spørsmålet der respondentene skulle peke på den viktigste årsaken til at de sluttet, fant vi at

- Årsakene som oftest ble nevnt var flytting, ledelse, arbeidstider og turnus (Figur 3-4).
- Arbeidsmengde, arbeidsmiljø, lønn og betingelser ble nevnt sjeldnere da man ble spurt om å trekke frem den viktigste årsaken, sammenlignet med da man kunne peke på så mange årsaker man ønsket (Figur 3-4). Det kan tyde på at disse er medvirkende årsaker for mange, men ikke nødvendigvis hovedårsaken. Tilsvarende er ledelse og andre karrieremuligheter er årsaker som relativt sett nevnes oftere som den viktigste årsaken til turnover.
- Kun 4 av de 137 tidligere ansatte nevnte lønn og betingelser som den viktigste årsaken.

Forsidebilde til rapporten viser en grafisk fremstilling av fritekstsvarene på spørsmålet om hva som var den viktigste årsaken til at de valgte å slutte.

Figur 3-4: Hva var den viktigste årsaken til at du sluttet i helseforetaket?



Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=137. Figuren viser antall ganger ulike årsaker er nevnt.

Flytting, arbeidstider og et ønske om å slippe turnus ble oftest nevnt på hva som var den viktigste årsaken til at **sykepleierne** sluttet. I arbeidstid- og turnuskategorien var det blant annet noen som eksplisitt pekte på at de ikke ønsket tredelt turnus, én nevnte heglejobbing og flere svarte at kombinasjonen av turnus og familie var hovedårsaken til at de sluttet. Det var kun én som trakk frem arbeidsmengde som den viktigste årsaken, mens det var 12 som nevnte arbeidsmengde da man kunne trekke frem så mange årsaker man selv ønsket (se kapittel 3.3). Flere svarte at lav bemanning var den viktigste årsaken, blant annet fortalte en at det var «[Det var] for få ansatte, det er ikke rom for å være ny eller usikker. Jeg følte ikke at jeg strakk til for å yte god helsehjelp». I kategorien «andre karrieremuligheter» inngår fire som ønsket å bytte yrke og én som ønsket å bytte stilling.

Jordmødrene nevnte oftest ledelse som den viktigste årsaken til at de sluttet. Én fortalte at lite gehør hos ledelsen og manglende tilrettelegging var den viktigste årsaken. Også en annen jordmor svarte at det var mangel på tilrettelegging, mens en tredje svarte at det var liten påvirkningskraft som var den viktigste årsaken. I tillegg ble blant annet arbeidstider, ønske om å slippe turnus og arbeidsmengde trukket frem som hovedårsak til turnover. Én jordmor fortalte at det var «arbeidspresst og krav om effektivitet» som var den viktigste årsaken.

Helsefagarbeidere svarte flytting, jobbrelaterte psykiske plager, arbeidstider, ledelse og arbeidsmiljø på hva som var den viktigste årsaken til at de sluttet. For eksempel svarte én at det at man ikke ble sett var den viktigste årsaken, mens en annen fortalte at det var lite fleksibilitet i forhold til arbeidstid.

Vernepleierne oppga blant annet flytting, omstrukturering, ønske om nye/andre oppgaver og ønske om å slippe turnus som den viktigste årsaken til at de sluttet. Én fortalte at vedkommende ønsket «forandring og fagutfordringer», mens en annen ønsket mer frihet til å benytte sin kompetanse.

Omtrent én tredjedel av **LIS-legene** pekte på flytting som den viktigste årsaken til at de sluttet. To LIS-leger nevnte arbeidstid: de fortalte at det var uforutsigbare arbeidstider og arbeidsbelastningen som følge av

vaktjobbing som var den viktigste årsaken til at de sluttet. To nevnte ledelse som hovedårsak: én fortalte at vedkommende sluttet fordi det var dårlig ledelse, også oppover i systemet. Den andre fortalte at det var «økende produksjonspress på sykehuset og lite medbestemmelse. Følte meg som et tannhjul i maskineriet».

Overlegene trakk frem flytting, ledelse, lav bemanning og arbeidsmiljø som den viktigste årsaken. Tre av de ni respondentene nevnte at arbeidsbelastningen var stor. Én fortalte at den viktigste årsaken til at vedkommende sluttet var «Arbeidsmiljøet som konsekvens av arbeidsbelastningen. Det psykiske arbeidsmiljøet ble dårlig av bemanningssituasjonen». Lønn og betingelser, arbeidstider og fagmiljø er årsaker som ble trukket frem da de kunne nevnte så mange årsaker de ønsket, men som ikke ingen trakk frem som den viktigste årsaken i denne yrkesgruppen.

Psykologspesialistene nevnte arbeidsmengde, ledelse og forhold knyttet til pasientbehandling/pasientsikkerhet på hva som var den viktigste årsaken til at de sluttet. Én svarte at den viktigste årsaken til at vedkommende sluttet var at man følte seg som en utkaster heller enn en behandler, fordi fokuset var på å skrive pasientene ut så fort som mulig. En annen svarte at vedkommende ikke fikk gjort jobben sin på en forsvarlig måte, og tilsvarende svarte en tredje at belastningen med for mye å gjøre på for lite tid var den viktigste årsaken.

Psykologene svarte i hovedsak at flytting og spesialisering var den viktigste årsaken til at de sluttet. I tillegg sluttet én fordi vedkommende ville ta doktorgrad, én på grunn av beliggenheten til arbeidsplassen og én på grunn av føringer for pasientbehandling, i form av for mye fokus på utredning og for lite på behandling.

Tabell 0-11 i vedlegg B viser hvor mange ganger hver årsak ble nevnt fordelt på de ulike yrkesgruppene.

4. Tiltak i forbindelse med turnover

Omtrent én fjerdedel av respondentene fortalte at helseforetaket iverksatte tiltak for å forhindre dem i å slutte i jobben. Det hyppigst nevnte tiltaket var tilbud om permisjon, etterfulgt av tilrettelegging av arbeidstid og tilrettelegging av stilling. Av de det ikke ble iverksatt tiltak for, svarer omtrent halvparten at helseforetaket kunne gjort noe for å forhindre dem i å slutte. Tiltaket som oftest ble nevnt i denne sammenhengen var tilrettelegging av arbeidstid, etterfulgt av økt bemanning og økt gehør hos ledelsen.

4.1 Spørsmål om iverksatte tiltak

Vi stilte respondentene spørsmål om tiltak helseforetaket iverksatte eller kunne iverksatt for å unngå at de skulle slutte, og tiltak som eventuelt kan gjøre det aktuelt å begynne igjen. Følgende spørsmål ble stilt:

- Ble det iverksatt tiltak fra arbeidsgiver for å unngå at du skulle slutte? Det kan være både generelle tiltak på arbeidsplassen eller tiltak for å hindre at akkurat du sluttet?
 - a. Hvis ja: Hvilke tiltak var det?
 - b. Hvis ja: Hvordan fungerte det?
 - c. Hvis nei: Er det noe helseforetaket kunne gjort for å forhindre at du valgte å slutte?
 - d. Hvis ja på 1c: Utdyp tiltak som kunne fått deg til å bli?
- Hva kan helseforetaket gjøre for at det kan bli aktuelt for deg å begynne igjen?

Fritektsvarene fra spørsmål 1a om iverksatte tiltak ble sortert i ti ulike kategorier (Tabell 4-1). Disse kategoriene er utgangspunktet for presentasjonen av svarene på spørsmålene knyttet til tiltak i dette kapittelet. Svarene på de øvrige spørsmålene er i mindre grad gruppert, for å synliggjøre variasjonen i foreslåtte tiltak som kunne forhindret personer i å slutte i helseforetaket.

I kapittelet presenterer vi først samlede resultater for hele utvalget, før vi formidler resultatene for hver enkelt yrkesgruppe i den grad det lot seg gjøre uten at enkeltrespondenter kan identifiseres. Sammenligninger på tvers av yrkesgruppene må tolkes med forsiktighet for grupper der utvalgsstørrelse er liten.

Tabell 4-1: Kategorisering av tiltak helseforetaket har iverksatt

Møte/Samtale med ledelsen	Tilbud om tilrettelegging av stilling
Tilbud om en annen arbeidsplass i helseforetaket	Tilbud om tilrettelegging av stillingsprosent
Tilbud om permisjon	Tiltak for å få ned arbeidsmengden
Tilbud om tilrettelegging av arbeidsoppgaver	Uspesifisert
Tilbud om tilrettelegging av arbeidstid	Annet

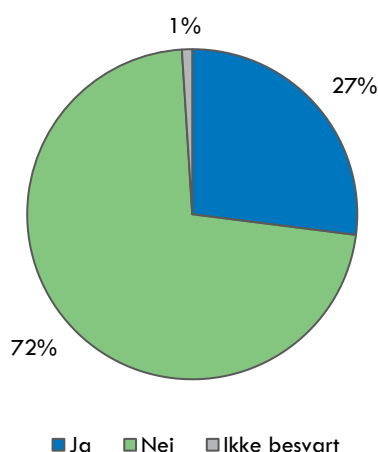
Kilde: Oslo Economics

4.2 Iverksatte tiltak

På spørsmål om det ble iverksatt tiltak for å forhindre at de skulle slutte, fant vi at

- For majoriteten (72 prosent) ble det ikke iverksatt tiltak fra arbeidsgiver for å forhindre dem i å slutte (Figur 4-1).
- For de som det ble iverksatt tiltak for, var tilbud om permisjon det vanligste tiltaket (Figur 4-3).

Figur 4-1: Ble det iverksatt fra tiltak fra arbeidsgiver for å forhindre at du skulle slutte?

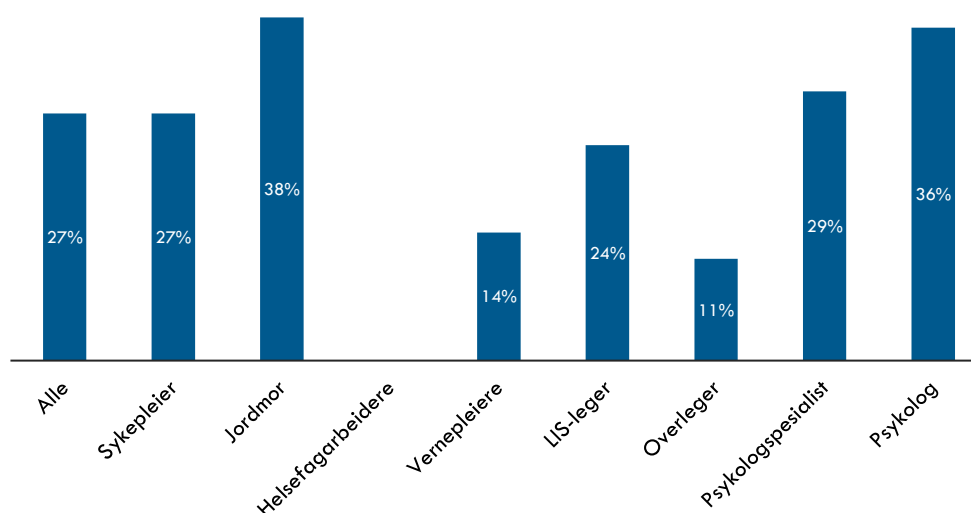


Datkilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=137.

Det ble iverksatt tiltak for rundt én fjerdedel av LIS-legene, psykologspesialistene og sykepleierne. Én overlege og én vernepleier svarte at tiltak ble iverksatt, mens ingen helsefagarbeidere oppga dette.

Blant tiltakene som ble beskrevet i intervjuene var tilbud om permisjon oftest nevnt; syv personer fortalte at de ble tilbudt denne muligheten. Videre svarte fem personer at de fikk tilbud om tilrettelegging med tanke på stilling og fem sa at de fikk tilbud om tilrettelegging med tanke på arbeidstid. Tre personer fortalte at det ble uttrykt et ønske om at de skulle bli i jobben, tre sa at de hadde en samtale eller et møte med ledelsen og to fikk tilbud om tilrettelegging med tanke på arbeidsoppgaver. Tiltak som ble nevnt én gang er: tiltak for å få ned arbeidsmengden, tilrettelegging med tanke på stillingsprosent og tilbud om en annen arbeidsplass i helseforetaket (Figur 4-3).

Blant **sykepleierne** var det flere som ble tilbudt permisjon og tilrettelegging av arbeidstid. Samtaler med ledelse og tilbud om ny jobb i helseforetaket ble også nevnt av denne gruppen. For **jordmødrene** omfattet iverksatte tiltak endring i stilling og arbeidsoppgaver. Av **LIS-legene** ble tilbud om stipend, retur til overlegestilling etter endt spesialisering og tilbud om permisjon nevnt som tiltak. Blant **psykologspesialister** ble det trukket frem tiltak som permisjon, midlertidig inntaksstopp av pasienter og tilrettelegging for endret pasientbehandling. Også blant **psykologene** omfattet tiltakene permisjon og tilpassing av arbeidshverdagen, i tillegg til tilrettelegging for forskning og tilbud om spesialisering.

Figur 4-2: Ble det iverksatt tiltak for å hindre at du skulle slutte? - Etter yrkesgruppe

Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=137. Figuren viser andelen som svarte ja på at det ble iverksatt tiltak for å forhindre de skulle slutte, fordelt på yrkesgrupper. I noen grupper er utvalgsstørrelsen liten.

Figur 4-3: Tiltak som ble iverksatt for å hindre at man skulle slutte

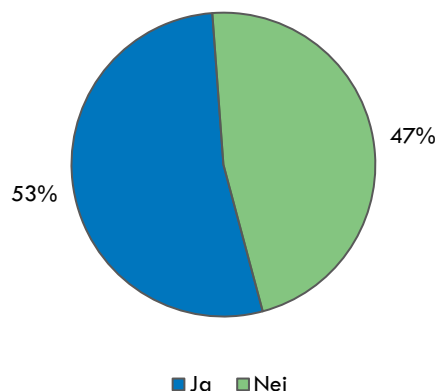
Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=37. Figuren viser antall ganger tiltakene ble nevnt.

4.3 Tiltak helseforetaket kunne iverksatt

Da respondentene ble spurt om det var noe helseforetaket kunne gjort for å hindre dem i å slutte, fant vi at

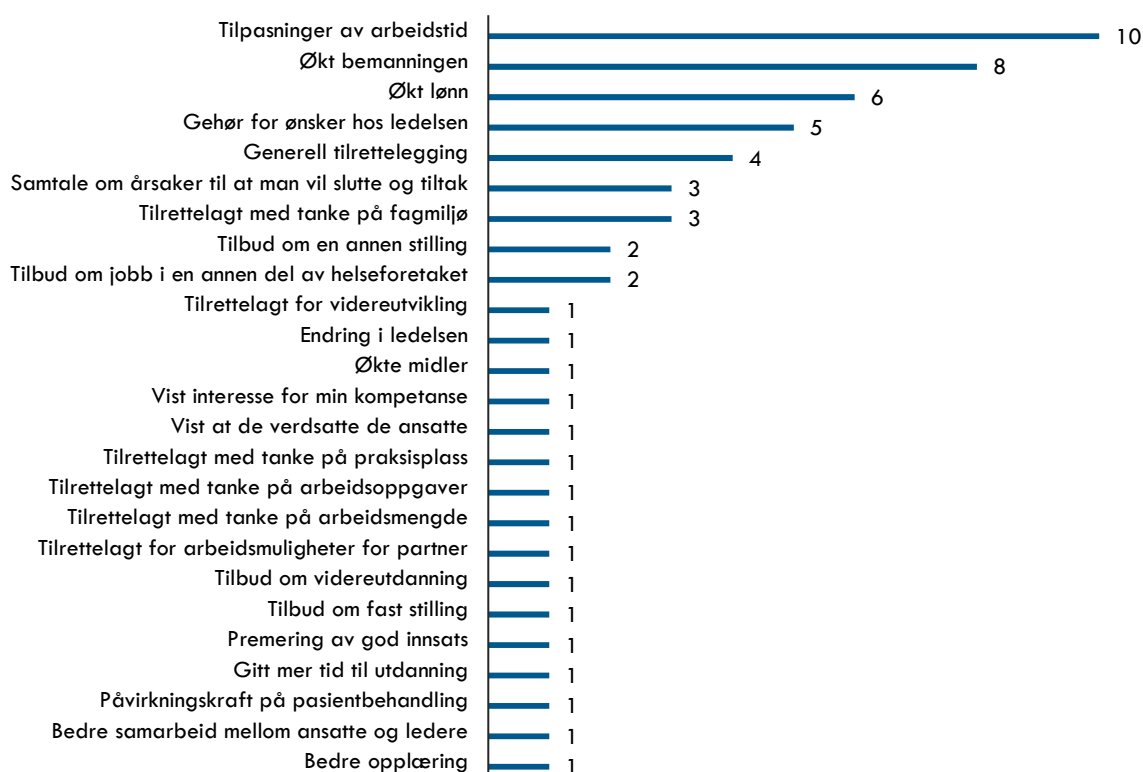
- Drøyt halvparten (53 prosent) av de som det ikke ble iverksatt tiltak for, svarte at det var noe helseforetaket kunne gjort for å forhindre dem i å slutte (Figur 4-4).
- Det oftest foreslåtte tiltaket på hva helseforetaket kunne gjort var tilrettelegging av arbeidstider, etterfulgt av økt bemanning og økt lønn (Figur 4-5).
- Andre tiltak som nevnes er knyttet til tilrettelegging med tanke på fagmiljø, tilbud om jobb i en annen del av helseforetaket, endring i ledelsen, økte midler, premiering av økt innsats og påvirkningskraft på pasientbehandling.

Figur 4-4: [Hvis helseforetaket ikke iverksatte tiltak for å hindre vedkommende i å slutte..] Er det noe helseforetaket kunne gjort for å hindre at du valgte å slutte?



Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=99

Figur 4-5: Hvis helseforetaket kunne gjort noe for å hindre at du sluttet, hvilke tiltak kunne fått deg til å bli?



Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=52. Figuren viser antall ganger tiltakene ble nevnt.

Blant **sykepleierne** var det særlig tiltak knyttet til tilpassing av arbeidstider og økt bemanning som gikk igjen på spørsmål om hvilke tiltak som kunne blitt iverksatt for å få dem til å bli i jobben. Behov for samtaler og dialog med ledelse og lønn ble også trukket frem av enkelte. Flere nevnte også tiltak som økt prioritering av midler til kursing, videreutdanning og andre tiltak relatert til fagmiljø. **LIS-legene** og **overlegene** pekte også på flere tiltak, blant disse var endringer i arbeidsoppgaver (herunder mer tid til forskning) og ledelse, bedre økonomiske betingelser og redusert arbeidsbelastning. Blant **psykologspesialistene** var det særlig tiltak knyttet til det faglige på arbeidsplassen som ble nevnt som tiltak som kunne ført til at de ønsket å bli værende. Eksempler

omfattet mer faglig ambisjoner og større fleksibilitet knyttet til fagutvikling og forskning. **Jordmødrene** trakk særlig frem behovet for å legge til rette for å kombinere familieliv og en tøff jobbhverdag.

4.4 Tiltak for å gjøre det aktuelt å begynne igjen

På spørsmål om hva helseforetaket kan gjøre for at det skal bli aktuelt å begynne igjen, kom det frem at

- Det hyppigste foreslåtte tiltaket var tilpasning av arbeidstid og økt bemanning. Flere nevnte også og at det må skje endringer på et politisk nivå (Figur 4-6).
- Andre tiltak som kom frem var høyere lønn, tilbud om ny stilling, endringer i pasientbehandling, endringer i ledelse, tilrettelegging for forskning og at ledelsen viser interesse for at man begynner igjen.
- Blant LIS-legene, overlegene og psykologene svarte majoriteten av respondentene at det ikke var aktuelt eller relevant for dem å begynne igjen, i motsetning til resterende yrkesgrupper.

Figur 4-6: Hva kan helseforetaket gjøre for at det skal være aktuelt for deg å begynne igjen?



Datagrunnlag: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=129. Figuren viser antall ganger hver kategori ble nevnt.

50 av **sykepleierne** svarte på spørsmålet om hva som skal til for at det skal være aktuelt å begynne igjen. Mange svarte at det ikke er aktuelt eller ikke relevant for dem, av ulike grunner. De som kom med aktuelle tiltak nevnte blant annet bedring av arbeidsforhold, økt bemanning, tilpasning av arbeidstid, endring til dagstilling og bedre lønn. Elleve respondenter pekte på tiltak relatert til arbeidstider og turnus. Blant **jordmødrene** ble det særlig trukket frem behovet for å øke bemanningen og arbeidsforholdene. **Helsefagarbeiderne** og **vernepleierne** trakk blant annet frem ønske om å i større grad bli prioritert, herunder ønske om mer konkurransedyktig lønn, arbeidstid, oppgaver og ansvar. 15 **LIS-leger** besvarte spørsmålet, og åtte av dem svarte at det ikke er aktuelt å begynne igjen. Tilsvarende svarte seks av ni **overleger** at det ikke var aktuelt å begynne i helseforetaket igjen. Av mulige tiltak som kunne gjøre det aktuelt å begynne igjen svarte **LIS-legene** blant annet arbeidstider (mindre nattevakter) og mer tid til utdanning/forskning. **Overlegene** nevnte endringer i ledelsen og andre

arbeidsoppgaver (mindre administrasjon). Blant **psykologspesialistene** og **psykologene** ble det særlig trukket frem behov for endringer i det politiske systemet og føringer for pasientbehandling fra myndighetene.

Av de 129 som besvarte dette spørsmålet var det totalt 49 stykker som sa at det ikke er aktuelt for dem å begynne igjen eller at spørsmålet ikke var relevant for dem, av ulike årsaker.

5. Trivsel på arbeidsplassen

Arbeidsmiljø, arbeidsoppgaver, fagmiljø, ledelse og kolleger blir betraktet som de viktigste faktorene for trivsel på en arbeidsplass, med arbeidsmiljø som den klart oftest nevnte faktoren. Dette drives blant annet av at sykepleierne, den klart største gruppen i utvalget, relativt ofte pekte på arbeidsmiljø som en viktig faktor for trivsel generelt. Når det kommer til jobben i helseforetaket er det derimot arbeidsoppgaver og kolleger som oftest ble trukket frem som faktorer man likte best, etterfulgt av fagmiljø og arbeidsmiljø.

5.1 Spørsmål knyttet til trivsel på arbeidsplassen

I intervjuene stilte vi to spørsmål knyttet til trivsel på arbeidsplassen, hvor respondenten kunne svare fritt:

- Hvis du skal peke på inntil tre faktorer som er viktig for at du skal trives i en jobb, hvilke er det?
- Hvis du skal peke på inntil tre faktorer du likte ved jobben i helseforetaket, hvilke er det?

Fritekstsvarene fra spørsmålene ble kodet til kategorier som vist i Tabell 5-1. Kategoriene ble i hovedsak definert på bakgrunn av de identifiserte årsakene i kunnskapsoppsummeringen [1]. Vi presenterer kort resultatene samlet, før vi studerer de separat for de åtte yrkesgruppene. Sammenligninger på tvers av yrkesgruppene må tolkes med forsiktighet for grupper der utvalgsstørrelse er liten. Vi formidler også resultatene for ulike aldersgrupper. Resultater langs andre dimensjoner er presentert i Vedlegg B.

Tabell 5-1: Kategorisering av faktorer for trivsel på arbeidsplassen

Arbeidsmiljø	Karrieremuligheter
Arbeidsoppgaver	Kolleger
Arbeidstider	Ledelse
Fagmiljø	Lønn og betingelser
Forutsigbarhet og jobbtrygghet	Annet

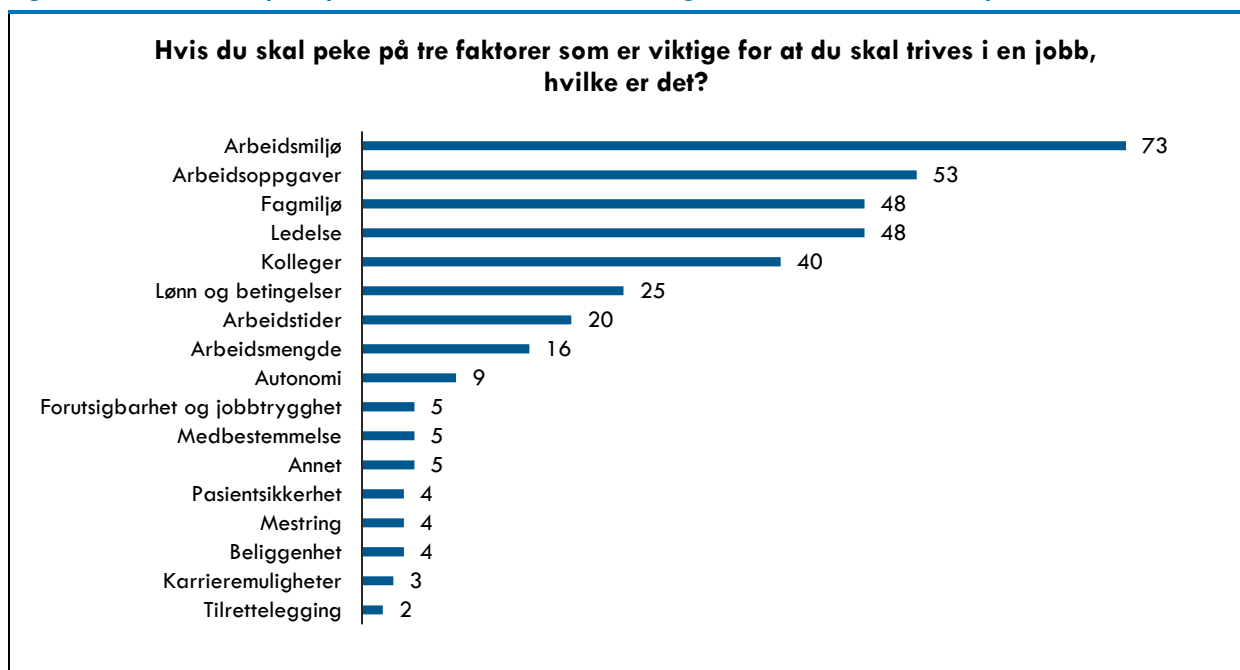
Kategorisering av årsaker til turnover basert på årsakene identifisert kunnskapsoppsummering utarbeidet for Helse Vest [1].

5.2 Viktigste faktorer for trivsel i en jobb

Da respondentene ble bedt om å nevne inntil tre faktorer som er viktige for å trives i en jobb, ble det svart at

- Arbeidsmiljø var den oftest nevnte faktoren for trivsel på arbeidsplassen, et stykke foran arbeidsoppgaver, fagmiljø, ledelse og kolleger (Figur 5-1).
- Andre faktorer som ble nevnt var lønn og betingelser, arbeidstider, karrieremuligheter, samt forutsigbarhet og jobbtrygghet (Figur 5-1).
- 45 av 63 sykepleiere trakk frem arbeidsmiljø blant de tre viktigste faktorene for trivsel på arbeidsplassen (Tabell 5-2).
- Både LIS-legene og overlegene nevnte oftest fagmiljø som viktige faktorer for trivsel. Arbeidsmiljø ble nevnt nest oftest for begge gruppene (Tabell 5-2).

Figur 5-1: Hvis du skal peke på inntil tre faktorer som er viktige for at du skal trives i en jobb, hvilke er det?



Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=135. Figuren viser antall ganger hver kategori blir nevnt.

For **sykepleiere** var arbeidsmiljø den klart oftest nevnte faktoren for å trives i en jobb; 45 av 63 sykepleiere trekker frem denne faktoren (Tabell 5-2). Arbeidsmiljø ble nevnt nesten dobbelt så ofte som ledelse, som var den nest mest nevnte faktoren. 24 av 63 pekte på dette. Videre ble arbeidsoppgaver trukket frem av 23 sykepleiere, kolleger av 19. Fagmiljø, arbeidstider og lønn og betingelser kom frem i samtaler med henholdsvis 14, 13 og åtte stykker. Én sykepleier trakk fram arbeidsmiljø, arbeidsoppgaver og arbeidsmengde, en annen pekte på at nok fagkompetanse og tid, og en tredje snakket om at det er viktig for trivselen å bli verdsatt og å få bruke fagkompetansen sin. En siste nevnte gode kolleger, en passelig arbeidsmengde og faglige utfordringer som de viktigste trivselsfaktorene i en jobb.

Jordmødrene pekte oftest på arbeidsmiljø og ledelse, fem av åtte nevnte disse faktorene (Tabell 5-2).

Arbeidsmiljø ble trukket frem fem ganger og kolleger tre ganger. Én jordmor fortalte for eksempel at viktige faktorer for trivsel for vedkommende er givende arbeidsoppgaver, samsvar mellom oppgaver og ressurser, og god dialog med ledelsen. Flere andre pekte blant annet på at jobben er faglig utfordrende, og at man kan utøve jobben på en forsvarlig måte.

Blant **helsefagarbeiderne** var ledelse, fagmiljø og arbeidsmiljø de tre mest nevnte trivselsfaktorene i en jobb (Tabell 5-2). Disse ble nevnt tre ganger hver. I tillegg har en helsefagarbeider pekt på kolleger som en av de viktigste faktorene for å trives. Én helsefagarbeider har for eksempel svart at trivsel blant kolleger, godt samarbeid med sjefen og faglige utfordringer er viktig, mens en annen svarte at videreutvikling, bli sett og å ha en flink ledelse som gir ros er de viktigste faktorene.

Vernepleierne pekte i størst grad på ledelse, arbeidsoppgaver og lønn og betingelser som de viktigste faktorene for å trives i en jobb (Tabell 5-2). Alle disse faktorene er nevnt av tre av syv vernepleiere. Kolleger og fagmiljø er begge nevnt av to vernepleiere, imens arbeidsmiljø og arbeidstider er nevnt en gang hver. Jobbens beliggenhet og hva som passer best for familien er nevnt som andre årsaker. Anerkjennelse og frihet under ansvar kom også frem i intervjuene, samt god kompetanse på hvert skift og tydelig ledelse.

LIS-legene oppga oftest fagmiljø som en viktig faktor for trivsel i en jobb, ni av 17 nevnte dette (Tabell 5-2). Deretter fulgte arbeidsmiljø og kolleger, som syv av 17 trakk frem. Lønn og betingelser, arbeidsoppgaver, ledelse og arbeidstid er andre trivselsfaktorer som ble nevnt. Faglig kreativitet og faglige utfordringer ble blant

annet nevnt som faktorer innunder fagmiljø. Andre faktorer som kom frem, var arbeidstid i forhold til arbeidsmengde og økt rom for å diskutere uten at det blir tatt som kritikk. Grad av medbestemmelse er også en faktor som ble nevnt.

Overlegene oppga også fagmiljø som den hyppigst nevnte trivselsfaktoren, trukket frem av fem av ni, etterfulgt av arbeidsmiljø og arbeidsoppgaver (Tabell 5-2). Fire av ni overleger svarte at de sistnevnte var blant de viktigste. Ledelse, lønn og betingelser, kolleger og karrieremuligheter er også faktorer som kom fram da overlegene ble spurt. Interessante faglige utfordringer, grei lønn og en følelse av at arbeidet er meningsfullt ble trukket frem som viktige faktorer. Balanse mellom arbeidsoppgaver, arbeidsmengde og tid ble snakket om også i denne gruppen.

Blant **psykologspesialistene** var det en større andel (10 av 17) som pekte på arbeidsoppgaver som viktigste trivselsfaktor, og dette var den hyppigst nevnte faktoren i denne gruppen (Tabell 5-2). Videre fulgte fagmiljø og ledelse, som henholdsvis ni og syv av 17 psykologspesialister trakk frem. Arbeidsmiljø og lønn og betingelser ble også pekt på av flere. Videre ble faktorer som at innsats og resultater premieres, påvirkningskraft, medbestemmelse, mestringfølelse og forsvarlig helsehjelp.

Kolleger og fagmiljø ble begge nevnt av fem **psykologer** som en viktig faktor for trivsel i jobb, den største faktoren blant denne gruppen. Fire av psykologene pekte på autonomi, og én fortalte at mulighet til å bestemme over egne arbeidsoppgaver var blant de tre viktigste trivselsfaktorene i en jobb (Tabell 5-2). Autonomi og selvbestemmelse er altså en av de viktigste trivselsfaktorene for psykologer, sammen med fagmiljø og kolleger. Fire nevnte arbeidsoppgaver og tre pekte på arbeidsmiljø. Lønn- og betingelser, ledelse og arbeidstid ble også nevnt. Grad av frihet til å kunne påvirke hverdagen, premiering av innsats eller følelse av at man får noe igjen for å gjøre det bra ble også trukket frem i denne gruppen.

Tabell 5-2: Hvis du skulle peke på tre faktorer som er viktige for å trives i en jobb, hvilke er det? - Fordelt på yrkesgrupper

Trivselsfaktor	SP	JM	HFA	VP	LIS	OL	PS	P
Arbeidsmiljø	45	5	3	1	7	4	5	3
Arbeidsoppgaver	23	4	-	3	5	4	10	4
Fagmiljø	14	1	3	2	9	5	9	5
Ledelse	24	5	3	3	3	2	7	1
Kolleger	19	3	1	2	7	1	2	5
Lønn og betingelser	8	-	-	3	4	2	5	3
Arbeidstider	13	1	-	1	3	-	1	1
Arbeidsmengde	11	1	-	-	1	-	2	1
Autonomi	1	-	-	-	1	1	2	4
Forutsigbarhet og jobbtrygghet	5	-	-	-	-	-	-	-
Medbestemmelse	-	-	-	-	1	1	2	1
Annet	5	-	-	-	-	-	-	-
Pasientsikkerhet	2	1	-	-	-	-	1	-
Mestring	-	1	-	-	-	-	3	-
Beliggenhet	-	-	-	1	2	-	-	1
Karriere-muligheter	2	-	-	-	-	1	-	-
Tilrettelegging	1	1	-	-	-	-	-	-

Tabellen viser antall ganger hver av faktorene ble nevnt blant tre viktige faktorer for å trives i en jobb, fordelt på yrkesgrupper. Årsakene er sortert etter hvilke som er oftest nevnt totalt nedover. SP = Sykepleiere (N=63), JM = Jordmødre (N=8), HFA = Helsefagarbeidere (N=5), VP = Vernepleiere (N=7), LIS = LIS-leger (N=17), OL = Overleger (N=9), PS = Psykologspesialister (N=17) og P = Psykologer (N=11). Sammenligninger på tvers av yrkesgruppene må tolkes med forsiktighet for grupper der utvalgsstørrelse er liten. Kilde: Intervjuedata fra Oslo Economics.

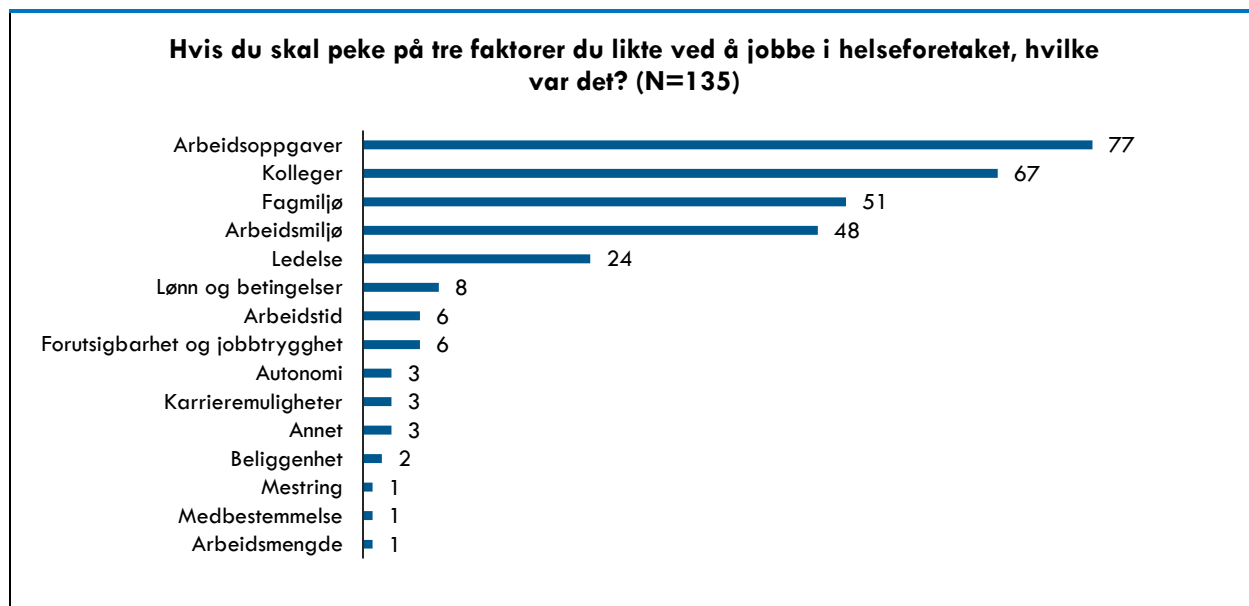
5.3 Faktorer som bidro til trivsel i jobben i helseforetaket

Da de tidligere ansatte ble spurt om inntil tre faktorer de likte ved å jobbe i helseforetaket, ble det svart at

- De vanligste faktorene som ble satt pris på ved jobben var arbeidsoppgaver og kolleger, som henholdsvis 77 og 67 respondenter pekte på (Figur 5-2).
- Andre ofte nevnte faktorer helsepersonell likte ved jobben var fagmiljø, arbeidsmiljø og ledelse (Figur 5-2).
- Arbeidsoppgaver er oftest trukket frem i alle yrkesgrupper utenom LIS-leger, overleger og psykologspesialister.

Videre svarte 51 respondenter at fagmiljø var blant topp tre faktorer de likte, og 48 trakk frem arbeidsmiljø. 24 pekte videre på ledelse, imens lønn og betingelser, arbeidstid, forutsigbarhet og jobbtrygghet samt karrieremuligheter også kom frem fra enkelte (Figur 5-2).

Figur 5-2: Hvis du skal peke på tre faktorer du likte ved å jobbe i helseforetaket, hvilke var det?



Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). Figuren viser antall ganger hver kategori ble nevnt

Over halvparten av **sykepleierne**, 34 av 62, sa at arbeidsoppgaver var en av faktorene de likte best ved helseforetaket. Henholdsvis 28 og 27 sykepleiere pekte på arbeidsmiljø og kolleger. 20 svarte fagmiljø og 14 svarte ledelse, imens forutsigbarhet og jobbtrygghet, arbeidstid og lønn og betingelser også ble nevnt (Tabell 5-3).

Arbeidsoppgaver skiller seg også ut blant **jordmødrene** som den best likte faktoren ved jobben i helseforetakene, syv av åtte brakte opp dette. Som for de foregående yrkesgruppene er kolleger den nest mest nevnte faktoren med fem av åtte. Videre ble både fagmiljø og arbeidsmiljø pekt på av tre jordmødre (Tabell 5-3).

Tre av fem **helsefagarbeidere** pekte på arbeidsoppgavene som en av faktorene de likte best ved å jobbe i helseforetaket. Videre nevnte to av fem kolleger og arbeidsmiljø. Fagmiljø, karrieremuligheter, lønn og betingelser og ledelse ble trukket frem en gang hver. En pekte også på pasientgruppen som en faktor for trivsel ved jobben (Tabell 5-3).

Vernepleiere likte i stor grad arbeidsoppgavene som medførte jobben i helseforetaket, og seks av syv trakk dette frem som en faktorene de likte best. Fem av syv nevnte også kolleger. Andre faktorer ble kun nevnt en gang hver; arbeidsmiljø, fagmiljø, forutsigbarhet og jobbtrygghet, arbeidstid og lønn og betingelser (Tabell 5-3).

Ti av 17 **LIS-leger** sa at kollegene var blant faktorene de likte best ved jobben i helseforetaket. Åtte svarte fagmiljø, seks nevnte arbeidsmiljø og fem pekte på arbeidsoppgaver. Videre ble ledelse (fire ganger), lønn og betingelser (to), karrieremuligheter (en), beliggenhet (en) og arbeidstid (en) nevnt. Én av LIS-legene svarte for eksempel at muligheten for utvikling innenfor det faglige og å samarbeide med andre yrkesgrupper i foretaket

var givende. En annen trakk blant annet frem variasjon i problemstillinger og samfunnsnyttige oppgaver (Tabell 5-3).

I gruppen med **overleger** svarte fem av ni at kolleger var blant faktorene de likte ved å jobbe i helseforetaket, en lignende andel som hos LIS-legene. Den nest oftest nevnte faktoren for overlegene er imidlertid arbeidsoppgaver, som trekkes frem av fire. Både arbeidsmiljø og fagmiljø kom frem to ganger, mens lønn og betingelser og mestring ble brakt opp en gang. Noen faktorer som ble nevnt var pasienter, interessant arbeidshverdag, arbeidsmiljø samt balanse mellom faglig fordypning, forskning, rutineoppgaver og pasientkontakt (Tabell 5-3).

Psykologene trakk oftest frem arbeidsoppgaver blant de best likte faktorene ved jobben i helseforetakene. Åtte av elleve nevnte dette. Videre svarte fem av elleve at kolleger, fire sa henholdsvis fagmiljø og arbeidsmiljø, imens tre pekte på autonomi. Ledelse, lønn og betingelser, forutsigbarhet, autonomi, fleksibilitet og utfordrende arbeidsoppgaver ble også nevnt (Tabell 5-3).

Psykologspesialistene skiller seg noe ut med at et relativt markant flertall pekte på fagmiljøet som en av de viktigste faktorene for trivsel i jobben ved helseforetaket (12 av 17). Kolleger er nest oftest nevnt, av åtte av 17 psykologspesialister. Arbeidsoppgaver følger etter, og er sagt seks ganger. Mer spesifikt fortalte en respondent at det var faglig spennende og meningsfullt å hjelpe folk som trengte det, samtidig som vedkommende likte godt tempoet og teamarbeidet på sykehus. En annen snakket om fleksibilitet, pasientpopulasjon og god kontakt med andre fagfolk innenfor helsevesenet. Muligheter for videreutdanning ble også trukket frem som en viktig trivselsfaktor (Tabell 5-3).

Tabell 5-3: Hvis du skal peke på tre faktorer som du likte ved å jobbe i helseforetaket, hvilke var det? - Fordelt på yrkesgrupper

Trivselsfaktor	SP	JM	HFA	VP	LIS	OL	PS	P
Arbeidsoppgaver	34	7	3	6	5	4	10	8
Kolleger	27	5	2	5	10	5	8	5
Fagmiljø	20	3	1	1	8	2	12	4
Arbeidsmiljø	28	3	2	1	6	2	2	4
Ledelse	14	-	1	-	4	-	3	2
Lønn og betingelser	2	-	1	1	2	1	1	1
Arbeidstider	3	-	-	1	1	-	1	-
Forutsigbarhet og jobbtrygghet	3	-	-	1	-	-	1	1
Autonomi	1	-	-	-	-	-	-	3
Karrieremuligheter	-	-	1	-	1	-	1	-
Annet	-	-	-	-	1	-	2	-
Beliggenhet	-	-	-	-	1	1	-	-
Mestring	1	-	-	-	-	-	-	-
Medbestemmelse	-	-	-	-	-	-	1	-
Arbeidsmengde	-	-	-	-	-	1	-	-

Tabellen viser antall ganger hver av faktorene ble nevnt blant tre faktorer man likte ved å jobbe i helseforetaket, fordelt på yrkesgrupper. Årsakene er sortert etter hvilke som er oftest nevnt totalt nedover. SP = Sykepleiere (N=62), JM = Jordmødre (N=8), HFA = Helsefagarbeidere (N=5), VP = Vernepleiere (N=7), LIS = LIS-leger (N=16), OL = Overleger (N=9), PS = Psykologspesialister (N=17) og P = Psykologer (N=11). Sammenligninger på tvers av yrkesgruppene må tolkes med forsiktighet for grupper der utvalgsstørrelse er liten. Kilde: Intervjuedata fra Oslo Economics.

6. Videre karrierevalg

De aller fleste som sluttet i helseforetakene, begynte i nye jobber. Nesten alle som startet i en ny jobb fortsatte i helsetjenesten. De nye jobbene fordelte seg relativt jevnt mellom privat, statlig og kommunal sektor. Sykepleiere er de som i størst grad forsvant ut av helsetjenesten. En klar overvekt av respondentene gikk til nye jobber med like gode eller bedre lønninger og betingelser. De fleste fikk også andre arbeidstidsordninger.

6.1 Spørsmål knyttet til videre karrierevalg

For å kartlegge hvor de tidligere ansatte ble av etter at de sluttet i helseforetaket hadde vi følgende spørsmål i intervjuet:

- Hva gjorde du etter at du sluttet i helseforetaket?
- Hvis du begynte i en ny jobb: i hvilken sektor er den nye jobben din?
- Hvis du begynte i en ny jobb: I den nye jobben din,
 - a. jobber du fortsatt i helsetjenesten?
 - b. jobber du fortsatt i samme type yrke?
 - c. jobber du i samme type stilling?
 - d. bruker du grunnkompetansen din?
 - e. jobber du samme arbeidstidsordning/turnusordning? Hvis ikke, hvordan endret det seg?
 - f. har du samme stillingsprosent? Hvis ikke, er den høyere eller lavere?
 - g. jobber du med pasientrettet arbeid?
 - h. har du omtrent samme lønn og betingelser? Hvis ikke, er det bedre eller dårligere nå?

I et av de andre delprosjektene som inngår i Kunnskapsreisen ekstern turnover analyserer Statistisk sentralbyrå (SSB) hvor det blir av de som slutter i helseforetakene. Siden registerdataene er mer presise og dekkende enn data oppgitt i intervjuer, gir vi i denne rapporten kun et overordnet bilde av de videre karrierevalgene til respondentene. Funnene fra intervjuundersøkelsen samsvarer i stor grad med funnene i analysen til SSB (foreløpig ikke publisert).

6.2 Resultater

På spørsmål om hva respondentene gjorde etter at de sluttet og om egenskaper ved de nye jobbene for de som gikk til ny jobb, fant vi at

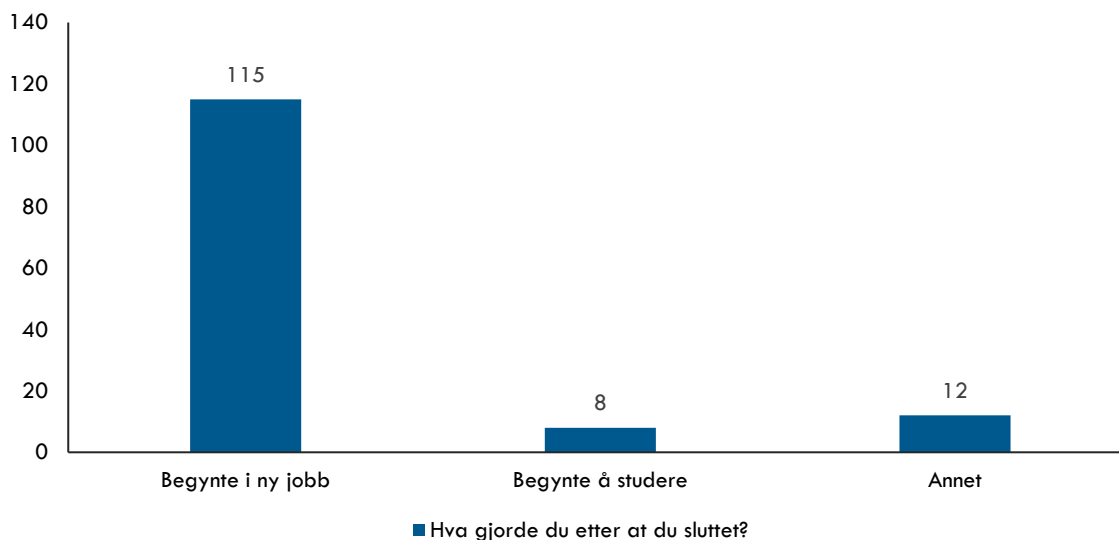
- 115 av 135 (85 prosent) respondenter startet i ny jobb (Figur 6-1)
- Andelen som begynte i ny jobb (46 av 62) var lavest blant sykepleiere (Figur 6-2)
- Kommunen var vanligste arbeidsgiver i ny jobb (40 prosent) (Figur 6-3)
- 94 prosent av de som gikk til ny jobb fortsatte i helsetjenesten (Tabell 6-1)
- 76 av 115 hadde lik stillingsprosent i den nye jobben (Figur 6-9)
- En stor andel hadde en annen arbeidstidsordning i den nye jobben (Figur 6-10)
- Omtrent halvparten av de som gikk til en ny jobb, fikk bedre lønn og betingelser i neste jobb (Figur 6-6).

85 prosent av de tidligere ansatte startet i ny jobb etter at de sluttet i Helse Vest. Ni prosent (12 av 135³) startet på studier, mens seks prosent (åtte av 135) svarte noe annet. I «annet»-kategorien finnes blant annet personer som måtte slutte i jobb av helsemessige årsaker. I Figur 6-1 illustreres andelen i hver yrkesgruppe som begynte i ny jobb, å studere eller annet. Sykepleierne skiller seg tydelig ut i denne oversikten, der 16 stykker begynte å

³ To respondenter avsluttet intervjuet før denne delen, derav 135 svar.

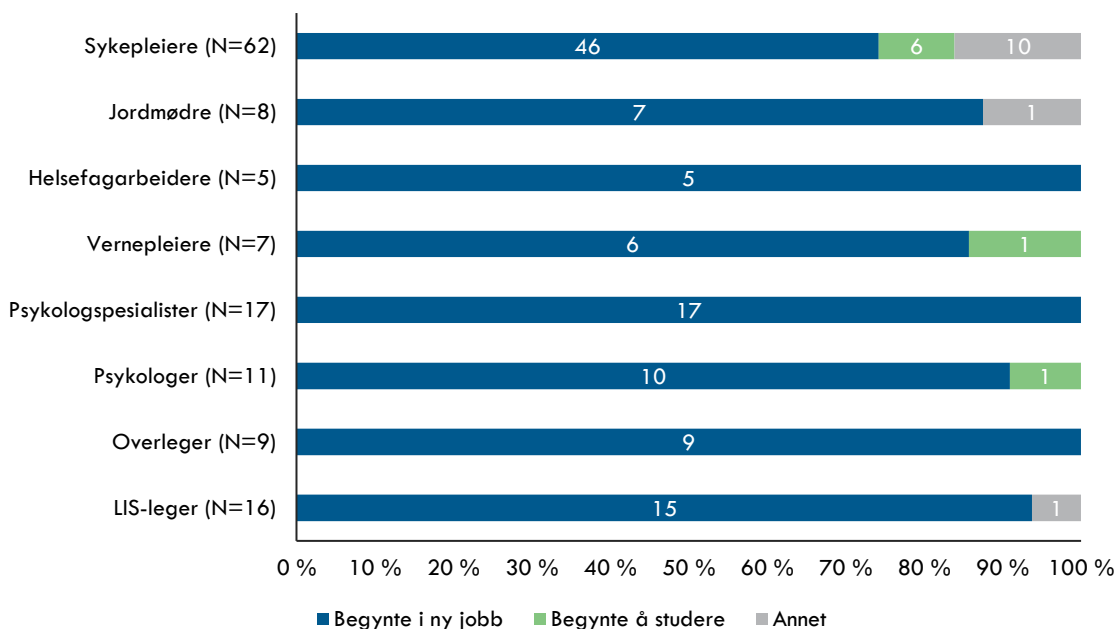
studere eller annet, tilsvarende en andel på omtrent en fjerdedel (Figur 6-2). I fire andre grupper er det en respondent som gjorde noe annet enn å gå til ny jobb. Dette gjelder vernepleiere og psykologer, hvor henholdsvis én av syv og én av elleve begynte å studere, imens resten ble i jobb. Tilsvarende gjelder dette LIS-leger og jordmødre, hvor henholdsvis én av 16 og én av åtte gjorde noe annet.

Figur 6-1: Hva gjorde du etter at du sluttet?



Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=135

Figur 6-2: Hva gjorde du etter du sluttet? - Etter yrkesgruppe



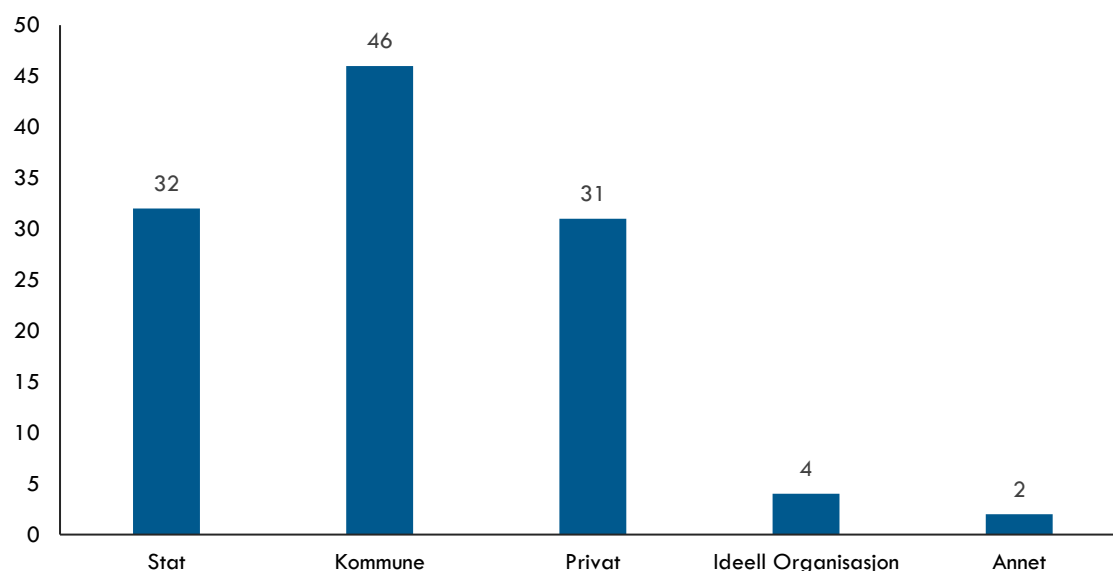
Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=135

Sektorinndeling

46 av respondentene som begynte i en ny jobb, begynte i kommunal sektor. 32 respondenter fortsatte i statlig sektor og 31 respondenter gikk til privat sektor (Figur 6-3).

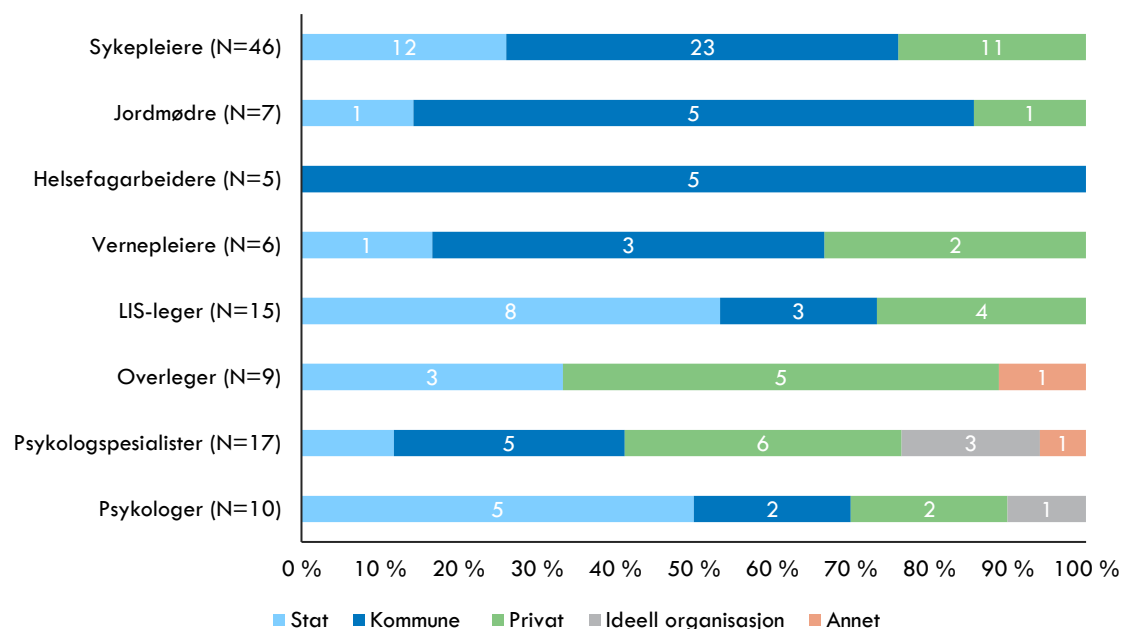
En overvekt av sykepleierne gikk til ny jobb i kommunal sektor, det samme gjaldt jordmødrene og vernepleierne. Alle helsefagarbeiderne dro til kommunal sektor. Psykologer og LIS-leger fikk i størst grad ny jobb i statlig sektor (Figur 6-4). Andelen som gikk til privat sektor var høyest blant overleger, etterfulgt av psykologspesialistene.

Figur 6-3: I hvilken sektor er den nye jobben?



Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=115

Figur 6-4: I hvilken sektor er den nye jobben? - Etter yrkesgruppe



Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=115

Jobb i helsetjenesten og bruk av grunnkompetanse

De aller fleste som gikk til ny jobb fortsatte å jobbe i helsetjenesten etter at de forlot helseforetaket. Alle LIS-leger, overleger, helsefagarbeidere og vernepleiere som begynte i ny jobb fortsatte i helsesektoren, mens én psykologspesialist, én psykolog, fire sykepleiere og én jordmor gikk til en jobb utenfor helsesektoren (Tabell 6-1).

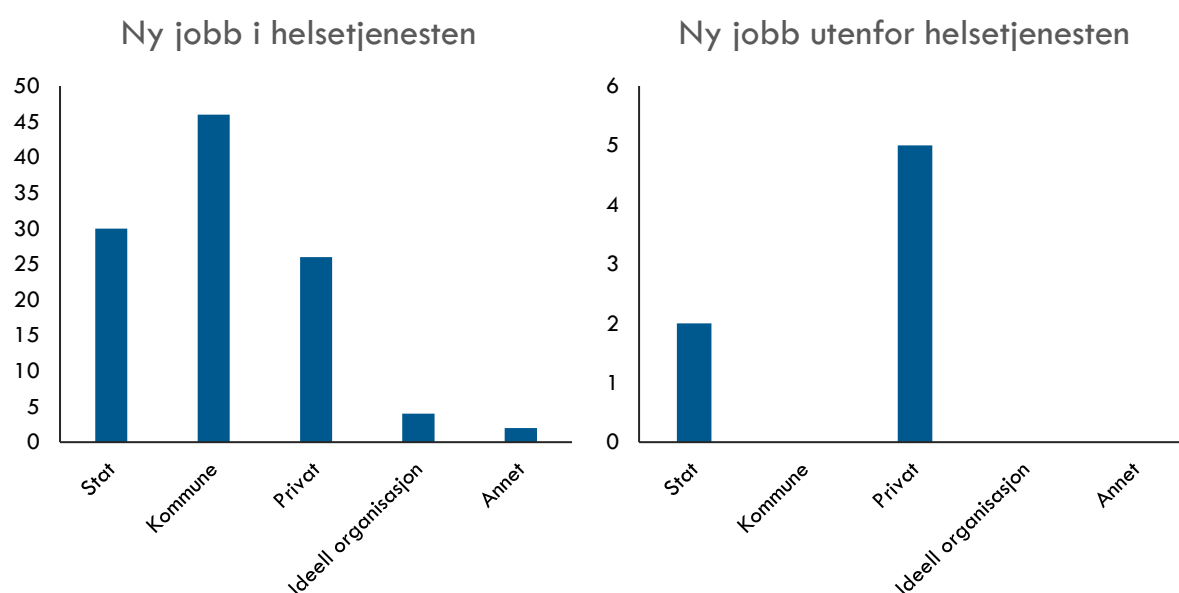
De aller fleste svarte at de bruker grunnkompetansen sin i den nye jobben (Tabell 6-1). Kun blant sykepleierne fant vi respondenter (tre personer) som byttet til en jobb hvor de ikke brukte grunnkompetansen sin, tilsvarende syv prosent av dem som gikk til ny jobb. Andelen som bruker grunnkompetansen sin er jevnt over høyere enn andelen som gikk over til ny jobb i helsetjenesten, hvilket antyder at enkelte benyttet utdanningen sin videre, selv om de forlot helsetjenesten.

Tabell 6-1: Andeler som jobber i helsetjenesten og andeler som bruker grunnkompetansen i sin nye jobb – fordelt på yrkesgrupper

Yrkesgruppe	Andel som gikk til ny jobb i helsetjenesten	Andel som bruker grunnkompetansen sin i den nye jobben
Sykepleiere (N=46)	91%	93%
Jordmødre (N=7)	86%	100%
Helsefagarbeidere (N=5)	100%	100%
Vernepleiere (N=6)	100%	100%
LIS-leger (N=15)	100%	100%
Overleger (N=9)	100 %	100%
Psykologspesialister (N=17)	94%	100%
Psykologer (N=10)	90%	100%

Vi har også sammenlignet sektorinndelingen blant de som fortsatte å jobbe i helsetjenesten og de som fikk en ny jobb utenfor helsetjenesten (Figur 6-5). Blant de som fortsatte i helsetjenesten, gikk 43 prosent over til kommunal sektor, mens 28 prosent ble i statlig sektor og 24 prosent gikk over til privat sektor. 70 prosent av de som fikk ny jobb utenfor helsetjenesten ble ansatt i privat sektor.

Figur 6-5: Sektorfordeling for ny jobb

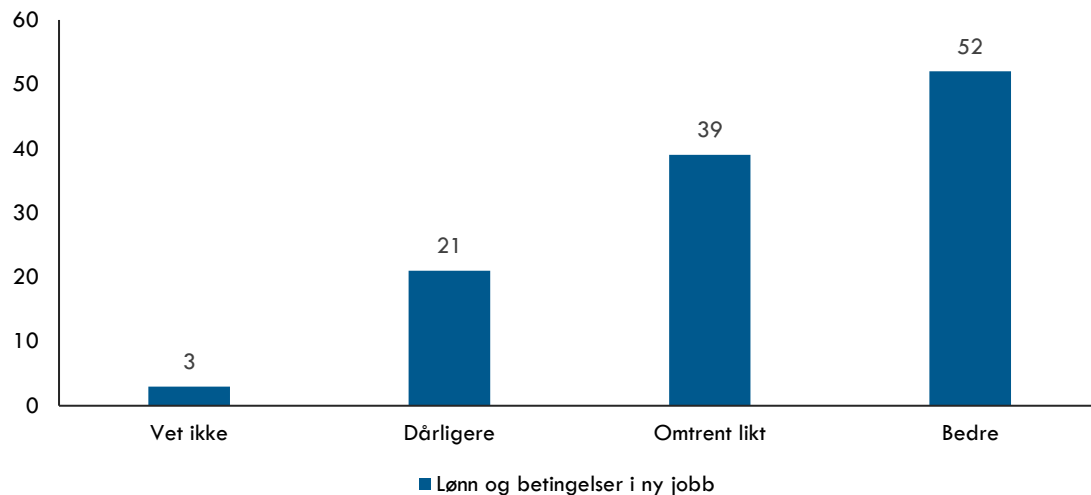


Venstre diagram viser antall jobber i ulike sektorer for dem som gikk til ny jobb i helsetjenesten. Høyre tabell viser tilsvarende statistikk for dem som fikk jobb utenfor helsetjenesten. Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=115

Lønn og betingelser

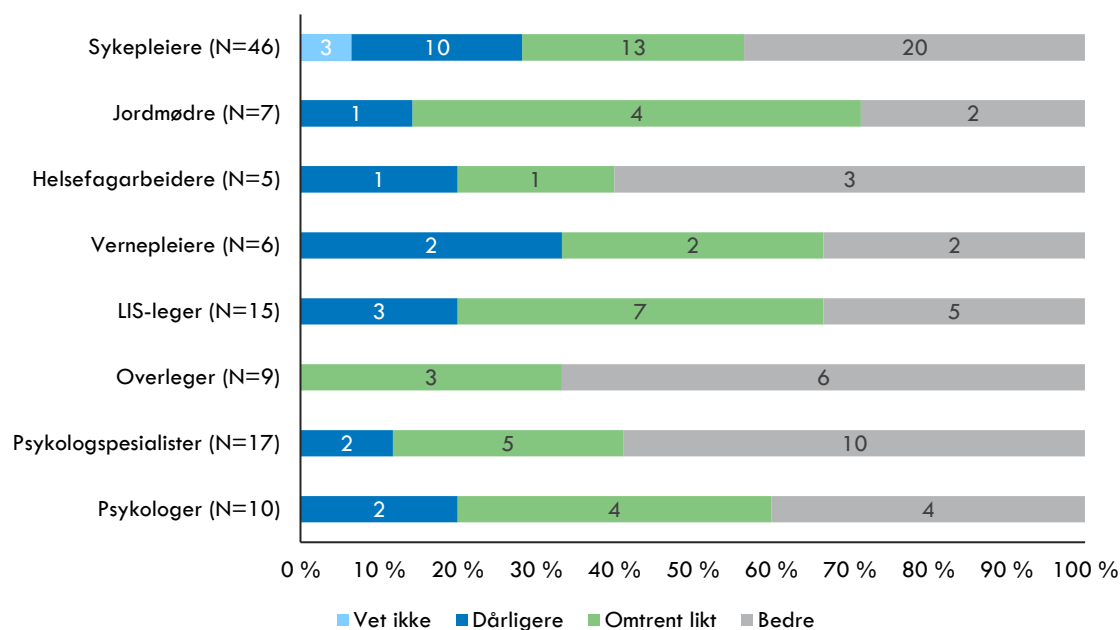
Respondentene ble også bedt om å sammenligne lønn og betingelser i den nye jobben sammenlignet med jobben i helseforetaket. Svaralternativene var «dårligere», «omtrent likt», «bedre» og «vet ikke». Figur 6-6 viser hvordan svarene fordelte seg for alle respondentene. Vi ser at 52 av 115 fortalte at de hadde bedre lønn og betingelser i den nye jobben, sammenlignet med jobben de forlot i helseforetaket. 39 av 115 svarte at lønn og betingelser var omtrent likt i ny jobb, og 21 personer svarte at lønn og betingelser ble dårligere etter jobbskiftet.

Figur 6-6: Har du bedre eller dårligere betingelser i den nye jobben?



Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=115.

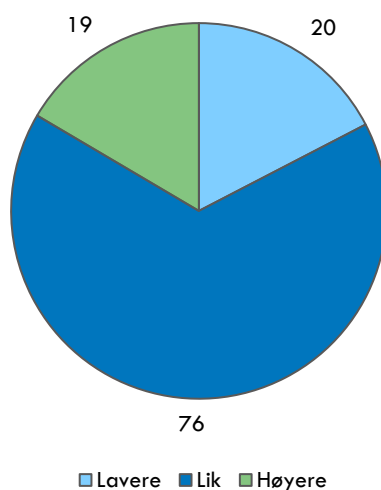
Blant de som i størst grad fikk bedre betingelser finner vi overleger, psykologspesialister og helsefagarbeidere (Figur 6-7). Ingen overleger hadde dårligere betingelser i ny jobb. Det er mulig at dette henger sammen med at overleger og psykologspesialister også gikk oftest over i privat sektor. Jordmødre svarte oftest at de hadde omtrent lik lønn og betingelser i ny jobb, imens andelen som fikk dårligere lønn og betingelser var høyest blant vernepleierne.

Figur 6-7: Lønn og betingelser i ny jobb - Etterykesgruppe

Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=115.

Stillingsprosent

På spørsmål om stillingsprosent i ny jobb svarer de fleste (76 av 115) at de hadde lik stillingsprosent i deres nye jobb som i den de forlot i helseforetaket. Videre var det omtrent like mange som gikk opp (20 respondenter) og som gikk ned (19 respondenter) i stillingsprosent.

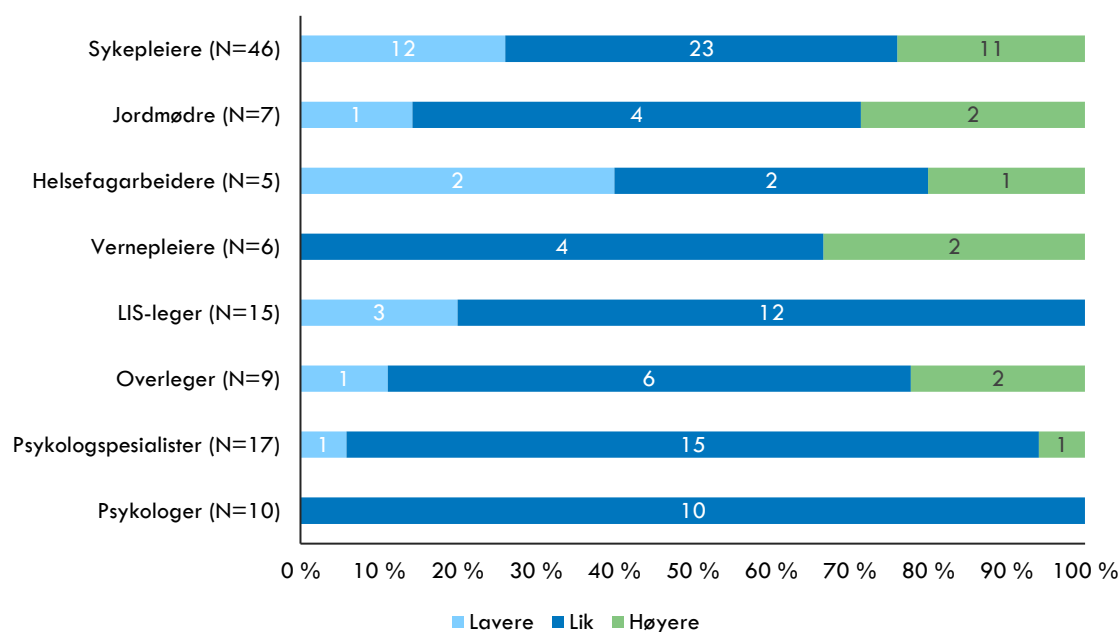
Figur 6-8: Har du høyere eller lavere stillingsprosent i den nye jobben?

Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=115.

Det er noe variasjon mellom yrkesgruppene når det kommer til stillingsprosent i den nye jobben (Figur 6-9). Sykepleiere og helsefagarbeidere er gruppene som i størst grad endret stillingsprosent, og blant sykepleierne ser vi en jevn fordeling mellom de som gikk opp og ned i stillingsprosent. Psykologer og psykologspesialister skiftet i minst grad stillingsprosent fra jobben i helseforetaket til den neste. Andelen som gikk til en jobb med

høyere stillingsprosent er størst blant vernepleiere, jordmødre og sykepleiere. Andelen som gikk ned i stillingsprosent er høyest blant helsefagarbeidere, sykepleiere og LIS-leger.

Figur 6-9: Har du lik stillingsprosent i den nye jobben? - Etter yrkesgruppe

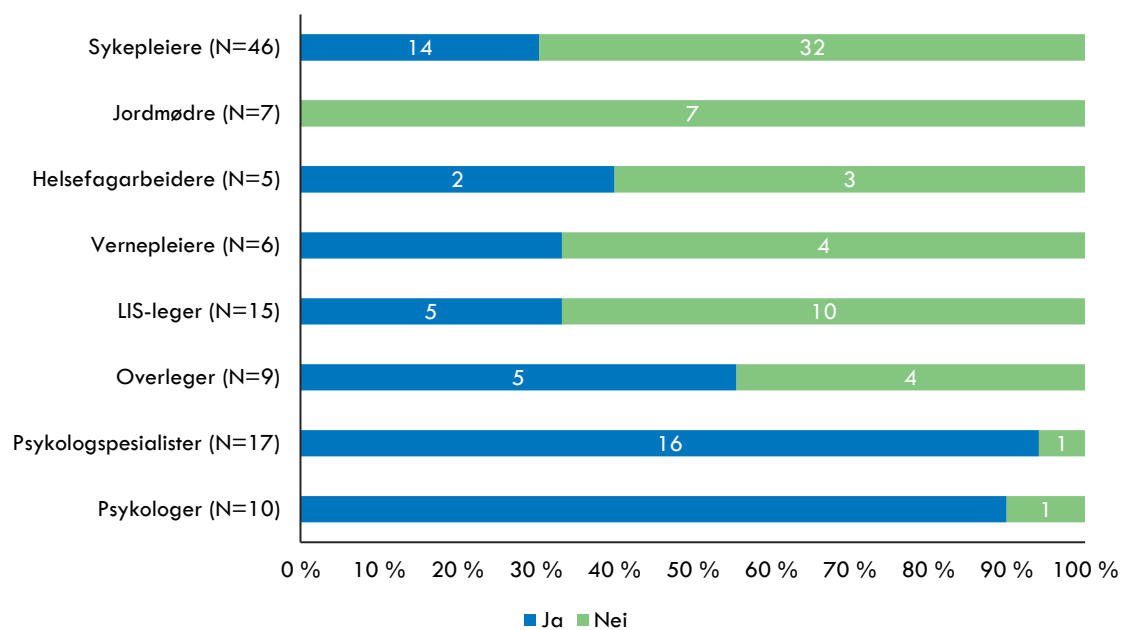


Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=115.

Arbeidstidsordninger

Respondentene ble også spurt om de jobber samme type arbeidstids- eller turnusordning som tidligere. En relativt stor andel av sykepleierne skiftet turnusordning i ny jobb, og dette gjorde også alle jordmødrene. Det samme gjorde flesteparten av vernepleierne og helsefagarbeiderne. Psykologer og psykologspesialister hadde i stor grad lik arbeidstid den nye jobben. Fire av ni overleger og ti av femten LIS-leger hadde andre arbeidstidsordninger i sine neste jobber (Figur 6-10).

Figur 6-10: Har du samme arbeidstidsordning/turnusordning i den nye jobben? - Etter yrkesgruppe



Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=115.

7. Oppsummering og diskusjon

I denne intervjuundersøkelsen har vi intervjuet 137 tidligere ansatte ved helseforetakene i Helse Vest om årsaker til at de sluttet i helseforetaket, iverksatte tiltak i forbindelse med at de sluttet, trivsel på jobben og om videre karrierevalg. Den oftest nevnte årsaken til turnover er ikke-jobbrelatert flytting. Årsakene som følger etter er oftest knyttet til jobben; arbeidstidsordning, arbeidsmengde, ledelse, bemanningsnivå og utviklingsmuligheter. Sykepleiere sluttet oftest på grunn av arbeidstider, turnusordning og arbeidsmengde, mens legene trakk oftest frem årsaker relatert til ledelse og bemanning. Psykologspesialistene pekte på arbeidsmengde, ledelse og pasientsikkerhet, mens psykologer nevnte spesialisering som en viktig årsak. Tiltak har blitt iverksatt for å unngå at noen sluttet, men blant de øvrige fortalte en betydelig andel at tiltak kunne ha fått dem til å bli.

En av tre oppga at de sluttet av årsaker som ikke er relatert til jobben i Helse Vest

En tredjedel av respondentene oppga at de sluttet på grunn av forhold som ikke var relatert til jobben i Helse Vest. Blant disse var flytting den hyppigst nevnte årsaken til turnover; en årsak Helse Vest i liten grad kan påvirke. Flytting var den oftest nevnte årsaken blant sykepleiere, vernepleiere, psykologer, overleger og LIS-leger, men ble også nevnt hyppig i de andre yrkesgruppene. Andre ikke-jobbrelaterte årsaker som ble ofte nevnt er familie- og helserelaterte. Enkelte respondenter oppga årsaker knyttet til familie, og åtte oppga medisinske grunner.

Samtidig oppga 22 prosent at de sluttet på grunn av forhold ved jobben, mens 44 prosent sluttet på grunn av årsaker som var en kombinasjon av forhold ved jobben og andre forhold. Dermed kan det tenkes at turnover kunne vært unngått for en betydelig andel av de som sluttet i helseforetakene.

De oftest nevnte jobb-relaterte årsakene til turnover er knyttet til arbeidstidsordning, ressursituasjon, ledelse og utviklingsmuligheter

Årsaker knyttet til arbeidstidsordninger ble ofte nevnt som årsak til turnover. Flere peker på arbeidspress, arbeidsbelastning, lav bemanning, arbeidsmengde og andre faktorer som kan relateres til ressursituasjonen. Andre årsaker som nevnes av flere er ledelse og tilrettelegging. Flere årsaker er også relatert til personlig utvikling, som spesialisering, nye utfordringer, ønske om å prøve noe nytt, og mangel på utfordringer. Lønn er også nevnt av flere som en medvirkende årsak, men fremstod kun som en avgjørende årsak for noen få av respondentene. Et lite utvalg pekte også på jobbrelaterte psykiske og fysiske plager.

Det hadde blitt iverksatt tiltak for å unngå turnover for en av fire respondenter. Blant de øvrige oppga halvparten at ulike tiltak kunne fått dem til å bli

Rundt en fjerdedel av respondentene oppga at det hadde blitt iverksatt tiltak for å forhindre at de sluttet. Det vanligste iverksatte tiltaket var tilbud om permisjon, fulgt av tilrettelegging av arbeidstid og tilrettelegging av stilling. Over halvparten av respondentene som ikke fikk tiltak iverksatt oppga at tiltak kunne blitt iverksatt for å holde dem i jobben. Her var det også et bredere spekter av svar. Det hyppigst nevnte var tilpasning av arbeidstider, fulgt av økt bemanning og gehør hos ledelsen. Disse funnene antyder at dersom tiltak ble iverksatt oftere og hadde truffet bedre, kunne det hindret flere i å slutte. Blant tiltakene nevnt i intervjuene som kunne forhindre at respondentene sluttet, var noen mer ressurskrevende enn andre; økt bemanning og gehør hos ledelse eksemplifiserte dette.

Det virkelige omfanget av bruk av tiltak for å forhindre turnover, og effekter på turnover, kan ikke fullstendig belyses gjennom denne undersøkelsen, siden vi utelukkende har intervjuet personer som sluttet. Med andre ord vet vi ikke hvor stor andel av arbeidsstyrken ved Helse Vest som har opplevd tilrettelegging, som har bidratt til å forhindre at de har sluttet. På samme måte vet vi ikke hvilke tiltak som faktisk har fungert, men tiltak som er

foreslått av de som har forlatt helseforetakene burde gi en god pekepinn om hvilke typer tiltak som vil være virkningsfulle.

Arbeidstid og arbeidsmengde var særlig avgjørende for turnover blant sykepleiere

Sykepleierne pekte oftest på arbeidstid, ønske om å slippe turnus og arbeidsmengde som årsaker til at de sluttet i helseforetaket. I kunnskapsoppsummeringen som Oslo Economics utarbeidet for Helse Vest høsten 2021 identifiserte vi norsk og internasjonal forsknings- og grålitteratur som omhandlet årsaker til turnover for helsepersonell. For sykepleiere fant vi at arbeidsmengde, støtte og veiledning fra ledelsen, faglige utfordringer og fagmiljø, lønnsnivå og utbrenthet var noen av de mest sentrale årsakene til turnover blant sykepleiere [1]. Funnene i kunnskapsoppsummeringen stemmer relativt godt overens med det resultatene fra intervjuundersøkelsen der vi finner at arbeidstid, ønske om å slippe turnus og arbeidsmengde er de oftest nevnte jobbrelaterte årsakene til turnover for sykepleierne. Arbeidstid og ønske om å slippe turnus er nevnt i forskningslitteraturen, men er enda mer fremtredende i intervjuundersøkelsen, hvor dette er de to mest nevnte jobbrelaterte årsakene til turnover. I kunnskapsoppsummeringen dukket «utbrenthet og stress» opp flere ganger i både norsk og internasjonal litteratur. Jobbrelaterte fysiske og psykiske plager ble kun nevnt noen få ganger i denne intervjuundersøkelsen, og kom relativt langt ned på listen over nevnte årsaker. Lønnsnivå var den enkeltårsaken som dukket oftest opp i nordisk forskningslitteratur, men lønn og betingelser ble kun nevnt av et fåtall respondenter i intervjuundersøkelsen. I medarbeiderundersøkelsen til Helse Vest fra 2014 finner de likevel at lønn var en viktig faktor for turnoverintensjon hos sykepleiere, i tillegg til arbeidsforhold og ønske om nye utfordringer [2]. En medlemsundersøkelse fra Norsk Sykepleierforbund fra 2019 finner at kun 1,7 prosent av sykepleierne anså mangelen på heltidsstillinger som hovedgrunnen til at de ønsket å slutte i helsevesenet [3]. I vår intervjuundersøkelse var det ingen sykepleiere som pekte på mangelen på heltidsstillinger som årsak til turnover, men størsteparten av sykepleierne i utvalget vårt (67 prosent) hadde høy stillingsprosent (80 prosent stilling eller høyere) i helseforetaket.

Halvparten av sykepleierne nevnte tiltak som kunne forhindre dem fra å slutte, og tiltakene omhandlet i stor grad tilrettelegging av arbeidstider

For 17 av sykepleierne (27 prosent) ble det iverksatt tiltak for å hindre at de skulle slutte. Tilbud om permisjon og tiltak knyttet til tilrettelegging av arbeidstid var de oftest iverksatte tiltakene, i tillegg ble tilbud om bytte av arbeidsplass, samtaler og lederbytte gjennomført. 31 sykepleiere (49 prosent) nevnte et eller flere tiltak som kunne hindret dem i å slutte. Det klart oftest nevnte var tilpasning av arbeidstider, fulgt av økt bemanning og dialog med ledelsen. På spørsmål om hva som skulle til for at det skal være aktuelt å begynne igjen nevnte en betydelig andel av sykepleierne tiltak knyttet til arbeidstider og turnus. Andre tiltak som kom frem var bedre arbeidsforhold, økt bemanning, endring til dagstilling og høyere lønn. At halvparten av sykepleierne oppgir at det finnes tiltak som kunne fått dem til å bli, indikerer at det finnes potensiale for å forhindre turnover for en betydelig andel av de som sluttet. Noen av de foreslåtte tiltakene fremstår imidlertid som forholdsvis ressurskrevende og vanskelige å realisere innenfor eksisterende rammebetingelser, herunder økt bemanning. Noen ble tilbudt permisjon, men det fremstod som et lite treffsikkert tiltak da ingen nevnte det i forbindelse med tiltak som kunne holdt dem i jobben.

LIS-leger og overleger nevnte oftest ledelsen som årsak til at de sluttet...

Forhold ved ledelsen var den oftest nevnte jobbrelaterte årsaken til turnover blant LIS-leger og overleger, fulgt av fagmiljø og spesialisering blant LIS-leger og arbeidsmengde og bemanning blant overleger.

Det er begrenset med forskningslitteratur, særlig norsk, som belyser årsaker til turnover blant leger. I en nylig publisert studie basert på spørreskjemadata fra 917 leger på offentlige sykehus i Norge ble det trukket frem at det sosiale miljøet var en viktig årsak til at leger blir i jobben, mens omorganiseringer, for eksempel sammenslåing av avdelinger, er en viktig årsak til at leger vurderer å slutte i jobben [4]. I Helse Vests medarbeiderundersøkelse fra 2014 kom det fram at leger i størst grad pekte på videreutdanning og arbeidsforhold som grunner til å slutte [2]. Internasjonal forskning tyder også på at arbeidsvilkår i form av

arbeidstider og vaktarbeid [5], forhold ved ledelsen [4, 6] og fysiske og psykiske plager [7-9] kan være mulige årsaker til turnover blant leger (for en nærmere beskrivelse, se Oslo Economics' kunnskapsoppsummering [1]).

...og etterlyste bedre dialog med ledelsen

Noen LIS-leger beskrev tiltak som ble iverksatt for å hindre dem i å slutte, herunder tilbud om permisjon, tilbud om stipend og bytte av stilling. LIS-legene og overlegene nevnte oftest gehør hos ledelsen som eksempel på tiltak som kunne fått dem til å bli. Andre tiltak som ble nevnt gjaldt arbeidsbelastning, arbeidstider og lønn.

Noen psykologspesialister nevnte pasientsikkerhet og -behandling, mens flere psykologer sluttet som et ledd i spesialisering

Årsakene til turnover blant psykologspesialister og psykologer skilte seg noe fra årsakene som ble nevnt i andre yrkesgrupper. Psykologspesialistene oppga arbeidsmengde, ledelse og pasientbehandling/pasientsikkerhet som de viktigste årsakene til at de sluttet. Flere psykologer sluttet for å ta spesialisering. Slitenhet i jobben og påkjenningen av å behandle pasienter ble også nevnt. I en artikkel i Psykologtidsskriftet blir det trukket frem at turnover blant psykologer skyldes at de må flytte på seg som et ledd i spesialiseringen [10]. Rift om jobbene i sentrale strøk gjør det krevende å beholde eller rekruttere psykologer til distriktene [10]. Dette stemmer overens med funnene i denne undersøkelsen, der spesialisering var en av de hyppigst nevnte årsakene til at psykologene sluttet.

Psykologspesialistene kunne tenke seg å bli i jobben hvis det ble endringer i pasientbehandling og dialog med ledelsen

Fem av 17 psykologspesialister (29 prosent) opplevde at tiltak ble iverksatt for å unngå at de sluttet. Tilbud om permisjon, samtale med ledelsen, midlertidige inntaksstopp og muligheter for å behandle pasienter på en annen måte ble nevnt. Blant tiltak som kunne hold psykologspesialistene i jobben var faglige ambisjoner og mulighet for forskning, mer realistiske forventninger, gehør hos ledelse og økt mangfold i pasienttilbudet. Flere pekte på tiltak som kan relateres til forbedret dialog og samarbeid mellom ledelse og behandlere. Enkelte av tiltakene som ble gjort virket å være i tråd med forslagene, for eksempel samtaler med ledelse og tilpasninger av pasientbehandling. Likevel virket dette å være noe få opplevde da de sluttet. Funnene tyder på at flere psykologspesialister kunne blitt i jobben, eller begynt igjen, hvis man fikk bedre tid til å jobbe med pasienter, opplevde økt tillit fra ledelse og økte bemanningen.

Muligheter til forskning og tilrettelegging for spesialisering kunne fått psykologene til å bli

Fire av 11 psykologer (36 prosent) fikk tiltak iverksatt for å forhindre turnover. Permisjon, mulighet for å ta doktorgrad på deltid og tilbud om å ta spesialisering ble nevnt. Det ble pekt på at om man hadde gjort det lettere å få praksisplassene man hadde behov for kunne det gjort at færre sluttet. For at det skal være aktuelt å begynne igjen nevnte psykologene blant annet at myndighetene må gjøre noe med føringene for pasientbehandling, og at helseforetaket kan gi rom for forskning, øke lønnen og redusere byråkrati og papirarbeid.

Jordmødre, helsefagarbeidere og vernepleiere nevnte oftest arbeidstider, arbeidsmengde og ledelse som årsaker til at de sluttet

Jordmødrene pekte i hovedsak på arbeidstider og lav bemanning som årsaker til at de sluttet. Helsefagarbeidere nevnte oftest arbeidsmengde, etterfulgt av flytting og ledelse. Vernepleiere pekte på flytting, arbeidstider og ledelse. Enkelte jordmødrene opplevde at tiltak ble iverksatt for å hindre dem i å slutte, herunder tilbud om annen type stilling, nedjustering i antall fødsler å jobbe med per dag og forsøk på å overtale til dem å bli. Ingen tiltak ble iverksatt for helsefagarbeiderne som valgte å slutte. Av tiltak som kunne hindre at jordmødrene sluttet ble det trukket frem tilrettelegging for å kombinere familieliv og jobb, samt samtaler om hva arbeidsgiver kunne tilbudt for å få dem til å bli. Av vernepleierne ble det pekt å bytte til en mer administrativ stilling og bedre lønn som mulige tiltak, imens helsefagarbeiderne pekte på bedre opplæring og at helseforetaket i større grad kunne vist at de verdsatte de ansatte.

De fleste forblir i helsetjenesten, men mange bytter sektor

Av de som begynte i en ny jobb, fortsatte de fleste (94 prosent) i helsetjenesten. Sykepleiere er yrkesgruppen som i størst grad gikk ut av helsetjenesten etter de sluttet (33 prosent). Blant sykepleierne som ikke gikk til ny jobb begynte noen på studier, men majoriteten svarte at de gjorde noe annet. Flere oppga at de ble sykemeldte. Blant de som fortsatte å jobbe i helsetjenesten gikk den største andelen til jobb i kommunen (46 prosent). Sykepleiere, jordmødre, helsefagarbeidere og vernepleiere byttet oftest til kommunal sektor. Psykologer og LIS-leger fortsatte i størst grad i statlig sektor, mens psykologspesialister og overleger gikk over til privat sektor. Nesten halvparten av respondentene oppga at de hadde bedre lønn og betingelser i den nye jobben; dette er en høyere andel enn de som oppgir at lønn og betingelser var en bidragende årsak til at de sluttet, og flere enn de som oppga at lønn og betingelser er viktig for trivsel på arbeidsplassen. Dette kan indikere at betydningen av lønn og betingelser er underkommunisert i respondentenes svar om årsaker turnover og trivsel, men det kan også være at bedre lønn og betingelser er en del av karriereutvikling, uten at dette i seg selv påvirket valget om å bytte jobb.

Oppsummering av årsaker, tiltak for å gjøre det aktuelt å begynne igjen, trivselsfaktorer og karrierevalg

I det følgende presenteres en kort oppsummering av årsaker, tiltak, trivselsfaktorer og karrierevalg fordelt på de ulike yrkesgruppene.

Tabell 7-1: Oppsummering - Sykepleiere og jordmødre

	Sykepleiere (N=63)	Jordmødre (N=8)
Årsaker til turnover	• Flytting • Arbeidstider • Turnus • Arbeidsmengde	• Arbeidstider • Lav bemanning
Tiltak for å begynne igjen	• Bedre arbeidsforhold • Økt bemanning, tilpasning av arbeidstid, endring til dagstilling og • Bedre lønn	• Tiltak for økt bemanning • Dialog med ledelsen • Bedre lønn • Mer hvile mellom vaktene
Faktorer som er viktige for trivsel	• Arbeidsmiljø • Ledelse	• Arbeidsmiljø • Ledelse • Arbeidsoppgaver
Hvor ble de av?	• De fleste begynte i ny jobb • Den største andelen av de som begynte i en ny jobb begynte å jobbe i kommunal sektor • Nesten alle fikk ny jobb i helsetjenesten • De fleste hadde omtrent samme lønn og samme stillingsprosent i den nye jobben • De fleste hadde ikke samme turnusordning i den nye jobben	• Nesten alle begynte i ny jobb • De fleste begynte i kommunen • De fleste fikk ny jobb i helsetjenesten • De fleste hadde omtrent samme lønn og samme stillingsprosent. • Ingen hadde samme turnusordning i den nye jobben

Tabell 7-2: Oppsummering - Helsefagarbeidere og vernepleiere

	Helsefagarbeidere (N=5)	Vernepleiere (N=7)
Årsaker til turnover	• Arbeidsmengde • Flytting • Ledelse	• Flytting • Arbeidstider • Ledelse
Tiltak for å begynne igjen	• Prioritert kompetansen til helsefagarbeidere og vist at de hadde verdsatt det i form av ansvar, oppgaver og lønn.	• Bedre turnus • Økte faglige utfordringer • Konkurransedyktig lønn • Tilpasning av arbeidstid • Økt bemanning
Faktorer som er viktige for trivsel	• Ledelse • Fagmiljø • Arbeidsmiljø	• Arbeidsoppgaver • Ledelse • Lønn og betingelser
Hvor ble de av?	• Alle begynte i ny jobb i kommunen • Alle som begynte i ny jobb, fortsatte i helsetjenesten • De fleste fikk bedre lønn og betingelser i den nye jobben • De fleste hadde samme eller lavere stillingsprosent i den nye jobben • De fleste hadde ikke samme turnusordning i den nye jobben	• Nesten alle begynte i ny jobb • Av de som begynte i ny jobb begynte i de fleste i kommunal sektor • Alle som begynte i ny jobb, fortsatte i helsetjenesten • De fleste hadde omtrent samme lønn og samme stillingsprosent

- De fleste hadde ikke samme turnusordning i den nye jobben

Tabell 7-3: Oppsummering - LIS-leger og overleger

	LIS-leger (N=17)	Overleger (N=9)
Årsaker til turnover	• Flytting • Familierelaterte årsaker • Ledelse	• Flytting • Ledelse • Arbeidsmengde/bemanning
Tiltak for å begynne igjen	• Å ta til følge funn fra ekstern granskning • Bytte avdeling • Tilbud om stilling uten nattevakter • Tilby en «god pakke»	• Opplæring av ledere • Tilbud om ny rolle uten lederansvar • Spørre om det er aktuelt å begynne igjen
Faktorer som er viktige for trivsel	• Fagmiljø • Arbeidsmiljø • Kolleger	• Fagmiljø • Arbeidsmiljø • Arbeidsoppgaver
Hvor ble de av?	• Nesten alle begynte i ny jobb • Omtrent halvparten av de som begynte i ny jobb gikk til en jobb i statlig sektor • Alle som gikk til ny jobb fortsatte i helsetjenesten • Alle tok i bruk grunnkompetansen sin i den nye jobben • Den største andelen beholdt omtrent lik lønn. • Et overtall av LIS-legene endret arbeidstidsordning	• Alle begynte i ny jobb • Den største andelen begynte i privat sektor • Alle fortsatte i helsetjenesten • Alle tok i bruk grunnkompetansen sin i den nye jobben • Ingen av overlegene fikk dårligere lønn, de fleste fikk bedre • Litt over halvparten av overlegene beholdt lik arbeidstidsordning

Tabell 7-4: Oppsummering - Psykologspesialister og psykologer

	Psykologspesialister (N=17)	Psykologer (N=11)
Årsaker til turnover	- Arbeidsmengde - Ledelse - Pasientbehandling/-sikkerhet	- Flytting - Spesialisering
Tiltak for å begynne igjen	- Sørge for tid til å jobbe med pasienter på en ordentlig måte - Økt bevilgning - Endring i det politiske systemet - Endring i pasientbehandling (pakkeforløp) - Økt tillit fra og dialog med ledelse - Flere ansatte på jobb - Økt verdsettelse av spesialkompetanse	- Politiske endringer - Tillate en kombinasjon av forskning og klinikk - Øke lønnen - Redusere byråkrati og papirarbeid
Faktorer som er viktige for trivsel	- Arbeidsoppgaver - Fagmiljø - Ledelse	- Fagmiljø - Kolleger - Arbeidsoppgaver
Hvor ble de av?	- Alle begynte i ny jobb - Omtrent én tredjedel begynte i privat sektor og én tredjedel begynte i kommunal sektor - Nesten alle fortsatte i helsetjenesten - Alle tok i bruk grunnkompetansen sin i den nye jobben - En overvekt av psykologspesialistene fikk bedre lønn og betingelser i den nye jobben, få fikk dårligere - De fleste hadde lik stillingsprosent i den nye jobben - De fleste hadde lik arbeidstidsordning i den nye jobben	- Nesten alle psykologene begynte i ny jobb - Den største andelen av psykologene fortsatte i statlig sektor - De fleste psykologene fortsatte i helsetjenesten - Alle tok i bruk grunnkompetansen sin i den nye jobben - De fleste hadde omtrent samme eller bedre lønn og betingelser i den nye jobben, få fikk dårligere - Alle psykologene hadde lik stillingsprosent i den nye jobben - Nesten psykologene hadde lik arbeidstidsordning i den nye jobben

Referanser

1. Oslo Economics, *Årsaker til turnover blant helsepersonell – Litteraturgjennomgang utarbeidet for Helse Vest*. 2021.
2. Bjaalid, G., et al., *Medarbeiderundersøkelsen i foretaksgruppen Helse Vest*. 2015, Handelshøyskolen ved Universitet i Stavanger.
3. Sykepleien *Derfor vil sykepleiere slutte: Lav lønn, dårlig ledelse og høy arbeidsbelastning*. 2019.
4. Martinussen, P.E., et al., *Should I stay or should I go? The role of leadership and organisational context for hospital physicians' intention to leave their current job*. BMC Health Services Research, 2020. **20**(1): p. 400.
5. Degen, C., J. Li, and P. Angerer, *Physicians' intention to leave direct patient care: an integrative review*. Hum Resour Health, 2015. **13**: p. 74.
6. Scanlan, J.N. and M. Still, *Relationship between burnout, turnover intention, job satisfaction, job demands and job resources for mental health personnel in an Australian mental health service*. BMC Health Services Research, 2019. **19**(62).
7. Hämmig, O., *Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals – a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland*. BMC Health Services Research, 2018. **18**(1): p. 785.
8. Patel, R.S., et al., *A Review on Strategies to Manage Physician Burnout*. Cureris, 2019. **11**(6).
9. Rupert, P.A. and J.S. Kent, *Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professional psychologists*. Professional Psychology: Research and Practice, 2007. **38**: p. 88-96.
10. Psykologtidsskriftet. *Store lokale forskjeller i turnover*. 2020; Available from: <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2020/11/store-lokale-forskjeller-i-turnover>.

Vedlegg A Intervjuguide

1. Var det i hovedsak forhold ved jobben i Helse Vest, forhold utenfor jobben, eller en kombinasjon som gjorde at du sluttet?

[Her krysser intervjuer av på forhåndsdefinerte svaralternativer]

Forhold ved jobben i helseforetaket

Forhold utenfor jobben

En kombinasjon

Kryss av

2A. Kan du fortelle kort om de viktigste årsakene til at du sluttet i helseforetaket?

[Intervjuer skriver inn et kort fritekstsvar og kategoriserer svaret utfra en skjønnsmessig vurdering rett etter intervjuet. Svaralternativer leses ikke opp.]

[Skriv fritekst her]

Arbeidsmiljø (mobbing, trakassering, mm)

Ledelse (opplevd lederadferd)

Manglende opplæring, veiledning og oppfølging

Samarbeidsklima

Fagmiljø og faglig utvikling (tid til å diskutere med kollegaer etc.)

Lønn- og betingelser

Jobbsikkerhet

Arbeidsoppgaver (innhold i arbeidet)

Arbeidstider

(...)

[Se alle kategorier i Tabell 3-1]

Kryss av hvis
årsak oppgis

2B. OPPFØLGING A1: Om du skulle peke på en årsak til at du sluttet – hva var den viktigste årsaken?

[Intervjuer skriver inn et kort fritekstsvar og kategoriserer svaret utfra en skjønnsmessig vurdering rett etter intervjuet. Svaralternativer leses ikke opp.]

Fritekstsvar

[Skriv fritekst her]

Arbeidsmiljø (mobbing, trakassering, mm)
 Ledelse (opplevd lederadferd)
 Manglende opplæring, veiledning og oppfølging
 Samarbeidsklima
 Fagmiljø og faglig utvikling
 Lønn- og betingelser
 Jobbsikkerhet
 Arbeidsoppgaver
 Arbeidstider
 (...)

[Se alle kategorier i Tabell 3-1]

Kryss av hvis
årsak oppgis

3A. Ble det iverksatt tiltak fra arbeidsgiver for å unngå at du skulle slutte? Det kan være både generelle tiltak på arbeidsplassen eller tiltak for å hindre at akkurat du sluttet.

[Her krysser intervjuer av på forhåndsdefinerte svaralternativer]

Ja
 Nei

Kryss av

3B. Hvis JA på 3A: Hvilke tiltak var det?

Fritekstsvar

[Skriv fritekst her]

3C. Hvis JA på 3A: Hvordan fungerte de?

Fritekstsvar

[Skriv fritekst her]

4A. Hvis NEI på spørsmål 3A: Er det noe helseforetaket kunne gjort for å forhindre at du valgte å slutte?

[Her krysser intervjuer av på forhåndsdefinerte svaralternativer]

Ja
 Nei

Kryss av

4B. Hvis JA på 4A, utdyp tiltak som kunne fått deg til å bli.

Fritekstsvar

[Skriv fritekst her]

5. Hva kan helseforetaket gjøre for at det kan bli aktuelt for deg å begynne igjen?

Fritekstsvar

[Skriv fritekst her]

6. Hvis du skal peke på inntil tre faktorer som er viktig for at du skal trives i en jobb, hvilke er det?

[Intervjuer skriver inn et kort fritekstsvar og kategoriserer svaret utfra en skjønnsmessig vurdering rett etter intervjuet. Svaralternativer leses ikke opp.]

Fritekstsvar

[Skriv fritekst her]

Arbeidsmiljø

Ledelse

Fagmiljø

Arbeidsoppgaver

Lønn- og betingelser

Arbeidstid (Turnus)

Forutsigbarhet og jobbtrygghet

Kolleger

Karrieremuligheter

Annet

Kryss av hvis
årsak oppgis

7. Hvis du skulle peke på inntil tre faktorer som du likte ved å jobbe i helseforetaket, hvilke var det?

[Intervjuer skriver inn et kort fritekstsvar og kategoriserer svaret utfra en skjønnsmessig vurdering rett etter intervjuet. Svaralternativer leses ikke opp.]

Fritekstsvar

[Skriv fritekst her]

Arbeidsmiljø

Ledelse

Fagmiljø

Arbeidsoppgaver

Lønn- og betingelser

Arbeidstid (Turnus)

Forutsigbarhet og jobbtrygghet

Kolleger

Karrieremuligheter

Annet

Kryss av hvis
årsak oppgis

8A. Hva gjorde du etter at du sluttet i helseforetaket?

[Her krysser intervjuer av på forhåndsdefinerte svaralternativer]

Begynte i en ny jobb

Begynte å studere

Annet

Kryss av

8B. Hvis Begynte i ny jobb: I hvilken sektor er den nye jobben din?

[Her krysser intervjuer av på forhåndsdefinerte svaralternativer]

Stat

Kommune

Privat

Ideell organisasjon

Annet

Kryss av

8C. Nå vil jeg stille noen spørsmål om din nye jobb. Du kan svare ja eller nei.

[Her krysser intervjuer av på forhåndsdefinerte svaralternativer]

I din nye jobb,

... jobber du i helsetjenesten?

... jobber du i samme (type) yrke som ved helseforetaket?

... jobber du i samme (type) stilling?

... bruker du grunnkompetansen din?

... jobber du i samme (type) skiftordning/turnus?

Hvis nei, beskriv kort:

... jobber du i samme stillingsprosent?

Hvis nei, er den høyere eller lavere?

... jobber du med pasientrettet arbeid?

... har du omtrent samme lønn og betingelser?

Hvis nei, har du bedre eller dårligere betingelser?

Ja/Nei

9. Er det andre forhold som ikke er dekket i dette intervjuet det er viktig å få frem i forbindelse med denne utredningen?

Fritekstsvar

[Skriv fritekst her]

Vedlegg B Tilleggsmateriale

B.1 Tilleggsmateriale til kapittel 2 – Metodisk tilnærming og data

Tabell O-1: Fordelingen i gjennomførte intervjuer og de som svarte på telefon, men ikke gjennomførte intervju

	Fordeling i utvalget av gjennomførte intervju	Fordeling i utvalget av de som svarte, men ikke gjennomførte intervju
Helseforetak		
Helse Bergen	50 %	40 %
Helse Fonna	12 %	22 %
Helse Førde	11 %	16 %
Helse Stavanger	26 %	22 %
Alder		
34 år og yngre	49 %	49 %
35-44 år	31 %	35 %
45-61 år	20 %	16 %
Kjønn		
Kvinne	78 %	77 %
Mann	22 %	23 %
Stillingsstørrelse		
80 prosent eller mer	74 %	74 %
50-79 prosent	15 %	18 %
49 prosent eller mindre	10 %	8 %
Ansiennitet		
Under 1 år	1 %	1 %
1 år	4 %	5 %
2-3 år	6 %	14 %
4-5 år	7 %	14 %
6-10 år	37 %	32 %
over 10 år	45 %	34 %
Yrkesgrupper		
Helsefagarbeider/hjelpepleier	4 %	9 %
Jordmor	6 %	2 %
LIS-leger	12 %	20 %
Overleger	7 %	14 %
Psykolog	8 %	8 %
Psykologspesialist	12 %	1 %
Sykepleier	46 %	42 %
Vernepleier	5 %	4 %

Kilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021).

B.2 Tilleggsmateriale til kapittel 3 – Årsaker til turnover

Tabell 0-2: Var det forhold ved jobben, utenfor jobben eller en kombinasjon som gjorde at du sluttet? – Antall respondenter etter alder, vakttype, arbeidssted, kjønn, helseforetak, stillingsstørrelse og fagområde

	Forhold ved jobben	Forhold utenfor jobben	En kombinasjon
Alder			
34 år og yngre	11	29	27
35-44 år	12	13	18
45-61 år	7	5	15
Vakttype			
Turnus	12	26	36
Dag	18	21	24
Arbeidssted			
Storby	23	36	54
Andre lokasjoner	7	11	6
Kjønn			
Kvinner	23	37	47
Menn	7	10	13
Helseforetak			
Helse Bergen	9	25	35
Helse Stavanger	13	8	15
Helse Førde	3	5	7
Helse Fonna	5	9	3
Stillingsstørrelse			
80 prosent eller mer	20	36	46
50-79 prosent	7	5	9
49 prosent eller mindre	3	6	5
Fagområder			
Psykiatri & TSB	15	17	16
Medisin	5	12	20
Kirurgi	5	15	15
Akutt	2	2	0
Annet	3	1	9

Kilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N = 137.

Tabell O-3: Kan du fortelle kort om de viktigste årsakene til at du sluttet i helseforetaket? -Etter yrkesgrupper

Kategori	SP	JM	HFA	VP	LIS	OL	PS	P
Flytting	19	-	1	1	7	3	-	6
Arbeidsmengde	12	2	2	-	2	2	8	-
Ledelse	5	3	2	1	5	3	7	-
Arbeidstider	13	5	1	1	3	1	1	-
Turnus	12	2	-	1	-	-	-	-
Lav bemanning	6	3	-	-	-	2	4	-
Lønn og betingelser	3	2	-	1	1	1	3	1
Arbeidsmiljø	3	1	1	-	2	2	3	-
Andre karriere-muligheter	6	-	-	-	2	1	-	3
Fagmiljø og faglig utvikling	4	-	-	1	3	1	2	-
Familie	5	-	-	1	4	-	1	-
Pasientbehandling/-sikkerhet	1	-	-	-	-	1	5	1
Arbeidsoppgaver	3	-	-	-	1	-	4	-
Ønske om andre oppgaver	2	-	-	1	1	1	2	1
Medisinske grunner	5	1	-	1	1	-	-	-
Reiseavstand	3	1	-	1	-	-	-	1
Jobbrelaterte fysiske plager	3	1	-	-	-	1	-	-
Spesialisering	-	-	-	-	2	-	-	3
Jobbrelaterte psykiske plager	2	-	-	-	-	1	-	-
Administrativ byrde	-	-	-	-	-	-	3	-
Veiledning og oppfølging	-	-	1	-	1	-	-	-
Høy utskiftning	-	-	-	-	-	-	2	-
Dårlige karrieremuligheter	-	-	-	-	-	-	2	-
Samarbeidsklima	1	-	-	-	1	-	-	-
Omstrukturering								
Videreutdanning	2	-	-	-	2	-	-	3
Trygghetsklima/HMS	1	-	-	-	-	-	-	-
Fysiske arbeidsforhold	1	-	-	-	-	-	-	-
Tilgang til kollektivtransport	1	-	-	-	-	-	-	-
Tilgang til parkeringsplass	1	-	-	-	-	-	-	-

Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N = 137. Årsakene er sortert etter hvilke som er oftest nevnt totalt nedover. SP = Sykepleiere (N=63), JM = Jordmødre (N=8), HFA = Helsefagarbeidere (N=5), VP = Vernepleiere (N=7), LIS = LIS-leger (N=17), OL = Overleger (N=9), PS = Psykologspesialister (N=17) og P = Psykologer (N=11). Sammenligninger på tvers av yrkesgruppene må tolkes med forsiktighet for grupper der utvalgsstørrelse er liten. Kilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021).

Tabell 0-4: Kan du fortelle kort om de viktigste årsakene til at du sluttet i helseforetaket? – Etter helseforetak

Kategori	HBE (N= 69)	HST (N= 36)	HFO (N= 17)	HFD (N =15)
Flytting	18	3	8	8
Arbeidsmengde	13	11	2	2
Ledelse	12	9	1	2
Arbeidstider	14	6	2	1
Turnus	9	6	-	2
Lav bemanning	8	6	-	1
Lønn og betingelser	6	5	1	-
Arbeidsmiljø	10	2	-	-
Andre karrieremuligheter	10	-	-	2
Fagmiljø og faglig utvikling	5	3	-	3
Familie	6	4	-	1
Pasientbehandling/-sikkerhet	2	4	-	2
Arbeidsoppgaver	3	2	2	1
Ønske om andre oppgaver	4	3	1	-
Medisinske grunner	4	4	-	-
Reiseavstand	5	1	-	-
Jobbrelaterte fysiske plager	1	3	1	-
Spesialisering	3	-	1	1
Jobbrelaterte psykiske plager	2	1	-	-
Administrativ byrde	2	-	-	1
Veiledning og oppfølging	-	1	-	1
Høy utskifting	-	1	-	1
Dårlige karrieremuligheter	-	2	-	-
Samarbeidsklima	1	-	1	-
Omstrukturering	1	-	-	1
Videreutdanning	2	-	-	-
Jobbsikkerhet	-	1	-	-
Trygghetsklima/HMS	1	-	-	-
Fysiske arbeidsforhold	1	-	-	-
Tilgang til kollektivtransport	1	-	-	-
Tilgang til parkeringsplass	1	-	-	-

Kilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N = 137. Tabellen viser antall ganger hver årsak ble nevnt.
HBE= Helse Bergen, HST= Helse Stavanger, HFO= Helse Fonna og HFD= Helse Førde.

Tabell 0-5: Kan du fortelle kort om de viktigste årsakene til at du sluttet i helseforetaket? - Etter fagområder

Kategori	Psykatri & TSB (N=48)	Medisin (N=37)	Kirurgi (N=35)	Annet (N=13)	Akutt (N=4)
Flytting	12	10	11	4	-
Arbeidsmengde	10	8	6	2	2
Ledelse	10	7	5	2	-
Arbeidstider	2	10	10	1	-
Turnus	3	3	8	3	-
Lav bemanning	5	4	2	2	2
Andre karrieremuligheter	4	2	4	1	1
Arbeidsmiljø	5	3	2	1	1
Lønn og betingelser	5	2	4	-	1
Familie	2	6	-	3	-
Fagmiljø og faglig utvikling	4	1	4	2	-
Medisinske grunner	3	4	-	1	-
Ønske om andre oppgaver	4	2	-	2	-
Arbeidsoppgaver	5	3	-	-	-
Pasientbehandling/-sikkerhet	6	1	-	1	-
Reiseavstand	2	3	1	-	-
Spesialisering	3	-	1	1	-
Jobbrelaterte fysiske plager	-	-	3	1	1
Jobbrelaterte psykiske plager	1	-	2	-	-
Administrativ byrde	3	-	-	-	-
Dårlige karrieremuligheter	2	-	-	-	-
Omstrukturering	2	-	-	-	-
Høy utskifting	2	-	-	-	-
Veiledning og oppfølging	-	1	-	1	-
Samarbeidsklima	-	-	1	1	-
Videreutdanning	-	1	1	-	-
Fysiske arbeidsforhold	-	-	-	1	-
Tilgang til kollektivtransport	-	-	-	1	-
Tilgang til parkeringsplass	-	-	-	1	-
Flytting mellom avdelinger	-	-	-	1	-
Jobbsikkerhet	-	1	-	-	-
Trygghetsklima/HMS	-	-	1	-	-

Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N = 137. Tabellen viser antall ganger hver årsak ble nevnt.

Tabell O-6: Kan du fortelle kort om de viktigste årsakene til at du sluttet i helseforetaket? - Etter stillingsprosent

Kategori	> 79 prosent (N=102)	50-79 prosent (N=21)	< 50 prosent (N=14)
Flytting	33	3	1
Arbeidsmengde	21	4	3
Ledelse	18	2	4
Arbeidstider	17	6	-
Turnus	15	2	-
Lav bemanning	12	2	1
Arbeidsmiljø	8	2	2
Lønn og betingelser	8	3	1
Andre karrieremuligheter	9	1	2
Familie	9	1	1
Fagmiljø og faglig utvikling	10	1	-
Medisinske grunner	4	2	2
Arbeidsoppgaver	6	1	1
Pasientbehandling/-sikkerhet	6	1	1
Ønske om andre oppgaver	8	-	-
Reiseavstand	3	1	2
Jobbrelaterte fysiske plager	4	1	-
Spesialisering	5	-	-
Jobbrelaterte psykiske plager	2	1	-
Administrativ byrde	2	-	1
Veiledning og oppfølging	1	1	-
Samarbeidsklima	2	-	-
Dårlige karrieremuligheter	2	-	-
Omstrukturering	2	-	-
Videreutdanning	2	-	-
Høy utskifting	2	-	-
Fysiske arbeidsforhold	1	-	-
Tilgang til kollektivtransport	1	-	-
Tilgang til parkeringsplass	1	-	-
Flytting mellom avdelinger	1	-	-
Jobbsikkerhet	-	1	-
Trygghetsklima/HMS	-	-	1

Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N = 137. Tabellen viser antall ganger hver årsak ble nevnt.

Tabell 0-7: Kan du fortelle kort om de viktigste årsakene til at du sluttet i helseforetaket? - Etter alder

Kategori	34 år og yngre (N=67)	35-44 år (N=43)	45-61 år (N=27)
Flytting	27	7	3
Arbeidsmengde	10	14	4
Ledelse	8	5	11
Arbeidstider	11	9	3
Turnus	10	4	3
Lav bemanning	5	7	3
Arbeidsmiljø	3	4	5
Lønn og betingelser	6	4	2
Andre karrieremuligheter	9	3	-
Familie	6	3	2
Fagmiljø og faglig utvikling	7	3	1
Arbeidsoppgaver	1	2	5
Medisinske grunner	1	3	4
Pasientbehandling/-sikkerhet	2	2	4
Ønske om andre oppgaver	3	4	1
Reiseavstand	2	2	2
Jobbrelaterte fysiske plager	2	1	2
Spesialisering	4	1	-
Jobbrelaterte psykiske plager	-	-	3
Administrativ byrde	-	-	3
Veiledning og oppfølging	1	1	-
Dårlige karrieremuligheter	1	1	-
Samarbeidsklima	2	-	-
Videreutdanning	2	-	-
Omstrukturering	-	2	-
Høy utskifting	-	2	-
Trygghetsklima/HMS	1	-	-
Fysiske arbeidsforhold	1	-	-
Tilgang til kollektivtransport	1	-	-
Tilgang til parkeringsplass	1	-	-
Flytting mellom avdelinger	1	-	-
Jobbsikkerhet	-	1	-

Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). Tabellen viser antall ganger hver årsak ble nevnt.

Tabell 0-8: Kan du fortelle kort om de viktigste årsakene til at du sluttet i helseforetaket? - Etter vakttype

Kategori	Turnus (N=74)	Dag (N=63)
Flytting	18	19
Arbeidsmengde	15	13
Ledelse	8	16
Arbeidstider	18	5
Turnus	15	2
Lav bemanning	9	6
Arbeidsmiljø	5	7
Lønn og betingelser	6	6
Andre karrieremuligheter	6	6
Fagmiljø og faglig utvikling	5	6
Familie	6	5
Pasientbehandling/-sikkerhet	1	7
Arbeidsoppgaver	2	6
Ønske om andre oppgaver	2	6
Medisinske grunner	6	2
Reiseavstand	4	2
Jobbrelaterte fysiske plager	4	1
Spesialisering	-	5
Jobbrelaterte psykiske plager	2	1
Administrativ byrde	-	3
Samarbeidsklima	1	1
Omstrukturering	1	1
Videreutdanning	2	-
Veiledning og oppfølging	-	2
Dårlige karrieremuligheter	-	2
Høy utskifting	-	2
Jobbsikkerhet	1	-
Trygghetsklima/HMS	1	-
Fysiske arbeidsforhold	1	-
Tilgang til kollektivtransport	1	-
Tilgang til parkeringsplass	1	-
Flytting mellom avdelinger	1	-

Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). Tabellen viser antall ganger hver årsak ble nevnt.

Tabell 0-9: Kan du fortelle kort om de viktigste årsakene til at du sluttet i helseforetaket? - Etter arbeidssted

Kategori	Storby (N=113)	Andre lokasjoner (N=24)
Flytting	29	8
Arbeidsmengde	23	5
Ledelse	21	3
Arbeidstider	20	3
Turnus/ Arbeidstidsordning	16	1
Lav bemanning	13	2
Lønn og betingelser	9	3
Arbeidsmiljø	11	1
Andre karrieremuligheter	12	-
Fagmiljø og faglig utvikling	10	1
Familie	11	-
Pasientbehandling/-sikkerhet	3	5
Arbeidsoppgaver	7	1
Ønske om andre oppgaver	7	1
Medisinske grunner	7	1
Reiseavstand	4	2
Jobbrelaterte fysiske plager	4	1
Spesialisering	5	-
Administrativ byrde	1	2
Jobbrelaterte psykiske plager	2	1
Dårlige karrieremuligheter	1	1
Høy utskifting	1	1
Veiledning og oppfølging	2	-
Samarbeidsklima	2	-
Omstrukturering	2	-
Videreutdanning	2	-
Jobbsikkerhet	1	-
Trygghetsklima/HMS	1	-
Fysiske arbeidsforhold	1	-
Tilgang til kollektivtransport	1	-
Tilgang til parkeringsplass	1	-
Flytting mellom avdelinger	1	-

Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). Tabellen viser antall ganger hver årsak ble nevnt.

Tabell O-10: Kan du fortelle kort om de viktigste årsakene til at du sluttet i helseforetaket? - Etter kjønn

Kategori	Kvinner (N=107)	Menn (N=30)
Flytting	29	8
Arbeidsmengde	22	6
Ledelse	19	5
Arbeidstider	21	2
Turnus/ Arbeidstidsordning	16	1
Lav bemanning	12	3
Lønn og betingelser	4	8
Arbeidsmiljø	11	1
Andre karrieremuligheter	12	-
Fagmiljø og faglig utvikling	4	7
Familie	8	3
Arbeidsoppgaver	5	3
Pasientbehandling/-sikkerhet	5	3
Ønske om andre oppgaver	7	1
Medisinske grunner	7	1
Reiseavstand	5	1
Spesialisering	3	2
Jobbrelaterte fysiske plager	5	-
Jobbrelaterte psykiske plager	2	1
Administrativ byrde	2	1
Veiledning og oppfølging	1	1
Dårlige karrieremuligheter	1	1
Høy utskifting	1	1
Samarbeidsklima	2	-
Omstrukturering	2	-
Videreutdanning	2	-
Jobbsikkerhet	1	-
Trygghetsklima/HMS	1	-
Tilgang til kollektivtransport	1	-
Tilgang til parkeringsplass	1	-
Flytting mellom avdelinger	1	-
Fysiske arbeidsforhold	-	1

Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). Tabellen viser antall ganger hver årsak ble nevnt.

Tabell O-11: Hva var den viktigste årsaken til at du sluttet i helseforetaket? - Etter yrkesgrupper

Årsak	SP	JM	HFA	VP	LIS	OL	PS	P
Flytting	15	-	1	1	6	2	-	5
Ledelse	3	3	1	-	2	2	3	-
Arbeidstider	7	1	1	1	2	-	1	-
Turnus/ Arbeidstidsordning	8	1	-	-	1	-	-	-
Andre karrieremuligheter	5	-	-	-	1	1	1	1
Lav bemanning	6	-	-	-	-	2	-	-
Arbeidsmengde	1	1	-	-	-	1	3	-
Medisinske grunner	4	-	-	1	-	-	-	-
Familie	1	1	-	1	1	-	1	-
Ønske om andre oppgaver	2	-	-	1	1	-	1	-
Arbeidsmiljø	1	-	1	-	1	2	-	-
Lønn og betingelser	3	-	-	-	-	-	1	-
Spesialisering	-	-	-	-	1	-	-	3
Pasientbehandling og -sikkerhet	-	-	-	-	-	-	2	1
Arbeidsoppgaver	2	-	-	-	-	-	1	-
Reiseavstand	1	-	-	-	-	-	-	1
Fagmiljø og faglig utvikling	1	-	-	-	1	-	-	-
Dårlige karrieremuligheter	-	-	-	-	-	-	1	-
Administrativ byrde	-	-	-	-	-	-	1	-
Trygghetsklima/HMS	1	-	-	-	-	-	-	-
Jobbrelaterte fysiske plager	-	1	-	-	-	-	-	-
Jobbrelaterte psykiske plager	-	-	1	-	-	-	-	-
Jobbsikkerhet	1	-	-	-	-	-	-	-
Omstrukturering	-	-	-	1	-	-	-	-
Vil ikke oppgi	-	-	-	-	1	-	-	-

Tabellen viser antall ganger hver av årsakene ble nevnt som den viktigste årsaker til at man sluttet, fordelt på yrkesgrupper. Årsakene er sortert etter hvilke som er oftest nevnt totalt nedover. SP = Sykepleiere (N=63), JM = Jordmødre (N=8), HFA = Helsefagarbeidere (N=5), VP = Vernepleiere (N=7), LIS = LIS-leger (N=17), OL = Overleger (N=9), PS = Psykologspesialister (N=17) og P = Psykologer (N=11). Sammenligninger på tvers av yrkesgruppene må tolkes med forsiktighet for grupper der utvalgsstørrelse er liten. Kilde: Intervjudata fra Oslo Economics.

B.3 Tilleggsmateriale til kapittel 4 - Tiltak

Tabell 0-12: Ble det iverksatt tiltak for å forhindre at du skulle slutte? – Etter alder, helseforetak og stillingsprosent

Aldersgruppe			Helseforetak				Stillingsprosent		
34 år og yngre	35-44 år	45-61 år	HBE	HST	HFO	HFD	<50 %	50-79 %	79%<
30 %	26 %	15 %	22 %	28 %	29 %	33 %	14 %	24 %	27 %

Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=137. Tabellen viser andelen av respondentene som svarte ja på at det ble iverksatt tiltak for å forhindre de skulle slutte, fordelt på alder, helseforetak og stillingsprosent. I noen grupper er utvalgsstørrelsen liten. HBE= Helse Bergen, HST= Helse Stavanger, HFO= Helse Fonna og HFD= Helse Førde.

B.4 Tilleggsmateriale til Kapittel 5 – Generelt om trivsel

Tabell 0-13: Hvis du skal peke på inntil tre faktorer som er viktige for at du skal trives i en jobb, hvilke er det? – Etter alder

	34 år og yngre (N = 67)	34-44 år (N = 43)	45-61 år (N = 27)
Arbeidsmiljø	35	26	13
Fagmiljø	28	11	8
Kolleger	24	11	5
Arbeidsoppgaver	20	20	10
Ledelse	18	18	10
Lønn og betingelser	-	-	5

Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=137

Tabell 0-14: Hvis du skal peke på inntil tre faktorer som er viktige for at du skal trives i en jobb, hvilke er det? – Etter kjønn

	Kvinner (N = 107)	Menn (N = 30)
Arbeidsmiljø	62	12
Fagmiljø	31	16
Kolleger	33	7
Arbeidsoppgaver	42	8
Ledelse	42	4
Lønn og betingelser	11	13
Arbeidstider	18	1
Annet	41	13

Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=137.

Tabell 0-15: Hvis du skal peke på inntil tre faktorer som er viktige for å trives in en jobb, hvilke er det? - Etter helseforetak

	Helse Bergen (N=69)	Helse Fonna (N=17)	Helse Førde (N=15)	Helse Stavanger (N=36)
Arbeidsmiljø	33	11	9	21
Fagmiljø	25	4	9	9
Kolleger	20	9	5	6
Arbeidsoppgaver	26	10	4	10
Ledelse	26	3	4	13
Lønn og betingelser	13	2	2	7
Arbeidstid (Turnus)	8	2	2	7
Annet	24	3	7	20

Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=137.

Tabell 0-16: Hvis du skal peke på inntil tre faktorer som du likte ved å jobbe i helseforetaket, hvilke er det? – Etter kjønn

	Kvinner (N = 107)	Menn (N = 30)
Arbeidsmiljø	38	10
Fagmiljø	40	11
Kolleger	52	15
Arbeidsoppgaver	54	16
Ledelse	19	2
Øvrige	39	10

Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=137.

Tabell 0-17: Hvis du skal peke på inntil tre faktorer som du likte ved å jobbe i helseforetaket, hvilke er det? – Etter helseforetak

	Helse Bergen (N=69)	Helse Fonna (N=17)	Helse Førde (N=15)	Helse Stavanger (N=36)
Arbeidsmiljø	23	6	4	15
Fagmiljø	29	3	8	11
Kolleger	29	11	8	19
Arbeidsoppgaver	35	10	5	20
Ledelse	9	1	5	6
Lønn og betingelser	3	-	4	1
Arbeidstid (Turnus)	3	1	-	2
Annet	19	3	7	6

Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=115

Tabell 0-18: Hvis du skal peke på inntil tre faktorer som du likte ved å jobbe i helseforetaket, hvilke er det? – Etter alder

	34 år og yngre (N = 67)	34-44 år (N = 43)	45-61 år (N = 27)
Arbeidsmiljø	29	13	6
Fagmiljø	26	18	7
Kolleger	33	19	15
Arbeidsoppgaver	30	23	17
Ledelse	14	4	3

Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=115

B.5 Tilleggsmateriale til kapittel 6 – Videre karrierevalg

Tabell 0-19: Hva gjorde du etter at du sluttet? – Etter aldersgruppe

	Begynte i ny jobb	Begynte å studere	Annet
Alder			
34 år og yngre	83%	12%	5%
35-44 år	88%	0%	12%
45-61 år	85%	0%	15%

Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=135

Tabell 0-20: Har du bedre eller dårligere betingelser i den nye jobben? – Etter helseforetak og kjønn

	Vet ikke	Dårligere	Omtrent likt	Bedre
Helseforetak				
Helse Bergen	0%	16%	32%	52%
Helse Fonna	0%	29%	50%	21%
Helse Førde	13%	27%	27%	33%
Helse Stavanger	3%	14%	33%	50%
Kjønn				
Kvinne	3%	20%	38%	39%
Mann	0%	11%	22%	67%

Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=115

Tabell 0-21: Har du høyere eller lavere stillingsprosent i den nye jobben - Etter kjønn

	Lavere	Omtrent likt	Høyere
Kvinne	18%	64%	18%
Mann	15%	74%	11%

Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=115

Tabell 0-22: I den nye jobben din, jobber du...? - Etter yrkesgrupper

	SP (N=46)	JM (N=7)	HFA (N=5)	VP (N=6)	LIS (N=15)	OL (N=9)	PS (N=17)	P (N=10)
I helsetjenesten?	91%	86%	100%	100%	100%	100%	94%	90%
I samme type yrke?	78%	86 %	80%	83%	100%	89%	94%	100%
I samme arbeidstidsordning?	30%	0%	40%	33%	33%	56%	94%	90%
Med pasientrettet arbeid?	91%	86%	100%	83%	100%	89%	94%	100%
Bruker du grunnkompetansen din?	93%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabellen viser andelene blant de som fortsatte i ny jobb som svarte «ja» på spørsmålene, fordelt på yrkesgrupper. SP = Sykepleiere (N=46), JM = Jordmødre (N=7), HFA = Helsefagarbeidere (N=5), VP = Vernepleiere (N=6), LIS = LIS-leger (N=15), OL = Overleger (N=9), PS = Psykologspesialister (N=17) og P = Psykologer (N=10). Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021).

Tabell 0-23: Stillingsprosent, lønn og betingelser i den nye jobben - Etter yrkesgrupper

	Stillingsprosent i den nye jobben?			Lønn og betingelser i den nye jobben?		
	Lavere	Lik	Høyere	Dårligere	Omtrent likt	Bedre
Sykepleiere	26%	50%	24%	22%	28%	43%
Jordmødre	14%	57%	29%	14%	29%	57%
Helsefagarbeidere	40%	40%	20%	20%	20%	60%
Vernepleiere	0%	67%	33%	33%	33%	33%
LIS-leger	20%	80%	0%	20%	47%	33%
Overleger	11%	67%	22%	0%	33%	67%
Psykologspesialister	6%	88%	6%	12%	29%	59%
Psykologer	0%	100%	0%	20%	40%	40%

Datakilde: Intervjuundersøkelse Oslo Economics (2021). N=115

oslo**economics**

post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:
Kronprinsesse Märthas plass 1
0160 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Viken
0118 Oslo

Medarbeidere som slutter i foretaksgruppen Helse Vest:

Hva mener ledere er grunnen til at medarbeidere slutter, og hva vi kan gjøre for å få dem til å bli?

Spørreundersøkelse blant ledere

Oppsummering

- Ledere mener at de viktigste årsakene til at medarbeidere slutter er arbeidsmengde, flytting, misnøye med fagmiljø og manglende faglig utvikling, videreutdanning, samt lønn og betingelser.
- Blant tiltak som kan iverksettes for å hindre at medarbeidere slutter, nevnte flest ledere dialog med medarbeidere/være en tilgjengelig leder. Tilrettelegging for faglig utvikling ble også nevnt av mange, i tillegg til tiltak som bedrer arbeidsmiljø/fagmiljø/trivsel. Tilrettelegging av arbeidstid/turnus, arbeidsmengde, arbeidsoppgaver og stillingsforhold ble også nevnt, samt øke bemanningen og lønnen.
- Halvparten av lederne mente at et godt arbeidsmiljø er den viktigste årsaken til at medarbeidere velger å jobbe i enhetene deres. Andre ting de mente gjør enhetene deres attraktive er arbeidsoppgavene, mulighetene for utvikling, spennende fag og gode kollegaer.
- 91% av lederne oppga at de systematisk gjennomfører medarbeidersamtaler. 53% har etablert utviklingsplaner for sine medarbeidere.
- 58% hadde iverksatt tiltak for å unngå at medarbeidere velger å slutte. Iverksatte tiltak som ble nevnt: medarbeidersamtaler, tilrettelegging for faglig utvikling/videreutdanning, tilrettelegging av arbeidstid og arbeidsoppgaver, tilrettelegging av bemanning, stillingsprosent og lønn.
- Lederne som har ikke hadde iverksatt noen tiltak, begrunnet det med: ikke behov, lite turnover, mangel på budsjettmidler, stor arbeidsmengde og liten tidskapasitet.

Bakgrunn

Hvorfor har vi gjennomført undersøkelsen?

Denne spørreundersøkelsen er en del av prosjektet «kunnskapsreisen ekstern turnover», hvor målet er å få bedre innsikt og kunnskap om medarbeidere som forlater et helseforetak i Helse Vest. Målet med undersøkelsen er å få kunnskap om hva ledere mener er grunnen til at medarbeidere slutter i deres enheter, og hva vi kan gjøre for å få dem til å bli.

Hva ønsker vi å oppnå med denne analysen?

- Sikre at Helse Vest har et kunnskapsgrunnlag som beskriver hvorfor medarbeidere slutter, basert på ledernes erfaringer.
- Kunnskapsgrunnlaget skal bidra til at ledere i Helse Vest kan iverksette mer målrettede tiltak for å beholde medarbeidere og redusere antall medarbeidere som forlater et helseforetak i Helse Vest.

Hvem er analysen for?

Ledere og medarbeidere i foretaksgruppen Helse Vest.

Hvilken merverdi tilfører analysen?

- Ledere og medarbeidere i Helse Vest får et felles kunnskapsgrunnlag/faktagrunnlag som kan deles åpent.
- Kunnskapsgrunnlaget kan bidra til et samarbeid på tvers av helseforetak om tiltak for å beholde medarbeidere slik at pasientens behov for helsetjenester ivaretas fremover («sørge-for»).

Beskrivelse av datagrunnlag fra undersøkelse blant ledere

Undersøkelsen er gjennomført blant ledere som har arbeidsforhold i Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde eller Helse Stavanger.

Gjennomføringsperiode: 15.november-6.desember 2021.

Undersøkelsen inneholdt 14 obligatoriske spørsmål, med valgfri mulighet for utdypelse på enkelte spørsmål. Lederne ble bedt om å basere svarene sine på erfaringer fra de siste to årene.

Undersøkelsen ble sendt ut til samtlige ledere, men **denne analysen inkluderer kun svar fra ledere med personalansvar for medarbeidere i pasientrettede yrkesgrupper.**

NB! Flere av ledere har ikke avgrenset svarene sine til kun ekstern turnover (også inkludert intern turnover).

Om datagrunnlaget:

Data fra undersøkelsen har kun vært tilgjengelig for to analytikere i Helse Vest RHF, og skal slettes innen ett år. Svarene er behandlet konfidensielt, og denne analysen presenterer kun aggregerte resultater.

Gjennomføringsstatistikk

Helseforetak	Antall deltakere	Antall svar	Svarprosent
Helse Bergen	503	169	34 %
Helse Fonna	199	90	45 %
Helse Førde	167	68	41 %
Helse Stavanger	308	136	44 %
Totalt	1 177	463	39 %

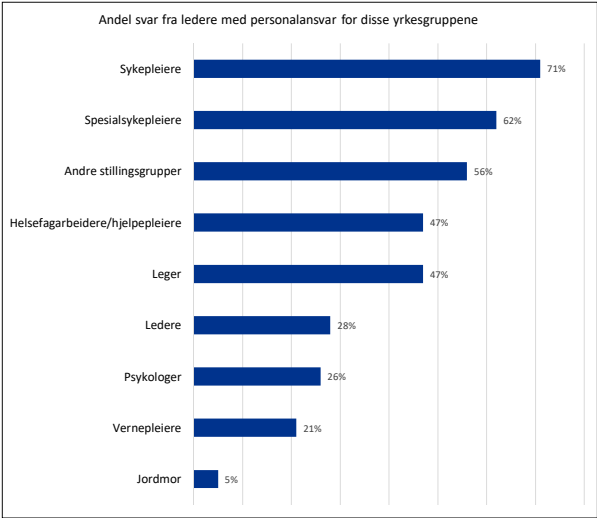
Helseforetak	Antall svar	Inkludert i analysene
Helse Bergen	169	112
Helse Fonna	90	61
Helse Førde	68	44
Helse Stavanger	136	94
Totalt	463	311



Spørsmål om deg som leder

Dersom du er leder med personalansvar, har du personalansvar for en av disse yrkesgruppene?

- Her kunne lederne velge flere yrkesgrupper. Lederne som kun krysset av «leder» eller «andre stillingsgrupper» er fjernet fra utvalget.



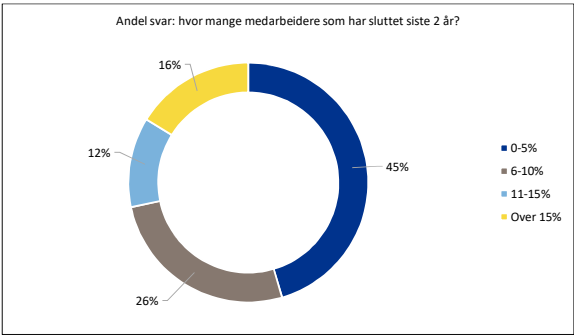
Fordeling per helseforetak av total summen

Yrkesgruppe	Helse Bergen	Helse Fonna	Helse Førde	Helse Stavanger
Sykepleiere	24 %	13 %	11 %	23 %
Spesialsykepleiere	21 %	14 %	9 %	19 %
Andre stillingsgrupper	19 %	12 %	7 %	18 %
Helsefagarbeidere/hjelpepleiere	15 %	10 %	7 %	14 %
Leger	16 %	9 %	6 %	16 %
Ledere	9 %	5 %	4 %	10 %
Psykologer	8 %	5 %	3 %	10 %
Vernepleiere	6 %	5 %	2 %	8 %
Jordmor	2 %	1 %	1 %	1 %



Om medarbeidere som har sluttet siste 2 år

Kjenner du til hvor mange medarbeidere som sluttet siste 2 år?



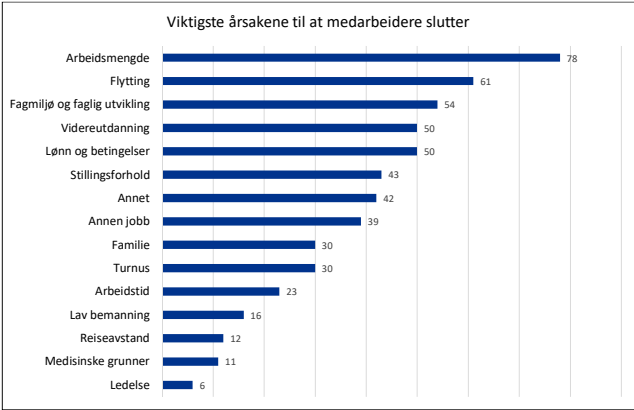
Fordeling per helseforetak

Helseforetak	0-5% sluttet	6-10% sluttet	11-15% sluttet	Over 15% sluttet
Helse Bergen	41% svar	29% svar	12% svar	19% svar
Helse Fonna	48% svar	25% svar	18% svar	10% svar
Helse Førde	61% svar	20% svar	9% svar	9% svar
Helse Stavanger	40% svar	28% svar	11% svar	21% svar

- 45% ledere mener 0-5% medarbeidere har sluttet siste 2 år
- 26% ledere mener 6-10% medarbeidere har sluttet siste 2 år
- 12% ledere mener 11-15% medarbeidere har sluttet siste 2 år
- 16% ledere mener over 15% medarbeidere har sluttet siste 2 år

Hva mener du er de viktigste årsakene til at medarbeidere slutter?

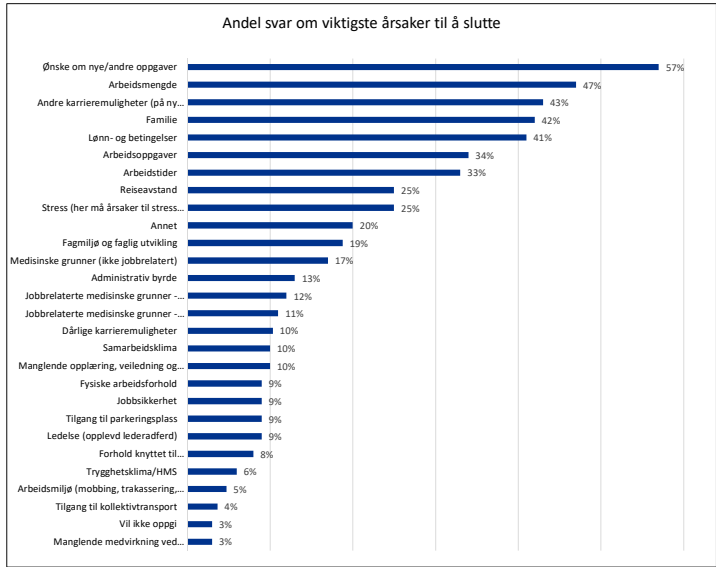
- Fritekst svarene til ledere var fordelt og satt opp i flere kategorier. En leder kunne nevne flere enn bare en årsak



- *Stillingsforhold* årsak kan forklares at medarbeidere sluttet på grunn av de fikk ikke høyre stillingsprosent og derfor tok jobb i en annen avdeling eller sykehus.
- Årsak *arbeidstid* var nevnt i forbindelse med at medarbeidere kan ikke styre sin egen arbeidstid, mye overtid, ønsker mindre vakter, ufrivillig deltid.
- Årsak *annet* inneholder mange ulike årsaker: trivsel på jobb, slitasje, psykiske eller fysiske lidelse relatert til jobb, mangel på parkeringsplass, eller kjenner ikke til årsak.
- Veldig mange ledere som svarte at hoved årsak var *alder og pensjonering*, men den årsak ble ikke tatt med i figuren siden det er ikke relevant til denne type analysen.

Hva opplyser medarbeidere om de viktigste årsakene til at de velger å slutte?

- Her kunne ledere velge blant foreslåtte årsak kategoriene. En leder kunne velge flere enn bare en kategori. Fordeling per helseforetak følger med i vedlegg

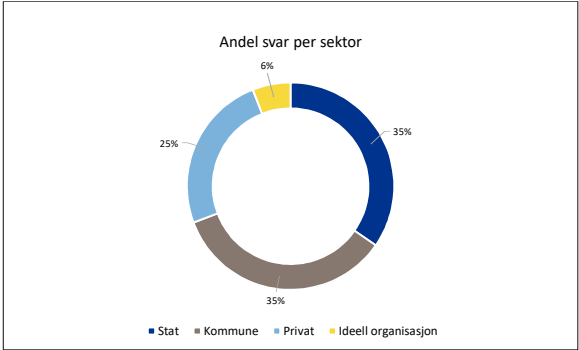


Utdypning av noen kategorier:

- *Ønske om nye/andre oppgaver*: ønske om å gjøre noe nytt: endre spesialfelt, prosjektstilling, ønsker mer aktivitet
- *Lønn- og betingelser*: bedre lønn i kommune, de ikke får 100 % stillinger, vikarer får ikke fast ansettelse
- *Arbeidsmengde*: travel avdeling og ønsket mer tid med familie, mindre arbeidsmengde og ansvar i kommunen eller privat, vaktbelastning for småbarnsforeldre
- *Arbeidstider*: turnus er vanskelig å kombinere med familie, ønsker dagtid, ikke helg og ikke natt, pålagt overtid
- *Stress*: arbeidsbelastning som påvirker negativt familieliv, stress i form av manglende kapasitet/tid å utføre de økende arbeidsoppgavene, for mye ansvar på nyutdannede
- *Administrativ byrde*: mange administrative oppgaver, som føre til lite faglig frihet, mye pasientdokumentasjon, mindre tid til pasienter
- *Ledelse*: ledelsen bør være sterkere faglig
- *Manglende opplæring, veiledning og oppfølging*: dårlig opplæring av nyansatte, for lite ressurser til å drive med fag og opplæring
- *Arbeidsmiljø (mobbing, trakassering, mm)*: problemfylt arbeidsmiljø knyttet både til trakassering og lederatferd, konflikt mellom enkeltpersoner i teamet, dårlig heiltidskultur
- *Manglende medvirkning ved etablering av arbeidsplaner*: lite fleksibilitet og påvirkning av arbeidstid samt ferieavvikling

Sektor: Hvor begynner medarbeidere å jobbe?

- Ledere kunne velge en eller flere sektor



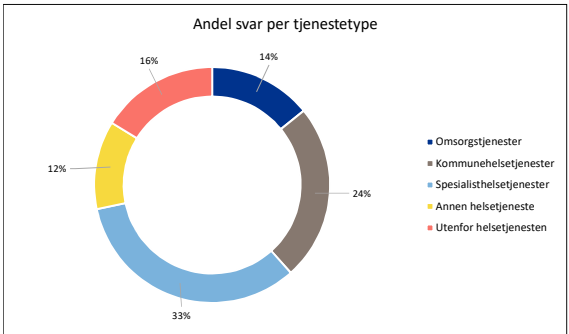
Andel svar fordelt per helseforetak

Helseforetak	Stat	Kommune	Privat	Ideell organisasjon
Helse Bergen	40%	31%	25%	5%
Helse Fonna	23%	43%	30%	3%
Helse Førde	44%	36%	19%	2%
Helse Stavanger	33%	34%	24%	9%

- 35% ledere mener at medarbeidere begynner å jobbe i statlige sektor
- 35% ledere mener at medarbeidere begynner å jobbe i kommunale sektor
- 25% ledere mener at medarbeidere begynner å jobbe i privat sektor
- 6% ledere mener at medarbeidere begynner å jobbe i ideell organisasjon

Tjenestetype: Hvor begynner medarbeidere å jobbe?

- Ledere kunne velge en eller flere tjenestetype



Andel svar fordelt per helseforetak

Helseforetak	Omsorgstjenester	Kommunehelsetjenester	Spesialisthelsetjenester	Annen helsetjeneste	Utenfor helsetjenesten
Helse Bergen	14%	22%	39%	11%	14%
Helse Fonna	16%	28%	29%	11%	17%
Helse Førde	16%	20%	36%	10%	18%
Helse Stavanger	13%	27%	28%	15%	16%

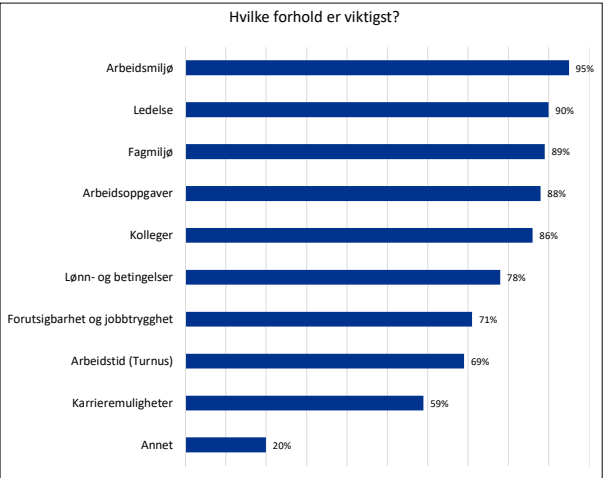
- 14% ledere mener at medarbeidere begynner å jobbe i omsorgstjenester
- 24% ledere mener at medarbeidere begynner å jobbe i kommunehelsetjenester
- 33% ledere mener at medarbeidere begynner å jobbe i spesialisthelsetjenester
- 12% ledere mener at medarbeidere begynner å jobbe i annen helsetjeneste
- 16% ledere mener at medarbeidere begynner å jobbe i utenfor helsetjenesten



Om å beholde og utvikle medarbeidere siste 2 år

Hvilke forhold mener du er viktigst for at dine medarbeidere skal trives i jobben? HELSE VEST

- Her kunne ledere velge blant foreslåtte kategoriene. En leder kunne velge flere enn bare en kategori. Fordeling per helseforetak følger med i vedlegg



Utdypning av noen kategorier:

- **Arbeidsmiljø:** godt, trygt og forutsigbart, faglig og sosialt fellesskap, arbeidsmiljø hvor man kan lære av hverandre og hjelpe hverandre
- **Ledelse:** lederstøtte, god ledelse som ser sine medarbeidere og har fokus på HMS, kompetanse og utvikling, leder må være åpen, tilstede og tydelig
- **Arbeidsoppgaver:** meningsfylt arbeid, spennende/varierte arbeidsoppgaver, individuelle faglig utfordringer, veiledning
- **Lønn- og betingelser:** utvikling og lønn i samsvar med arbeidsoppgaver, fulle og faste stillinger
- **Arbeidstid:** påvirkning på turnus, god grunnbemanning, påvirke egen arbeidsdag, tid til faglig påfyll i arbeidstiden, tid for ledere å utføre lederoppgaver
- **Karrieremuligheter:** mulighet for fag og videreutvikling, muligheter for karriereutvikling(kurs), muligheter for å spesialisere seg
- **Annet:** viktigste for medarbeidere er at de blir sett, trivsel, unngå for høyt arbeidspress

Er det noe du kan gjøre som ledere for å forhindre at medarbeidere velger å slutte?



- Fritekst svarene til ledere var fordelt og satt opp i flere kategorier



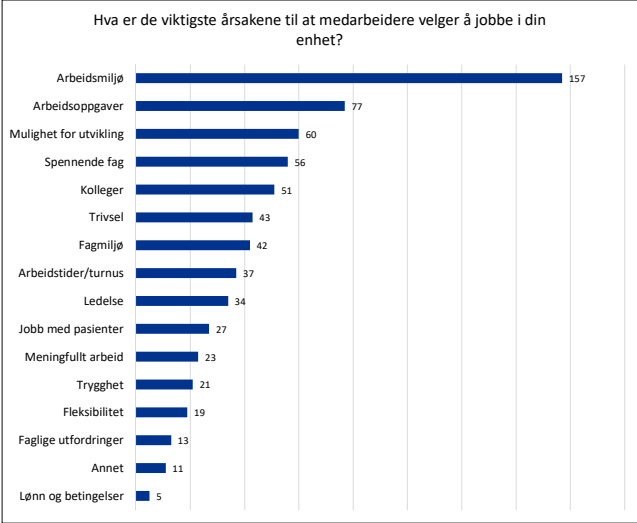
Forklaring av noen kategorier:

- *Dialog med medarbeidere/være tilgjengelig/være god og tydelig leder:* Kontinuerlig oppfølging, dialog om motivasjon, sørge for at hver enkelt blir sett og hørt
- *Økt lønn:* Skulle hatt mer rom for bedre lønnsbetingelser
- *Økt bemanning:* Vil ha rom å rekruttere de man ønsker, får tak i vikarer, tilgang til riktige kompetanse
- *Tilrettelegging av arbeidstid/turnus:* vil gi mer frihet til medarbeidere å påvirke sine arbeidsplaner
- *Annet:* Har ikke makt til å gjøre noe i den lederstilling, flytting som kan ikke gjøre noe med, har ikke handlingsrom å gjøre noe med arbeidsplan/turnus, avlaste unødvendig administrasjonsoppgaver, god dialog med tillitsvalgte og verneombud, vet ikke

Hva er de viktigste årsaken(e) til at medarbeidere velger å jobbe i din enhet?



- Fritekst svarene til ledere var fordelt og satt opp i flere kategorier



Forklaring av noen kategorier:

- *Arbeidsoppgaver:* Spennende og varierte
- *Fleksibilitet:* Medbestemmelse, kan påvirke egen arbeidssituasjon
- *Annet:* Gjøre forskjell i pasientbehandling, organisert avdeling, lokasjon

Gjennomfører du systematisk medarbeidersamtaler med dine medarbeidere?

- 91% ledere svarte Ja

Fordeling per helseforetak

Helseforetak	Ja	Nei
Helse Bergen	92%	8%
Helse Fonna	90%	10%
Helse Førde	89%	11%
Helse Stavanger	91%	9%

Har du etablert utviklingsplaner for dine medarbeidere?

- Her fordeling ble nesten likt: 53% ledere svarte Ja

Fordeling per helseforetak

Helseforetak	Ja	Nei
Helse Bergen	52%	48%
Helse Fonna	46%	54%
Helse Førde	64%	36%
Helse Stavanger	54%	46%



Om tiltak for å unngå at medarbeidere slutter siste 2 år

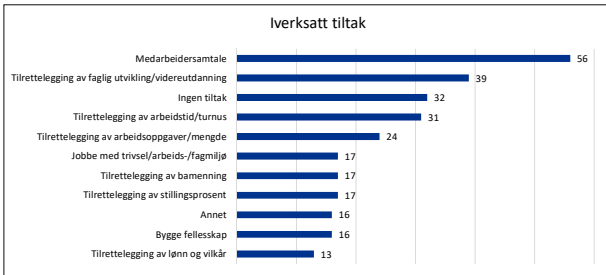
Har du iverksatt tiltak for å unngå at medarbeidere velger å slutte?



- Her var svar alternativene Ja eller Nei. Og leder kunne legge en fritekst kommentar i tillegg. Fritekst svarene til ledere var fordelt og satt opp i flere kategorier

Total fordeling	Ja	Nei
Alle svarene	58%	42%

Per helseforetak	Ja	Nei
Helse Bergen	59%	41%
Helse Fonna	56%	44%
Helse Førde	52%	48%
Helse Stavanger	60%	40%



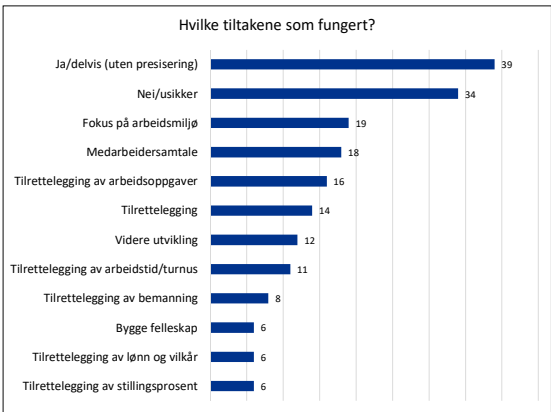
Forklaring av noen kategorier:

- **Medarbeidersamtale:** individuell oppfølging, fokus på støtte betydning og innsats, individuell tilrettelegging, være gode og tilgjengelig leder, fraværsoppfølging
- **Ingen tiltak:** muligheter er redusert, ikke innenfor rammene/ingen handlingsrom, dårlig bemanning og høyt pasienttrykk, ikke nødvendig, nylig som ledere, liten turnover
- **Tilrettelegging av faglig utvikling/videreutdanning:** opplæring, påfyll med kurs, kompetanseheving, øke plasser til videreutdanning
- **Tilrettelegging av arbeidstid/turnus:** Fleksibilitet og medbestemmelser av medarbeider, de kan påvirke egne arbeidsplaner
- **Tilrettelegging av bemanning:** får vikarer, økt bemanning, sørge for at bemanning er god nok for å avlaste, ansetter raskt når noen slutter
- **Tilrettelegging av stillingsprosent:** redusere for å få mer fri, ikke kombistillinger, søkt om flere stillinger, tilbud om 100%, prosjektstillinger, forskningsstillinger
- **Bygge fellesskap:** hyppige avdelingsmøter for å bygge fellesskap, sosialkomite, teambuildings aktiviteter
- **Annet:** involvering av ansatte i utviklingsprosjekter, tilbud om bytte avdeling, trygghet, permisjon, tilbud ved andre sykehus ved lang reiseavstand, hjemmekontor ved behov

Hvis du har iverksatt tiltak, er det noen av tiltakene som har fungert?



- Fritekst svarene til ledere var fordelt og satt opp i flere kategorier. Dette spørsmålet var ikke obligatorisk derfor antall svarene en ganske mindre enn på de andre.



Forklaring av noen kategorier:

- **Ja/delvis:** ingen har sluttet, noen kom tilbake
- **Nei/usikker:** ikke kommet så langt, for tidlig å si, kan ikke tilby faste/store stillinger, tvert i mot, utsatt prosessen
- **Fokus på arbeidsmiljø:** åpenhetskultur, mulighet å påvirke/foreslå tiltak, nyansatoppfølging, styre egen arbeidsdag
- **Tilrettelegging av arbeidsoppgaver:** prioritering av oppgaver, volumet, nye oppgaver, veiledning, varierte oppgaver
- **Medarbeidersamtale:** følge opp og involvere, tett ledelse, gode tilbakemeldinger
- **Tilrettelegging:** enkel tilrettelegging for hver medarbeider, permisjon, skape trygghet, jobbe med HMS
- **Videre utvikling:** internundervisning, mulighet for videreutdanning, faglig fordypning
- **Tilrettelegging av arbeidstid/turnus:** mulighet avslutte vakter tidligere, fleksible turnusordninger og arbeidstid, mulighet for hjemmekontor ved behov
- **Bygge fellesskap:** fagdager, personalmøter, samarbeid mellom yrkesgruppene

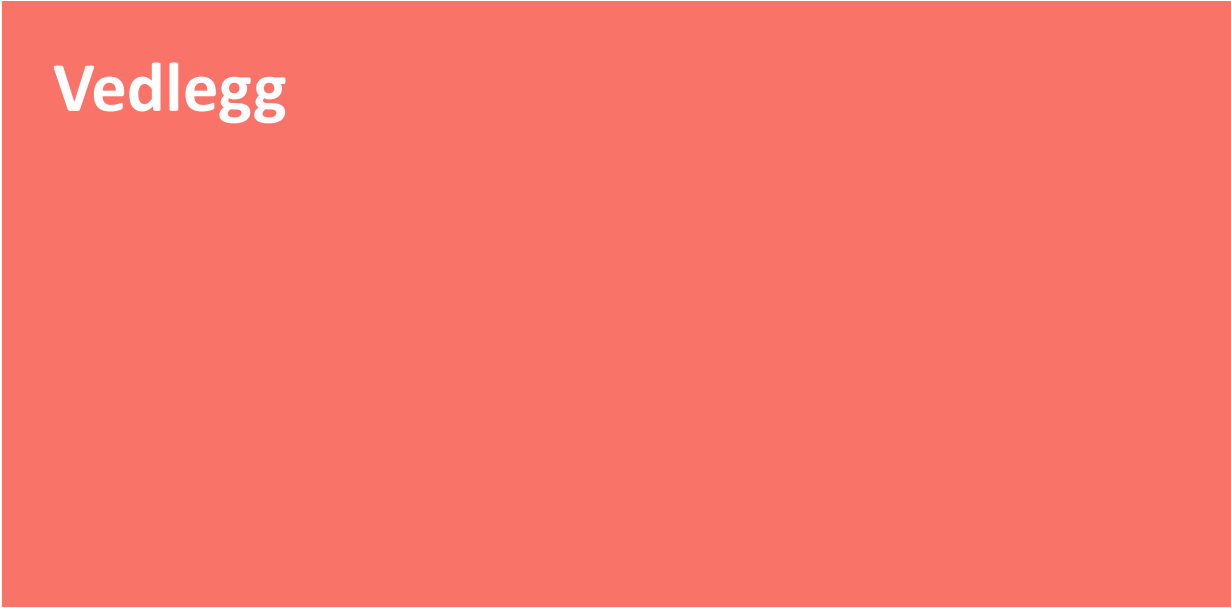
Hvis nei, hva er årsaken til at det ikke ble iverksatt tiltak?

- Fritekst svarene til ledere var fordelt og satt opp i flere kategorier. Dette spørsmålet var ikke obligatorisk derfor antall svarene en ganske mindre enn på de andre.

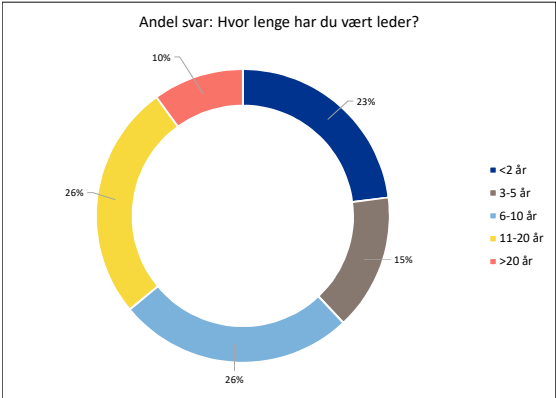


Forklaring av noen kategorier:

- *Ikke behov:* medarbeider ønsket sterkt å slutte, stabilt fagmiljø, bra med fornying, naturlige årsaker til turnover
- *Mangel på budsjettmidler:* ufrivillig deltid kan ikke fjernes, lønnskrav utenfor rammer, få virkemiddel
- *Umulig stillingsrettelse:* vikarer får ikke fast stilling, ingen ledige stillinger, ønsker dagstilling
- *Arbeidsmengde:* stor arbeidsmengde samtidig med drift og antall pasienter
- *Mangel på bemanning:* sykefravær, grunnbemanning er lav
- *Tidskapasitet:* travel avdeling
- *Annet:* ønske om erfaring i kommune, jobb i annen virksomhet, psykiske utfordringer, ikke kontroll over arbeidstid som ønsker å endre, tiltakene som trengs er sendt inn men blir aldri prioritert, ingen føring om dette fra leder over, ikke tenkt

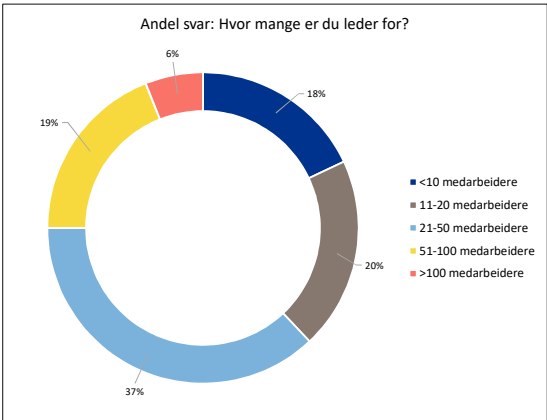


Hvor lenge har du vært leder? Antall år



- 23% har vært leder mindre enn 2 år
- 15% har vært leder mellom 3 og 5 år
- 26% har vært leder mellom 6 og 10 år
- 26% har vært leder mellom 11 og 20 år
- 10% har vært leder mer enn 20 år

Hvor mange er du leder for? Antall medarbeidere



- 18% er leder for mindre enn 10 medarbeidere
- 20% er leder for 11-20 medarbeidere
- 37% er leder for 21-50 medarbeidere
- 19% er leder for 51-100 medarbeidere
- 6% er leder for mer enn 100 medarbeidere

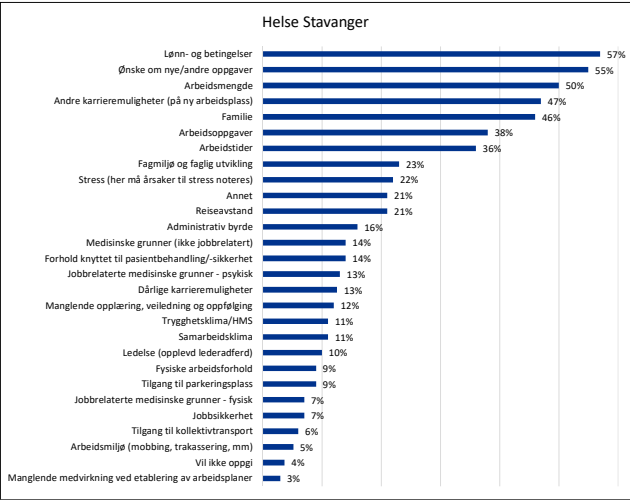
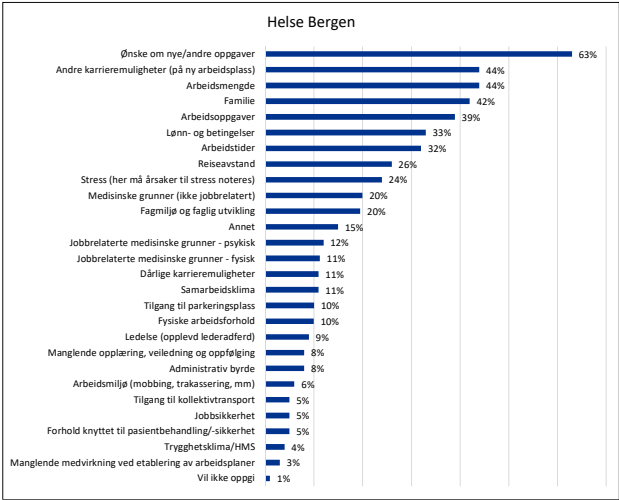
Har du et stillingsforhold ved siden av lederrollen internt i helseforetaket?
For eksempel jobber du som lege eller sykepleier ved siden av lederjobben.

- 1/3 del av de ledere som svart har et stillingsforhold ved siden av lederrollen

Helseforetak	Ja	Nei
Helse Bergen	8.5%	28%
Helse Fonna	8.5%	11%
Helse Førde	5%	9%
Helse Stavanger	8%	22%
Total	30%	70%

Hva opplyser medarbeidere om de viktigste årsakene til
at de velger å slutte? Fordeling per helseforetak

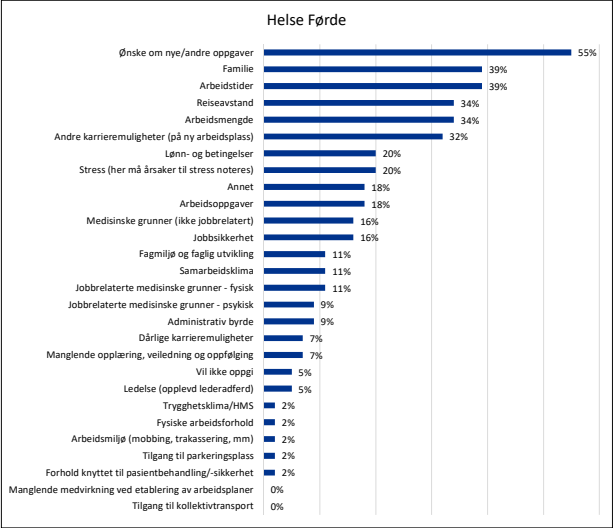
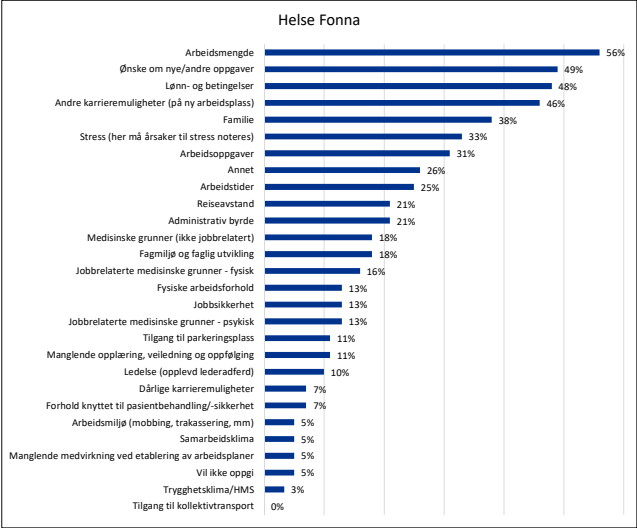
- Her kunne ledere velge blant foreslåtte årsak kategoriene. En leder kunne velge flere enn bare en kategori



Hva opplyser medarbeidere om de viktigste årsakene til at de velger å slutte? Fordeling per helseforetak



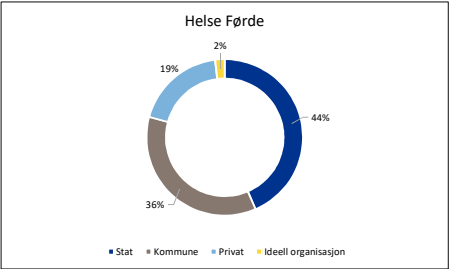
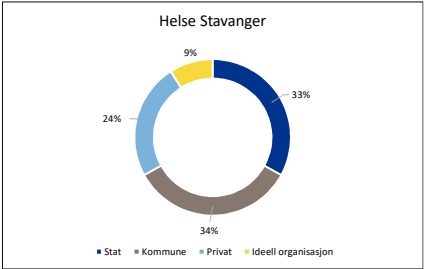
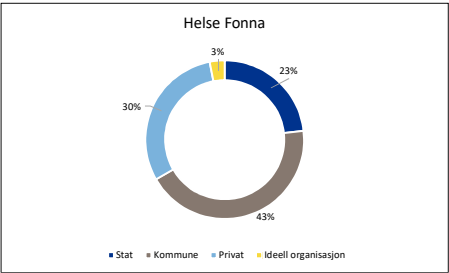
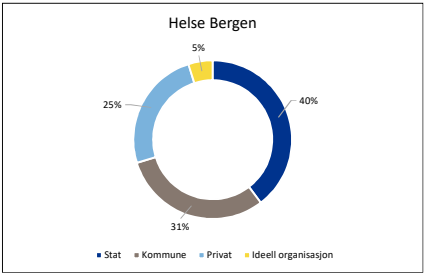
- Her kunne ledere velge blant foreslåtte årsak kategoriene. En leder kunne velge flere enn bare en kategori



Hvor begynner medarbeidere å jobbe?

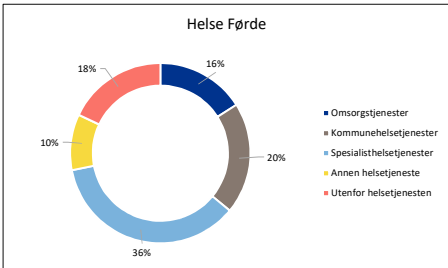
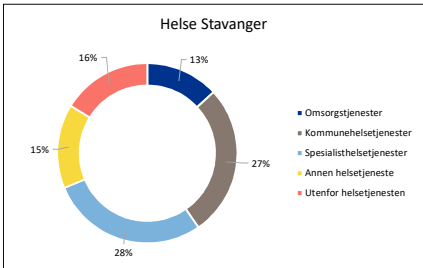
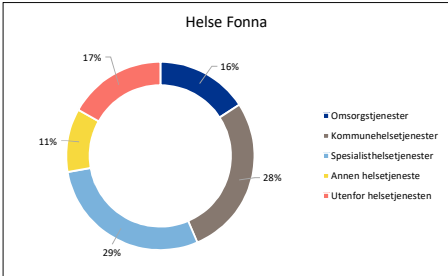
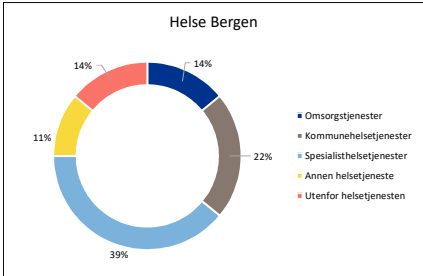


- Andel svar fordelt per helseforetak. Ledere kunne velge en eller flere sektor.



Hvor begynner medarbeidere å jobbe?

- Andel svar fordelt per helseforetak. Ledere kunne velge en eller flere tjenestetyper.



Hvilke forhold mener du er viktigst for at dine medarbeidere skal trives i jobben? Fordeling per helseforetak

- Her kunne ledere velge blant foreslåtte kategoriene. En leder kunne velge flere enn bare en kategori.

