



SINTEF

Rapport

Oppfølgingsstudie av sykepleierne gjennom Covid-19 pandemien

Forfattere:

Solveig Osborg Ose & Silje L. Kaspersen

Rapportnummer:

2021:01311 - Åpen

Oppdragsgiver:

Norsk Sykepleierforbund - NSF

Rapport

Oppfølgingsstudie av sykepleierne gjennom Covid-19 pandemien

EMNEORD

Bærekraftige
helsetjenester
Sykepleiere
Akkumulert belastning
Covid-19 pandemi
12 måneders oppfølging
HMS
Sykefravær
Arbeidsmiljø
Helse og velferd

VERSJON

1

DATO

2021-11-29

FORFATTERE:

Solveig Osborg Ose & Silje L. Kaspersen

OPPDRAKSGIVER:

Norsk Sykepleierforbund - NSF

OPPDRAKSGIVERS REFERANSE

Nina-Merete Kristiansen

PROSJEKTNUMMER

102025562

ANTALL SIDER OG VEDLEGG

116 sider

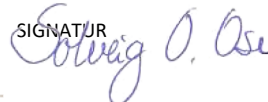
SAMMENDRAG

Rapporten inneholder resultater fra to spørreundersøkelser som er besvart av et utvalg på 11318 sykepleiere i september 2020 og i september 2021. Resultatene viser at helse- og omsorgstjenestene har stort potensial for å øke ansattinvolveringen gjennom økt samarbeid med tillitsvalgte og verneombud, både i pandemirelatert arbeid, men også generelt. Tjenestene har også et stort potensial for forbedringer i HMS-arbeidet. Selv om smittevern gjennom pandemien i økende grad har blitt inkludert i det systematiske HMS-arbeidet, er det mye mer som må gjøres for å unngå overbelastning på de ansatte. Overbelastning gir økt risiko for sykefravær, og høyere sykefravær øker risikoen for overbelastning blant de øvrige ansatte. Vi finner at symptomer på Covid-19 er årsak til mye av korttidssykefraværet og at muskel-skjelettlidelser, utslitthet av jobb, søvnløshet og belastningslidelser er årsak til mye av langtidsfraværet. Resultatene viser en tydelig sammenheng mellom høyere akkumulert belastning gjennom pandemien og svakt vurdert HMS-arbeid. Vi finner også at det er systematisk høyere andel sykepleiere som vurderer å slutte i helse- og omsorgstjenestene blant de som vurderer at HMS-arbeidet på egen arbeidsplass har svak kvalitet målt med ulike indikatorer.

UTARBEIDET AV

Solveig Osborg Ose

SIGNATUR

**KONTROLLERT AV**

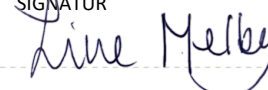
Silje L. Kaspersen

SIGNATUR

**GODKJENT AV**

Line Melby

SIGNATUR

**RAPPORT NR.**

2021:01311

ISBN

978-82-14-07691-2

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Forord

Høsten 2020 gjennomførte SINTEF en undersøkelse blant sykepleierne på oppdrag fra Norsk sykepleierforbund (NSF). Formålet var da å få mer kunnskap om hvordan pandemien påvirket tjenestene, brukere/pasienter og sykepleierne som arbeider i tjenestene. Våren 2021 foreslo Sintef at det burde gjennomføres en oppfølgingsstudie av de sykepleierne som besvarte denne undersøkelsen, da også med problemstillinger knyttet til sykepleiernes arbeidsmiljø i tillegg pandemirelaterte tema. Særlig ønsket vi en bred kartlegging av arbeidsmiljøet til sykepleiere, med en intensjon om mer langsiktig oppfølging av arbeidsbetingelser, belastning og systematisk vern av ansatte i de store offentlige tjenestene innen helse og omsorg.

NSF ønsket å være med på dette arbeidet, og valgte å finansiere prosjektet, og vi kom i gang rett før sommeren 2021. Datainnsamlingen ble gjennomført i løpet av september 2021 og datagrunnlaget var klart 11. oktober. Rapporten viser primært deskriptive fremstillinger, men også noen foreløpige funn fra statistiske analyser er tatt med i siste del av resultatene. Videre analyser og resultater vil publiseres i vitenskapelige artikler.

Sentio AS har som vanlig gjort en strålende jobb i datainnsamlingsarbeidet, og NSF har bidratt med informasjon fra medlemsregisteret og sendt informasjon og påminnelser til utvalget i forbindelse med datainnsamlingen.

Vi ønsker å rette en stor takk til alle som har svart på den omfattende spørreundersøkelsen som ligger bak datagrunnlaget som presenteres i rapporten, og til de i NSF som har vært med å utvikle spørsmålene og problemstillingene, særlig Nina-Merete Kristiansen som har vært vår kontaktperson i NSF for dette prosjektet.

29. november, Trondheim



Solveig Osborg Ose

dr.polit i samfunnsøkonomi/seniorforsker og prosjektleder i SINTEF

Innhold

Sammendrag og konklusjon	4
1 Innledning.....	9
1.1 Bakgrunn for prosjektet.....	9
1.2 Kunnskapsgrunnlag	10
1.3 Datagrunnlag og representativitet.....	12
1.4 Svarinngang og analyseutvalg	12
1.4.1 Representativitetsanalyse	13
1.4.2 Utvalgsskjevheter basert på informasjon fra T1 og respons T2	15
1.5 Situasjon på T2.....	19
1.5.1 Endring i arbeidssituasjonen siden baseline	19
1.5.2 Endring i type ansettelse.....	20
1.5.3 Fast og faktisk stillingsandel	20
1.5.4 Antall stillinger	21
1.5.5 Tilbud om utvidet stilling	22
1.5.6 Krav om oppsigelse av andre stillinger på grunn av koronasituasjonen	23
1.5.7 Fornøydhet med stillingsandel	23
1.5.8 Antall år hos nåværende hovedarbeidsgiver.....	25
1.6 Oppsummering	26
2 Resultater: Pandemirelaterte problemstillinger	27
2.1 Forberedt på økt smitte i tjenestene.....	27
2.2 Erfaring med brukere i ulike situasjoner	33
2.3 Vært smittet selv.....	35
2.4 Vaksinerings	35
2.5 Faktorer som bidrar til en krevende arbeidssituasjon.....	36
2.6 Sykepleiernes arbeidsbelastning og restitusjon i pandemien	38
2.7 Sykepleieledernes erfaringer i pandemien.....	40
2.7.1 Generelt gjennom pandemien.....	40
2.7.2 Endringer i samarbeidet med tillitsvalgte som følge av koronasituasjonen	41
2.7.3 Mer klinisk arbeid og tatt ut av lederrollen	44
2.7.4 Bruk av ufaglærte	44
2.7.5 Rammebetingelser for ledelse	45
2.7.6 Ekstraarbeid og kompensasjon	48
2.7.7 Arbeidsgivers risikovurdering	51
2.7.8 Inngåelse av lokale avtaler	52
2.8 Ansattrepresentanters erfaringer i pandemien	55
2.8.1 Involvering av ansattrepresentanter i ulike tiltak 2020 og 2021.....	55

2.8.2	Ordinære tariffbestemmelser fulgt	57
2.8.3	Arbeidsgivers risikovurdering	63
2.8.4	Inngåelse av lokale avtaler	63
2.9	Oppsummering	65
3	Resultater: Arbeidsmiljø og HMS	67
3.1	Bakgrunn	67
3.2	Arbeidsmiljø	67
3.2.1	Faktoranalyse	67
3.3	HMS-arbeid i helse- og omsorgstjenester	68
3.3.1	Smittevern som en del av det systematiske HMS-arbeidet før pandemien og i dag	68
3.3.2	HMS på arbeidsplassen	69
3.4	Bruk av bedriftshelsetjenesten	74
3.5	Oppsummering	79
4	Resultater: Helse og velferd	80
4.1	Helse og velferd	80
4.2	Smerter	81
4.3	Søvn	82
4.4	Kognitive utfordringer	83
4.5	Sykefravær	87
4.6	Planer fremover	91
4.7	Oppsummering	93
5	Resultater: Kvalitet på HMS-arbeidet, planer om å fortsette i yrket og nivå på selvurdert akkumulert belastning – er det en sammenheng?	94
5.1	Akkumulert arbeidsbelastning etter type ansatt	94
5.2	Er det en sammenheng mellom indikatorer for kvalitet på HMS-arbeidet i tjenestene og sykepleiernes fremtidsplaner?	95
5.3	Er det sammenheng mellom indikatorer for kvalitet på HMS-arbeidet i tjenestene og akkumulert belastning?	99
5.4	Er det sammenheng mellom akkumulert belastning og andel som vurderer slutte som sykepleier	101
5.5	Oppsummering	101
	Referanser	102
	Vedlegg, regresjonsresultater	106

Sammendrag og konklusjon

Bakgrunn

På oppdrag fra NSF gjennomførte SINTEF i perioden 22. september til 19. oktober 2020 (T1) en nasjonal kartlegging av erfaringer blant sykepleiere i koronapandemien (Melby et al. 2020). Etter dette det vært flere smittebølger i befolkningen, og før sommeren 2021 ble det besluttet at det skulle gjennomføres en ny kartlegging i samme utvalg som deltok på T1, men med færre tema knyttet til pandemien enn i den første kartleggingen, og med flere spørsmål knyttet til arbeidsmiljø, HMS og sykepleiernes helse og velferd. Oppfølgingsstudien ble gjennomført i september 2021 (T2). I denne rapporten presenteres resultater fra oppfølgingsstudien og vi sammenlikner utvikling på sentrale områder mellom surveytidspunktene T1 og T2 der det er relevant.

Datagrunnlag

Populasjonen var de 30068 sykepleierne som svarte på forrige undersøkelse, og av disse er det 11381 som inngår både på T1 og T2 (38 prosent). Responsraten totalt var på 43 prosent, men en del av disse var ikke i målgruppen for studien (dvs. ikke i arbeid i helse- og omsorgstjenester på undersøkelsestidspunktet). Utvalget har en tydelig aldersskjevhet da responsraten øker fra 24 prosent blant de under 25 år til 45 prosent blant aldergruppen 50-59 år, for så å gå ned til 17 prosent blant de eldste. Det er altså sykepleiere mellom 40 og 60 år som er best representert i datagrunnlaget. Ellers er det ingen tydelige skjevheter i utvalget. Det er 65 prosent av det endelige utvalget som oppgir at de arbeider heltid og 25 prosent som arbeider deltid, 4 prosent er sykmeldt på svartidspunktet, 3 prosent er deltidsstudenter og 2 prosent er delvis pensjonert.

Det er 95 prosent av de som var fast ansatt på T1 som også er det på T2. Blant de som oppgir detaljert informasjon om fast og faktisk stillingsandel, beregner vi at 75 prosent av utvalget faktisk arbeider tilsvarende full stilling eller mer. Det er blant de som arbeider 50-79 prosent stilling det er flest som ønsker høyere stilling enn de har (21 prosent), mens dette gjelder rundt ti prosent av sykepleiere i de andre stillingsprosentene.

Forberedthet i tjenestene på økt smitte

Resultatene fra forrige undersøkelse viste at det var langt flere som mente at arbeidsplassen var godt forberedt på økt smitte høsten 2020 enn de var ved inngangen til pandemien. Men oppfølgingsstudien viser en nedgang i andel som svarer at de var godt forberedt fra høsten 2020 til høsten 2021 i de fleste av indikatorene for forberedthet som er tatt med. Det er vanskelig å vurdere hva dette skyldes, om det er kravene til å si at de er godt forberedt som er endret fra sist, eller om det er slik at tjenestene i mindre grad var forberedt høsten 2021, enn de var høsten 2020. Det er de samme personene som svarer begge år.

Erfaring med smittesituasjoner

Nær halvparten (47 prosent) av sykepleierne i utvalget har erfaring med voksne brukere/pasienter som har testet positivt for coronaviruset, mens 25 prosent har erfaring med barn og unge som har testet positivt. Det var 15 prosent som hadde opplevd dødsfall med påvist covid-19 sykdom blant voksne tjenestemottakere, og tilsvarende tre prosent blant de som arbeider med barn og unge. For sykepleierne selv var det tre prosent som hadde vært påvist smittet og i isolasjon. Halvparten (51 %) hadde vært hjemme med luftveissymptomer, og seks prosent hadde opplevd å skulle vært i karantene, men fått fritak av arbeidsgiver for å gå på jobb (fem prosent i kommunene og syv prosent i spesialisthelsetjenesten). Over halvparten (50-60 prosent) svarer at de i stor eller svært stor grad har vært redde for å smitte egen

familie, brukere/pasienter og kollegaer. Rundt 15 prosent oppgir at pandemien har gjort arbeidet deres mer meningsfylt.

Akkumulert belastning gjennom pandemien

I denne undersøkelsen er sykepleiernes subjektive opplevelse av arbeidsbelastning og restitusjon i ulike perioder av pandemien kartlagt. Vi finner at 15 prosent av sykepleierne har hatt lavere opplevd arbeidsbelastning eller bedre restitusjon enn normalt, og 11 prosent oppgir at de ikke har hatt høyere arbeidsbelastning i forhold til restitusjon enn de vanligvis har. Resten av utvalget har en kombinasjon av arbeidsbelastning og restitusjon som tilsier at det er risiko for at det akkumuleres en overbelastning.

Hvordan risikoen for at de ansatte akkumulerer for stor arbeidsbelastning håndteres på den enkelte arbeidsplass, og av den enkelte arbeidsgiver, handler om hvor gode systemer og rammebetingelser for forebygging av helseproblemer blant ansatte som finnes. Det handler også om hvor godt ledelsen samarbeider med ansatte for å skape bærekraftige tjenester som står støtt gjennom pandemier og andre kriser. Når det gjelder rammebetingelser er det 32 prosent av sykepleierlederne i kommunene og 25 prosent av sykepleierlederne i spesialisthelsetjenesten som oppgir at de ikke har driftsbudsjett som er tilstrekkelig for å levere tjenester av tilfredsstillende kvalitet. Det er 30 prosent av sykepleierlederne som i oppgir at de ikke har tilgang på nok fagpersoner.

Vaksinering

Det var 1,3 prosent av utvalget som arbeidet klinisk som oppgav at de ikke ønsket vaksinen mot covid-19 på undersøkelsestidspunktet (september 2021). Årsakene kan være at de avventet vaksinering fordi de var gravide (flere oppgir at de vil ta vaksinen etter de har født), mens andre oppgav at de har vært smittet og ikke trenger vaksine, eller at de har vært smittet og fått én dose. Det er ingenting i datagrunnlaget som tyder på sterk vaksineskepsis i dette utvalget av sykepleiere.

Erfaringer blant sykepleierlederne

Når det gjelder de i overkant tusen respondentene som er ledere med personalansvar, svarte 41 prosent at de i stor eller svært stor grad har opplevd å ha nok kvalifisert personell siden starten av pandemien. Tilsvarende opplevde 39 prosent å bli involvert i beslutninger på høyere nivå, mens 60 prosent rapporterer at det har vært belastende å være leder under pandemien. Litt over halvparten (52 prosent) har opplevd at de har hatt kontroll på situasjonen underveis og 36 prosent svarte at de i stor eller svært stor grad har hatt budsjetttrammer til å håndtere koronasituasjonen. Rundt 17-18 prosent av lederne har opplevd endringer i kontakten med tillitsvalgte og verneombud, noe som var omtrent på nivå med undersøkelsen i 2020. Det var ikke systematiske forskjeller mellom sektorer eller tjenester i sannsynlighet for å ha opplevd endringer i samarbeidet med ansattrepresentanter.

Når det gjelder å føle seg ivaretatt av egen arbeidsgiver var det 39 prosent av lederne som i stor eller svært stor grad oppgav at de opplevde dette, mens 56 prosent av lederne opplevde at de selv var i stand til å ivareta sine egne ansatte. 40 prosent av lederne har jobbet mer klinisk enn vanlig under pandemien, og her var det heller ikke systematiske forskjeller i svarene avhengig av sektor eller type tjeneste. 29 prosent av sykepleierlederne svarte at de har brukt ufaglærte i større grad siste år. I 2020 var andelen 22 prosent. Rundt 30 prosent av lederne svarte at de i liten eller svært liten grad opplever å ha gode rammebetingelser, og dette gjaldt særlig kommunal sektor.

De fleste lederne jobbet mellom 35,5 og 44 timer per uke, mens 15 prosent jobbet 45-49 timer per uke. Det var 68 prosent av lederne med personalansvar og 46 prosent av lederne uten personalansvar som svarte at ukentlig arbeidstid har økt det siste året som følge av pandemien. 26 prosent av de som har jobbet mer under pandemien, har ikke fått ekstraarbeidet kompensert. Dette gjaldt særlig ledere med personalansvar i kommunehelsetjenesten. De fleste oppgav at dette skyldes at de har en ledende stilling (jf. aml. § 10-12 (1)) og/eller ikke krav på overtidsbetaling etter sin arbeidsavtale. Hele 23 prosent svarte også at de ikke visste hvorfor de ikke har blitt kompensert. Rundt 30 prosent av ledere med

personalansvar hadde inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i forbindelse med pandemi-situasjonen. Det var også mange som svarte "Vet ikke" når det gjaldt arbeidsgivers risikovurderinger ved endring av arbeidstider.

Det er sykepleierlederne med personalansvar som har den største akkumulerte belastningen i utvalget.

Erfaringer fra ansattrepresentanter

Undersøkelsen i 2021 (T2) viser nedgang i ansattrepresentanters involvering i ulike typer tiltak (beredskapsplaner, bemanningsplaner, omdisponering av personell, endringer i turnus/arbeidstid, smittevernprosedyrer, organisering av tjenester og planarbeid), med unntak av involvering i bruk av overtid generelt og i bruk av midlertidige stillinger/vikarbruk – der det var en relativt uendret andel fra 2020 til 2021 som svarte at de i stor eller svært stor grad har vært involvert. Over halvparten (55 prosent) av de tillitsvalgte svarte i 2020 at de ordinære tariffbestemmelsene i stor/svært stor grad ble fulgt, mens andelen sank til 46 prosent i 2021. Det var særlig få som svarte at tariffbestemmelsene er fulgt i legevakt (20 prosent), i somatiske sengeposter (26 prosent) og innen rehabilitering (27 prosent).

Når det gjaldt lovpålagte risikovurderinger av endring av arbeidstidsordninger var det 40 prosent av lederen som oppgav at dette ble gjort, mens kun 26 prosent av ansattrepresentantene rapporterte det samme. Det var like stor andel av ansattrepresentantene som blant ledere som svarte at det er inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i forbindelse med koronasituasjonen (30 prosent). Som for ledere svarer ansattrepresentantene at dette har vært mest utbredt i spesialisthelsetjenesten, særlig i intensiv-, anesthesi-, og i operasjonsavdelinger.

Arbeidsmiljø

Undersøkelsen inneholder en rekke spørsmål om arbeidsmiljø (COPSOQ III) og det er 7324 sykepleiere som har svart på disse spørsmålene. Datagrunnlaget skal analyseres videre i publiseringsarbeidet for å finne frem til hvilke forebyggende tiltak det vil være størst potensial i å gjennomføre i tjenestene. Foreløpige analyser viser at viktige dimensjoner i arbeidsmiljøet handler om travelhet og stress, muligheter for påvirkning av egen arbeidssituasjon, fornøydhet med arbeidsplass og leder, kollegastøtte og hvor trygg jobben oppleves å være. Men det handler også om mobbing, konflikter, vold og trusler, og det å utsettes for urettmessig kritikk. Andre tema som må undersøkes grundig er digitale krenkelser, alenarbeid, arbeidsoppgaver som er i strid med personlige verdier, grad av variasjon i arbeidet, hvordan privatlivet påvirker arbeidsevnen, om de får tilstrekkelig opplæring etc.

HMS

Det er også inkludert flere spørsmål om HMS-arbeidet som gjøres på arbeidsplassene til sykepleierne. Et tydelig funn er at mange flere opplever at smittevern nå er en del av det systematiske HMS-arbeidet (75 prosent) sammenliknet med før koronasituasjonen (34 prosent). Det kan derfor se ut som pandemien har gjort HMS mer aktuelt når det gjelder smittevernsarbeid.

Det er 63 prosent som svarer at det er tydelig hvem som er ansvarlig for arbeidsmiljøforhold på arbeidsplassen deres, mens rundt 42 prosent svarer at arbeidsgiver regelmessig gjennomgår arbeidsmiljøforholdene og vurderer risikoen for sykdom eller ulykker i arbeidet og omtrent tilsvarende andel på de øvrige spørsmålene om samme tema. HMS-arbeidet ser på svarene fra utvalget til å være noe bedre i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene, men generelt er det mangelfullt HMS-arbeid i alle tjenestene.

Bedriftshelsetjenesten (BHT)

BHT skal bidra til å forebygge arbeidsmiljøproblemer og hindre negative konsekvenser av arbeid på ansattes helse og velferd, på kort og lang sikt. Det er derfor viktig å undersøke hvordan bedriftshelsetjenesten brukes av sykepleiere og andre i helse- og omsorgstjenestene. Vi finner at 47 prosent av sykepleierne uten lederfunksjoner ikke vet hvordan de skal komme i kontakt med BHT. Blant ledere uten personalansvar, svarer hver tredje at de ikke vet hvordan de kommer i kontakt med BHT.

Lederne vet naturlig nok oftere hvordan de skal komme i kontakt med BHT, så totalt i utvalget er det 42 prosent som svarer at de ikke vet hvordan de skal komme i kontakt med BHT. Andelen er 46 prosent i kommunehelsetjenesten, 39 prosent i spesialisthelsetjenesten og 44 prosent i andre tjenester (stort sett privat sektor).

For å undersøke om det er behov for BHT i tjenestene, har vi spurt om hvilke behov sykepleierne har hatt for bistand fra BHT under pandemien. Halvparten av de 4464 sykepleierne i utvalget som har svart på dette, svarer at de hadde trengt individuell samtale om arbeidsmiljø (fysisk, psykososialt og emosjonelt), mens 43 prosent svarer at de hadde trengt individuell samtale om arbeidsbelastning. Det er også 43 prosent som svarer at de burde hatt gruppeprosess i avdelingen på risikovurdering om HMS. Det er altså et stort potensial for økt involvering av BHT i tjenestene. Helse- og omsorgssektoren har behov for BHT, og det må undersøkes hvor godt bedriftshelsetjenestene er dimensjonert - både i forhold til antall ansatte i helse- og omsorgssektoren, og de arbeidsmiljøutfordringene det er kjent at denne sektoren har.

Helse og velferd

Sykepleierne i utvalget vurderer generelt sin helse til å være god, meget god eller utmerket (totalt 87 prosent), men det er 12 prosent av utvalget som sliter mye med muskel- og skjelettplager, og 18 prosent som har mye vondt i hodet. Det er flere som svarer at de sover mindre enn 6 timer etter koronapandemien kom til landet, sammenliknet med før, så for noen sykepleiere har pandemien ført til mindre søvn. En mindre gruppe oppgir at de sover mye dårligere enn før (5 prosent) og mange sover litt dårligere (24 prosent). Mange i utvalget oppgir at de hele eller deler av tiden har dårlig samvittighet og skyldfølelse (42 prosent), og nesten like mange sliter med konsentrasjonsproblemer (39 prosent).

Det er 59 prosent av utvalget som har hatt sykefravær det siste halve året som ikke skyldes syke barn. Av disse er det 36 prosent som svarer at hovedårsaken til sykefraværet var symptomer på Covid-19, mens 3 prosent har hatt sykefravær på grunn av Covid-19 sykdom. Det er 27 prosent som har hatt sykdommer i luftveiene og 24 prosent muskel og skjelettlidelser. Det er 17 prosent av de som har hatt sykefravær siste halve år som svarer at årsaken er 'Utslitt av jobb', mens 12 prosent svarer at søvnløshet var årsaken, mens 11 prosent oppgir andre fysiske lidelser i kroppen eller belastningslidelser (10 prosent).

Vurderer å slutte som sykepleier

Høsten 2020 var det totalt 7,4 prosent som oppgav at de enten ville vurdere å slutte i sykepleieryrket når pandemien er over (5,8 prosent) eller at de ville skifte til arbeidsplass utenfor helse- og omsorgstjenestene (1,6 prosent). Ett år senere var det 6,2 prosent som enten vurderer å slutte i sykepleieryrket når pandemien er over (4,8 prosent) eller ønsker seg vil ut av helse- og omsorgssektoren (1,4 prosent). Denne nedgangen kan skyldes at mange av de som vurderte å slutte i 2020 allerede har sluttet, eller at det er en reell nedgang i andel som vurderer å slutte mellom de to målepunktene. Det er 12 prosent som svarer at de har endret planene for sin videre yrkeskarriere som følge av pandemisituasjonen, men også ytterligere 15 prosent som svarer at de ikke vet om de vil endre planene sine 15 prosent.

Sammenhengen mellom kvalitet på HMS-arbeidet, ønske om å slutte i jobben og akkumulert belastning

Rapporten inneholder først og fremst resultater fra undersøkelsen som er gjennomført høsten 2021, med informasjon fra resultatene fra undersøkelsen høsten 2020 der det er relevant. I siste kapittel av rapporten har vi startet eksplorerende analyser av sammenhengene mellom HMS-arbeid på arbeidsplassen, og andel sykepleiere som vurderer å slutte i jobben og risikoen for akkumulert belastning. Vi finner at det er statistisk signifikante sammenhenger som må utforskes videre. Svakt vurdert HMS-arbeid er systematisk korrelert med høyere sannsynligheten for at sykepleiere vurderer å slutte i jobben. Et svakt vurdert HMS-arbeid korrelerer også systematisk med et høyere nivå på den akkumulerte belastningen til de ansatte.

Konklusjon

Rapporten inneholder resultater fra to spørreundersøkelser som er besvart av et utvalg på 11318 sykepleiere i september 2020 og i september 2021.

Resultatene viser at helse- og omsorgstjenestene har stort potensial for å øke ansattinvolveringen gjennom økt samarbeid med tillitsvalgte og verneombud, både i pandemirelatert arbeid, men også generelt. Tjenestene har også et stort potensial for forbedringer i HMS-arbeidet. Selv om smittevern gjennom pandemien i økende grad har blitt inkludert i det systematiske HMS-arbeidet, er det mye mer som må gjøres for å forebygge overbelastning på de ansatte.

Kombinasjonen med høy arbeidsbelastning (enten på grunn av syke pasienter/brukere, frykt for å smitte andre uten at de vet at de er smittet, har måttet ta mange tester, brukt smittevernutstyr det er slitsomt å jobbe med, ekstraoppgaver knyttet til desinfisering av alle flater, bekymrede pårørende, lav bemanning, arbeidsmiljøutfordringer etc.) og at fritiden ikke har gitt nødvendig restitusjon (lite sammen med familie, venner, få kulturopplevelser, amputert ferie, mange ekstravakter etc.) bidrar til sammen med at det akkumuleres en belastning som før eller senere typisk ender i et sykefravær for å få nødvendig restitusjon. Sykepleierne i utvalget rapporterer om høyere arbeidsbelastning og lavere restitusjon enn normalt gjennom hele pandemien.

Sykepleiere med personalansvar oppgir høyest akkumulert belastning. Omtrent 30 prosent av alle sykepleierledere oppgir at de ikke har rammebetingelser (budsjettramme og tilgang på fagpersoner) som er tilstrekkelig til å levere tjenester av tilfredsstillende kvalitet.

Overbelastning gir økt risiko for sykefravær, og høyere sykefravær øker risikoen for overbelastning blant de øvrige ansatte. Vi finner at symptomer på Covid-19 er årsak til mye av korttidssykefraværet og at muskel-skjelettlidelser, utslitthet av jobb, søvnløshet og belastningslidelser er årsak til mye av langtidsfraværet blant sykepleiere.

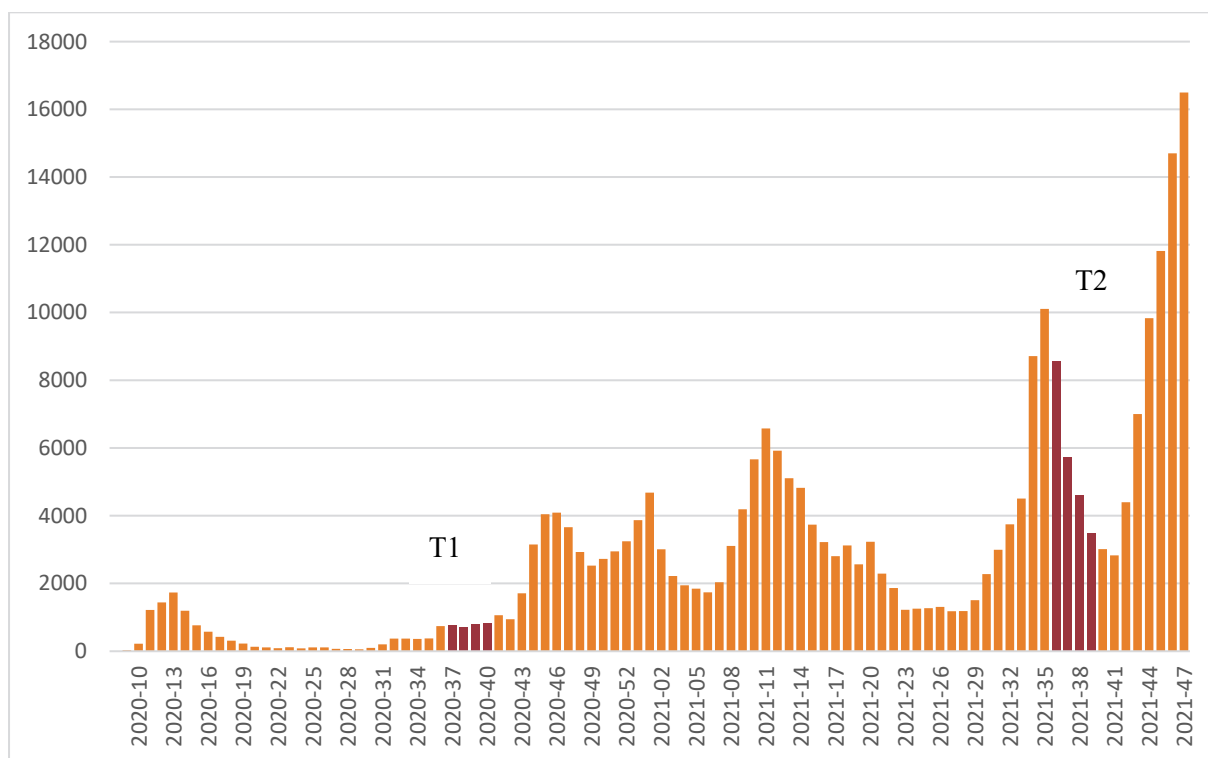
Resultatene viser en tydelig sammenheng mellom høyere akkumulert belastning gjennom pandemien og svakt vurdert HMS-arbeid. Vi finner også at det er systematisk høyere andel sykepleiere som vurderer å slutte i helse- og omsorgstjenestene blant de som vurderer at HMS-arbeidet på egen arbeidsplass har svak kvalitet.

1 Innledning

I dette kapittelet beskrives motivasjonen og bakgrunnen for prosjektet, datainnsamlingen og representativiteten i utvalget.

1.1 Bakgrunn for prosjektet

På oppdrag fra NSF gjennomførte SINTEF i perioden 22. september til 19. oktober 2020 en nasjonal kartlegging av erfaringer blant sykepleiere i koronapandemien (Melby et al. 2020). Som figur 1.1 viser, har det etter dette vært flere bølger av smitte, og det ble besluttet at det skulle gjennomføres en ny kartlegging i samme utvalg som deltok på T1, men med færre tema knyttet til pandemien enn i den første kartleggingen og flere spørsmål knyttet til arbeidsmiljø og arbeidsbetingelser for sykepleiere generelt – dvs. ikke nødvendigvis relatert til pandemisituasjonen. Figur 1.1 viser smittesituasjonen på oppfølgingstidspunktet T2, med en nedgang i den femte bølgen nasjonalt før det igjen har vært en økning.



Figur 1.1

Antall meldte covid-19 tilfeller etter prøvetakingsdato og tidspunkt for datainnsamlingen. Kilde: MSIS, FHI

1.2 Kunnskapsgrunnlag

Det ligger utenfor rammene å gjøre et systematisk litteratursøk i dette prosjektet, men vi beskriver noen relevante studier. Etter rapportarbeidet skal det utarbeides vitenskapelige artikler som skal publiseres internasjonalt basert på datagrunnlaget fra T1 og T2. Da er problemstillingene smalere, og det vil gjøres dypere litteratursøk på de spesifikke temaene som analysene omhandler. Men det er interessant å se på hvilke problemstillinger som har fått oppmerksomhet av forskning som er publisert internasjonalt gjennom pandemien.

Et søk i PubMed på "Covid-19 nurs*" (trunkering (*) for å dekke -ing, -es, -e) gir 2299 treff, fordelt på 971 fra 2020 og 1507 fra 2021. Blant disse er det 116 oppsummeringsartikler, der 28 er systematiske litteratursøk og 97 er andre typer litteratursøk.

Sykepleieryrket handler om behandling og oppfølging av pasienter og brukere med ulike sykdommer og livssituasjoner, og det kliniske arbeidet har naturlig stor plass også i forskningslitteraturen. Grovt kan vi skille mellom forskning som handler om pasienter/brukere/tjenester og forskning som handler om sykepleiere som ansatte i tjenestene. Først viser vi hva de 28 systematiske litteraturgjennomgangene handler om, og pandemirelatert forskning på pasienter/brukere og tjenester inkluderer:

- Beskrivelse av symptomer og utfall blant pasienter med Covid-19 sykdom (Keller, Reangsing, and Schneider 2020; Taheri et al. 2021).
- Håndtering av kroniske smertepasienter i pandemien (de Moraes É et al. 2021).
- Risiko for alvorlig sykdom ulike pasientgrupper (Yu et al. 2021; Saragih, Saragih, et al. 2021; Saragih, Advani, et al. 2021).
- Tradisjonell kinesisk medisin som komplementærbehandling mot Covid-19 (Wu et al. 2021)
- Effekt av vaksine blant ulike pasientgrupper (Almasri and Holtzclaw 2021).
- Prevalens av Covid-19 i ulike befolkningsgrupper, sosiodemografi og sykdomsbyrde (Moore 2021; Green, Fernandez, and MacPhail 2021).
- Barrierer for å tilby grunnleggende helsehjelp gjennom pandemien (Whear et al. 2021)
- Bruk av teknologi under pandemien, prioritering og sortering på avstand (remote triage) (Lewinski et al. 2021).
- Overlevelse av alvorlig sykdom (survivorship) (Kean et al. 2021).
- Sykepleierledet familie-intervensjoner i intensivtjenester (Kiwanuka et al. 2021).
- Konsekvenser av bruk av ventilator blant Covid-19 pasienter (Isac, Samson, and John 2021).
- Beskyttende faktorer for negative konsekvenser av sosial isolasjon blant unge (Preston and Rew 2021).
- Vaksineintensjon første år av pandemien blant helsepersonell og i befolkningen globalt (Al-Amer et al. 2021).

Forskning på sykepleiere som ansatte i de systematiske litteraturgjennomgangene handler om:

- Effekt av bruk av personlig smitteverneutstyr i pandemien (MacIntyre and Chughtai 2020; Galanis et al. 2021a).
- Psykiske helseproblemer blant helsepersonell i pandemien (Fernandez et al. 2020; Saragih, Tonapa, et al. 2021; Xu, Stjernswärd, and Glasdam 2021; Labrague 2021).
- Måling av antistoffer mot SARS-CoV-2 i serumprøver (seroprevalens) blant helsearbeidere (Galanis et al. 2021c; He et al. 2021).
- Sykepleiernes erfaring og belastning fra arbeid med pasienter med Covid-19 sykdom (Joo and Liu 2021).
- Risikofaktorer for utbrenthet blant sykepleiere i pandemien (Galanis et al. 2021b).
- Erfaringer og behov blant sykepleierstudenter i pandemiutbrudd (Goni-Fuste et al. 2021).

De 97 andre litteraturoppsummeringene handler blant annet om hvordan pandemien påvirker ulike pasientgrupper, som for eksempel kreftpasienter (Paterson, Gobel, et al. 2020; Yackzan and Mahon 2021; Yackzan and Shah 2021; Zenville et al. 2021), hjertepasienter (Veer, Kumar, and Ivanova 2020; Khan 2021), pasienter med nyresvikt (Wright 2020), pasienter i palliativ behandling (Rosa and Davidson 2020; Allen Watts et al. 2021), og i døgner rehabilitering (Camicia, Cournan, and Rye 2021) og multisystemisk respons til koronaviruset (Ashraf et al. 2020). Noen publikasjoner handler mer om direkte medisinske råd til sykepleiere under pandemien (Perkins et al. 2021).

Hvordan ulike teknologiske løsninger i helsesektoren har fungert under pandemien utgjør en annen del av litteraturen (Andrews et al. 2020; Paterson, Bacon, et al. 2020). Det er studert hvordan sykepleiere har bidratt til at det er tatt i bruk videokonferanseutstyr mellom sosialt distanserte familier og døende kjære og hvordan det har fungert (Billingsley 2020), det er sett på ulike apper som handler om sporing og symptom-monitorering (John Leon Singh, Couch, and Yap 2020) eller oppfølging ved hjelp av teknologi av ulike pasientgrupper som hjertepasienter (Neubeck et al. 2020), mennesker med psykisk lidelser (Murphy et al. 2021), kreftpasienter (Kaye, Rosen-Zvi, and Ron 2020) og barn (Alebrahim-Dehkordi et al. 2021).

Det er videre en del av litteraturen som handler om effekt av de ulike smitteverntiltakene som er iverksatt. Bruk av ansiktsmaske for å forebygge spredning av Covid-19 generelt i befolkningen og blant helsepersonell er studert (Abboah-Offei et al. 2021), effekt av karantene (Maples 2020), hvordan sykepleierne med smittevernutstyr bør kommunisere med pasienter (McCarthy, O'Donovan, and Trace 2021), konsekvenser av besøksrestriksjoner i tjenestene (Hugelius, Harada, and Marutani 2021), og etter hvert vaksineadministrasjon og vaksiner (Gordon, Porteous, and Unsworth 2021). En av litteraturgjennomgangene handler om konsekvenser av bruk av smittevernutstyr for ansatte som hodepine, ubehagelig varme, hudskader, problemer med stemme, brystmerter og kortpusthet (Unoki et al. 2021). Det er også noen som har sett på hvordan ulike kriseplaner har fungert i praksis (Hardt DiCuccio et al. 2020).

Som i de systematiske litteraturgjennomgangene handler gjennomgangene som ikke er like systematiske, om ulike pasientgrupper og Covid-19 sykdom. Det er studier som handler om behandling av Covid-19 pasienter generelt (Snawerdt et al. 2020; Ashraf, Virani, and Cheema 2021), men også ulike pasientgrupper, som for eksempel nyfødte (Green et al. 2020; Montes and Herranz-Rubia 2020).

Det meste av forskningen er lokalisert til sykehus, men det finnes noen studier som gjelder utenfor sykehus, særlig innen demensomsorg (Bolt et al. 2021; Cousins, de Vries, and Dening 2021).

Når det gjelder sykepleiere som ansatte, inneholder de ikke-systematiske gjennomgangene studier av motstandsdyktighet i pandemisituasjonen (Baskin and Bartlett 2021), og denne forskningen har nær sammenheng med det som er gjort på psykiske helseproblemer og utbrenthet blant sykepleierne (Janeway 2020). Det finnes også noen litteratursammenstillinger på Covid-19 og graviditet, noe som er relevant for mange sykepleiere i fertil alder. Det vises til forskning som tyder på at gravide har noe høyere risiko for alvorlig forløp enn kvinner som ikke er gravide, og at risikoen øker utover svangerskapet, trolig fordi hjerte og lunger får økt belastning når barnet vokser og tar større plass (de Oliveira et al. 2021).

I noen tilfeller handler studiene både om pasienten/brukerne/tjenestene og om sykepleierne. For eksempel handler sykepleierledelse i pandemien både om å sikre gode helsetjenester for pasientene og om forebygging av negative konsekvenser av belastningen pandemien medfører for sykepleiere (Hofmeyer and Taylor 2021).

En interessant artikkel handler om moralsk skade, og denne er inne på dette med at en akkumulert belastning kan ende i en ganske alvorlig situasjon om det ikke forebygges (Čartolovni et al. 2021). Dette er også relevant for koblingen til det forebyggende HMS arbeidet som vi kommer tilbake til i kapittel 5.

Forskningsoppsummeringer har også forsøkt å koble klimaendringer til pandemien og sykepleiernes rolle i begge tema, men litteraturgjennomgangen gir foreløpig ingen treff (Zang et al. 2021).

Det er ikke enkelt å vurdere hvorvidt forskningen som er beskrevet i litteraturgjennomgangene er drevet av sykepleiere eller medisinere, og en av oppsummeringsartiklene handler om at sykepleierledet forskning i pandemien er fraværende (få publiseringer og få prosjekter), og de foreslår at profesjonen må øke lobbyvirksomheten inn mot beslutningstakere for å få mer sykepleierledet forskning og dermed oppnå forsterket pandemiinnsats (Castro-Sánchez et al. 2021).

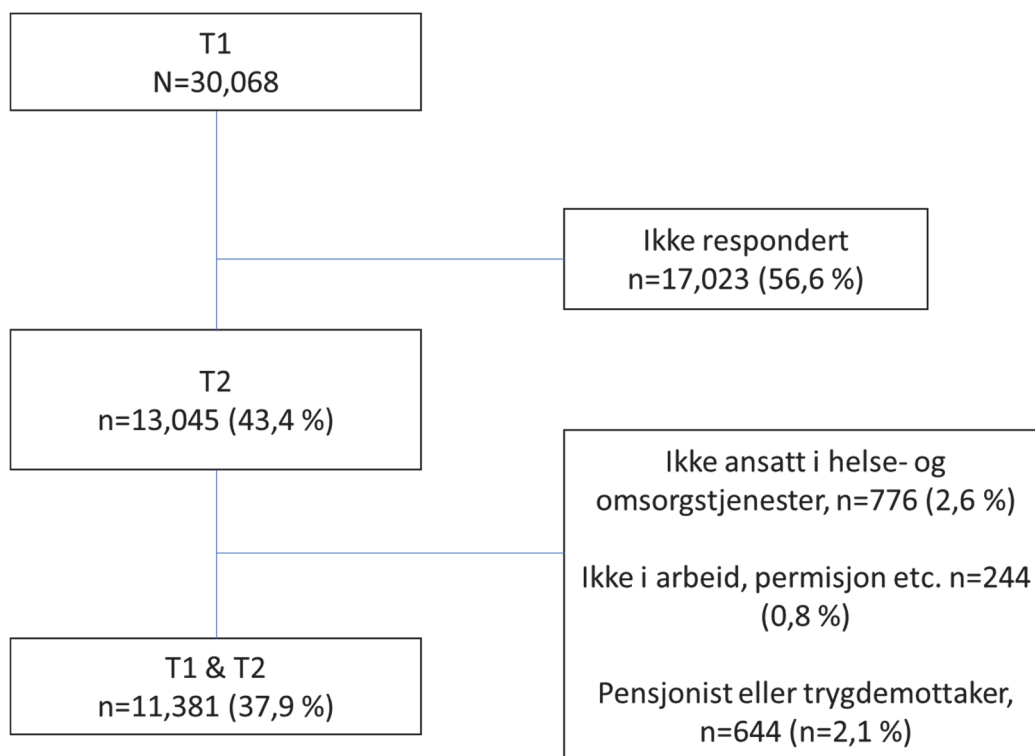
Hvorvidt de ulike profesjonene i tillegg til klinisk forskning skal forske på seg selv, kan diskuteres - men som det kommer frem senere i denne rapporten er det et stort behov for å få på plass et bedre og systematisk vern for de mange ansatte i helse- og omsorgstjenestene i landet, både i kommunene og i spesialisthelsetjenestene. Som vi viser i kapittel fem, henger risiko for overbelastning av sykepleiere og intensjon om å gå ut av yrket nøye sammen med hvordan arbeidsgiverne prioriterer HMS-arbeidet, funn som forøvrig støttes av de få studiene fra vestlige land som finnes på dette temaet (Palumbo et al. 2010).

1.3 Datagrunnlag og representativitet

SINTEF utviklet spørsmålene til oppfølgingsstudien i samarbeid med NSF i løpet av juni og august 2021. Sentio AS er leverandør av den tekniske løsningen og datainnsamlingen ble gjennomført i løpet av september 2021. Populasjonen er de som svarte på undersøkelsen på T1 og utvalget i denne rapporten er de som har svart både på T1 og T2, altså september 2020 og september 2021. På grunn av pandemisituasjonen og belastningen dette medfører for helsepersonell generelt, valgte vi kun å sende ut én påminnelse.

1.4 Svarinngang og analyseutvalg

Som vist i figur 1.2 er det 43,4 prosent av populasjonen som respondert på undersøkelsen, og av disse er 87,2 prosent (11381 av 13045) i målgruppen for studien.



Figur 1.2 Populasjon og utvalg

1.4.1 Representativitetsanalyse

Analyser av representativitet av utvalget på T1, viste litt skjev kjønnsfordeling, der menn i noe mindre grad enn kvinner hadde deltatt. Høyeste svarprosent ble oppnådd i aldergruppen 50-65 år, der 39 prosent responderte. Det var også signifikante forskjeller i fullføringsgrad etter alder, der økende alder systematisk gav høyere sannsynlighet for fullføring. Utvalget var derfor skjevt i den forstand at de med lengst erfaring i større grad har deltatt og fullført. På T1 fant vi ikke systematiske skjevheter i responsraten etter tariffområde, bransje, sektor eller geografi. Tabell 1.1. viser antall og andel i og utenfor målgruppen på tidspunkt T2.

Tabell 1.1 Hva er din nåværende situasjon? Identifikasjon av målgruppe for studien

	Målgruppe og har besvart	Ikke i målgruppe	Total	Andel i målgruppe
I arbeid -heltid	7444	3	7447	100
I arbeid -deltid	2808	2	2810	100
Student på heltid (arbeider ikke)	0	146	146	0
Student på deltid (arbeider deltid)	379	0	379	100
Pensjonert på heltid	0	153	153	0
Pensjonert delvis (arbeider deltid)	248	0	248	100
Lønnet permisjon	0	200	200	0
Ulønnet permisjon	0	34	34	0
Sykmeldt	502	1	503	100
Arbeidsledig	0	13	13	0
Mottar arbeidsavklaringspenger	0	39	39	0
Er uføretrygdet	0	9	9	0
Annet	0	1064	1064	0
Total	11381	1664	13045	94

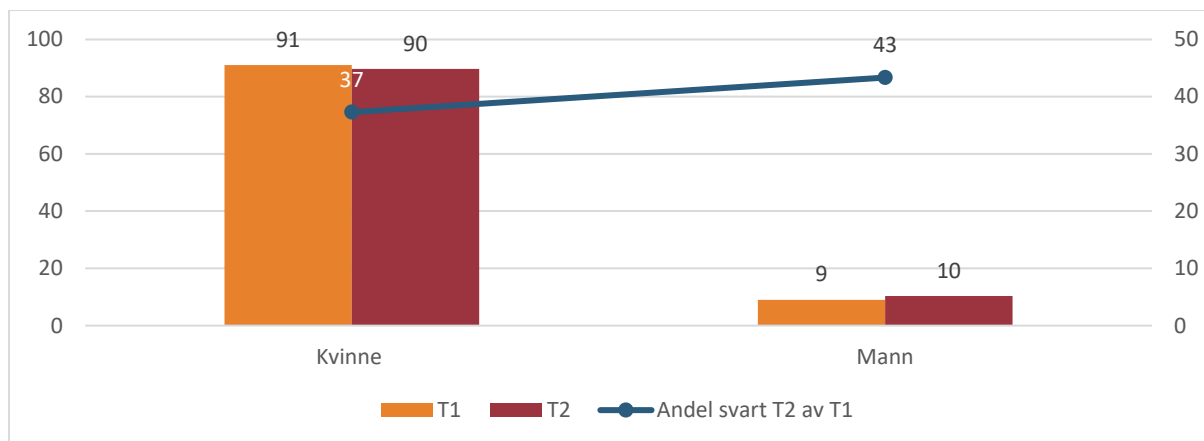
Hele populasjonen på 30 068 var i arbeid innen helse og omsorg høsten 2020, men de som ikke lenger er i arbeid eller som i 2021 arbeider utenfor helse- og omsorgstjenestene er utenfor målgruppen for studien.

Kjønnsfordeling på T1 og T2 er vist i tabell 1.2.

Tabell 1.2 Antall og prosent etter kjønn på T1 og T2.

	T1		T2	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Kvinne	27360	91	10207	90
Mann	2709	9	1174	10
Totalt	30070	100	11381	100

Som vist i figur 1.3 er responsraten 43 prosent blant mannlige sykepleiere og 37 prosent blant kvinnelige sykepleiere. Utvalget som har svart både på T1 og T2 er dermed ikke skeivfordelt på kjønn, slik det var tendenser til på T1.

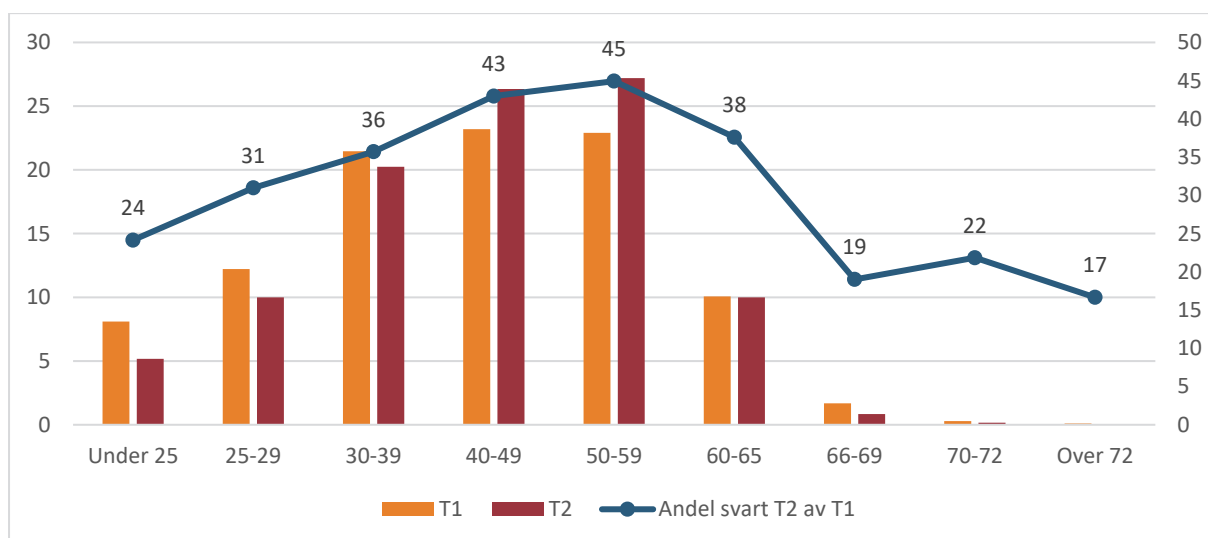


Figur 1.3 Prosentfordeling på kjønn T1 og T2 og andel svart på T2 av de som svarte på T1.

Aldersfordelingen vises i tabell 1.3 og i figur 1.4. Det er høyest responsrate blant aldersgruppen 50-59 år (45 prosent) og lavest blant de over 65 år.

Tabell 1.3 Antall og prosent etter aldersgruppe på T1 og T2.

	T1		T2	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Under 25	2435	8	588	5
25-29	3673	12	1138	10
30-39	6452	21	2304	20
40-49	6975	23	2998	26
50-59	6886	23	3095	27
60-65	3026	10	1138	10
66-69	505	2	96	1
70-72	87	0	19	0
Over 72	30	0	5	0
Totalt	30069	100	11381	100



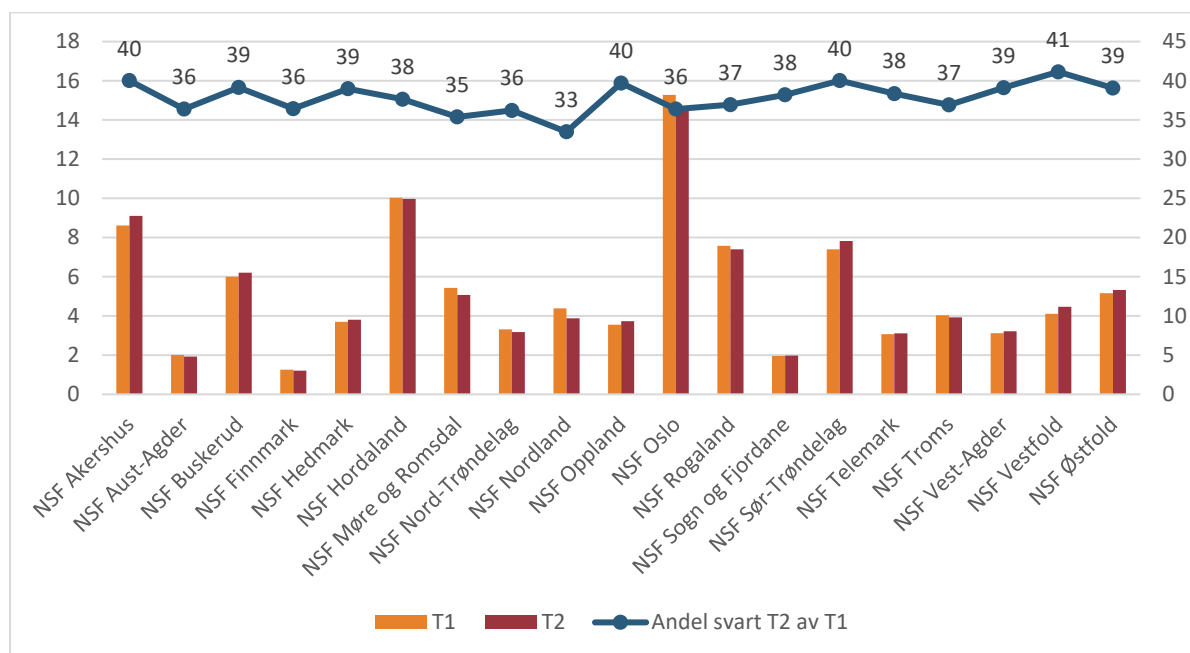
Tabell 1.4 Prosentfordeling på aldersgrupper T1 og T2 og andel svart på T2 av de som svarte på T1.

Det er en høyere andel fra helseforetak på T2 (46 prosent) sammenliknet med T1 (43 prosent), og tilsvarende lavere andel i privat sektor, fra å utgjøre 17 prosent av utvalget på T1 til 12 prosent på T2. Kommunene utgjorde 36 prosent på T1 og 38 prosent på T2.

Tabell 1.5 Tariffområde T1 og T2.

	T1		T2		Andel svart T2 av T1 og er i målgruppen
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	
KS	10743	36	4304	38	40
NHO, Pleie- og omsorgsoverenskomsten	182	1	65	1	36
Oslo kommune	876	3	334	3	38
Spekter (helseforetak)	13030	43	5273	46	40
Annet	5238	17	1405	12	27
Totalt	30069	100	11381	100	38

Som vist i figur 1.6 er det høyest responsrate blant medlemmer i Vestfold (41 prosent) og lavest i Nordland (33 prosent).

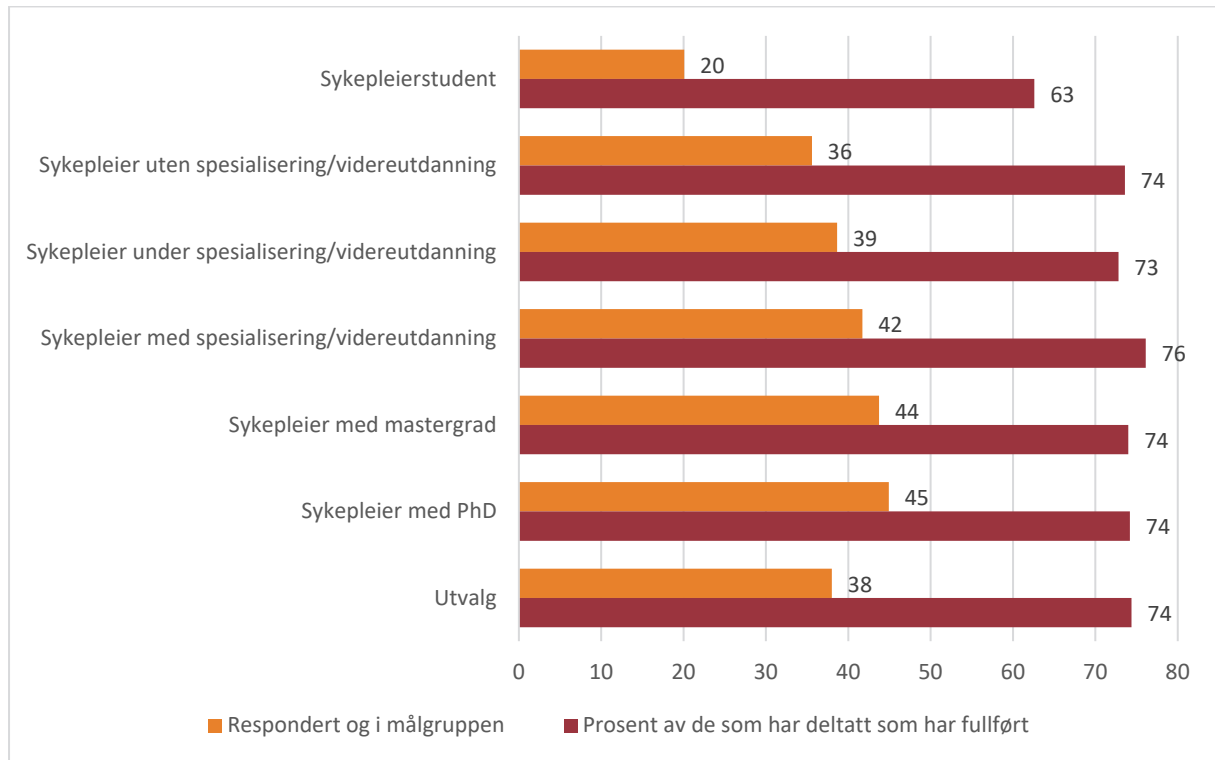


Tabell 1.6 Prosentfordeling på fylkeslag T1 og T2 og andel svart på T2 av de som svarte på T1 og er i målgruppen.

1.4.2 Utvalgsskjevheter basert på informasjon fra T1 og respons T2

Selv om det ikke observeres betydelige skjevheter i utvalget basert på informasjon fra medlemsregisteret til NSF, kan det være andre skjevheter ved at de som responderer har en bestemt oppfatning om temaene det spørres som de vil dele. Representativitet kan derfor variere etter tema, og må vurderes eksplisitt i de enkelte analysene som gjøres av datagrunnlaget. Det er også slik at en del faller av utover i skjemaet, og dette forsterker skjevheten i alderssammensetningen i utvalget, da det er de eldste som i størst grad svarer på alle spørsmålene. Det er 79 prosent som fullfører blant sykepleiere mellom 60 og 65 år, og 68 prosent blant de under 25 år. Hva dette skyldes er vanskelig å svare på, men temaene som er inkludert er kanskje mer interessant blant voksne sykepleiere enn blant de yngre.

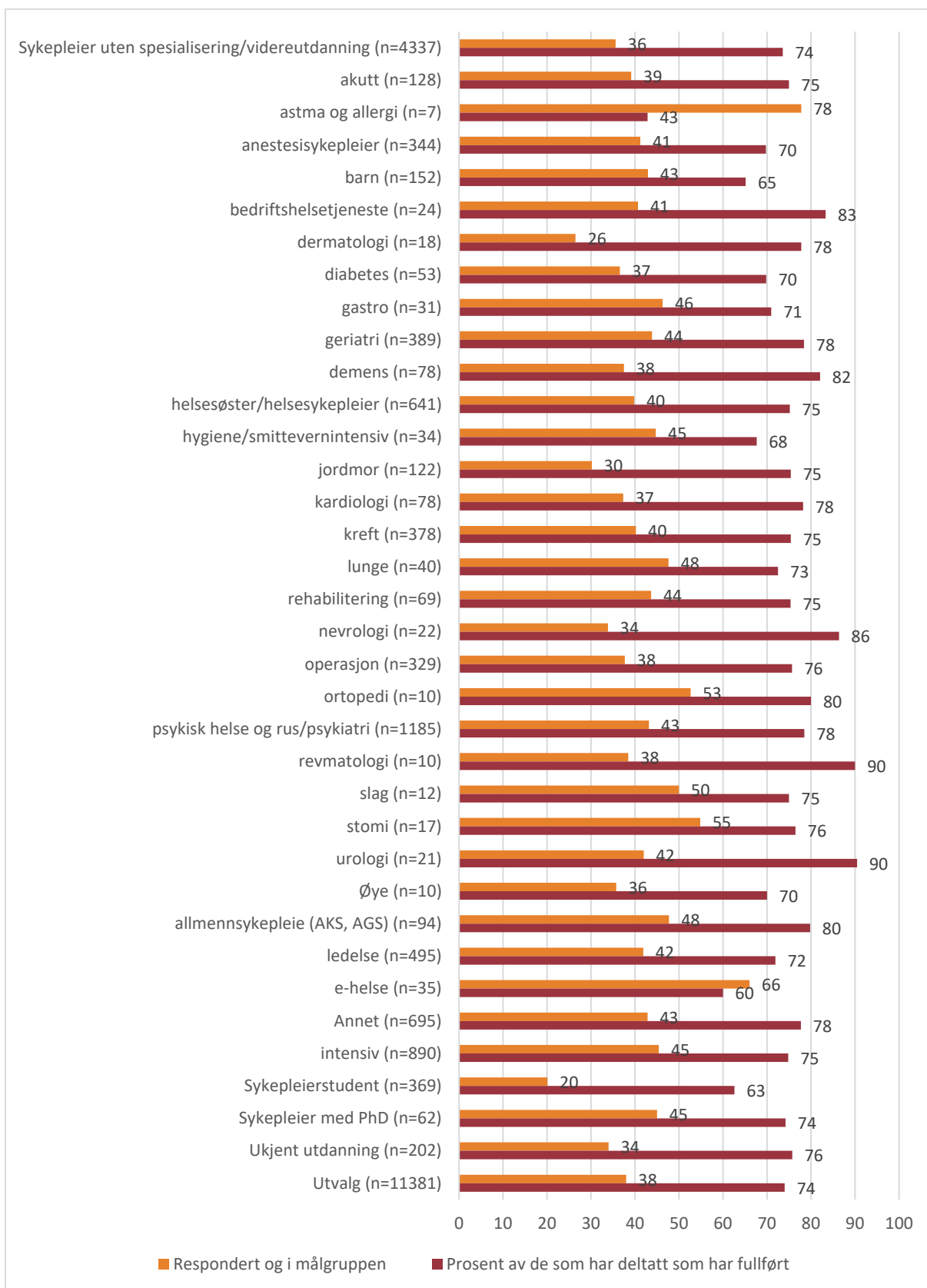
Som vist i figur 1.4, øker svarprosenten med økt utdanning. Det 36 prosent blant sykepleiere uten spesialisering/videreutdanning som har deltatt, mens andelen av sykepleierne med PhD er 45 prosent. Det er ikke stor forskjell på andelen som har fullført hele undersøkelsen etter utdanning, med unntak av studentene som ligger lavest med 63 prosent, mens i de andre utdanningsgruppene har 73-76 prosent fullført.



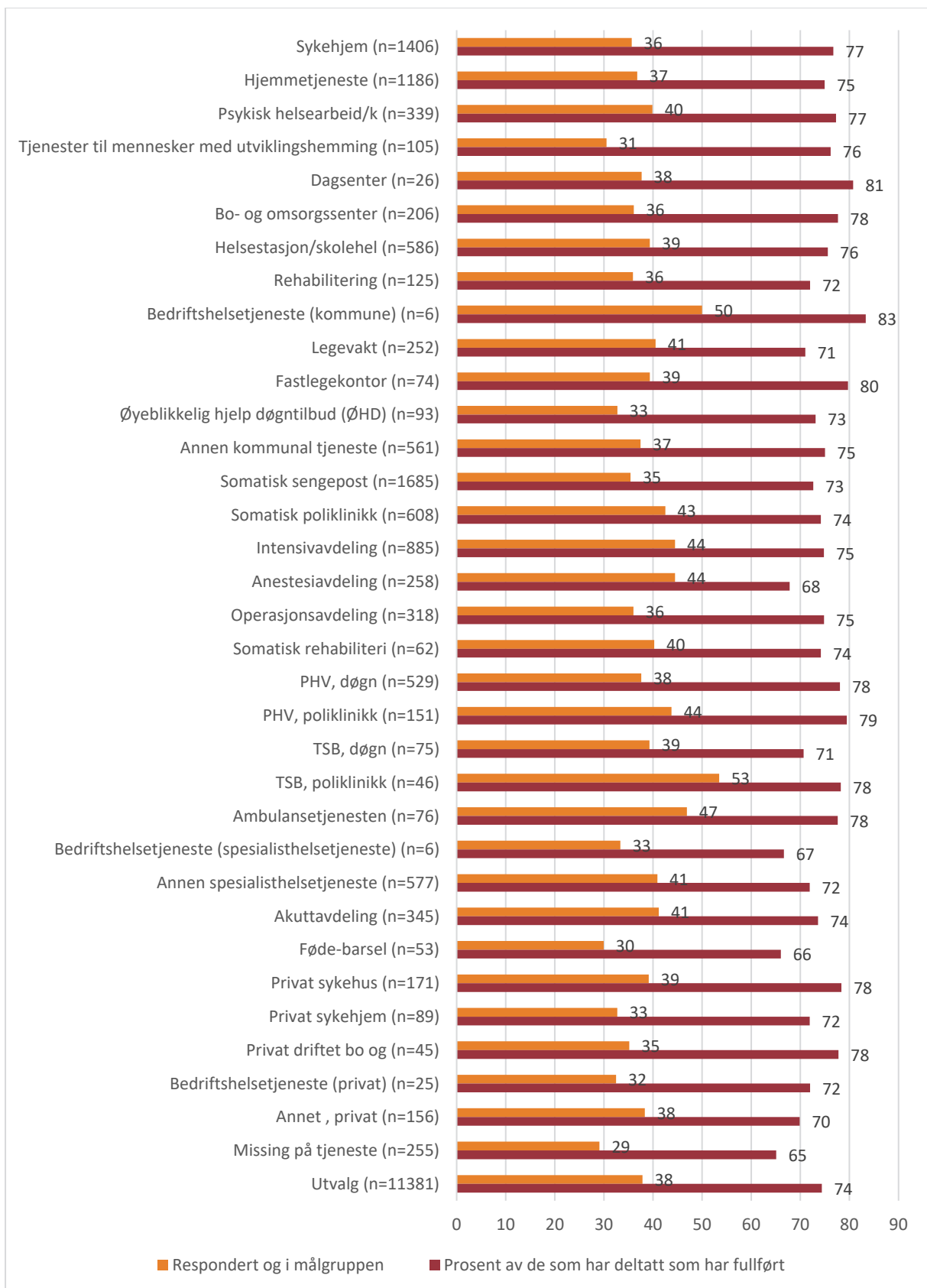
Figur 1.4 Hvilken utdanning har du/holder du på med? T1 og svar på T2.

Det er også variasjon i svarinnngang mellom ulike utdanningsgrupper, og som vist i figur 1.5 er det de som har spesialisering innen astma og allergi som har høyest responsrate blant de i målgruppen (78 prosent), men figuren viser også at dette er den minste utdanningsgruppen med 9 personer i populasjonen og 7 som har deltatt på T2. Blant de større gruppene som for eksempel psykisk helse og rus/psykiatri er det 43 prosent som har respondert og 78 prosent av disse som har fullført hele undersøkelsen, mens svarprosenten blant intensivsykepleieren er 45 prosent og 75 prosent som har fullført.

Figur 1.6 viser svarinnngang og fullføring etter tjenestested på T1. Det er lav deltakelse blant sykepleierne som arbeider innen føde-barsel (30 prosent) og i tjenester til mennesker med utviklingshemming (31 prosent).



Figur 1.5 Utdanning og responsrate betinget på at de er i målgruppen for studien.



Figur 1.6 Tjeneste og responsrate betinget på at de er i målgruppen for studien.

I vedlegg har vi sett på hvordan andre faktorer påvirker sannsynligheten for å respondere på T2 gitt at de deltok på T1 (se Vedlegg, tabell V1). Der kommer det frem at kvinnelige sykepleiere har lavere sannsynlighet for å respondere på T2 enn mannlige sykepleiere, og at sannsynligheten for å respondere øker med alder frem til 60 år og går deretter ned, men fortsatt høyere sannsynlighet for å delta enn de yngste. Dersom sykepleieren hadde personallederansvar eller var ansattrepresentant på T1, har de høyere sannsynlighet for å delta på T2. Resultatene viser også at de som vurderte å slutte i sykepleieryrket eller i helse- og omsorgstjenestene på T1, har høyere sannsynlighet for å delta på T2 enn de som ikke vurderte å slutte på T1.

I resten av dette kapittelet ser vi på arbeidssituasjonen til utvalget (de som har svart både på T1 og T2) på T2.

1.5 Situasjon på T2

Som vist i tabell 1.7 er det 90 prosent av utvalget som arbeider heltid eller deltid, 4 prosent er sykmeldt, 3 prosent er deltidstudenter og 2 prosent er delvis pensjonert.

Tabell 1.7 Arbeidssituasjon på T2.

	Antall	Prosent
I arbeid heltid	7 444	65
I arbeid deltid	2 808	25
Student på deltid (arbeider ved siden av)	379	3
Pensjonert delvis (arbeider ved siden av)	248	2
Sykmeldt	502	4
Total	11 381	100

1.5.1 Endring i arbeidssituasjonen siden baseline

Det er mange som oppgir endringer i arbeidssituasjonen mellom T1 og T2. Sykepleiere er en mobil yrkesgruppe. En gjennomgang av svarene viser at endringene det meldes om er små, selv om de kan være viktige for de det gjelder. For eksempel oppgir noen at endringer i arbeidsgiver er at de har fått ny faglig leder, så de arbeider på samme arbeidsplass, men noen nye har kommet inn som leder. Vi analyserer ikke datagrunnlaget på dette detaljnivået, og ser kun på sektor og tjenester. Tabell 1.8 viser at 96 prosent av de som arbeidet i kommunal sektor på T1 også gjør det på T2, mens 3 prosent av de som arbeidet i kommunal sektor på T1, oppgir at de på T2 arbeider i offentlig spesialisthelsetjeneste.

Tabell 1.8 Har det vært endringer din arbeidssituasjon siden du besvarte forrige undersøkelse i september 2020 når det gjelder endring i arbeidsgiver? Sektor.

		2021 (T2)				
		Kommunal sektor	Offentlig spesialisthelsetjeneste	Annet	Total	Antall
2020 (T1)	Kommunal sektor	96	3	1	100	4 979
	Offentlig spesialisthelsetjeneste	2	96	1	100	5 702
	Annet	6	7	87	100	700
	Total	43	50	7	100	11 381

Det er også 1390 respondenter som oppgir at de har endret arbeidsgiver, og som svarer på hvilken tjeneste de nå arbeider i. Av disse er det 539 som oppgir at de arbeider i samme type tjeneste som på T1, mens 880 har endret tjeneste. Av plasshensyn ser vi på svarene ut ifra hvilken tjeneste de arbeidet i

på T1 og setter de 880 som har endret arbeidsgiver og tjenestetype til missing når vi fordeler svar på tjenester. Det betyr at svarene er med, men de er ikke knyttet til en bestemt tjeneste.

1.5.2 Endring i type ansettelse

Som vist i tabell 1.9 er 95 prosent av de som var fast ansatt på T1, også fast ansatt i 2021, mens 4 prosent har gått fra fast ansettelse til midlertidig/vikariat utenom vikarbyrå. Det er over halvparten (55 prosent) som hadde midlertidig/vikariat utenom vikarbyrå som i 2021 er fast ansatt. Det var få i utvalget som hadde midlertidig ansettelse gjennom vikarbyrå eller enkeltpersonforetak på T1 og enda færre på T2.

Tabell 1.9 Type ansettelse 2020 og 2021

		2021 (T2)						Totalt	Antall
		Fast ansatt	Midlertidig/vikariat utenom vikarbyrå	Midlertidig gjennom vikarbyrå	Ekstra-hjelp/tilkallingshjelp	Har enkeltpersonforetak og er leid inn	Annet		
2020 (T1)	Fast ansatt	95	4	0	1	0	1	100	9893
	Midlertidig/vikariat utenom vikarbyrå	55	38	1	4	0	2	100	562
	Midlertidig gjennom vikarbyrå	52	14	24	5	5	0	100	21
	Ekstrahjelp/tilkallingshjelp	30	29	1	38	1	1	100	230
	Har enkeltpersonforetak og er leid inn	13	13	0	13	63	0	100	8
	Annet	60	24	0	7	1	8	100	126
	Totalt	91	6	0	2	0	1	100	10840

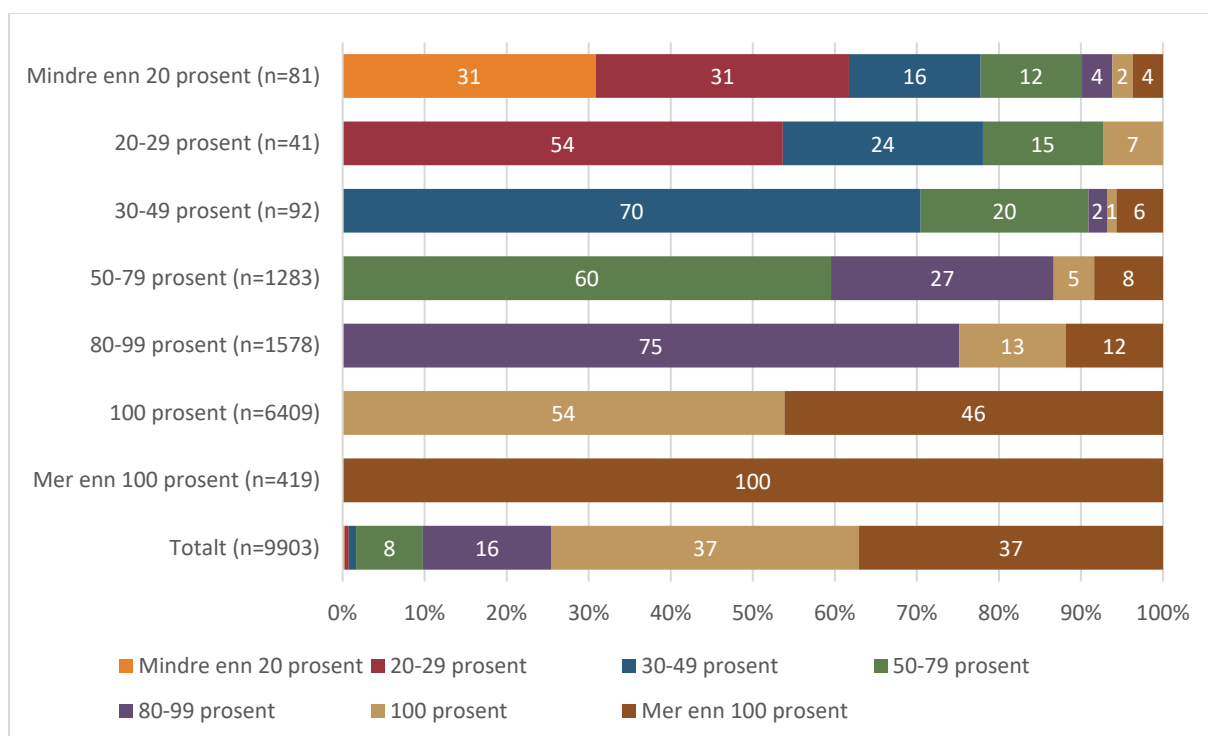
Det er 1555 personer som oppgir at de har endret målgruppe for tjenestene de arbeider i, men mange arbeider med mange målgrupper både i 2020 og i 2021, så det er vanskelig å se et tydelig mønster.

1.5.3 Fast og faktisk stillingsandel

Fra figur 1.7 vises det at blant de som har fast stilling på mindre enn 20 prosent på T2, er det 31 prosent som faktisk arbeider mindre enn 20 prosent stilling, mens like mange arbeider tilsvarende 20-29 prosent stilling. To prosent av de med fast mindre enn 20 prosent arbeider tilsvarende 100 prosent stilling, mens fire prosent arbeider mer enn tilsvarende full stilling. Blant de 20-29 prosent fast stilling, er det syv prosent som arbeider tilsvarende full stilling. Videre viser figuren for eksempel at 12 prosent av de som går i 80-99 prosent stilling, faktisk arbeider tilsvarende mer enn full stilling.

Ut ifra dette beregnes det at 75 prosent av utvalget faktisk arbeider tilsvarende full stilling eller mer, mens det er 69 prosent av de som har oppgitt stillingsprosent som oppgir at de har fast 100 prosent stilling eller mer.¹

¹ Det er en viss usikkerhet knyttet til disse tallene, da en del har oppgitt at de faktisk arbeider mindre enn det de har oppgitt som fast stilling. De kan ha ment at de for eksempel arbeider mindre enn 20 prosent mer enn de har fast stilling for. Disse er kodet til faktisk stilling, noe som betyr at faktisk stillingsprosent kan være underestimert.



Figur 1.7 Avtalt og faktisk stillingsprosent.

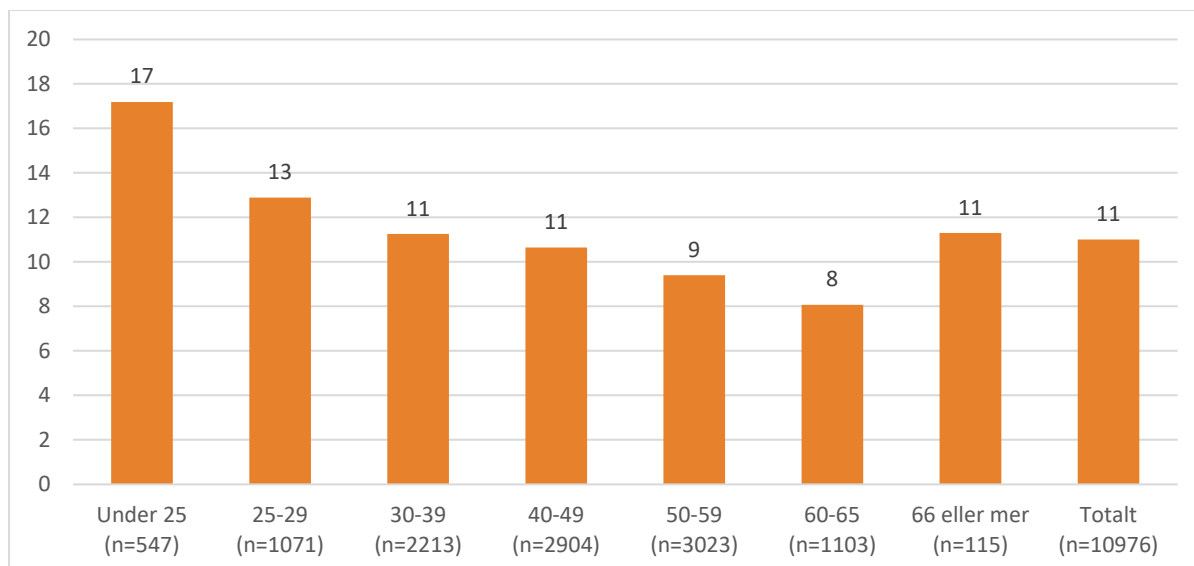
1.5.4 Antall stillinger

Som vist i tabell 1.10 er det 14 prosent av de mannlige sykepleierne og 10 prosent av de kvinnelige som oppgir at de har flere stillinger. Totalt har 11 prosent av sykepleierne i utvalget mer enn én stilling.

Tabell 1.10 Har du mer enn én stilling?

	Menn		Kvinner		Totalt	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Nei, bare én stilling	970	86	8830	90	9800	89
Ja	156	14	1020	10	1176	11
Totalt	1126	100	9850	100	10976	100

Som vist i figur 1.8 er det flest i de yngste aldersgruppene som har mer enn én stilling og andelen går ned med alder, med unntak av de som arbeider etter de er 66 år - som oftere har mer enn én stilling enn andre over 50 år.



Figur 1.8 Prosent i hver aldersgruppe som har flere stillinger.

Av de som har flere stillinger, er det 45 prosent som oppgir at de arbeider totalt tilsvarende en full stilling, mens 22 prosent svarer at de arbeider tilsvarende mer enn 100 prosent stilling.

1.5.5 Tilbud om utvidet stilling

I tabell 1.11 fremkommer det at 8,5 prosent av utvalget har fått tilbud om utvidet stilling som følge av koronasituasjonen, marginalt en større andel kvinner enn menn, men det er ikke signifikante forskjeller.

Tabell 1.11 Har du fått tilbud om utvidet stilling som følge av koronasituasjonen?

	Ja	Nei	Totalt	Andel ja
Menn	82	1041	1123	7,3
Kvinner	848	8954	9802	8,7
Totalt	930	9995	10925	8,5

Av de 930 som oppgir at de har fått tilbud om utvidet stilling som følge av koronasituasjonen, er det 885 (95 prosent) som har svart på om de takket ja til tilbudet eller ikke. Som vist i tabell 1.12 er det nær halvparten (49 prosent) som har takket nei, mens 44 prosent har takket ja. Tre prosent hadde ikke bestemt seg da de svarte på spørsmålet.

Tabell 1.12 Har du takket ja eller nei til utvidelse av stillingen din?

	Antall	Prosent
Jeg har takket ja	385	44
Jeg har takket nei	432	49
Jeg har ikke bestemt meg	27	3
Annet	41	5
Total	885	100

Det er også tatt med et spørsmål om årsaken til beslutningen om å takke ja eller nei, og her er det 713 som har oppgitt årsak. Svarene tyder på at det handler både om at de som takker nei ikke ønsker høyere stillingsprosent på grunn av at de allerede har stor belastning i nåværende stilling, eller på grunn av

familiesituasjonen, eller rammebetingelsene for stillingen de ble tilbudt. Blant de som takket ja begrunnes det med at de ønsker å bidra i en vanskelig tid, at de trengte høyere inntekt eller at de av andre årsaker ønsket større stilling.

Omtrent halvparten av de tilbudte stillingsutvidelsene er av midlertidig varighet, og det er en større andel som har takket ja til midlertidige stillinger (60 prosent) enn som har takket ja til fast stillingsutvidelse (29 prosent), se tabell 1.13. Det er usikkert om flere har takket ja fordi stillingen er midlertidig, eller om stillingene som er midlertidige er det på grunn av pandemien, og dermed kan det heller være en mobiliseringseffekt heller enn at det er mer attraktivt med midlertidige stillinger.

Tabell 1.13 Er dette en fast stilling?

	Ja		Nei, midlertidig		Annet		Totalt	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Jeg har takket ja	116	29	249	60	20	32	385	44
Jeg har takket nei	257	64	145	35	28	44	430	49
Jeg har ikke bestemt	16	4	10	2	1	2	27	3
Annet, hva:	14	3	13	3	14	22	41	5
Total	403	100	417	100	63	100	883	100

1.5.6 Krav om oppsigelse av andre stillinger på grunn av koronasituasjonen

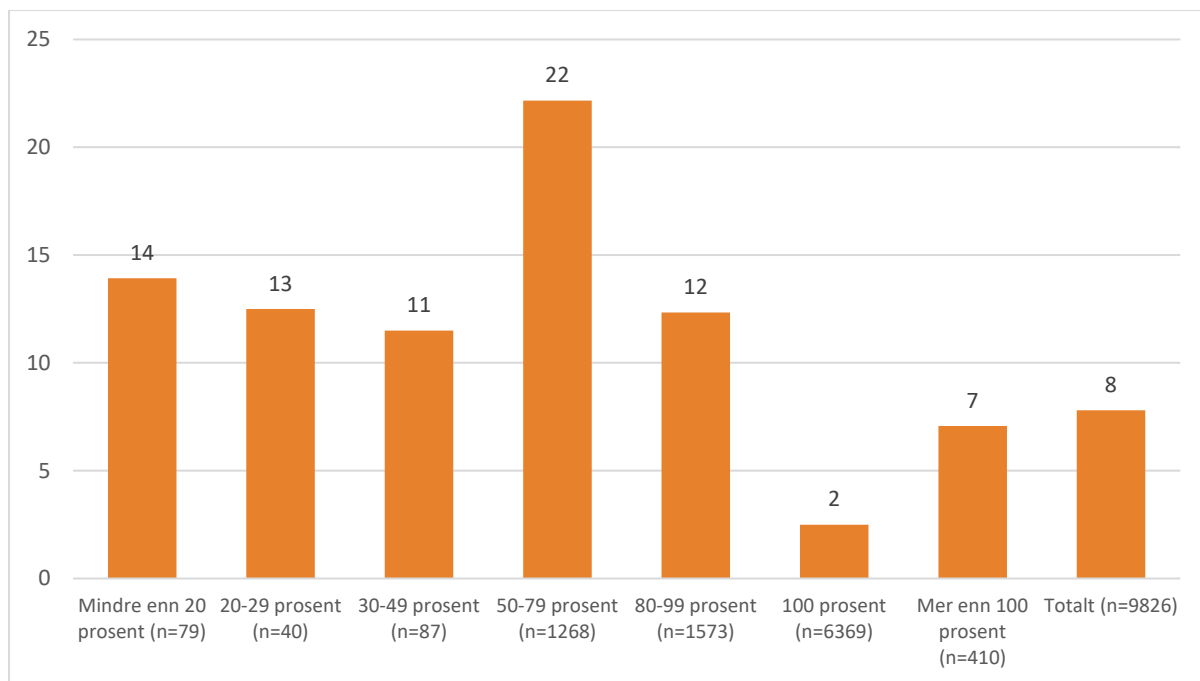
Som vist i tabell 1.14 er det 1,4 prosent av utvalget som oppgir at de har måttet si fra seg stillinger på grunn av koronasituasjonen etter krav fra hovedarbeidsgiver. Dersom utvalget er representativt for 126 000 sykepleiere, betyr dette at 1764 sykepleiere har opplevd dette på landsbasis.

Tabell 1.14 Har hovedarbeidsgiver krevd at du har sagt fra deg andre stillinger på grunn av koronasituasjonen?

	Antall	Prosent
Nei	10541	98,6
Ja	153	1,4
Totalt	10694	100

1.5.7 Fornøydhet med stillingsandel

Det er 7,8 prosent av utvalget som svarer at de ikke er fornøyd med stillingsprosenten de har, og figur 1.9 viser at det er særlig de som arbeider 50-79 prosent stilling som ikke er fornøyd, så blant disse er det kanskje størst potensial for rekruttering til høyere stillingsprosent. Om vi ser kun på de med mindre enn 100 prosent stilling, er det dermed 11-22 prosent som ikke er fornøyd med stillingsandelen i de ulike gruppene.



Figur 1.9 Prosent som ikke er fornøyd med stillingsprosenten sin etter hvor stor fast stilling de har.

Som vist i tabell 1.15 blir utvalget som har gitt informasjon om stillingsstørrelse, og som ikke er fornøyd med stillingsandelen sin, på 614 personer. Totalt er det av disse 76 prosent som ønsker høyere stilling, og i gruppen som arbeider 50-79 prosent er det 97 prosent som ønsker høyere stilling. Det er 80-89 prosent i de andre stillingsstørrelsene, så om utvalget er representativt for alle sykepleiere, er det et potensial for å utvide stillingene i alle kategorier fordi en stor andel ønsker høyere stilling.

Tabell 1.15 Hvorfor er du ikke fornøyd med stillingsandelen din?

	Ønsker større stilling	Ønsker mindre stilling	Annet	Totalt	Andel som ønsker større stilling
Mindre enn 20 prosent	8	0	2	10	80
20-29 prosent	4	0	1	5	80
30-49 prosent	8	0	1	9	89
50-79 prosent	265	3	6	274	97
80-99 prosent	159	12	7	178	89
100 prosent	15	74	26	115	13
Mer enn 100 prosent	7	7	8	22	32
Total	467	96	51	614	76

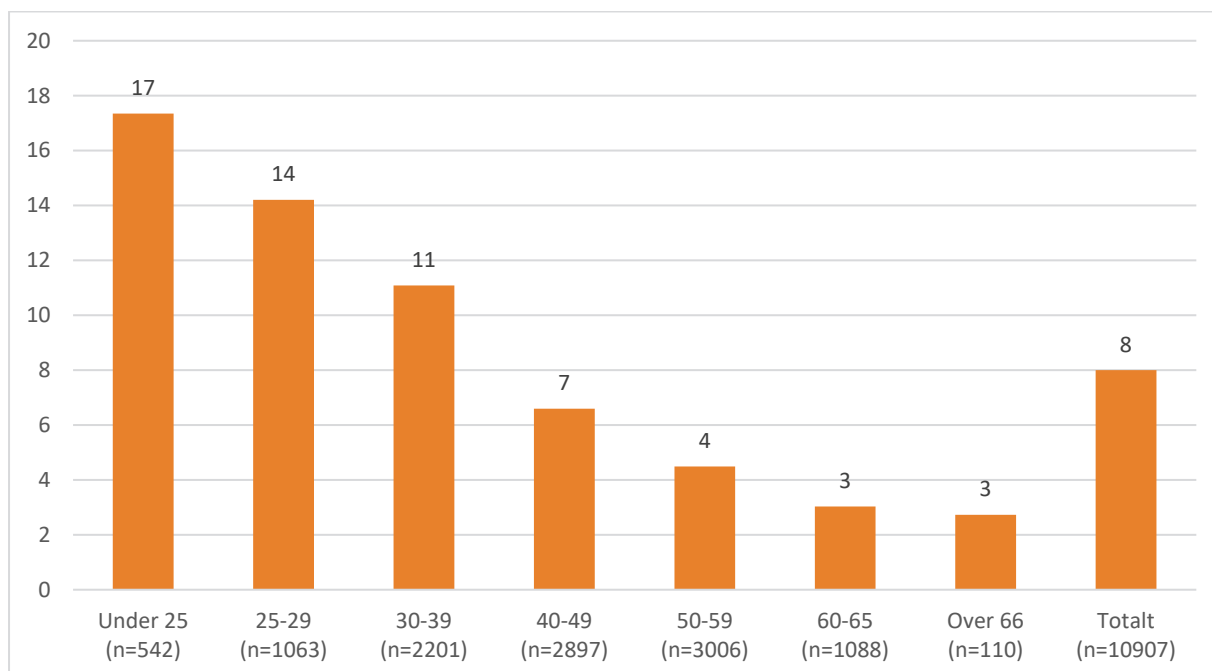
1.5.8 Antall år hos nåværende hovedarbeidsgiver

Som vist i tabell 1.16 er det 23 prosent av utvalget som har vært hos nåværende hovedarbeidsgiver i over 20 år, og som vist i siste kolonne, er de som har vært lenge hos samme arbeidsgiver oftere fornøyde med stillingsprosenten de har. Dette kan både skyldes at arbeidsgiver prioriterer høyere stilling til de som har arbeidet der lengst, men også at de som ikke er fornøyd med stillingsprosenten skifter arbeidsgiver oftere.

Tabell 1.16 Hvor lenge har du vært ansatt hos din nåværende hovedarbeidsgiver? (Med hovedarbeidsgiver menes der du har flest avtalte arbeidstimer)

	Antall	Prosent	Andel ikke fornøyd med stillingsprosenten sin
Mindre enn 6 måneder	550	5	12
Mellom 6 måneder og 1 år	497	5	15
1 - 3 år	2049	19	13
4 - 9 år	2595	24	9
10 - 15 år	1664	15	5
16 - 20 år	1037	10	5
Over 20 år	2510	23	3
Total	10902	100	8

Som vist i figur 1.10 handler dette helt klart om alder og det er en nærmest lineær sammenheng mellom alder og andel som ikke er fornøyd med stillingsprosenten sin, fra 17 prosent i den yngste aldersgruppen til 3 prosent blant de over 60 år.



Figur 1.10 Prosent av sykepleiere i ulike aldersgrupper som ikke er fornøyd med stillingsandelen sin.

Hvorfor det er vanskeligere for unge sykepleiere å få høyere fast stilling enn for mer erfarne sykepleiere, kan handle om at arbeidsgivere har størst behov for erfarne sykepleiere eller at de 'prøver ut' de unge i

lavere stillingsprosent før de evt. får utvidet stilling. Hvorvidt dette bildet uttrykker en mistillit til nyutdannede og unge sykepleiere eller om det er en form for skjult prøvetid i yrket, bør diskuteres.

1.6 Oppsummering

Responsraten i datainnsamlingen som pågikk i september 2021 var på 43 prosent, hvorav 87 prosent var i målgruppen. Populasjonen var de 30068 sykepleierne som svarte på forrige undersøkelse, og av disse er det 11381 som inngår både på T1 og T2 (38 prosent). Utvalget har en tydelig aldersskjevhet da responsraten øker fra 24 prosent blant de under 25 år til 45 prosent blant aldergruppen 50-59 år, for så å gå ned til 17 prosent blant de over 72 år. Det er altså sykepleiere mellom 40 og 60 år som er best representert i datagrunnlaget.

I dette kapittelet har vi også sett på utvalgets overordnede arbeidssituasjon på T2. Det er 65 prosent av det endelige utvalget oppgir at de arbeider heltid og 25 prosent som arbeider deltid, 4 prosent er sykmeldt på svartidspunktet, 3 prosent er deltidsstudenter og 2 prosent er delvis pensjonert. Det er 95 prosent av de som var fast ansatt på T1 som også er det på T2. Blant de som oppgir detaljert informasjon om fast og faktisk stillingsandel, beregner vi at 75 prosent av utvalget faktisk arbeider tilsvarende full stilling eller mer. Det er blant de som arbeider 50-79 prosent stilling det er flest som ønsker høyere stilling (21 prosent), og dette gjelder rundt ti prosent i de andre stillingsprosentene. Men det er også viktig å se på de som i dag arbeider i full stilling, og vi finner at det er en gruppe som ønsker å jobbe mindre enn de gjør i dag.

I det følgende presenterer vi resultatene fra spørreundersøkelsen i fire deler, fordelt på fire kapitler. Den første delen handler om problemstillinger relatert til pandemien, mens del 2 handler om arbeidsmiljø og HMS. Del 2 er i mindre grad relatert til pandemien enn Del 1. Del 3 handler om sykepleiernes helse og velferd, mens Del 4 inneholder noen foreløpige analyser av sammenhengene mellom arbeidsmiljø, HMS-arbeid på den ene siden, og risiko for akkumulert arbeidsbelastning og sykefravær på den andre siden.

2 Resultater: Pandemirelaterte problemstillinger

Dette kapittelet omhandler følgende problemstillinger:

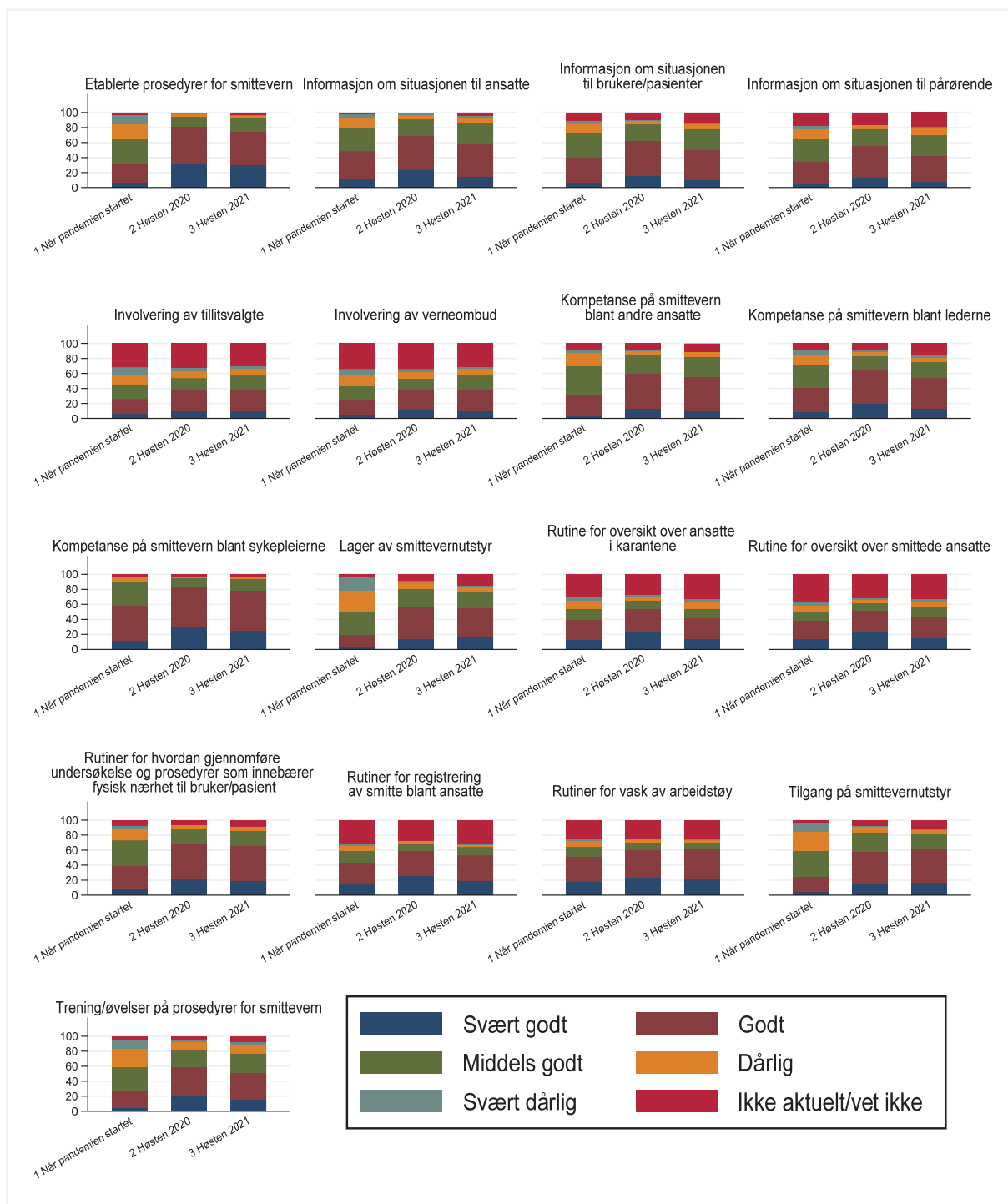
- Hvor godt forberedt var tjenestene på økt smitte i befolkningen høsten 2021 sammenliknet med høsten 2020?
- Hvor stor andel av sykepleierne har erfaring med pasienter/brukere i ulike pandemirelaterte situasjoner?
- Hvor stor andel av sykepleierne har selv vært smittet?
- Hvordan er ledernes erfaringer gjennom pandemien, herunder endringer i samarbeid med ansattrepresentanter, rammebetingelser for ledelse, ekstraarbeid og kompensasjon?
- Hvordan er ansattrepresentanters erfaringer gjennom pandemien, herunder grad av involvering, om tariffbestemmelsene er fulgt og om det er inngått lokale avtaler.
- Sykepleiernes arbeidsbelastning og restitusjon gjennom pandemien.

Det er 11 381 som har respondert på spørreundersøkelsen, men alle har ikke svart på alle spørsmålene. Antall som inngår i datagrunnlaget, varierer derfor mellom de ulike temaene som presenteres.

2.1 Forberedt på økt smitte i tjenestene

Det er 8400 sykepleiere som har svart tilfredsstillende på spørsmålene om hvor godt forberedt de mener arbeidsplassen er på økt smitte i befolkningen når det gjelder ulike forhold. Figur 2.1 viser at det var mange flere som svarte godt eller svært godt høsten 2020 enn vinteren 2020 (ved inngangen til pandemien). Men det er nedgang i andel som svarer slik mellom høsten 2020 og høsten 2021 i de fleste av indikatorene for forberedthet som vi har tatt med. Det er de samme personene som har svart for alle tre tidspunktene.

Det som kanskje er mest overraskende ved disse tallene, er at det er mange som svarer 'ikke aktuelt/vet ikke' på flere av indikatorene. Det er ikke så rart at mange ansatte ikke vet om ledelsen på arbeidsplassen har oversikt eller systemer for registrering av ansatte i karantene eller smittede ansatte. Dersom de ikke bruker arbeidstøy på arbeidsplassen, er det naturlig å svare at temaet ikke er aktuelt for om de har rutiner for vask av arbeidstøy. Men det er mer overraskende at så mange mener at involvering av tillitsvalgte og verneombud ikke er aktuelt, eller at de ikke vet i hvilken grad de er involvert. Vi ser derfor på hva som kjennetegner de som svarer ikke aktuelt/vet ikke på disse to spørsmålene.

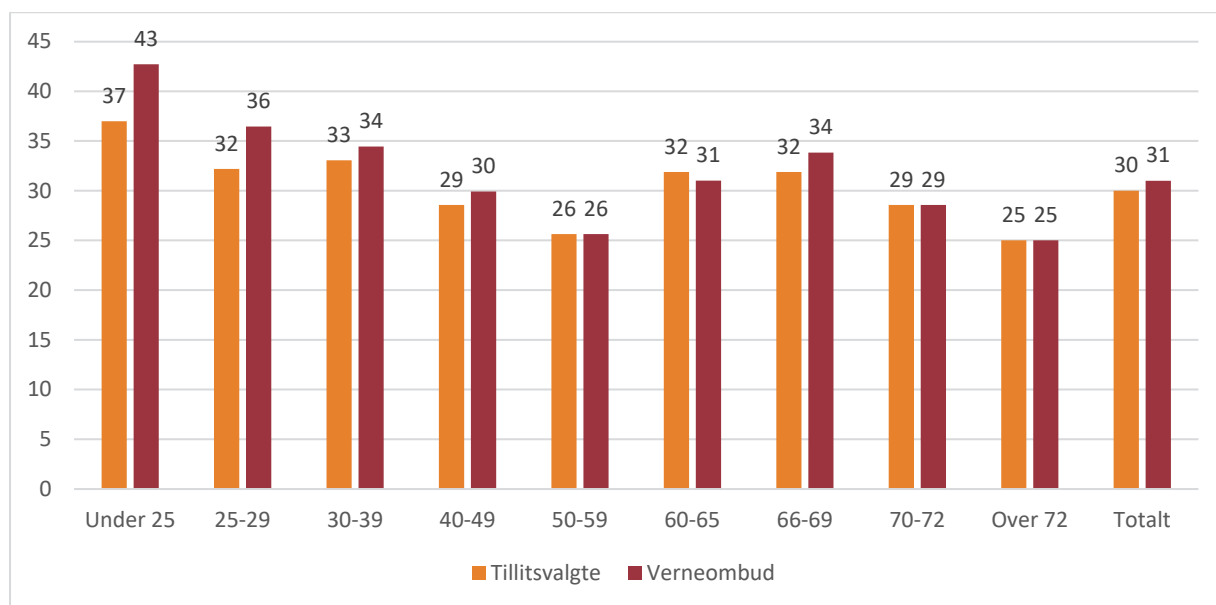


Figur 2.1 Hvor godt forberedt mener du arbeidsplassen er i dag på økt smitte i befolkningen når det gjelder ulike indikatorer.

For det første er det sterk korrelasjon mellom svarene ved at blant de 2482 som svarer ikke aktuelt/vet ikke på spørsmålet om involvering av tillitsvalgte er det 2234 (90 prosent) som svarer ikke aktuelt/vet ikke om involvering av verneombud. Blant de 2585 som svarer ikke aktuelt/vet ikke på spørsmålet om involvering av verneombud, er det 86 prosent som svarer ikke aktuelt/vet ikke på spørsmålet om involvering av tillitsvalgte.

Det er systematiske, men små forskjeller mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester, og det er noen flere i sistnevnte som svarer ikke aktuelt/vet ikke (31 prosent mot 28 prosent i kommunene). Det er ikke systematiske forskjeller mellom tjenester, men noen færre som svarer slik i ambulans-

tjenesten og i private bedriftshelsetjenester. Alder og kjønn forklarer noe mer, ved at kvinnelige sykepleiere i større grad svarer ikke aktuelt/vet ikke både for verneombud og tillitsvalgte, men sammenhengene er mest systematiske for verneombud. Det er aldersforskjeller, men det er ikke lineære sammenhenger ved at de yngste i systematisk større grad svarer ikke aktuelt/vet ikke enn alle aldersgrupper, fordi andelen stiger igjen for de som er over 60 år. Utvalget består kun av sykepleiere som er helt eller delvis i arbeid, så dette handler ikke om at de ikke er i arbeid, men kanskje de arbeider mindre og har et mer perifert forhold til ansattrepresentantene.

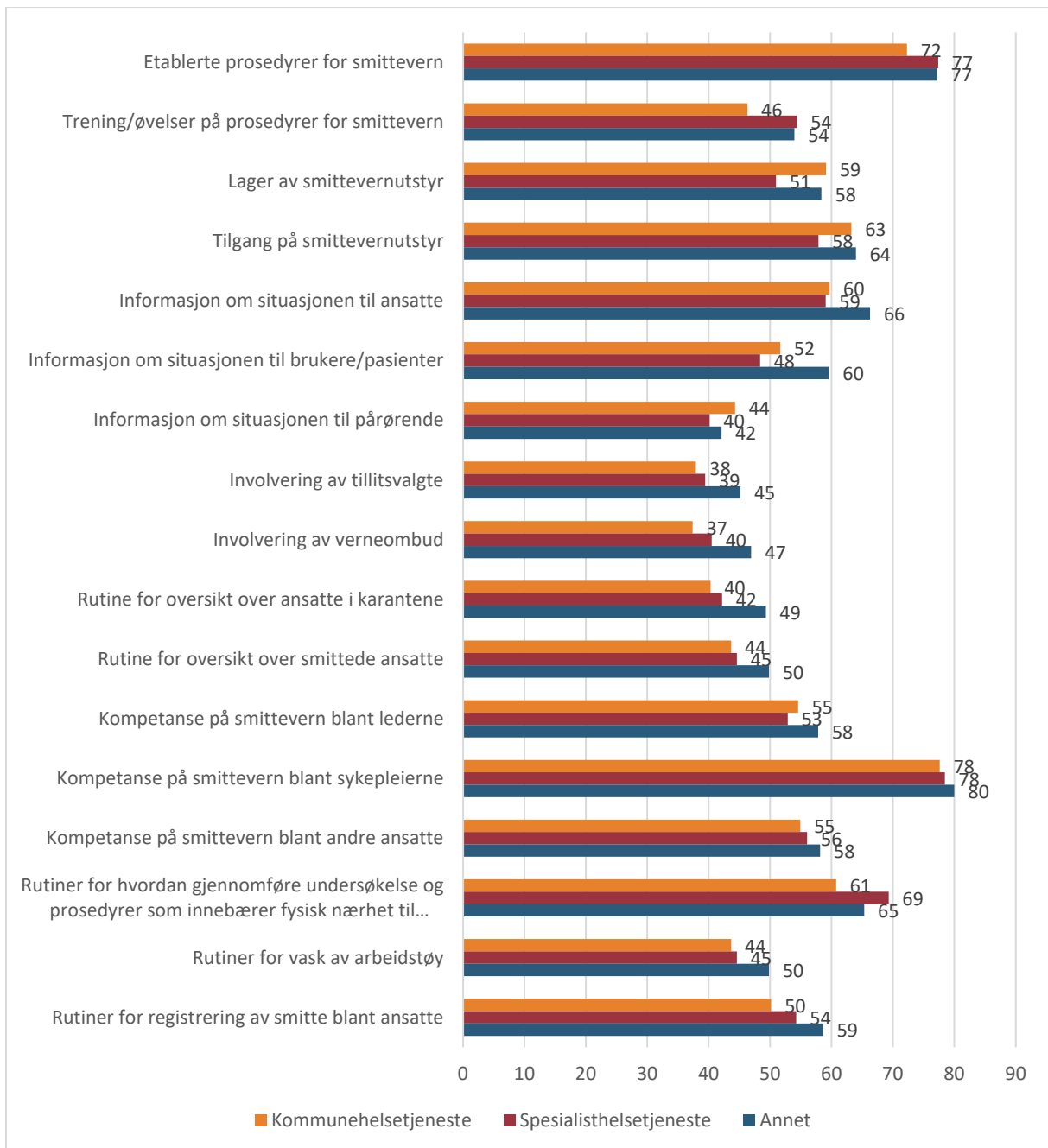


Figur 2.2 Prosent som svarer at det ikke er aktuelt eller at de ikke vet om tillitsvalgte og verneombud er involvert i arbeidet med å forberede arbeidsplassen på økt smitte i befolkningen.

Resultatene kan tyde på at ansattrepresentantenes rolle og oppgaver ikke er synlig eller tydelig for ansatte, eller at ansattrepresentantene i liten grad faktisk er involvert i pandemirelaterte problemstillinger. Uansett er det et tydelig forbedringspotensial i å bruke kompetansen til ansatte gjennom involvering av ansattrepresentanter. Generelt kan det være mest å hente på opplæring av ansattrepresentanters rolle og ansvar blant de yngste sykepleierne, fordi de har igjen mange år i arbeidslivet.

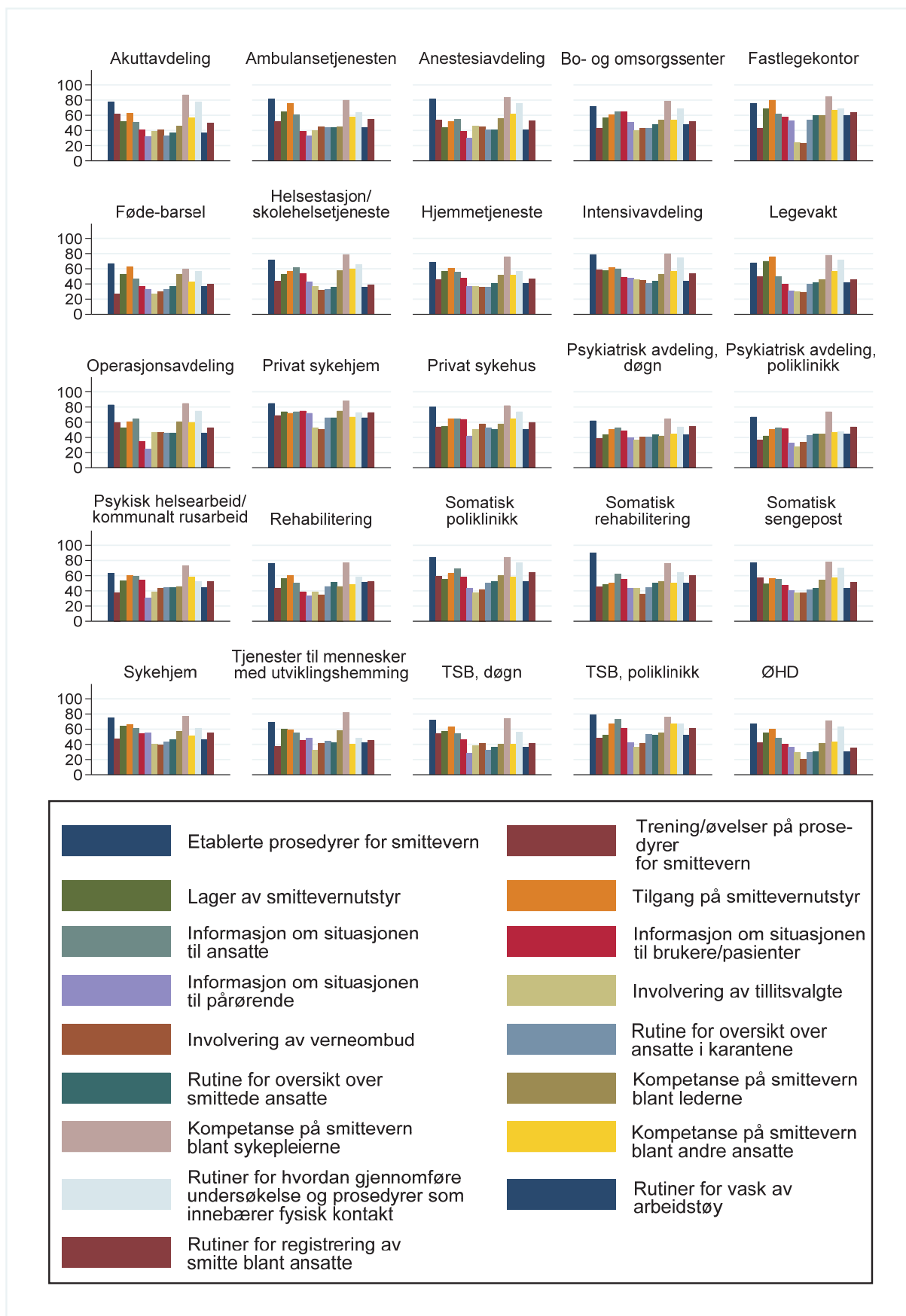
For å finne ut om det er forskjeller mellom sektorer og tjenester i grad av forbedring på økt smitte i befolkningen høsten 2021, ser vi på andel som svarer svært godt eller godt på de ulike indikatorene. Ikke aktuelt/vet ikke kodes her som å være i den andre kategorien enn svært godt eller godt.

Som vist i figur 2.3 er det ikke betydelige forskjeller mellom sektorer, men ansatte i kommunene svarer i noe mindre grad at de er godt forberedt på økt smitte i befolkningen enn ansatte i spesialisthelsetjenesten.



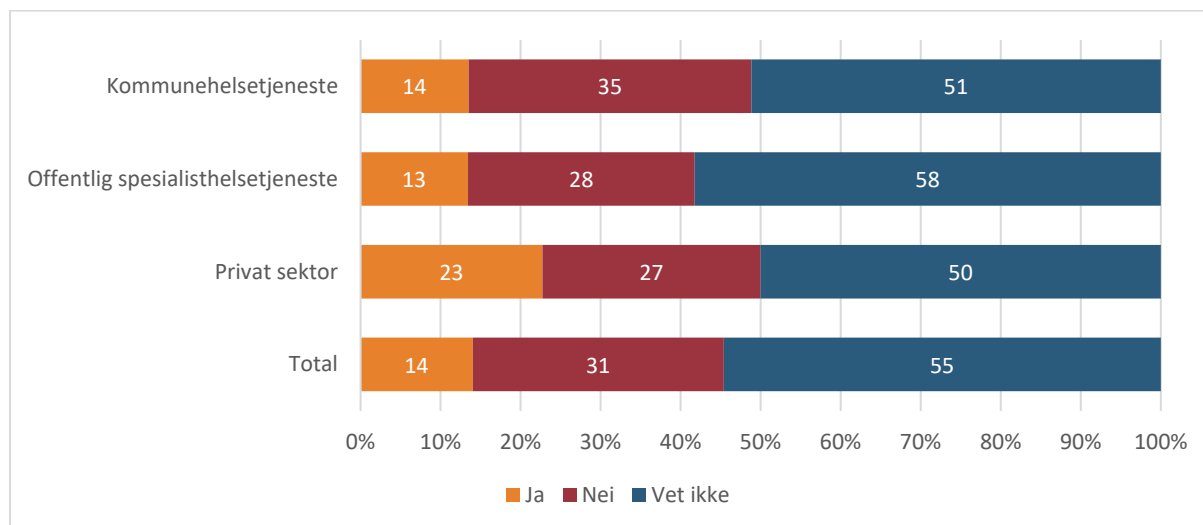
Figur 2.3 Prosent som svarer at arbeidsplassen er godt eller svært godt forberedt på økt smitte i befolkningen for de ulike indikatorene, sektor 2021.

Når det gjelder fremstilling av forskjeller mellom tjenester, har vi tatt med tjenester der det er mer enn 30 sykepleiere som har svart. Variabelfargen leses horisontalt, dvs. den andre søylen i de små figurene handler om trening/øvelser på prosedyrer for smittevern.



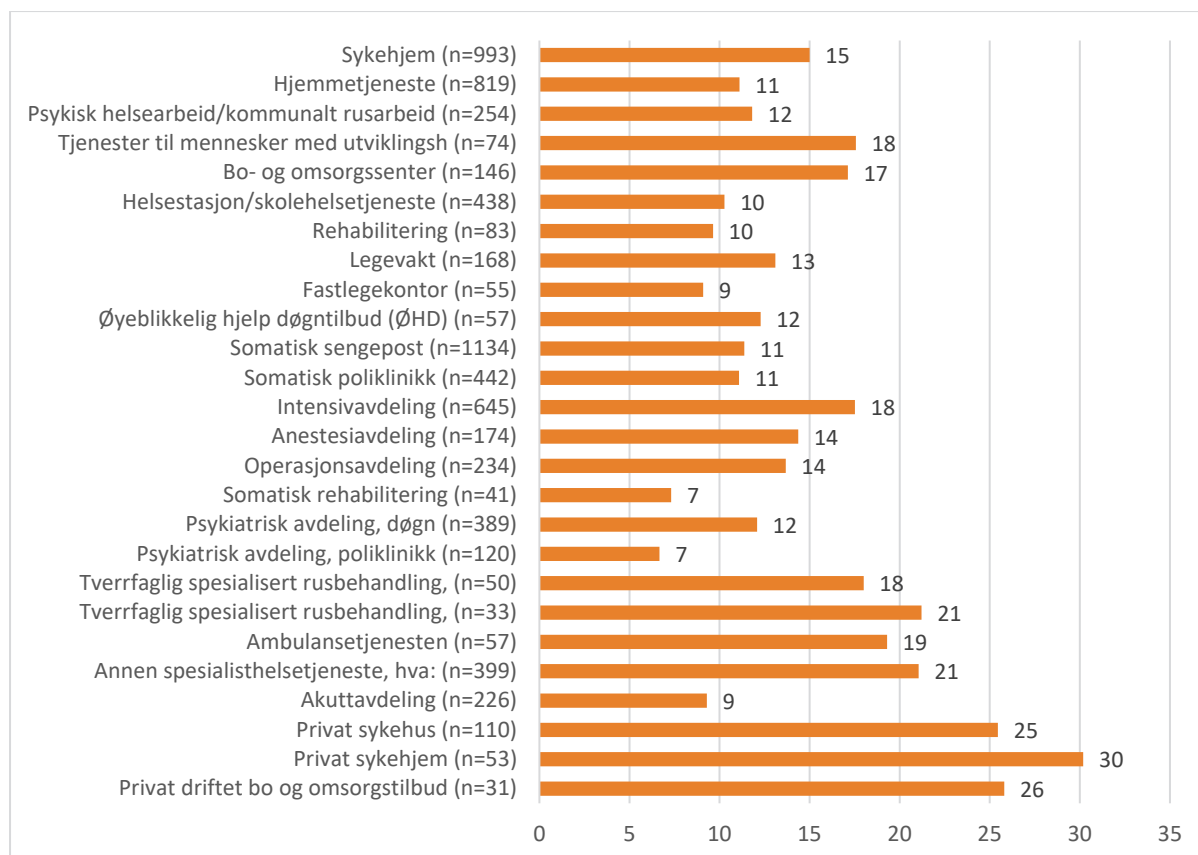
Figur 2.4 Prosent som svarer at arbeidsplassen er godt eller svært godt forberedt på økt smitte i befolkningen for de ulike indikatorene, tjenester 2021.

Det er også tatt med et spørsmål om noen har fått ansvaret for å systematisere lærdom og erfaringer arbeidsplassen har hatt i koronasituasjonen til bruk i en ny beredskapsplan og svarfordelingen er vist i figur 2.5.



Figur 2.5 Prosent som svarer på om det er noen som har fått ansvaret for å systematisere lærdom og erfaringer arbeidsplassen har hatt i koronasituasjonen til bruk i en ny beredskapsplan, sektor 2021.

Halvparten av de ansatte vet ikke om det er noen som har fått dette ansvaret, og 14-23 prosent svarer ja. Vi ser videre på andelen som svarer ja og ser at det er variasjon mellom tjenester i figur 2.6.



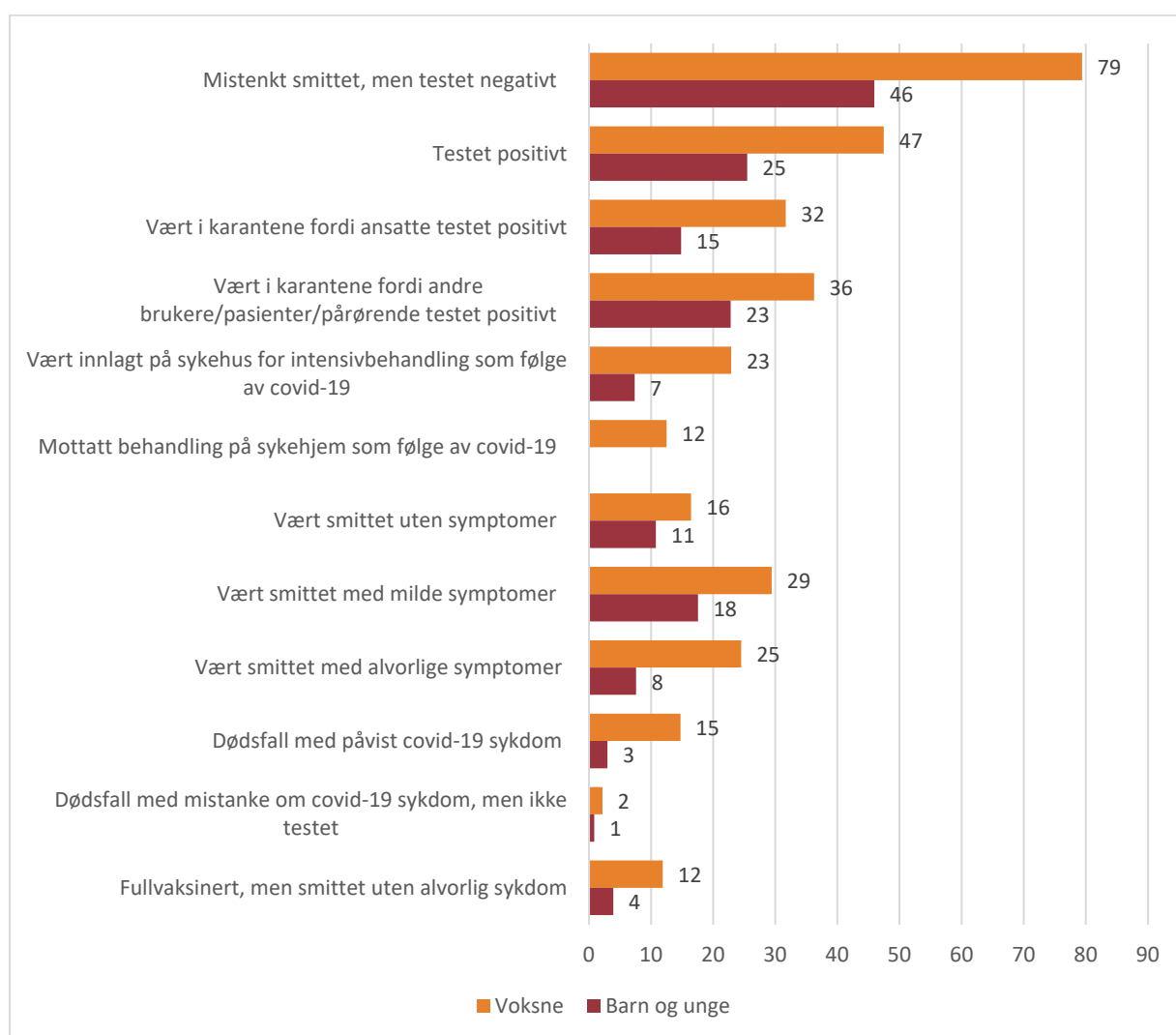
Figur 2.6 Prosent som svarer at det er noen som har fått ansvaret for å systematisere lærdom og erfaringer arbeidsplassen har hatt i koronasituasjonen til bruk i en ny beredskapsplan, tjenester 2021 (n>30).

Det at over halvparten av de ansatte ikke vet om noen har fått et slikt ansvar, tyder på at mange ansatte ikke er involvert eller informert om viktig arbeid som foregår på arbeidsplassen.

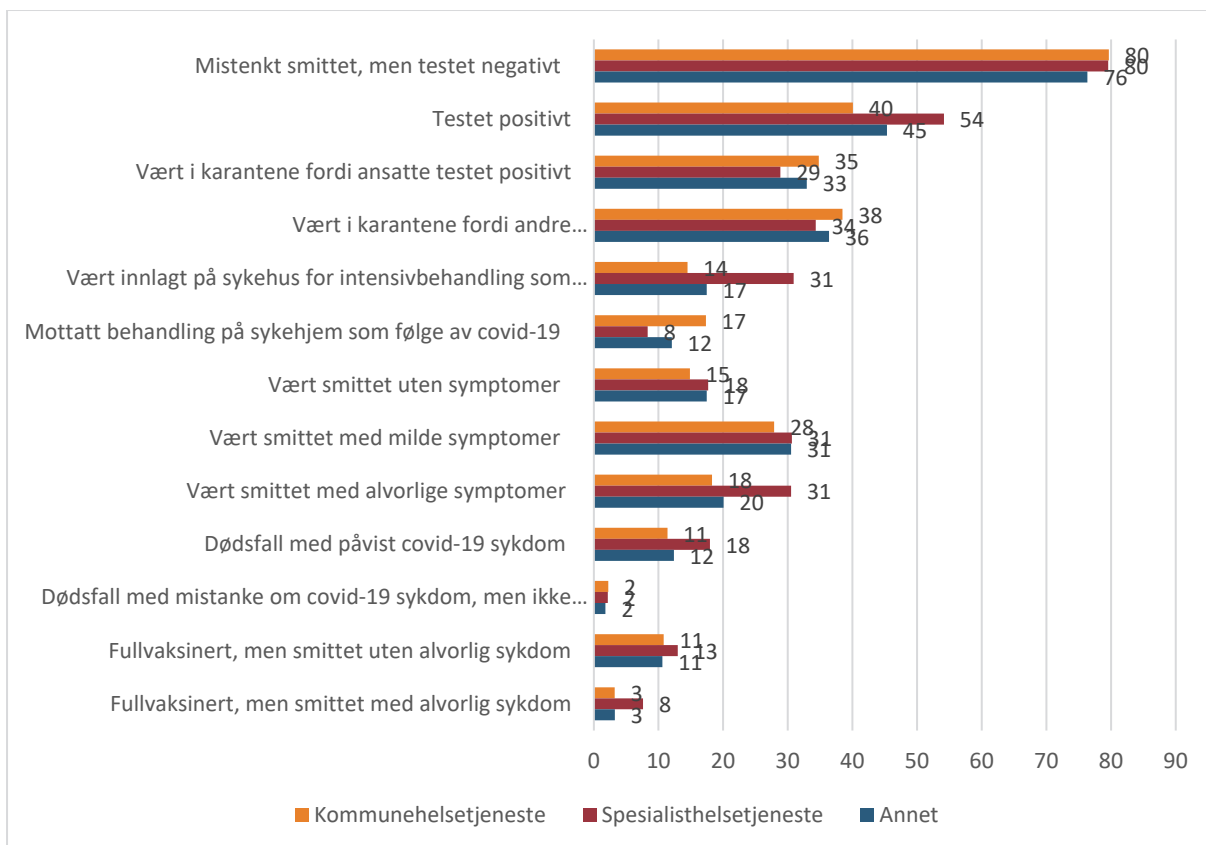
2.2 Erfaring med brukere i ulike situasjoner

Fra figur 2.7 ser vi at 79 prosent av sykepleierne som svarer at de har hatt voksne tjenstemottakere som har vært mistenkt smittet, men testet negativt. Blant de som svarer for barn og unge, er andelen 46 prosent. Det er videre 47 prosent av sykepleierne som har erfaring med brukere/pasienter som tester positivt, mens andelen er 25 prosent av de som svarer for barn og unge.

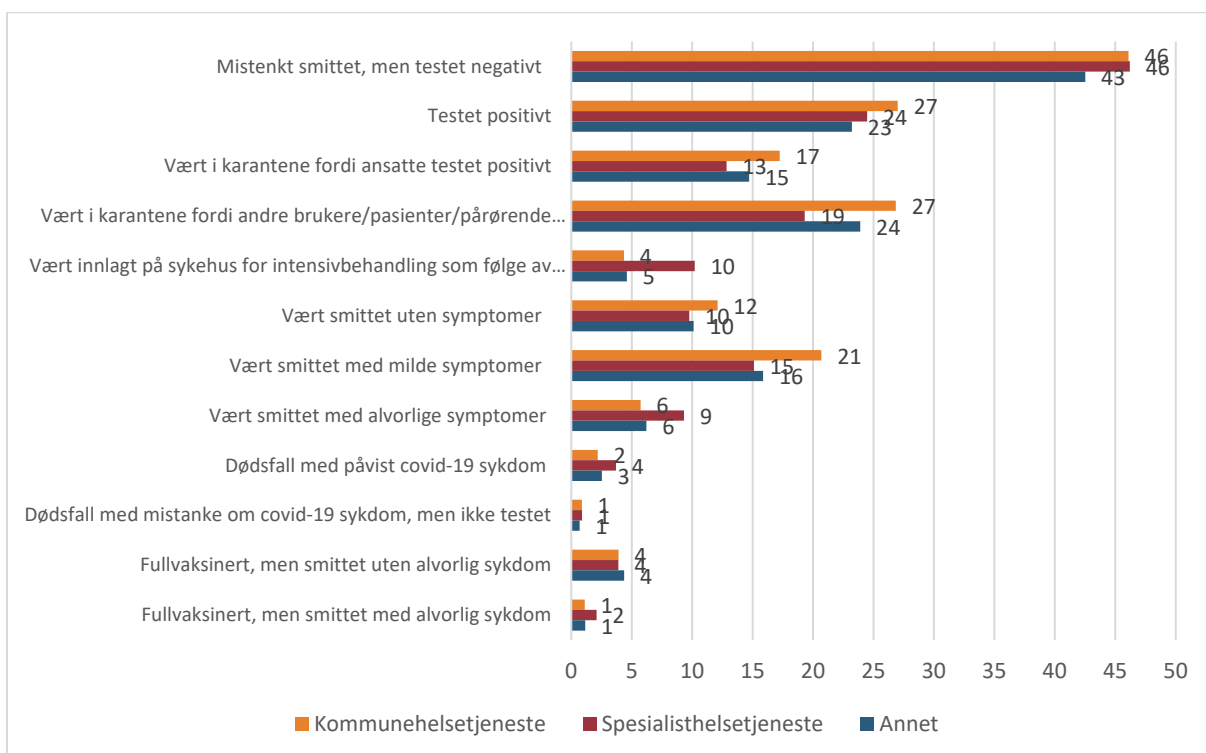
Det er 15 prosent som har opplevd dødsfall med påvist covid-19 sykdom blant voksne tjenstemottakere, og 3 prosent blant de som arbeider med barn og unge. Det er naturlige variasjoner mellom sektorer som vist i figur 2.8 og 2.9, og det er 18 prosent av sykepleierne i spesialisthelsetjenesten som har opplevd dødsfall blant voksne med covid-19 sykdom i spesialisthelsetjenesten, og 11 prosent i de kommunale tjenestene.



Figur 2.7 Prosent av sykepleierne som svarer at deres brukere har vært i ulike situasjoner.



Figur 2.8 Prosent av sykepleierne som svarer at deres brukere/pasienter har vært i ulike situasjoner. Voksne, sektor.



Figur 2.9 Prosent av sykepleierne som svarer at deres brukere/pasienter har vært i ulike situasjoner. Barn og unge, sektor.

2.3 Vært smittet selv

Det er 8419 som har svart på spørsmålene om sin egen situasjon i koronapandemien og som vist i tabell 2.1 er det 51 prosent av sykepleierne i utvalget som har vært hjemme fra jobb med luftveissymptomer, mens 12 prosent har gått på jobb til tross for luftveissymptomer. Det er tre prosent som har fått påvist at de er smittet og har vært i isolasjon. Det er også seks prosent som svarer at de har opplevd at de skulle vært i karantene, men ble fritatt av arbeidsgiver og gikk på jobb. Vi ser nærmere på de 508 sykepleierne som svarer det, og finner ut at noen flere har opplevd dette i spesialisthelsetjenesten (7 prosent) enn i de kommunale tjenestene (5 prosent), spesielt i legevakt (12 prosent) og i intensivavdelinger (9 prosent).

Tabell 2.1 Har du i forbindelse med koronapandemien selv:

	Antall	Prosent
Fått påvist smittet og i isolasjon	282	3
Vært i karantene på grunn av smitte blant pasienter/brukere	865	10
Vært i karantene på grunn av smitte blant andre ansatte	938	11
Vært i karantene på grunn av smitte blant familie/venner	959	11
Vært hjemme fra jobb med luftveissymptomer	4309	51
Gått på jobb til tross for luftveissymptomer	981	12
Skulle vært i karantene, men ble fritatt av arbeidsgiver og gikk på jobb	508	6
Nei	2812	33
Totalt	8419	100

2.4 Vaksinerings

Det er 8302 respondenter som har svart utfyllende på spørsmålene om vaksinerings, og om de synes de ble prioritert i vaksinekøen på riktig måte.

Det er 12 prosent av utvalget som ikke arbeider klinisk. Det er noen flere som er fullvaksinert blant de som ikke arbeider klinisk (98 mot 95,6 prosent). Det er 1,3 prosent av utvalget som arbeider klinisk som oppgir at de ikke ønsker vaksinen mot covid-19 på undersøkelsestidspunktet. De som svarer annet, skrev blant annet at de avventer vaksinerings fordi de er gravide, og flere oppgir at de vil ta vaksinen etter de har født, mens andre oppgir at de har vært smittet og ikke trenger vaksiner eller at de har vært smittet og fått én dose.

Tabell 2.2 Er du vaksinert mot Covid-19

	Arbeider klinisk/pasient/brukerrettet		Arbeider ikke klinisk/pasient/brukerrettet	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja, er fullvaksinert	7222	96.5	987	98.0
Ja, har fått første dose	109	1.5	12	1.2
Nei, ønsker ikke vaksinen mot covid-19 på nåværende tidspunkt	101	1.3	2	0.2
Nei, ønsker ikke vaksinen mot covid-19 på noen tidspunkt	32	0.4	2	0.2
Annet	19	0.3	4	0.4
Totalt	7483	100	1007	100

Vi har videre spurt om de opplevde at de ble prioritert i vaksinekøen på riktig måte. Som vist i tabell 2.3 er det 17 prosent av de som arbeider klinisk som ikke opplevde å bli prioritert på riktig måte, mens dette

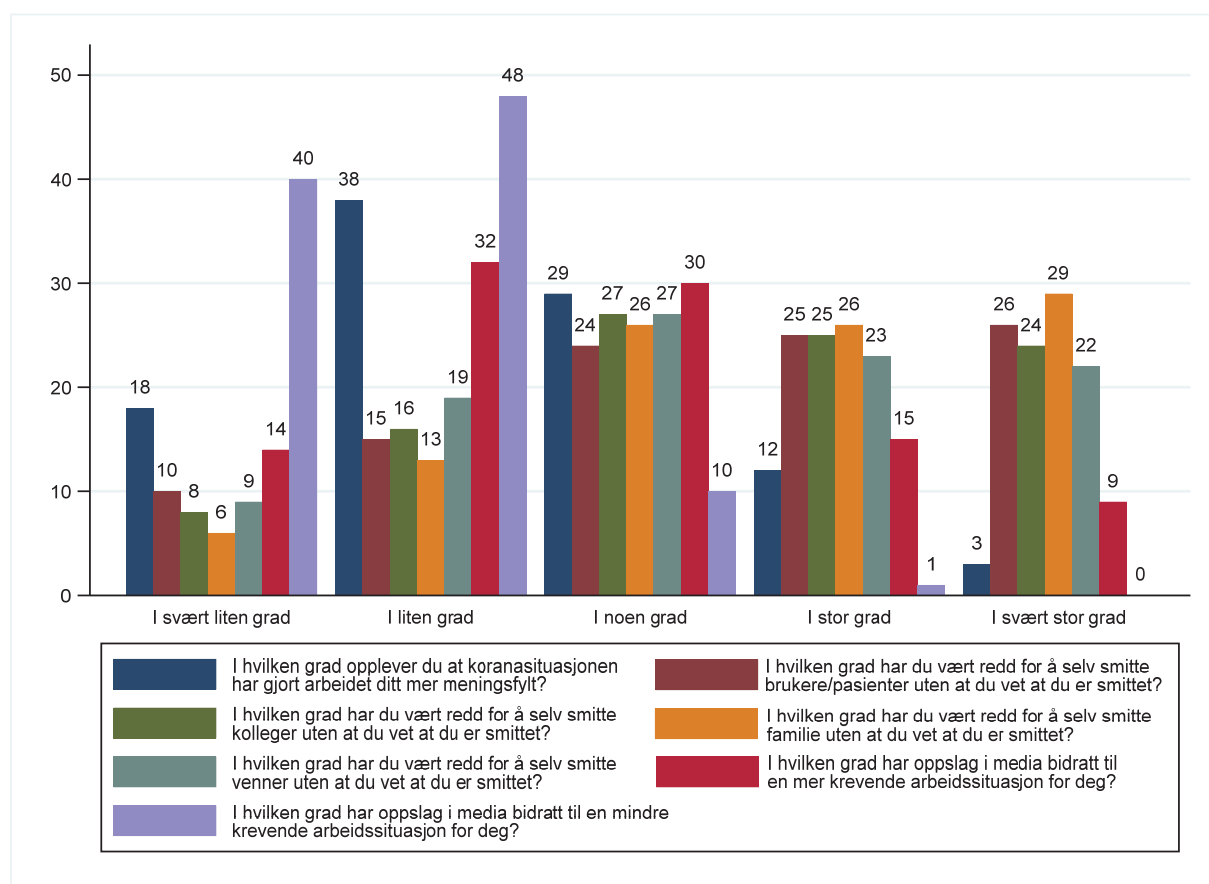
gjelder 11 prosent av de som ikke arbeider klinisk. I kommentarene som er gitt, ser vi at mange er kritiske til at AstraZeneca ble gitt til helsepersonell. Andre reagerer på at ledelsen (som ofte hadde hjemmekontor), ble prioritert før de som arbeider klinisk. Noen sier også at de egentlig ikke ønsket vaksine, men følte seg presset til å ta den.

Tabell 2.3 Opplever du at du ble prioritert i vaksinekøen på riktig måte?

	Arbeider klinisk/pasient/brukerrettet		Arbeider ikke klinisk/pasient/brukerrettet		Alle	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	5779	79	844	85	6623	80
Nei	1218	17	109	11	1327	16
Vet ikke	240	3	32	3	272	3
Annet, hva	69	1	11	1	80	1
Total	7306	100	996	100	8302	100

2.5 Faktorer som bidrar til en krevende arbeidssituasjon

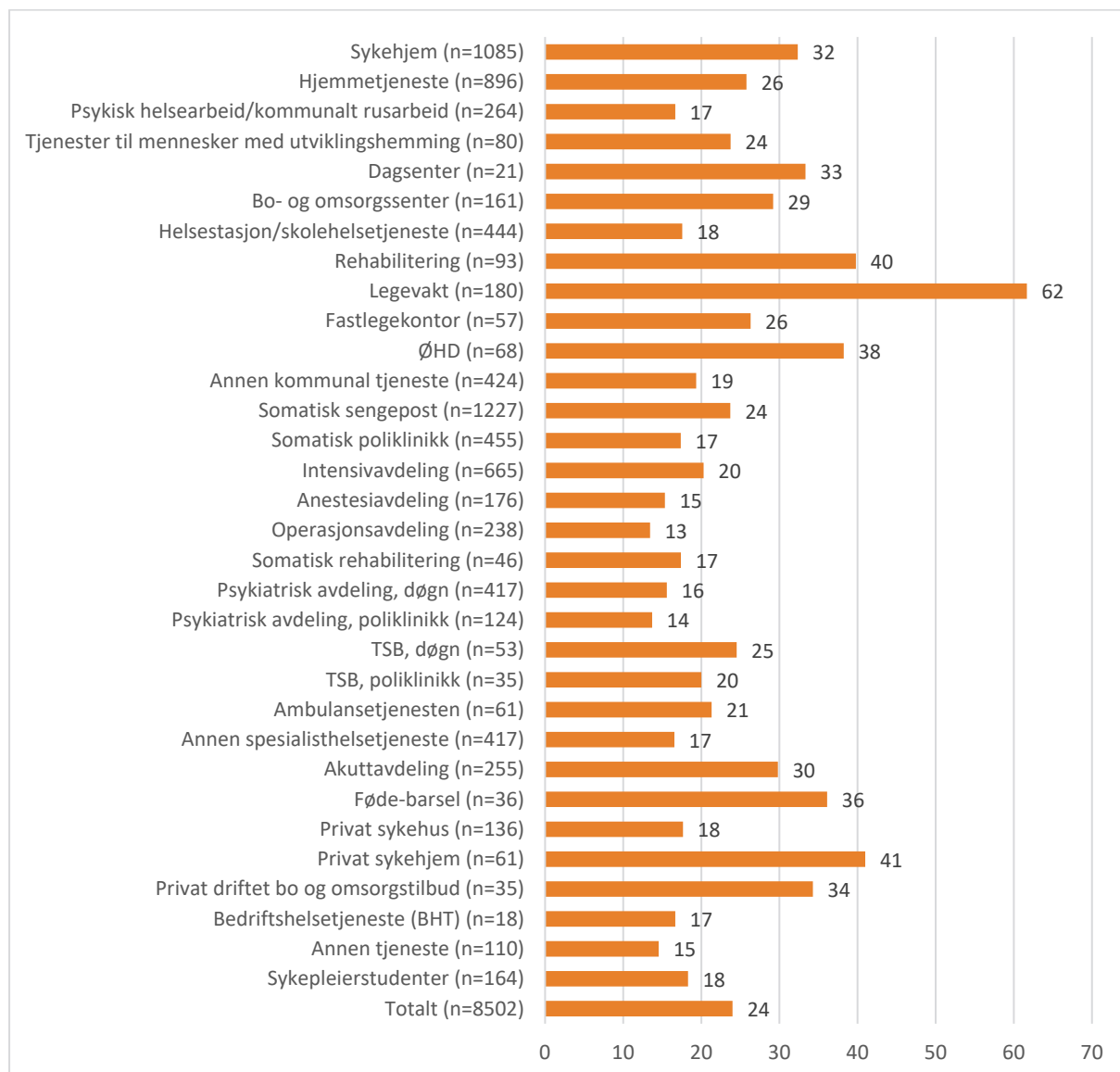
Vi har spurt om ulike indikatorer som har bidratt til frykt og mer eller mindre krevende arbeidssituasjoner for sykepleierne, og dette er vist figur 2.10.



Figur 2.10 I hvilken grad ulike faktorer har bidratt til frykt og mer eller mindre krevende arbeidssituasjoner.

Det er flest som i stor grad har vært redd for å smitte egen familie uten at de vet at de selv er smittet, og det er nesten like mange som har vært redd for å smitte brukere/pasienter og kolleger. Det er 50-60 prosent av sykepleierne som svarer at de i svært stor grad har vært redd for å selv smitte familie, brukere/pasienter og kolleger. Det er 15 prosent som oppgir at de i stor eller svært stor grad opplever at

koronasituasjonen har gjort arbeidet deres mer meningsfylt. Det er flest som oppgir at de i liten grad har opplevd at media har bidratt til en mindre krevende arbeidssituasjon. Frykt for å smitte andre uten at de vet at de er smittet er det mange som opplever.



Figur 2.11 Prosent som svarer at media i stor eller svært stor grad har bidratt til en mer krevende arbeidssituasjon. Tjenester.

Som vist i figur 2.11 er det flest i legevakter som oppgir at media i stor eller svært stor grad har bidratt til en mer krevende arbeidssituasjon, men andelen er høy også i private driftede sykehjem (41 prosent), kommunal rehabilitering (40 prosent), ØDH (38 prosent), føde-barsel avdelinger (36 prosent) og i private driftede bo- og omsorgstilbud (34 prosent).

Når vi grupperer svarene etter fagområde, finner vi at det er akuttisykepleierne (50 prosent), bedriftshelsetjeneste (48 prosent) og hygiene/smittevernintensiv (43 prosent) som har en størst andel som oppgir at media i stor eller svært stor grad har bidratt til en mer krevende arbeidssituasjon.

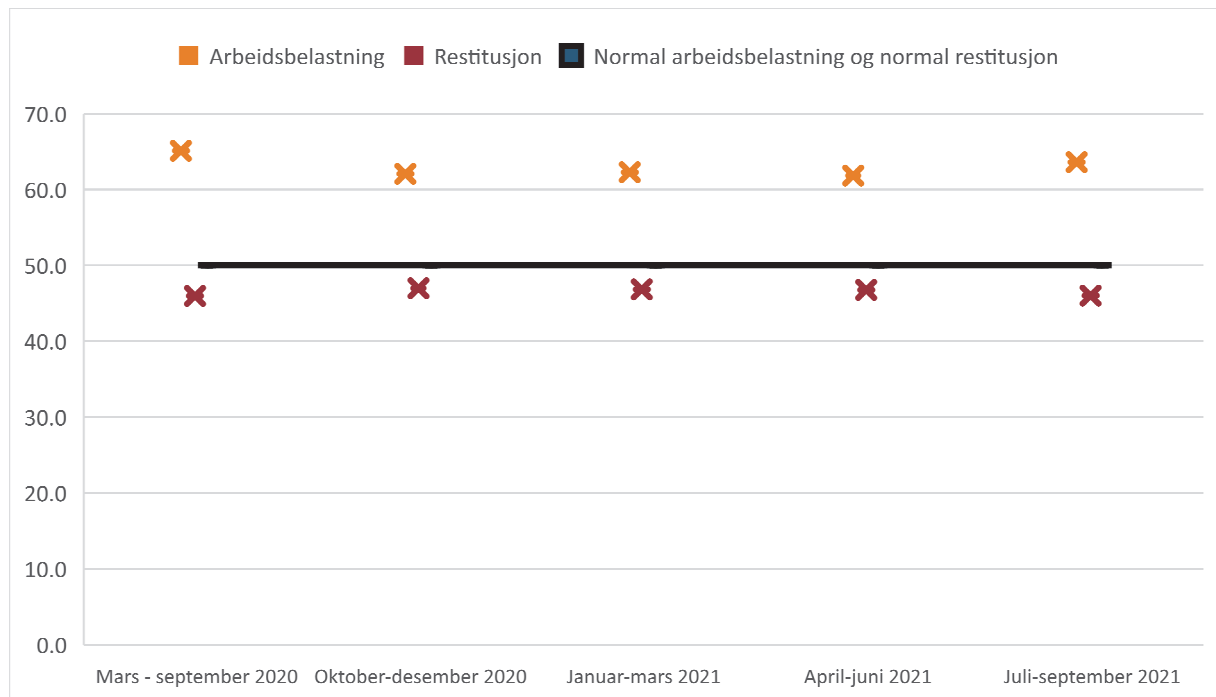
2.6 Sykepleiernes arbeidsbelastning og restitusjon i pandemien

Å måle eller registrere arbeidsbelastning i ulike yrkesgrupper er komplekst, og det finnes ikke noen metoder eller måleinstrumenter som er utviklet for å måle arbeidsbelastning blant sykepleiere. En mulig tilnærming er å se på antall pasienter/brukere i forhold til antall sykepleiere eller antall ansatte totalt, og vekte ratene med for eksempel oppgavetyngde (hvor syke pasientene/brukerne er og hvor mange oppgaver må gjøres hver time etc.).

Her har vi vært interessert i hvordan arbeidsbelastningen og restitusjonsnivået har vært gjennom pandemien vurdert ut fra den enkelte sykepleiers vurdering. De fikk mulighet til å skalere både arbeidsbelastning og restitusjon for ulike perioder av pandemien, og 8636 respondenter har svart på disse spørsmålene.

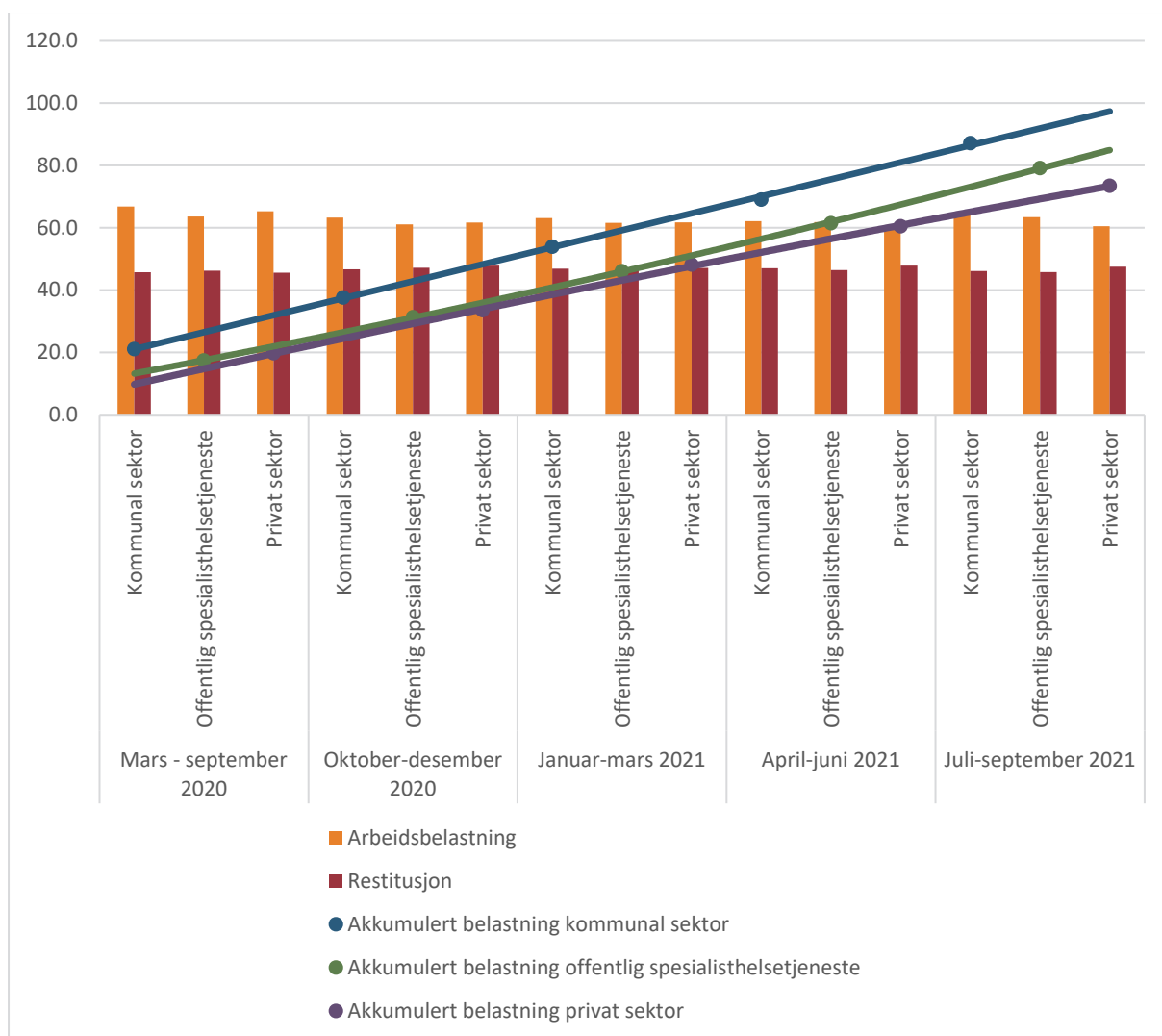
Både arbeidsbelastning og restitusjon er variabler som har verdien 1-100, der normalsituasjonen er 50.

Normal arbeidsbelastning og normal restitusjon er vist med den sorte linjen, og for utvalget som gruppe skårer arbeidsbelastningen godt over normal arbeidsbelastning for hele perioden, men de skårer også restitusjonen lavere enn normalt. Dette betyr at det akkumuleres en belastning de ikke får veid opp for gjennom god restitusjon på fritiden.



Figur 2.12 Opplevd arbeidsbelastning og restitusjon gjennom perioden. n=8636.

Sektorforskjellene i svarene er vist i figur 2.13.



Figur 2.13 Arbeidsbelastning, restitusjon og akkumulert belastning.

Akkumulert belastning er avviket mellom arbeidsbelastning og restitusjon som legges til neste periode i tillegg til den akkumulerte belastningen som forekommer inneværende periode.

Kombinasjonen med høy arbeidsbelastning (enten på grunn av syke pasienter/brukere, frykt for å smitte andre uten at de vet at de er smittet, har måttet ta mange tester, brukt smittevernutstyr det er slitsomt å jobbe med, ekstraoppgaver knyttet til desinfisering av alle flater, bekymrede pårørende, lav bemanning, etc.) og at fritiden som skal brukes til hvile ikke har gitt nødvendig restitusjon (lite sammen med familie, venner, få kulturopplevelser, amputert ferie etc.) bidrar til sammen med at det akkumuleres en belastning som før eller senere typisk ender i et sykefravær for å få nødvendig restitusjon.

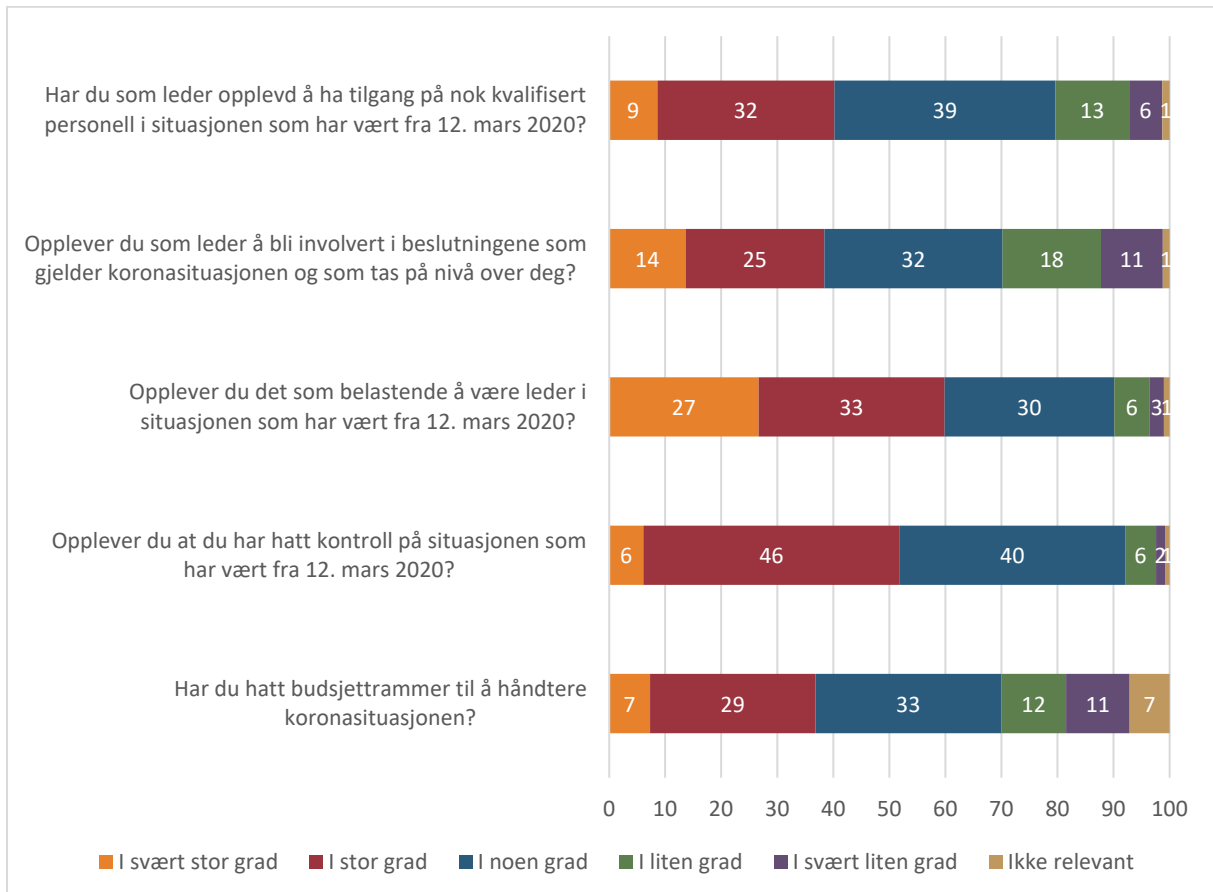
Dette er ikke en objektiv fremstilling av arbeidsbelastningen til sykepleiere, men viser hvordan de selv subjektivt opplever situasjonen. Hypotesen er at denne selvopplevde og subjektive beskrivelsen blant annet kan predikere risiko for å vurdere å slutte i yrket. Dette vil vi se nærmere på i kapittel 5.

2.7 Sykepleieledernes erfaringer i pandemien

Det er 1049 respondenter som svarer at de har personalansvar, og det er dette utvalget vi ser videre på frem til kapittel 2.7.6 der vi også tar med svar fra ledere uten personalansvar.

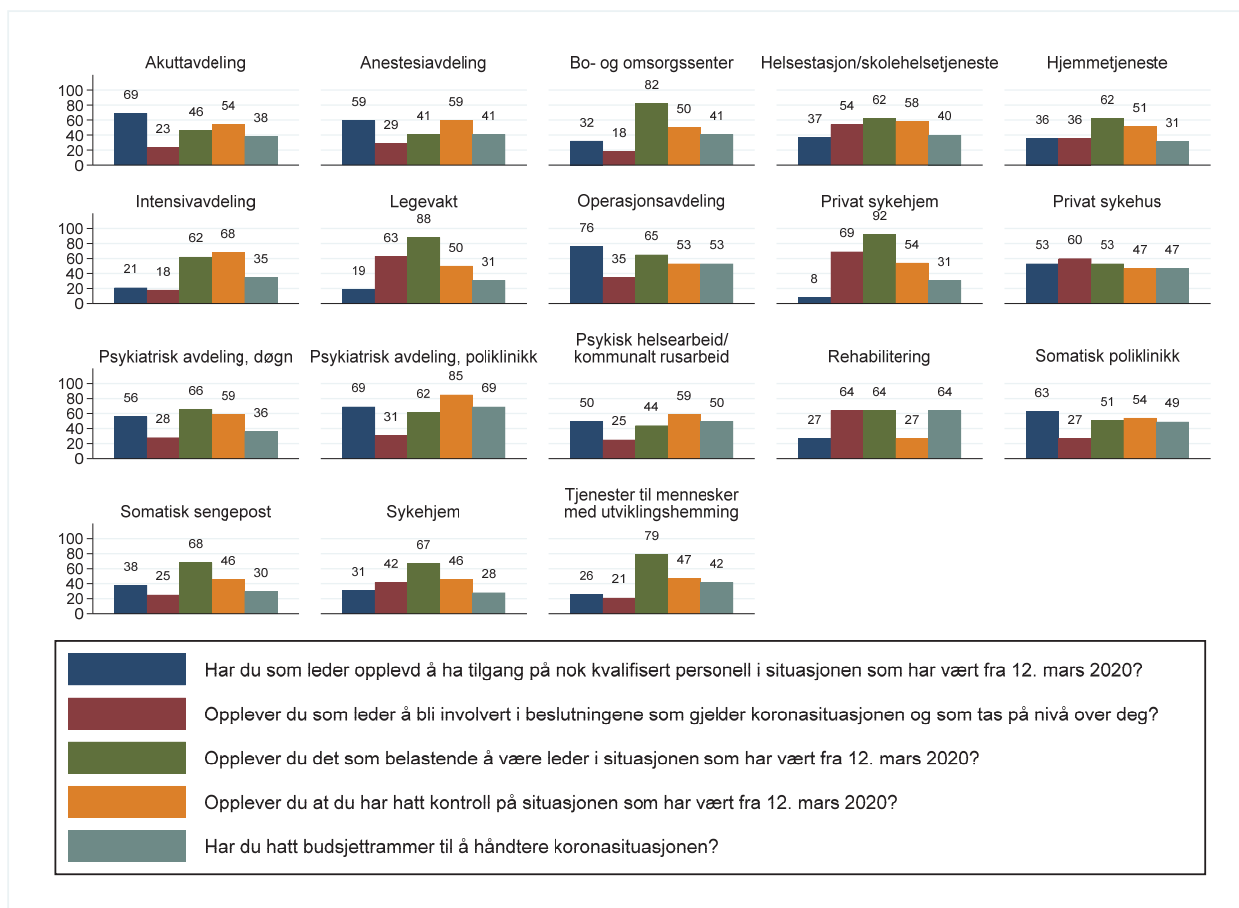
2.7.1 Generelt gjennom pandemien

Det er fem kjernespørsmål om koronasituasjonen til lederne med personalansvar, og de handler om tilgang på nok kvalifisert personell, involvering, belastning, kontroll og budsjettammer.



Figur 2.14 Prosent av sykepleierne med personallederansvar som oppgir grad av tilgang på kvalifisert personell etc.

Vi antar i det følgende at de som svarer 'Ikke relevant' ikke i særlig grad har hatt utfordringer, og ser videre på de som opplever dette i stor eller svært stor grad etter type tjeneste.



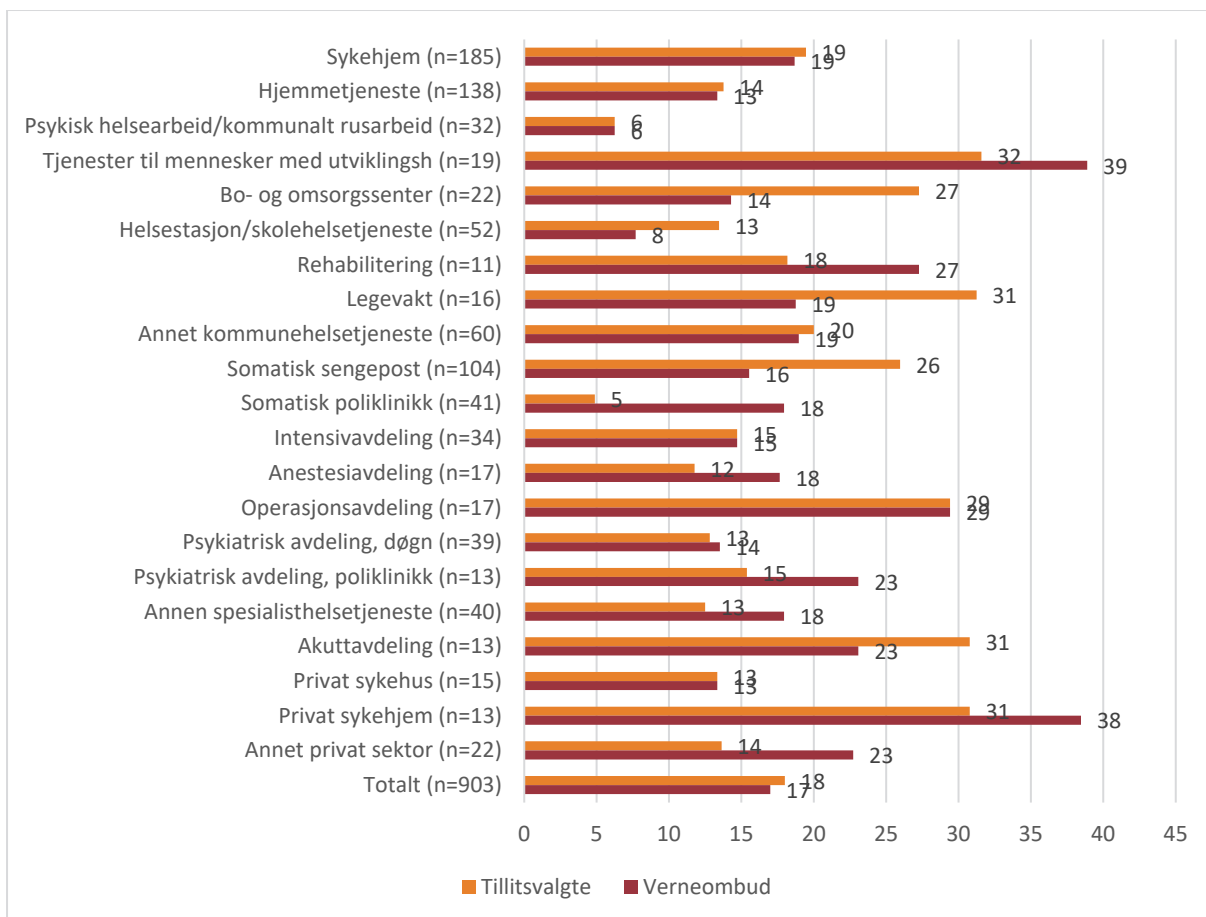
Figur 2.15 Prosent av lederne med personalansvar som svarer i stor eller i svært stor grad har ulike erfaringer.

Det er i gjennomsnitt 43 ledere bak hver figur, lavest med 11 i rehabilitering og høyest i sykehjem med 185 ledere. Vi har ikke tatt med tjenester med færre enn svar fra ti ledere. Det er aller flest sykepleierledere som opplever pandemisituasjonen som belastende i bo- og omsorgssenter og i legevakt. Det er færrest som opplever at de blir involvert i beslutningene som gjelder koronasituasjonen og som tas på høyere nivå i intensivavdelinger og i bo- og omsorgssenter. Det er i legevakt færrest opplever å ha tilgang på nok kvalifisert personell, mens det er færrest innen hjemmetjenester, somatiske sengeposter, legevakt, kommunale og private sykehjem som har hatt budsjetttrammer til å håndtere koronasituasjonen.

2.7.2 Endringer i samarbeidet med tillitsvalgte som følge av koronasituasjonen

Det er 18 prosent av lederne som oppgir at det har vært endringer i samarbeidet med tillitsvalgte som følge av koronasituasjonen, og 17 prosent som erfarer endringer i samarbeidet med verneombud, se nederst i figur 2.16. Høsten 2020 var det hhv. 16 og 15 prosent som svarte det samme. Det er altså ikke tegn på at ansattrepresentantene er sterkere mobilisert generelt i helse- og omsorgssektoren gjennom pandemien.

Det er færrest ledere som opplever endringer i samarbeidet med tillitsvalgte i somatiske poliklinikker og i psykisk helsearbeid/kommunalt rusarbeid, og flest i tjenester til mennesker med utviklingshemming, legevakt, akuttavdeling og i private sykehjem. Det er lavest andel av lederne i psykisk helse og rusarbeid og i helsestasjon/skolehelsetjeneste som opplever endring i samarbeidet med verneombud, og flest i tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming og i private sykehjem.



Figur 2.16 Prosent som svarer at det er endringer i samarbeidet med tillitsvalgte, n=903 ledere.

Som vist i tabell 2.4 er det hhv. 67 prosent og 80 prosent av de som opplever endring som svarer at tillitsvalgte og verneombud har tatt mer kontakt, og dette tilsvarer hhv. 12 og 14 prosent av alle sykepleierlederne. Omtrent like mange svarer at de selv har tatt mer kontakt med tillitsvalgte og verneombud. Det er hhv. 13 og 15 prosent av alle lederne som svarer at samarbeidet/kommunikasjonen har bedret seg gjennom pandemien. Dette er altså kun ledere med personalansvar, og ikke de uten personalansvar, som kanskje har mindre grunn til å ha systematisk kontakt med ansattrepresentantene på arbeidsplassen.

Tabell 2.4 På hvilken måte har samarbeidet med tillitsvalgte og/eller verneombud endret seg?

	Tillitsvalgte			Verneombud		
	Antall	Prosent	Prosent av alle ledere	Antall	Prosent	Prosent av alle ledere
De har tatt mer kontakt	120	67	12	133	80	14
Jeg har tatt mer kontakt	117	65	12	125	75	13
De har tatt mindre kontakt	49	27	5	29	17	3
Jeg har tatt mindre kontakt	14	8	1	6	4	1
Flere møter	108	60	11	114	68	12
Færre møter	74	41	7	28	17	3
Bedre samarbeid/kommunikasjon	129	72	13	143	86	15
Dårligere samarbeid/kommunikasjon	72	40	7	30	18	3
Antall som har opplevd endring	179	100	18	167	100	17

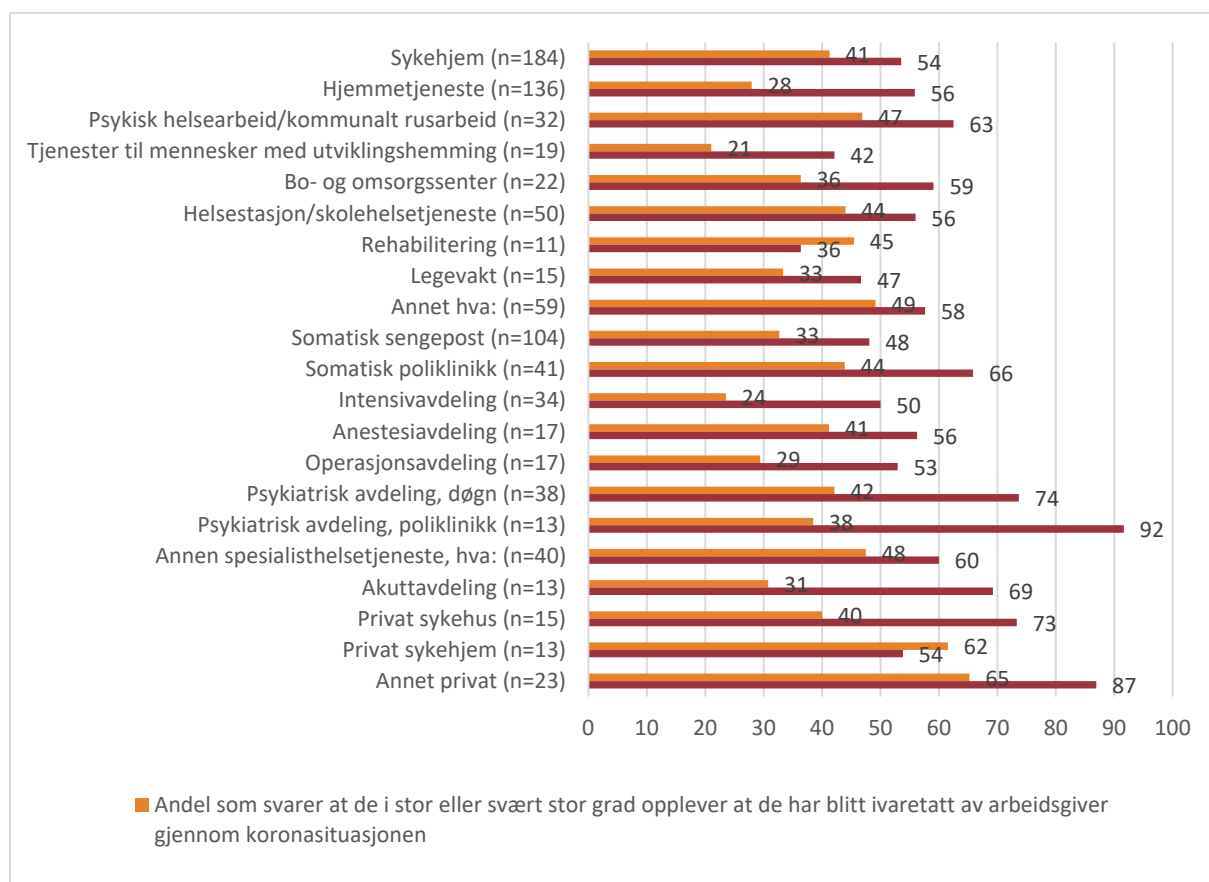
Det er ikke systematiske forskjeller mellom sektorer eller tjenester i sannsynlighet for å ha opplevd endringer i samarbeidet med ansattrepresentanter.

Som vist i tabell 2.5 er det 39 prosent som svarer at de i stor eller i svært stor grad opplever at de som leder har blitt ivaretatt av arbeidsgiver gjennom koronasituasjonen. 56 prosent svarer at de selv har kunnet ivareta de ansatte de er leder for gjennom koronasituasjonen.

Tabell 2.5 Grad av opplevd ivaretagelse av arbeidsgiver og de ansatte

	I hvilken grad opplever du at du som leder har blitt ivaretatt av arbeidsgiver gjennom koronasituasjonen?		I hvilken grad opplever du at du som leder har kunnet ivareta de ansatte du er leder for gjennom koronasituasjonen?	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	89	9	68	7
I stor grad	301	30	486	49
I noen grad	379	38	394	40
I liten grad	175	18	33	3
I svært liten grad	44	4	4	0
Totalt	988	100	985	100

Vi ser videre på de som svarer i stor eller svært stor grad, men vi finner ikke systematiske og store forskjeller mellom sektorer eller tjenester i andel som svarer dette selv om det er variasjon mellom tjenester, se figur 2.17.



Figur 2.17 Prosent som svarer i stor eller svært stor grad.

2.7.3 Mer klinisk arbeid og tatt ut av lederrollen

Det er videre spurt om lederne har arbeidet mer klinisk enn vanlig, og både ledere med og uten personalansvar har svart på dette (1846 personer). Som vist i tabell 2.6 er det 40 prosent av lederne som oppgir at de har arbeidet mer klinisk enn vanlig i denne perioden, og andelen er omtrent den samme blant ledere med (39 prosent) og uten personalansvar (41 prosent).

Tabell 2.6 Har du i perioden september/oktober 2020 til i dag arbeidet mer klinisk enn vanlig?

	Leder med personalansvar	Leder uten personalansvar	Totalt
Ja	390	348	738
Nei	600	508	1108
Total	990	856	1846
Prosent som har svart Ja	39	41	40

Det er ikke systematiske forskjeller mellom sektorer eller tjenester i sannsynligheten for å svare at lederne har arbeidet mer klinisk enn vanlig.

Som vist i tabell 2.7 er det særlig ledere uten personalansvar som har blitt tatt ut av lederrollen (27 prosent), mens dette gjelder 9 prosent av lederne med personalansvar.

Tabell 2.7 Er du helt eller delvis tatt ut av lederrollen?

	Leder med personalansvar	Leder uten personalansvar	Totalt
Ja	35	92	127
Nei	353	251	604
Total	388	343	731
Prosent som har svart ja	9	27	17

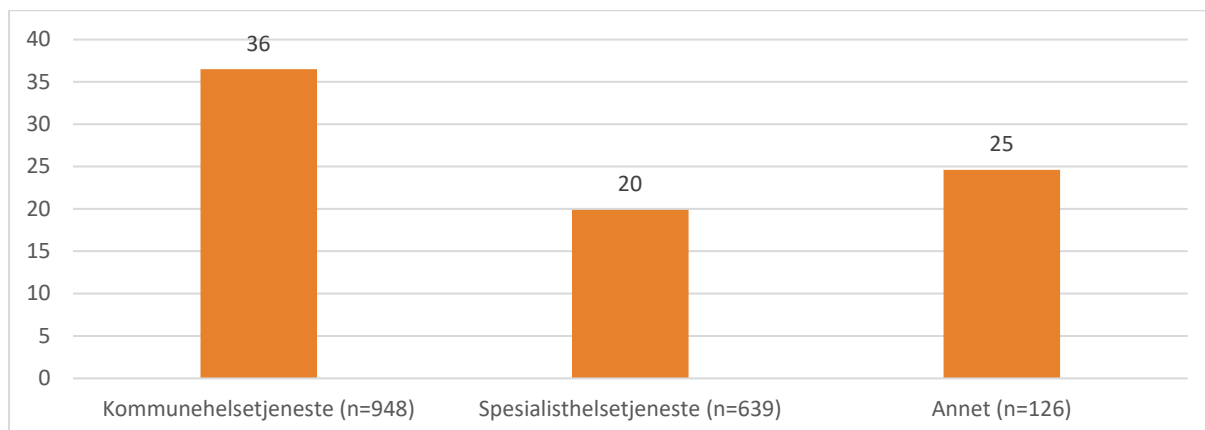
2.7.4 Bruk av ufaglærte

Som vist i tabell 2.8 er det 29 prosent av sykepleierlederne som svarer at de har brukt ufaglærte i større grad siste år. I 2020 var andelen 22 prosent, så det ser ikke ut til at færre bruker ufaglærte.

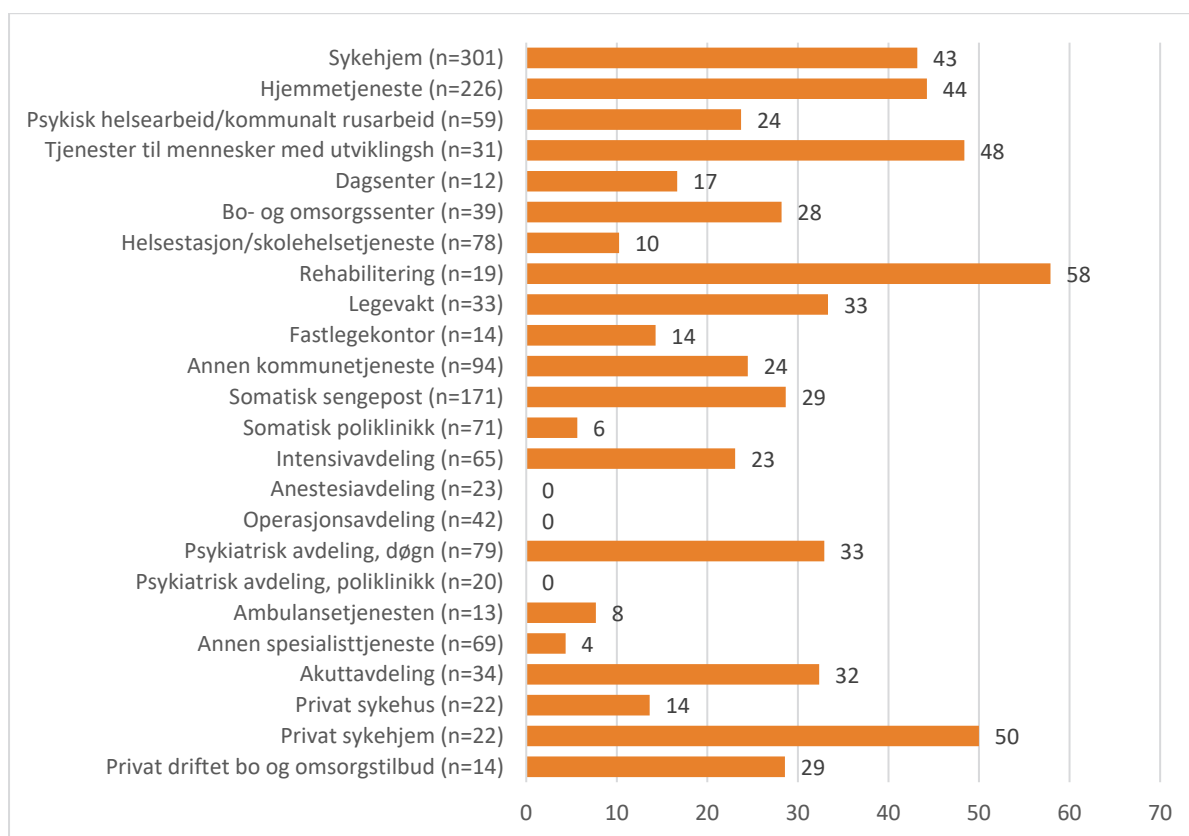
Tabell 2.8 I hvilken grad har dere benyttet ufaglærte i situasjonen som har vært fra september/oktober 2020 til i dag?

	Leder med personalansvar		Leder uten personalansvar		Totalt	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Som før	537	57	430	55	967	56
I større grad enn før	270	29	234	30	504	29
I mindre grad enn før	48	5	46	6	94	5
Annet, hva:	80	9	68	9	148	9
Total	935	100	778	100	1713	100

Det er betydelige forskjeller i andel som svarer at de i større grad enn før har brukt ufaglærte mellom sektorer (se figur 2.18) og tjenester (se figur 2.19).



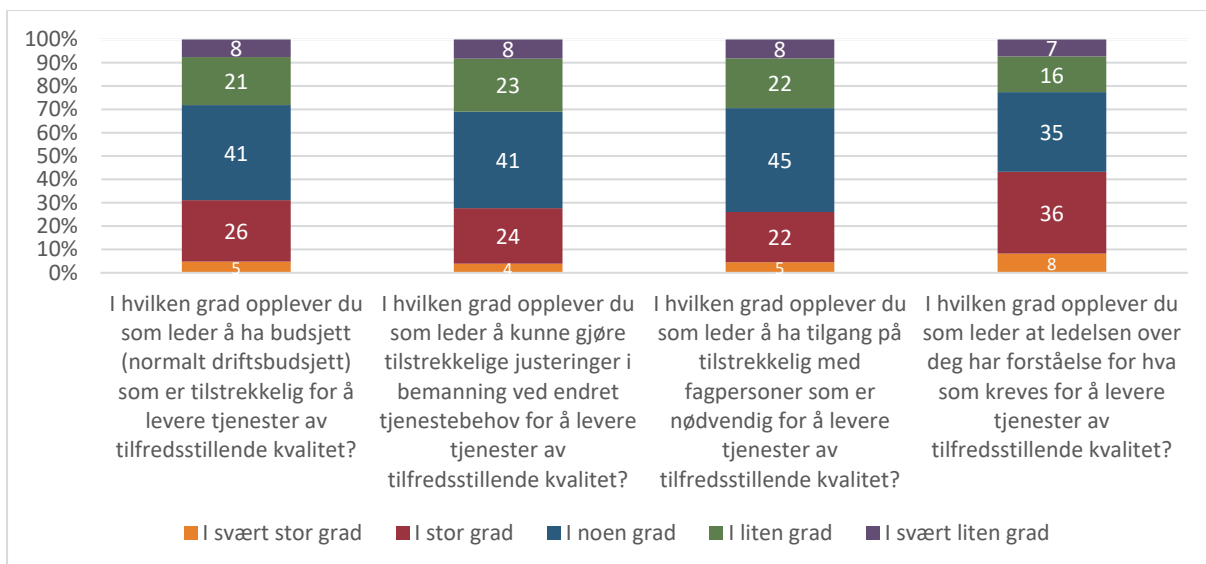
Figur 2.18 Prosent som svarer at de har benyttet ufaglærte i større grad enn før fra september/oktober 2020 til i dag, sektor.



Figur 2.19 Prosent som svarer at de har benyttet ufaglærte i større grad enn før fra september/oktober 2020 til i dag, tjeneste.

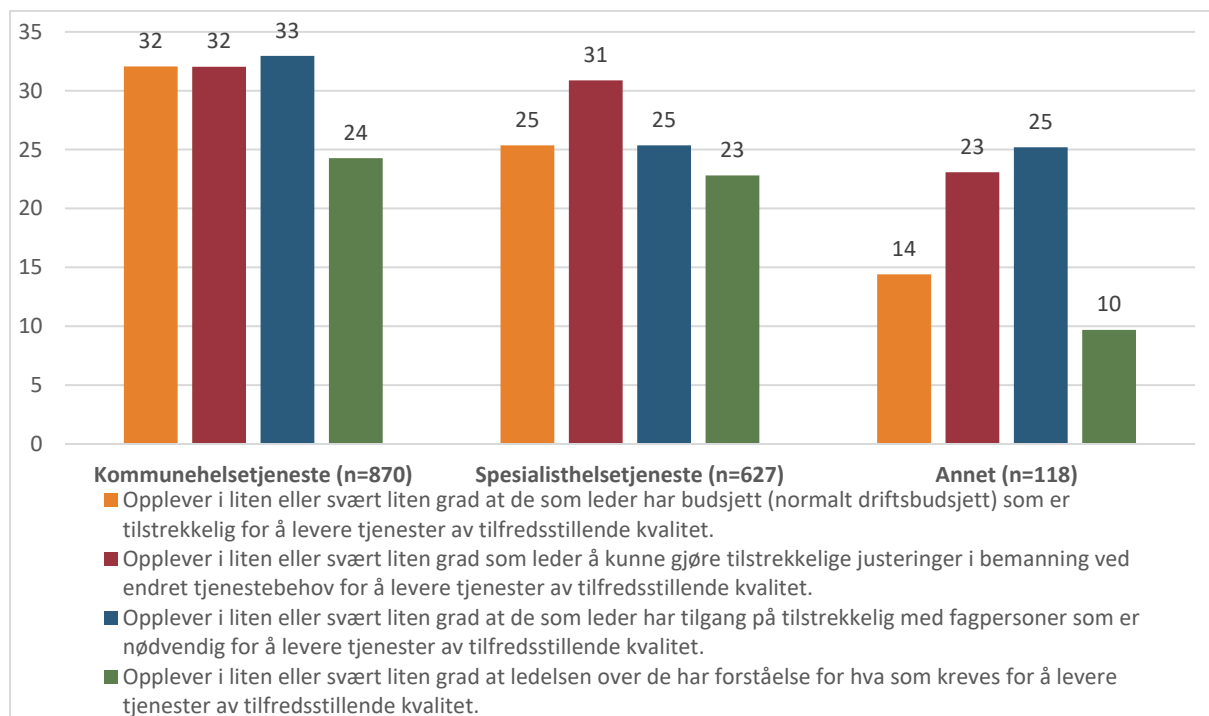
2.7.5 Rammebetingelser for ledelse

Når det gjelder ledernes rammebetingelser, er det rundt 30 prosent som svarer at de i liten eller svært liten grad har gode rammebetingelser, mens noen færre (23 prosent) opplever at ledelsen over dem i liten eller svært liten grad har forståelse for hva som kreves for å levere tjenester av tilfredsstillende kvalitet, se figur 2.20.

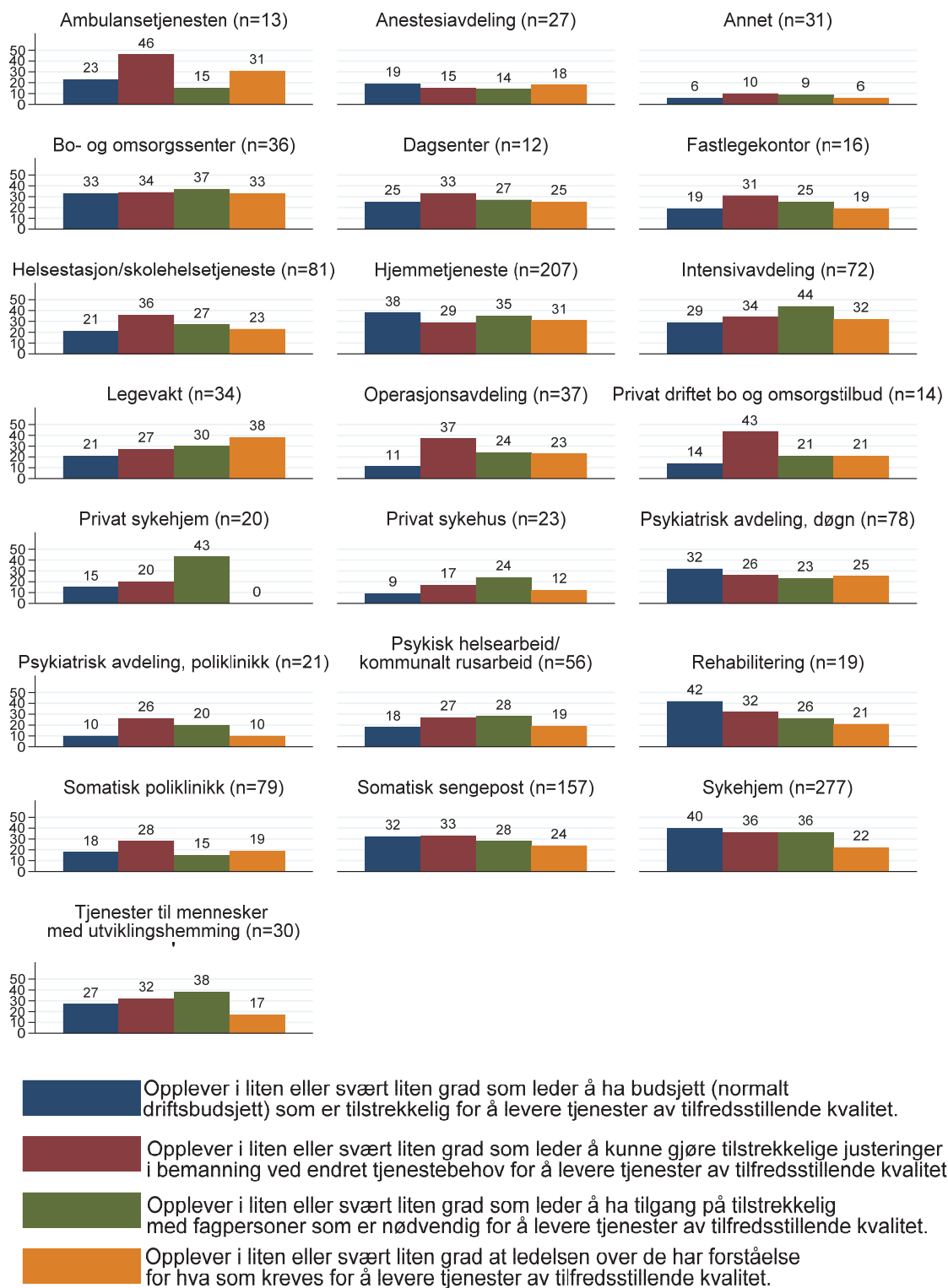


Figur 2.20 I hvilken grad ledere opplever å ha ulike rammebetingelser.

Som vist i figur 2.21 er det flere i de kommunale tjenestene som oppgir at de i liten eller svært liten grad har budsjett som er tilstrekkelig for å levere tjenester av tilfredsstillende kvalitet (32 prosent), enn i spesialisthelsetjenesten (25 prosent). Det er omtrent like mange, hhv. 32 prosent og 31 prosent som opplever i liten grad å kunne gjøre tilstrekkelige justeringer i bemanningen ved behov. Hver tredje sykepleieleder i kommunene og hver fjerde i spesialisthelsetjenesten oppgir at de i liten grad har tilgang på tilstrekkelig med fagpersoner.



Figur 2.21 Prosent av lederne som svarer at de i liten eller svært liten grad opplever å ha de ulike rammebetingelsene.



Figur 2.22 Prosent av lederne som svarer at de i liten eller svært liten grad opplever å ha de ulike rammebetingelsene. n=antall ledere som har svart for de ulike tjenestene.

Som vist i figur 2.22 er det høyest andel ledere som oppgir at de i liten grad kan gjøre tilstrekkelige justeringer i bemanningen i ambulansetjenester (46 prosent) og i privat driftet bo- og omsorgstilbud (43

prosent), mens det er flest som svarer at budsjettene i liten grad strekker til innen rehabilitering (42 prosent), sykehjem (40 prosent) og i hjemmetjenester (38 prosent).

At ledelsen over sykepleielederen ikke har forståelse hva som kreves for å levere tjenester av tilfredsstillende kvalitet, ser ut til å være mest utbredt i legevakt (38 prosent), bo- og omsorgstjenester (33 prosent), intensivavdelinger (32 prosent), ambulansetjenesten (31 prosent) og i hjemmetjenester (31 prosent).

2.7.6 Ekstraarbeid og kompensasjon

Som vist i tabell 2.9 arbeider de fleste lederne mellom 35,5 og 44 timer i uken, inkludert overtidstimer og ekstraarbeid hjemme. Det er 15 prosent av sykepleierlederne med personalansvar som arbeider 45-49 timer, og seks prosent mer enn 50 timer. Blant ledere uten personalansvar er det 7 prosent som oppgir at de arbeider mer enn 45 timer i uken.

Tabell 2.9 Hvor mange timer per uke arbeider du vanligvis i din hovedstilling? (Regn også med overtidstimer og ekstraarbeid hjemme i forbindelse med dette arbeidet).

	Leder med personalansvar		Leder uten personalansvar		Totalt	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Under 35,5 timer	21	2	97	12	118	7
35,5-40 timer	377	39	513	63	890	50
41-44 timer	370	38	143	18	513	29
45-49 timer	146	15	40	5	186	10
50-54 timer	43	4	15	2	58	3
55-59 timer	9	1	3	0	12	1
60 timer eller mer	6	1	4	0	10	1
Total	972	100	815	100	1787	100

Det er 68 prosent av lederne med personalansvar og 46 prosent av lederne uten personalansvar som svarer at ukentlig arbeidstid har økt det siste året som følge av pandemien. Svært få, dvs. én prosent, har arbeidet færre timer som følge av pandemien, mens det ikke har vært endring for 31 prosent av lederne med personalansvar og for 53 prosent av ledere uten personalansvar.

Tabell 2.10 Har ukentlig arbeidstid endret seg siste året som følge av pandemien?

	Leder med personalansvar		Leder uten personalansvar		Totalt	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja, har arbeidet flere timer	662	68	377	46	1039	58
Ja, har arbeidet færre timer	7	1	5	1	12	1
Nei, samme antall timer	301	31	431	53	732	41
Total	970	100	813	100	1783	100

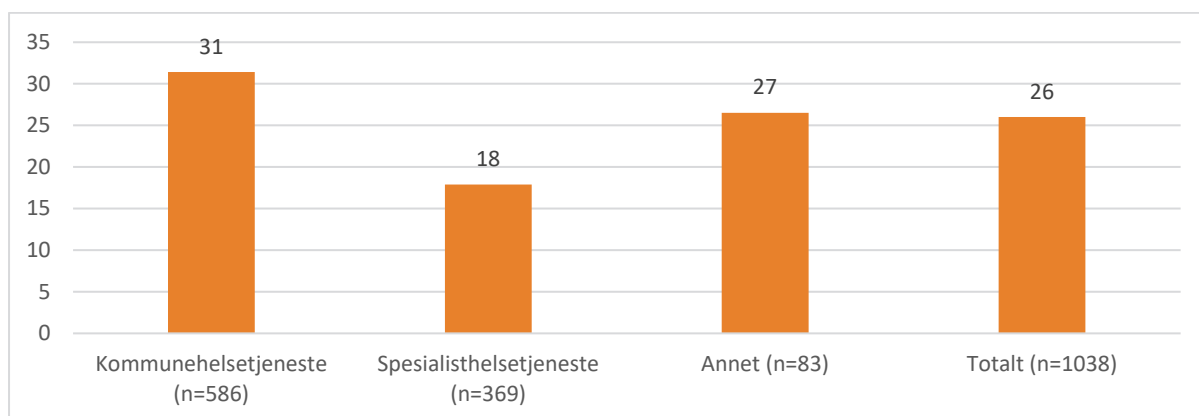
Vi ser videre på de som svarer at de har arbeidet flere timer som følge av pandemien. Som vist i tabell 2.11 er det 26 prosent som ikke har fått kompensasjon for ekstraarbeid de har hatt under pandemien, og

andelen er høyere blant de med personalansvar (31 prosent) enn ledere uten (17 prosent). Vi ser videre på de som svarer at de ikke har blitt kompensert for ekstraarbeidet de har hatt under pandemien.

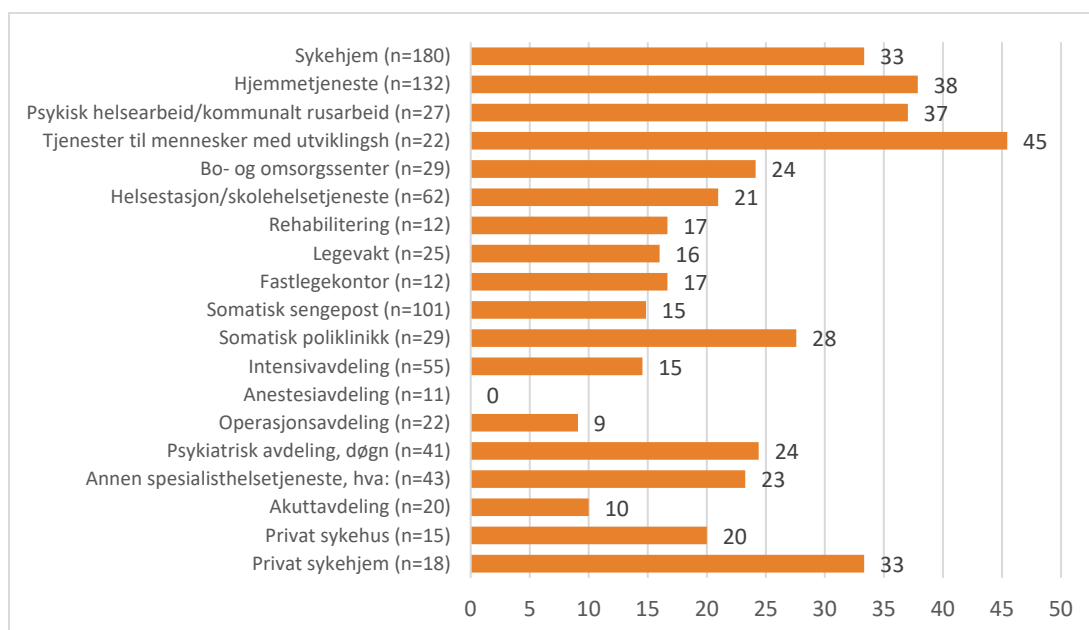
Tabell 2.11 Er du blitt kompensert for ekstraarbeid du har hatt under pandemien?

	Leder med personalansvar		Leder uten personalansvar		Total	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	157	24	149	40	306	29
Delvis	297	45	163	43	460	44
Nei	207	31	65	17	272	26
Total	661	100	377	100	1038	100

Det er flere i kommunehelsetjenesten (31 prosent) enn i spesialisthelsetjenesten (18 prosent) som svarer at de ikke har blitt kompensert for ekstraarbeidet.

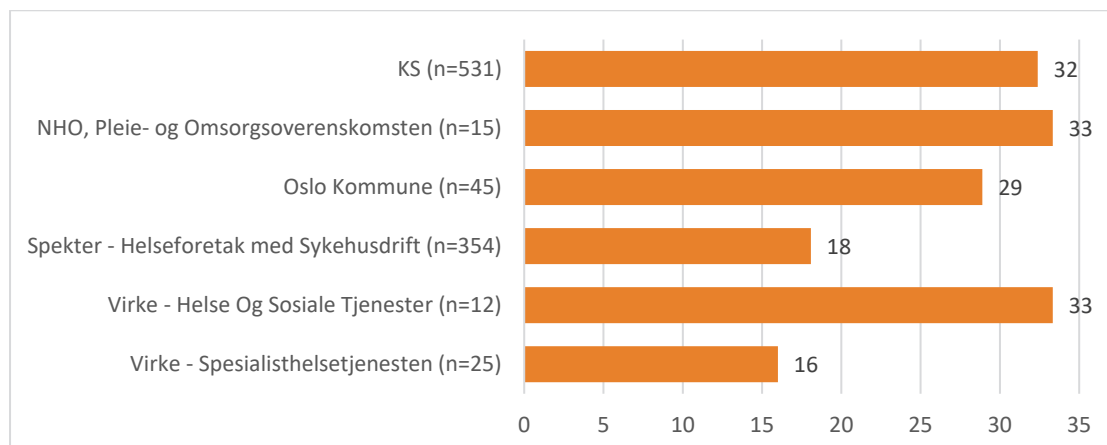


Figur 2.23 Prosent av de som har jobbet flere timer på grunn av pandemien som svarer at de ikke har blitt kompensert for ekstraarbeidet, sektor.



Figur 2.24 Prosent av de som har jobbet flere timer på grunn av pandemien som svarer at de ikke har blitt kompensert for ekstraarbeidet, tjenester.

Det samme bildet kommer frem når vi ser på tariffavtaleområde i figur 2.25, det er flere i de kommunale tariffavtalene som ikke har fått kompensasjon enn i spesialisthelsetjenesteområdet.



Figur 2.25 Prosent av de som har jobbet flere timer på grunn av pandemien som svarer at de ikke har blitt kompensert for ekstraarbeidet, tariffavtaleområde.

Årsaken til at de ikke er kompensert er vist i tabell 2.12. Det er 41 prosent av lederne som ikke er kompensert som oppgir at dette skyldes at de har en ledende stilling, jf. arbeidsmiljøloven § 10-12, første ledd, mens 34 prosent oppgir at de ikke har krav på overtidsbetaling ifølge sin arbeidsavtale. Det er også 23 prosent som oppgir at de ikke vet hvorfor de ikke er kompensert for ekstraarbeidet.

Tabell 2.12 Hva er årsakene til at du ikke har blitt kompensert?

	Antall	Prosent
Jeg har en ledende stilling, jf. aml. § 10-12 (1)	112	41
Jeg har en særlig selvstendig stilling, jf. aml. § 10-12 (2)	16	6
Jeg har ikke krav på overtidsbetaling, etter min arbeidsavtale (selv om jeg ikke er unntatt am. Kap. 10)	93	34
Jeg vet ikke	62	23
Annet	43	16
Antall som oppgir at de ikke er kompensert	272	100

For de lederne som har fått kompensasjon for ekstraarbeidet (n=306), har vi spurt hvordan de ble kompensert.

Tabell 2.13 Hvordan har du blitt kompensert?

	Antall	Prosent
Jeg har fått overtidsbetaling	231	75
Jeg har fått ekstra avspasering utover min arbeidsavtale	55	18
Jeg har fått avspasering pluss overtidstillegg	63	21
Jeg har fått timebetaling	42	14
Annet	16	5
Totalt	306	100

Det er for små tall til å fordele og analysere på sektor og tjenester, men det ser ut som noen flere i helseforetakene har fått overtidsbetaling, mens KS-området i større grad har kompensert lederne med ekstra avspasering og timebetaling, men det er ikke et entydig bilde.

2.7.7 Arbeidsgivers risikovurdering

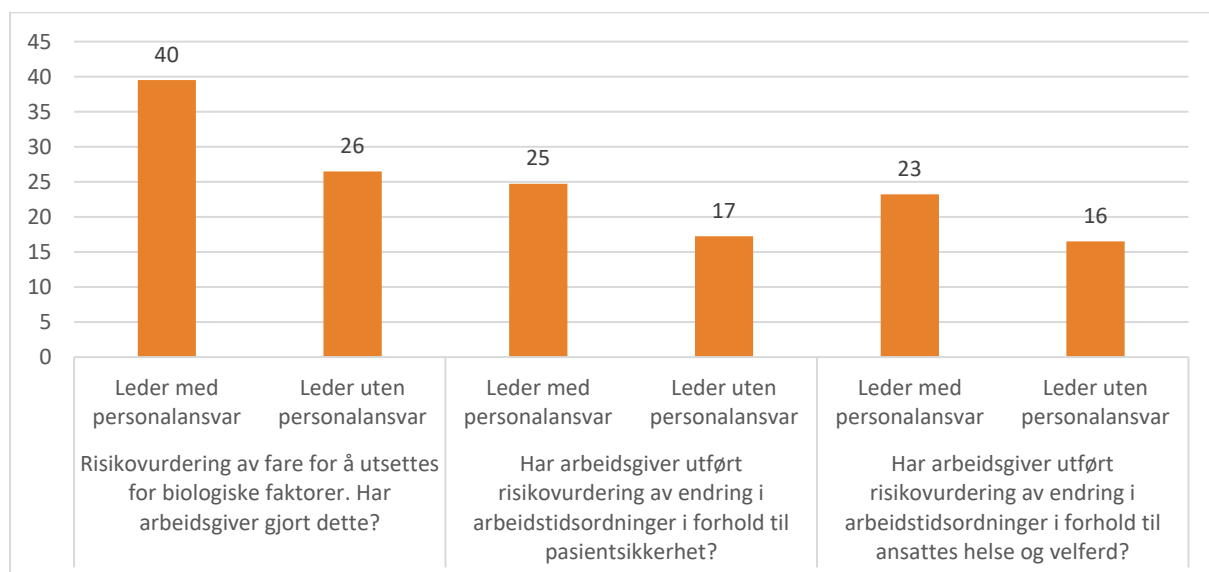
Som vist i tabell 2.14 er det flere som har svart 'nei' og 'vet ikke', enn som har svart at arbeidsgiver har utført risikovurdering av fare for å utsettes for biologiske faktorer og endring i arbeidstidsordninger i forhold til pasientsikkerhet og i forhold til ansattes helse og velferd.

Prosent som svarer ja på de ulike risikovurderingene er vist i figur 2.26.

Tabell 2.14 Risikovurdering av endring i arbeidstid

	Har arbeidsgiver utført risikovurdering av fare for å utsettes for biologiske faktorer?		Har arbeidsgiver utført risikovurdering av endring i arbeidstidsordninger i forhold til pasientsikkerhet?		Har arbeidsgiver utført risikovurdering av endring i arbeidstidsordninger i forhold til ansattes helse og velferd?	
	Leder med personalansvar	Leder uten personalansvar	Leder med personalansvar	Leder uten personalansvar	Leder med personalansvar	Leder uten personalansvar
Ja	377	207	235	135	221	129
Nei	243	150	352	195	370	215
Vet ikke	334	425	364	454	361	438
Total	954	782	951	784	952	782

Det kan være mange årsaker til at kun 40 prosent av lederne med personalansvar er kjent med at arbeidsgiver har gjort risikovurdering av fare for å utsettes for biologiske faktorer, men dette betyr at 60 prosent av lederne med personalansvar ikke vet om det er gjort en slik risikovurdering. Det er enda færre som svarer bekreftende på at arbeidsgiver har utført risikovurdering av endring i arbeidstidsordninger i forhold til pasientsikkerhet og ansattes helse. Hva denne manglende risikovurderingen gjenspeiler, må videre forskning søke å besvare. Dette er risikovurderinger som arbeidsgiver skal gjøre dersom arbeidstiden endres, men det kan være at arbeidstiden i liten grad er endret blant de som svarer nei eller vet ikke, men det har vi ikke datagrunnlag for å besvare ettersom datagrunnlaget ikke identifiserer arbeidsplass.



Figur 2.26 Andel ledere som svarer at det er utført risikovurderinger.

2.7.8 Inngåelse av lokale avtaler

Som vist i tabell 2.15 er det 30 prosent av lederne med personalansvar, som svarer at det er inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i forbindelse med koronasituasjonen. Andelen blant ledere uten personalansvar er omtrent den samme, men det er mange flere i denne gruppen som svarer at de ikke vet om slike avtaler er inngått.

Tabell 2.15 Er det inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i forbindelse med koronasituasjonen?

	Leder med personalansvar		Leder uten personalansvar		Alle sykepleierledere	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	288	30	229	29	517	30
Nei	543	57	367	47	910	52
Vet ikke	122	13	186	24	308	18
Total	953	100	782	100	1735	100

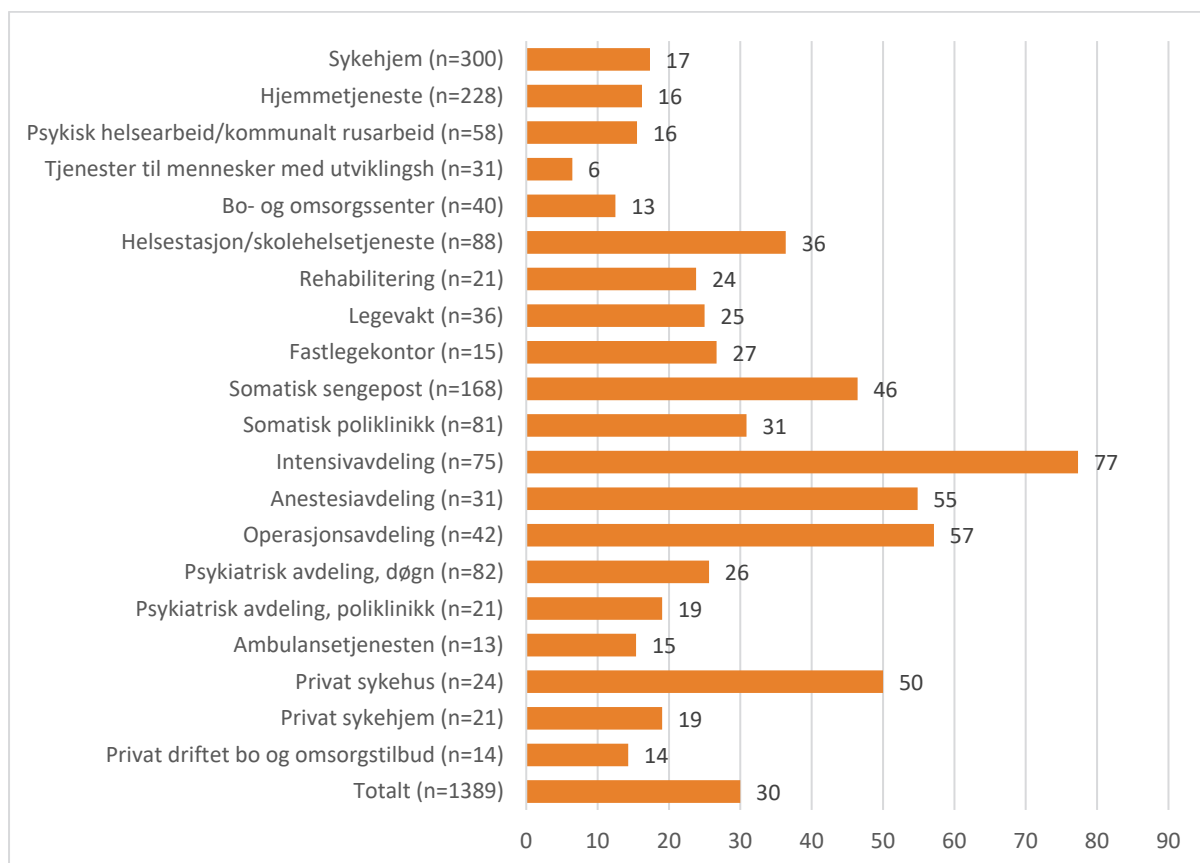
Vi ser videre på de som har svart ja, og tar med svarene fra ledere med og uten personalansvar da vi antar at de som svarer ja vet at det er inngått slike lokale avtaler.

Det er betydelig flere i spesialisthelsetjenesten som svarer at de har inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon (45 prosent) enn i kommunene (20 prosent).

Tabell 2.16 Prosent som svarer at det er inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i forbindelse med koronasituasjonen. Sektor.

	Prosent med avtale	Antall svar
Kommunehelsetjeneste	20	943
Spesialisthelsetjeneste	45	666
Annet	24	126
Totalt	30	1735

Det er intensivavdelinger, anesthesiavdelinger og operasjonsavdelinger som i størst grad har inngått avtaler om ekstra kompensasjon, se figur 2.27.



Figur 2.27 Prosent som har inngått avtaler om ekstra kompensasjon i forbindelse med koronasituasjonen, tjenester med svar fra mer enn 10 sykepleierledere.

Det er også gitt mulighet for å skrive inn en kommentar etter spørsmålet om ivaretagelse (tabell 2.5), og 293 ledere har gitt en kommentar. En av lederne beskriver situasjonen slik:

1) Utfordring første tiden når de ansatte ikke fikk benytte munnbind for å kunne beskytte seg og pasientene. 2) Utfordring med å opprettholde anbefalt avstand til enhver tid i vaktrom, men en utrolig god arbeidsstokk gjorde at vi kom igjennom det. 3) Bestilling og innhenting av nok smitteutstyr til enhver tid er krevende. Nå får vi beskjed fra «høyeste hold» at det er fare for mangel i Norge på hansker i 2022 om vi ikke strammer inn skikkelig på bruk. Krevende å skulle følge smittevernregler/prosedyrer korrekt og samtidig spare. Men ser at personalgruppa også hele tiden har forbedringspotensial, må være skjerpet, ikke sløse.

Andre beskriver det slik:

I koronasituasjonen har det vært eksepsjonelt utfordrende å ha nok folk på jobb - de som er slitne fra før på grunn av stor belastning, blir enda mer slitne når det ender opp med doble vakter osv...

Den har vært en evig jakt på kvalifisert personale. Pårørende som ikke forholder seg til smittevernregler hvor personalet må opptre som «politi» med dertil psykisk belastning pga. pårørende som skjeller ut personalet som må håndheve etatens krav.

Svak involvering av lederne ser ut til å være tilfelle flere steder:

Beslutninger blir tatt uten involvering, og man har svært lite man skulle sagt. Lite tid og rom for å ivareta ansatte.

En annen leder beskriver godt noen av de vanskelige beslutningene pandemien medfører på dette ledernivået:

Det har vært vanskelig å ta beslutninger på vegne av ansatte, pasienter og pårørende. Å si til ansatte at de må være hjemme eller kan komme på jobb, å bestemme om de ansatte må i karantene eller om de har lov til å ha folk på besøk på bursdagen sin. Å si nei til pårørende som ønsker å komme på besøk til sin alvorlig syke far/mor/bror/søster/barn. Det har vært mye å ta stilling til. Mye en er like usikker på som de som spør deg. Det har periodevis vært vanskelig å følge med på hva som har vært retningslinjer.

En av lederne opplever at alle har bidratt i å finne gode løsninger:

Det har vært og er krevende for oss alle. Opplever at alle har gjort sitt beste, alle har hatt et ønske om å være på jobb, alle har hatt et ønske om å være med å finne gode løsninger.

Flere ledere beskriver at det har vært vanskelig å følge opp ansatte som har vært omdisponert til andre arbeidssteder over lenger tid, mens andre beskriver at sykefraværet har vært høyt og det har vært vanskelig å skaffe vikarer, eller at de har brukt mye tid på å trygge ansatte, brukere og pårørende når de er redde for smitte. En av lederne oppgir følgende:

Ansatte er utslitt, dårlig bemanning.

Mens en annen opplever at alle har bidratt i å finne gode løsninger:

Det har vært og er krevende for oss alle. Opplever at alle har gjort sitt beste, alle har hatt et ønske om å være på jobb, alle har hatt et ønske om å være med å finne gode løsninger.

Det er altså stor variasjon i ledernes erfaringer, og de fleste har kanskje både positive og negative erfaringer:

Det første året med covid var det mest belastende, inntil personalet kjente seg trygge og vaksinerer kom i gang. Det var ein stor jobb og ei påkjenning å trygge personalet, der nokre hadde reell dødsangst. Ledarane blei dei som måtte svare for mangel på smittevernsutstyr, og vart konfrontert med at vi utsatte tilsette for slikt type smitte som kunne ende i død. Men fantastisk å vere leiar når ein lukkast med tiltak for å trygge dei tilsette, og skape tillit og tru på at vi sammen skulle klare dette.

Mange ledere har hatt stor arbeidsbelastning, og som vi viser i kapittel 5.1, er det sykepleiere med personallederansvar som rapporterer om den høyeste akkumulerte belastningen gjennom pandemien.

2.8 Ansattrepresentanters erfaringer i pandemien

I dette delkapittelet ser vi på erfaringene til tillitsvalgte og verneombud i koronasituasjonen. Det er 9563 sykepleiere som har svart tilfredsstillende på dette, og av disse er det 8230 (86 prosent) som har oppgitt at de ikke har verv som ansattrepresentanter, de resterende 1333 utgjør datagrunnlaget i delkapittelet, se tabell 2.17.

Tabell 2.17 Har du noen av følgende verv som representant for ansatte? T2.

	Antall	Prosent
Nei	8230	86
Tillitsvalgt (plass)	671	7
Hovedtillitsvalgt	175	2
Foretakstillitsvalgt	16	0
Konserntillitsvalgt	6	0
Verneombud (plass)	455	5
Hovedverneombud	42	0
Foretaksverneombud	7	0
Konsernverneombud	4	0
Annen type ansattrepresentant	134	1
Antall	9563	100

Av de som oppgir at de har rolle som ansattrepresentant, er det 165 personer som oppgir at de er frikjøpt ansattrepresentant, der 27 oppgir at de er frikjøpt i 100 prosent, mens resten oppgir en lavere prosent frikjøpt. Datagrunnlaget er for lite til å gjøre videre analyser av dette, men frikjøp gjelder særlig de hovedtillitsvalgte der 57 prosent er frikjøpt i ulike andeler, og foretakstillitsvalgte der 8 av 16 oppgir at de er frikjøpt.

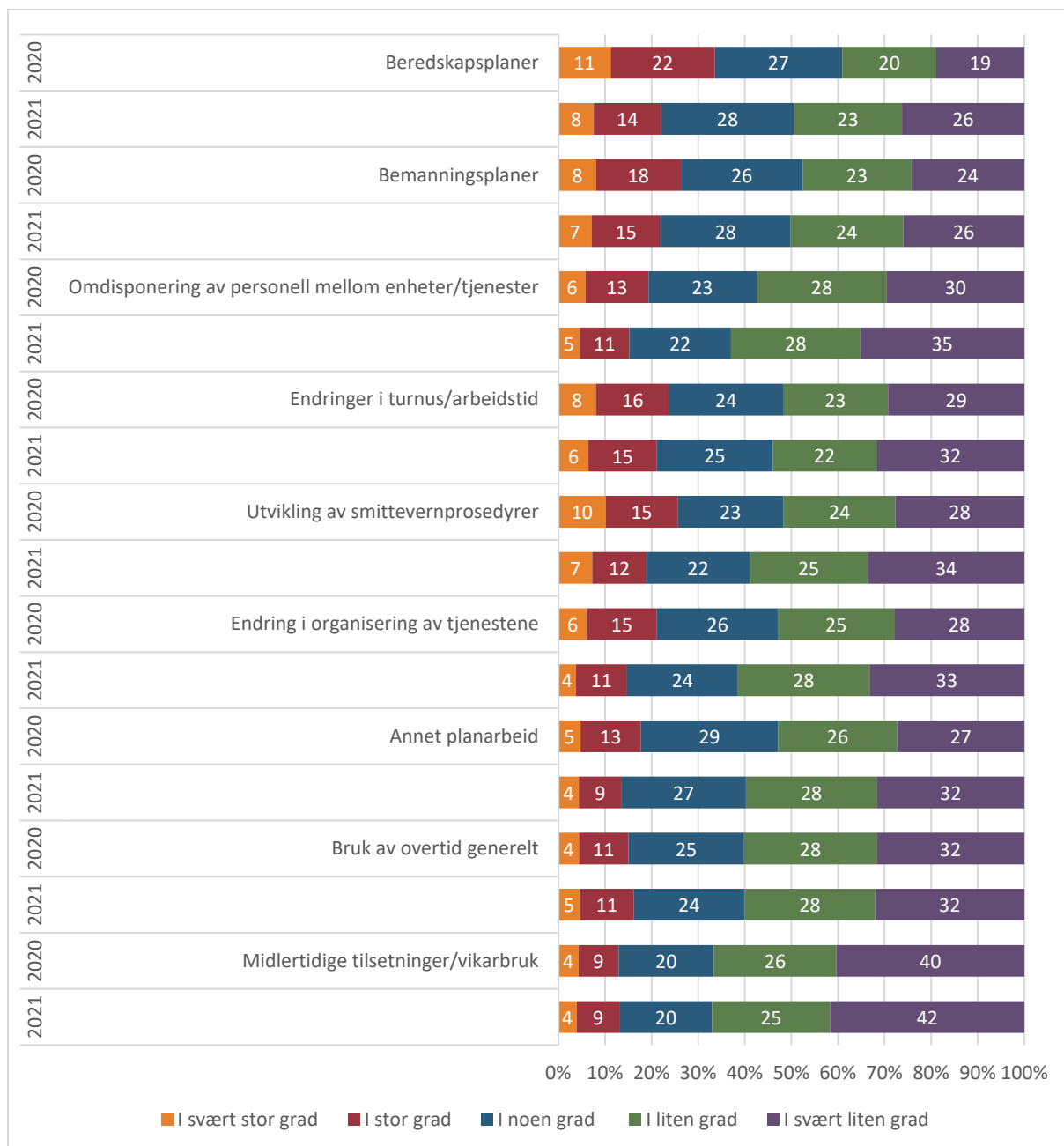
Noen oppgir flere roller, for eksempel er det 51 personer som oppgir at de både er tillitsvalgt og verneombud, mens 10 oppgir at de både er hovedtillitsvalgt og hovedverneombud. Av de 134 som oppgir at de har verv som annen type ansattrepresentant, er det 19 som også oppgir en annet type verv og de kodes til siste oppgitte verv.

Tabell 2.18 Har du noen av følgende verv som representant for ansatte, omkodet. T2.

	Antall	Prosent
Tillitsvalgt (plass)	588	43
Hoved/foretak/konserntillitsvalgt	168	12
Verneombud (plass)	437	32
Hoved/foretak/konsernverneombud	45	3
Annen ansattrepresentant	115	9
Totalt	1353	100

2.8.1 Involvering av ansattrepresentanter i ulike tiltak 2020 og 2021

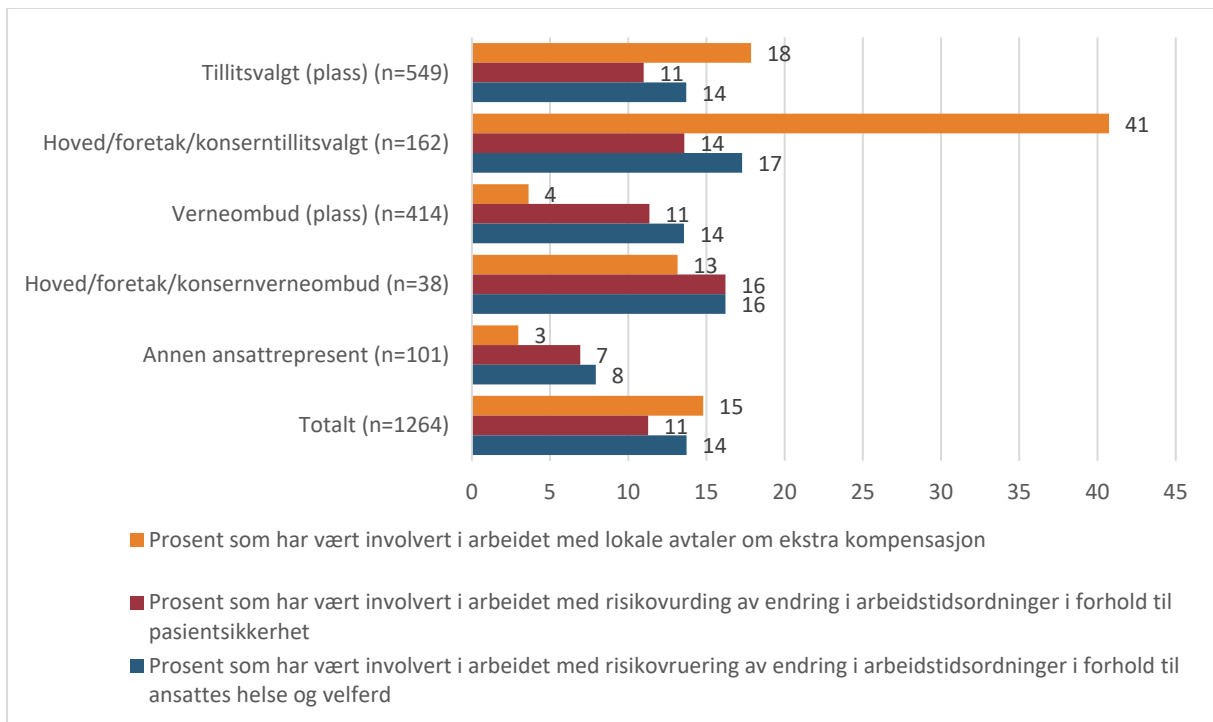
Som vist i figur 2.28 er det nedgang i andel som svarer at de i stor eller i svært stor grad er involvert for alle tiltak med unntak av involvering i bruk av overtid generelt og i bruk av midlertidige stillinger/vikarbruk – der det er en relativt uendret andel som svarer at de i stor eller svært stor grad er involvert fra 2020 til 2021.



Figur 2.28 Prosent av ansattrepresentanter som svarer på i hvilken grad de har vært involvert i ulike tiltak. 2020 og 2021.

At halvparten av ansattrepresentantene ikke er involvert i beredskapsplaner, bemanningsplaner, omdisponeringer av personell etc. er overraskende. Man skulle tro at en pandemisituasjon mobiliserer ressursene som finnes på arbeidsplassen, inkludert kunnskapen som ligger blant de ansatte og deres representanter.

Demokratiet i arbeidslivet er avhengig av at ansattrepresentanter (tillitsvalgte og verneombud) involveres i beslutninger på arbeidsplassen. Ansattrepresentantene i helse- og omsorgstjenestene har en annen rolle enn ledelsen på ulike nivå, og de har lokal kunnskap som vil overses dersom ikke de tas med i ulike beslutningsfora.



Figur 2.29 Prosent av ansattrepresentantene som svarer at de har vært involvert i lokale avtaler om kompensasjon og risikovurderinger av endring i arbeidstid.

Vi har informasjon om det er inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon, og dersom vi ser kun på de som svarer at de har en slik avtale, ser vi at 83 prosent av hoved/foretak/konserntillitsvalgte har vært involvert og 40 prosent av plasstillitsvalgte.

Tabell 2.19 Svar på om de har vært involvert betinget på at det er inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i forbindelse med koronasituasjonen.

	Ja	Nei	Vet ikke	Totalt	Andel som oppgir at de har vært involvert
Tillitsvalgt (plass)	65	97	1	163	40
Hoved/foretak/konserntillitsvalgt	49	10	0	59	83
Verneombud (plass)	6	106	0	112	5
Hoved/foretak/konsernverneombud	5	8	0	13	38
Annen ansattrepresentant	1	28	0	29	3
Totalt	126	249	1	376	34

2.8.2 Ordinære tariffbestemmelser fulgt

Som vist i tabell 2.20 er det 55 prosent av de tillitsvalgte som svarte i stor eller svært stor grad i 2020 at de ordinære tariffbestemmelsene er fulgt i perioden fra september/oktober 2020 til i dag, mens andelen i 2021 var 46 prosent.

Tabell 2.20 I hvilken grad opplever du at de ordinære tariffbestemmelsene er fulgt i perioden i forbindelse med koronasituasjonen?

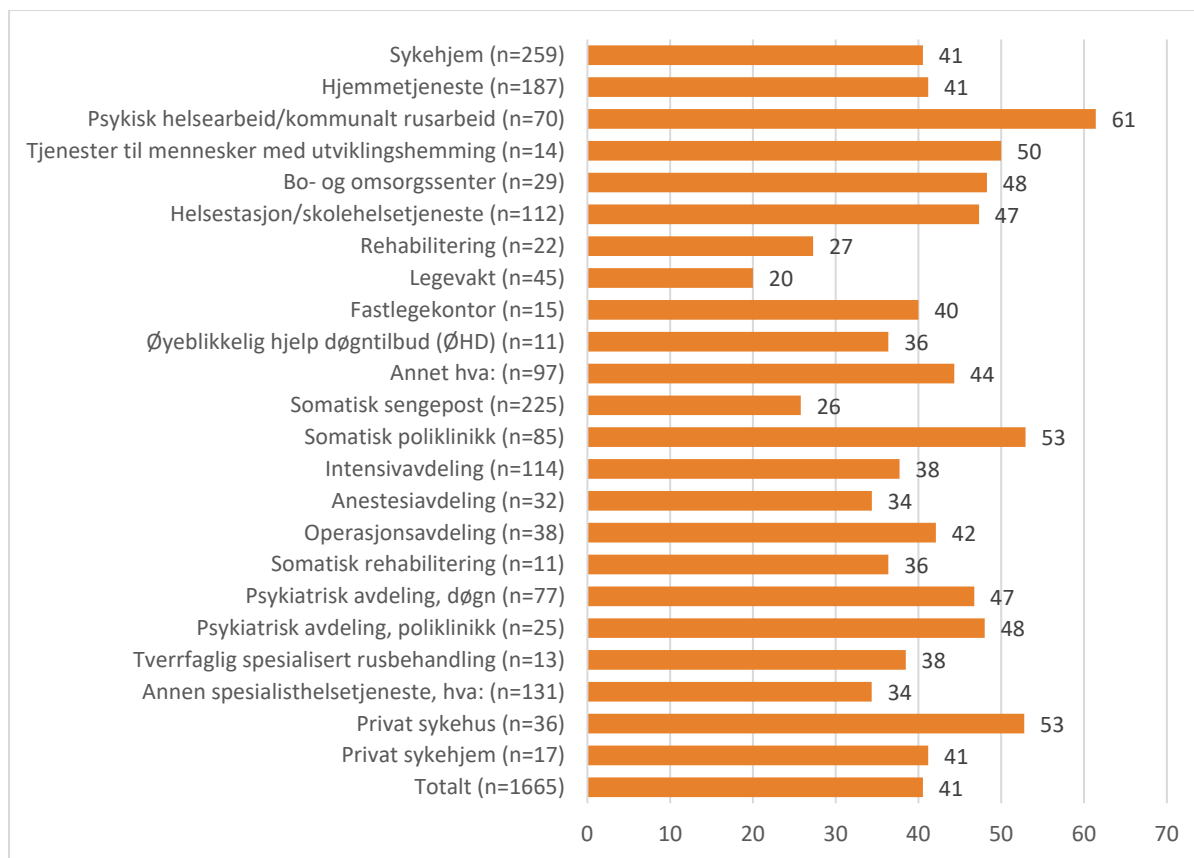
	2020 (fra mars til september/oktober)				2021 (fra september/oktober 2020 til i dag)			
	Alle ansattrepresentanter		Tillitsvalgt (plass) og hoved/foretak/konsern-tillitsvalgt		Alle		Tillitsvalgt (plass) og hoved/foretak/konsern-tillitsvalgt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
I svært stor grad	373	12	229	13	135	10	76	10
I stor grad	1 117	36	746	42	440	34	263	36
I noen grad	566	18	353	20	293	23	185	25
I liten grad	164	5	96	5	86	7	55	8
I svært liten grad	113	4	52	3	62	5	32	4
Vet ikke	756	24	288	16	278	21	117	16
Total	3 089	100	1 764	100	1294	100	728	100

Vi ser videre på de som svarer i stor eller i svært stor grad og finner signifikante forskjeller både mellom sektorer og tjenester. Som vist i tabell 2.21 er det 43 prosent av ansattrepresentantene i kommunene som svarere at de ordinære tariffbestemmelsene i stor eller svært stor grad er fulgt i koronasituasjonen, mens andelen er 37 prosent i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 2.21 I hvilken grad opplever du at de ordinære tariffbestemmelsene er fulgt i perioden i forbindelse med koronasituasjonen? Sektor.

	Andel som svarer at tariffbestemmelsene i stor eller svært stor grad er fulgt	Antall svar
Kommunehelsetjeneste	43	864
Spesialisthelsetjeneste	37	772
Annet	50	125
Totalt	41	1761

Det er særlig få som svarer at tariffbestemmelsene er fulgt i legevakt (20 prosent), i somatiske sengeposter (26 prosent) og innen rehabilitering (27 prosent), se figur 2.30. Men det er også mange i de øvrige tjenestene som har opplevd at de ordinære tariffbestemmelsene ikke er fulgt, dvs. de har ikke svart i stor eller svært stor grad.



Figur 2.30 Prosent som svarer at de ordinære tariffbestemmelsene i stor eller svært stor grad er fulgt i perioden i forbindelse med koronasituasjonen? Tjenester.

Det er særlig få som svarer at tariffbestemmelsene er fulgt i legevakt (20 prosent), i somatiske sengeposter (26 prosent) og innen rehabilitering (27 prosent). Men det er også mange i de øvrige tjenestene som har opplevd at de ordinære tariffbestemmelsene ikke er fulgt, dvs. de har ikke svart i stor eller svært stor grad.

Det er gitt 170 kommentarer til dette spørsmålet og en gjennomgang av svarene viser følgende:

- Brudd på overtidbestemmelser
- Lange/doble vakter
- For kort hviletid mellom vakter
- Mer arbeid enn avtalt i helger og ferier
- Stort press på ansatte pga. vakante stillinger, andre må arbeide ekstra
- Stort press på ansatte pga. høyt sykefravær, andre må arbeide ekstra
- Endret arbeidsplan med for kort varsel

En ansattrepresentant forklarer hvilke konsekvenser brudd på tariffbestemmelsene kan få:

Bruk av mye overtid, press på sykepleiere om merarbeid særlig helg og sommer. Lite kompensert i forhold til at arbeidsgiver kaller dette en forbigående situasjon der for eksempel smusstillegg ikke er anerkjent. Innsparinger og vanskelig å beholde arbeidstakere. Vanskelig å rekruttere.

En tillitsvalgt forklarer hvordan de kommer bakpå fordi de ikke ble involvert:

Det ble mye å følge med på og med 20 % frikjøp løp man etter. I starten sendte NSF ut en mail om hva vi burde ta kontakt med arbeidsgiver om ift. planer. Fikk

da til svar at kommunen var opptatt av å ikke 'hause opp' situasjonen og la ting bero. Og så når det for alvor gikk opp for dem var prosessene i full sving og man ble ikke invitert med inn i prosesser, men løp etter. Viktigste for medlemmer var der det ble forsøkt å iverksette urimelige turnuser, en med langvakter fikk vi stoppet. Et tjenestested jobbet annenhver helg i en periode hvor tillitsvalgte ble presset, og egentlig ikke var enige. Etter mye 'om og men', fikk vi endelig stoppet den også.

At ledere og andre ikke har fått kompensasjon for ekstraarbeid kan ha flere årsaker, og kanskje er det behov for å vurdere om lønssystemene som benyttes i helse- og omsorgstjenestene trenger oppgradering:

Det er ikke systemer som sikrer/garanterer avtalene som inngås sentralt eller lokalt blir rett i selve utbetalingene. Slik at det er på god tro at våre medlemmer har fått det de har krav på. Vi har hatt flere tilløp hvor arbeidsgiver har forsøkt å etablere ordninger administrativt, som også de strever med å utbetale. Slik at medlemmer har måttet vente flere måneder på penger. Det samme gjelder sletting og iverksetting av arbeidsplaner, vs. styringsretten arbeidsgiver mente seg å ha på dette. Her ble det både for mange og for få timer i bankene i Gat i etterkant, som igjen straffer ansatte. Dette fører også til langtekkelig oppfølging. Arbeidsgiver skal være den profesjonelle part med kompetanse, vel det er de ikke alltid.

Høyt sykefravær fører i mange tilfeller til økt bruk av overtid og de havner i en krevende situasjon:

Det har generelt vært mye overtidsbruk det siste året. Noe er relatert til Covid, med fravær blant ansatte med symptomer og testing/ karantene. Generelt høyt sykefravær den siste tiden (12-20 %).

Hadde i en periode hjemmetjeneste med sykefravær på 50%. De som var igjen, har jobbet fryktelig mye. Høyt sykefravær i hele tjenesten og mye bruk av overtid.

Har vært mye overtid for å dekke opp vakter ved sykdom. Mye AML brudd gjennom pandemien i hele helse og omsorg.

Flere beskriver mer vedvarende problemer som årsak til at tariffbestemmelsene ikke følges:

Det har ikke vært coronasituasjonen som har vært årsak til at tariffbestemmelsene ikke har blitt overholdt. Det er et generelt rekrutteringsproblem av sykepleiere på kommunens sykehjem, som har vært i flere år.

Mye fravær som må dekkes inn med påfølgende overtid. Manglende stillingshjemler og mye bruk av ustabil tilgang på ekstravakter.

Pandemirelaterte oppgaver som kommer i tillegg til annen jobb har vært en realitet for noen:

Fleire tilsette har jobba med smittetesting og sporing i tillegg til 100% stilling som sjukepleiar eller helsefagarbeider, opp mot totalt 150% over lang tid.

Når det er mangel på folk og arbeidsgiver har rekrutteringsproblemer, kan det være økt risiko for at det iverksettes tiltak som ikke er i henhold til tariffbestemmelsene:

Flere medlemmer har tatt kontakt med spørsmål om lovlighet i omdisponering/beordring til vakante stillinger (ikke koronarelatert). Godtgjørelse for beordring har heller ikke vært i henhold til tariff.

En del uttrykker oppgitthet ved at belønningen ikke står i forhold til innsatsen:

Har til tider arbeidet mye, men dette har føltes meningsfylt og viktig. Men synes ikke samfunnet ser ut til å sette pris på at vi har ofret tid med familie for å holde hjulene i gang, jeg kan ikke betale strømregningen med klapp på skulder.

Dette med for kort hviletid mellom vakter synes å være en systemfeil da neste vakt ikke forskyves ved overtid på kveldsvakten:

Hviletid mellom vakter blir ofte problematisk, da det ikke tilrettelegges for nok søvn mellom aften og dagvakt. Hvis man går overtid til kl.2330, er det ikke åpent for å komme senere dagen etter. Må derfor møte på jobb kl.0715 og får derfor i underkant av 8 timer «hvile».

Andre ansattrepresentanter bekrefter at de har vært lite involvert av arbeidsgiver:

I kommunen ble det ikke tatt hensyn til hva tillitsvalgt sa.

Leder inkluderer ikke personal eller tillitsvalgte, svært dårlig mulighet medvirkning for alle.

Trepartssamarbeid og medbestemmelse har ikke blitt prioritert på øverste nivå og nedover i avdelingene

Noen ser store utfordringer og forskjellsbehandlinger:

Jeg veit ærlig talt ikke hvor jeg skar begynne. En ledelse som overhodet ikke vet hva HMS-arbeid er. Dårlig planer og analyser, og regler som ikke ledelsen har fulgt sjøl. Dårlig behandling av ansatte, noen fikk jobbe, sjøl om de hadde flere plasser å forholde seg til, mens andre ikke fikk lov, og måtte velge ett sted.

Vi er i en avdeling som har måtte avlaste intensiv med å ta intensivpasienter tidligere til vår overvåking enn vi gjorde før covid. Vi vet intensivsykepleiere har fått covid-tillegg selv med få covid-pasienter innlagt, det har ikke vi fått som har tatt pasienter for å avlaste. Resultat er en travlere hverdag med dårligere pasienter, dårligere bemanning enn på intensiv og dårligere tariffordning enn våre kollegaer. Dette skaper harme og en følelse av at noen ansatte er viktigere enn andre i et helsevesen som er avhengig av godt samarbeid.

Det er også ansattrepresentanter som oppgir at de ikke har hatt noen utfordringer under pandemien:

Kommunen har vært heldig med lite smitte. Ingen smitte i eldreomsorgen. Ikkje vært behov for mye overtid, merarbeid etc.

Mens andre opplever store konsekvenser av pandemien:

Koronaen har overskygget mye. Også i forhold til å følge lover og regler. Når vi hadde utbrudd av korona på sykehjemmet var det viktigst å få det til å gå rundt og da var det ikke så nøye med overtid og annet som ellers skulle tatt hensyn til. Og siden lederne har holdt seg unna avdelingene fram til på vårparten, har det blitt mindre kontakt med avdelingene og det har derfor blitt mer fjernstyring.

En problemstilling som også nevnes er når lederne mangler kompetanse:

Må være litt på vakt i f.t. at ansatte får overtid/forskjøvet vakt i de ordinære avdelingene. Likeså for TISK/Vaksinering da det der er mindre utdannede ledere som ikke kan tariffbestemmelsene.

Mange ledere tolket bestemmelsene feil pluss de tro de gjelder fortsatt.

Opplever stor usikkerhet og uenighet blant ansatte og ledelse om hva forskyvningstillegg med kort varsel er.

En av ansattrepresentantene beskriver belastningen sykepleierne har risiko for å få når arbeidsgiver ikke har sørget for nok bemanning:

Men det er mye som ikke er nedskrevet eller dokumentert. Særlig overtid fra dag til dag. Og når vi står der med ansvar for 3 intensivpasienter uten respirator alene i en hel vakt, hvor til vanlig en skal kun ha 1 intensivpasient uten respirator. Selv om det ikke er forsvarlig, men det var ikke nok sykepleiere å ta og jeg kunne ikke nekte å ta ansvar eller stenge avdelingen.

Når arbeidsgiver ikke har sørget for nok tilstrekkelig bemanning, er det risiko for at de forsøker å presse ansatte til å jobbe ekstra eller at de ansatte overbelastes:

Mykje endring i vakter av arbeidsgjevar, press og trua til å jobbe ekstra. Endring av vaktplan til meir ubekvem arbeidstid. Trua med at ferie blir inndradd dersom vi ikkje jobbar ekstra. Dagvakt i veka flytta til kveld i helg.

Ved bemanningskrise (som det har vært hele tiden). Min avdeling har 15% vakante stillinger, høyt sykefravær og ledelsen har vært svært avventende med å sette inn tiltak for å opprettholde forsvarlig bemanning. Dette har ført til en konstant overbelastning og et sykefravær på opp mot 18 %. Det har også ført til at mellomledere har vært svært overbelastet. Denne situasjonen har gjort at arbeidsmiljøet er blitt dårlig. Man møter sine kolleger i garderoben om morgenen med blick som peker mot gulvet, ikke et trivelig 'god morgen-blick'.

Noen uttrykker frustrasjon fordi de finner seg i for mye:

Mildt sagt er sykepleier (bl.a. jeg) dumsnill: - Vi spanderer 20 min hver vakt med av- og påkledning på garderobe. - Holder oss oppdatert hjemme. - Får ukompenserte livsvarige koronaskader siden de antas ikke å få økonomiske følger. - Jobber gratis rett etter vekten for å skrive dokumentasjon/avvik ferdig og gi ordentlig rapport når det trengs. - Setter egen helse i fare: Intet smittetiltak kan hele tiden være perfekt utført. - Nøyer oss med samme nattillegg som kveldstillegg: Ser de ikke noen forskjell på kveldsvakt og nattevakt? -Har opplevd flere koronatester som aldri ble betalt. Er koronatest etter eller før arbeid noen fritid?

Her er det mange gode poenger, for eksempel egen tid som brukes på å teste seg som det ikke kompenseres for. Dersom for eksempel en ansatt har vært i kontakt med en bruker/pasient som er påvist smittet og helsepersonell på enheten må testes. Det synes urimelig at helsepersonell skal bruke egen fritid til å teste seg når de må gjøre det på grunn av eksponering av smittede på arbeid.

Det er også noen som tar konsekvensene av at nedjusteringer ble gjort for tidlig:

Stor økning i overtid, ekstravakter, dobbeltvakter hos faste ansatte etter at coronabemanningen ble skalert ned og faset ut fra januar/februar 2021

2.8.3 Arbeidsgivers risikovurdering

Som vist i kapittel 2.7.7 var det langt ifra alle ledere som oppgav at de selv eller andre representanter for arbeidsgiver har gjort de lovpålagte risikovurderingene. Her ser vi på hva ansattrepresentantene svarer på de samme spørsmålene, se tabell 2.22. Det var 40 prosent av lederne med personallederansvar som svarte at arbeidsgiver har gjort risikovurdering av fare for å utsettes for biologiske faktorer, mens 26 prosent av ansattrepresentantene svarer at arbeidsgiver har gjort dette. Det er tilsvarende lave andeler som for ledere som oppgir at arbeidsgiver har utført risikovurderinger av endring i arbeidstidsordninger, men vi har ikke god informasjon om hvor stor andel av arbeidsplassene som har opplevd endring i arbeidstidsordningene fordi datagrunnlaget ikke identifiserer den enkelte arbeidsplass.

Tabell 2.22 Risikovurdering av endring i arbeidstid

	Har arbeidsgiver utført risikovurdering av fare for å utsettes for biologiske faktorer?		Har arbeidsgiver utført risikovurdering av endring i arbeidstidsordninger i forhold til pasientsikkerhet?		Har arbeidsgiver utført risikovurdering av endring i arbeidstidsordninger i forhold til ansattes helse og velferd?	
	Alle ansatt-representanter	Tillitsvalgt (plass) og hoved/foretak /konserntillitsvalgt	Alle ansatt-representanter	Tillitsvalgt (plass) og hoved/foretak /konserntillitsvalgt	Alle ansatt-representanter	Tillitsvalgt (plass) og hoved/foretak /konserntillitsvalgt
Ja	456	162	281	121	272	120
Nei	317	148	475	223	533	242
Vet ikke	961	410	972	375	922	356
Totalt	1734	720	1728	719	1727	718
Andel ja	26	23	16	17	16	17

2.8.4 Inngåelse av lokale avtaler

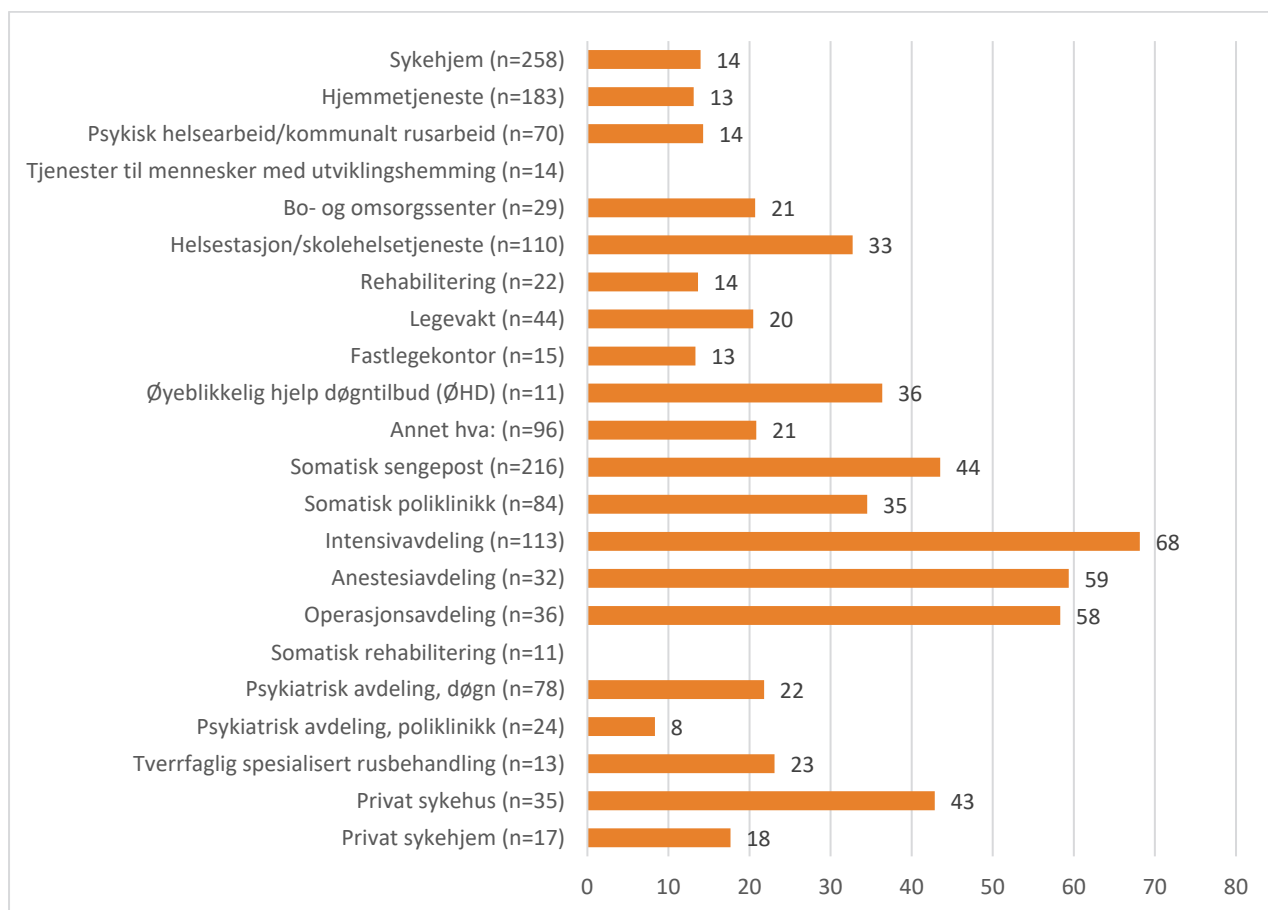
Det er like stor andel av ansattrepresentantene som blant ledere som svarer at det er inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i forbindelse med koronasituasjonen (30 prosent). Som for ledere svarer ansattrepresentantene at dette har vært mest utbredt i spesialisthelsetjenesten (se tabell 2.24), og særlig i intensiv-, anesthesi-, og i operasjonsavdelinger (se figur 2.31).

Tabell 2.23 Er det inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i forbindelse med koronasituasjonen?

	Alle ansattrepresentanter		Tillitsvalgt (plass) og hoved/foretak/konserntillitsvalgt	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	383	30	226	31
Nei	684	54	406	56
Vet ikke	210	16	88	12
Total	1277	100	720	100

Tabell 2.24 Prosent som svarer at det er inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i forbindelse med koronasituasjonen. Sektor.

	Prosent med avtale	Antall svar
Kommunehelsetjeneste	18	855
Spesialisthelsetjeneste	42	757
Annet	26	121
Totalt	30	1733



Figur 2.31 Prosent som har inngått avtaler om ekstra kompensasjon i forbindelse med koronasituasjonen, tjenester med svar fra mer enn 10 ansattrepresentanter.

2.9 Oppsummering

I dette kapitlet har vi presentert resultater fra de av spørsmålene som omhandlet direkte pandemirelaterte problemstillinger i undersøkelsen. Resultatene fra forrige undersøkelse viste at det var langt flere som svarte at arbeidsplassen var godt forberedt på økt smitte høsten 2020 enn de var ved inngangen til pandemien). Men oppfølgingsstudien viser at nedgang i andel som svarer slik mellom høsten 2020 og høsten 2021 i de fleste av indikatorene for forberedthet som vi har tatt med. Det er vanskelig å vurdere hva dette skyldes, om det er kravene til å si at de er godt forberedt som er endret fra sist eller om det er slik at tjenestene i mindre grad er forberedt høsten 2021 enn de var høsten 2020.

En høy andel av respondentene svarte "ikke aktuelt/vet ikke" på spørsmål om det har vært aktuelt med involvering av tillitsvalgte og verneombud i dette arbeidet, noe som kan tyde på en uklarhet omkring tillitsvalgte og verneombudenes rolle i pandemiarbeidet. Det var også slik at de som var ansatt i kommunehelsetjenesten, i mindre grad enn de som var ansatt i spesialisthelsetjenesten, svarte at de var godt forberedt på økt smitte i befolkningen.

Nær halvparten (47 prosent) av respondentene hadde erfaring med voksne brukere/pasienter som har testet positivt for coronaviruset, mens andelen var 25 prosent for barn og unge. Det var 15 prosent som hadde opplevd dødsfall med påvist covid-19 sykdom blant voksne tjenestemottakere, og tilsvarende tre prosent blant de som arbeider med barn og unge. For sykepleierne selv var det tre prosent som hadde vært påvist smittet og i isolasjon på undersøkelsestidspunktet. Over halvparten (51 %) hadde vært hjemme med luftveissymptomer og seks prosent hadde opplevd å skulle vært i karantene, men fått fritak av arbeidsgiver for å gå på jobb (fem prosent i kommunene og syv prosent i spesialisthelsetjenesten). Over halvparten (50-60 prosent har også vært redde for å smitte egen familie, brukere/pasienter og kollegaer. Rundt 15 prosent oppgir at pandemien har gjort arbeidet deres mer meningsfylt. Mange har opplevd økt arbeidsbelastning og samtidig lavere restitusjon på fritiden. Det er akkumulert opp en betydelig belastning på sykepleierne gjennom pandemien og dette betyr at mange har risiko for å bli langtidssykmeldt.

Det var 1,3 prosent av utvalget som arbeidet klinisk som oppgav at de ikke ønsket vaksinen mot covid-19 på undersøkelsestidspunktet. Årsakene kan være at de avventet vaksinerings fordi de var gravide (flere oppgir at de vil ta vaksinen etter de har født), mens andre oppgav at de har vært smittet og ikke trenger vaksine, eller at de har vært smittet og fått én dose. Det er ingenting i datagrunnlaget som tyder på sterk vaksineskepsis i utvalget.

Når det gjelder de i overkant tusen respondentene som er ledere med personalansvar, svarte 41 prosent at de i stor eller svært stor grad har opplevd å ha nok kvalifisert personell siden starten av pandemien. Tilsvarende opplevde 39 prosent å bli involvert i beslutninger på høyere nivå, mens 60 prosent rapporterer at det har vært belastende å være leder under pandemien. Litt over halvparten (52 prosent) har opplevd at de har hatt kontroll på situasjonen underveis og 36 prosent svarte at de i stor eller svært stor grad har hatt budsjetttrammer til å håndtere koronasituasjonen. Rundt 17-18 prosent av lederne har opplevd endringer i kontakten med tillitsvalgte og verneombud, noe som var omtrent på nivå med undersøkelsen i 2020. Det var ikke systematiske forskjeller mellom sektorer eller tjenester i sannsynlighet for å ha opplevd endringer i samarbeidet med ansattrepresentanter.

Når det gjelder å føle seg ivaretatt av egen arbeidsgiver var det 39 prosent av lederne som i stor eller svært stor grad oppgav at de opplevde dette, mens 56 prosent av lederne opplevde at de selv var i stand til å ivareta sine egne ansatte. 40 prosent av lederne har jobbet mer klinisk enn vanlig under pandemien, og her var det heller ikke systematiske forskjeller i svarene avhengig av sektor eller type tjeneste. 29 prosent av sykepleierlederne svarte at de har brukt ufaglærte i større grad siste år. I 2020 var andelen 22 prosent. Rundt 30 prosent av lederne svarte at de i liten eller svært liten grad opplever å ha gode rammebetingelser, og dette gjaldt særlig kommunal sektor.

De fleste lederne jobbet mellom 35,5 og 44 timer per uke, mens 15 prosent jobbet 45-49 timer per uke. Det var 68 prosent av lederne med personalansvar og 46 prosent av lederne uten personalansvar som svarte at ukentlig arbeidstid har økt det siste året som følge av pandemien. 26 prosent av de som har jobbet mer under pandemien, har ikke fått ekstraarbeidet kompensert. Dette gjaldt særlig ledere med personalansvar i kommunehelsetjenesten. De fleste oppgav at dette skyldes at de har en ledende stilling (jf. aml. § 10-12 (1)) og/eller ikke krav på overtidsbetaling etter sin arbeidsavtale. Hele 23 prosent svarte også at de ikke visste hvorfor de ikke har blitt kompensert. Rundt 30 prosent av ledere med personalansvar hadde inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i forbindelse med pandemisituasjonen. Det var også mange som svarte "Vet ikke" når det gjaldt arbeidsgivers risikovurderinger ved endring av arbeidstider.

Til slutt i delkapitlet presenterte vi resultater om ansattrepresentanters erfaringer gjennom pandemien, herunder grad av involvering, om tariffbestemmelsene er fulgt og om det er inngått lokale avtaler. Det var nedgang i andel som svarte at de i stor/svært stor grad har vært involvert for alle typer tiltak (beredskapsplaner, bemanningsplaner, omdisponering av personell, endringer i turnus/arbeidstid, smittevernprosedyrer, organisering av tjenester og planarbeid), med unntak av involvering i bruk av overtid generelt og i bruk av midlertidige stillinger/vikarbruk – der det var en relativt uendret andel fra 2020 til 2021 som svarte at de i stor eller svært stor grad har vært involvert. Over halvparten (55 prosent) av de tillitsvalgte svarte i stor/svært stor grad i 2020 at de ordinære tariffbestemmelsene ble fulgt, mens andelen sank til 46 prosent i utvalget som svarte i 2021. Det var særlig få som svarte at tariffbestemmelsene er fulgt i legevakt (20 prosent), i somatiske sengeposter (26 prosent) og innen rehabilitering (27 prosent).

Når det gjaldt lovpålagte risikovurderinger av endring av arbeidstidsordninger var det som nevnt rundt 40 prosent av lederne som oppgav at dette ble gjort, mens kun 26 prosent av ansattrepresentantene rapporterte det samme. Det var like stor andel av ansattrepresentantene som blant ledere som svarte at det er inngått lokale avtaler om ekstra kompensasjon i forbindelse med koronasituasjonen (30 prosent). Som for ledere svarer ansattrepresentantene at dette har vært mest utbredt i spesialisthelsetjenesten, særlig i intensiv-, anesthesi-, og i operasjonsavdelinger.

3 Resultater: Arbeidsmiljø og HMS

3.1 Bakgrunn

I forbindelse med dette og andre forskningsprosjekter har en gruppe forskere oversatt et internasjonalt spørreskjema (COPSOQ III) til norsk. Dette er et stort spørsmålsbatteri som dekker ulike elementer av arbeidsmiljøet og de ansattes arbeidsbetingelser. I denne undersøkelsen er COPSOQ III brukt for første gang på et stort utvalg i Norge. Andre undersøkelser har for eksempel brukt QPS-Nordic, og mange av spørsmålene som inngår der er de samme som i COPSOQ. Men sistnevnte har større internasjonal utbredelse og gjør at forskning fra Norge kommer litt nærmere internasjonale forskningsmiljø og det kan gjøres komparative studier for eksempel på samme yrkesgruppe i ulike land. For sykepleierne planlegger vi i første omgang komparative studier med Danmark og Sverige. Resultatet av dette arbeidet vil publiseres i internasjonale vitenskapelige journaler, men vi vil i denne rapporten presentere noen av variablene som inngår i datagrunnlaget og hvordan variablene vil brukes i videre analyser.

3.2 Arbeidsmiljø

Arbeidsmiljø er et omfattende fagområde og det er svært mange aktuelle problemstillinger som kan studeres. Følgende tema er inkludert i COPSOQ instrumentet: Kvantitative krav, arbeidstempo, kognitive krav, emosjonelle krav, krav om å skjule følelser, innflytelse på jobben, muligheter for utvikling, variasjon i arbeidet, kontroll over arbeidstid, arbeidets betydning, forutsigbarhet, anerkjennelse, rolleklarhet, rollekonflikter, unødvendige oppgaver, ledelseskvalitet, sosial støtte fra overordnet, sosial støtte fra kolleger, opplevelse av samhold på jobb, forpliktelse til arbeidsplassen, arbeidsengasjement, usikkerhet rundt arbeidsbetingelser, kvalitet av arbeidet, jobbtilfredshet, arbeid fritid konflikt, horisontal og vertikal tillit, organisasjonsrettferdighet, negative handlinger, sladder og baksnakking, konflikter og krangler, ubehagelig erting, nettmobbing, seksuell trakassering, voldstrusler, fysisk vold og mobbing.

3.2.1 Faktoranalyse

Faktoranalyse er en metode for å konstruere nye variabler basert på en stor mengde variabler som innehar en naturlig korrelasjon. Konseptuelt handler det om å utarbeide indeksvariabler av flere variabler som inneholder informasjon om det samme fenomenet. Det er generelt to typer faktoranalyser, utforskende og bekreftende. En utforskende analyse brukes når vi ikke har noen pre-definerte forestillinger om hvilke, og hvor mange, underliggende dimensjoner det er i datasettet. En bekreftende analyse brukes når vi vil teste spesifikke hypoteser om struktur eller underliggende dimensjoner i datasettet. Her er det mest naturlig å gjøre en utforskende analyse.

Utvalget som har svart tilfredsstillende på disse spørsmålene er 7324 sykepleiere. Det inngår totalt 104 spørsmål om arbeidsmiljø i undersøkelsen. En enkel faktoranalyse viser at disse variablene kan reduseres til følgende variabler som måler ulike dimensjoner av arbeidsmiljøet. Disse er:

- Travelhet og stress
- Påvirkning av egen arbeidssituasjon
- Fornøyd med arbeidsplass og leder
- Opplevd trygghet i jobben
- Mobbing og konflikter
- Kollegastøtte
- Vold og trusler
- Urettmessig kritikk

Det er i tillegg noen enkeltstående spørsmål som ikke inngår i noen av disse faktorene som må studeres nærmere. Disse er:

- Digitale krenkelser - Har du blitt utsatt for arbeidsrelatert trakassering på sosiale media, e-post eller tekstmeldinger de siste 12 månedene?
- Om hvordan arbeidet ditt er lagt opp - Arbeider du alene uten at kolleger er i nærheten?
- Om forholdet til dine arbeidsoppgaver - Inneholder jobben din oppgaver som er i strid med dine personlige verdier?
- Om hvordan arbeidet ditt er lagt opp - Er arbeidet ditt variert?
- De neste spørsmålene angår måten arbeidet ditt påvirker privatlivet: - Opplever du at kravene i privatlivet går ut over din arbeidsevne?
- Om hvordan du opplever ditt arbeid - Får du tilstrekkelig opplæring for å kunne utføre arbeidsoppgavene dine?
- Bekymring for arbeidsløshet og tap av arbeidsforhold - Er det gode framtidsutsikter i jobben din?
- Må du være vennlig og åpen mot alle - uavhengig av hvordan de oppfører seg mot deg?

Disse variablene bør analyseres hver for seg, mens de andre variablene om arbeidsmiljø kan inngå i ulike indekser som måler forskjellige dimensjoner i arbeidsmiljøet. Det kreves en grundigere gjennomgang og analyse av disse variablene enn vi har rukket å gjøre her, men foreløpige analyser viser at disse variablene er viktige for å forklare variasjon både i akkumulert arbeidsbelastning og sannsynlighet for å vurdere å slutte i jobben. Travelhet og stress ser naturlig nok ut til å ha sterk samvariasjon både med akkumulert arbeidsbelastning og ønsket om å slutte i jobben.

3.3 HMS-arbeid i helse- og omsorgstjenester

Det er lite kunnskap om hvor godt vern ansatte i helse- og omsorgstjenestene i realiteten har. Basert på svarene fra sykepleierne, kan vi komme nærmere en forståelse av hvordan HMS-arbeidet er prioritert ute i kommunene og i sykehusene.

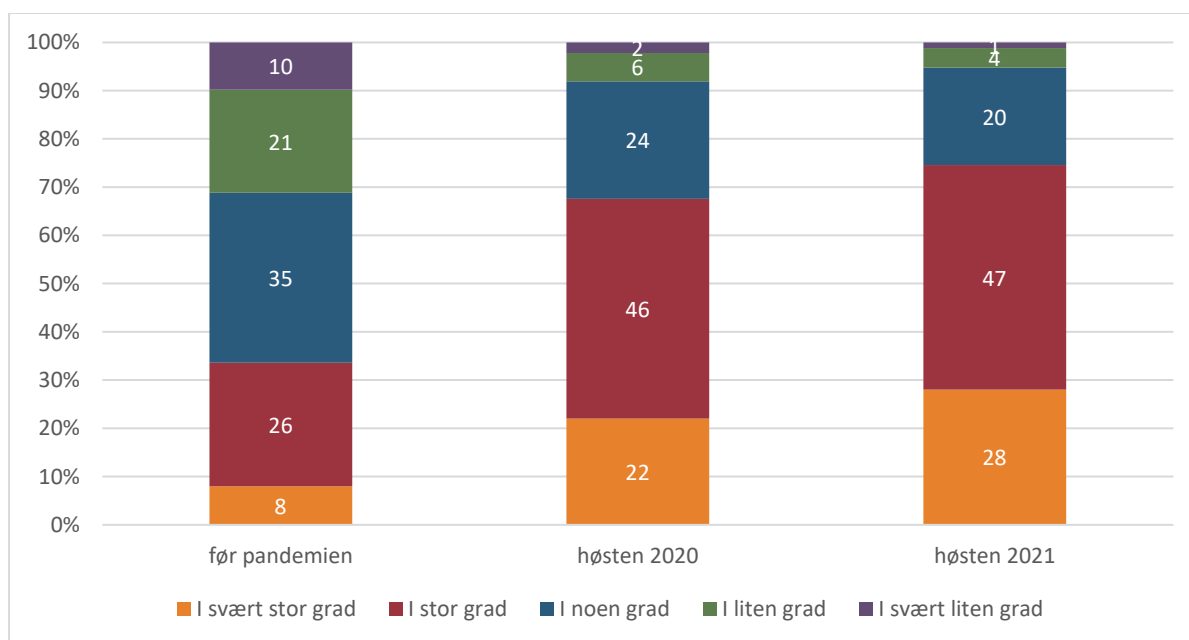
3.3.1 Smittevern som en del av det systematiske HMS-arbeidet før pandemien og i dag

Det er 7298 sykepleiere som har svart på spørsmålet om smittevern var en del av det systematiske HMS-arbeidet før pandemien og i dag både i 2020 og i 2021. Dette er utvalget vi ser på i dette underkapittelet.

Det er 34 prosent som svarte at smittevern i stor eller svært stor grad var en del av det systematiske HMS-arbeidet før koronasituasjonen, mens 68 prosent svarte høsten 2020 at smittevern var en del av det systematiske HMS arbeidet, og høsten 2021 var det 75 prosent som svarte at smittevern er en del av det systematiske HMS-arbeidet på arbeidsplassen. Det kan derfor se ut som pandemien har gjort HMS mer aktuelt, i det minste når det gjelder smittevernsarbeid.

Tabell 3.1 I hvilken grad mener du at smittevern var/er en del av det systematiske HMS-arbeidet på din arbeidsplass før koronasituasjonen/nå i dag? T1 og T2.

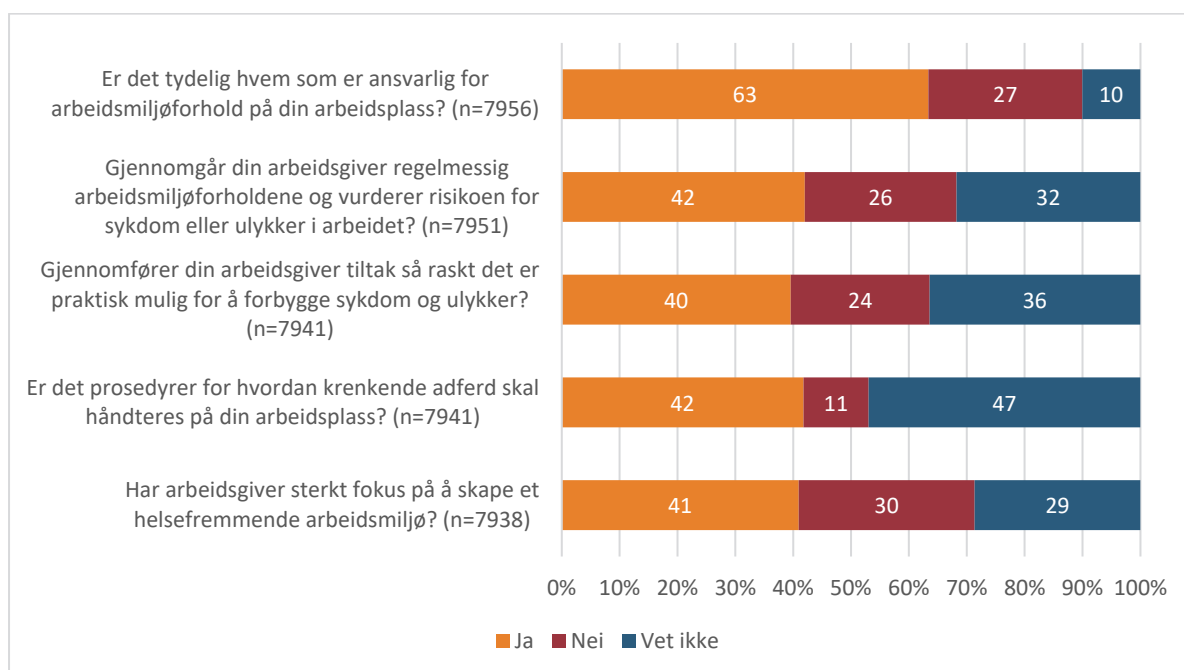
	Før pandemien		Høsten 2020		Høsten 2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
I svært stor grad	584	8	1607	22	2046	28
I stor grad	1869	26	3324	46	3395	47
I noen grad	2569	35	1776	24	1474	20
I liten grad	1560	21	428	6	296	4
I svært liten grad	716	10	163	2	87	1
Totalt	7298	100	7298	100	7298	100



Figur 3.1 I hvilken grad er var/er smittevern en del av det systematiske HMS-arbeidet på din arbeidsplass før koronasituasjonen/nå i dag.

3.3.2 HMS på arbeidsplassen

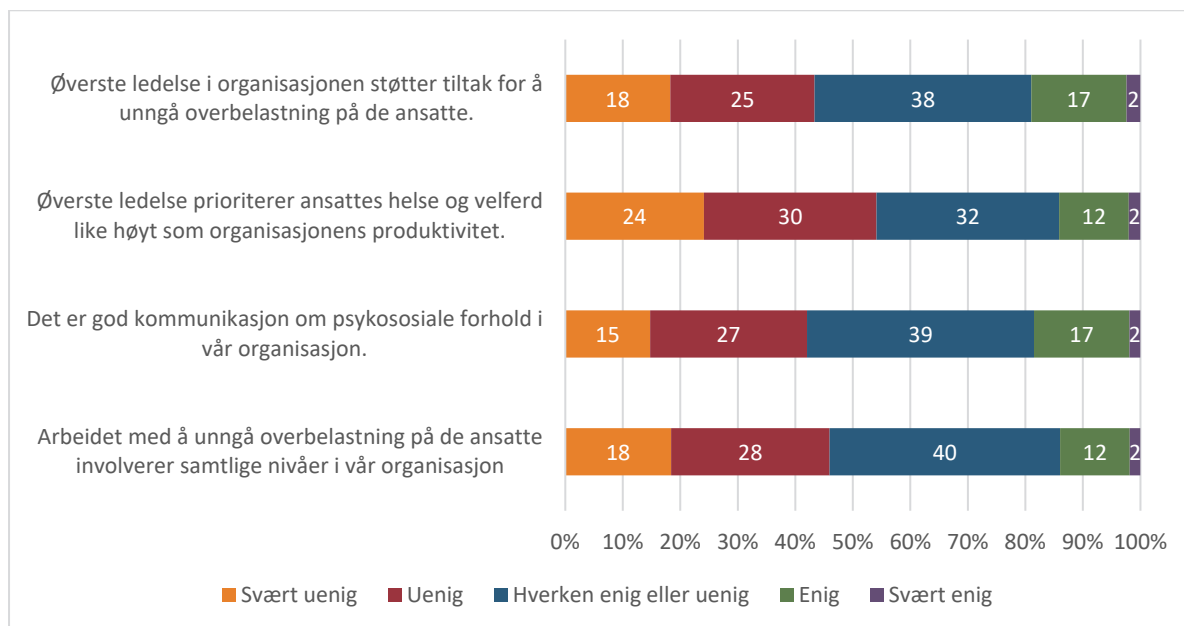
Vi har videre stilt ulike HMS-relevante spørsmål med overskrift "Om HMS-arbeidet på din arbeidsplass". Som vist i figur 3.2, er det 63 prosent som svarer at det er tydelig hvem som er ansvarlig for arbeidsmiljøforhold på arbeidsplassen, mens rundt 42 prosent svarer at arbeidsgiver regelmessig gjennomgår arbeidsmiljøforholdene og vurderer risikoen for sykdom eller ulykker i arbeidet og omtrent tilsvarende andel på de øvrige spørsmålene.



Figur 3.2 Om arbeidsgiver og arbeidsmiljø.

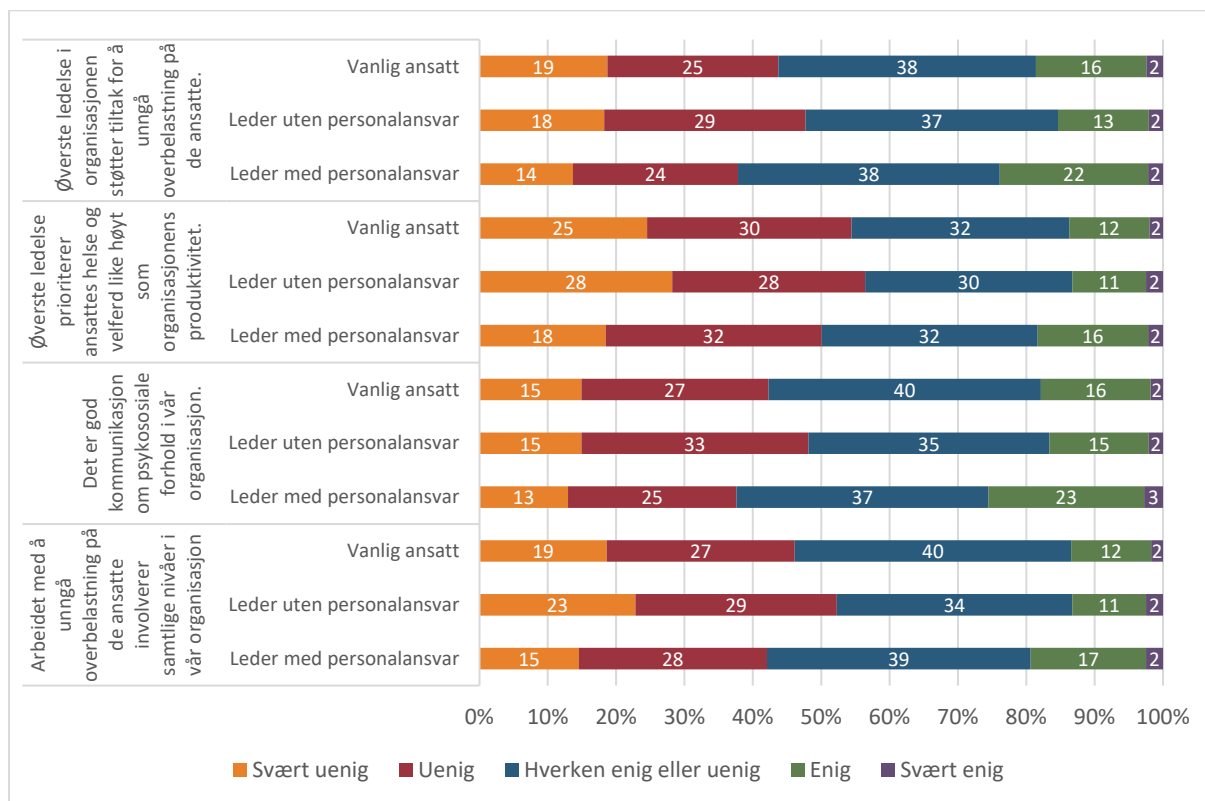
Det er sterk korrelasjon mellom disse variablene med unntak av den første. Det er 1423 sykepleiere som har svart ja på alle spørsmålene, 987 som har svart ja på alle unntatt ett, og 1576 som har svart ja på kun

ett. Det kan derfor konstrueres en indeks for kvalitet på arbeidsgivers HMS-arbeid basert på disse indikatorene. Vi kommer også tilbake til dette i kapittel 5.



Figur 3.3 Prosent av sykepleiere etter grad av enighet i påstandene. n=7882.

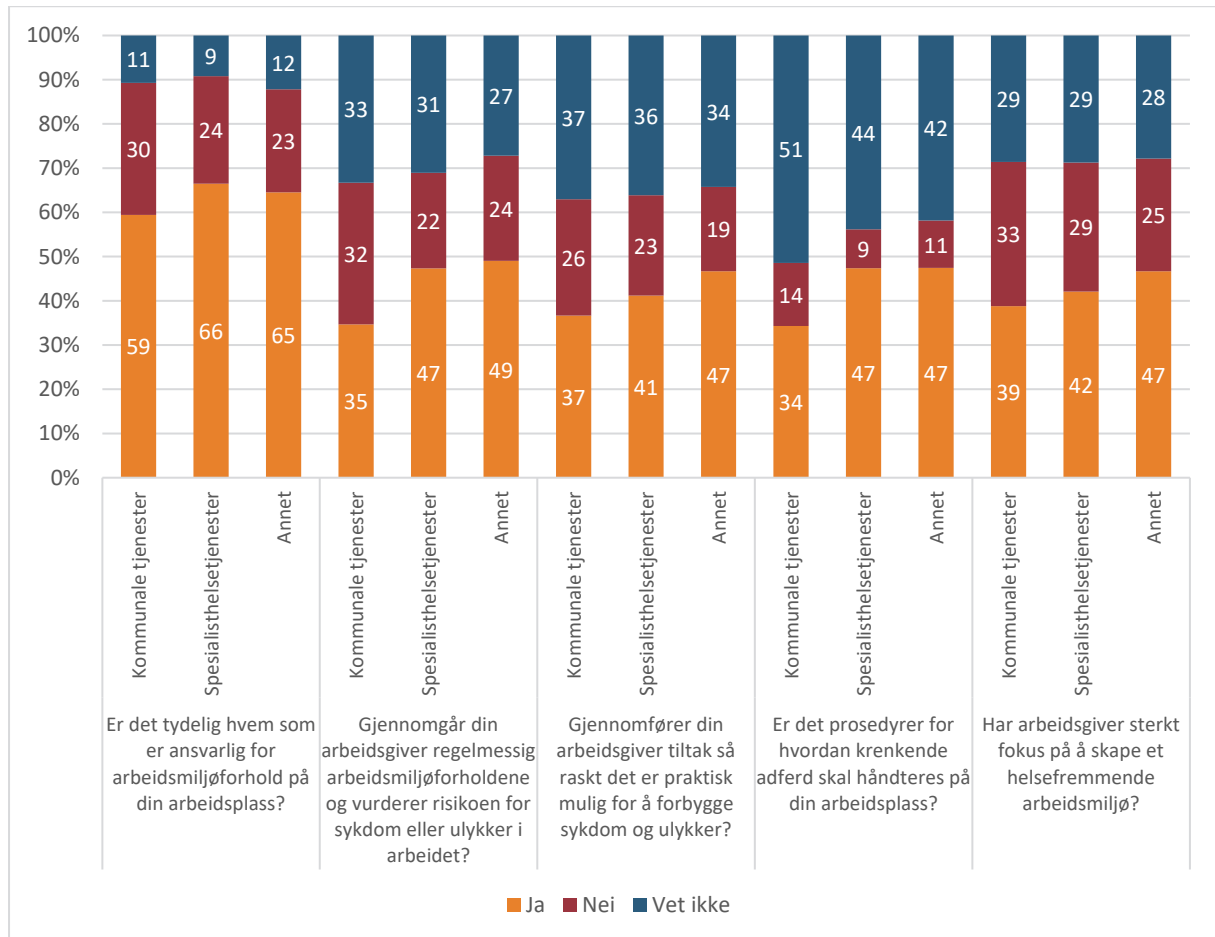
Både ansatte med og uten lederroller har oppgitt grad av enighet på disse spørsmålene, men som vist i figur 3.4 er det ikke veldig store forskjeller mellom gruppene. Ledere med personalansvar er i noe større grad enig i påstandene, sammenliknet med de som ikke har personalansvar og de øvrige ansatte.



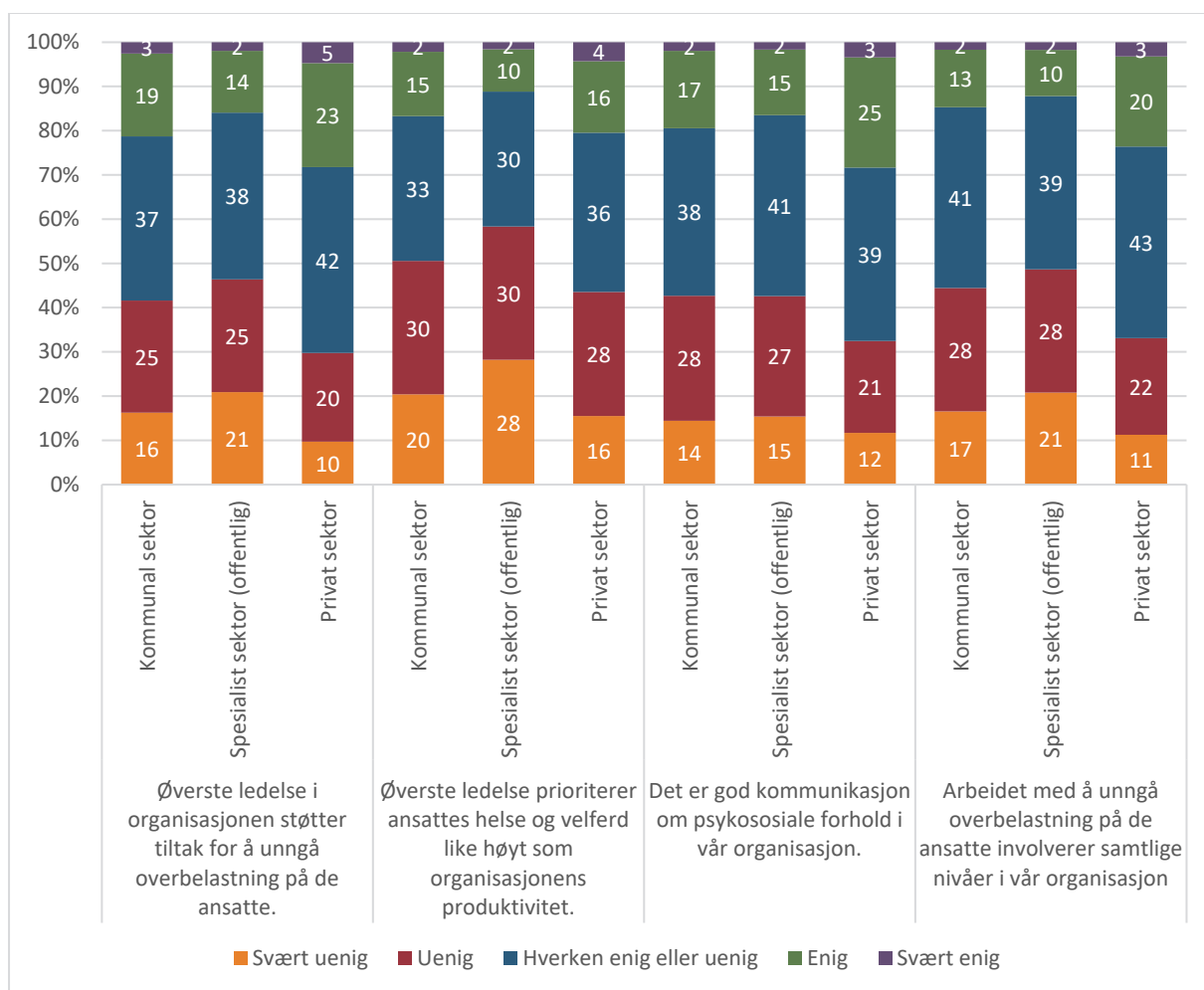
Figur 3.4 Prosent av sykepleiere etter grad av enighet i påstandene etter ansatt kategori. n=6958.

Vi ser videre på tallene i figur 3.5 og 3.6 og fordeler på sektor og tjenester, men skiller i det følgende ikke mellom ulike ansattkategorier. Lederne defineres altså også som ansatte i dette delkapitlet.

Som vist i figur 3.6 er det noen flere i spesialisthelsetjenesten og i privat sektor/annet som svarer bekræftende på spørsmålene. Det er særlig mange som svarer at de ikke vet om arbeidsgiver har prosedyrer for hvordan krenkende adferd skal håndteres på arbeidsplassen i kommunehelsetjenesten, men det er en høy andel også i spesialisthelsetjenesten og i andre tjenester.

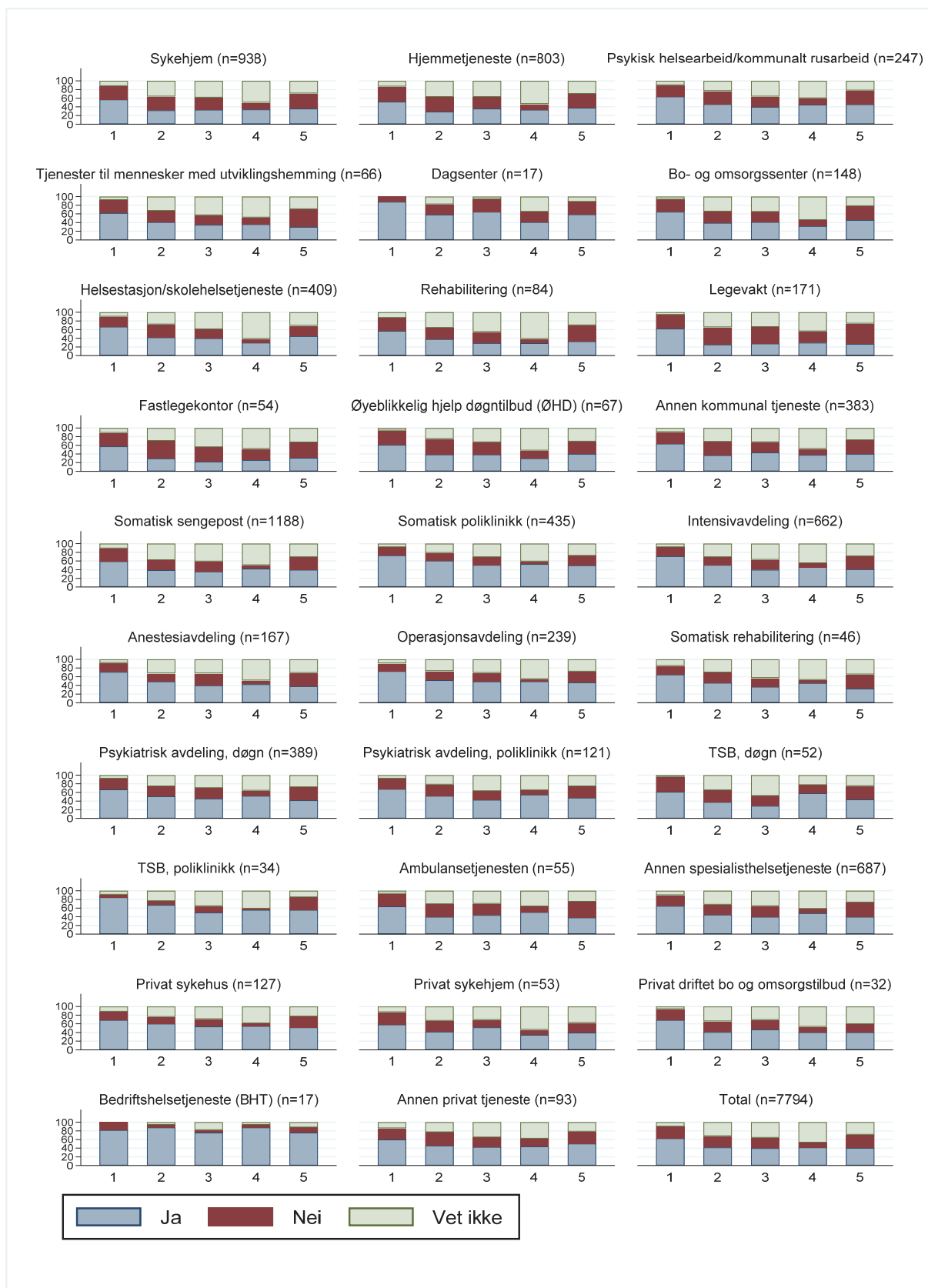


Figur 3.5 Prosent av de ansatte etter svar på HMS-spørsmål, tjenester.



Figur 3.6 Prosent av ansatte etter enighet i påstandene.

Det er færre som er enige i påstandene i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene, men andelen er lav i alle sektorer. Tallene presenteres på tjenestenivå i det følgende.



Figur 3.7

Prosent av de ansatte etter svar på HMS-spørsmål, tjeneste. 1: Er det tydelig hvem som er ansvarlig for arbeidsmiljøforhold på din arbeidsplass? 2: Gjennomgår din arbeidsgiver regelmessig arbeidsmiljøforholdene og vurderer risikoen for sykdom eller ulykker i arbeidet? 3: Gjennomfører din arbeidsgiver tiltak så raskt det er praktisk mulig for å forbygge sykdom og ulykker? 4: Er det prosedyrer for hvordan krenkende adferd skal håndteres på din arbeidsplass? 5: Har arbeidsgiver sterkt fokus på å skape et helsefremmende arbeidsmiljø?

3.4 Bruk av bedriftshelsetjenesten

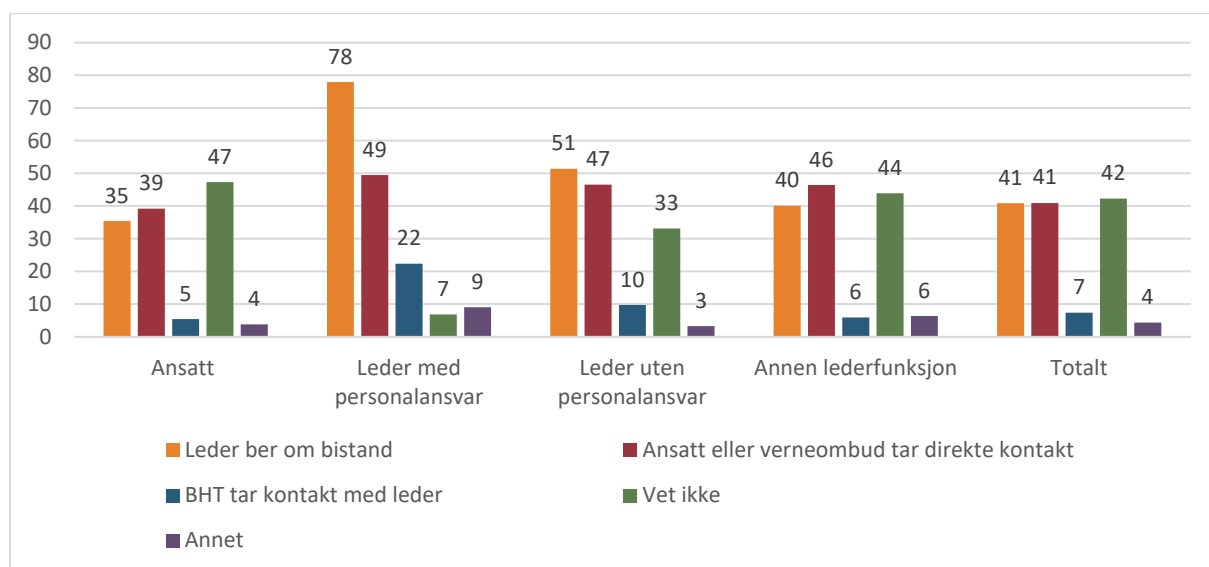
Bedriftshelsetjenesten (BHT) skal bidra til å forebygge arbeidsmiljøproblemer og hindre negative konsekvenser av arbeid på ansattes helse og velferd, på kort og lang sikt. Det er derfor viktig å undersøke hvordan bedriftshelsetjenesten brukes av ansatte og ledere i helse- og omsorgstjenestene.

Det er 8651 sykepleiere som har svart på spørsmål om BHT. Det første spørsmålet handler om de vet hvordan de kan komme i kontakt med BHT. Antall svar vises i tabell 3.2 og den prosentvise fordelingen for hver ansattkategori er vist i figur 3.8.

Tabell 3.2 På hvilken måte kan du komme i kontakt med bedriftshelsetjenesten? Flere svar mulig. Antall.

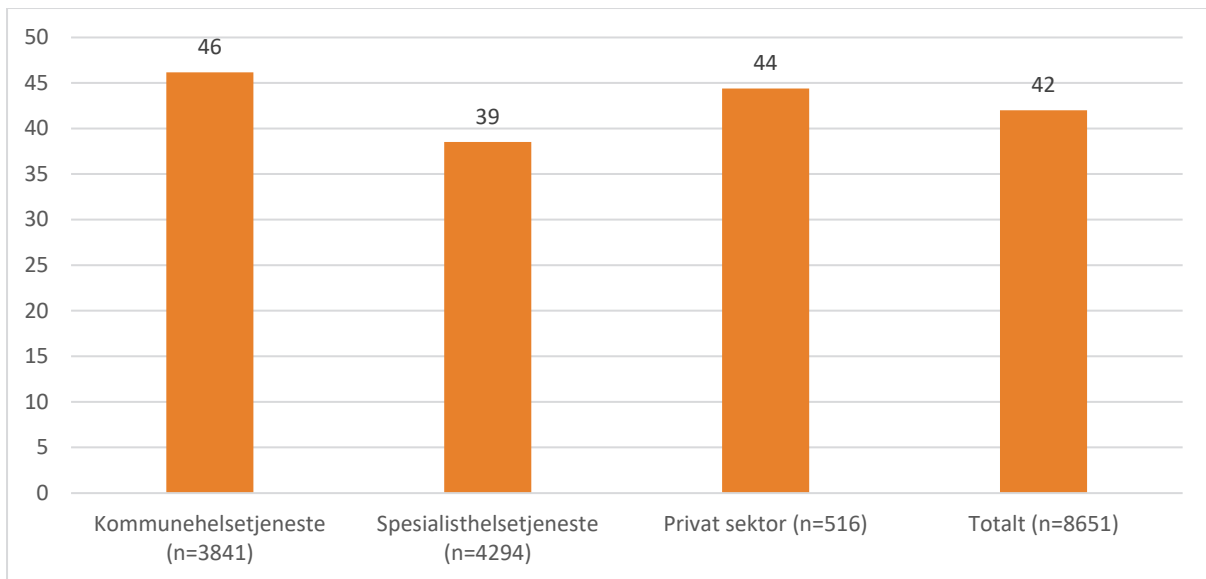
	Ansatt	Leder med personalansvar	Leder uten personalansvar	Annen lederfunksjon	Totalt
Leder ber om bistand	2450	638	349	95	3532
Ansatt eller verneombud tar direkte kontakt	2709	405	316	110	3540
BHT tar kontakt med leder	374	183	66	14	637
Vet ikke	3271	56	225	104	3656
Annet	262	74	22	15	373
Totalt	6916	819	679	237	8651

Som vist i figur 3.8 er det 47 prosent av de ansatte uten lederfunksjoner som ikke vet hvordan de skal komme i kontakt med BHT. Blant ansatte med personallederansvar er det 78 prosent som svarer at leder ber om bistand. Blant ledere uten personalansvar, svarer hver tredje at de ikke vet hvordan de kommer i kontakt med BHT. Det er 41 prosent i utvalget som oppgir at de kommer i kontakt med BHT ved at ansatte eller verneombud tar direkte kontakt.

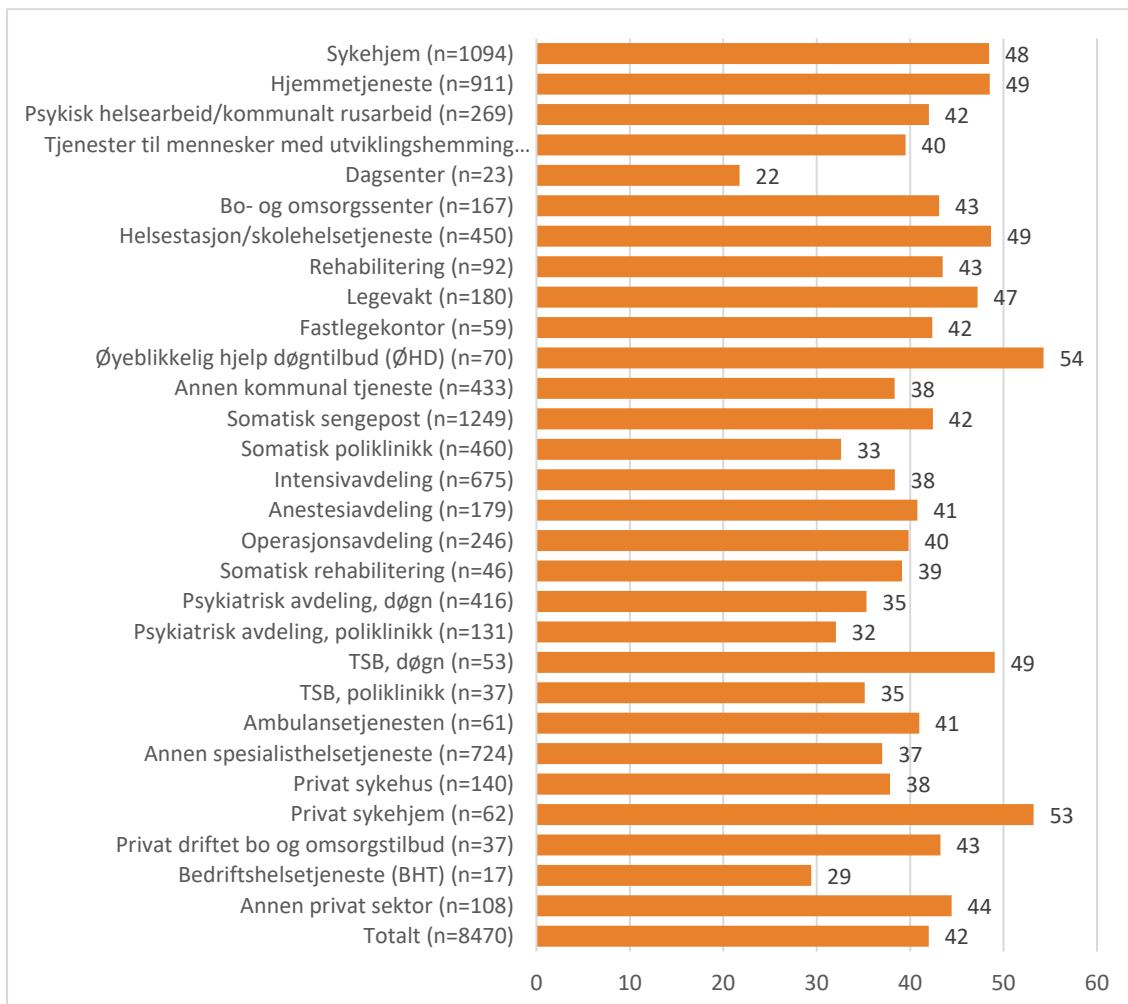


Figur 3.8 På hvilken måte kan du komme i kontakt med bedriftshelsetjenesten? Flere svar mulig. Prosent.

At så mange ikke vet hvordan de kan komme i kontakt med BHT (42 prosent av hele utvalget) kan være en alvorlig systemfeil. Vi undersøker om det er forskjell i andelen som svarer at de ikke vet mellom sektorer og tjenester, og vi finner systematiske forskjeller både mellom sektorer og tjenester. Både ansatte med og uten lederfunksjoner inngår i disse analysene, men det er altså betydelig færre ledere med personalansvar som ikke vet hvordan de kommer i kontakt med BHT (7 prosent) enn ansatte uten lederfunksjoner (47 prosent).

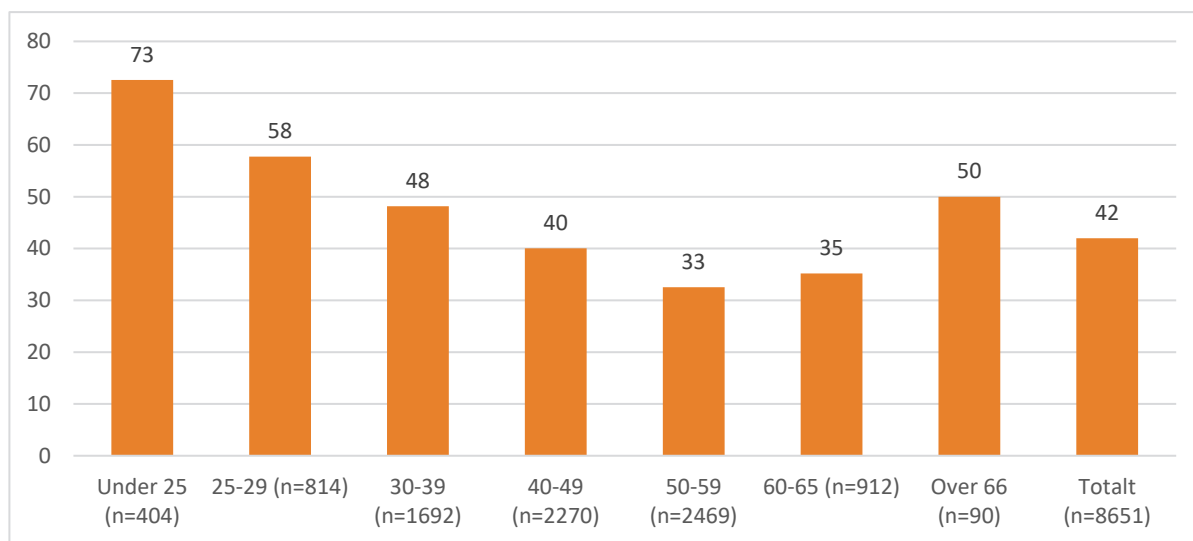


Figur 3.9 Prosent av sykepleierne som svarer at de ikke vet hvordan de skal komme i kontakt med BHT, sektor.



Figur 3.10 Prosent av sykepleierne som svarer at de ikke vet hvordan de skal komme i kontakt med BHT, fordelt på type tjeneste.

Vi finner også signifikante kjønns- og aldersforskjeller i andel som svarer at de ikke vet hvordan de skal komme i kontakt med BHT, men kjønnsforskjellene er ikke lenger signifikante når vi kontrollerer for lederansvar og sektor. Forskjellene mellom aldersgruppene er tydelig ved at 73 prosent av de 404 sykepleierne i den yngste aldersgruppen ikke vet hvordan de kommer i kontakt med BHT.



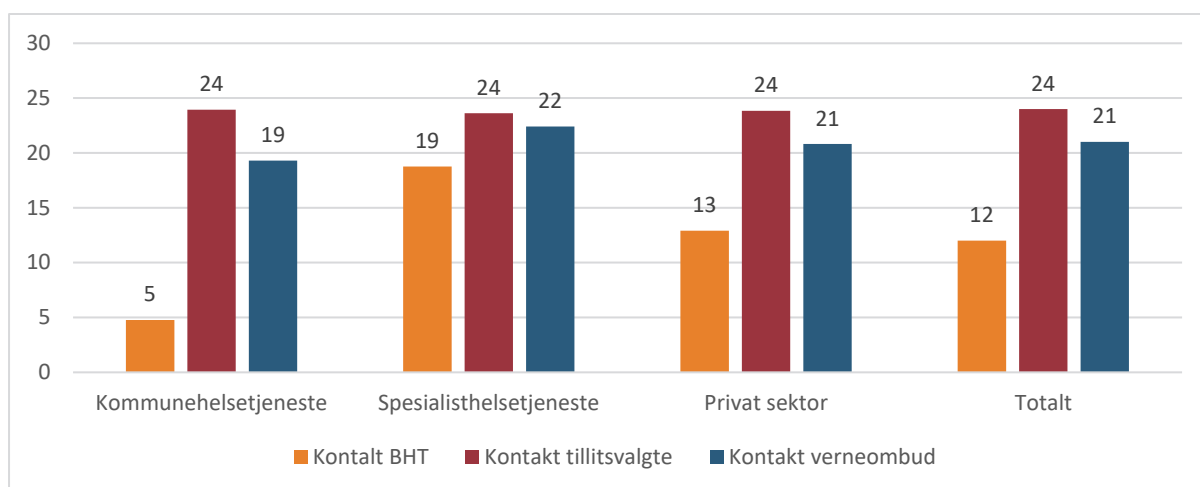
Figur 3.11 Prosent av sykepleierne som svarer at de ikke vet hvordan de kommer i kontakt med BHT.

Det er videre spurt om de har vært i kontakt med BHT, tillitsvalgte eller verneombud som følge av koronasituasjonen.

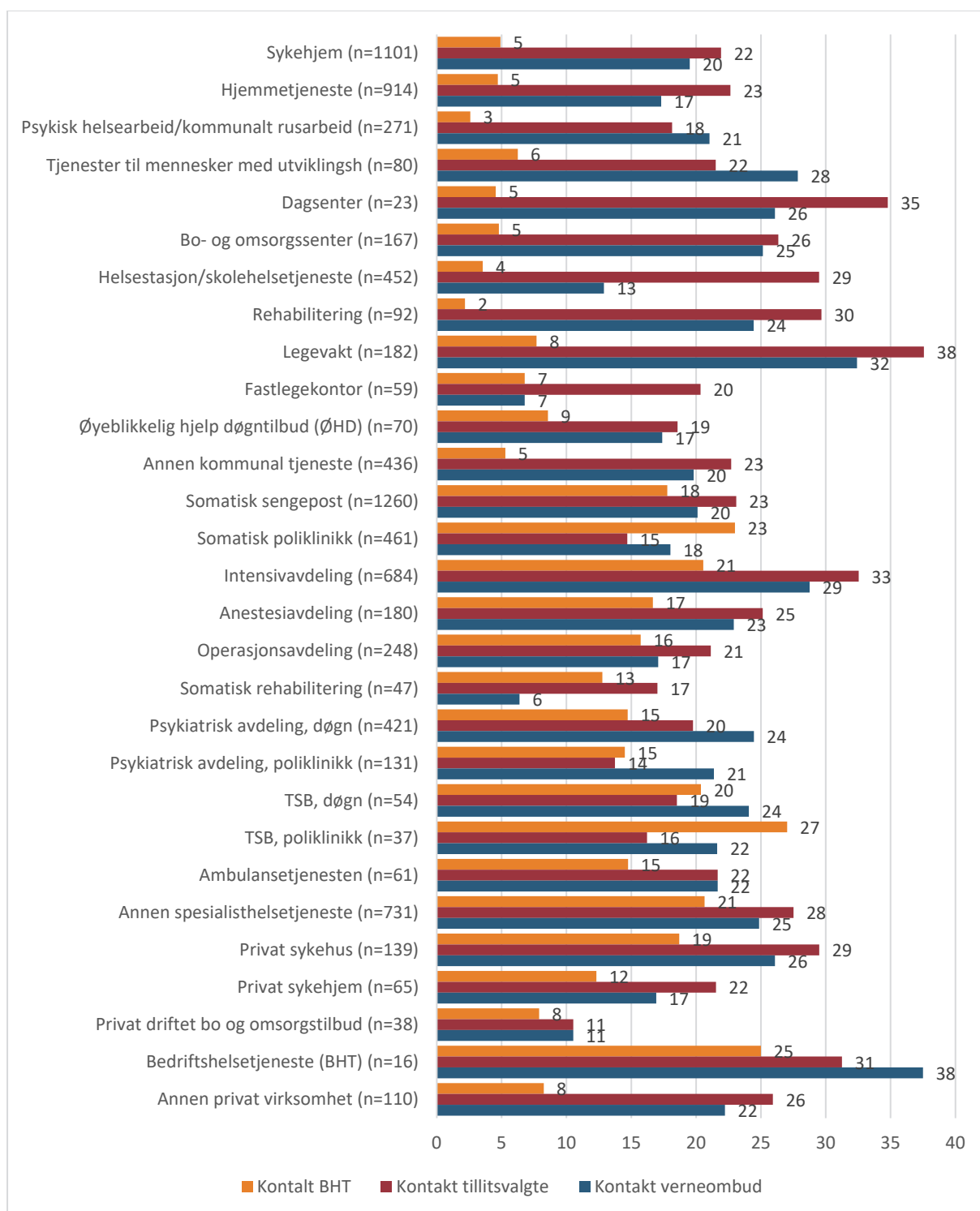
Tabell 3.3 Har du vært i kontakt med bedriftshelsetjenesten som følge av koronasituasjonen? n=8710

	BHT		Tillitsvalgte		Verneombud	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	1063	12	2060	24	1813	21
Nei	7640	88	6606	76	6848	79
Totalt	8703	100	8666	100	8661	100

Også her er det systematiske forskjeller mellom sektorer og tjenester, og disse er vist i figur 3.12 og 3.13.



Figur 3.12 Prosent som svarer at de har vært i kontakt med BHT, tillitsvalgte og verneombud, sektor.



Figur 3.13 Prosent som svarer at de har vært i kontakt med BHT, tillitsvalgte og verneombud, tjeneste.

Det er ansatte i de kommunale tjenestene som i minst grad har vært i kontakt med BHT, mens en like stor andel har vært i kontakt med tillitsvalgte i alle sektorer (24 prosent), og noen færre i kontakt med verneombud i kommunehelsetjenesten (19 prosent) enn i spesialisthelsetjenestene (22 prosent).

Det er videre spurt de som svarte nei på spørsmålet, om de har hatt *behov* for kontakt med hhv. BHT, tillitsvalgte og verneombud. Som vist i tabell 3.4, er det 6 prosent som har hatt behov for kontakt med BHT og verneombud av de som ikke har hatt kontakt og 10 prosent har hatt behov for kontakt med tillitsvalgte uten å ha det.

Tabell 3.4 Har du hatt behov for kontakt med bedriftshelsetjenesten i løpet av koronasituasjonen?

	BHT		Tillitsvalgte		Verneombud	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	469	6	679	10	429	6
Nei	7130	94	5883	90	6366	94
Totalt	7599	100	6562	100	6795	100

I framtidige undersøkelser bør det spørres om sykepleierne vet hva få hjelp med av hos BHT, tillitsvalgte og verneombud. Vi har spurt sykepleiere som enten har ønsket bistand, eller har hatt kontakt med BHT, om hvilke behov de har hatt for hjelp. Det er 4464 sykepleiere som har svart på dette og som svarene viser i tabell 3.5, svarer halvparten av utvalget at de hadde trengt individuell samtale om arbeidsmiljø (fysisk, psykososialt og emosjonelt), mens 43 prosent svarer at de hadde trengt individuell samtale om arbeidsbelastning. Det er også 43 prosent som svarer at de burde hatt gruppeprosess i avdelingen på risikovurdering om HMS. Det er altså et stort potensial for økt involvering av BHT i tjenestene.

Tabell 3.5 Hvis du eller avdelingen din ønsker bistand fra Bedriftshelsetjenesten (BHT), eller har hatt kontakt med BHT under pandemien, hvilke behov har dere hatt? (Flere kryss mulig)

Individuell samtale om:	Antall	Prosent av de som har svart (n=4464)
- Arbeidsbelastning	1913	43
- Helseforhold	1458	33
- Arbeidsmiljø (fysisk, psykososialt og emosjonelt)	2231	50
- Annet, hva (åpent)	585	13
Gruppeprosess i avdelingen:		
- Støttesamtaler	1317	30
- Bearbeiding av belastning etter koronasmitteutbrudd	847	19
- Risikovurdering og HMS	1935	43
- Annet, hva (åpent)	442	10

I de åpne svarene som er beskrevet under 'Annet' kommer det blant annet frem at noen har behov for individuell samtale om allergiske reaksjoner ved bruk av smittevernutstyr, oppfølging av bivirkninger etter vaksine, testing og vaksinerings etc. Men det er også gitt kommentarer som 'Har ikke visst at BHT var en mulighet', 'BHT finnes ikke' o.l. Andre oppgir at det er behov for gruppeprosess i avdelingen når det gjelder arbeidsmiljø, endring i arbeidstid, fordeling av arbeidsoppgaver, internundervisning og for å jobbe med teamfølelsen i avdelingene.

3.5 Oppsummering

Undersøkelsen inneholder en rekke spørsmål om arbeidsmiljø (COPSOQ III) og det er 7324 sykepleiere som har svart på disse spørsmålene. Datagrunnlaget skal analyseres grundig for å finne frem til hvilke forebyggende tiltak det vil være størst potensial i å gjennomføre i tjenestene, og foreløpige analyser viser at viktige dimensjoner i arbeidsmiljøet handler om travelhet og stress, muligheter for påvirkning av egen arbeidssituasjon, fornøydhet med arbeidsplass og leder, kollegastøtte og hvor trygg jobben oppleves å være. Men det handler også om mobbing, konflikter, vold og trusler, og det å utsettes for urettmessig kritikk. Andre tema som må undersøkes grundig er digitale krenkelser, alnearbeid, arbeidsoppgaver som er i strid med personlige verdier, grad av variasjon i arbeidet, hvordan privatlivet påvirker arbeidsevnen, om de får tilstrekkelig opplæring etc.

Det er også inkludert flere spørsmål om HMS-arbeidet som gjøres på arbeidsplassene til sykepleierne. Et tydelig funn er at mange flere opplever at smittevern nå er en del av det systematiske HMS-arbeidet (75 prosent) sammenliknet med før koronasituasjonen (34 prosent). Det kan derfor se ut som pandemien har gjort HMS mer aktuelt når det gjelder smittevernsarbeid.

Det er 63 prosent som svarer at det er tydelig hvem som er ansvarlig for arbeidsmiljøforhold på arbeidsplassen, mens rundt 42 prosent svarer at arbeidsgiver regelmessig gjennomgår arbeidsmiljøforholdene og vurderer risikoen for sykdom eller ulykker i arbeidet og omtrent tilsvarende andel på de øvrige spørsmålene. HMS-arbeidet ser på svarene fra utvalget til å være noe bedre i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene, men generelt er det mangelfullt HMS-arbeid i alle tjenestene.

Bedriftshelsetjenesten (BHT) skal bidra til å forebygge arbeidsmiljøproblemer og hindre negative konsekvenser av arbeid på ansattes helse og velferd, på kort og lang sikt. Det er derfor viktig å undersøke hvordan bedriftshelsetjenesten brukes av sykepleiere og andre i helse- og omsorgstjenestene. Det første spørsmålet om BHT handler om de vet hvordan de skal komme i kontakt med BHT. Det er 47 prosent av de ansatte uten lederfunksjoner som ikke vet hvordan de skal komme i kontakt med BHT. Blant ledere uten personalansvar, svarer hver tredje at de ikke vet hvordan de kommer i kontakt med BHT. Det er 41 prosent i utvalget som oppgir at de kommer i kontakt med BHT ved at ansatte eller verneombud tar direkte kontakt. Men 42 prosent av alle sykepleierne i utvalget svarer at de ikke vet hvordan de skal komme i kontakt med BHT. Andelen er 46 prosent i kommunehelsetjenesten, 39 prosent i spesialisthelsetjenesten og 44 prosent i privat sektor.

For å undersøke om det er behov for BHT i tjenestene, har vi spurt om hvilke behov de har hatt for bistand fra BHT under pandemien. Halvparten av de 4464 sykepleierne i utvalget som har svart på dette, svarer at de hadde trengt individuell samtale om arbeidsmiljø (fysisk, psykososialt og emosjonelt), mens 43 prosent svarer at de hadde trengt individuell samtale om arbeidsbelastning. Det er også 43 prosent som svarer at de burde hatt gruppeprosess i avdelingen på risikovurdering om HMS. Det er altså et stort potensial for økt involvering av BHT i tjenestene. Helse- og omsorgssektoren har behov for BHT, og det må undersøkes hvor godt disse tjenestene er dimensjonert både i forhold til antall ansatte i sektoren og de arbeidsmiljøutfordringene det er kjent at denne sektoren har.

4 Resultater: Helse og velferd

4.1 Helse og velferd

Undersøkelsen inkluderer to mål på helsetilstanden, én på smerte og flere variabler vi kan kategorisere som velferdsindikatorer. Dette er indikatorer som ikke direkte handler om helse (for eksempel søvn og mestringstro), men det handler om hvordan vi fungerer i hverdagen og hvordan vi har det.

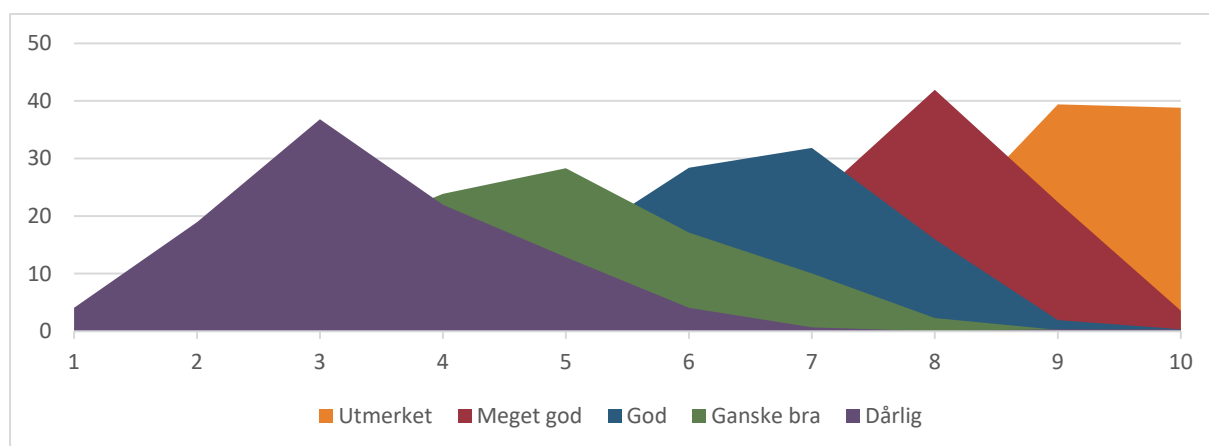
De to helsevariablene er:

- Generelt, vil du si at din helse er utmerket, meget god, god, ganske bra eller dårlig?
- Hvis den beste helsetilstanden du kan tenke deg er 10 poeng, og den verst tenkelige er 0 poeng: hvor mange poeng vil du gi din nåværende helsetilstand?

Vi ser først på samsvar mellom de to variablene som vist i tabell 4.1. Er det for eksempel slik at alle 869 sykepleierne som svarer at helsa er utmerket, har gitt 10 poeng til egen helsetilstand? Vi viser sammenhengene grafisk i figur 4.1. og ser at de 297 som svarer at helsa er dårlig, har gitt egen helse tallverdi 1-7, mens de som svarer ganske bra fordeler seg i området 1-9, med flest på 5.

Tabell 4.1 Sammenheng mellom de ulike helsevariablene.

	Generelt, vil du si at din helse er:		Hvis den beste helsetilstanden du kan tenke deg er 10 poeng, og den verst tenkelige er 0 poeng: hvor mange poeng vil du gi din nåværende helsetilstand:	
	Antall	Prosent	Gjennomsnitt	Median
Utmerket	869	10	10	10
Meget god	3611	40	8,8	9
God	3300	37	7,4	8
Ganske bra	882	10	5,8	6
Dårlig	297	3	4,4	4
Total	8959	100	8,0	8

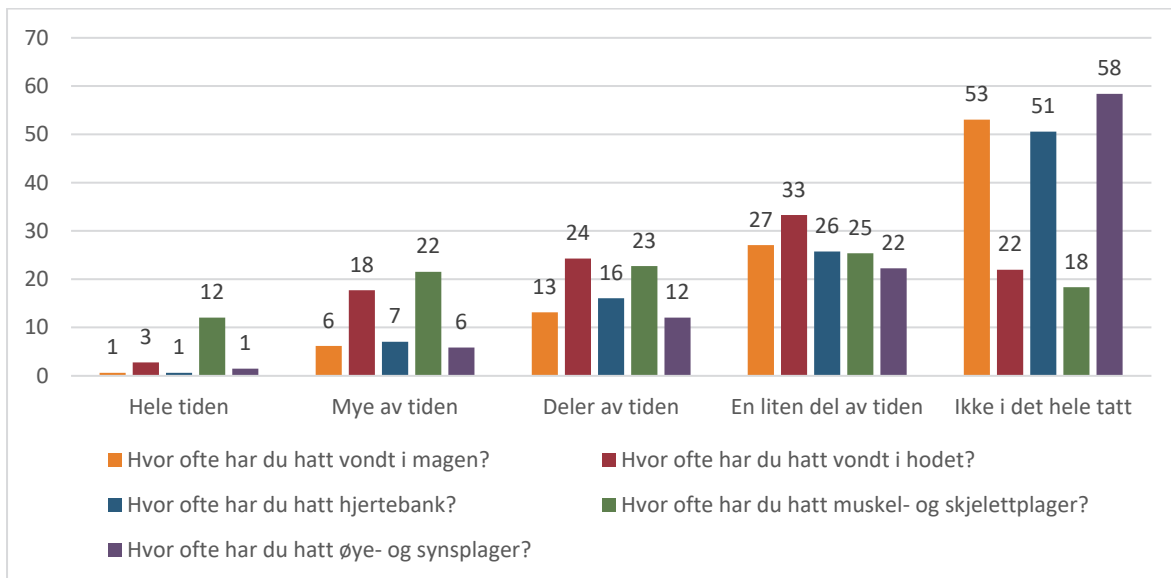


Figur 4.1 Sammenhengen mellom egenvurdert helse målt med to variabler. Poengskala fra 1-10 på x-aksen, andel som svarer at helsa er fra utmerket til dårlig (for et gitt poeng) på y-aksen.

4.2 Smerter

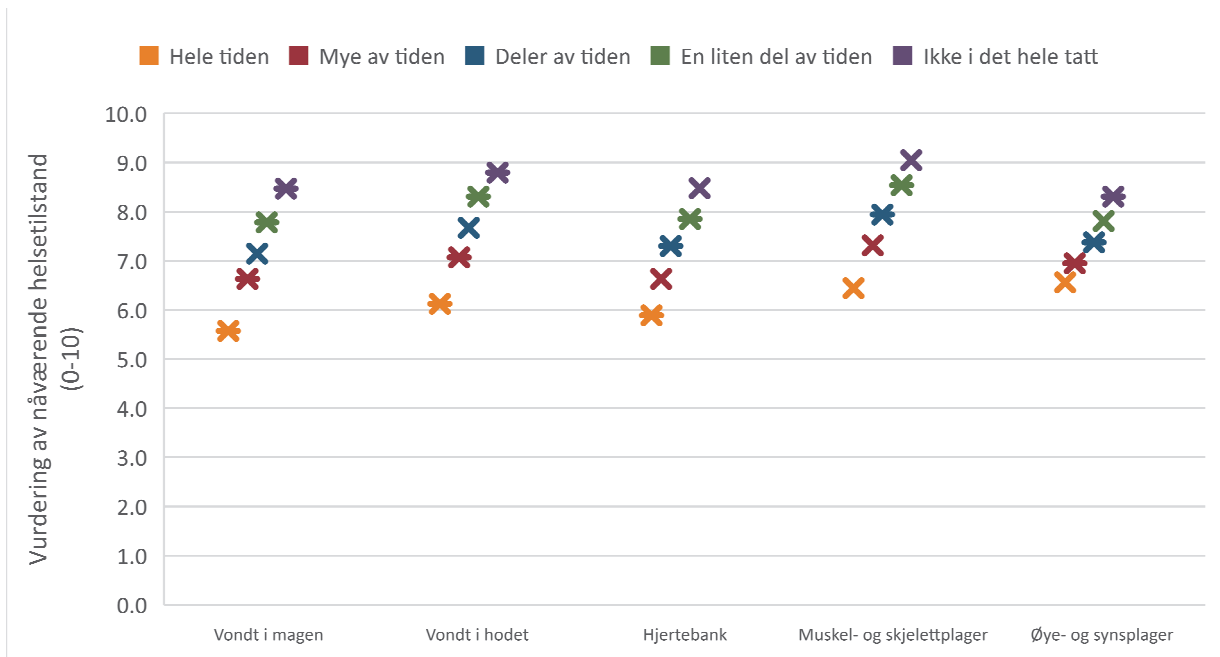
Det er også tatt med spørsmål om ulike smertetilstander, se figur 4.2. Dette handler om de siste fire ukene og spørsmålene om vondt i magen, vondt i hodet, hjertebank og muskel- og skjelettplager kommer fra COPSOQ III. I tillegg har vi tatt med et spørsmål om øye- og synsplager fordi forskning har vist at dette er relativt vanlige plager, særlig blant kvinner, og prevalensen øker med alder (Vehof et al. 2014). Øyeplager er også en av de vanskeligste symptomene for klinikere å vurdere, og plagene kan ha sammenheng med ulike former for hodepine (Friedman 2015). Det er også funnet en sammenheng mellom øyeplager og arbeidsmiljø til sykepleiere på sykehus (temperatur, lysstyrke, etc.) og det er behov for mer forskning for å identifisere sammenhenger mellom ulike elementer av arbeidsmiljø og ulike plager, inkludert øyeplager (Azmoon et al. 2013).

Det er 12 prosent av utvalget som hele tiden har muskel- og skjelettplager, og 18 prosent som har vondt i hodet mye av tiden. Vi vil i videre artikkelarbeid undersøke hvor de som har mye smerter typisk arbeider, og hvordan de opplever egne arbeidsbetingelser i forhold til de som ikke har slike smerter. En hypotese kan være at de har ledere som tar hensyn til smertene og tilrettelegger arbeidet slik at de kan være i jobb.



Figur 4.2 Ulike typer smerte opplevd siste fire uker, n=8816.

Hvor mye sykepleierne plages av ulike smerter har sammenheng med hvordan de rangerer sin helsetilstand, se figur 4.3. Det er sterk korrelasjon mellom hvor ofte de har vondt, og hvordan de rangerer sin egen helse. Jo sjeldnere vondt, jo høyere rangert helse. De som svarer at de ikke muskel- og skjelettplager, rangerer for eksempel i gjennomsnitt sin helse til å være 9 på skalaen 1-10.

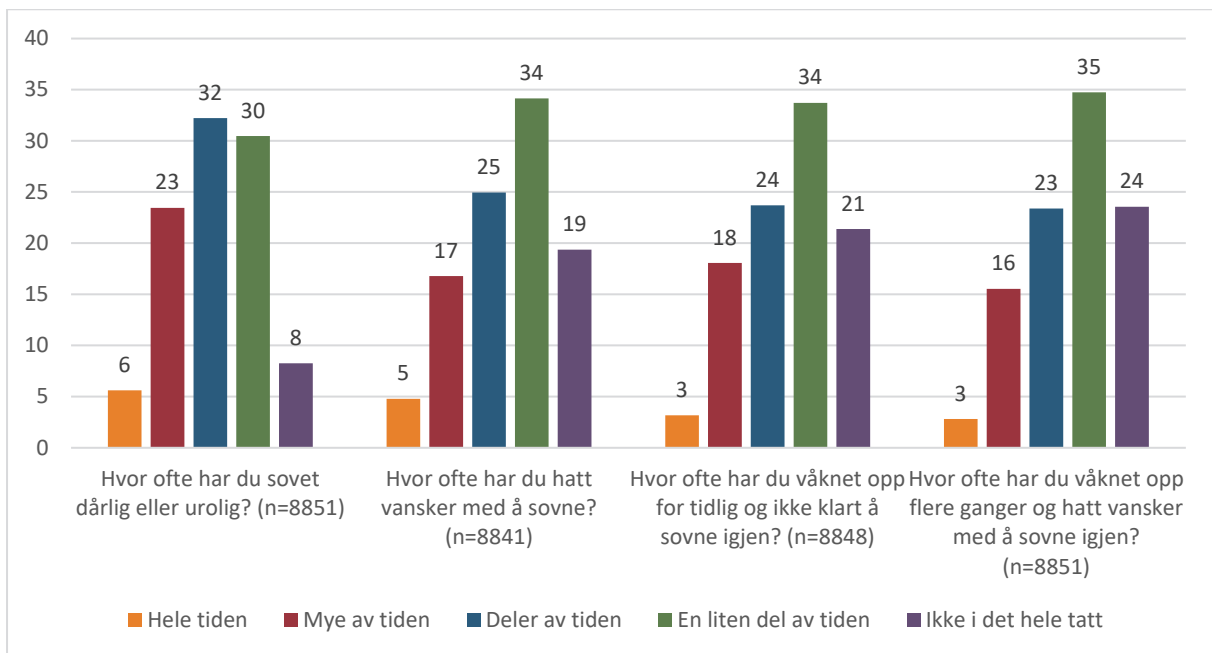


Figur 4.3 Hyppighet av ulike smerter og vurdering av helsetilstand, n=8816.

I videre forskning skal vi analysere datagrunnlaget grundigere og særlig vil vi utforske sammenhengene mellom ulike arbeidsmiljøfaktorer og ulike helseproblemer.

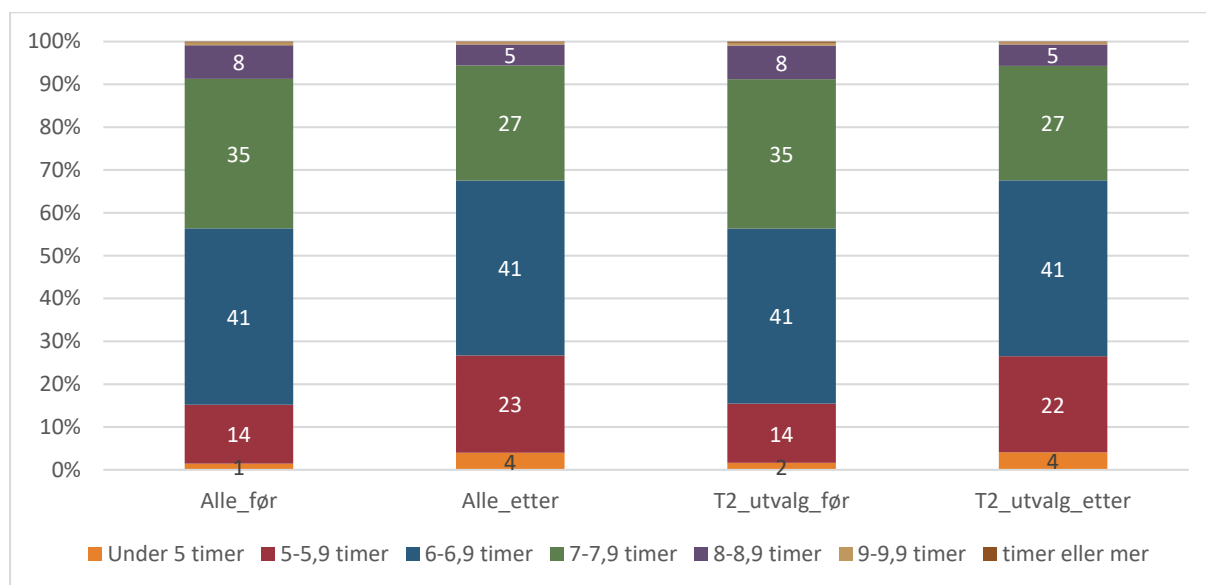
4.3 Søvn

Søvnproblemer er også vanlig blant helsepersonell. Det er for eksempel funnet en sammenheng mellom søvnproblemer blant sykepleiere og risiko for å oppleve vold på arbeidsplassen (Magnavita et al. 2019) som bør utforskes videre. På T2 er det inkludert fire spørsmål om søvn, og på T1 ble det inkludert tre spørsmål, to om antall timer søvn i gjennomsnitt hhv. før og etter pandemien kom til landet, og ett om de sover bedre eller dårligere etter pandemien kom til Norge. Svarfordelingen på spørsmålene på T2 er vist i figur 4.4.



Figur 4.4 Hyppighet på ulike typer søvnproblemer. Antall svar (n) varierer mellom 8848-8851.

Som vist i figur 4.5 er det flere som svarer at de sover mindre enn 6 timer etter koronapandemien kom til landet, sammenliknet med før. Det er ganske like tall om vi ser på ulike utvalg.



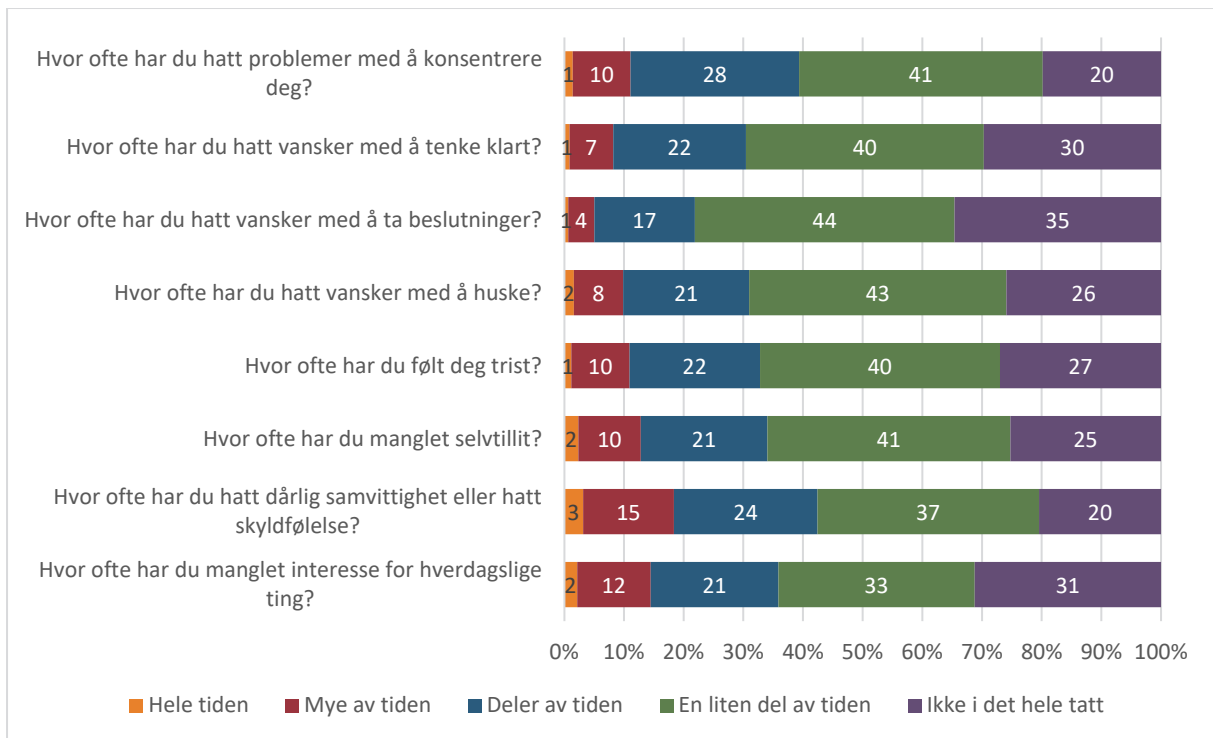
Figur 4.5 Hvor mange timer søvn får du i gjennomsnitt per døgn (før og etter koronapandemien kom til landet)?

Tabell 4.2 Etter pandemien kom til Norge sover jeg:

	Hele utvalget T1		T2 utvalget på T1	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Mye dårligere enn før	894	5	353	5
Litt dårligere enn før	4 689	24	1 706	24
Som før	13 718	70	5 094	70
Litt bedre enn før	159	1	66	1
Mye bedre enn før	33	0	13	0
Totalt	19 493	100	7 232	100

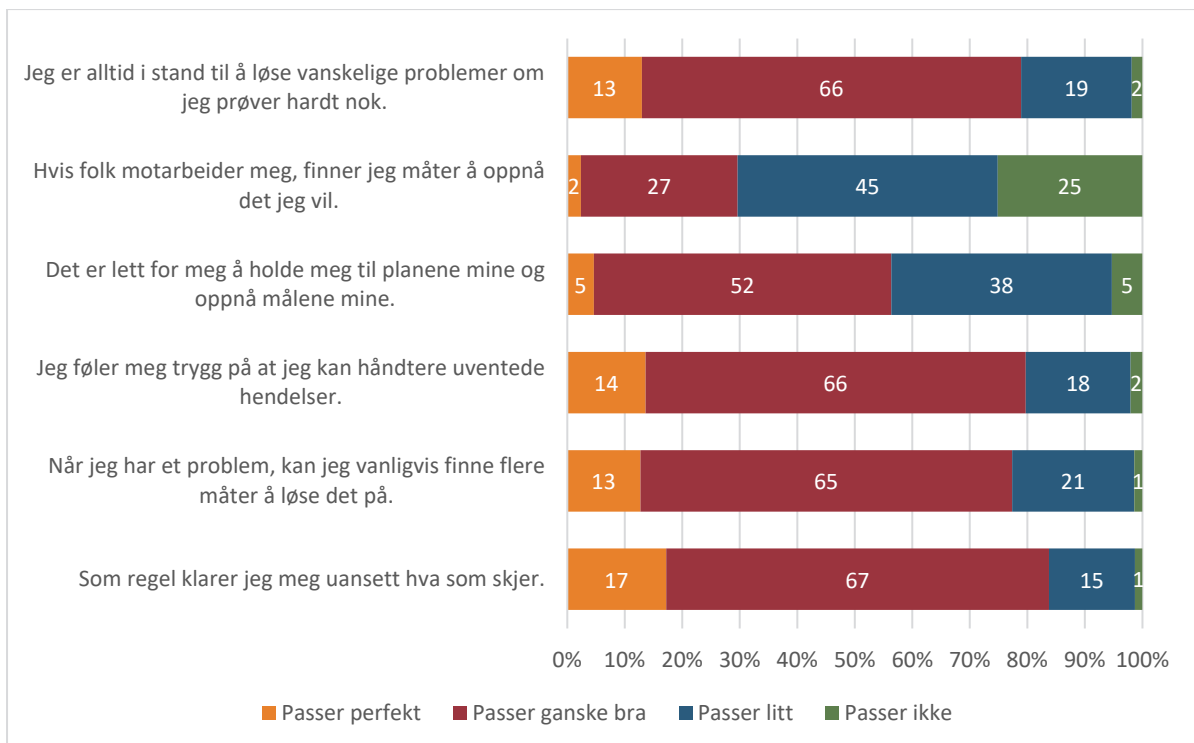
4.4 Kognitive utfordringer

Som vist i figur 4.6 er det 20-30 prosent som oppgir at de ikke har noen av utfordringene med konsentrasjon eller de andre temaene det er spurt. Det er færrest som oppgir at de har vansker med å ta beslutninger, men flest som oppgir at de har ofte har dårlig samvittighet og skyldfølelse og konsentrasjonsproblemer. Det er sterk korrelasjon mellom variablene, og en faktoranalyse returnerer kun én faktor med egenverdi større enn 1. Dvs. at disse variablene forklarer mye av det samme, og at det kan lages én indeks eller én faktor basert på disse spørsmålene.



Figur 4.6 Andel respondenter etter hvor ofte de har ulike utfordringer.

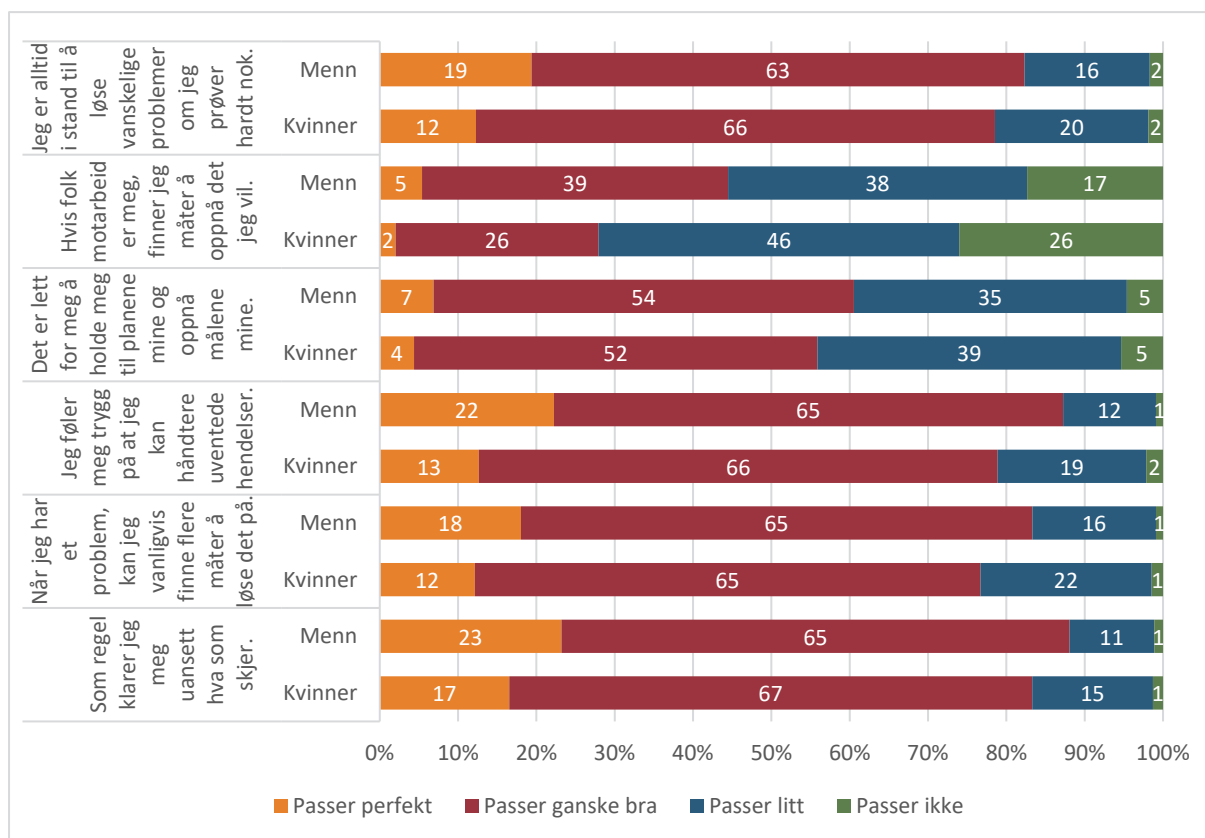
Mestringstro (self-efficacy) handler om forventninger til seg selv i ulike situasjoner, og som vist i figur 4.7 er det flest som svarer at følgende påstand ikke passer: "Hvis folk motarbeider meg, finner jeg måter å oppnå det jeg vil."



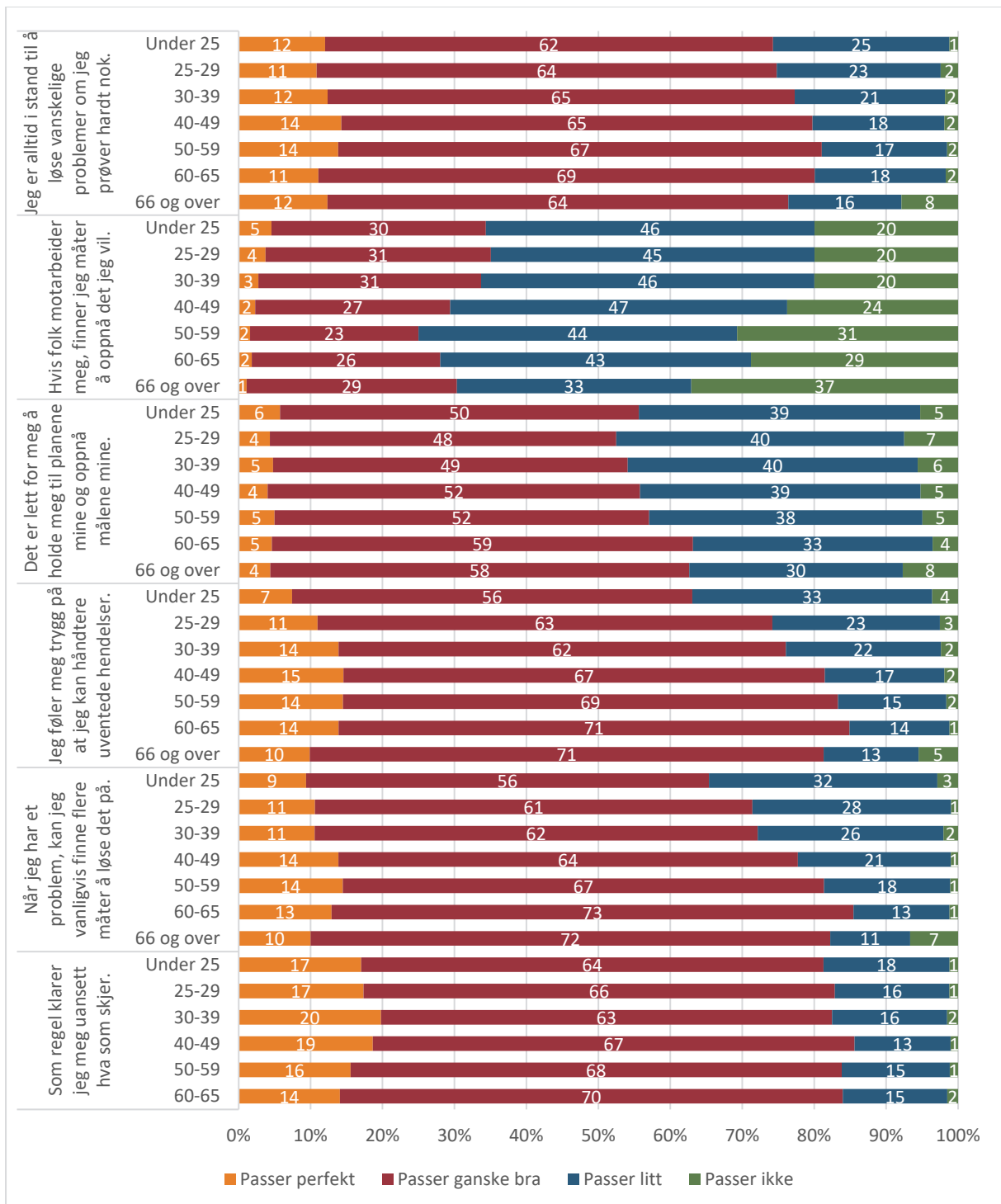
Figur 4.7 Mestringstro, svarfordeling i prosent.

Også for disse spørsmålene finner vi at de måler samme dimensjon, og bare én faktor med egenverdi større enn 0,8 returneres fra faktoranalysen.

Det kan være interessant å undersøke om det er kjønns- og aldersforskjeller i disse svarene på mestringstrospermålene. Figur 4.8 viser at det er kjønnsforskjeller og figur 4.9 viser at det er aldersforskjeller i noen av påstandene, men ikke i alle.



Figur 4.8 Mestringstro, svarfordeling i prosent, kjønn.



Figur 4.9 Svarfordeling i prosent på mestringsstro, aldersgruppe.

4.5 Sykefravær

Det er 8537 respondenter som har svart utfyllende på om de har hatt sykefravær det siste halve året. Undersøkelsen ble gjennomført i september 2021. Det betyr at det siste halve året strekker seg tilbake til mars/april 2021. Dette er ikke perioden for det aller høyeste sykefraværet gjennom året (som er vinteren, dvs. første kvartal), men perioden dekker 2. og mesteparten av 3. kvartal.

Det er 38 prosent som ikke har hatt sykefravær det siste halve året, mens 35 prosent har hatt 1-3 korte egenmeldinger, se tabell 4.3. Det er 18 prosent som har hatt ett langt sykefravær i løpet av det siste halve året, og tre prosent som har hatt flere lange sykmeldinger.

Tabell 4.3 Har du hatt sykefravær det siste halve året? Flere svaralternativer mulig.

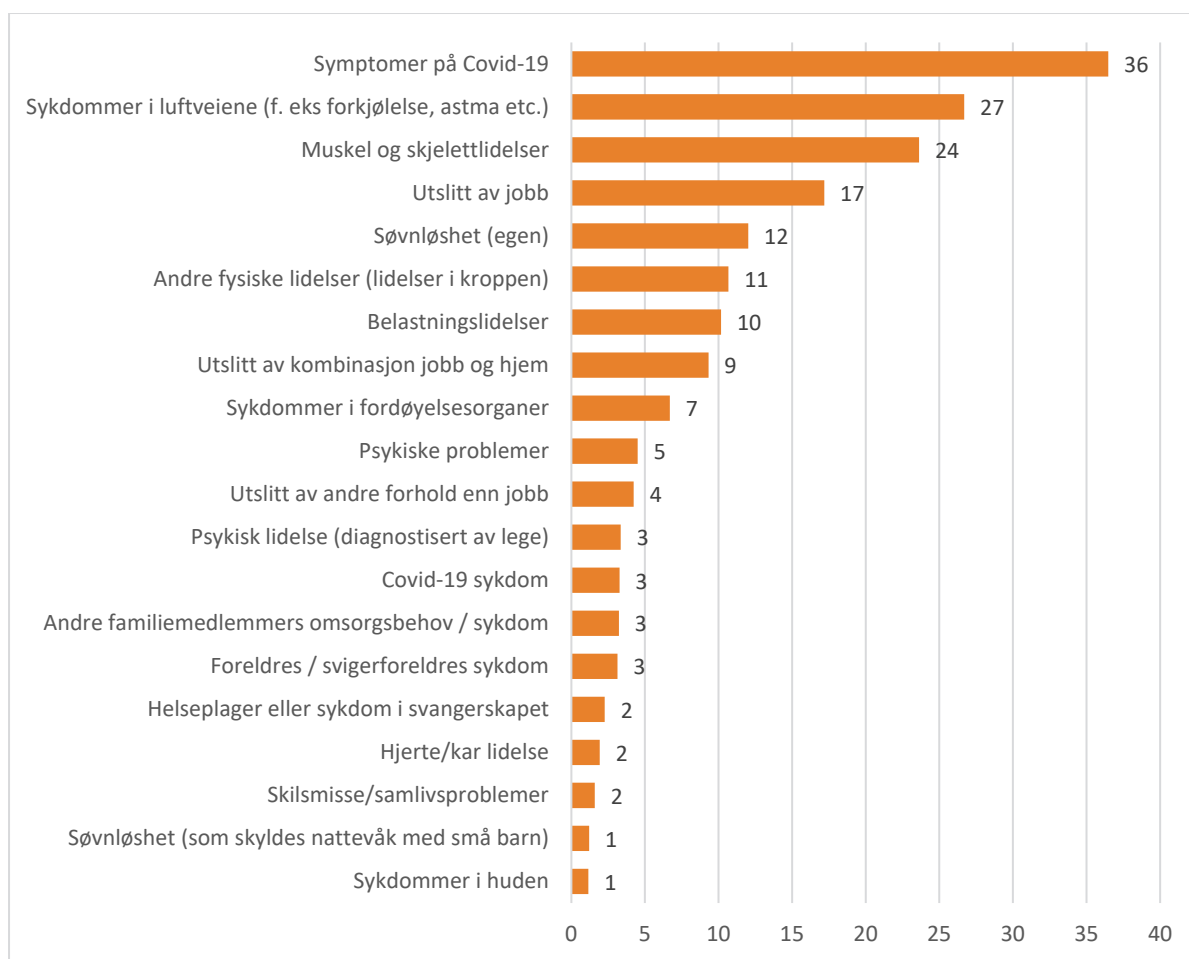
	Antall	Prosent
Nei, har ikke hatt fravær det siste halve året	3229	38
Fravær pga. syke barn	1032	12
Ja, 1-3 korte sykefravær (egenmelding)	2976	35
Ja, mer enn 3 korte sykefravær (egenmelding)	472	6
Ja, ett langt fravær (sykmelding)	1526	18
Ja, flere lange fravær (sykmelding)	215	3
Ja, annet	336	4
Totalt	8537	100

Vi tar ut de 276 som kun har fravær på grunn av syke barn, de resterende 756 som har krysset av for fravær på grunn av syke barn har også krysset av for annen type fravær. Dette betyr at av utvalget på 8537 er det 5032 personer som har hatt ett eller flere sykefravær det siste halve året som ikke skyldes syke barn. Det betyr at 59 prosent av utvalget har hatt sykefravær det siste halve året som ikke skyldes syke barn.

Det er spesielt årsakene til sykefraværene som er interessant her, og særlig for å undersøke om noe av sykefraværet til sykepleierne er relatert til Covid-19 symptomer og sykdom.

Av de 5032 respondentene som oppgir at de har hatt sykefravær siste halve år, er det 113 (2,3 prosent) som ikke oppgir årsaken. Det betyr at vi har egenvurdert årsak til sykefravær fra 97,7 prosent av utvalget som har hatt sykefravær.

Som vist i figur 4,8 er det 36 prosent av de som oppgir å ha hatt sykefravær det siste halve året som svarer at hovedårsaken til sykefraværet var symptomer på Covid-19, mens 3 prosent har hatt sykefravær på grunn av Covid-19 sykdom. Det er 27 prosent som har hatt sykdommer i luftveiene og 24 prosent muskel- og skjelettlidelser. Det er 17 prosent av de som har hatt sykefravær siste år som svarer at årsaken er 'Utslitt av jobb', mens 12 prosent svarer at søvnløshet var årsaken. 11 prosent oppgir andre fysiske lidelser i kroppen eller belastningslidelser (10 prosent).



Figur 4.10 Hva var årsaken til sykefraværet?

Det er videre spurt om det siste sykefraværet var forårsaket av arbeidssituasjonen. Det er 26,1 prosent av sykepleierne som svarer at sykefraværet er arbeidsrelatert i kommunal sektor og 22,3 prosent i spesialisthelsetjenesten. I privat sektor er det 27,2 prosent som sier det er arbeidsrelatert. Dette er et minimumsanslag fordi mange undervurderer for eksempel hvordan immunforsvaret svekkes når man er sliten, eller hvordan dårlig søvn påvirker immunforsvaret. At vi ikke har med 'delvis' som svaralternativ, betyr også at de har måttet velge om sykefraværet var arbeidsrelatert eller ikke, og da kan terskelen for å svare at sykefraværet er arbeidsrelatert være høyere.

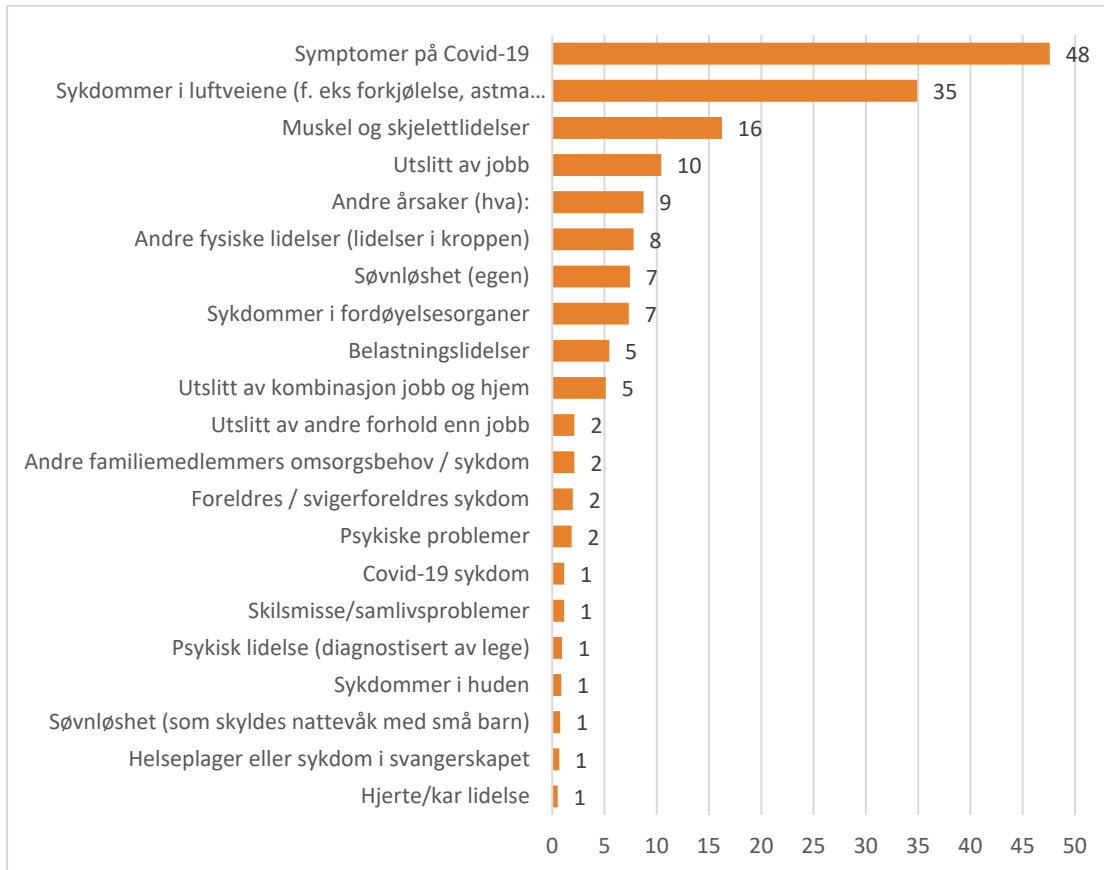
I videre artikkelarbeid vil vi også se nærmere på de 973 åpne beskrivelsene av årsakene til de arbeidsrelaterte sykefraværene som er gitt, men en rask foreløpig gjennomgang viser at det handler om utslitthet, utbrenthet, stress og for stor arbeidsbelastning over tid.

Tabell 4.4 Var siste sykefraværsperiode forårsaket av din arbeidssituasjon?

	Ja	Nei	Total	Prosent
Kommunal sektor	571	1 615	2 186	26,1
Offentlig spesialisthelsetjeneste	565	1 973	2 538	22,3
Privat sektor	77	206	283	27,2
Total	1 213	3 794	5 007	24,2

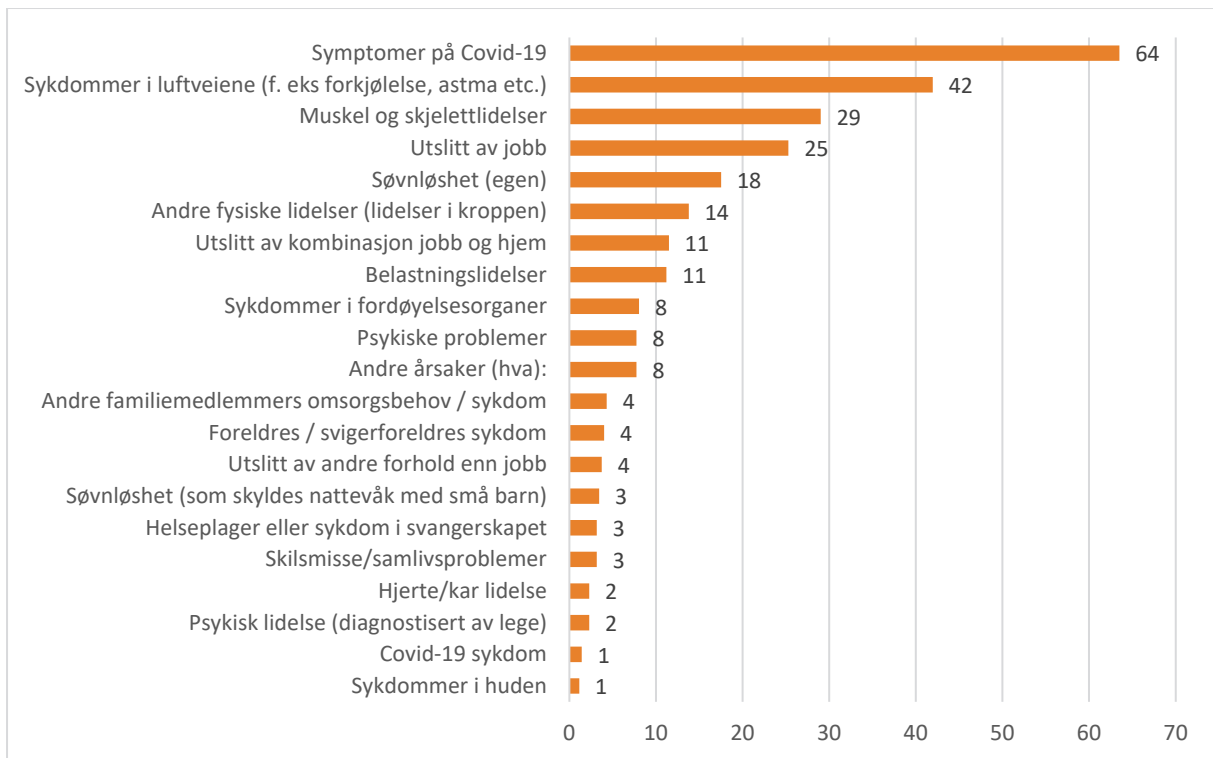
Det er et underutvalg på 4546 personer som har oppgitt kun én av typene sykefravær som er vist i tabell 4.3. For disse kan vi se på de oppgitte årsakene til de ulike typene sykefravær.

Det er nesten halvparten (48 prosent) av de som har hatt 1-3 korte sykefravær det siste halve året som oppgir at de hadde symptomer på Covid-19 som årsak til sykefraværet, se figur 4.11. Fordi det kan være flere sykefravær i denne kategorien, kan de ha flere årsaker.



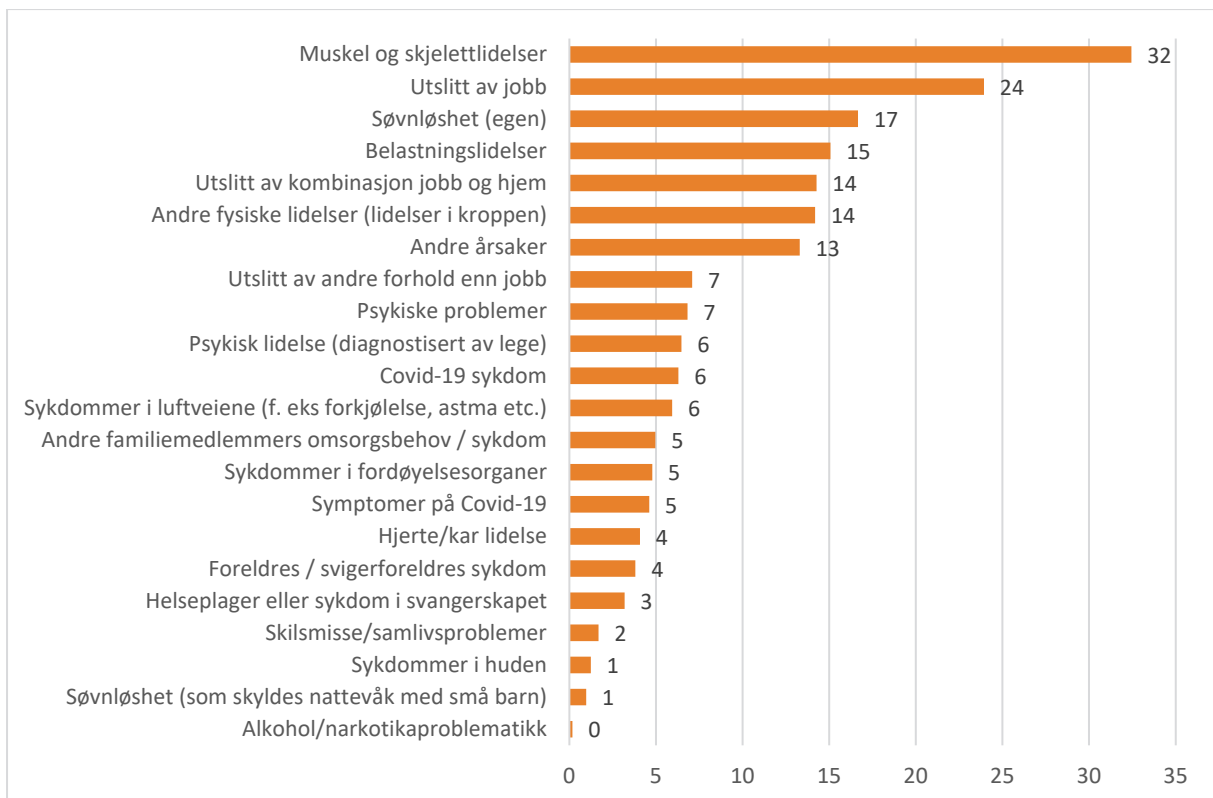
Figur 4.11 Prosent etter oppgitt årsak for de som kun har hatt 1-3 korte sykefravær (egenmelding).

Blant de med mer enn tre korte sykefravær, er det 64 prosent som oppgir at symptomer på Covid-19 var årsak til minst ett av disse korte sykefraværene, se figur 4.12. Mange av disse korte sykefraværene oppgis å skyldes sykdommer i luftveiene (42 prosent) og muskel- og skjelettlidelser (29 prosent). Det er også hver fjerde med denne typen sykefravær som oppgir at ett eller flere av disse skyldes at de var utslitt av jobb.

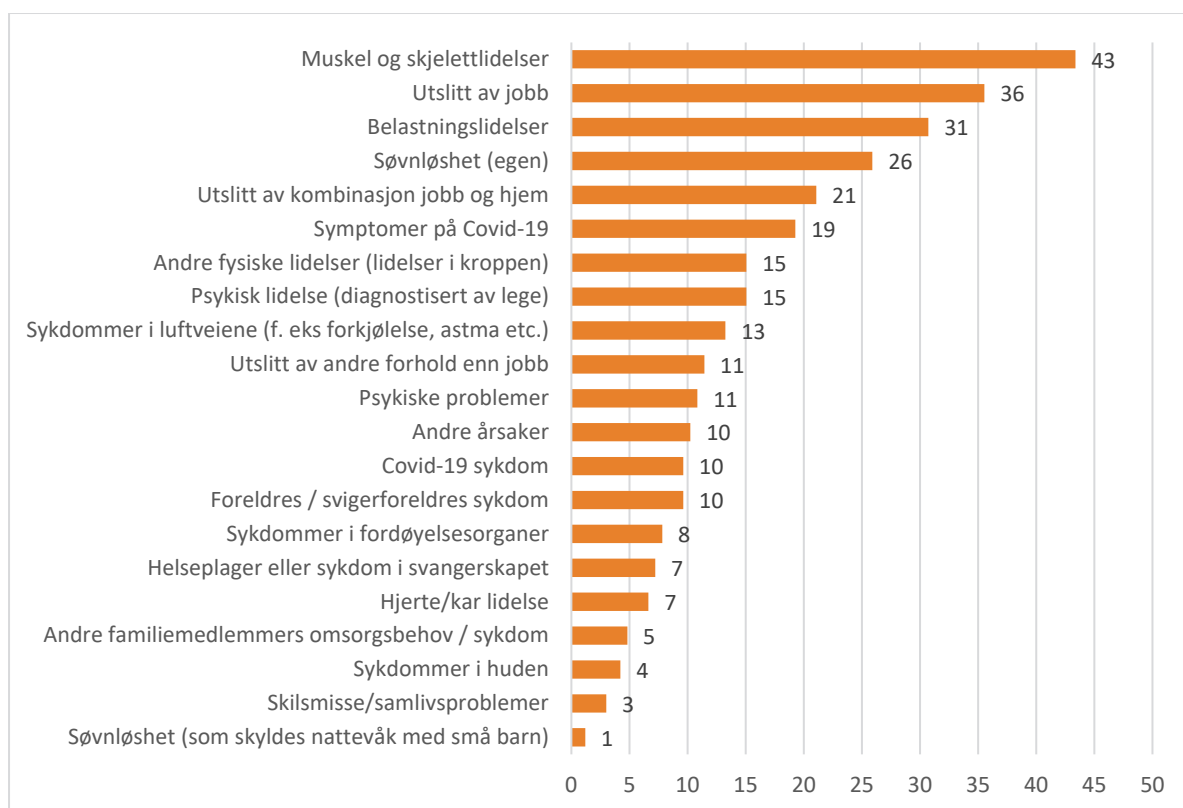


Figur 4.12 Prosent etter oppgitt årsak for de som kun har hatt mer enn tre korte sykefravær (egenmelding)

For de med kun ett langt sykefravær, er det muskel- og skjelettlidelser som er årsak i 32 prosent av tilfellene, mens 24 prosent svarer at årsaken er at de var utslitt av jobb, se figur 4.13. Det er 17 prosent som oppgir søvnløshet som årsak, mens 15 prosent svarer at sykefraværet skyldes belastningslidelser.



Figur 4.13 Prosent etter oppgitt årsak for de som kun har hatt ett langt fravær (sykmelding) det siste halve året (egenmelding).



Figur 4.14 Prosent etter oppgitt årsak for de som har hatt flere lange sykefravær (sykmeldinger) det siste halve året (egenmelding).

Som vist i figur 4.14 skyldes lange sykefravær oftest muskel- og skjelettlidelser, utslitt av jobb, belastningslidelser, søvnløshet og utslitt av kombinasjon jobb og hjem.

Det er spesielt disse lange sykefraværene som gir risiko for konsekvenser på lang sikt, både i forhold til økt risiko for å gå over på arbeidsavklaringspenger og senere uføreytelser, men sannsynligvis også det å ville ønske å slutte i yrket. Arbeidet fremover bør derfor konsentreres om å forebygge lange sykmeldinger.

4.6 Planer fremover

Høsten 2020 var det 14 prosent som oppgav at de hadde endret planer for sin videre yrkeskarriere som følge av koronasituasjonen og 15 prosent som ikke visste om de hadde endret planene. Høsten 2021 er det 12 prosent som oppgir at de har endret planer, se tabell 4.5. Det var også i 2021 totalt 15 prosent som er usikker på om de har endret planer, og dersom vi tar med disse er det 27 prosent som enten har endret planer for videre yrkeskarriere eller er usikker på sin videre yrkeskarriere som følge av koronasituasjonen.

Tabell 4.5 Har du endret planer for din videre yrkeskarriere som følge av koronasituasjonen?

	Høsten 2020		Høsten 2021	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ja	2740	14	1047	12
Nei	13864	71	6221	73
Vet ikke	2969	15	1274	15
Total	19573	100	8542	100

Vi ser videre på de 12 prosentene som svarer 'Ja' på spørsmålet om de har endret planene for sin videre yrkeskarriere, men de som svarer 'Vet ikke' er sannsynligvis usikre på videre yrkeskarriere uten at vi kan si noe om hvordan de eventuelt vil endre sine planer. Det er kun de som har svart ja som har fått spørsmål om hvilken måte planene er endret på.

Som vist i tabell 4.6 var det høsten 2020 totalt 7,4 prosent som oppgav at de enten ville vurdere å slutte i sykepleieryrket når pandemien er over (5,8 prosent) eller at de ville skifte til en arbeidsplass utenfor helse- og omsorgstjenestene (1,6 prosent). Høsten 2021 var det 6,2 prosent som enten vurderer å slutte i sykepleieryrket når pandemien er over (4,8 prosent), eller at de ønsker seg vil ut av helse- og omsorgssektoren (1,4 prosent). Svarfordelingen for de ulike alternativene er vist i tabell 4.6.

Tabell 4.6 På hvilken måte har du endret planene dine?

	Høsten 2020			Høsten 2021		
	Antall	Prosent av de som har endret planer	Prosent av alle (n=19 573)	Antall	Prosent av de som har endret planer	Prosent av alle (n=8542)
Hadde tenkt å slutte som sykepleier, men vil nå fortsette som sykepleier	53	2	0,3	21	2,2	0,2
Vurdere å slutte i sykepleieryrket etter dette er over	1 126	41	5,8	406	42,5	4,8
Vil skifte arbeidsplass, men samme type arbeidsplass	94	3	0,5	45	4,7	0,5
Vil skifte arbeidsplass, men til annen type arbeidsplass innen helse- og omsorgstjenester	656	24	3,4	288	30,2	3,4
Vil skifte arbeidsplass, men til annen type arbeidsplass utenfor helse- og omsorgstjenestene	320	12	1,6	118	12,4	1,4
Annet	468	17	2,4	77	8,1	0,9
Totalt	2 717	100	13,9	955	100	11,2

Denne nedgangen fra 7,4 prosent til 6,2 prosent kan generelt skyldes to forhold:

- Mange av dem som ønsket å slutte i 2020 har allerede sluttet, og andelen går ned.
- Det er en reell nedgang i andel som ønsker seg ut av yrket mellom de to målepunktene.

Men det er altså i tillegg 15 prosent som begge år svarer at de ikke vet om de vil endre planene sine og de kan tolkes som å være usikre på sine videre planer som følge av koronasituasjonen.

Et utvalg på 7035 sykepleiere har svart utfyllende på spørsmål om fremtidsplaner både på T1 og T2. Som vist i tabell 4.7 er det 3,3 prosent av de som ikke ville slutte på T1 som vil slutte på T2, mens dette gjelder 39,3 prosent av de som ville slutte på T1. Dette utgjør seks prosent, og det kan gjøres analyser av hva som kjennetegner arbeidssituasjonen til de som ønsker å slutte på T2. Vi viser foreløpige funn fra dette arbeidet i kapittel 5.

Tabell 4.7 Underutvalg med svar på fremtidsplaner på T1 og T2.

	Ikke slutte T2 (n, %)	Slutte T2 (n, %)	Totalt (n, %)
Ikke slutte T1 (n)	6291	212	6503
Ikke slutte T1 (%)	96,7	3,3	100,0
Slutte T1 (n)	323	209	532
Slutte T1 (%)	60,7	39,3	100,0
Total T1 (n)	6614	421	7035
Total T1 (%)	94,0	6,0	100,0

4.7 Oppsummering

Sykepleierne i utvalget vurderer generelt sin helse til å være god, meget god eller utmerket (totalt 87 prosent), men det er 12 prosent av utvalget som sliter mye med muskel- og skjelettplager, og 18 prosent som har vondt i hodet mye av tiden. Det er flere som svarer at de sover mindre enn 6 timer etter koronapandemien kom til landet, sammenliknet med før, så for noen sykepleiere har pandemien ført til mindre søvn og at noen sover mye dårligere (5 prosent) og mange sover litt dårligere (24 prosent). Mange i utvalget oppgir at de hele eller deler av tiden har dårlig samvittighet og skyldfølelse (42 prosent) og nesten like mange sliter med konsentrasjonsproblemer (39 prosent).

Det er 59 prosent av utvalget som har hatt sykefravær det siste halve året som ikke skyldes syke barn. Av disse er det 36 prosent som oppgir svarer at hovedårsaken til sykefraværet var symptomer på Covid-19, mens 3 prosent har hatt sykefravær på grunn av Covid-19 sykdom. Det er 27 prosent som har hatt sykdommer i luftveiene og 24 prosent muskel og skjelettlidelser. Det er 17 prosent av de som har hatt sykefravær siste år som svarer at årsaken er 'Utslitt av jobb', mens 12 prosent svarer at søvnløshet var årsaken, mens 11 prosent oppgir andre fysiske lidelser i kroppen eller belastningslidelser (10 prosent).

Når vi ser på de som har hatt lange sykefravær, er det muskel- og skjelettlidelser, utslitt av jobb, søvnløshet og belastningslidelser som oftest oppgis som årsak. Det er denne typen sykefravær det er spesielt viktig å forebygge fordi resultatet på lenger sikt kan gi behov for langvarige helserelevante ytelser og sannsynligvis er det høy risiko for at sykepleiere med mye langtidsfravær ønsker å slutte i jobben.

Høsten 2020 var det totalt 7,4 prosent som oppgav at de enten ville vurdere å slutte i sykepleieryrket når pandemien er over (5,8 prosent) eller at de ville skifte til arbeidsplass utenfor helse- og omsorgstjenestene (1,6 prosent). Ett år senere (høsten 2021) var det 6,2 prosent som enten vurderer å slutte i sykepleieryrket når pandemien er over (4,8 prosent) eller at de vil ut av helse- og omsorgssektoren (1,4 prosent). Denne nedgangen kan skyldes at mange av de som vurderte å slutte i 2020 allerede har sluttet, eller at det er en reell nedgang i andel som vurderer å gå ut av yrket mellom de to målepunktene. Andelen av utvalget som vurderer å gå ut av yrket er ikke nødvendigvis representativt dersom for eksempel de som ønsker seg ut av yrket i liten grad er interessert i å delta i spørreundersøkelser. Men det kan også gå andre veien, ved at de som ikke trives så godt i yrket i større grad vil delta fordi de vil formidle utfordringene de opplever.

5 Resultater: Kvalitet på HMS-arbeidet, planer om å fortsette i yrket og nivå på selvvardert akkumulert belastning – er det en sammenheng?

5.1 Akkumulert arbeidsbelastning etter type ansatt

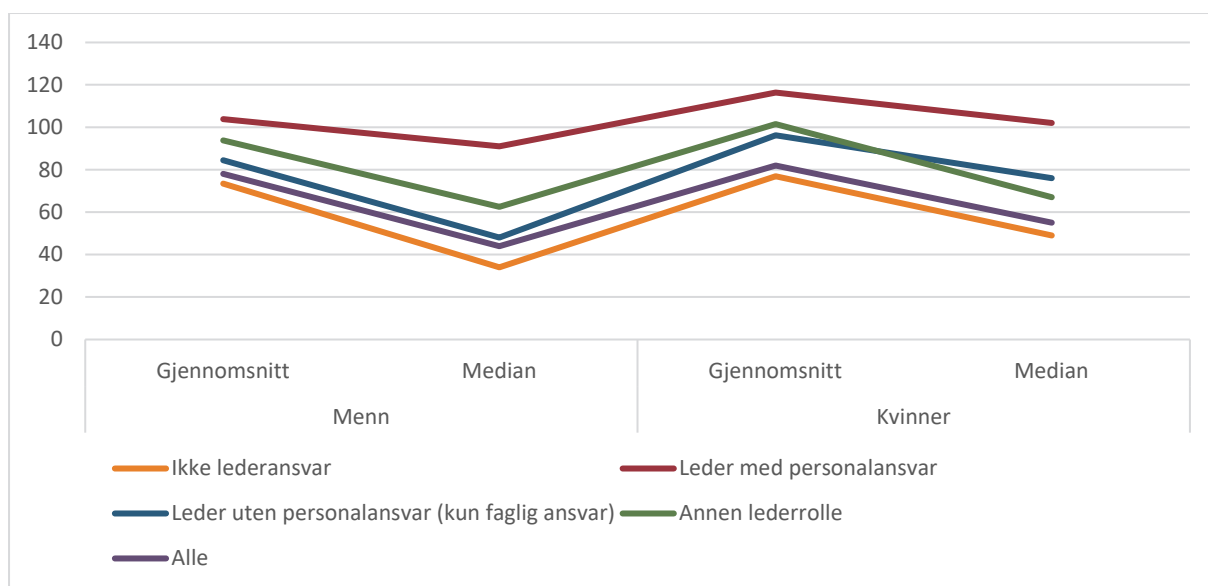
Vi starter med å undersøke sammenhengen mellom opplevd akkumulert arbeidsbelastning i pandemien. Som beskrevet i kapittel 2.6 var vi interessert i hvordan arbeidsbelastningen og restitusjonsnivået har vært gjennom pandemien, vurdert ut fra den enkelte sykepleiers ståsted. Sykepleierne som svarte på undersøkelsen fikk mulighet til å skalere både arbeidsbelastning og restitusjon for ulike perioder av pandemien, og 8636 respondenter svarte på disse spørsmålene. Akkumulert belastning beregnet vi som avviket mellom arbeidsbelastning og restitusjon som så legges til neste periode.

Både arbeidsbelastning og restitusjon skåres i en skala fra 1-100, og akkumulert belastning på tidspunkt T beregnes etter følgende formel:

$$\text{Akkumulert belastning } (AB)_{iT} = \sum_{t=1}^T (\text{arbeidsbelastning} - \text{restitusjon})_{it}$$

Der i er individ og t er tid ($t=T-1, T-2, \dots, T-n$). Akkumulert belastning for individ i på tidspunkt T er den individuelle belastningen som akkumuleres hver periode eller vakt før tidspunkt T når restitusjonen ikke er tilstrekkelig til å veie opp for arbeidsbelastningen. Variabelen har minimumsverdi på -354 og en maksimumsverdi på 495, og det er en relativt finmasket kontinuerlig variabel som er konstruert for hvert individ. Gjennomsnitt er 82 og medianverdien er 54. Dette er altså den akkumulerte belastningen fra starten av pandemien til september 2021.

Som vist i figur 5.1 er det ledere med personalansvar som har opplevd størst akkumulert belastning, gitt at sykepleiere i ulike roller vurderer egen belastning likt.



Figur 5.1 Akkumulert arbeidsbelastning etter ansattrolle. Median (midterste observasjon) og gjennomsnittet hos menn og kvinner i ulike ansattroller.

Identifisering av faktorer som påvirker arbeidsbelastningen og restitusjonen til den enkelte sykepleier vil være sentralt i analyser som gjøres fremover på datagrunnlaget. I kapittel 5.3 ser vi på sammenhengen mellom akkumulert belastning og vurdert kvalitet på HMS-arbeidet, som er sentrale systemvariabler som i liten grad er utforsket tidligere.

5.2 Er det en sammenheng mellom indikatorer for kvalitet på HMS-arbeidet i tjenestene og sykepleiernes fremtidsplaner?

Som vist i innledningskapittelet finnes det kvalitativ forskning som påpeker en mulig sammenheng mellom hvor godt sykepleierne opplever at arbeidsgiver arbeider med HMS, og sykepleiernes fremtidsplaner. I dette delkapittelet undersøker vi om vi finner en slik sammenheng i dette datagrunnlaget.

Om HMS-arbeidet på din arbeidsplass:

- Er det tydelig hvem som er ansvarlig for arbeidsmiljøforhold på din arbeidsplass?
- Gjennomgår din arbeidsgiver regelmessig arbeidsmiljøforholdene og vurderer risikoen for sykdom eller ulykker i arbeidet?
- Gjennomfører din arbeidsgiver tiltak så raskt det er praktisk mulig for å forbygge sykdom og ulykker?
- Er det prosedyrer for hvordan krenkende adferd skal håndteres på din arbeidsplass?
- Har arbeidsgiver sterkt fokus på å skape et helsefremmende arbeidsmiljø?

Tabell 5.1 Sammenheng mellom andel som vil slutte og antall ja på spørsmålene om HMS (HMS-5)

	Prosent som vil slutte	Antall svar
Ingen Ja	10,2	1725
1 ja	9,4	1562
2 ja	6,6	1229
3 ja	4,9	977
4 ja	2,8	978
5 ja	2,2	1423
Totalt	6,4	7894

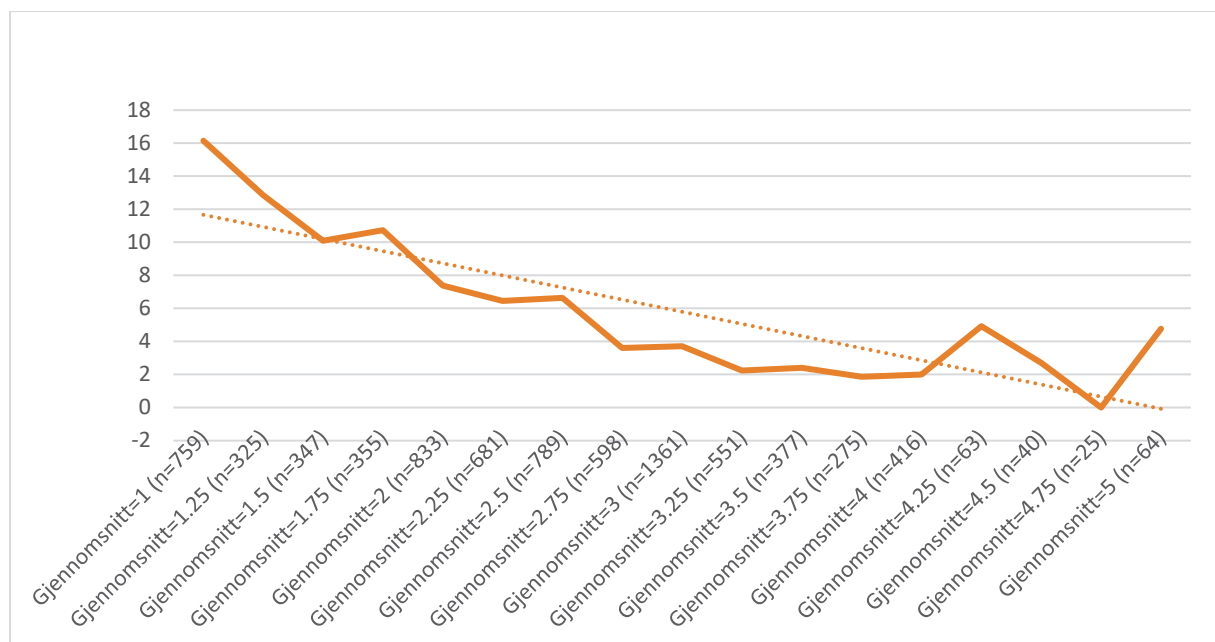
Det er en tydelig og statistisk signifikant sammenheng mellom sannsynligheten for å ville slutte å jobbe i helse- og omsorgssektoren og antall ja som er svart på disse spørsmålene, jf. tabell 5.1. Jo flere som svarer bekreftende på at arbeidsgiver gjør et aktivt HMS-arbeid, jo lavere andel sykepleiere er det som rapporterer at de ønsker å slutte. Men vurderingene gjøres på individnivå, slik at det er de selv som vurderer HMS-arbeidet og det er de selv som svarer om de vurderer å slutte. Det er derfor det samme som å si at de som vurderer at HMS-arbeidet er svakt, har også høyere sannsynlighet for å oppgi at de vil slutte.

Tabell V 2 i vedlegget viser at det er statistisk signifikante forskjeller i sannsynlighet for at de svarer at de ønsker å slutte i jobben og antall spørsmål de har svart ja på av de fem HMS-spørsmålene, men det er ikke systematiske forskjeller mellom de som har null ja og de som har ett ja. Vi kaller denne variabelen HMS-5.

Et annet mål på HMS-arbeidet er svarene som er gitt på følgende påstander:

- Øverste ledelse i organisasjonen støtter tiltak for å unngå overbelastning på de ansatte.
- Øverste ledelse prioriterer ansattes helse og velferd like høyt som organisasjonens produktivitet.
- Det er god kommunikasjon om psykososiale forhold i vår organisasjon.
- Arbeidet med å unngå overbelastning på de ansatte involverer samtlige nivåer i vår organisasjon.

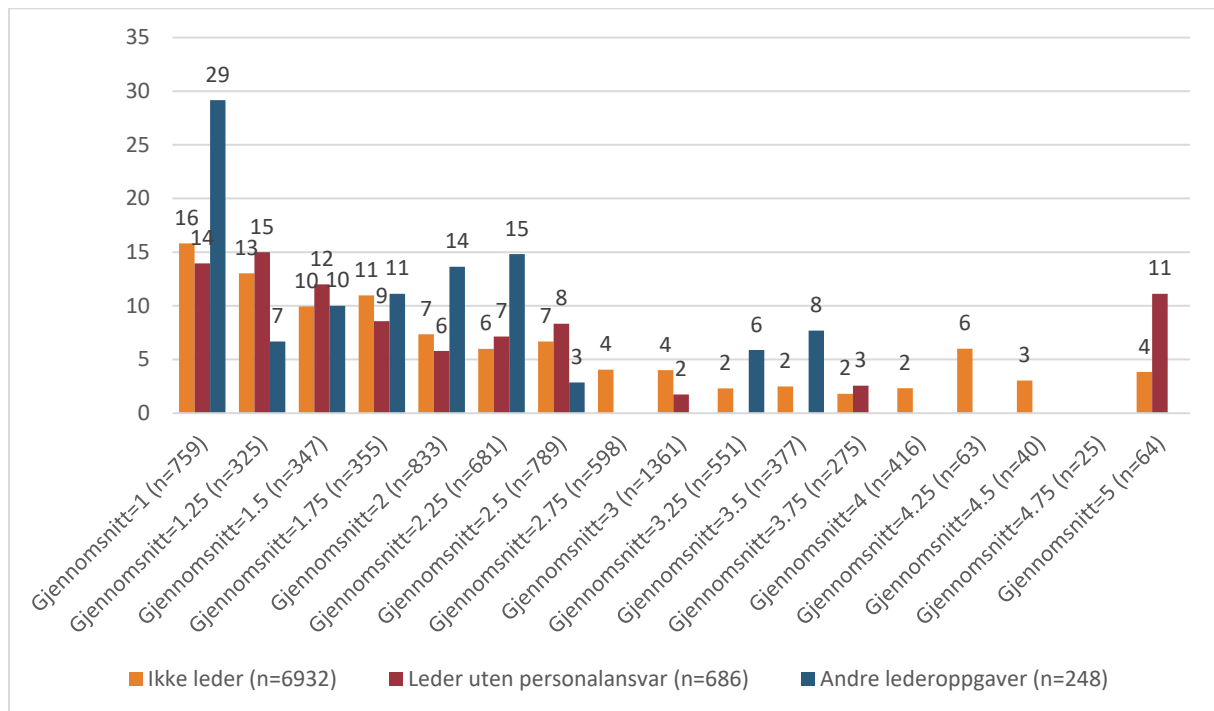
Det er sterk samvariasjon i svarene på spørsmålene, så vi beregner en gjennomsnittsskåre der høyere verdi gir høyere grad av enighet i påstandene. Denne gjennomsnittsskåren kaller vi HMSgjsnitt. Figur 5.1 viser at det er en systematisk sammenheng mellom andel som ønsker å slutte og grad av enighet i påstandene om HMS vist i punktlisten over. Jo mer enig, jo lavere sannsynlighet for å ville slutte.



Figur 5.2 Grad av enighet i påstandene (jo mer enig, jo høyere verdi) (HMSgjsnitt) og prosent av sykepleierne som vurderer å slutte som sykepleier eller gå til annen jobb utenfor helse og omsorgstjenestene.

Ledere med personalansvar har ikke svart på disse spørsmålene, men det har andre ledere uten personalansvar. Som vist i figur 5.3 er det hele 29 prosent av andre ledere som ønsker å slutte i jobben, hvis de også svarer at de er helt uenig på alle fire påstandene, mens det kun er 24 personer med "andre lederoppgaver" som svarer svært uenig på alle de fire spørsmålene, så tallgrunnlaget er lite. Men det

vises at den økningen vi ser i siste del av kurven i figur 5.2, skyldes at ledere uten personalansvar har svart svært enig på alle påstandene. 11 prosent av disse ønsker å slutte, men dette utvalget er lite.



Figur 5.3 Grad av enighet i påstandene (mer enig jo høyere verdi) og prosent av sykepleierne som vurderer å slutte som sykepleier, eller gå til annen jobb utenfor helse og omsorgstjenestene.

Fordi det blir små grupper om vi tar med ulike lederroller, ser vi videre på de som ikke har lederansvar og deres vurdering av HMS-arbeidet på arbeidsplassen. For å forenkle kodes også gjennomsnittsskåren til hele tallverdier på følgende måte: 1-1,75 kodes til 1; 2-2,75 kodes til 2; 3-3,75 kodes til 3; og 4-5 kodes til 4.

Vi har nå to mål på HMS der den fem-delte variabelen (HMS-5) måler kvalitet på arbeidsplassnivå, mens den med fire verdier også inneholder vurderinger av HMS-innsatsen i øverste ledelse (HMSgjsnitt).

De to indikatorene er korrelert, og det er omtrent 20 prosent av variasjonen i den ene som forklares med variasjonen i den andre – så variablene måler ulike forhold. Som vist i vedleggtabell 1, er det sterke statistiske sammenhenger mellom sannsynligheten for å ville slutte i jobben og begge HMS-indikatorene.

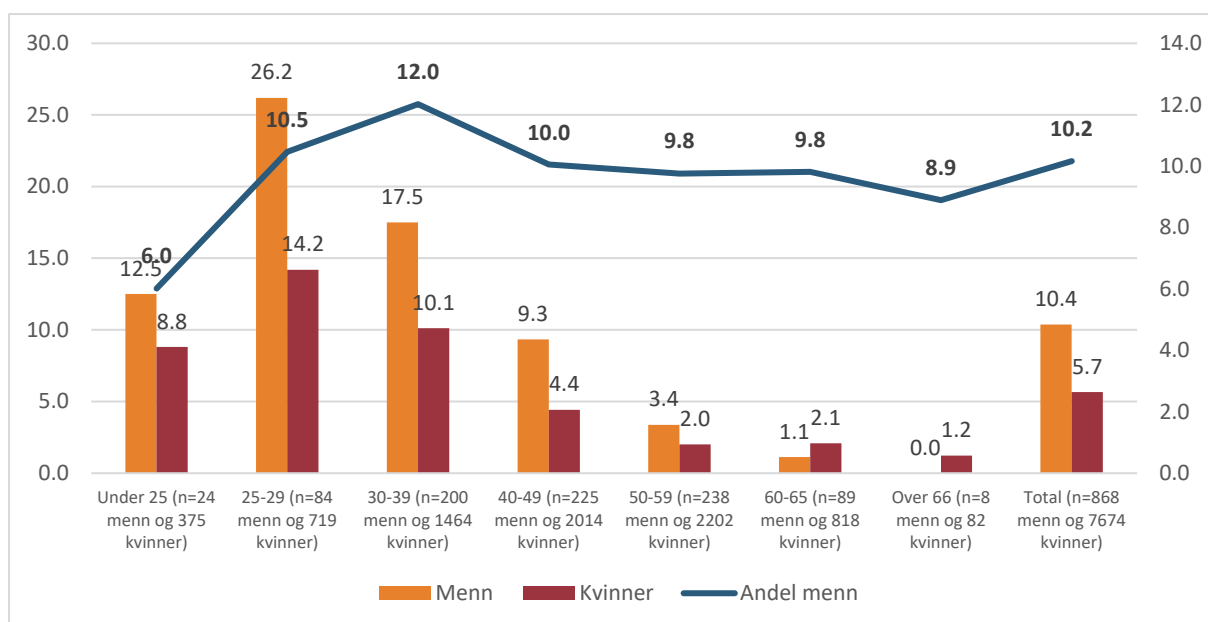
Når begge variablene inkluderes, er det ikke lenger systematiske forskjeller mellom de laveste verdiene av HMS_5, men ellers er sammenhengene tydelige.

Som vist i Tabell V 3 i vedlegget, er sammenhengene også tydelige når vi tar med kjønn og alder i vurderingen. Her ser vi at andel som ønsker å slutte i jobben reduseres etter 40 år, men også at menn har høyere sannsynlighet for å vurdere å slutte enn kvinner. Vi tar derfor med en krysstabell som viser forskjellene mellom kjønn og tilbøyeligheten til å ville slutte i jobben, se tabell 5.2. Det er 10,4 prosent som vurderer å slutte blant de mannlige sykepleierne og 5,7 prosent blant de kvinnelige sykepleierne. Totalt vurderer i overkant av seks prosent av sykepleierne i dette utvalget å slutte.

Tabell 5.2 Antall og andel (prosent) menn og kvinner som ønsker å slutte i sykepleieryrket, eller å arbeide utenfor helse- og omsorgstjenester.

	Menn		Kvinner		Totalt	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Ikke slutte	778	89,6	7240	94,3	8018	93,9
Slutte	90	10,4	434	5,7	524	6,1
Total	868	100,0	7674	100,0	8542	100,0

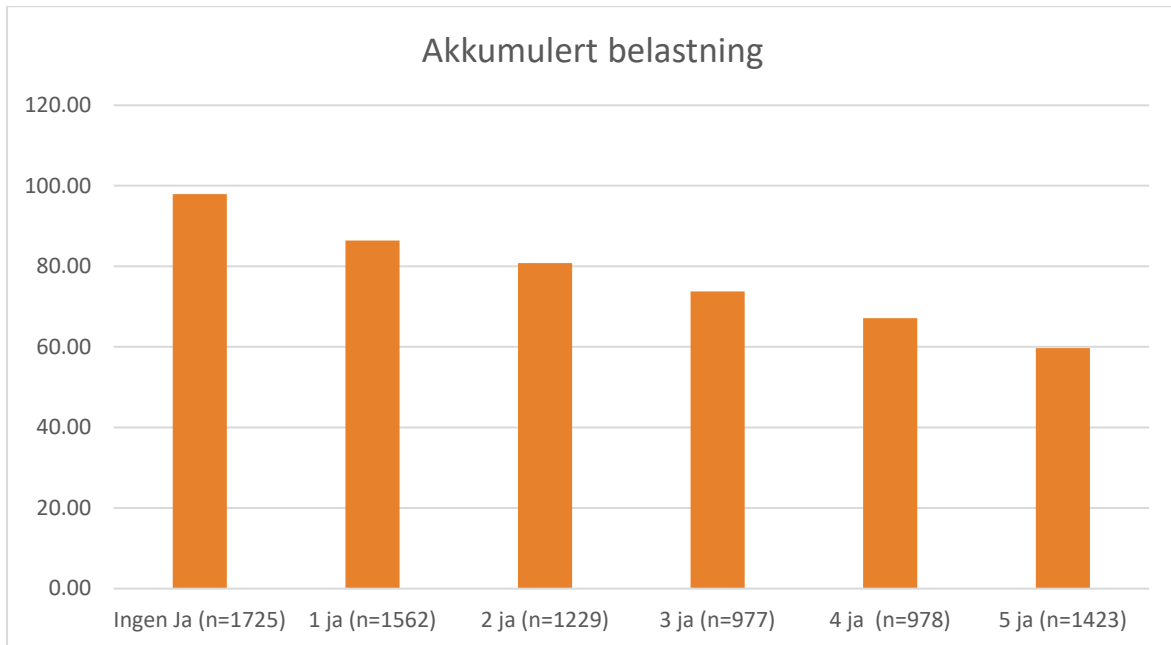
Som vist i figur 5.5 er det hele 26,2 prosent av de 84 mannlige sykepleierne i utvalget som er mellom 25-29 år som oppgir at de ønsker å slutte i sykepleieryrket, eller å arbeide utenfor helse- og omsorgstjenestene. Det er altså ikke blant de aller yngste flest ønsker å slutte, men andelen er høyest blant de mellom 25 og 40 år for både kvinner og menn, og høyere for menn enn kvinner i alle aldersgrupper - med unntak av de over 60 år der kvinner ønsker å slutte i litt større grad enn menn. Den høyeste andelen menn i utvalget er i gruppen 30-39 år, med 12 prosent menn, og den laveste er blant de under 25 år, med 6 prosent menn.



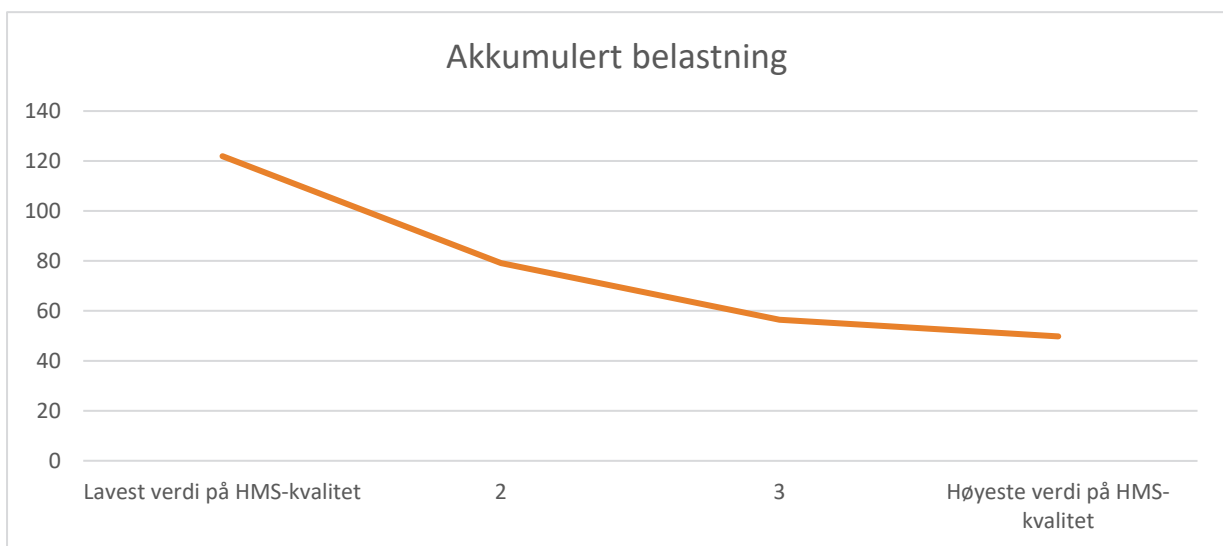
Figur 5.4 Prosent av kvinnene og mennene i ulike aldersgrupper som vurderer å slutte som sykepleier, venstre Y-akse og andel menn i ulike aldersgrupper på høyre Y-akse.

5.3 Er det sammenheng mellom indikatorer for kvalitet på HMS-arbeidet i tjenestene og akkumulert belastning?

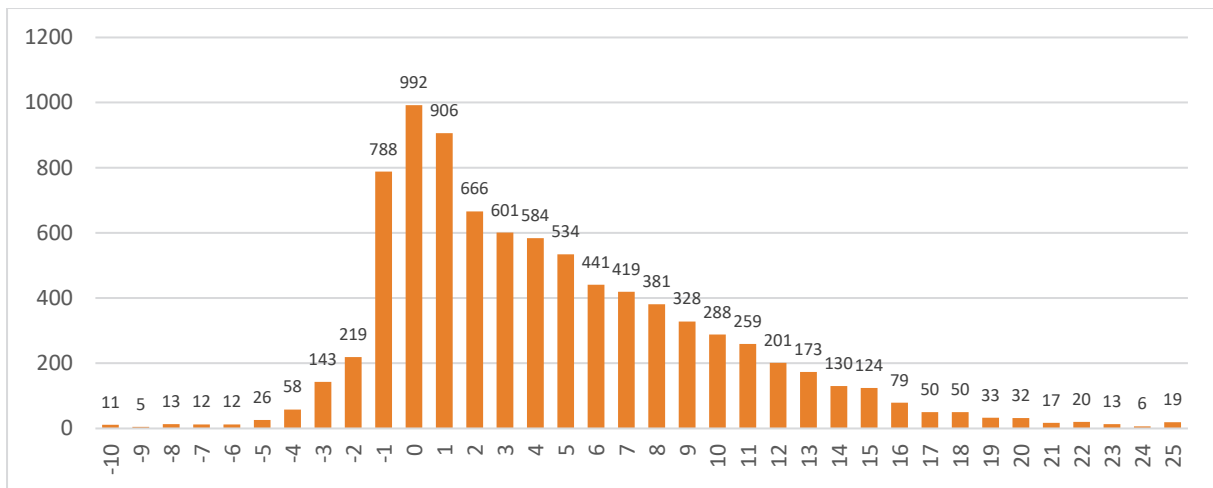
Det er en tydelig sammenheng mellom vurdert kvalitet på HMS-arbeidet og akkumulert belastning, se figur 5.5 (HMS-5) og 5.6 (HMSgjsnitt).



Figur 5.5 Sammenheng mellom akkumulert belastning og antall ja svar på følgende spørsmål: Er det tydelig hvem som er ansvarlig for arbeidsmiljøforhold på din arbeidsplass? HMS-5.



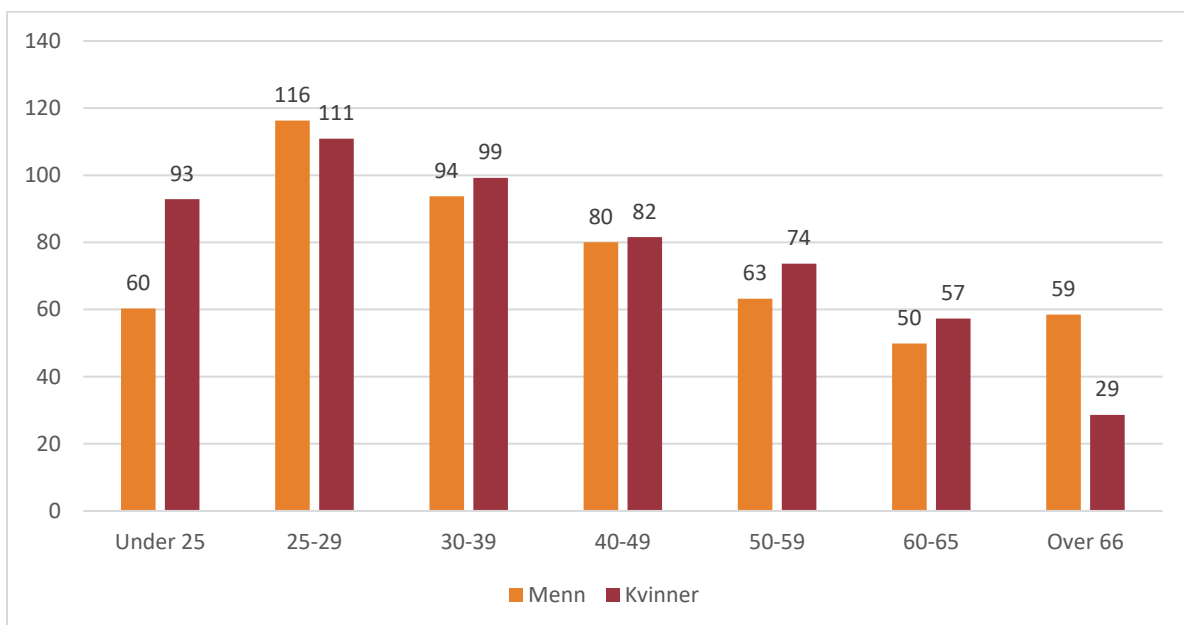
Figur 5.6 Grad av enighet i påstander om HMS. Lav verdi=uenig, Høy verdi=enig (HMSgjsnitt).



Figur 5.7 Akkumulert belastning etter ulike intervall. Antall, n=8633.

Som vist i tabell V4 i vedlegg, er det statistiske signifikante sammenhenger mellom begge HMS-indikatorene og akkumulert belastning når de inngår en og en. Jo høyere kvalitet på HMS-arbeidet, jo lavere rapporteres akkumulert belastning blant sykepleierne å være. Dette betyr at de som vurderer at arbeidsplassen er preget av godt HMS-arbeid, har lavere akkumulert belastning enten fordi arbeidsbelastningen er lavere eller fordi restitusjonen vurderes å være bedre. Kausaliteten i disse sammenhengene må utforskes videre, til nå har vi påvist en korrelasjon som er sterk og systematisk.

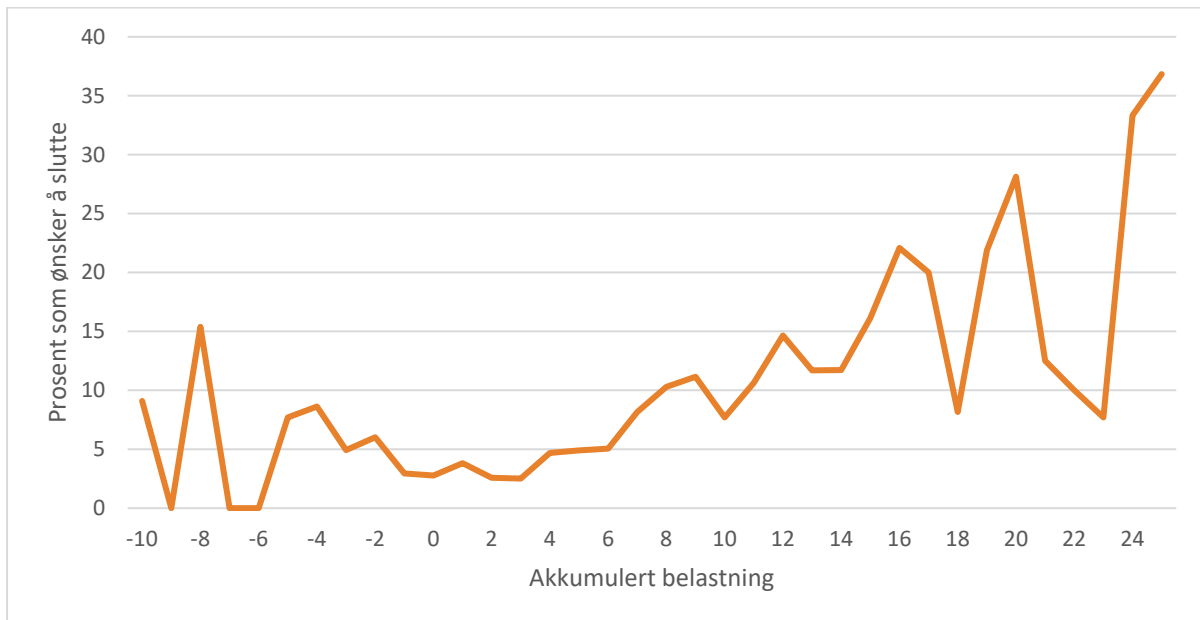
Når vi inkluderer begge HMS-indikatorene i tillegg til kjønn og alder, er det er mindre systematiske sammenhenger for HMS-5, se tabell V5 i vedlegg. Vi finner ingen systematiske kjønnsforskjeller i akkumulert belastning (heller ikke når kun kjønn inngår i modellen), men det er betydelige forskjeller mellom ulike aldersgrupper. Vi har derfor tatt med en figur som viser kjønns- og aldersforskjeller i akkumulert belastning pr. september 2021, se figur 5.9.



Figur 5.8 Akkumulert belastning pr. september 2021 for kvinner og menn i ulike aldersgrupper.

5.4 Er det sammenheng mellom akkumulert belastning og andel som vurderer slutte som sykepleier

Som vist i 5.9 er det en sammenheng mellom akkumulert belastning pr. september 2021 og sannsynligheten for å ønske å slutte i jobben, men den er ikke entydig og lineær. Dette betyr at det finnes sykepleiere som har hatt mindre arbeidsbelastning eller bedre restitusjon gjennom pandemien enn normalt (langt til venstre i figuren) som også vurderer å slutte, og det er også mange personer med svært høy arbeidsbelastning eller lav restitusjon gjennom pandemien som ikke ønsker å slutte i jobben sin.



Figur 5.9 Prosent som ønsker å slutte og nivå på akkumulert belastning så langt i pandemien.

Som vist i tabell V6 i vedlegg, er det statistiske signifikante sammenhenger mellom sannsynligheten for å ville slutte, akkumulert arbeidsbelastning, også når vi kontrollerer for vurdert kvalitet på HMS-arbeidet. Dette betyr også at selv om vi kontrollerer for arbeidsbelastning, har HMS-indikatorene en selvstendig sammenheng med sannsynligheten for å ville slutte i jobben.

Videre analyser av sannsynligheten for å ønske seg ut av yrket og akkumulert belastning, vil inkludere andre variabler som sentrale arbeidsmiljøindikatorer, type tjeneste og andre variabler. For å presentere mer avanserte analyser kreves en grundigere metodisk beskrivelse, mer deskriptiv statistikk og diskusjon av funn relatert til annen forskning. Dette vil gjøres gjennom utarbeiding av vitenskapelige artikler.²

5.5 Oppsummering

Dette kapitlet viser starten på analysene av betydningen av HMS-arbeidet på sykepleiernes ønske om å slutte i jobben og risiko for akkumulert belastning. Vi har vist at det er statistisk signifikante sammenhenger mellom flere av variablene og dette skal utforskes videre. Et svakt vurdert HMS-arbeid er systematisk korrelert med sannsynligheten for at sykepleiere ønsker å slutte i jobben. Et svakt vurdert HMS-arbeid korrelerer også systematisk med et høyere nivå på den akkumulerte belastningen. Og sannsynligheten for å vurdere å slutte i jobben har sammenheng med belastningen som er akkumulert gjennom pandemien, men sammenhengene er ikke entydige.

² Når artiklene er publisert, vil vi skrive et kort notat på norsk om resultatene som kan legges ut på nettsidene til NSF.

Referanser

- Abboah-Offei, M., Y. Salifu, B. Adewale, J. Bayuo, R. Ofosu-Poku, and E. B. A. Opare-Lokko. 2021. 'A rapid review of the use of face mask in preventing the spread of COVID-19', *Int J Nurs Stud Adv*, 3: 100013.
- Al-Amer, R., D. Maneze, B. Everett, J. Montayre, A. R. Villarosa, E. Dwekat, and Y. Salamonson. 2021. 'COVID-19 vaccination intention in the first year of the pandemic: A systematic review', *J Clin Nurs*.
- Aleebrahim-Dehkordi, E., F. Soveyzi, N. Deravi, Z. Rabbani, A. Saghazadeh, and N. Rezaei. 2021. 'Human Coronaviruses SARS-CoV, MERS-CoV, and SARS-CoV-2 in Children', *J Pediatr Nurs*, 56: 70-79.
- Allen Watts, K., E. Malone, J. N. Dionne-Odom, S. McCammon, E. Currie, J. Hicks, R. O. Tucker, E. Wallace, R. Elk, and M. Bakitas. 2021. 'Can you hear me now?: Improving palliative care access through telehealth', *Res Nurs Health*, 44: 226-37.
- Almasri, L., and B. J. Holtzclaw. 2021. 'Assessing Vaccine Protection for Older Adults with Diabetes: A Systematic Review', *West J Nurs Res*: 1939459211005710.
- Andrews, E., K. Berghofer, J. Long, A. Prescott, and M. Caboral-Stevens. 2020. 'Satisfaction with the use of telehealth during COVID-19: An integrative review', *Int J Nurs Stud Adv*, 2: 100008.
- Ashraf, O., A. Virani, and T. Cheema. 2021. 'COVID-19: An Update on the Epidemiological, Clinical, Preventive, and Therapeutic Management of 2019 Novel Coronavirus Disease', *Crit Care Nurs Q*, 44: 128-37.
- Ashraf, O., M. Young, K. J. Malik, and T. Cheema. 2020. 'Systemic Complications of COVID-19', *Crit Care Nurs Q*, 43: 390-99.
- Azmoon, Hiva, Habibollah Dehghan, Jafar Akbari, and Shiva Sourì. 2013. 'The relationship between thermal comfort and light intensity with sleep quality and eye tiredness in shift work nurses', *Journal of environmental and public health*, 2013.
- Baskin, R. G., and R. Bartlett. 2021. 'Healthcare worker resilience during the COVID-19 pandemic: An integrative review', *J Nurs Manag*, 29: 2329-42.
- Billingsley, L. 2020. 'Using Video Conferencing Applications to Share the Death Experience During the COVID-19 Pandemic', *J Radiol Nurs*, 39: 275-77.
- Bolt, S. R., J. T. van der Steen, I. Mujezinović, D. J. A. Janssen, Jmga Schols, S. M. G. Zwakhalen, C. Khemai, Epagm Knapen, L. Dijkstra, and J. M. M. Meijers. 2021. 'Practical nursing recommendations for palliative care for people with dementia living in long-term care facilities during the COVID-19 pandemic: A rapid scoping review', *Int J Nurs Stud*, 113: 103781.
- Camicia, M. E., M. C. Cournan, and J. Rye. 2021. 'COVID-19 and Inpatient Rehabilitation Nursing Care: Lessons Learned and Implications for the Future', *Rehabil Nurs*, 46: 187-96.
- Čartolovni, A., M. Stolt, P. A. Scott, and R. Suhonen. 2021. 'Moral injury in healthcare professionals: A scoping review and discussion', *Nurs Ethics*, 28: 590-602.
- Castro-Sánchez, E., A. M. Russell, L. Dolman, and M. Wells. 2021. 'What place does nurse-led research have in the COVID-19 pandemic?', *Int Nurs Rev*, 68: 214-18.
- Cousins, E., K. de Vries, and K. H. Denning. 2021. 'Ethical care during COVID-19 for care home residents with dementia', *Nurs Ethics*, 28: 46-57.
- de Moraes É, B., J. B. Santos Garcia, J. de Macedo Antunes, D. V. Daher, F. L. Seixas, and M. F. Muniz Ferrari. 2021. 'Chronic Pain Management during the Covid-19 Pandemic: A Scoping Review', *Pain Manag Nurs*, 22: 103-10.

- de Oliveira, K. F., J. F. de Oliveira, M. Wernet, M. Carvalho Paschoini, and M. T. Ruiz. 2021. 'COVID-19 and pregnancy: A scoping review on pregnancy characteristics and outcomes', *Int J Nurs Pract*, 27: e12956.
- Fernandez, R., H. Lord, E. Halcomb, L. Moxham, R. Middleton, I. Alananzeh, and L. Ellwood. 2020. 'Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic', *Int J Nurs Stud*, 111: 103637.
- Friedman, Deborah I. 2015. 'The eye and headache', *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 21: 1109-17.
- Galanis, P., I. Vraka, D. Fragkou, A. Bilali, and D. Kaitelidou. 2021a. 'Impact of personal protective equipment use on health care workers' physical health during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis', *Am J Infect Control*, 49: 1305-15.
- . 2021b. 'Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis', *J Adv Nurs*, 77: 3286-302.
- . 2021c. 'Seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies and associated factors in healthcare workers: a systematic review and meta-analysis', *J Hosp Infect*, 108: 120-34.
- Goni-Fuste, B., L. Wennberg, L. Martin-Delgado, C. Alfonso-Arias, M. L. Martin-Ferreres, and C. Monforte-Royo. 2021. 'Experiences and needs of nursing students during pandemic outbreaks: A systematic overview of the literature', *J Prof Nurs*, 37: 53-64.
- Gordon, C., D. Porteous, and J. Unsworth. 2021. 'COVID-19 vaccines and vaccine administration', *Br J Nurs*, 30: 344-49.
- Green, H., R. Fernandez, and C. MacPhail. 2021. 'The social determinants of health and health outcomes among adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review', *Public Health Nurs*.
- Green, J., J. Petty, P. Bromley, K. Walker, and L. Jones. 2020. 'COVID-19 in babies: Knowledge for neonatal care', *J Neonatal Nurs*, 26: 239-46.
- Hardt DiCuccio, M., C. Reynolds, A. Snyder, and N. Cianci. 2020. 'COVID-19: The Nursing Administration Response', *Crit Care Nurs Q*, 43: 468-79.
- He, S., A. Hecimovic, V. Matijasevic, H. T. Mai, L. Heslop, J. Foster, K. E. Alexander, N. Pal, E. Alexandrou, P. M. Davidson, and S. A. Frost. 2021. 'Prevalence of SARS-CoV-2 antibodies among nurses: A systematic review and meta-analysis', *J Clin Nurs*.
- Hofmeyer, A., and R. Taylor. 2021. 'Strategies and resources for nurse leaders to use to lead with empathy and prudence so they understand and address sources of anxiety among nurses practising in the era of COVID-19', *J Clin Nurs*, 30: 298-305.
- Hugelius, K., N. Harada, and M. Marutani. 2021. 'Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review', *Int J Nurs Stud*, 121: 104000.
- Isac, C., H. R. Samson, and A. John. 2021. 'Prevention of VAP: Endless evolving evidences-systematic literature review', *Nurs Forum*, 56: 905-15.
- Janeway, D. 2020. 'The Role of Psychiatry in Treating Burnout Among Nurses During the Covid-19 Pandemic', *J Radiol Nurs*, 39: 176-78.
- John Leon Singh, H., D. Couch, and K. Yap. 2020. 'Mobile Health Apps That Help With COVID-19 Management: Scoping Review', *JMIR Nurs*, 3: e20596.
- Joo, J. Y., and M. F. Liu. 2021. 'Nurses' barriers to caring for patients with COVID-19: a qualitative systematic review', *Int Nurs Rev*, 68: 202-13.
- Kaye, R., M. Rosen-Zvi, and R. Ron. 2020. 'Digitally-Enabled Remote Care for Cancer Patients: Here to Stay', *Semin Oncol Nurs*, 36: 151091.
- Kean, S., E. Donaghy, A. Bancroft, G. Clegg, and S. Rodgers. 2021. 'Theorising survivorship after intensive care: A systematic review of patient and family experiences', *J Clin Nurs*, 30: 2584-610.
- Keller, K. G., C. Reangsing, and J. K. Schneider. 2020. 'Clinical presentation and outcomes of hospitalized adults with COVID-19: A systematic review', *J Adv Nurs*, 76: 3235-57.
- Khan, E. 2021. 'Heart failure and COVID-19: synergism of two inflammatory conditions?', *Br J Community Nurs*, 26: 18-25.

- Kiwanuka, F., N. Sak-Dankosky, Y. H. Alemayehu, R. C. Nanyonga, and T. Kvist. 2021. 'The evidence base of nurse-led family interventions for improving family outcomes in adult critical care settings: A mixed method systematic review', *Int J Nurs Stud*, 125: 104100.
- Labrague, L. J. 2021. 'Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of quantitative studies', *J Nurs Manag*, 29: 1893-905.
- Lewinski, A. A., S. Rushton, E. Van Voorhees, J. C. Boggan, J. D. Whited, J. P. Shoup, A. A. Tabriz, S. Adam, J. Fulton, A. M. Gordon, B. Ear, J. W. Williams, Jr., K. M. Goldstein, M. G. Van Noord, and J. M. Gierisch. 2021. 'Implementing remote triage in large health systems: A qualitative evidence synthesis', *Res Nurs Health*, 44: 138-54.
- MacIntyre, C. R., and A. A. Chughtai. 2020. 'A rapid systematic review of the efficacy of face masks and respirators against coronaviruses and other respiratory transmissible viruses for the community, healthcare workers and sick patients', *Int J Nurs Stud*, 108: 103629.
- Magnavita, Nicola, Enrico Di Stasio, Ilaria Capitanelli, Erika Alessandra Lops, Francesco Chirico, and Sergio Garbarino. 2019. 'Sleep problems and workplace violence: a systematic review and meta-analysis', *Frontiers in neuroscience*, 13: 997.
- Maples, L. S. 2020. 'A rapid review of quarantine and/or other public health measures to control COVID-19', *Int J Nurs Pract*, 26: e12903.
- McCarthy, B., M. O'Donovan, and A. Trace. 2021. 'A new therapeutic communication model "TAGEET" to help nurses engage therapeutically with patients suspected of or confirmed with COVID-19', *J Clin Nurs*, 30: 1184-91.
- Melby, L., K. Thaulow, E. Lassemo, and S.O. Ose. 2020. *Sykepleieres erfaringer med første fase av koronapandemien* (SINTEF Rapport: Trondheim).
- Montes, M. T., and N. Herranz-Rubia. 2020. 'Neonatal nursing in the COVID-19 pandemic: can we improve the future?', *J Neonatal Nurs*, 26: 247-51.
- Moore, K. S. 2021. 'The Impact of COVID-19 on the Latinx Population: A Scoping Literature Review', *Public Health Nurs*, 38: 789-800.
- Murphy, L., K. Markey, O' Donnell C, M. Moloney, and O. Doody. 2021. 'The impact of the COVID-19 pandemic and its related restrictions on people with pre-existent mental health conditions: A scoping review', *Arch Psychiatr Nurs*, 35: 375-94.
- Neubeck, L., T. Hansen, T. Jaarsma, L. Klompstra, and R. Gallagher. 2020. 'Delivering healthcare remotely to cardiovascular patients during COVID-19 : A rapid review of the evidence', *Eur J Cardiovasc Nurs*, 19: 486-94.
- Palumbo, Mary Val, Betty Rambur, Barbara McIntosh, and Shelly Naud. 2010. 'Registered nurses' perceptions of health and safety related to their intention to leave', *AAOHN Journal*, 58: 95-103.
- Paterson, C., R. Bacon, R. Dwyer, K. S. Morrison, K. Toohey, A. O'Dea, J. Slade, R. Mortazavi, C. Roberts, G. Pranavan, C. Cooney, I. Nahon, and S. C. Hayes. 2020. 'The Role of Telehealth During the COVID-19 Pandemic Across the Interdisciplinary Cancer Team: Implications for Practice', *Semin Oncol Nurs*, 36: 151090.
- Paterson, C., B. Gobel, T. Gosselin, P. J. Haylock, C. Papadopoulou, K. Slusser, A. Rodriguez, and E. Pituskin. 2020. 'Oncology Nursing During a Pandemic: Critical Reflections in the Context of COVID-19', *Semin Oncol Nurs*, 36: 151028.
- Perkins, R., E. Ingebretson, L. Holifield, and A. Bergeron. 2021. 'A Nurse's Guide to COVID-19', *Am J Nurs*, 121: 28-38.
- Preston, A. J., and L. Rew. 2021. 'Connectedness, Self-Esteem, and Prosocial Behaviors Protect Adolescent Mental Health Following Social Isolation: A Systematic Review', *Issues Ment Health Nurs*: 1-10.
- Rosa, W. E., and P. M. Davidson. 2020. 'Coronavirus disease 2019 (COVID-19): strengthening our resolve to achieve universal palliative care', *Int Nurs Rev*, 67: 160-63.

- Saragih, I. D., S. Advani, I. S. Saragih, I. Suarilah, I. Susanto, and C. J. Lin. 2021. 'Frailty as a mortality predictor in older adults with COVID-19: A systematic review and meta-analysis of cohort studies', *Geriatr Nurs*, 42: 983-92.
- Saragih, I. D., I. S. Saragih, S. O. Batubara, and C. J. Lin. 2021. 'Dementia as a mortality predictor among older adults with COVID-19: A systematic review and meta-analysis of observational study', *Geriatr Nurs*, 42: 1230-9.
- Saragih, I. D., S. I. Tonapa, I. S. Saragih, S. Advani, S. O. Batubara, I. Suarilah, and C. J. Lin. 2021. 'Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis', *Int J Nurs Stud*, 121: 104002.
- Snawerdt, J., L. Finoli, D. N. Bremmer, T. Cheema, and N. Bhanot. 2020. 'Therapeutic Options for the Treatment of Coronavirus Disease (COVID-19)', *Crit Care Nurs Q*, 43: 349-68.
- Taheri, L., S. F. Gheiasi, M. Taher, M. H. Basirinezhad, Z. A. Shaikh, and N. Dehghan Nayeri. 2021. 'Clinical Features of COVID-19 in Newborns, Infants, and Children: A Systematic Review and Meta-analysis', *Compr Child Adolesc Nurs*: 1-19.
- Unoki, T., H. Sakuramoto, R. Sato, A. Ouchi, T. Kuribara, T. Furumaya, J. Tatsuno, Y. Wakabayashi, A. Tado, N. Hashimoto, N. Inagaki, and Y. Sasaki. 2021. 'Adverse Effects of Personal Protective Equipment Among Intensive Care Unit Healthcare Professionals During the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review', *SAGE Open Nurs*, 7: 237796082111026164.
- Veer, M., A. M. Kumar, and V. Ivanova. 2020. 'COVID-19 and the Cardiovascular System', *Crit Care Nurs Q*, 43: 381-89.
- Vehof, Jelle, Diana Kozareva, Pirro G Hysi, and Christopher J Hammond. 2014. 'Prevalence and risk factors of dry eye disease in a British female cohort', *British Journal of Ophthalmology*, 98: 1712-17.
- Whear, R., R. A. Abbott, A. Bethel, D. A. Richards, R. Garside, E. Cockcroft, H. Iles-Smith, P. A. Logan, A. M. Rafferty, M. Shepherd, H. V. R. Sugg, A. M. Russell, S. Cruickshank, S. Tooze, G. J. Melendez-Torres, and J. Thompson Coon. 2021. 'Impact of COVID-19 and other infectious conditions requiring isolation on the provision of and adaptations to fundamental nursing care in hospital in terms of overall patient experience, care quality, functional ability, and treatment outcomes: systematic review', *J Adv Nurs*.
- Wright, L. S. 2020. 'Basic Immunology: An Overview', *Nephrol Nurs J*, 47: 299-304.
- Wu, X. V., Y. Dong, Y. Chi, M. Yu, and W. Wang. 2021. 'Traditional Chinese Medicine as a complementary therapy in combat with COVID-19-A review of evidence-based research and clinical practice', *J Adv Nurs*, 77: 1635-44.
- Xu, H., S. Stjernswärd, and S. Glasdam. 2021. 'Psychosocial experiences of frontline nurses working in hospital-based settings during the COVID-19 pandemic - A qualitative systematic review', *Int J Nurs Stud Adv*, 3: 100037.
- Yackzan, S., and S. M. Mahon. 2021. 'COVID-19 Pandemic 101: An Epidemiology and Public Health Primer for Oncology Nurses', *Clin J Oncol Nurs*, 25: 33-40.
- Yackzan, S., and M. Shah. 2021. 'Ambulatory Oncology: Infrastructure Development in Response to the COVID-19 Pandemic', *Clin J Oncol Nurs*, 25: 41-47.
- Yu, J. N., B. B. Wu, J. Yang, X. L. Lei, and W. Q. Shen. 2021. 'Cardio-Cerebrovascular Disease is Associated With Severity and Mortality of COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Biol Res Nurs*, 23: 258-69.
- Zang, S. M., I. Benjenk, S. Breakey, E. Pusey-Reid, and P. K. Nicholas. 2021. 'The intersection of climate change with the era of COVID-19', *Public Health Nurs*, 38: 321-35.
- Zanville, N. Z., B. Cohen, T. F. Gray, J. Phillips, L. Linder, A. Starkweather, K. A. Yeager, and M. E. Cooley. 2021. 'The Oncology Nursing Society Rapid Review and Research Priorities for Cancer Care in the Context of COVID-19', *Oncol Nurs Forum*, 48: 131-45.

Vedlegg, regresjonsresultater

Tabell V 1: Sannsynligheten for å svare på T2 gitt svar på T1.

. logit svt2 female i.agegroup personalleder ansatt_representant vurderte_slutteT1 , or

Iteration 0: log likelihood = -13460.395
 Iteration 1: log likelihood = -13284.065
 Iteration 2: log likelihood = -13283.356
 Iteration 3: log likelihood = -13283.355

Logistic regression	Number of obs	=	19,572
	LR chi2(10)	=	354.08
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -13283.355	Pseudo R2	=	0.0132

svt2	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
female	.8380578	.0420915	-3.52	0.000	.7594905	.9247528
agegroup						
25-29	1.16863	.0929335	1.96	0.050	.9999686	1.365738
30-39	1.429558	.1049076	4.87	0.000	1.238046	1.650696
40-49	1.884812	.1362679	8.77	0.000	1.635792	2.171742
50-59	1.984215	.143123	9.50	0.000	1.722625	2.285528
60-65	1.405761	.1112886	4.30	0.000	1.203719	1.641715
Over 66	.570775	.0769737	-4.16	0.000	.4382011	.743458
personalleder	1.112249	.0547412	2.16	0.031	1.009971	1.224885
ansatt_representant	1.144328	.0524274	2.94	0.003	1.046051	1.251839
vurderte_slutteT1	1.251978	.0701113	4.01	0.000	1.121835	1.397219
_cons	.5824101	.0472378	-6.66	0.000	.4968098	.6827594

Note: _cons estimates baseline odds.

Tabell V 2: Sannsynlighet for å ønske å slutte i jobben på T2 og HMS-indikatorer.

Logistic regression	Number of obs	=	7,665
	LR chi2(5)	=	138.30
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -1763.0681	Pseudo R2	=	0.0377

slutteT2	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
HMS_5					
1	.911396	.1090689	-0.78	0.438	.7208449 1.152318
2	.620022	.087903	-3.37	0.001	.4696009 .8186256
3	.4495789	.0770859	-4.66	0.000	.3212601 .6291512
4	.2575935	.0544436	-6.42	0.000	.1702274 .3897987
5	.1948204	.0392655	-8.12	0.000	.1312434 .2891955
_cons	.1135605	.0091909	-26.88	0.000	.0969027 .1330817

Logistic regression	Number of obs	=	7,653
	LR chi2(3)	=	184.65
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -1741.7649	Pseudo R2	=	0.0503

slutteT2	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
HMSgjnsnitt					
2	.430119	.0453245	-8.01	0.000	.349858 .5287927
3	.2017227	.0276285	-11.69	0.000	.154231 .2638382
4	.1715526	.0464878	-6.51	0.000	.1008641 .2917817
_cons	.1531292	.0108426	-26.50	0.000	.1332868 .1759255

Tabell V 3: Sannsynlighet for å ønske å slutte i jobben på T2, forklart med kjønn, alder og HMS-indikatorer.

Logistic regression	Number of obs	=	6,701
	LR chi2(15)	=	381.13
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -1435.5408	Pseudo R2	=	0.1172

slutteT2	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
gender	.4731559	.0672823	-5.26	0.000	.358067	.6252365
agegroup						
25-29	1.540918	.326371	2.04	0.041	1.017402	2.333816
30-39	1.082736	.2214534	0.39	0.698	.7251456	1.616664
40-49	.5057596	.109191	-3.16	0.002	.3312637	.7721725
50-59	.2550564	.0615268	-5.66	0.000	.1589654	.4092323
60-65	.2603887	.0818803	-4.28	0.000	.1405912	.4822652
Over 66	.200865	.206354	-1.56	0.118	.026819	1.504411
HMS_5						
1	1.049634	.1388765	0.37	0.714	.8098714	1.360379
2	.8807496	.1340117	-0.83	0.404	.653637	1.186775
3	.6374406	.1224693	-2.34	0.019	.4374226	.9289197
4	.4952515	.1183068	-2.94	0.003	.3100908	.7909751
5	.4330883	.1003332	-3.61	0.000	.2750296	.681983
HMSgjsnitt						
2	.5351568	.0621473	-5.38	0.000	.426218	.6719397
3	.3257818	.050063	-7.30	0.000	.2410584	.4402824
4	.3656455	.1107571	-3.32	0.001	.2019409	.6620583
_cons	.4417825	.1076702	-3.35	0.001	.2740032	.7122976

Tabell V 4: OLS-regresjon med akkumulert belastning som avhengig variabel forklart HMS-indikatorer.

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	7,741
Model	1374302.38	5	274860.476	F(5, 7735)	=	27.32
Residual	77812979.5	7,735	10059.8551	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.0174
				Adj R-squared	=	0.0167
Total	79187281.9	7,740	10230.915	Root MSE	=	100.3

akkbel	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
_IHMS_5_1	-11.53072	3.539333	-3.26	0.001	-18.46877	-4.592672
_IHMS_5_2	-17.12611	3.775753	-4.54	0.000	-24.52761	-9.72461
_IHMS_5_3	-24.15836	4.060786	-5.95	0.000	-32.1186	-16.19812
_IHMS_5_4	-30.79409	4.059429	-7.59	0.000	-38.75167	-22.83651
_IHMS_5_5	-38.23897	3.626568	-10.54	0.000	-45.34803	-31.12992
_cons	97.92066	2.440513	40.12	0.000	93.1366	102.7047

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	7,731
Model	5023834.23	3	1674611.41	F(3, 7727)	=	174.78
Residual	74035095	7,727	9581.35046	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.0635
				Adj R-squared	=	0.0632
Total	79058929.2	7,730	10227.5458	Root MSE	=	97.884

akkbel	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
_IHMSgjsnit_2	-42.84334	2.966129	-14.44	0.000	-48.65776	-37.02892
_IHMSgjsnit_3	-65.46409	3.042002	-21.52	0.000	-71.42724	-59.50095
_IHMSgjsnit_4	-72.13951	4.651328	-15.51	0.000	-81.25738	-63.02165
_cons	121.9317	2.334554	52.23	0.000	117.3554	126.5081

Tabell V 5: OLS-regresjon med akkumulert belastning som avhengig variabel, med kjønn og alder og HMS-indikatorer.

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	6,761
Model	6139009.86	15	409267.324	F(15, 6745)	=	44.61
Residual	61878469.9	6,745	9173.97627	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.0903
				Adj R-squared	=	0.0882
Total	68017479.8	6,760	10061.7574	Root MSE	=	95.781

akkbel	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
gender	3.070745	3.930084	0.78	0.435	-4.63346	10.77495
_Iagegroup_2	13.58078	6.174636	2.20	0.028	1.476542	25.68502
_Iagegroup_3	-.0758368	5.698134	-0.01	0.989	-11.24598	11.09431
_Iagegroup_4	-17.99773	5.581174	-3.22	0.001	-28.93859	-7.056868
_Iagegroup_5	-23.13366	5.55217	-4.17	0.000	-34.01767	-12.24966
_Iagegroup_6	-32.92234	6.247042	-5.27	0.000	-45.16852	-20.67617
_Iagegroup_7	-49.30734	12.39616	-3.98	0.000	-73.60774	-25.00695
_IHMS_5_1	-5.327939	3.598765	-1.48	0.139	-12.38266	1.726777
_IHMS_5_2	-5.896683	3.854788	-1.53	0.126	-13.45328	1.659918
_IHMS_5_3	-8.255496	4.194299	-1.97	0.049	-16.47765	-.0333457
_IHMS_5_4	-5.691155	4.389242	-1.30	0.195	-14.29545	2.913145
_IHMS_5_5	-11.01552	4.129275	-2.67	0.008	-19.1102	-2.920835
_IHMSgjsnit_2	-40.63127	3.130552	-12.98	0.000	-46.76815	-34.4944
_IHMSgjsnit_3	-59.10029	3.40125	-17.38	0.000	-65.76781	-52.43276
_IHMSgjsnit_4	-61.6357	5.373391	-11.47	0.000	-72.16925	-51.10216
_cons	132.1437	6.845786	19.30	0.000	118.7238	145.5636

Tabell V 6: Sannsynlighet for å vurdere å slutte i jobben forklart med akkumulert belastning, kjønn, alder og HMS-indikatorer.

Logistic regression Number of obs = 6,646
 LR chi2(44) = 499.32
 Prob > chi2 = 0.0000
 Log likelihood = -1367.3928 Pseudo R2 = 0.1544

slutteT2	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
gender	.4755935	.0697891	-5.06	0.000	.3567219 .6340771
agegroup					
25-29	1.438379	.3113631	1.68	0.093	.9410554 2.198524
30-39	1.065356	.2224537	0.30	0.762	.7075515 1.6041
40-49	.5377254	.1183247	-2.82	0.005	.3493465 .8276843
50-59	.282614	.0694263	-5.14	0.000	.1746182 .4574017
60-65	.2819686	.0918632	-3.89	0.000	.148897 .5339684
Over 66	.2696387	.2782977	-1.27	0.204	.0356653 2.038538
akkbelgroup					
-100-	3.654132	2.87965	1.64	0.100	.7798158 17.12286
-80-	2.934598	1.563719	2.02	0.043	1.032715 8.33905
-60-	1.612165	.7707569	1.00	0.318	.6316264 4.114895
-40-	2.176636	.8178076	2.07	0.038	1.042249 4.545692
-20-	1.123599	.3543461	0.37	0.712	.6055784 2.084742
1-	1.270079	.3706247	0.82	0.413	.7168687 2.250204
20-	.8548839	.2977513	-0.45	0.653	.4319549 1.691905
40-	.7190136	.2635916	-0.90	0.368	.3504977 1.47499
60-	1.558189	.4706823	1.47	0.142	.8619812 2.816714
80-	1.441668	.450314	1.17	0.242	.7816045 2.659153
100-	1.392537	.4529657	1.02	0.309	.7360833 2.634428
120-	2.457968	.7252727	3.05	0.002	1.378517 4.382685
140-	3.089329	.884548	3.94	0.000	1.762564 5.414811
160-	2.907415	.8717377	3.56	0.000	1.615433 5.232689
180-	1.925549	.647374	1.95	0.051	.9962734 3.721607
200-	3.079935	.9870098	3.51	0.000	1.64347 5.771935
220-	3.127921	1.028576	3.47	0.001	1.641909 5.95885
240-	3.019505	1.111016	3.00	0.003	1.468045 6.210581
260-	3.215052	1.224907	3.07	0.002	1.523659 6.784039
280-	3.829846	1.415249	3.63	0.000	1.856247 7.901819
300-	6.43792	2.480544	4.83	0.000	3.025351 13.69983
320-	6.958406	3.072321	4.39	0.000	2.928746 16.53247
340-	1.814321	1.197599	0.90	0.367	.4975673 6.615709
360-	2.935698	2.028915	1.56	0.119	.7575834 11.37607
380-	9.251675	4.813668	4.28	0.000	3.336862 25.65089
400-	3.162187	2.692036	1.35	0.176	.5961313 16.77387
420-	1.800598	1.941437	0.55	0.585	.2175886 14.90039
460-	11.92998	11.82158	2.50	0.012	1.710694 83.19689
480-	8.728107	4.907492	3.85	0.000	2.899485 26.27358
HMS_5					
1	1.055807	.1438665	0.40	0.690	.8083477 1.379022
2	.9002369	.140484	-0.67	0.501	.6630174 1.222331
3	.6556456	.1284339	-2.15	0.031	.4466096 .9625213
4	.4917703	.1209535	-2.89	0.004	.3036721 .796379
5	.4427723	.1039198	-3.47	0.001	.2795125 .70139
HMSgjsnitt					
2	.6671587	.0808594	-3.34	0.001	.5260945 .846047
3	.4332537	.069583	-5.21	0.000	.3162529 .5935401
4	.5099919	.1580854	-2.17	0.030	.2777864 .9363013
_cons	.1999962	.0654591	-4.92	0.000	.1052985 .3798581

