

Torben Pilegaard Jensen, Christina Holm-Petersen og
Britt Østergaard Larsen

Sygeplejerskernes veje på arbejdsmarkedet



Publikationen *Sygeplejerskernes veje på arbejdsmarkedet* kan downloades fra www.akf.dk og fra www.dsi.dk.

AKF, Anvendt KommunalForskning
Nyropsgade 37
1602 København V
www.akf.dk

DSI, Dansk Sundhedsinstitut
Dampfærgevej 27-29
2100 København Ø
www.dsi.dk

© 2009, AKF, DSI og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til AKF.

© Omslag: Phonowerk, Lars Degnbøl

Udgivet af: AKF
ISBN (trykt version): 978-87-7509-900-9 (AKF)
ISBN (elektronisk version): 978-87-7509-899-6 (AKF)
ISBN (trykt version) 978-87-7488-620-4 (DSI)
ISBN (elektronisk version) 978-87-7488-621-1 (DSI)
I:\08 sekretariat\forlaget\tpj\sygeplejerskernes
veje\rapport_2827.docx
Maj 2009

AKF, Anvendt KommunalForskning

AKF's formål er at levere ny viden om væsentlige samfundsforhold. Hovedvægten ligger på forskning i velfærds- og myndighedsopgaver i kommuner og regioner. Det overordnede mål er at kvalificere beslutninger og praksis i det offentlige.

Torben Pilegaard Jensen, Christina Holm-Petersen og
Britt Østergaard Larsen

Sygeplejerskernes veje på arbejdsmarkedet

En kvantitativ og kvalitativ undersøgelse af syge-
plejerskernes arbejdsmarked og fastholdelse

Forord

Det danske arbejdsmarked er fortsat præget af mangel på uddannet arbejdskraft på en række områder. Det gælder i høj grad inden for mange arbejdsfunktioner på den offentlige sektors arbejdsmarked. Helt centralt står manglen på sygeplejersker. En mangel som må forventes at gøre sig gældende også fremover, hvor en aldrende befolkning vil øge behovet for den sygeplejefaglige indsats. Også nye behandlingsmuligheder trækker i samme retning. At sikre et tilstrækkeligt udbud af sygeplejefagligt personale med god kvalitet er således en stor udfordring. Men også spørgsmålet om, hvilke indsatser der kan medvirke til at fastholde sygeplejerskerne i de job og arbejdsfunktioner, som deres uddannelse retter sig mod, er ikke mindst lige så vigtigt. Af samme grund har AKF, i samarbejde med Dansk Sundhedsinstitut, gennemført denne undersøgelse af sygeplejerskernes arbejdsmarked.

Fra DSI har projektleder Christina Holm-Petersen medvirket, og fra AKF er det forskningsassistent Britt Larsen og forskningsleder Torben Pilegaard Jensen, som har været projektansvarlig. AKF har stået for de kvantitative undersøgelsesdele, mens DSI har gennemført den kvalitative del af undersøgelsen.

DSI ønsker i den forbindelse at takke alle, der har medvirket i interview, samt alle, der har været behjælpelige med at formidle kontakt i forbindelse med interview.

Det er vort håb, at undersøgelsen kan bidrage til at kvalificere overvejelserne om, hvordan manglen på sygeplejersker kan mindskes.

Maj 2009



Torben Pilegaard Jensen, forskningsleder AKF



Henrik Hauschildt Juhl, vicedirektør DSI

Indhold

1	Sammenfatning af undersøgelsens resultater.....	11
2	Undersøgelsens baggrund, problemstillinger og tilrettelæggelse	24
2.1	Undersøgelsens baggrund	24
2.2	Undersøgelsens problemstillinger.....	25
2.3	Undersøgelsens fokusområder	28
2.3.1	I hvilke erhverv og stillinger er sygeplejerskerne beskæftiget?.....	29
2.3.2	Hvor mobile er sygeplejersker?	30
2.3.3	Arbejdsmarkedstilknytning	30
2.3.4	Arbejdsmiljø og arbejdsorganisering	30
2.4	Undersøgelsens tilrettelæggelse	32
2.4.1	Hvilke sygeplejersker omfatter undersøgelsen?	32
2.4.2	Datagrundlag for den kvantitative del af undersøgelsen.....	34
2.5	Interviewundersøgelse	34
2.6	Rapportens opbygning	35
DEL 1	Den kvantitative undersøgelse af sygeplejerskernes veje på arbejdsmarkedet	36
3	De beskæftigede sygeplejersker – hvad karakteriserer dem?.....	37
3.1	Sygeplejerskernes beskæftigelsesområder	40
3.2	Ansættelsesforhold	46
3.3	Efter- og videreuddannelse for sygeplejerskerne	49
4	De nyuddannede sygeplejerskers vej ind på arbejdsmarkedet.....	52
4.1	De nyuddannede og deres ansættelsessteder	52
4.2	De nyuddannedes geografiske mobilitet.....	58

5	Hvor mange sygeplejerskeuddannede skifter job mellem den offentlige og private sektor?.....	63
5.1	Omfanget af skift	63
5.2	Skift fra offentlig til privat ansættelse	67
5.3	Skift fra privat til offentlig ansættelse	71
5.4	Strømmene mellem offentlig og privat ansættelse	74
6	Hvem er det, der skifter mellem job i den offentlige og den private sektor?	78
6.1	Metoden i analyserne	78
6.2	Skift fra offentlig til privat ansættelse	80
6.2.1	Årlig bruttoløn før og efter skift fra offentlig til privat ansættelse	85
6.3	Skift fra privat til offentlig ansættelse	95
6.3.1	Årlig bruttoløn før og efter skift fra privat til offentlig ansættelse	99
7	Sygeplejerskernes tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet.....	102
7.1	Overgangen til efterløn.....	109
DEL 2	Resultater fra den kvalitative undersøgelse	119
8	Indledning og baggrund	120
9	Undersøgelsesmetode	122
9.1	Interview	122
9.1.1	Udvælgelse af interviewpersoner	123
9.1.2	Aldersfordeling, civilstand og køn.....	125
9.1.3	Sektorer	126
9.1.4	Geografisk fordeling og mobilitet.....	127
9.1.5	Specialer og stillinger	127
9.1.6	Analyse af data	128
9.2	Litteratur	129

10	Sygeplejerskernes fortællinger om skift	131
10.1	Antal skift og mønstre	131
10.1.1	Skift som led i udvikling.....	132
10.1.2	Netværk og identitet.....	134
10.2	Skift mellem sektorer	135
10.2.1	Sygeplejersker der skifter til vikarbureauer	135
10.2.2	Vikar som bijob	136
10.2.3	Sygeplejersker, der skifter til medicinalbranchen	139
10.2.4	Sygeplejersker der skifter til privathospitaler	140
10.2.5	Bijob på privathospital	143
10.2.6	Sygeplejersker, der vender tilbage til det offentlige	144
10.3	Betydning af løn	146
10.4	Opsamling: Fortællinger om skift	149
11	Betydning af arbejdsforhold	151
11.1	En fortælling om demotivation og forfald	151
11.2	Arbejdspres	154
11.2.1	Medicinske afdelinger	156
11.2.2	Kirurgiske afdelinger og specialafdelinger	158
11.2.3	Indrettet på de unge	160
11.2.4	Dårligere patienter	161
11.2.5	Det man er med til at byde patienterne.....	163
11.2.6	Deskilling og kvalitet i plejen	165
11.2.7	Når man ikke kan stå inde for det længere.....	170
11.3	Bureaukrati og arbejdstilrettelæggelse.....	171
11.3.1	Store og små enheder	174
11.3.2	Arbejdsdeling og faggrænser	176
11.3.3	Øget dokumentation.....	179
11.4	Arbejdstider.....	180
11.4.1	Vagtarbejde	182
11.4.2	Fuldtid/deltid.....	185
11.5	Opsamling: Arbejdsvilkår.....	186
12	Betydning af ledelse	188

12.1	Manglende værdsættelse og anerkendelse	190
12.1.1	Manglende krav og forventninger til medarbejderne	194
12.2	Brokkultur og manglende konfliktløsning.....	197
12.3	Den usynlige ledelse	200
12.4	Den autoritære ledelse	201
12.4.1	Den forskelsbehandlende ledelse	202
12.5	Den gode ledelse.....	203
12.6	Opsamling: Ledelse	205
13	Betydning af udviklingsmuligheder	207
13.1	Oplevelsen af manglende udviklingsmuligheder.....	208
13.1.1	Kurser.....	211
13.1.2	Når man har været af sted	213
13.1.3	Supervision.....	214
13.2	Bruger skift til faglig udvikling.....	215
13.3	Opsamling: Faglige udviklingsmuligheder	218
14	Flugt og faglig stolthed	219
14.1	Flugten fra arbejdsvilkårene	219
14.1.1	Fri for det organisatoriske bøvlsom vikar	219
14.1.2	Den mere positive ånd på privathospitalerne	222
14.1.3	Medicinalbranchen som middel til at hjælpe	226
14.2	Faglig respekt	228
14.3	Opsamling: Flugt og faglig stolthed	230
15	Referenceliste	232
	English Summary	241
	Bilagstabeller	243
	Bilag 1: Bilagstabeller til kapitel 3.....	244
	Bilag 2: Bilagstabeller til kapitel 5	246
	Bilag 3: Bilagstabeller til kapitel 6	253
	Bilag 4: Bilagstabeller til kapitel 7	259

Bilag 5: Interviewguide – Interview med sygeplejersker i offentlig ansættelse (og med privat bijob).....	261
Bilag 6: Interviewguide – Interview med sygeplejersker i det private	264

1 Sammenfatning af undersøgelses resultater

Om undersøgelsen, baggrund og tilrettelæggelse

Der er i dag mangel på mange grupper af uddannet arbejdskraft på det offentlige arbejdsmarked. I social- og sundhedssektoren er der mange ubesatte stillinger, og problemet forventes at blive større fremover. Manglen på sygeplejersker har gjort sig gældende i en årrække. Formålet med denne undersøgelse har været at tilvejebringe viden om omfanget og karakteren af sygeplejerskernes mobilitet og deres motiver for at skifte arbejde med fokus på deres veje til og fra job i den offentlige og til job den private sektors forskellige beskæftigelsesområder.

Undersøgelsen bygger på en omfattende registerbaseret analyse af sygeplejerskernes mobilitet. Denne danner afsæt for den kvalitative analyse, som består af interview med personer, fra de mest mobile grupper af sygeplejersker.

De beskæftigede sygeplejersker

Gennem de sidste 15 år er antallet af beskæftigede sygeplejersker langsomt steget støt. I 1990 var der knap 46.000 beskæftigede sygeplejersker, og dette antal stiger til et niveau på godt 50.000 i slutningen af 1990'erne og videre i de seneste år til omkring 55.000 beskæftigede i 2006, svarende til en stigning på 3,4 procent siden 1990.

Hovedparten af de beskæftigede sygeplejersker er ansat inden for den offentlige sektor og hele 90 procent er her ansat i, hvad vi i undersøgelsen har defineret som kernefunktioner inden for sundhedsområdet (på hospitaler, ved plejehjem eller med sundhedspleje). I modsætning hertil arbejder en tredjedel af de ansatte i den private sektor i brancher, der ikke umiddelbart er relateret til sygepleje. Over de sidste 15 år er andelen af beskæftigede sygeplejersker ansat i den private sektor vokset. I 1990 havde 8,3 procent af de beskæftigede sygeplejersker en privat ansættelse, mens

tallet i 2000 er 9,9 procent, og i 2006 er det oppe på 13,2 procent, svarende til 7.310 ud af 55.340.

I den offentlige sektor er der kun sket små relative forskudninger mellem de forskellige beskæftigelsesområder over de sidste 13 år frem til 2006, og det overordnede billede er således, at sygeplejerskerne i den offentlige sektor er ansat på de samme beskæftigelsesområder som tilbage i 1993. Dog ses et relativt fald i beskæftigelsen inden for hjemme- og sundhedsplejen og en stigning på hospitalerne. Til gengæld er der i den private sektor sket en relativ stor stigning i sygeplejerskernes beskæftigelse i vikarbureauerne, og en mindre stigning i ansatte i "Lægekonsultationer og ambulatorier" samt inden for "Andre sygeplejerelevante brancher". Her skyldes stigningen i ansættelser inden for andre sygeplejerelevante beskæftigelsesområder især, at antallet af ansatte i stillinger inden for engroshandel med medicinalvarer, sygeplejeartikler og læge- og hospitalsartikler er tredoblet i perioden fra 233 personer i 1993 til 678 i 2006. Den relative andel af beskæftigede på privathospitaler er derimod ikke steget, men det absolutte antal er. I 2006 var 443 sygeplejersker ud af godt 55.000 beskæftigede sygeplejersker ansat på et privathospital.

De nyuddannede sygeplejersker

I de sidste 15 år har antallet af nyuddannede sygeplejersker svinget mellem 1.700-1.990 om året. Sammenlignet med tidligere er de sygeplejestuderende i dag væsentlig ældre, når de påbegynder deres uddannelse, og dermed ældre, når de træder ud på arbejdsmarkedet. I 1971 var gennemsnitsalderen 23,1 år for nyuddannede sygeplejersker, i 2005 lå den på 28,6 år. Denne udvikling betyder, at sygeplejerskerne i dag er færre år på arbejdsmarkedet.

Langt hovedparten (mellem 85 og 99 procent) af de nyuddannede sygeplejersker har deres første ansættelse i det offentlige hospitalsvæsen. Der er kun ganske få af de nye sygeplejersker, som søger direkte til en stilling i den private sektor, fra under 1 til 4 procent i 2003 som det højeste. Over hele perioden er der tale om relativt små bevægelser i de nyuddannedes beskæftigelsesom-

råder. En offentlig hospitalsansættelse for de nyuddannede er således det typiske både i dag og tidligere.

Omkring halvdelen af de nyuddannede sygeplejersker (fra 2001, 2002 og 2003) var bosat i de fire amter med de største danske byer (Københavns Kommune/Københavns Amt, Århus Amt, Fyns Amt og Nordjyllands Amt) i det sidste år af deres uddannelse, mens den resterende del er spredt ud over hele landet. I langt de fleste amter er over 80 procent af de nyuddannede sygeplejersker stadig bosat i samme amt 2-4 år efter, de har færdiggjort deres uddannelse. De nyuddannede sygeplejersker får således i høj grad deres første job i den region, hvor uddannelsen er afsluttet. Og der ses ingen tendens til, at sygeplejerskerne uddanner sig i bestemte regioner og derefter flytter til eksempelvis de større byer og søger arbejde, hvilket den kvalitative undersøgelsesdel understøtter, jf. nedenfor.

Mobilitet mellem den offentlige og private sektor

Fra omkring 1992 og over en tiårsperiode frem til 2002 var der mellem 600-800 sygeplejerskeuddannede, der årligt skiftede fra offentlig til privat ansættelse. Fra 2002 ses en stigning frem til 2005, og fra 2005 til 2006 skifter godt 1.300 sygeplejersker fra offentlig til privat. Udviklingen i antallet af sygeplejersker, der skifter (tilbage) fra privat til offentlig ansættelse følger i en vis udstrækning samme tendenser, men på et lavere niveau. Mens 1.300 sygeplejersker skiftede fra offentlig til privat i 2005-2006, var der knap 560 sygeplejersker, som skiftede fra privat til offentlig ansættelse. Der er således tale om en betydelig mobilitet mellem privat og offentlig ansættelse og ikke kun om en mobilitet fra den offentlige sektor til den private. Den højere mobilitet bort fra offentlig til privat ansættelse end den modsatte vej modsvarer en vækst i den private beskæftigelse af sygeplejersker. Nettotilgangen fra offentlig til privat ansættelse var på 1.322 personer i perioden 2003 til 2006, hvor der ses en betydelig stigning i nettotilgangen fra 2005 til 2006 sammenlignet med de tidligere år. Om denne stigning er udtryk for særlige forhold i et enkelt år, eller om nettoaf-

vandringen vil fortsætte på et højere niveau end tidlige, er ikke til at sige inden for rammerne af denne analyse.

Relativt er mobiliteten fra den offentlige sektor til den private langt mindre, end den vi ser fra den private til den offentlige. I 2006 skiftede 2,7 procent af de offentligt ansatte sygeplejersker til en privat ansættelse, mens hele 4,5 procent af samtlige offentligt ansatte valgte at skifte til en privat ansættelse. 7,6 procent af de privat ansatte sygeplejersker skifter tilbage til offentlig ansættelse. Nettoafvandringen fra den offentlige sektor er størst inden for hospitalssektoren. Knap en tredjedel af dem, der søger tilbage til en offentlig hovedbeskæftigelse, har et bijob i den private sektor, som de således ikke slipper helt.

Når forholdsvis mange privat ansatte sygeplejersker vender tilbage til offentlig ansættelse, skyldes det formodentlig, at de ikke fik indfriet deres forventninger til den private ansættelse, eller de finder, at det er en spændende udfordring at skifte job på et arbejdsmarked, hvor mulighederne er store, både nu og fremover.

De sygeplejersker, der er mest tilbøjelige til at skifte fra offentlig til privat ansættelse, er i alderen 30-44 år, når der er taget højde for en lang række andre faktorer. Samtidig har sygeplejersker, der har gennemgået et længerevarende sygdomsforløb, tre gange større sandsynlighed for at forlade jobbet sammenlignet de kolleger, der ikke har været sygemeldt i det foregående år. Et bijob i det private firedobler sygeplejerskernes sandsynlighed for at forlade den offentlige ansættelse, og op mod 27 procent af dem, der skifter, har et privat bijob. Slutteligt er det sygeplejerskerne i de mellemste løngrupper, der er mindst tilbøjelige til at skifte.

Ser vi på, hvad der karakteriserer de sygeplejersker, der er mest tilbøjelige til at skifte fra privat til offentlig ansættelse, kan fremhæves: Sygeplejersker under 35 år skifter oftere fra privat til offentlig ansættelse, mens sygeplejersker over 60 år har den mindste sandsynlighed for at skifte. Det er i høj grad sygeplejersker ansat i vikarbureauer, "andre sygeplejerelevante brancher" og "øvrige private beskæftigelsesområder", der skifter til et job i det offentlige. Endelig gælder, at privat ansatte sygeplejersker med et

bijob i den offentlige sektor er mere tilbøjelige til at skifte. Op mod 24 procent af de mobile sygeplejersker har et offentligt bijob.

Analyserne viser i øvrigt, at mange andre faktorer end dem, det er muligt at inddrage gennem registeroplysninger, har betydning for sygeplejerskernes mobilitet.

Spørgsmålet om løn har stået centralt i debatten om, hvorfor offentligt ansatte sygeplejersker skifter mellem den offentlige og private sektor. Her er sammenlignet årlige bruttolønninger under ansættelse i den offentlige eller private sektor og årlige bruttolønninger et år efter skiftet til det private eller det offentlige. Ved både skift fra det offentlige til det private og den modsatte vej sker der samlet set ikke nogen nævneværdig ændring i den årlige lønindkomst. Der er forskelle i de enkelte sygeplejerskers lønninger ved skiftene mellem sektorer, men det er såvel i opadgående som i nedadgående retning. Disse resultater peger på, at der er mange forskellige motiver for at skifte job fra offentlig til privat ansættelse, og den *årlige* lønindtægt er således langt fra det eneste motiv for at vælge et andet job.

Der er samtidig set på sygeplejerskernes timeløn ved skiftet fra offentlig til privat ansættelse for de desværre kun omkring 500 sygeplejersker, som er omfattet af lønstatistikken. Her er timelønnen for de mobile sygeplejersker øget med i gennemsnit 24 procent ved et jobskifte til den private sektor. Det er *ikke* muligt med sikkerhed at konkludere, at samme tendens gælder for hele gruppen af sygeplejersker, som skifter mellem de to sektorer. Men analyserne peger på, at en højere timeløn kan være et af motiverne for, at sygeplejerskerne skifter til eksempelvis vikarbureauerne, da de således vil kunne arbejde færre timer og bibeholde samme årlige lønindtægt.

Tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet

De seneste tal for sygeplejerskernes tilbagetrækning viser, at mellem 800-1.130 med en sygeplejerskeuddannelse forlader arbejdsmarkedet hvert år, hvilket svarer til omkring 2 procent af de beskæftigede sygeplejersker. Efterløns- og pensionsreformen i 1999

har ikke ændret mønster for tilbagetrækning hos gruppen af sygeplejeuddannede, idet efterlønnen stadig er den tilbagetrækningsform langt de fleste sygeplejersker forlader arbejdsmarkedet ved. I 2006 gik hele 66 procent af de, der forlod arbejdsmarkedet i dette år, på efterløn og kun 18 procent på pension.

Ud af dem, som forlader arbejdsmarkedet via efterlønsordningen, går omkring 30-40 procent ved minimumsalderen som 60-årig. Der er dog en tendens til, at aldersfordelingen ændrer sig i starten af det nye årtusinde som et kortsigtet resultat af efterlønsreformen, hvor en del sygeplejersker udskyder overgangen til efterløn, til de bliver 62 år, og andelen af sygeplejersker, der går på efterløn som 62-årige, er således steget fra 2001 til 2006. Samtidig er andelen af 60-årige sygeplejersker, der går på efterløn, faldet fra omkring 25 procent frem til 1999 til omkring 18 procent i de seneste år. Dette har dog overordnet set ikke ændret ved gennemsnitsalderen for de sygeplejersker, der går på efterløn, som i 2006 er 61,5 år, hvilket er det samme som 13 år tidligere. Til gengæld er gennemsnitsalderen for de sygeplejersker, der går på folkepension, faldet for de årgange, der er omfattet af den nye reform, og har mulighed for allerede at gå på pension som 65-årig. Frem til 2004 lå den gennemsnitlige pensionsalder omkring 68,5 år, mens den i 2004 er 68 år og i 2006 er faldet til 67,6 år.

Analysen, hvor der tages højde for flere faktorer på samme tid, viser, at det i højere grad er sygeplejersker i de mellemste løngrupper (150.000-249.999 kr. årlig lønindkomst), der går på efterløn. Samtidig er der en generel tendens til, at sygeplejersker ansat i den private sektor bliver længere på arbejdsmarkedet. Endelig peger resultaterne på, at sygeplejersker, der allerede er på vej væk fra arbejdsmarkedet enten på grund af fysisk/psykisk nedslidning eller arbejdsløshed i højere udstrækning går på efterløn allerede som 60-årige. Analyserne viser også, at en række andre forhold end dem, det er muligt at inddrage i registerbaserede analyser, har betydning for sygeplejerskernes tilbagetrækning.

Fra den kvantitative til den kvalitative analyse

På baggrund af den kvalitative undersøgelse, hvor interviewpersoner er udvalgt ud fra den registerbaserede analyse, skal vi nu se på, med hvilke motiver de mobile har valgt at skifte job. I det følgende fremlægges resultaterne af DSI's kvalitative del af undersøgelsen, som primært bygger på interview med erfarne sygeplejersker, der har valgt at forlade den offentlige sektor eller har bijob i det private.

Der er interviewet 20 erfarne sygeplejersker (19 kvinder, 1 mand) mellem 28-58 år (med og uden børn). 17 af disse har på et tidspunkt foretaget skift fra offentlig til privat. Tre er blevet i det offentlige. Tre har skiftet fra privat til offentligt sundhedsvæsen. Ni har på et tidspunkt bijob i det private.

Materialet har ikke en kvantitet, der gør det meningsfuldt at tale om generaliserbarhed. I analysen af data har målet været at søge efter typiske og afvigende mønstre i de interviewede sygeplejerskers perspektiver. Da vi planlagde undersøgelsen, var vi således spændte på, i hvor vid udstrækning der ville være mønstre i sygeplejerskernes fortællinger. Det viste sig, at der var en række mønstre i sygeplejerskernes fortællinger om årsager til at vælge stillinger fra og til. Det må således formodes, at de identificerede forklaringer rækker bredere ud end til de 20 interviewede sygeplejersker. Antallet af gennemførte interview er dog for lille til, at det kan udelukkes, at der også kan være andre begrundelser end de i undersøgelsen (og litteraturen) identificerede for at skifte fra offentligt til privat sundhedsvæsen – og fra privat til offentligt sundhedsvæsen.

Fortællinger om skift

Begrundelserne for at skifte fra den offentlige til den private sektor varierer, alt efter om det er henholdsvis privathospitaler, vikarbureauer eller medicinalbranchen, der tiltrækker.

Medicinalbranchen trækker således ifølge de interviewede sygeplejersker med faglig udvikling, selvstændig arbejdstilrettelæggelse og dagarbejde. Vikarbureauerne trækker med frihed fra or-

ganisatorisk bøv!l, frihed til at vælge, hvornår man vil arbejde, og højere timeløn. Dem, der vælger vikarbureau som bijob, tiltrækkes også af nysgerrighed i forhold til at arbejde på forskellige afdelinger. Privathospitalerne trækker med mere anerkendelse, en bedre stemning, mere overskuelige organisatoriske rammer, bedre fysiske rammer, bedre arbejdstider, frynsegoder og en højere løn. Flere privathospitaler ansætter hovedsagelig intensivsygeplejersker, anæstesisygeplejersker og operationssygeplejersker.

De interviewede sygeplejersker peger på, at løn i fremtiden sandsynligvis vil få en højere betydning for sygeplejerskers valg, men at der for dem er vigtigere forhold end løn – som eksempelvis arbejdsforhold. Sygeplejerskerne, der arbejder eller har arbejdet i det private, tillægger generelt løn en højere betydning.

De sygeplejersker, der skifter tilbage til det offentlige, skiftede blandt andet tilbage, fordi de ikke oplevede, at arbejdsforholdene var bedre i det private. Sygeplejerskerne, der skifter fra privathospitalerne, skiftede, fordi de manglede fagligt udfordrende arbejdsopgaver, og de sygeplejersker, der skifter fra vikarbureauerne, skiftede, fordi de savnede at føle sig forpligtet og som en del af en afdeling. Samtlige sygeplejersker i den kvalitative undersøgelsesdel, der var skiftet tilbage til det offentlige, havde dog valgt at bijobbe i det private ved siden af. Dels for at få et lønløft, dels som pause fra dagligdagen i det offentlige.

Jobskifte har derudover en tendens til at smitte de sygeplejersker, der er en del af det faglige netværk eksempelvis på hospitalsafdelingen eller i sygeplejerskeomgangskredsen. Når sygeplejersker på en afdeling bestående af en fasttømret flok begynder at rejse, har det således en tendens til, at andre også begynder at rejse eller overvejer at rejse.

Arbejdsvilkår

I de interviewede sygeplejerskers fortællinger er tilvalg nært knyttet sammen med fravalg af den offentlige sektor. Sygeplejerskernes overordnede fortælling om arbejdsvilkårene på de offentlige hospitaler er, at kvaliteten i arbejdet er under forfald, og at med-

arbejdere og ledere i stigende grad oplever at være demotiverede. De trænger således til luft, til at slippe for dårlig ledelse, nedskæringer, højt arbejdspress og for nogles vedkommende også for kontakten med svært syge og terminale patienter. Også vagtbyrden anses for at være en udfordring i fastholdelsen af sygeplejerskerne, særligt når de får børn og bliver ældre. Hertil kommer oplæring af de mange medarbejdere på gennemstrømning og den øgede vægt af uerfarne medarbejdere i og med, at det er svært at fastholde de erfarne sygeplejersker. Dette bidrager ifølge de interviewede sygeplejersker til en situation, hvor de mange nye medarbejdere ikke får den nødvendige støtte og oplæring, og hvor de erfarne medarbejdere i stigende grad brænder ud under presset af at skulle oplære de mange nye.

I dagligdagen frustrerer det de interviewede sygeplejersker, at de oplever/oplevede at få mindre tid til at udføre de opgaver, de opfatter som deres kerneopgaver. Sygeplejerskerne peger på øget dokumentationsbyrde, dårlig arbejdstilrettelæggelse, ressource-spild, skæve incitamentsstrukturer og lange beslutningsveje. Der er ifølge sygeplejerskerne en igangværende *deskilling* på de offentlige hospitalsafdelinger, der sætter patientsikkerheden under pres. Problemet er stigende i og med, at der bliver færre faste og erfarne sygeplejersker, og de indlagte patienter bliver stadig mere syge (de mere raske kirurgiske patienter er i dag ikke længere indlagt eller behandles i stedet i privat regi). Ifølge en del af sygeplejerskerne er den kvalitet, der tilbydes patienterne i sygeplejen i dag, så presset, at de ikke længere kan stå inde for den – og derfor ikke længere kan se sig selv som ansat på et offentligt hospital.

Ledelse

Generelt giver de interviewede sygeplejersker udtryk for at savne anerkendelse for deres arbejde og at føle sig værdsat som medarbejdere. De peger på, at ledelsen ofte ikke forholder sig til arbejdet. At ledelsen er ligeglad med, hvordan de udfører deres arbejde. At det bare skal se pænt ud udadtil. At det for dem primært handler om, at der skal være en til at passe ”maskinen” eller den

”brik i muren” den dag eller i den vagt, og at budgettet overholdes. Der peges således massivt på mangler i den faglige ledelse.

De interviewede sygeplejersker beskriver deres erfaringer med ledelser på offentlige hospitaler og i hjemmeplejen som værende præget af en usynlig laissez faire-ledelse eller en handlingslammet ledelse. En ledelse der forholder sig passivt til konflikter, en ledelse der nødtigt går ind og tager et ansvar. En ledelse der er præget af afmagt. En anden ledelsesstil, som sygeplejerskerne beskriver, er en autoritær og en forskelsbehandlende ledelse. En ledelse der splitter medarbejderne ved at favorisere nogle på bekostning af andre. De interviewede sygeplejersker oplever/oplevede også, at det ikke er muligt at komme med ændringsforslag, og at det er som at slå i en dyne at prøve at få sin autoritære ledelse i tale.

De medarbejdere, der beskriver en velfungerende ledelse, beskriver en ledelse, der går ind og sætter rammer og beskytter medarbejderne mod andre dele af organisationen. De skaber på denne måde rum til at arbejde. Den gode ledelse beskrives derudover som nærværende.

Faglige udviklingsmuligheder

Et af de områder, hvor ledelsen og størrelsen af budgetterne svigter, er den faglige udvikling. De interviewede sygeplejersker peger på, at der blot er få formaliserede faglige udviklingsmuligheder for sygeplejersker. Der mangler således udviklings- og uddannelsesmuligheder for de sygeplejersker, der vil være gode basissygeplejersker, og sygeplejersker, der ønsker at dyrke deres sygeplejefaglige kernekompetencer. En konsekvens heraf er, at det på nogle afdelinger er svært at udvikle en klinisk faglighed.

Det ser således ud til, at der mangler ledelsesmæssige kompetencer til at se mulighederne i medarbejderne og systematisk udvikle dem. Ifølge de interviewede sygeplejersker anvendes kurser og efteruddannelse i dag i for høj grad som en slags fryns frem for som led i en faglig og strategisk udviklingsplan. For at få en mere

kontinuerlig faglig udvikling må man således bevæge sig mellem stillinger og mellem sektorer.

Sygeplejerskernes begrundelser for at vælge de offentlige hospitaler fra og den private sektor til hænger uløseligt sammen. Begrundelserne for at vælge fra er overordnet set stort set enslydende, men begrundelserne for at vælge til afhænger dels af tilgængelige muligheder, dels af hvad det betyder mest at få valgt fra (og dermed i konsekvens til). Hovedtemaet i sygeplejerskernes fortællinger om skift eller tanker om skift handler således om frihed. Frihed til i højere grad at arbejde, som man ønsker. Frihed fra at arbejde under vilkår, som man har svært ved at stå inde for og trives i.

Det klinisk set mest fagligt spændende arbejde ligger dog ifølge de interviewede sygeplejersker hovedsageligt på de offentlige hospitaler (og til dels på de store privathospitaler). For mange af sygeplejerskerne anses et sektorskifte til privathospitalerne og til de private vikarbureauer for at være ensbetydende med i et vist omfang at vælge faglighed og fagligt udviklende arbejdsopgaver fra. Den øgede frihed, et sektorskifte kan give fra de forhold, der opleves som hårde at bære på de offentlige hospitaler, kommer således med en pris. En pris det er individuelt, hvorvidt den enkelte anser som et problem eller ej.

Hvad angår de interviewede sygeplejerskers vurdering af arbejdsforhold og ledelse på de offentlige hospitaler er mønstret i fortællingerne på tværs af de 20 sygeplejersker (og deres erfaringer fra 85 stillinger) så markant, at der må være tale om fortællinger, der er udbredt i en bredere population af erfarne sygeplejersker. Dette forhold understøttes af andre undersøgelser, artikler i dagspressen samt i fagpressen om pressede arbejdsforhold og kan således muligvis ses som en del af sygeplejerskernes generelle professionsidentitet.

Hvor stærk fortællingen om eksempelvis demotivation på de offentlige hospitaler er – og hvilke konsekvenser sygeplejersker vælger at tage eller ikke at tage heraf – varierer potentielt fra afdeling til afdeling og fra sygeplejerske til sygeplejerske. I denne

undersøgelse er der en overvægt af sygeplejersker repræsenteret, som har valgt at tage konsekvensen ved at rejse. Deraf må det sluttes, at de muligvis tillægger fortællingen større betydning end dem, der vælger ikke at rejse. Eller at de i hvert fald anvender fortællingen til at forklare deres valg. Sygeplejerskerne i undersøgelsen, der ikke havde forladt de offentlige hospitaler, men blot havde bijobbet på et tidspunkt, havde dog ikke en mere positiv udlægning af de overordnede arbejdsvilkår end de sygeplejersker, der var søgt ud i det private.

Samtidig er der i sygeplejerskernes fortællinger mest faglig respekt om arbejdet i det offentlige. Når tingene kører, som de skal, og den enkelte er med til at redde menneskeliv eller forbedre en patients situation, så opleves arbejdet ifølge de interviewede sygeplejersker som dybt meningsfuldt. Og sygeplejerskerne oplever ofte en taknemmelighed og respekt fra patienter og pårørende. Selv om der ofte ifølge de interviewede sygeplejersker ikke er nogen formaliseret udvikling, så anser de til en vis grad arbejdet som udviklende i sig selv. Og arbejdet er samtidig en kilde til faglig stolthed.

Forskellige fortællinger kan på denne vis sameksistere. I en bredere population af sygeplejersker, der er blevet på de offentlige hospitaler, kan det forventes, at de mere positive fortællinger fylder mere.

Undersøgelsens resultater

- Forholdsvis få (2,7 procent) sygeplejersker skifter fra offentlig til privat ansættelse sammenlignet med det offentlige arbejdsmarked som helhed, hvor 4,5 procent af de offentligt ansatte skifter til et job i den private sektor i løbet af et år.
- Forholdsvis mange sygeplejersker skifter tilbage til en offentlig ansættelse, og nettoafgangen fra den offentlige til den private sektor er for hele perioden 2000-2006 kun godt 2.500 sygeplejersker – om end stigende i den sidste del af perioden.

- Den årlige bruttoløn spiller ingen rolle for beslutningen om at skifte, men det ser ud til, at timelønnen i gennemsnit stiger 24 procent for udvalgte grupper af sygeplejersker. På den måde opnår en del af sygeplejerskerne den samme årlige bruttoløn gennem færre arbejdstimer.
- I forhold til, hvor mange sygeplejersker der forventes at være brug for fremover i den offentlige sektor, kan en mindre mobilitet mellem offentlig og privat beskæftigelse ikke løse problemet. Her er flere nyuddannede, efter- og videreuddannelse, en arbejdstilrettelæggelse og ledelse, der sikrer fokus på sygeplejefagets kernefunktioner, vigtige.
- På et arbejdsmarked med mange muligheder vælger en del at få nye udfordringer, men arbejdsvilkår, organisatorisk kompleksitet og ledelse spiller en vigtig rolle for fastholdelse.
- Sygeplejerskerne, der har skiftet fra offentlig hospitalsansættelse til privat ansættelse, vurderer, at deres arbejde med patienterne på de offentlige hospitaler var meget meningsfuldt, mens utilfredsheden var rettet mod det, der foregår/foregik omkring dem i den brede organisation.
- Der ligger en udfordring i at få faglig udvikling til i højere grad at være en integreret del af arbejdet på hospitalerne.

2 Undersøgelsens baggrund, problemstillinger og tilrettelæggelse

I dette kapitel skal der gøres nærmere rede for undersøgelsens baggrund, problemstillinger, fokusområder og tilrettelæggelse.

2.1 Undersøgelsens baggrund

Der er i dag mangel på mange grupper af uddannet arbejdskraft på det danske arbejdsmarked, herunder på det arbejdsmarked, der retter sig mod den offentlige sektor. I social- og sundhedssektoren er der mange ubesatte stillinger, og problemet forventes at blive større fremover. Sygeplejerskerne er en af de store grupper, der i dag er en voldsom mangel på overalt i landet, dog med væsentlige regionale forskelle. Formålet med dette projekt er at tilvejebringe viden om sygeplejerskernes veje på og ud af arbejdsmarkedet og om de faktorer, der kan ligge bag. En sådan viden forventes at kunne være et væsentligt grundlag for beslutninger, der kan medvirke til at begrænse manglen på sygeplejersker.

For at undersøge, hvad der karakteriserer de sygeplejersker, der vælger en bestemt vej, fx hvem der fravælger jobbet som sygeplejerske i det offentlige – først og fremmest i regioner eller kommuner – til fordel for anden beskæftigelse, anvendes såvel kvantitative som kvalitative empiriske metoder, og som grundlag for projektet etableres ”Registerdatabasen til forskning i social- og sundhedsuddannedes arbejdsmarkedsadfærd”, som vil kunne anvendes til undersøgelser af andre grupper af social- og sundhedsuddannede, fx social- og sundhedsassistenter.

AKF har tidligere gennemført en række undersøgelser af arbejdsmarkedet for personer med uddannelser, som primært er rettet mod den offentlige ansættelse (jf. Groes & Holm 1999; Holm 1998; Holm et al. 2000). Og i 2006 blev frafaldet fra sygeplejerskeuddannelsen undersøgt af AKF (jf. Jensen et al. 2006). De aktuelle og fremtidige problemer med at rekruttere sygeplejer-

sker, skærper interessen for, hvor de uddannede sygeplejersker går hen på arbejdsmarkedet. Arbejdsmarkedet for sygeplejersker er tidligere belyst i bl.a. "Rekruttering, fastholdelse og faggrænser i sundhedssektoren – En analyse af arbejdsmarkedet for læger og sygeplejersker" (Sundhedsministeriet 2001). Til forskel fra denne, skal vi her skitsere problemstillingerne for en undersøgelse, der sætter fokus på *sygeplejerskernes adfærd, herunder mobilitet på arbejdsmarkedet*. Formålet er at tilvejebringe indsigt i omfanget af og processerne bag den adfærd, som de uddannede sygeplejersker udviser på regionalt og nationalt niveau.

2.2 Undersøgelsens problemstillinger

De nyeste tal for den fremtidige mangel på sygeplejersker viser, at der omkring 2015-2020 vil mangle mindst 5.-6.000 sygeplejersker (FTF 2007a)¹. Disse tal bunder i en ændring i befolkningens alderssammensætning, som vil medføre en stigende efterspørgsel på kvalificeret sundhedspersonale, da kombinationen af flere ældre og færre unge betyder et øget pres på landets sygehuse og plejesektoren i det hele taget (Møller Pedersen 2008; Sundhedsministeriet 2001). Der er dog allerede nu mangel på sygeplejersker til at besætte stillingerne på landets sygehuse. Dansk Sygeplejeråd har på baggrund af en rundspørge til tillidsrepræsentanter vurderet, at der i 2007 manglede 1.500 sygeplejersker, heraf 1.220 i sygehusvæsenet, og i 2008 manglede der 2.405 sygeplejersker i regioner og kommuner (DSR Analyse 2007a; DSR Analyse 2008a).

Den nutidige og fremtidige mangel på sygeplejersker knytter sig på den ene side til rekrutteringen af nye sygeplejersker og på den anden side til fastholdelsen af de sygeplejersker, der allerede er på arbejdsmarkedet. Det har i en årrække været svært at rekruttere et tilstrækkeligt antal unge til sygeplejerskeuddannelse (Friis et al. 2005). I 2008 blev samtlige 2.262 kvalificerede ansøgere op-

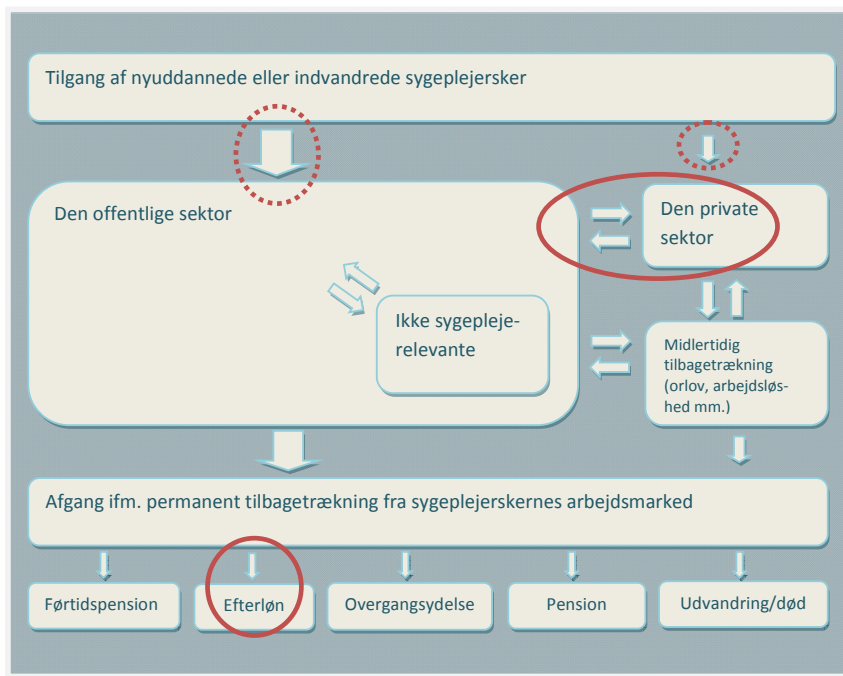
¹ Dansk Sygeplejeråd forventer, at der i 2015 vil mangle 6.900 sygeplejersker (hovedparten i sygehusvæsenet) (Dansk Sygeplejeråd 2008a).

taget på sygeplejerskeuddannelsen, og der er ledige studiepladser på stort set alle uddannelsesstederne (KOT 2008). Tallene fra 2008 afspejler en nedgang på næsten 20 procent i forhold antallet af optagne på uddannelsen i 2007. Samtidig er gennemførelsesprocenten på sygeplejerskeskolerne faldet over de sidste år, mens gennemsnitsalderen for de, der fuldfører uddannelsen, er steget (Jensen et al. 2008). Disse forhold har betydning for, hvor mange sygeplejersker der træder ind på arbejdsmarkedet, og hvor mange år de er i arbejde, inden de trækker sig tilbage. Tilgangen af nyuddannede er derfor en del af forklaringen på manglen på sygeplejersker (Sundhedsministeriet 2001).

Fastholdelses af de sygeplejerske, der er på arbejdsmarkedet, for at mindske afgang fra sygeplejefaget, er den anden vigtige side af denne problemstilling (DSR Analyse 2008b). Dette gælder for det første fastholdelsen af ældre sygeplejersker, hvor efterlønnen udgør den største tilbagetrækningsform, og mange sygeplejersker forlader arbejdsmarkedet allerede som 60-årige og dermed lang tid før den generelle pensionsalder. Samtidig har en undersøgelse fra FTF i 2007 vist, at hver femte sygeplejerske har forsøgt eller kraftigt overvejet at forlade deres fag (FTF 2007b). Sygeplejerskernes bevægelser på arbejdsmarkedet kan betyde et jobskifte væk fra den offentlige sektor og ind i den private eller brancheskift helt væk fra sygeplejefaget. Kun omkring 80 procent af sygeplejerskerne er ansat inden for de primære arbejdsområder 10 år efter, deres uddannelse er afsluttet (DSR Analyse 2007b).

I figur 2.1 illustreres de mange forskellige underområder på sygeplejerskernes arbejdsmarked, der har betydning for til- og afgang af sygeplejersker i den offentlige sektor.

Figur 2.1 Illustration af sygeplejerskerne arbejdsmarked samt undersøgelsens fokusområder i forhold til sygeplejerskernes bevægelser til og fra den offentlige sektor



På figuren er der fremhævet, hvilke dele af sygeplejerskernes arbejdsmarkedsmobilitet, som denne undersøgelse vil berøre. I rapporten beskrives indledningsvis de nyuddannede sygeplejerskers veje ind på arbejdsmarkedet. Dernæst belyses sygeplejerskernes mobilitet mellem den offentlige og den private sektor. Dette fokus er valgt, da mobiliteten inden for den offentlige sektor er begrænset, og kun omkring 4 procent af offentligt ansatte sygeplejersker befinder sig i ikke-sygeplejerelevante brancher (jf. afsnit 3.1). Derudover er der inddraget beskrivende analyser af de forskellige tilbagetrækningsformer og statistiske modelanalyser for overgangen til efterlønnen, da den udgør den største tilbagetrækningsform før den generelle pensionsalder hos sygeplejerskerne.

Der er tale om en bred undersøgelse med fokus på en lang række aspekter af sygeplejerskernes veje på arbejdsmarkedet, hvor analyserne af skift til og fra offentlig ansættelse og overgangen til efterløn udgør vigtige dele. I det følgende fremhæves undersøgelsens mere konkrete problemstillinger.

2.3 Undersøgelsens fokusområder

I projektet skal det belyses, hvad der karakteriserer de sygeplejersker, der vælger hvilken vej, herunder hvem der fravælger jobbet som sygeplejerske i den offentlige sektor, og hvem der trækker sig tidligt tilbage fra arbejdsmarkedet. De statistiske analyser af, hvem der udviser hvilken adfærd vil fx inddrage følgende baggrundsoplysninger: køn, alder, region, videreuddannelse, stilling og indkomst i en given periode, beskæftigelsesområde, familietype mv.

Når det drejer sig om at undersøge motiver for en given adfærd, skal denne belyses såvel gennem indikatorer fra registerdata som interview med udvalgte grupper af sygeplejersker udpeget på grundlag af de registerbaserede analyser. Det empiriske grundlag består således af såvel registerdata som interview. Som grundlag for de kvantitative analyser etableres *”Registerdatabasen til forskning i social- og sundhedsuddannedes arbejdsmarkedsadfærd”*.

Samlet sætter undersøgelsen fokus på sygeplejerskernes adfærd på arbejdsmarkedet og vil bl.a. søge at besvare disse spørgsmål:

- Hvor er de nyuddannede sygeplejerskers førstegangsansættelse, og sker førstegangsansættelsen fx i den region, hvor uddannelsen er afsluttet?
- Er der sket forskydninger i deres beskæftigelsesområder – stillinger, sektorer – over tid mellem forskellige dimittendårgange?

- Hvordan er sygeplejerskers mobilitet med hensyn til stilling og beskæftigelsesområde? Hvad karakteriserer de mest mobile?
- Hvad kendetegner dem, der skifter job fra offentlig ansættelse som sygeplejerske i region eller kommune til privat ansættelse som sygeplejerske, og dem, der skifter job fra privat til en offentlig ansættelse? Er der regionale forskelle?
- Er der beskæftigelsesområder med særlig stor tilgang og andre med særlig stor afgang af sygeplejersker?
- Kan der påvises en sammenhæng mellem løn og jobskifte, fx højere lønindkomst efter opnåelse af nyt job?
- Hvem trækker sig helt tilbage fra arbejdsmarkedet hvornår? Er der regionale forskelle?
- Hvilke motiver har sygeplejerskerne for valg af tidligere og nuværende job?
- Hvilken rolle spiller arbejdsvilkår, herunder fysisk og psykisk arbejdsmiljø samt arbejdsorganisering, for jobskift og tilbagetrækning?
- Hvilken betydning har lønnen for beslutningen om at skifte job?

I det følgende gøres nærmere rede for de centrale problemstillinger i projektet.

2.3.1 I hvilke erhverv og stillinger er sygeplejerskerne beskæftiget?

Som baggrund for analyserne af sygeplejerskers mobilitet og tilbagetrækning inddrages beskrivelser af, hvilke erhverv og brancher sygeplejerskerne er beskæftiget i. Da sygeplejerskernes hovedbeskæftigelsesområde er den offentlige sektor, foretages en detaljeret opdeling på de væsentligste beskæftigelsesområder inden for regioner og kommuner, fx sygehuse og plejehjem. Og for den pri-

vate sektor anvendes ligeledes en opdeling på brancher ud fra viden om, hvor sygeplejerskerne i hovedsagen opnår beskæftigelse.

For at vurdere, om efterspørgselssammensætningen over tid har ændret sig, sammenlignes beskæftigelsesområderne blandt de nyuddannede sygeplejersker i 1990'erne og i 2000-tallet.

2.3.2 Hvor mobile er sygeplejersker?

Mobilitet på arbejdsmarkedet er central for den løbende tilpasning mellem udbud og efterspørgsel. I undersøgelsen er der fokus på mobilitet til og fra offentlig ansættelse. Databasen vil generelt kunne danne grundlag for analyser af sygeplejerskers mobilitet, og hvad der karakteriserer de mobile. Hvilken alder, indkomst, stilling mv. har de mobile, og til hvilke job, stillinger, løn mv. bevæger de sig?

2.3.3 Arbejdsmarkedstilknytning

For fx at vurdere behov for sygeplejersker i fremtiden er det af stor interesse at få undersøgt deres arbejdsmarkedstilknytning. I hvilken alder træder de færdiguddannede sygeplejersker ud på arbejdsmarkedet i dag sammenlignet med tidligere og hvilken arbejdsmarkedsadfærd har de nydannede sygeplejersker? Hvordan er tilbagetrækningen fra arbejdsmarkedet som sådan – er de gået på efterløn, pension, førtidspension mv.?

2.3.4 Arbejdsmiljø og arbejdsorganisering

For at vurdere, hvordan fastholdelsen af sygeplejersker på de offentlige hospitaler fremadrettet kan forbedres, undersøges, om det primært er arbejdsmiljø og arbejdets organisering, der gør, at sygeplejerskerne skifter arbejdssted eller fag. Denne delanalyse bygger blandt andet videre på DSI's tidligere undersøgelse af sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på de medicinske afdelinger (Holm-Petersen et al. 2006). Projektets problemstillinger er skitseret i sin helhed tabel 2.1.

Tabel 2.1 Undersøgelsens dele, indhold og metoder

Undersøgelsesdel	Indhold	Metode
<i>Etablering af database</i>	Valg af de oplysninger, som skal indgå i databasen	Udtræk af data i Danmarks Statistik
<i>Sygeplejerskernes erhvervsplacering</i>	Analyse af efterspørgselssammen sætningen efter sygeplejersker og forskydning heri over tid	Erhvervs- og branchemplacering for udvalgte årgange af nyuddannede sygeplejersker
<i>Sygeplejerskernes arbejdsmarkedstilknytning</i>	I hvilken alder træder sygeplejerskerne ud på arbejdsmarkedet, og hvor længe bliver de der?	Beskrivende analyser af nyuddannede sygeplejersker samt omfang og udvikling i tilbagetrækningsmønstre
<i>Sygeplejerskernes mobilitet</i>	Undersøgelse af sygeplejerskernes job- og branchemobilitet – herunder ændringer over tid og evt. forskelle mellem beskæftigelsesområder	Beskrivende analyser af mobilitet blandt sygeplejersker mellem den offentlige og den private sektor
<i>Forklaringer på arbejdsmarkedsadfærd blandt sygeplejersker</i>	Hvilke typer – baggrundskaraktistika mv. – af sygeplejersker har hvilken adfærd på arbejdsmarkedet?	Statistiske analyser, som inddrager en lang række baggrundsfaktorer: køn, alder, stilling i en given periode, familietype mv. Kvalitative undersøgelser gennem interview
<i>Motiver for jobskift</i>		Kvalitative undersøgelser gennem interview

2.4 Undersøgelsens tilrettelæggelse

Som udgangspunkt kortlægges sygeplejerskernes adfærd på centrale områder gennem kvantitative analyser. Dette danner afsæt for undersøgelser, som søger at give forklaringer på denne adfærd. I den kvalitative analyse vil det bl.a. blive undersøgt, hvilke motiver der har været for at skifte job, hvorfor nogle grupper af erfarne sygeplejersker kan være svære at fastholde, og hvad der eventuelt skulle have været anderledes, hvis det i højere grad skulle have været muligt at fastholde dem.

Undersøgelsen opbygges i trin. I første trin kortlægges sygeplejerskernes adfærd på en række centrale felter og danner afsæt for trin 2, som i højere grad søger at give mulige forklaringer på den adfærd, som personer med en sygeplejerskeuddannelse udviser.

I undersøgelsens trin 2 sættes fokus på områder, hvor personer med sygeplejerskeuddannelse påkalder sig særlig opmærksomhed, fx i form af en forholdsvis stor mobilitet fra offentlig til privat ansættelse. En anden gruppe kunne være de sygeplejersker, som trækker sig forholdsvis tidligt tilbage fra arbejdsmarkedet. I de kvantitative analyser af, hvad der karakteriserer disse sygeplejersker, inddrages en række baggrundsfaktorer: køn, alder, stilling i perioden, sygefravær, familietype mv. Her gennemføres statistiske modelanalyser, hvor betydningen af flere baggrundsfaktorer undersøges samtidig. På baggrund af de kvantitative analyser udvælges grupper til kvalitative interview, og det undersøges, hvad der karakteriserer disse højbobile sygeplejersker.

2.4.1 Hvilke sygeplejersker omfatter undersøgelsen?

Undersøgelsens population er afgrænset til samtlige personer, der i 1990 havde en sygeplejerskeuddannelse som højeste fuldførte uddannelse, samt de der efter dette tidspunkt frem til og med 2005 har opnået en sygeplejerskeuddannelse. Personer, der har gennemført uddannelse på højere niveau efter sygeplejerskeuddannelsen, dvs.

lange videregående uddannelser, indgår ikke. Denne afgrænsning er baseret på oplysninger om personens højeste fuldførte uddannelse på et givent tidspunkt og inkluderer ud over selve sygeplejerskeuddannelsen også få videreuddannelser² (herunder sundhedsplejerske og kandidatuddannelsen i sygeplejevidenskab)³.

Undersøgelsens population omfatter dermed personer, der i det pågældende år har mindst en sygeplejerskeuddannelse som højeste fuldførte uddannelse. Dette betyder, at de sygeplejersker, som har taget en højere uddannelse senere, fx læst jura eller psykologi ikke indgår i undersøgelsen i årene efter fuldførelsen af denne. At undersøgelsens population er defineret ud fra uddannelseskategorierne betyder samtidig, at opgørelserne for eksempelvis antallet af beskæftigede sygeplejersker, ikke nødvendigvis vil stemme overens med opgørelser baseret på oplysninger fra autorisationsregistret. Dette skyldes, at undersøgelsen kun omfatter sygeplejersker, der er uddannet i Danmark, og således ikke medtager de udenlandske sygeplejersker, der har modtaget en dansk autorisation på baggrund af en udenlandsk sygeplejerskeuddannelse.

² Uddannelsesregistret i Danmarks Statistik indeholder kun oplysninger om de efter- og videreuddannelser, der ligger inden for Undervisningsministeriets område. Det vil sige, at de lokale og regionale efter- og videreuddannelsesaktiviteter ikke er medtaget, ligesom fx specialuddannelserne for sygeplejerskerne heller ikke indgår.

³ Undersøgelsens population er defineret ved følgende uddannelseskoder for variabelen HFFSP: 50903010 (Sygeplejerske, prof.bach.), 50903030 (Sygeplejerske, suppleringsuddannelse), 50903105 (Sundheds-/sygeplejerske, videregående), 50903110 (Sygeplejerske, ledende), 50903115 (Hjemme-/plejehjemssygeplejer ledende), 50903120 (Afdelingssygeplejerske), 50903125 (Sygeplejerske, underviserende), 50903130 (Sundhedsplejerske), 50903135 (Danmarks sygeplejerskehøjskole 1.-2.del), 50903140 (Hygiejnesygeplejerske), 50903141 (Sygepleje, supplerende), 50903142 (Anæstesisygeplejerske), 50903145 (Sundhedsfaglige diplomuddannelse), 65903010 (Sygeplejevidenskab, cand.scient.), 65903020 (Sygepleje, diplomeksamen), 65903030 (Klinisk sygepleje, master). Nb: Koderne 50903105, 50903110, 50903115, 50903120, 50903125, 50903135, 50903140, 50903141, 50903142, 50903145, 65903020 og 65903030 stammer fra en tidligere spørgeskemaundersøgelse og indgår normalvis ikke i opgørelserne fra Danmarks Statistik, da fx specialuddannelserne til anæstesi- og hygiejnesygeplejerske hører under sundhedsstyrelsens regi.

2.4.2 Datagrundlag for den kvantitative del af undersøgelsen

Undersøgelsens kvantitative del er baseret på registeroplysninger fra Danmarks Statistik, hvor en række forskellige databaser er sammenkoblet til et fælles datasæt for undersøgelsen. Det drejer sig primært om: IDA-databasen⁴, FAIN-databasen⁵, uddannelsesregistret og det integrerede elevregister (INTE), hvor populationen er opgjort ved årsskiftet. Det skal i den sammenhæng nævnes, at en række variable fra IDA-databasen måles i november måned (uge 48) som fx arbejdsmarkedstilknnytning, branchetilknnytning, hoved-/bibeskæftigelse og sektor.

2.5 Interviewundersøgelse

På baggrund af registeranalyserne blev følgende målgruppe udpeget til interview som værende dem, der er mest tilbøjelige til at skifte ansættelse fra offentlig til privat:

- Kvinder i aldersgruppen 30-44 år
- Gifte såvel som enlige
- Med og uden børn, hvor dem med børn har lidt større tilbøjelighed til at skifte.

Der er foretaget 20 dybdegående kvalitative interview med sygeplejersker ansat såvel i det offentlige som i det private sundhedsvæsen. Interviewene er foretaget med udgangspunkt i en semi-struktureret interviewguide, som efterfølgende blevet udskrevet.

⁴ Integrerede Database for Arbejdsmarkedsforskning (IDA) – for nærmere beskrivelse af databasen: <http://www.dst.dk/Vejviser/dokumentation/Varedeklarationer/emnegruppe/emne.aspx?sysrid=101>. 3.

⁵ FAIN-databasen rummer oplysninger om bl.a. familieforhold – for nærmere beskrivelse af databasen: <http://www.dst.dk/Vejviser/dokumentation/times/emne-gruppe/emne/datasæt.aspx?sysrid=564705×path=19%7C92435%7C>

Deltagerne blev indledningsvis kort informeret om undersøgelsen og dens formål. Alle interviewpersoner er blevet lovet anonymitet og fremstår derfor som anonyme i teksten. Det vil eksempelvis sige, at alle navne på personer, byer, afdelinger og til dels også specialer er udeladt. De tolv af interviewene er foretaget face-to-face, mens otte af interviewene er foretaget telefonisk. Interviewene er foretaget i perioden juni-september 2008.

Herudover er der i forbindelse med søgningen af relevante interviewpersoner gennemført en række samtaler med ledere i private vikarbureauer, i medicinalbranchen og på privathospitaler om, hvad der kendetegner de sygeplejersker, de ansætter. Hertil er der gennemført samtaler med ledende sygeplejersker i det offentlige hospitalsvæsen om deres udfordringer med at fastholde medarbejdere. Hvor disse ledere er citeret i undersøgelsen, har de på forhånd fået citaterne til godkendelse.

2.6 Rapportens opbygning

Rapporten er opdelt i to dele. I den første del beskrives resultaterne fra den kvantitative del af undersøgelsen (kapitel 3-7), udarbejdet af AKF, og i den anden hoveddel redegøres for de kvalitative resultater (kapitel 8-14), udarbejdet af DSI.

DEL 1

Den kvantitative undersøgelse af sygeplejerskernes veje på arbejdsmarkedet

Udarbejdet af Torben Pilegaard Jensen, forskningsleder AKF og
Britt Østergaard Larsen, forskningsassistent AKF

3 De beskæftigede sygeplejersker – hvad karakteriserer dem?

I dette kapitel skal der ses nærmere på, hvad der karakteriserer de beskæftigede sygeplejersker med hensyn til køn, alder, beskæftigelsesområde, ansættelsesforhold, videreuddannelse mv. Baggrunden for denne rent beskrivende fremstilling er, at de fleste af de efterfølgende statistiske analyser alene omfatter de beskæftigede sygeplejersker, og at det derfor kan være nyttigt inden disse analyser at få et nærmere indblik i, hvem analyserne omfatter. Delpopulationen i dette kapitel er således afgrænset til de personer, der har en sygeplejerskeuddannelse som højeste fuldførte uddannelse i det pågældende år (jf. afsnit 2.4.1) og er registreret som beskæftiget⁶ i november måned i det pågældende år.

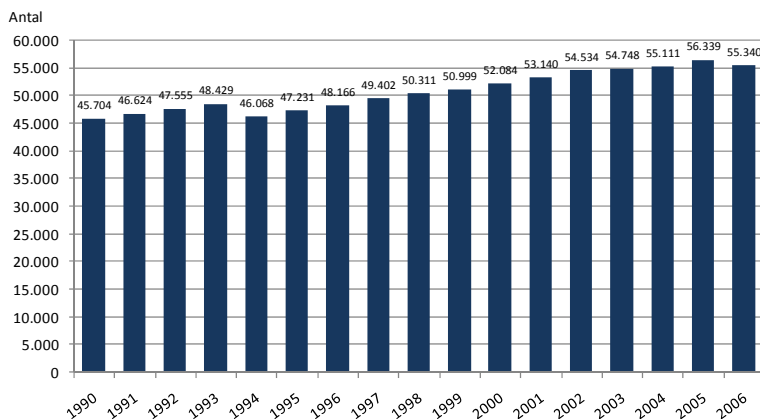
Med udgangspunkt i undersøgelsens population, er udviklingen i antallet af beskæftigede sygeplejersker⁷ i perioden 1990-2006⁸ gengivet i figur 3.1.

⁶ Definition af sygeplejersker i beskæftigelse: personer, der ultimo november har en arbejdsmarkedsstatus, som i beskæftigelse/på orlov. Personer under uddannelse, i aktivering, på kontanthjælp, revalidering, førtidspension, overgangsydelse, efterløn, folkepension, tjenestemandspension eller på anden vis er uden for arbejdsstyrken indgår ikke i delpopulationen.

⁷ Der er ikke taget højde for, inden for hvilken branche sygeplejerskerne er ansat. Det vil sige, der indgår personer, som ikke arbejder inden for de typiske sygeplejefag.

⁸ Opgørelsen for 2006 indeholder ikke tilgangen af nyuddannede sygeplejersker – hvilket kan være årsagen til nedgangen i antallet af beskæftigede sygeplejersker fra 2005 til 2006.

Figur 3.1 Antal beskæftigede sygeplejersker i årene 1990-2006



Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

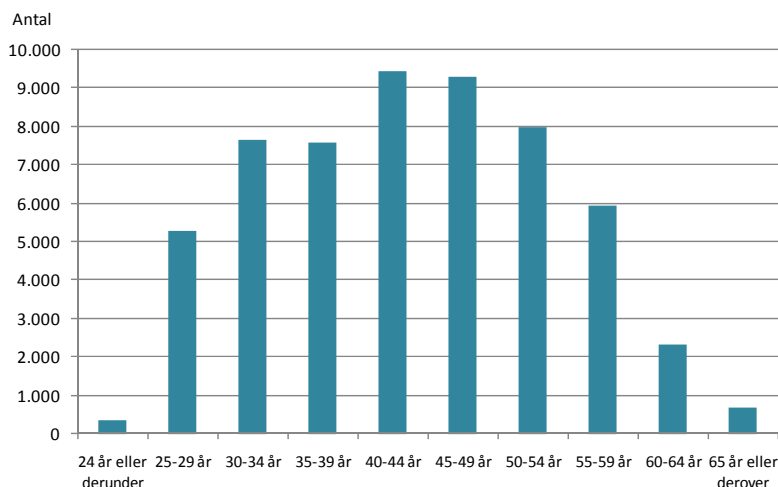
Antallet af beskæftigede sygeplejersker var i 1990 omkring 45.500. Dette antal stiger støt over hele perioden og ligger i slutningen af 1990'erne på et niveau omkring 51.000 og ligger i de seneste år (2004-2006) omkring 55.000 beskæftigede med en sygeplejerskeuddannelse. Der har været mindre nedgange i enkelte år, men generelt er antallet af beskæftigede sygeplejersker langsomt og støt steget gennem de sidste 15 år⁹.

Blandt de beskæftigede sygeplejersker var der i 2006 i alt 2.085 mandlige sygeplejersker, hvilket svarer til 3,8 procent. Antallet af sygeplejeuddannede mænd (i arbejde) er steget over de sidste 15 år, da antallet af mandlige sygeplejersker i arbejde i 1990 var 1.443, svarende til 3,2 procent. Aldersfordelingen blandt de beskæftigede sygeplejersker adskiller sig ikke nævneværdigt fra

⁹ Antallet af beskæftigede sygeplejersker afviger grundet definitionen af undersøgelsespopulationen fra opgørelserne fra eksempelvis Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Dansk Sygeplejeråd, som er baseret på autorisationsregistret. Eksempelvis er antallet af beskæftigede ifølge DSR 59.841 i 2006 (DSR Analyse 2007c).

den, vi ser i de beskæftigede aldersgrupper i hele befolkningen¹⁰. Hovedparten af de sygeplejeuddannede, der er i beskæftigelse, er mellem 35-54 år (jf. figur 3.2).

Figur 3.2 Aldersfordelingen i 2005 blandt beskæftigede personer uddannet som sygeplejerske. Antal personer i femårsaldersgrupper



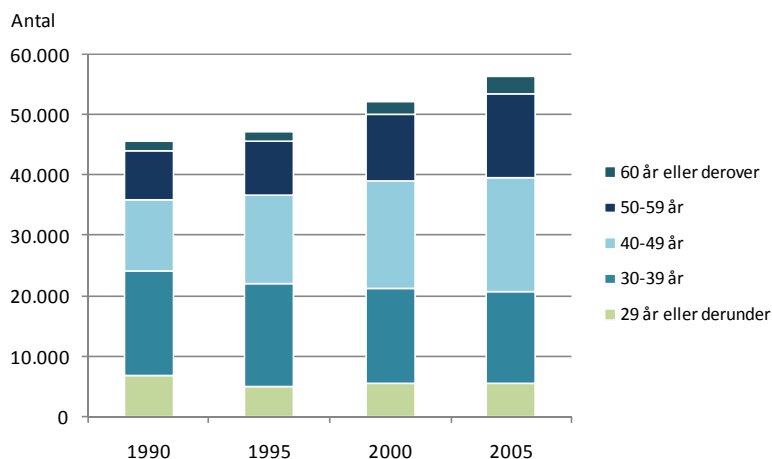
Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik.

Kun en lille andel af de beskæftigede sygeplejersker er under 30 år eller over 59 år. Denne fordeling mellem aldersgrupperne har ændret sig over perioden, og tallene fra 2005 afspejler, at en stor andel af sygeplejerskerne går på efterløn allerede som 60-årig, selv efter den nye efterlønsordning fra 1999. Samtidig er de sygeplejeuddannede i dag ældre ved deres første beskæftigelse, end de var tidligere. Dette viser sig ligeledes ved, at gennemsnitsalderen for de beskæftigede er steget fra 40,4 år i 1990 til 43,4 år i 2005. Fi-

¹⁰ Aldersfordelingen for det samlede antal af beskæftigede på landsplan er beregnet på baggrund af tal fra www.dst.dk.

gur 3.3 viser udviklingen i aldersfordelingen for de beskæftigede sygeplejersker.

Figur 3.3 Antal beskæftigede sygeplejersker fordelt på aldersgrupper for årene 1990, 1995, 2000 samt 2005



Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik.

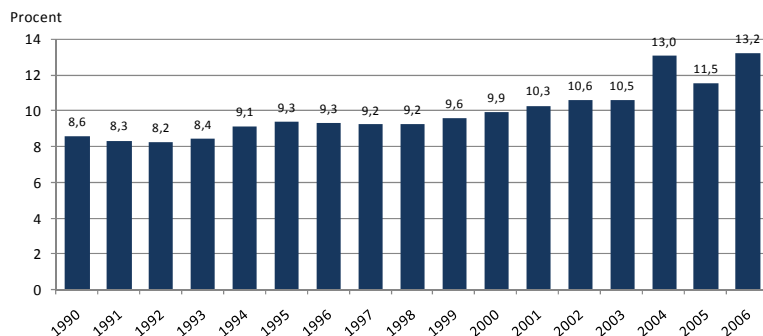
Antallet af sygeplejersker over 40 år er klart steget fra 1990 og frem til 2005, og denne gruppe udgør i 2005 hele 63 procent af de beskæftigede sygeplejersker. Der er altså sket en tydelig ændring i aldersfordelingen fra 1990, hvor 53 procent af sygeplejerskerne på arbejdsmarkedet var under 40 år.

3.1 Sygeplejerskernes beskæftigelsesområder

Uddannelsen som sygeplejerske er en professionsbacheloruddannelse og retter sig først og fremmest mod sygeplejefunktioner inden for den offentlige sektor, men i stigende grad også mod sådanne funktioner i den private sektor. I 1990 var 8,6 procent af de

beskæftigede sygeplejersker ansat i den private sektor, mens tallet i 2000 er 9,9 procent, og i 2006 er det oppe på 13,2 procent (jf. figur 3.4).

Figur 3.4 Andel af beskæftigede personer uddannet som sygeplejerske ansat i den private sektor i årene 1990-2006



Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

Som tabel 3.1 viser, er antallet af beskæftigede sygeplejersker i den private sektor steget støt og roligt fra omkring 3.900 privatansatte i 1991 til omkring 5.700 privatansatte i 2003. I 2004 sker en stigning, hvor antallet af privatansatte vokser til 7.180, og andelen af beskæftigede sygeplejersker ansat i den private sektor øges (jf. figur 3.4). Siden udviklingen fra 2003 til 2004 har antallet af privatansatte sygeplejersker ligget på stort set samme niveau – 6.499 privatansatte i 2005 og 7.310 privatansatte i 2006.

Tabel 3.1 Antal beskæftigede sygeplejersker ansat i henholdsvis den offentlige og private sektor i årene 1991-2006

	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2004	2005	2006
Privat ansatte	3.880	4.118	4.408	4.545	4.887	5.454	5.773	7.180	6.499	7.310
Offentligt ansatte	42.744	44.811	42.823	44.857	46.112	47.686	48.975	47.931	49.840	48.030
Total	46.624	48.929	47.231	49.402	50.999	53.140	54.748	55.111	56.339	55.340

Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

Selv om andelen af sygeplejersker beskæftiget i den private sektor er steget i de sidste år, er den offentlige sektor stadig sygeplejerskernes helt primære beskæftigelsesområde med omkring 90 procent af ansættelserne. Tabel 3.2 viser, inden for hvilke brancher og sektorer de sygeplejerskeuddannede arbejder i 2006.

Tabel 3.2 Beskæftigede sygeplejersker fordelt på brancher og offentlig/privat ansættelse i 2006

	Offentligt ansatte		Privat ansatte		I alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Hospitaler	33.176	69,1	443	6,1	33.619	60,7
Lægekonsultationer og ambulatorier	16	0,0	1.812	24,8	1.828	3,3
Hjemmesygepleje og sundhedspleje	3.799	7,9	20	0,3	3.819	6,9
Plejehjem og beskyttede boliger	6.722	14,0	464	6,3	7.186	13,0
Anden sygeplejerelevante branche	2.397	5,0	1.018	13,9	3.415	6,2
Øvrige brancher	1.920	4,0	2.486	34,0	4.406	1,9
Vikarbureauer	0	0,0	1.067	14,6	1.067	8,0
Total	48.030	100,0	7.310	100,0	55.340	100,0

Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

Bem.: "Anden sygeplejerelevante branche" omfatter: Døgninstitutioner for voksne med handicap, Forsorgshjem mv., Hjemmehjælp, Dagcentre for ældre, Andre sociale foranstaltninger uden institutionsophold, Skoler med sundheds- og omsorgsuddannelser samt (for ansatte i den private sektor), Medicinalvarefabrikker, Engroshandel med medicinalvarer og sygeplejeartikler, Engroshandel med læge- og hospitalsartikler.

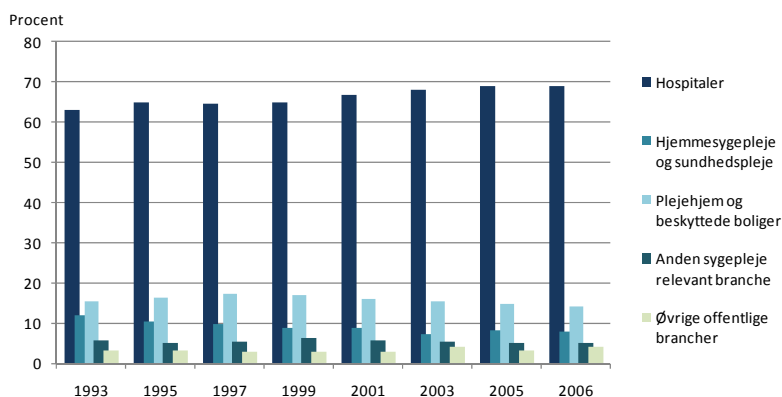
"Øvrige brancher" omfatter en lang række forskellige brancher med kun få sygeplejersker beskæftiget i hver enkelt branche.

Som det fremgår af tabel 3.2 er langt hovedparten beskæftiget på offentlige hospitaler, mens der er forholdsvis få beskæftiget på private hospitaler og i vikarbureauer. I den offentlige sektor er hele 90 procent ansat i kernefunktioner inden for sundhedsområdet (på hospitaler, ved plejehjem eller med sundhedspleje), hvorimod

en tredjedel af de ansatte i den private sektor arbejder i brancher, der ikke umiddelbart er relateret til sygepleje.

Der er kun sket ganske små brancheforskydninger for de offentlige ansættelser af sygeplejersker i de sidste 13 år (jf. figur 3.5).

Figur 3.5 Andel af beskæftigede sygeplejersker ansat i udvalgte brancher i den offentlige sektor for årene 1993, 1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005 samt 2006



Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

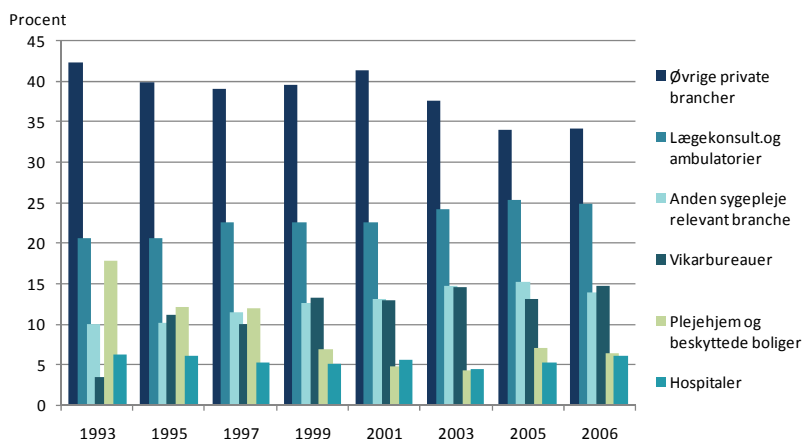
Bem.: Se bilagstabel 3.1. for antallet af offentligt ansatte sygeplejersker i de enkelte brancher.

I 1993 var 64 procent af sygeplejerskerne ansat i den offentlige sektor tilknyttet i hospitalsvæsenet, mens tallet i 2006 er steget til 69 procent. Samtidig er andelen af ansatte i stillinger inden for hjemmesygepleje og sundhedspleje i det offentlige faldet fra 12 til 8 procent i perioden. Der er altså tale om minimale brancheforskydninger inden for den offentlige sektor, og det overordnede billede er derfor, at de sygeplejerskeuddannede i dag er ansat i de samme brancher som tilbage i 1993.

I den private sektor er der derimod sket forskydninger mellem brancherne i perioden 1993-2006.

Her er eksempelvis andelen af beskæftigede sygeplejersker ansat i det private med arbejde inden for plejehjemssektoren faldet fra 18 til 6 procent over perioden, og andelen af privat ansatte i ikke-sygeplejerelevante brancher er faldet fra 42 til 34 procent (jf. figur 3.6.)

Figur 3.6 Andel af beskæftigede sygeplejersker ansat i udvalgte brancher i den private sektor for årene 1993, 1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005 samt 2006



Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

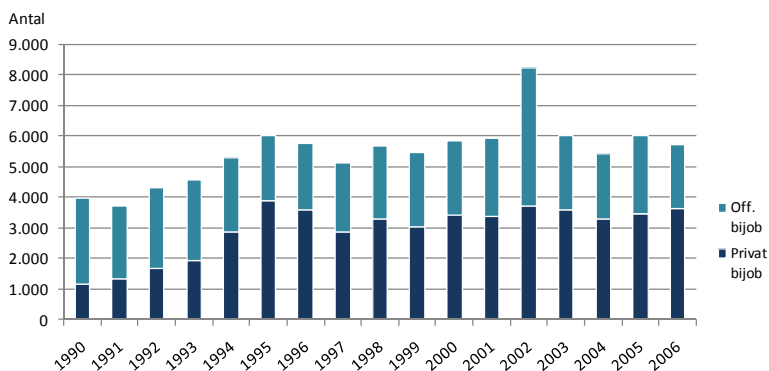
Bem.: Se bilagstabel 3.2. for antallet af privat ansatte sygeplejersker i de enkelte brancher.

Fra 1993 til 2006 er der samtidig sket en stor stigning i sygeplejerskernes beskæftigelse i vikarbureauerne, og en mindre stigning i ansatte ved "lægekonsultationer og ambulatorier" og inden for "andre sygeplejerelevante brancher". Stigningen i ansættelser inden for andre sygeplejerelevante brancher skyldes især, at antallet af ansatte i stillinger inden for engroshandel med medicinalvarer, sygeplejeartikler og læge- og hospitalsartikler er næsten tredoblet i perioden fra 233 personer i 1993 til 678 i 2006.

3.2 Ansættelsesforhold

Fra 1990 til 2006 er antallet af beskæftigede sygeplejersker, der har et bijob, steget fra 3.947 sygeplejersker i 1990 til 5.719 sygeplejersker i 2006. Figur 3.7 viser udviklingen i antallet af sygeplejersker med offentlige eller private bijob i perioden 1990-2006.

Figur 3.7 Antal beskæftigede sygeplejersker med bijob i den offentlige eller den private sektor i årene 1990-2006



Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

Bem.: Opgørelser over bijob er baseret på oplysninger for sygeplejerskernes beskæftigelse i november måned i det pågældende år, hvor distinktionen mellem hoved- og bibeskæftigelser er fortaget på baggrund af størrelsen af ATP-bidraget (for lokale arbejdssteder) og evt. lønindtægten.

Det har ikke været muligt at give en nærmere forklaring på, hvad der ligger bag afvigelsen i 2002.

Stigning i antallet af sygeplejersker med et bijob i enten den offentlige eller private sektor sker først i 1990'erne, og antallet af beskæftigede med bijob er efterfølgende omkring 5.-6.000 sygeplejersker. Dog med undtagelse af 2002, hvor antallet af bibeskæftigede steg til 8.240 sygeplejersker. Denne udvikling skal dog sammenholdes med, at antallet af beskæftigede sygeplejersker generelt er steget med op mod 10.000 personer fra 1990 til 2006. Således var andelen af beskæftigede sygeplejersker med et bijob

omkring 8-9 procent i starten af 1990'erne, og er kun steget marginalt til omkring 10-11 procent i det nye årtusinde, da arbejdsstyrken inden for sygeplejefaget generelt er blevet større.

Til gengæld har fordelingen af sygeplejerskernes bijob mellem de to sektorer ændret sig i perioden (jf. figur 3.7). I 1990 var 70 procent af bijobbene i den offentlige sektor, og frem til 1994 var kun omkring 30-40 procent af sygeplejerskernes bijob i den private sektor. Denne fordeling mellem de to sektorer er gradvis vendt, og i 2006 var kun 36 procent af bijobbene i den offentlige sektor og hele 64 procent i den private sektor. Dette billede viser sig både for offentligt og privat ansatte sygeplejersker med bijob (jf. tabel 3.3).

Tabel 3.3 Antal sygeplejersker med bijob i den offentlige og den private sektor i 2006 fordelt på hovedbeskæftigelse

	Offentligt ansatte med et bijob		Privat ansatte med et bijob	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Bijob i den offentlige sektor	1.631	36,5	443	35,4
Bijob i den private sektor	2.835	63,5	810	64,6
Total	4.466	100,0	1.253	100,0

Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

Det er især sygeplejersker i alderen 35-48 år, der har et bijob, og der er ikke forskel på aldersfordelingen blandt sygeplejersker med et bijob i den private og dem med et bijob i den offentlige sektor. (jf. tabel 3.4). Samlet set tyder det på, at sygeplejersker, der har et bijob – hvad enten det er i den offentlige eller privat sektor- har arbejdet en årrække inden for sygeplejefaget, før de tager et bijob. Samtidig kommer langt hovedparten af disse sygeplejersker fra en ansættelse i den offentlige sektor.

Tabel 3.4 Gennemsnitsalder, medianalder og 25 procent og 75 procent kvartiler for sygeplejersker med bijob i perioden 1990-2006

	Gennem- snitsalder	Median- alder	(25%-75%) kvartiler
Sygeplejersker i privat bijob	41,95 år	42 år	35-48 år
Sygeplejersker i offentligt bijob	41,6 år	41 år	35-48 år

Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

Sygeplejerskernes arbejdspladser

Sygeplejerskerne arbejder i høj grad på kommunale og regionale arbejdspladser (jf. tabel 3.5). Derudover er 13 procent ansat ved selvejende institutioner og omkring 7 procent i private firmaer (herunder enkeltmandsfirmaer).

Tabel 3.5 Beskæftigede sygeplejersker i 2006 fordelt på forskellige typer af arbejdspladser

	Antal	Procent
Enkeltmandsfirma	905	1,6
Privat firma ¹	3.297	6,0
Stat	238	0,4
Kommune/Region	38.002	68,7
Selvejende institution	7.327	13,2
Anden ejerform	327	0,6
Udenlandske virksomheder	90	0,2
Uoplyst	5.154	9,3
Total	55.340	100,0

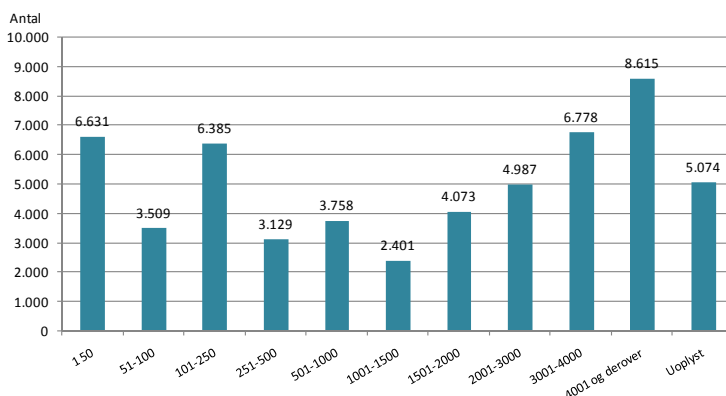
Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

1 Kategorien "Privat firma" omfatter: Interessentselskab, Partsrederi, Kommanditselskab, Aktieselskab (A/S), Anpartsselskab (ApS), Andelsforening.

Selv om langt hovedparten er af de beskæftigede sygeplejersker er ansat i den offentlige sektor, er der stor forskel på, hvor store de

enkelte arbejdspladser er. I figur 3.8 gengives således antallet af beskæftigede sygeplejersker fordelt efter det samlede antal af ansatte på de enkeltes arbejdsplads.

Figur 3.8 Fordeling af sygeplejersker beskæftiget i 2006 efter samlet antal ansatte



Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

Der er omkring 6.600 sygeplejersker ansat på arbejdspladser med mindre end 51 ansatte. Samtidig arbejder mere end 8.500 sygeplejersker på arbejdspladser med over 4.000 ansatte. Der er således en betydelig spredning i størrelsen af de virksomheder/arbejdspladser, hvor sygeplejerskerne er ansat.

3.3 Efter- og videreuddannelse for sygeplejerskerne

Sygeplejerskerne har en række muligheder for efter- og videreuddannelse. For det første gælder det efteruddannelse i form af ajourførende og opkvalificerende uddannelsesaktiviteter, der ofte er etableret lokalt eller regionalt. Det drejer sig eksempelvis om de sundhedsfaglige diplomuddannelser, der sigter på en fagspecifik opkvalificering af bl.a. sygeplejersker via et 2-3-årigt uddannel-

sesforløb på bachelorniveau¹¹. For det andet er der syv forskellige specialuddannelser for sygeplejersker etableret af Sundhedsstyrelsen. Det gælder: anæstesisygeplejerskeuddannelsen, intensivsygeplejerskeuddannelsen, hygiejnesygeplejerskeuddannelsen, specialuddannelsen for sygeplejersker i psykiatrisk sygepleje, sundhedsplejerskeuddannelsen, specialuddannelsen for sygeplejersker i kræftsygepleje og stråleterapiuddannelsen. Specialuddannelserne varer typisk 1½-2 år og er tilrettelagt med fokus på specifik sygeplejeviden og færdigheder inden for et klinisk felt. Der er cirka 3-400 sygeplejersker, der årligt tager en specialuddannelse (Sundhedsstyrelsen 2008).

Med undtagelse af specialuddannelsen til sundhedsplejerske, så indgår de beskrevne efter- og specialuddannelser ikke i undersøgelsens datagrundlag. Kun sygeplejerskernes videreuddannelser inden for Undervisningsministeriets område er med, og tabel 3.6 viser, hvordan de beskæftigede sygeplejersker fordeler sig i forhold til disse udvalgte videreuddannelser.

Tabel 3.6 Beskæftigede sygeplejers fordeling på videreuddannelse i 2006

	Antal	Procent
Sygeplejerske (prof.bach.)	52.664	95,0
<i>Videreuddannelser</i>		
– Sundhedsplejerske	2.309	4,3
– Sygeplejevidenskabelig kandidat	367	0,7
Total	55.340	100,0

Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (Uddannelsesregisteret).

¹¹ De sundhedsfaglige diplom- og masteruddannelser ligger inden for Undervisningsministeriets område, men indgår som uddannelser i VVU-systemet ikke i opgørelser for Højeste Fuldførte Uddannelse (HFFSP). Efteruddannelserne indgår kun i registeret for kursister ved voksen- og efteruddannelser, som *ikke* er en del af undersøgelsens datagrundlag.

Langt hovedparten af de beskæftigede personer, som undersøgelsen har defineret som sygeplejerskeuddannede, har en sygeplejerskeuddannelse. I 2006 har cirka 370 af de beskæftigede sygeplejersker taget en kandidatuddannelse i sundhedsplejevidenskab, og 2.300 er uddannet som sundhedsplejerske.

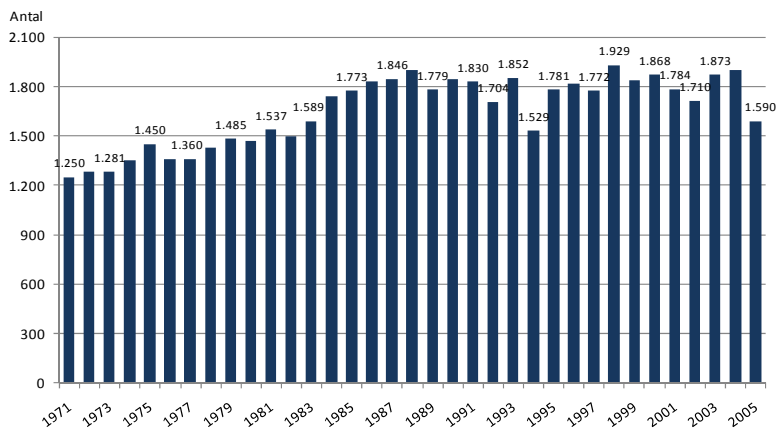
4 De nyuddannede sygeplejerskers vej ind på arbejdsmarkedet

I dette kapitel sættes fokus på de nyuddannede sygeplejersker. I hvilken alder træder de færdiguddannede sygeplejersker ud på arbejdsmarkedet, hvor er deres førstegangsansættelse, i hvor høj grad ansættes de i samme region, som uddannelsen er afsluttet? Når det er interessant at se nærmere på dette, hænger det naturligvis sammen med spørgsmålet om, hvilke arbejdspladser der påtager sig at opbygge de kompetencer der følger af at blive en erfaren og effektiv sygeplejerske, som fuldt ud behersker professionsudøvelsen. Dernæst har det interesse at få belyst, om nogle regioner i væsentlig højere grad end andre påtager sig opgaven med at uddanne sygeplejersker i forhold til regionens efterspørgsel.

4.1 De nyuddannede og deres ansættelsessteder

Figur 4.1. viser udviklingen i det årlige antal af nyuddannede sygeplejersker fra 1971 til 2005.

Figur 4.1 Antallet af nyuddannede sygeplejersker i perioden 1971-2005



Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (INTE-registret).

Fra 1971 og frem til 1989 var der en støt opadgående tendens i antallet af nyuddannede sygeplejersker, fra 1.250 nye sygeplejersker i 1971 til 1.898 nyuddannede i 1988. I de sidste 15 år har antallet af nyuddannede sygeplejersker ligget omkring 1.700-1.990 om året, dog med markante nedgange i 1994 og 2005.

Sammenlignet med tidligere er de færdiguddannede sygeplejersker væsentlig ældre i dag, når de træder ud på arbejdsmarkedet. Gennemsnitsalderen var i 1971 23,1 år for de nyuddannede. Den er steget støt siden og ligger i 2005 på 28,6 år (jf. tabel 4.1). Denne stigning skyldes især, at de sygeplejestuderende er blevet væsentlig ældre, når de påbegynder deres studie (Jensen et al. 2006), hvilket i sidste ende betyder, at sygeplejerskerne i dag er færre år på arbejdsmarkedet.

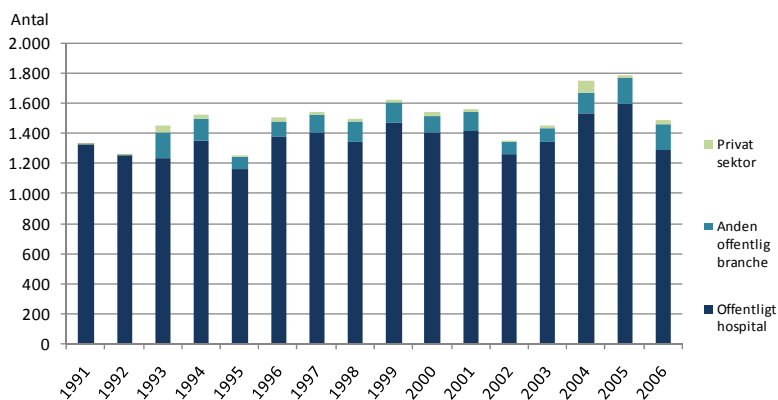
Tabel 4.1 Gennemsnitsalderen for nyuddannede sygeplejersker for udvalgte år i perioden 1971-2005

	1971	1976	1981	1986	1991	1996	2001	2005
Gennemsnitsalderen for nyuddannede sygeplejersker	23,1	23,6	25,5	26,1	26,7	26,9	27,8	28,6
25%-75% kvartiler	22-23 år	22-24 år	24-26 år	25-26 år	25-26 år	25-28 år	25-28 år	25-30 år

Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (INTE-registret).

De nyuddannede sygeplejersker søger i vid udstrækning til den offentlige hospitalssektor efter færdiggørelsen af deres uddannelse. Figur 4.2 viser udviklingen over tid, i hvilken sektor de nyuddannede (fra 1990-2005) er ansat året efter, de har færdiggjort deres uddannelse – dvs. 1991-2006.

Figur 4.2 Antallet af nyuddannede sygeplejersker fordelt efter ansættelsessted i året efter endt uddannelse



Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

I de første år i 1990'erne er op mod 100 procent af de nye sygeplejersker ansat på et offentligt hospital året efter, de har fuldført deres uddannelse. Herefter bliver flere nyuddannede sygeplejersker ansat uden for den offentlige hospitalssektor (omkring 9-18 procent). Der er kun ganske få af de nye sygeplejersker, der søger direkte til en stilling i den private sektor, fra omkring 1 procent til 5 procent i 2003 som det højeste. Samlet set har langt hovedparten (mellem 82 og 91 procent) af de nyuddannede sygeplejersker i perioden 1990-2005 deres første ansættelse i hospitalsvæsenet.

I tabel 4.2. ses nærmere på, inden for hvilke arbejdsområder de nyuddannede får deres første ansættelse for to udvalgte uddannelsesårgange (1995 og 2005). For at vurdere, om efterspørgselssammensætningen over tid har ændret sig, sammenlignes så-

ledes beskæftigelsesområderne blandt de nyuddannede sygeplejersker i 1990'erne og det nye årtusinde.

Tabel 4.2 Nyuddannede sygeplejersker i henholdsvis 1995 og 2005 fordelt efter brancher og offentlig/privat ansættelse, i året efter endt uddannelse, opgjort i procent

	Hospitaler	Lægekonsultationer og ambulatorier	Hjemmesygepleje og sundhedspleje	Plejehjem og beskyttede boliger	Anden sygeplejerelevanter branche ¹	Øvrige brancher ²	Vikarbureauer	Total
Nyuddannede i 1995								
Privat	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,6	1,0	2,1
Offentlig	90,3	0,1	2,0	3,5	1,5	0,6	0,0	97,9
Total	90,3	0,2	2,1	3,7	1,6	1,2	1,0	100,0
Samlet antal	1.508	3	35	61	27	20	16	1.670
Nyuddannede i 2005								
Privat	0,1	0,3	0,0	0,1	0,3	1,3	1,2	3,3
Offentlig	84,1	0,1	1,4	7,3	2,3	1,5	0,0	96,7
Total	84,2	0,4	1,4	7,3	2,6	2,8	1,2	100,0
Samlet antal	1.286	6	22	112	40	43	19	1.528

Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

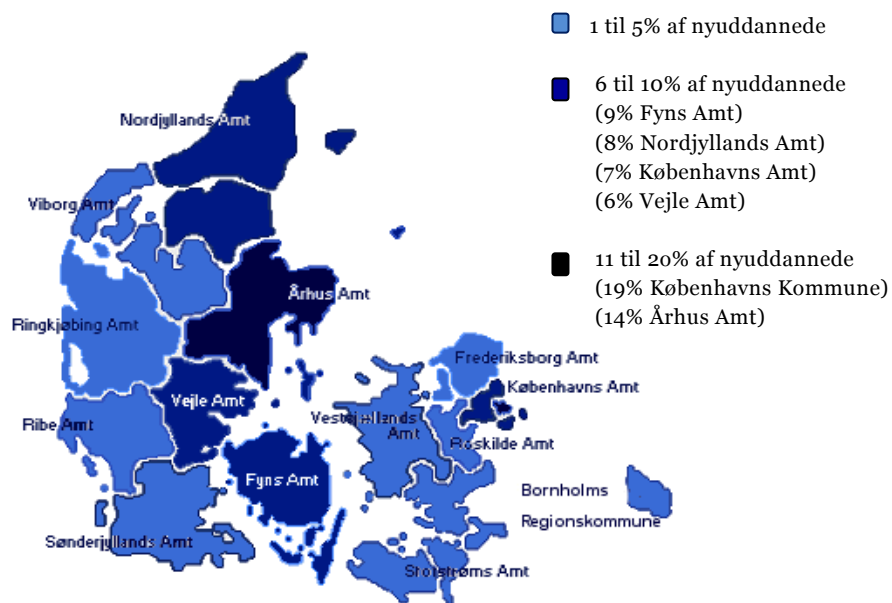
- 1 "Andet sygeplejerelevant arbejde" omfatter: Døgninstitutioner for voksne med handicap, Forsorgshjem mv., Hjemmehjælp, Dagcentre for ældre, Andre sociale foranstaltninger uden institutionsophold, Skoler med sundheds- og omsorgsuddannelser samt (for ansatte i den private sektor) Medicinalvarefabrikker, Engroshandel med medicinalvarer og sygeplejeartikler, Engroshandel med læge- og hospitalsartikler.
- 2 "Øvrige brancher" omfatter en lang række forskellige brancher med kun få sygeplejersker beskæftiget i hver enkelt branche.

Som tabel 4.2 viser, er de 10-15 procent af de nyuddannede sygeplejersker, der ikke arbejder inden for hospitalsvæsenet, fordelt mellem en række arbejdsområder. De fleste arbejder ved plejehjem og beskyttede boliger, og andelen af nyuddannede, der arbejder på dette område er steget fra årgang 1995 til årgang 2005. Derudover er antallet af nyuddannede sygeplejersker, der er ansat i "øvrige brancher" og dermed uden for sygeplejerskernes typiske arbejdsområder fordoblet. I hele perioden fra 1990 til 2005 er i alt 76 nyuddannede sygeplejersker ansat på privathospitaler. Da der er tale om relativt små bevægelser for sammenligningen af de nyuddannedes beskæftigelsesområder, er der ikke noget, der umiddelbart peger i retning af ændringer i efterspørgselssammensætningen for de nyuddannede over de sidste 10 år.

4.2 De nyuddannedes geografiske mobilitet

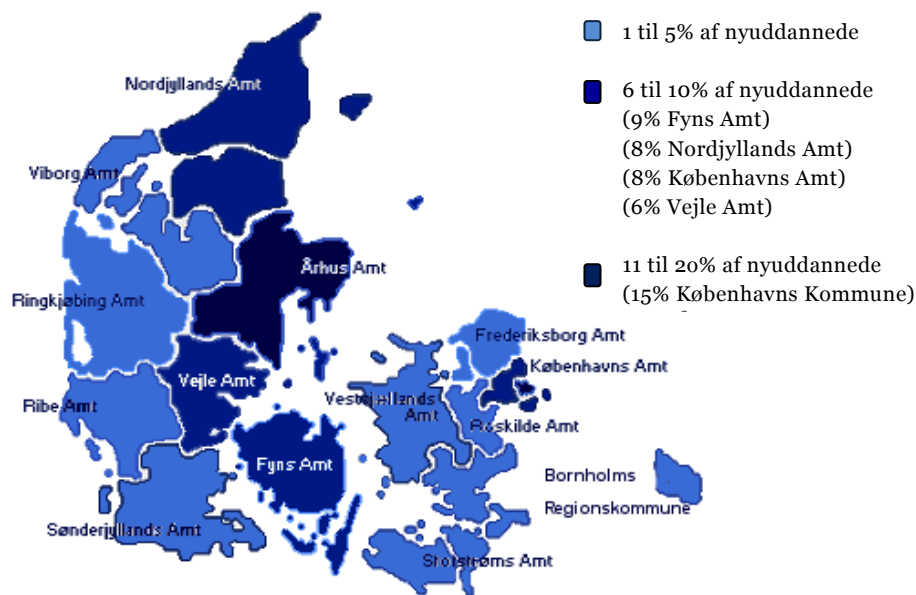
I perioden 2001 til 2003 er der uddannet i alt 5.388 nye sygeplejersker på landsplan. Uddannelsesstederne er placeret rundt om i landet, og figur 4.3 viser, hvor de nyuddannede sygeplejersker fra årene 2001, 2002 og 2003 var bosat det sidste år af deres uddannelse.

Figur 4.3 Fordelingen af nyuddannede sygeplejersker i perioden 2001-2003 på de forskellige amter



Omkring halvdelen af de nyuddannede sygeplejersker er bosat i de fire amter med de største danske byer (Københavns Kommune, Københavns Amt, Århus Amt, Fyns Amt og Nordjyllands Amt), mens den resterende del er spredt ud over hele landet. Figur 4.4 viser, hvordan disse sygeplejersker, der færdiggjorde deres uddannelse fra 2001-2003, har fordelt sig ud over landet i 2005.

Figur 4.4 Andel af nyuddannede sygeplejersker (2001-2003) bosat i de forskellige amter i 2005



De nyuddannede sygeplejersker (fra 2001-2003) er i 2005 fordelt mellem de forskellige amter på stort set samme måde som ved uddannelsestidspunktet. Dette tyder altså på, at de nyuddannede sygeplejersker i høj grad får deres første job i den region, hvor de er uddannet.

Tabel 4.3 viser, hvor mange af de nyuddannede sygeplejersker fra 2001-2003, der 2-4 år efter, de har færdiggjort deres uddannelse, stadig bor i det samme amt.

Tabel 4.3 Andel af nyuddannede sygeplejersker, der bor i samme amt i 2005

Bopæl under studiet		Bosat i samme amt i 2005	
		Antal	Procent
Københavns Kommune	1.031	657	64
Frederiksberg Kommune	144	63	44
Københavns Amt	398	276	69
Frederiksborg Amt	265	217	82
Roskilde Amt	163	125	77
Vestsjællands Amt	194	167	86
Storstrøms Amt	211	185	88
Bornholms Amt	29	26	90
Fyns Amt	471	401	85
Sønderjyllands Amt	218	180	83
Ribe Amt	188	164	87
Vejle Amt	319	262	82
Ringkøbing Amt	235	193	82
Århus Amt	747	624	84
Viborg Amt	300	254	85
Nordjyllands Amt	435	378	87
Total	5.388	4.172	77

Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (FAIN-registret).

I langt de fleste amter er over 80 procent af de nyuddannede sygeplejersker stadig bosat i samme amt som i året, hvor de færdiggjorde deres uddannelse. Det er kun i københavnsområdet, at andelen af nyuddannede sygeplejersker bosat i samme område i 2005, er lavere. Dette kan blot være udtryk for, at sygeplejerskerne har flyttet bopæl inden for københavnsområdet, idet amts- og kommunegrænser geografisk ligger ganske tæt.

Alt i alt er langt hovedparten af de nyuddannede sygeplejersker blevet boende i det samme amt, hvor de tog deres uddannelse fra. Den samlede andel af nyuddannede sygeplejersker i det enkel-

te amt har derfor ikke ændret sig betydeligt fra uddannelsestidspunktet og frem til 2005 (jf. figur 4.3 og 4.4). Der er altså ikke noget, der peger på, at sygeplejerskerne uddanner sig i bestemte regioner og derefter flytter til eksempelvis de større byer og søger arbejde. Samtidig afspejler fordelingen af de nyuddannede sygeplejersker i vid udstrækning befolkningens geografiske fordeling mellem landsdelene¹².

¹² Befolkningens geografiske fordeling på amterne er beregnet på baggrund af tal fra www.dst.dk.

5 Hvor mange sygeplejerskeuddannede skifter job mellem den offentlige og private sektor?

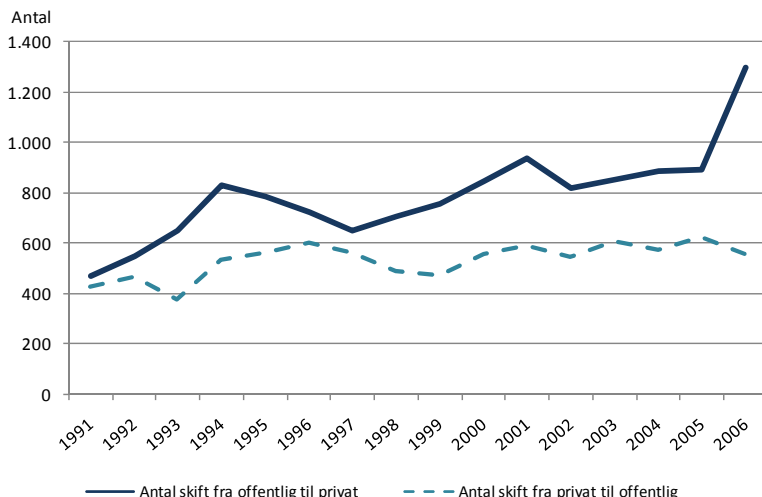
I dette kapitel belyses, hvor mange sygeplejersker, der skifter fra offentlig ansættelse til privat og fra privat til offentlig ansættelse, samt i hvilke typer af ansættelse skiftene sker. Delpopulationen i dette kapitel er de beskæftigede sygeplejersker (som beskrevet i kapitel 3). Skiftene mellem de to sektorer er defineret som personer med ansættelse i den offentlige (private) sektor, der i efterfølgende år arbejder i den private (offentlige) sektor¹³.

5.1 Omfanget af skift

Vi skal her se nærmere på omfanget af skift mellem de to sektorer for de beskæftigede sygeplejersker i perioden fra 1991 til 2006.

¹³ Der er ingen restriktioner i forhold til, hvor mange gange personen kan indgå i opgørelserne, og der kan således i enkelte tilfælde være tale om, at den samme person indgår mere end en gang.

Figur 5.1 Antal sygeplejerskeuddannede, der skifter job mellem den offentlig og den private sektor i perioden 1991-2006



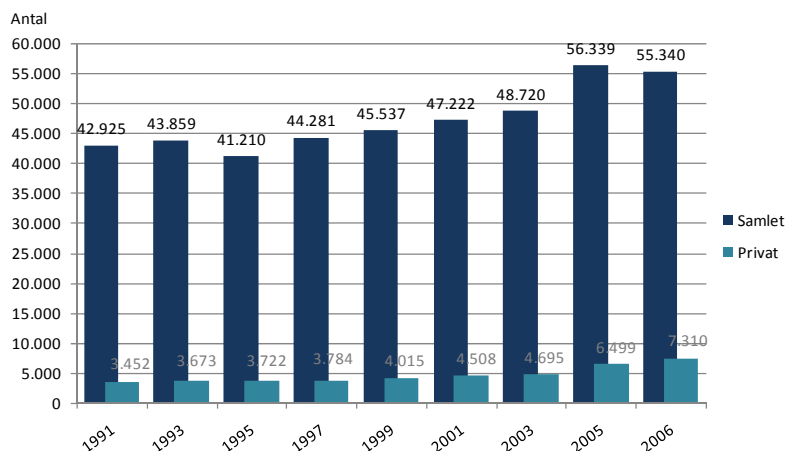
Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

Fra et niveau på omkring 400 i 1991 har der over en tiårsperiode været mellem 600-800 sygeplejerskeuddannede, der årligt skifter fra offentlig til privat ansættelse. Dog med dyk i 1996/1997 og 2002. Fra 2003 ses en stigning og fra 2005 til 2006 er der godt 1.300 sygeplejersker, som skifter fra offentlig til privat. Skift fra privat til offentlig følger til en vis grad de samme svingninger frem til 2005, men på et lavere niveau, således at der er en nettotilgang til privat ansættelse. Konsekvensen af dette er en højere mobilitet bort fra offentlig til privat ansættelse som sygeplejerske end den modsatte vej, hvilket i hovedsagen indebærer en vækst i den private beskæftigelse af sygeplejersker eller en afgang til uden for arbejdsstyrken blandt de privat ansatte (jf. figur 2.1). Nettotilgangen til den private sektor fra 2000 til 2006 svarer til omkring 2.500 personer, hvilket især skyldes den store forskel mellem offentlige og private skift i 2006. Her var der 1.299 sygeplejersker, der skif-

tede fra offentlige til privat, og kun 556 privatansatte, som søgte til en ansættelse i den offentlige sektor. Til sammenligning kan det nævnes, at der på landsplan var knap 38.000 personer, som i 2005 til 2006 skiftede fra en offentlig til en privat ansættelse, og godt 41.500 personer, der gik fra et job i den private sektor til en offentlig stilling (Hansen 2008). Det svarer til, at godt 4,5 procent af de beskæftigede i den offentlige sektor skifter til et privat job.

Udvikling i antallet af beskæftigede sygeplejersker, som skifter fra offentlig til privat ansættelse, skal ses i lyset af, hvor mange sygeplejersker der samlet set er beskæftiget i de enkelte år.

Figur 5.2 Antal beskæftigede sygeplejersker i hhv. den offentlige og private sektor i perioden 1990-2006



Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

Stigningen i antallet af sygeplejersker, der skifter til et job i en anden sektor, afspejler i nogen grad den forøgelse i antallet af beskæftigede sygeplejersker, der generelt har fundet sted. Det relative tal for mobiliteten blandt sygeplejerskerne i de to sektorer er dog steget lidt, når man ser på andelen af personer, der skifter job til en anden sektor (jf. tabel 5.1).

Tabel 5.1 Fordeling i sektorskift for henholdsvis den offentlige sektor og den private sektor for årene 1991, 1993, 1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005 samt 2006

		1991	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2006
<i>Offentlige ansættelser</i>	Antal ansatte	46.624	48.929	47.231	49.402	50.999	53.140	54.748	56.339	48.030
	Antal skift (offentlig til privat)	471	654	788	649	757	937	853	896	1.299
	Andel der skifter	1.1	1.5	1.8	1.4	1.6	2.0	1.7	1.8	2.7
<i>Private ansættelser</i>	Antal ansatte	3.380	4.118	4.408	4.545	4.887	5.454	5.773	6.499	7.310
	Antal skift (privat til offentlig)	429	379	563	562	473	592	608	625	556
	Andel der skifter	11.1	9.2	12.8	12.4	9.7	10.9	10.5	9.6	7.6
<i>Netto van- dringer</i>		42	275	225	87	284	345	245	274	743

Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

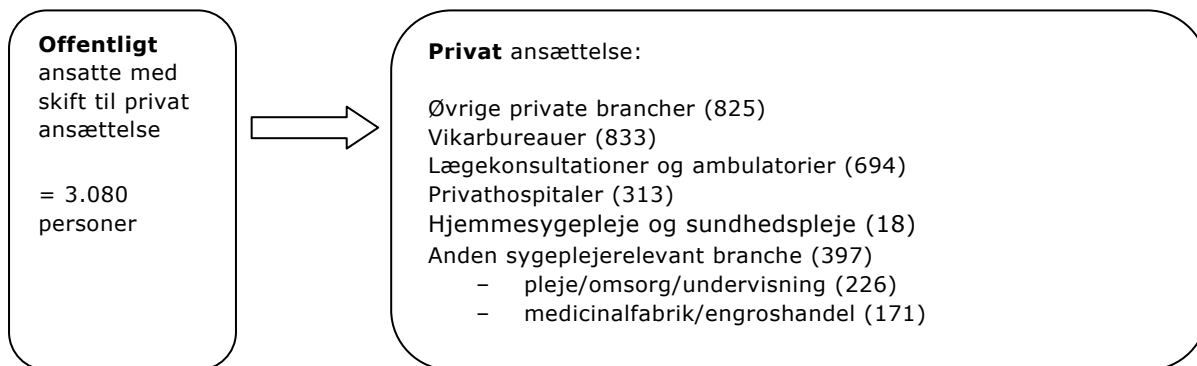
Andelen af mobile sygeplejersker i den offentlige sektor har ligget relativt stabilt omkring 1-2 procent over en 10-årig periode. I 2006 er andelen af beskæftigede sygeplejersker i det offentlige, der skifter til en stilling i den private sektor, imidlertid steget til 2,7 procent. Andelen af privatansatte, der skifter til et job i det offentlige, er væsentlig højere og bølger op og ned i perioden fra omkring 7,5 procent til 13 procent i 1995 som det højeste. Den årlige nettovandring af sygeplejersker væk fra den offentlige sektor har ligget omkring 250 i flere år, men steg i 2005 til 274 og i 2006 til 743.

I det følgende ses nærmere på mobiliteten for de sygeplejersker, der har skiftet til et nyt job i en anden sektor inden for de seneste år (2002-2006).

5.2 Skift fra offentlig til privat ansættelse

I figur 5.3 vises mobiliteten for de, der har en sygeplejerskeuddannelse som højeste fuldførte uddannelse og skifter fra offentligt arbejde til privat fra 2003 til 2004, fra 2004 til 2005 samt fra 2005 til 2006.

Figur 5.3 Sygeplejerskers mobilitet fra offentlig til privat ansættelse fra 2003 til 2004, fra 2004 til 2005 samt fra 2005 til 2006



Bem.: Ved de to underkategorier for "Anden sygeplejerelevante branche" dækker "Pleje/omsorg/undervisning": Døgninstitutioner for voksne med handicap, Plejehjem og beskyttede boliger, Forsorgshjem mv., Andre sociale foranstaltninger uden institutionsophold, Skoler med sundheds- og omsorgsuddannelser. "Medicinalfabrik/engroshandel": Medicinalvarefabrikker, Engroshandel med medicinalvarer og sygeplejeartikler, Engroshandel med læge- og hospitalsartikler.

Omkring 60 procent af de sygeplejersker, der skifter til et job i den private sektor, bliver ansat i vikarbureauer, hos lægekonsultationer og i ambulatorier eller på privathospitaler. De mobile sygeplejersker bevæger sig i høj grad rundt på det, der kan betegnes som sygeplejerskearbejdsmarkedet. Heri ligger, at kun omkring 30 procent, søger beskæftigelse i job, hvor der ikke udføres et arbejde, som i større eller mindre udtrækning forudsætter kompetencer, som opnås gennem sygeplejerskeuddannelsen¹⁴. Det er samtidig værd at bemærke, at kun en lille andel (omkring 10 procent) af de sygeplejersker, som skifter til den private sektor, får ansættelse på et privathospital.

De 3.080 sygeplejersker, der søgte væk fra det offentlige og over i en privat ansættelse fra 2003, 2004 eller 2005 kommer fra alle typer af offentlige job. Tabel 5.2 gengiver branchetilknytningen for de sygeplejersker, der skifter til en privat ansættelse (i 2004, 2005 eller 2006).

¹⁴ Beregnet som ansættelser i øvrige private brancher og medicinalfabrik/en groshandel.

Tabel 5.2 Sygeplejerskers branchetilknytning i den offentlige ansættelse

	De mobile sygeplejersker fra off. til privat (2003-2006)		De beskæftigede sygeplejersker (2006)		Andel af sygeplejersker inden for branchen, der skifter
	Antal	Procent	Antal	Procent	Procent
Hospitaler	2.052	66,6	33.176	69,1	6,2
Lægekonsultationer og ambulatorier	4	0,1	16	0,0	-
Hjemmesygepleje og sundhedspleje	139	4,5	3.799	7,9	3,7
Plejehjem og beskyttede boliger	525	17,0	6.722	14,0	7,8
Anden sygeplejerelevante branche	199	6,5	2.397	5,0	8,3
Øvrige brancher	161	5,2	1.920	4,0	8,4
Total	3.080	100	48.030	100	6,4

Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

De sygeplejersker, som skifter til et job i den private sektor, kommer i vid udstrækning fra stillinger på hospitaler og ved plejehjem og beskyttede boliger. Branchetilknytningen for de mobile sygeplejersker afspejler i høj grad beskæftigelsessituationen. Der er dermed intet, der tyder på, at sygeplejerskerne søger væk fra bestemte brancher i det offentlige system ud fra den relative mobilitet, hvor afgang fra de enkelte brancher sættes i forhold til antallet af beskæftigede i branchen. Den relative mobilitet i den offentlige sektor svarer til, at omkring 6 procent af de ansatte sygeplejersker inden for alle offentlige brancher skifter til et job i den private sektor over en treårig periode.

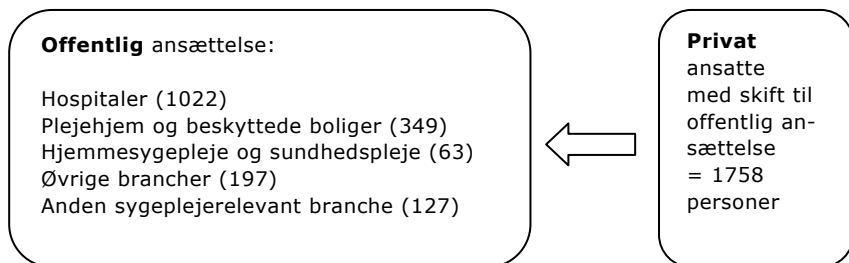
Det er i den forbindelse vigtigt at fremhæve, at undersøgelsen udelukkende ser på mobiliteten *mellem* sektorer. Det er derfor ikke muligt at afdække, hvorvidt udvalgte offentlige ansættelsessteder er hårdere ramt af mobilitet blandt sygeplejerskerne end an-

dre, eksempelvis bestemte sygehuse eller afdelinger. Samtidig har det heller ikke været muligt at opdele på de enkelte specialer, og de samlede resultater, der er gengivet ovenfor, kan derfor dække over specialer inden for eksempelvis hospitalsvæsenet (som intensivsygeplejersker eller anæstesisygeplejersker), der er særligt udsatte i forhold til sygeplejerskernes mobilitet til den private sektor. Endelig betyder fokuset på mobiliteten mellem sektorer, at mobiliteten inden for den offentlige sektor, hvor sygeplejersker skifter til job uden for sygeplejefaget, ikke er medtaget i disse analyser.

5.3 Skift fra privat til offentlig ansættelse

Mobiliteten blandt sygeplejersker går ikke kun i retning fra offentlig til privat ansættelse. Der er også en stor del af sygeplejersker ansat i den private sektor, der går den modsatte vej og søger (tilbage til) et job i det offentlige. Figur 5.4 viser mobiliteten for beskæftigede sygeplejersker, som skifter fra privat til offentligt arbejde fra 2003 til 2004, fra 2004 til 2005 samt fra 2005 til 2006.

Figur 5.4 Sygeplejerskers mobilitet fra privat til offentlig ansættelse fra 2003 til 2004, fra 2004 til 2005 samt fra 2005 til 2006



Bem.: "Anden sygeplejerelevant branche" dækker: Døgninstitutioner for voksne med handicap, Forsorgshjem mv., Hjemmehjælp, Dagcentre for ældre, Andre sociale foranstaltninger uden institutionsophold samt Skoler med sundheds- og omsorgsuddannelser.

Det er ikke overraskende de to primære brancher for sygepleje inden for den offentlige sektor, der tiltrækker sygeplejersker fra den private sektor. Hele 78 procent af de sygeplejersker, der skifter fra en privat til offentlig ansættelse, får job på hospitalerne eller på plejehjem/beskyttede boliger.

Som det fremgår af tabel 5.3., kommer de mobile sygeplejersker i vid udstrækning fra stillinger i vikarbureauer og brancher uden sygeplejerelevant tilknytning i den private sektor.

Tabel 5.3 De mobile sygeplejerskers branchetilknytning i den private ansættelse

	De mobile sygeplejersker fra privat til off. (2003-2006)		De beskæftigede sygeplejersker (2006)		Relativ mobilitet inden for branchen
	Antal	Procent	Antal	Procent	
Privathospitaler	141	8,0	443	6,1	31,8
Lægekonsultationer og ambulatorier	211	12,0	1.812	24,8	11,6
Hjemmesygepleje og sundhedspleje	16	0,9	20	0,3	-
Plejehjem og beskyttede boliger	107	6,1	464	6,3	23,1
Anden sygeplejerelevante branche	125	7,1	1.018	13,9	12,3
Øvrige private brancher	531	30,2	2.486	34,0	21,4
Vikarbureauer	627	35,7	1.067	14,6	58,8
Total	1758	100	7.310	100	24,0

Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

Sammenlignet med branchefordelingen for samtlige sygeplejersker beskæftiget i den private sektor indikerer tallene for de mobile sygeplejersker, at ansatte på de private hospitaler og i vikarbureauer i højere grad søger væk fra deres stilling og over i en offentlig ansættelse. Den relative mobilitet for de privat ansatte svarer samlet set til omkring 24 procent. Der er dog store forskelle mellem de enkelte brancher. Hele 30-59 procent af de sygeplejersker, der er ansatte ved private hospitaler og vikarbureauer i 2005, er skiftet til en stilling inden for det offentlige i løbet af bare tre år, mens den relative mobilitet tilsyneladende er mindst for privatan-satte sygeplejerske ved "Lægekonsultationer og ambulatorier". Dette tyder altså på en hurtigere mobilitet og udskiftning af personel inden for den private sektor generelt og i særdeleshed inden for de private hospitaler og vikarbureauer.

Det er samtidig værd at bemærke, at ud af de 1.758 sygeplejersker, som vender tilbage fra den private sektor til en offentlig ansættelse, er der 98 sygeplejersker med et bijob i den offentlige og 557 med et bijob i den private sektor. Det svarer samlet set til, at 37,2 procent af de mobile sygeplejersker fra den private til den offentlige sektor har et bijob (jf. tabel 5.4).

Tabel 5.4 De mobile sygeplejerskers fra privat til offentlig ansættelse fordelt efter bijob

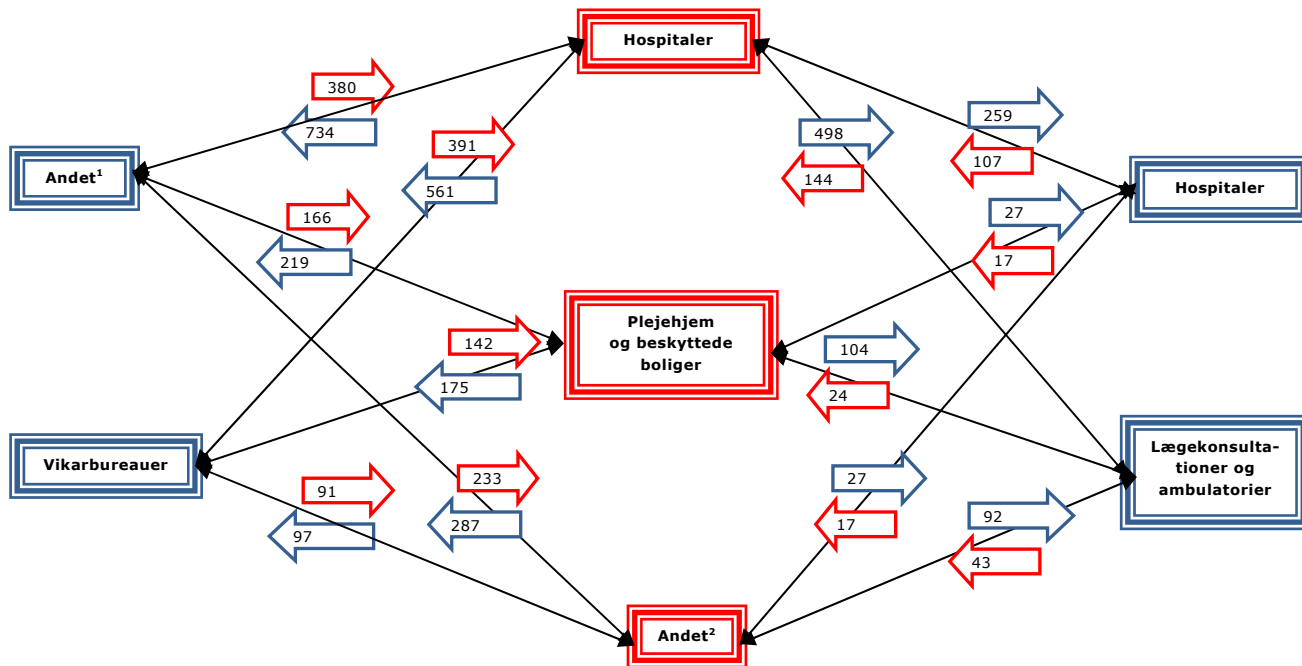
	Antal	Procent
Sygeplejerske uden bijob	1.103	62,8
Sygeplejerske med offentligt bijob	98	5,6
Sygeplejerske med privat bijob	557	31,6
Total	1.758	100

Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

5.4 Strømmene mellem offentlig og privat ansættelse

I perioden fra 2003-2006 var der 3.080 sygeplejersker, der skiftede beskæftigelse fra offentlig til privat, og 1.758, der skiftede fra privat til offentlig ansættelse. Det vil sige, at tager man udgangspunkt i den offentlige sektor, så var der en nettoafgang på omkring 1.322 sygeplejersker i denne periode. Disse strømme mellem offentlig og privat ansættelse vises i figur 5.5. Her er de røde bokse de offentlige job, mens de blå er de private job, og de røde pile angiver bevægelser til den offentlige, mens de blå udgør bevægelser til det private (jf. bilagstabel 5.1 og bilagstabel 5.2 for antallet af skift mellem samtlige branchekategorier).

Figur 5.5 Sygeplejerskers mobilitet fra offentlig til privat ansættelse (blå pil) og omvendt (rød pil) fra 2003 til 2004, fra 2004 til 2005 samt fra 2005 til 2006



- Bem.: Bevægelserne er opgjort som summen af bevægelser de pågældende år. Der kan således i enkelte, men meget få tilfælde, være tale om, at den samme person indgår i summen af bevægelser mere end en gang.
- 1) "Andet" i den private sektor omfatter: Hjemmesygepleje og sundhedspleje, Døgninstitutioner for voksne med handicap, Plejehjem og beskyttede boliger, Forsorgshjem mv., Andre sociale foranstaltninger uden institutionsophold, Skoler med sundheds- og omsorgsuddannelser, Medicinalvarefabrikker, Engroshandel med medicinalvarer og sygeplejeartikler, Engroshandel med læge- og hospitalsartikler samt Øvrige private brancher.
 - 2) "Andet" i den offentlige sektor omfatter: Hjemmesygepleje og sundhedspleje, Døgninstitutioner for voksne med handicap, Forsorgshjem mv., Hjemmehjælp, Dagcentre for ældre, Andre sociale foranstaltninger uden institutionsophold, Skoler med sundheds- og omsorgsuddannelser samt Øvrige brancher.

Sygeplejerskernes bevægelser mellem de offentlige og private ansættelser giver et billede af, hvor nettotilgangen og nettoafgangen er størst i perioden 2002-2005. I den private sektor er nettotilgangen størst ved "Lægekonsultationer og ambulatorier" (+483 personer), da der samlet set er en tilgang på 694 personer, og samtidig kun er 211 personer, som bevæger sig den modsatte vej til en offentlig stilling. Nettoafgangen er størst på de offentlige hospitaler, der er den største arbejdsplads for sygeplejerskerne inden for den offentlige sektor (jf. bilagstabel 5.3).

Dette afspejler sig endvidere i branchernes relative til- og frastrømning, hvor de offentlige hospitaler ligger lavest, da tilgangen kun svarer til cirka 50 procent af afgang fra denne branche. Ser man nærmere på bevægelserne i den offentlige sektor, og opdeler kategorien "Andet" i henholdsvis "Sygeplejerelevante brancher" og "Øvrige brancher", er det klart, at brancher, der ikke umiddelbart forudsætter kompetencer, som opnås gennem sygeplejerskeuddannelsen, er den eneste jobtype i den offentlige sektor, hvor der er en nettotilgang i denne periode. Dette kan indikere (om end der er tale om små bevægelser), at en del af de sygeplejersker, som søger tilbage til en offentlig ansættelse, går efter jobtyper uden for de brancher, man normalt betegner som sygeplejerskearbejdsmarkedet (jf. bilagstabel 5.4).

Samtidig viser bevægelserne mellem offentlig og privat ansættelser, om sygeplejerskerne, der skifter sektor, søger samme type arbejde "blot" i den private sektor eller helt andre jobmuligheder. For alle tre hovedkategorier af offentligt ansatte gælder det, at de i vid udstrækning søger til vikarbureauer, lægekonsultationer og ambulatorier samt andre ikke-sygeplejerelevante brancher i den private. Der er kun en lille andel (omkring 10 procent), der skifter til ansættelse på et privathospital (jf. bilagstabel 5.5).

6 Hvem er det, der skifter mellem job i den offentlige og den private sektor?

I dette kapitel sættes der fokus på, hvad der karakteriserer de sygeplejersker, der skifter job, med hensyn til fx alder, uddannelse, lønindkomst, type af job i det offentlige, modtagelse af sygedagpenge inden for det seneste år mv. De resultater, der beskrives, er i høj grad baseret på regressionsanalyser (logistiske) med få udvalgte variable. Derudover beskrives, hvordan lønnen ændrer sig for de sygeplejersker, der skifter til ansættelse i en anden sektor. Analyser er opdelt i to hovedafsnit med to forskellige delpopulationer for at belyse først, hvem der skifter fra offentlig til privat ansættelse, og dernæst, hvem der skifter fra privat til offentlig ansættelse.

6.1 Metoden i analyserne

I regressionsanalyserne er inddraget personer med sygeplejerskeuddannelsen som højeste fuldførte uddannelse, og som er beskæftiget i det pågældende år (jf. definition fra kapitel 3). Skiftene til den offentlige sektor er defineret ved, hvorvidt personerne i perioden 2000 til 2005 arbejder i det offentlige, og det efterfølgende år arbejder i det private. Det er således et krav ved analyserne for, hvem der skifter til det private, at personen året før arbejder i det offentlige. Skiftene til den offentlige sektor er defineret ved, hvorvidt personerne i perioden 2000 til 2005 arbejder i det private og det efterfølgende år arbejder i det offentlige. Ved analyserne af dem, der skifter til den offentlige sektor, er delpopulationen dermed afgrænset til dem, der er ansat i den private sektor i de pågældende år.

Regressionsmodellerne er kørt uden selektionsprocedure, og resultaterne tolkes med udgangspunkt i et 95 procents sikkerhedsniveau. Det er logistiske regressionsmodeller, og parameter-

estimerne gengives som Odds Ratio-værdier, hvor koefficienten er udtryk for den relative chance for at skifte job i forhold til referencepersonen. Eksempelvis skal en Odds Ratio-værdi på 1,2 for enlige sygeplejersker tolkes som, at sygeplejersker, der bor alene, har 1,2 gang større chancer for at skifte job sammenlignet med sygeplejersker, der er gift eller samlevende (i referencegruppen).

De forklarende variable, der er inddraget i regressionsanalyserne, er alle målt i året før skiftet. Det vil sige, at hvis personen eksempelvis skifter fra offentlig ansættelse i 2000 til privat ansættelse i 2001, så stammer oplysningerne fra år 2000. De forklarende variable er udvalgt, så analyserne kan hjælpe til at udpege den gruppe af sygeplejersker, det kan være interessant at sætte ind over for, hvis færre skal forlade offentlig ansættelse¹⁵. De udvalgte faktorer kan overordnet inddeles i tre hovedkategorier:

Sociodemografiske forhold: Køn, Alder, Region

Der er inddraget tre centrale baggrundsvARIABLE. Kønnen er inddraget for at belyse, hvorvidt der er forskel mellem mænd og kvinder i forhold deres chancer for at skifte til et job i en anden sektor. Sygeplejerskerne er inddelt i aldersgrupper efter femårsintervaller for at se, i hvilken alder sygeplejerskerne skifter, og om der er særlige undergrupper, der i højere grad er mobile mellem de to sektorer. Derudover er sygeplejerskerne regionale tilhørsforhold medtaget for at kaste lys over eventuelle regionale forskelle.

Familieforhold: Civilstatus, Børn

Til at belyse betydningen af sygeplejerskernes familieforhold er der inddraget to variable: civilstatus (enlige eller samboende/gift), og hvorvidt personen har børn.

¹⁵ Disse analyser er ligeledes anvendt til at udpege de grupper af sygeplejersker, der er undersøgt gennem de kvalitative interview.

Arbejdsrelaterede forhold: Løn, Arbejdsområde, Bijob, Sygedagpenge

Til at afdække betydningen af arbejdsforhold på sygeplejerskernes tendens til at skifte til et job i en anden sektor, er inddraget en række variable som indikatorer for forskellige aspekter. Dette gælder for det første lønnen – målt i seks lønkategorier. Denne variabel er medtaget for at se på, om det i højere grad er sygeplejersker med enten en lav eller høj løn, der vælger at søge til en anden sektor. Dernæst er arbejdsområdet (opdelt i tre/fire kategorier: hospital, plejehjem/beskyttede boliger, vikarbureauer og anden ansættelse) inddraget for at afdække, om de sygeplejersker, der skifter job, kommer fra særlige typer af stillinger, og hvorvidt et bijob har betydning. Endelig er sygedagpengene medtaget for at se, om det i høj grad er sygeplejersker med et højt sygefravær, der søger til en anden sektor, jf. bilagstabel 6.1 og bilagstabel 6.2 for fordelinger for de inddragede forklarende faktorer.

6.2 Skift fra offentlig til privat ansættelse

I det følgende beskrives resultaterne fra analyserne af, hvilke sygeplejersker der skifter fra offentlig til privat ansættelse, og de faktorer, der karakteriserer de mest mobile sygeplejersker. Resultaterne viser chancerne (odds ratio) for at skifte til privat arbejde (hovedbeskæftigelse), givet man året før arbejder i det offentlige. Den multivariate analyse tager udgangspunkt i en referenceperson med følgende karakteristika:

Referenceperson: En kvinde i alderen 35-39 år, der bor i Region Hovedstaden, er gift/samboende og har børn. Hun arbejder i hospitalssektoren og har ikke et bijob. Hun tjener mellem 250.00-299.999 kr. om året og har ikke modtaget sygedagpenge i det foregående år.

I tabel 6.1. er gengivet resultaterne fra modelanalysen.

Tabel 6.1 Logistisk regressionsmodel for skiftet fra offentlig til privat ansættelse i perioden 2000-2005

		Odds Ratio	[95% conf. iInterval]		P> z
Sociodemografiske forhold	Aldersgruppe 20-29-årige	0,39	0,34	0,44	0,000
	Aldersgruppe 30-34-årige	1,09	0,99	1,20	0,084
	Aldersgruppe 35-39-årige	-	-	-	-
	Aldersgruppe 40-44-årige	0,90	0,82	0,98	0,020
	Aldersgruppe 45-49-årige	0,71	0,64	0,79	0,000
	Aldersgruppe 50-54-årige	0,58	0,51	0,66	0,000
	Aldersgruppe 55-59-årige	0,46	0,39	0,54	0,000
	Aldersgruppe 60-99-årige	0,50	0,40	0,61	0,000
	Region Hovedstaden	-	-	-	-
	Region Sjælland	0,90	0,82	0,98	0,014
	Region Syddanmark	0,63	0,57	0,68	0,000
	Region Midtjylland	0,75	0,70	0,81	0,000
	Region Nordjylland	0,60	0,54	0,67	0,000
	Kvinde	-	-	-	-
	Mand	1,00	0,87	1,14	0,975
Familieforhold	Gift/samlevende	-	-	-	-
	Enlig	1,17	1,09	1,26	0,000
	Børn	-	-	-	-
	Ingen børn	0,77	0,71	0,83	0,000

	Odds Ratio	[95% conf. iInterval]		P> z
Arbejdsrelaterede forhold	Ansættelse ved hospital	-	-	-
	Ansættelse ved plejehjem	1,24	1,15	1,34
	Anden ansættelse	0,92	0,84	1,00
	Løn under 150.000kr.	1,31	1,18	1,46
	Løn 150.000-199.999 kr.	0,94	0,84	1,05
	Løn 200.000-249.999 kr.	0,88	0,81	0,95
	Løn 250.000-299.999 kr.	-	-	-
	Løn 300.000-349.999 kr.	2,00	1,83	2,19
	Løn over 349.999 kr.	3,14	2,82	3,49
	Intet bijob	-	-	-
	Bijob offentlig sektor	1,16	1,02	1,31
	Bijob privat sektor	4,66	4,32	5,02
	Ikke modtaget sygedagpenge	-	-	-
	Sygedagpenge 1-60 dage	1,29	1,19	1,41
	Sygedagpenge 61-360 dage	3,26	2,83	3,75
	Antal observationer			61.474
	Goodness-of-fit (-2Log L)			-16814,16
	Pseudo R2			0,1130

Sociodemografiske forhold

I tabel 6.1. ses resultaterne for modelanalysen, herunder betydningen af alder, regional tilknytning og køn, for chancerne for at skifte fra offentlig til privat ansættelse i perioden 2000-2005. Her har sygeplejersker i alderen 30-44 år en større chance for at skifte til et job i den private sektor sammenlignet med sygeplejersker i både yngre og ældre aldersgrupper. Sygeplejersker over 50 år er halvt så tilbøjelige til at skifte job som deres kolleger i slutningen af 30'erne, og sygeplejersker under 30 år har 2,5 gange mindre chance for at skifte til den private sektor.

Der er regionale forskelle i sygeplejerskernes mobilitet, hvor sygeplejersker ansat i Region Sjælland og Region Hovedstanden er mere mobile, mens chancen for at skifte sektor er mindst blandt sygeplejersker bosat i Region Nordjylland. De er næsten halvt så tilbøjelige til at skifte, som sygeplejersker ansat i hovedstadsområdet, hvilket uden tvivl hænger sammen med de regionale beskæftigelsesmuligheder i de enkelte regioner. Til gengæld er der ikke signifikant forskel på de to køn.

Familieforhold

Ved faktorerne for sygeplejerskernes familieforhold har det betydning, hvorvidt man har børn. Sygeplejersker med børn har en lidt større chance for at skifte, hvilket kan afspejle et ønske om mere faste arbejdstider for sygeplejersker i børnefamilier.

Arbejdsrelaterede forhold

Der er en række faktorer knyttet til sygeplejerskers arbejdsforhold, som har indflydelse på jobskiftet til en anden sektor. Der er forskel på chancerne for at skifte til et job i den private sektor, hvor sygeplejersker ansat i hospitalssektorer er lidt mindre tilbøjelige til at skifte end ansatte ved plejehjem.

Samtidig er sygeplejersker med et bijob mere tilbøjelige til at skifte til en ansættelse i den private sektor. Dette gælder især et bijob i det private, da det firedobler sygeplejerskernes chance for

at forlade den offentlige ansættelse sammenlignet med sygeplejersker uden bijob. Sygdom er ligeledes en af de faktorer, der øger sandsynligheden for et jobskifte. Her har sygeplejersker, der *ikke* har været sygemeldt i det foregående år tre gange mindre chance for at forlade jobbet sammenlignet de kolleger, der har gennemgået længerevarende sygdomsforløb.

Slutteligt er der forskel på løngrupperne blandt sygeplejerskerne. Det er især sygeplejersker med lønninger under 150.000 kr. eller lønninger over 300.000 kr. årligt, som skifter, mens sygeplejerskerne i de mellemste løngrupper er mindst tilbøjelige til at skifte.

Samlet set er de mest betydningsfulde faktorer for chancerne for at skifte fra et job i det offentlige til et job i det private følgende:

Tabel 6.2 Mest betydningsfulde faktorer fra modelanalysen

Faktor	Effekt
Bijob i det private	4.7 x større chance
Sygedagpenge over 60 dage	3.3 x større chance
Sygedagpenge under 61 dage	1.3 x større chance
Aldersgruppe under 30	2.5 x mindre chance
Aldersgruppe 50+	1.7-2.2 x mindre chance
Løn under 150.000 kr.	1.3 x større chance
Løn over 300.000 kr.	2.0-3.1 x større chance

Bem.: Faktorens effekt tager udgangspunkt i referencepersonen.

Disse fire faktorer (bijob, sygefravær, alder og løn) er således med til at karakterisere de mest mobile sygeplejersker fra offentlige til private ansættelse. Regressionsmodellen har en begrænset forklaringskraft (Pseudo R² er omkring 12 procent) på niveau med, hvad man ser i andre tilsvarende analyser. Dette afspejler det faktum, at en række andre forhold end de, der er inddraget i modelanalyserne, også har betydning for sygeplejerskernes sektorskifte.

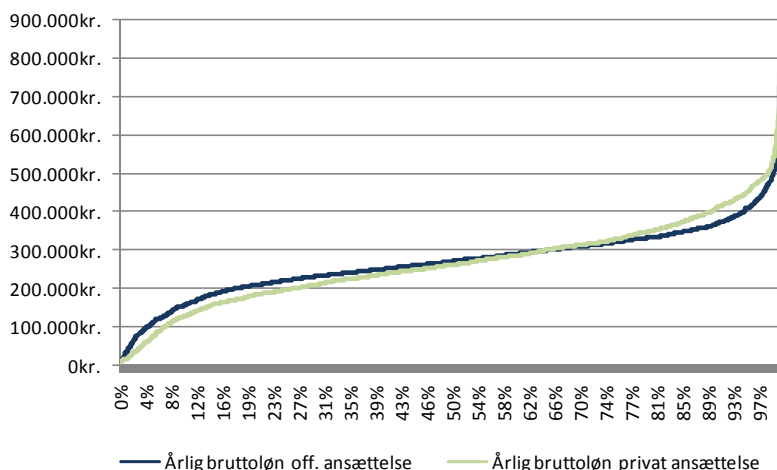
6.2.1 Årlig bruttoløn før og efter skift fra offentlig til privat ansættelse

Spørgsmålet om, hvilken rolle økonomiske incitamenter spiller for skift fra offentligt til privat ansættelse, står centralt i debatten om, hvorfor offentligt ansatte sygeplejersker skifter til privat ansættelse. I dette afsnit ses nærmere på, hvordan bruttolønindkomsten ser ud blandt de sygeplejersker, der var offentligt ansatte og skiftede til privat ansættelse i perioden 2002-2004. De lønninger, der sammenlignes, er årlige bruttolønninger¹⁶ under ansættelse i den offentlige sektor og årlige bruttolønninger et år efter skiftet til den private korrigeret med indeks for lønudviklingen blandt offentligt ansatte sygeplejersker. Det vil sige, at for de sygeplejersker, som skifter job i 2003, sammenlignes den årlige bruttoløn for den offentlige ansættelse i 2002 og den årlige bruttoløn i den private ansættelse i 2004. Lønnen er reguleret med den årlige ændring i procent i den årlige bruttolønindkomst for offentligt ansatte sygeplejersker i perioden 2002-2006 (i gennemsnit var den 6,2 procent for to år i denne periode¹⁷). Figur 6.1. viser, at der samlet set ikke sker nogen nævneværdig stigning i indkomstmassen målt ved bruttolønnen i forbindelse med skift fra offentlig til privat ansættelse, når der er korrigeret for den årlige lønstigning blandt offentligt ansatte sygeplejersker.

¹⁶ Bruttolønnen er baseret på oplysningen om de samlede bruttolønindtægter i det enkelte år (variablen: slon fra Ida-statistikken).

¹⁷ Den gennemsnitlige årlige ændring i bruttolønindkomst i perioden 2002-2006 for offentligt ansatte sygeplejersker er beregnet som: $((\text{den gennemsnitlige årlige bruttolønindkomst i 2006 for ikke-mobile sygeplejersker ansat i den offentlige sektor} / \text{den gennemsnitlige årlige bruttolønindkomst i 2002 for ikke-mobile sygeplejersker ansat i den offentlige sektor mobile}) - 1) / 4$.

Figur 6.1 **Årlig bruttolønindkomst for offentligt ansatte i 2002-2004 og efterfølgende bruttolønindkomst ved privat ansættelse et år efter, dvs. i 2004-2006, begge fordelt efter bruttoløn (N=1.681¹). Korregeret for den årlige lønstigning blandt offentligt ansatte sygeplejersker**

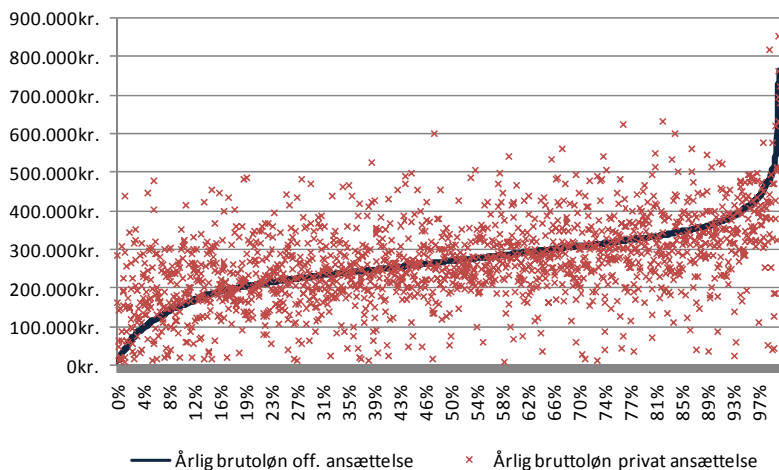


Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

- 1 Der er i udgangspunktet 2.634 sygeplejersker, som skifter fra offentlig til privat ansættelse i perioden 2002-2004. Heraf har 2.568 personer lønoplysninger i året efter skiftet, og 1.681 en lønoplysning fra en private ansættelse.

For at belyse, hvordan bruttolønnen for de, der har skiftet til privat ansættelse, er fordelt i forhold til den bruttoløn, de havde under deres ansættelse i det offentlige, bringes figur 6.2.

Figur 6.2 **Årlig bruttolønindkomst for offentligt ansatte i 2002-2004 og de samme personers efterfølgende bruttolønindkomst ved privat ansættelse to år efter, fordelt efter bruttoløn i det offentlige (N=1.681). Korrigeret for den årlige lønstigning blandt offentligt ansatte sygeplejersker**



Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

Den optrukne linje viser, hvorledes indkomsterne i udgangsåret fordeler sig ordnet efter størrelse. Punkterne omkring denne linje viser, hvilken indkomst den samme person har efter skift fra offentlig ansættelse til privat ansættelse. Det fremgår, at der er meget stor spredning omkring linjen, hvilket vil sige, at der ikke er nogen sammenhæng mellem den årsindkomst, personerne havde som offentligt ansatte, og den årsindkomst – her målt ved årlig bruttolønindkomst – de havde, efter de var skiftet til privat ansættelse.

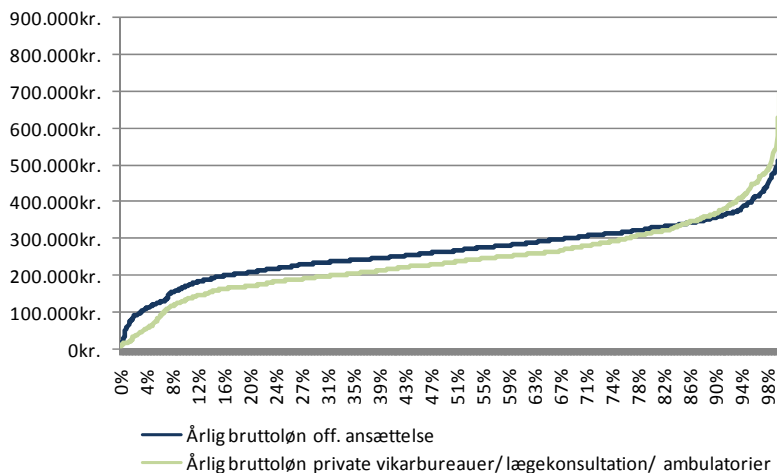
Når det viser sig, at de, der skifter fra offentlig til privat ansættelse, samlet set ikke opnår en højere indkomst, og der er betydelige forskelle såvel i nedadgående som i opadgående retning i den løn, de opnår i deres private ansættelse, i forhold til den, de havde i det offentlige, peger det på, at der er mange forskellige

motiver for at skifte job fra offentlig til privat ansættelse. Øget lønindkomst er således langt fra det eneste motiv for at vælge et andet job.

Selv om der overordnet ikke ses en stigning i indkomsten ved skift fra offentlig til privat, når man ser på samtlige private brancher, kan det dog godt være tilfældet for nogle af de skift, der foretages til bestemte brancher. Det er således en udbredt opfattelse, at der sker en indkomststigning ved skift fra offentlig til privat ansættelse i vikarbureauer og lægekonsultationer/ambulatorier¹⁸. I figur 6.3. er gengivet udviklingen i bruttolønindkomsten for dem, der skifter fra offentlig ansættelse til ansættelse i vikarbureauer og lægekonsultationer/ambulatorier.

¹⁸ Der var ligeledes et ønske om at belyse den årlige bruttolønindkomst ved skift fra offentlig til privat ansættelse i hospitalssektoren. Dette har imidlertid ikke været muligt, da det kun er en lille gruppe af sygeplejersker, som skifter til en ansættelse på et privat hospital.

Figur 6.3 **Årlig bruttolønindkomst for offentligt ansatte i 2002-2004 og efterfølgende bruttolønindkomst ved privat ansættelse i vikarbureauer og lægekonsultationer/ambulatorier i 2004-2006, begge fordelt efter bruttoløn (N=1.073). Korrigeret for den årlige lønstigning blandt offentligt ansatte sygeplejersker**



Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

Som figur 6.3. viser, sker der samlet set ikke nogen nævneværdig stigning i lønindkomsten (målt ved den årlige bruttoløn) i forbindelse med skift til ansættelse i vikarbureauer eller lægekonsultationer/ambulatorier. Ser man på gennemsnitslønningerne for de sygeplejersker, der skifter til lægekonsultationer og vikarbureauer i det private, er det også her tydeligt, at lønnen ikke alene kan forklare jobskiftet. Her er den årlige gennemsnitsløn for dem, der skifter, omkring 266.000 kr. i de offentlige ansættelser, og omkring 265.000 kr. for dem, der blev ansat i vikarbureauer, og omkring 233.000 kr. var den årlige gennemsnitsløn for dem, der skiftede til et job i en lægekonsultation eller i et ambulatorium.

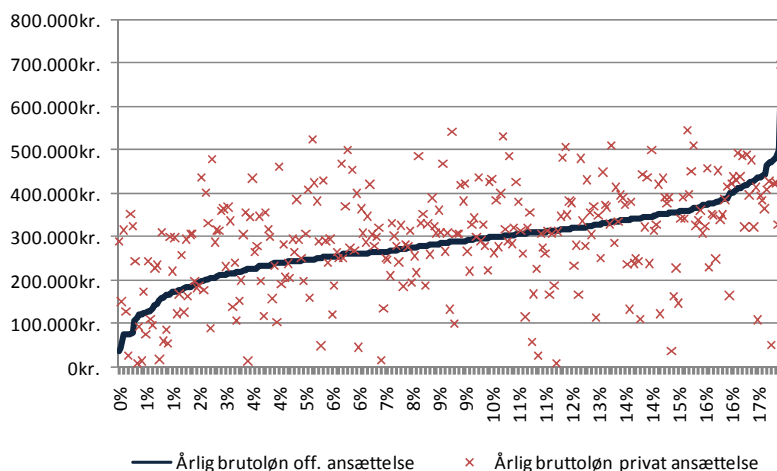
Timefortjenesten før og efter skift fra offentlig til privat ansættelse

Sygeplejerskernes årlige bruttoløn er ikke målt i forhold til arbejdstiden. Den årlige bruttoløn kan derfor dække over væsentlige forskelle i sygeplejerskernes timeløn i henholdsvis den offentlige og private sektor. Det betyder, at en sygeplejerske, der skifter til et job i den private sektor med en højere timeløn, kan have samme årlige lønindtægt, men arbejde færre timer. I lønstatistikken er oplysningerne baseret på indberetninger fra arbejdsgiveren og indeholder opgørelser over blandt andet arbejdstid, lønindkomst og timeløn. Det er dermed muligt at få et billede af, hvorvidt timelønnen har betydning for sygeplejerskernes skift til den private sektor, da en højere timeløn kan betyde en kortere arbejdstid *uden* en nedgang i den årlige bruttoløn.

I dette afsnit er der inddraget oplysninger for de personer, der skifter fra et job i det offentlige til en ansættelse i den private sektor fra 2002 til 2004, *og som indgår i lønstatistikken*. I udgangspunktet er der 2.634, som skifter fra en offentlig til en privat ansættelse i perioden 2002-2004. Der er imidlertid kun oplysninger for op mod en femtedel (505) af disse skift i lønstatistikken. At så få af de mobile sygeplejersker indgår lønstatistikken med oplysninger for hovedbeskæftigelsen skyldes især, at mange skifter til relativt små arbejdspladser, som enten ikke har pligt til at indberette til lønstatistikken (arbejdssteder med mindre end 10 ansatte) eller ikke har videregivet lønoplysninger for deres ansatte. De følgende analyser indeholder oplysninger for 42 procent af de sygeplejersker, der skiftede til et vikarbureau, 27 procent af dem, som skiftede til en "anden sygeplejerelevante branche", og 16 procent af dem, som skiftede til "øvrige brancher", mens den gruppe af sygeplejersker, som skifter til en stilling i en lægekonsultation/ambulatorium eller ved et privat hospital ikke indgår. Dette betyder, at de efterfølgende analyser kun kan give et fingerpeg om ændringerne i timelønnen ved et jobskifte til det private for udvalgte brancher – vikarbureauer, anden sygeplejerelevante branche og øvrige brancher.

Som figur 6.4 viser, er udviklingen i bruttolønindkomsten for de 505 sygeplejersker, der skifter fra 2002-2004, og indgår i lønstatistikken, meget lig de tidligere resultater, som er præsenteret for hele gruppen af sygeplejersker med et jobskifte til det private. De 505 sygeplejersker med skift fra offentlig til privat ansættelse opnår samlet set ikke en højere lønindkomst, og der er betydelige forskelle såvel i nedadgående som i opadgående retning.

Figur 6.4 **Årlig bruttolønindkomst for offentligt ansatte i 2002-2004 og de samme personers efterfølgende bruttolønindkomst ved privat ansættelse to år efter, kun medtaget personer som indgår i lønstatistikken (N=505). Korrigeret for den årlige lønstigning blandt offentligt ansatte sygeplejersker**



Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

Med udgangspunkt i lønstatistikken er det muligt at sammenligne timefortjenesten¹⁹ under ansættelse i den offentlige sektor og

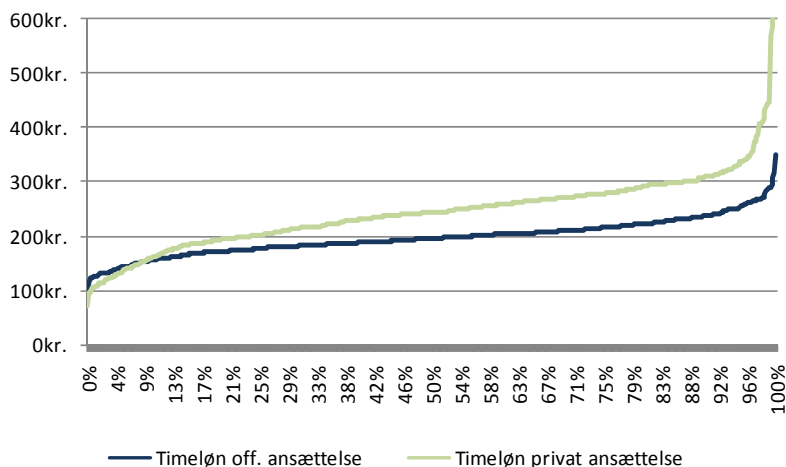
¹⁹ Timefortjenesten er beregnet som fortjeneste per løntime. Fortjenesten er beregnet som smalfortjeneste + genetillæg + betalinger i forbindelse med sygefravær mv. +

timefortjenesten under ansættelsen i det private året efter. Som i det foregående afsnit er lønnen reguleret med den årlige ændring i procent i bruttolønindkomsten for offentligt ansatte sygeplejersker i perioden 2002-2006 (i gennemsnit var den 3,1 procent om året i denne periode).

Figur 6.5 viser timelønnen i henholdsvis den offentlige og private sektor for de sygeplejersker, der har skiftet fra et job i det offentlige til en ansættelse i den private sektor i perioden 2002-2005. Her viser sig en stigning i timelønnen i forbindelse med skift til ansættelse i den private sektor, og ser man på den gennemsnitlige timeløn, er den 196,6 kr. i den offentlige ansættelse og i den private ansættelse 244,6 kr.

betalinger i forbindelse med ferie o.a. + pension + personalegoder. Løntimer er beregnet som normale løntimer + overtimer - ferietimer - fraværstimer pga. søgnehelligdage. Ofte anvendes lønbegrebet fortjeneste per præsteret time, hvor sygefraværet er indberegnet i løntimerne. Denne opgørelsesform er imidlertid påvirket af mangelfuld indberetning af sygefravær fra især den offentlige sektor til lønstatistikken og derfor ikke anvendt i denne rapport.

Figur 6.5 Timefortjeneste for offentligt ansatte i 2002-2005 og efterfølgende timefortjeneste ved privat ansættelse i året efter, dvs. i 2003-2006, begge fordelt efter timefortjenesten (N=505)

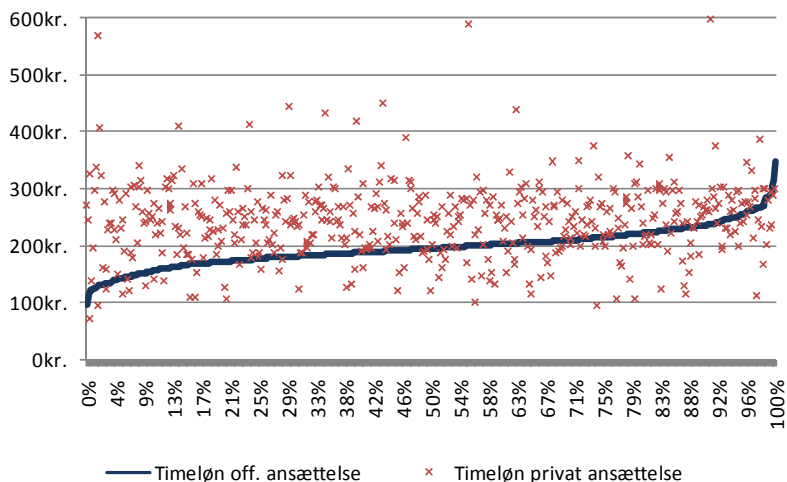


Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (Lønstatistik-registret).

Sammenholdt med tidligere resultater for den årlige bruttoløn, tyder det på, at de sygeplejersker, som skifter til et job i den private sektor, efterfølgende ikke øger deres årlige lønindkomst, men i mange tilfælde skifter til et job med en højere timeløn, hvor de kan arbejde færre timer og opnå den samme årlige bruttolønindkomst. Ser man på, hvordan timelønnen for de, der har skiftet til privat ansættelse, er fordelt i forhold til den timeløn, de havde under deres ansættelse i det offentlige, er dette resultat også tydeligt (jf. figur 6.6). Her opnår langt de fleste sygeplejersker med et jobskifte en højere timeløn i den private sektor²⁰.

²⁰ Det er i denne sammenhæng værd at bemærke, at disse resultater med udgangspunkt i opgørelser for fortjenesten per løntime ligeledes gør sig gældende, hvis lønnen opgøres som smalfortjenesten inkl. pension (jf. bilagsfigur 6.1 og bilagsfigur 6.2)

Figur 6.6 Timefortjeneste for offentligt ansatte i 2002-2005 og de samme personers efterfølgende timefortjeneste ved privat ansættelse året efter, fordelt efter timefortjenesten i det offentlige (N=505)



Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (Lønstatistikregistret).

Samlet set har disse lønanalyser afdækket to overordnede tendenser i relation til sygeplejerskernes lønforhold ved skift til den private sektor. For det første er der generelt ikke nogen nævneværdig stigning i den årlige bruttoindkomst i forbindelse med skift fra offentlig til private sektor. Det peger på, at en øget lønindkomst på årsbasis langt fra er det eneste motiv for at vælge et andet for at skifte job fra offentlig til privat ansættelse. For det andet *indikerer* opgørelserne for den afgrænsede population af sygeplejerskerne, der indgår i lønstatistikken (n=505), at timelønnen øges med i gennemsnit 24 procent ved et skift til den private sektor. Da datagrundlaget er selekteret i disse analyser, er det *ikke* muligt med sikkerhed at konkludere, at samme tendens gælder for hele gruppen af sygeplejersker, som skifter fra det offentlige til det private. Men analyserne peger på, at en højere timeløn kan være et af mo-

tiverne for, at sygeplejerskerne skifter til eksempelvis vikarbureauerne, da de således vil kunne arbejde færre timer og bibeholde samme årlige lønindtægt.

6.3 Skift fra privat til offentlig ansættelse

Som resultaterne i kapitel 5 viste, går mobiliteten blandt sygeplejersker ikke kun i retning fra offentlige til privat ansættelse. En stor del af sygeplejersker ansat i den private sektor går den modsatte vej og søger (tilbage til) et job i det offentlige. I det følgende beskrives resultaterne fra analyserne af, hvilke sygeplejersker der skifter fra privat til offentlig ansættelse, og de faktorer, der karakteriserer de mest mobile sygeplejersker. Resultaterne viser chancerne (odds ratio) for at skifte til offentligt arbejde (hovedbeskæftigelse), givet man året før arbejder i det private. Den multivariate analyse tager udgangspunkt i en referenceperson med følgende karakteristika:

Referenceperson: En kvinde i alderen 35-39 år, der bor i Region Hovedstaden, er gift/samboende og har børn. Hun arbejder i hospitalssektoren og har ikke et bijob. Hun tjener mellem 250.000-299.999 kr. om året og har ikke modtaget sygedagpenge i det foregående år.

I tabel 6.3. er gengivet resultaterne fra modelanalysen.

Tabel 6.3 Logistisk regressionsmodel for skiftet fra privat til offentlig ansættelse i perioden 2000-2005

	Odds Ratio	[95% conf. Interval]		P> z	
Sociodemografiske Forhold	Aldersgruppe 20-29-årige	1,86	1,55	2,24	0,000
	Aldersgruppe 30-34-årige	1,13	0,98	1,32	0,100
	Aldersgruppe 35-39-årige	-	-	-	-
	Aldersgruppe 40-44-årige	1,09	0,95	1,25	0,227
	Aldersgruppe 45-49-årige	1,17	1,01	1,35	0,036
	Aldersgruppe 50-54-årige	1,04	0,87	1,23	0,678
	Aldersgruppe 55-59-årige	0,89	0,73	1,08	0,235
	Aldersgruppe 60-99-årige	0,25	0,18	0,33	0,000
	Region Hovedstaden	-	-	-	-
	Region Sjælland	1,11	0,98	1,25	0,115
	Region Syddanmark	0,90	0,79	1,02	0,100
	Region Midtjylland	0,82	0,73	0,92	0,001
	Region Nordjylland	0,90	0,76	1,06	0,211
	Kvinde	-	-	-	-
	Mand	0,82	0,69	0,99	0,040
Familieforhold	Gift/samlevende	-	-	-	-
	Enlig	1,19	1,07	1,32	0,001
	Børn	-	-	-	-
	Ingen børn	0,97	0,87	1,08	0,519

	Odds Ratio	[95% conf. Interval]		P> z
Arbejdsrelaterede Forhold	Ansættelse ved hospital	-	-	-
	Lægekonsultation og ambulatorier	1,27	1,04 1,54	0,017
	Vikarbureauer	5,57	4,66 6,67	0,000
	Andre sygeplejerelevante brancher	2,17	1,80 2,62	0,000
	Øvrige private brancher	2,64	2,22 3,14	0,000
	Løn under 150.000 kr.	0,92	0,80 1,06	0,247
	Løn 150.000-199.999 kr.	1,01	0,86 1,19	0,909
	Løn 200.000-249.999 kr.	1,18	1,02 1,36	0,028
	Løn 250.000-299.999 kr.	-	- -	-
	Løn 300.000-349.999 kr.	0,94	0,81 1,09	0,398
	Løn over 349.999 kr.	0,83	0,73 0,95	0,008
	Intet bijob	-	- -	-
	Bijob offentlig sektor	3,42	3,04 3,84	0,000
	Bijob privat sektor	1,40	1,23 1,60	0,000
	Ikke modtaget sygedagpenge	-	- -	-
	Sygedagpenge 1-60 dage	1,40	1,24 1,58	0,000
	Sygedagpenge 61-360 dage	1,00	0,81 1,23	0,989
	Antal observationer			13.592
	Goodness-of-fit (-2Log L)			-6847,3315
	Pseudo R2			0,1171

Sociodemografiske forhold

I tabel 6.3. ses resultaterne for modelanalysen, herunder betydningen af alder og regional tilknytning for chancerne for at skifte fra en privat til en offentlig ansættelse i perioden 2000-2005. Her har sygeplejersker under 35 år en større chance for at skifte til et job i den offentlige sektor sammenlignet med sygeplejersker i de ældre aldersgrupper, og sygeplejersker over 60 år har den mindste chance for at skifte. Der er til gengæld overordnet set ikke regionale forskelle i sygeplejerskernes mobilitet fra den private til den offentlige sektor.

Familieforhold

Der er en lille forskel på enlig og gifte/samlevende sygeplejersker, idet enlige sygeplejersker er lidt mere tilbøjelige til at skifte til en stilling i den offentlige sektor. Til gengæld er der ikke signifikant forskel på sygeplejersker med eller uden børn.

Arbejdsrelaterede forhold

Der er derimod en række faktorer knyttet til sygeplejerskers arbejdsforhold, som har indflydelse på jobskiftet til en anden sektor. Det er i høj grad sygeplejersker ansat i vikarbureauer, "Andre sygeplejerelevante brancher" eller "Øvrige private beskæftigelsesområder", der skifter til et job i det offentlige, mens sygeplejerskerne ansat på private hospitaler og i lægekonsultationer/ambulatorier er mindre tilbøjelige til at skifte job.

Samtidig er sygeplejersker med et bijob i den offentlige sektor mere tilbøjelige til at skifte. Der er mindre forskelle mellem forskellige løngrupper. Med en svag tendens til, at sygeplejersker i de mellemste løngrupper i højere grad skifter.

Samlet set er de mest betydningsfulde faktorer på chancerne for at skifte fra et job i det private til et job i det offentlige følgende:

Tabel 6.4 Mest betydningsfulde faktorer fra modelanalysen

Faktor	Effekt
Ansæt i vikarbureau	5.6 x større chance
Ansæt i "Andre sygeplejerelevante brancher"	2.2 x større chance
Ansæt i "Øvrige private brancher"	2.6 x større chance
Bijob i det offentlige	3.4 x større chance
Aldersgruppe under 30	1.9 x større chance
Aldersgruppe 60+	4.0 x mindre chance

Bem.: Faktorernes effekt tager udgangspunkt i referencepersonen.

Disse tre faktorer (arbejdsområde, bijob og alder) er således med til at karakterisere de mest mobile sygeplejersker fra privat til offentlig ansættelse. Regressionsmodellen har en begrænset forklaringskraft (Pseudo R² er omkring 12 procent), på niveau med, hvad man ser i andre tilsvarende analyser. Dette afspejler det faktum, at en række andre forhold end dem, der er inddraget i modelanalysen, som forventet også har betydning for sygeplejersker-nes sektorskifte.

6.3.1 Årlig bruttoløn før og efter skift fra privat til offentlig ansættelse

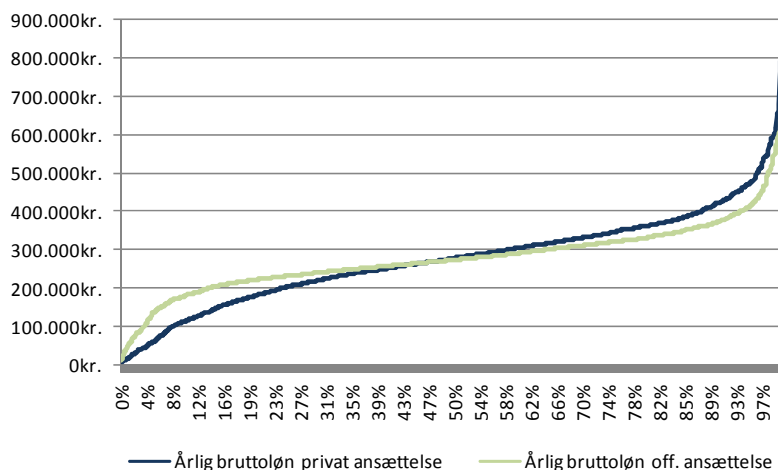
Spørgsmålet om løn er ligeledes centralt i forhold de sygeplejersker, der skifter fra privat ansættelse (tilbage) til offentlig ansættelse. De lønninger, der sammenlignes, er årlige bruttolønninger under ansættelse i den private sektor og årlige bruttolønninger året efter skiftet til det offentlige²¹. Lønnen er reguleret med den årlige ændring i procent i den årlige bruttolønindkomst for privat

²¹ Bruttolønnen er baseret på oplysningen om de samlede lønindtægter i det enkelte år (variablen: slon fra IDA-statistikken).

ansatte sygeplejersker i perioden 2002-2006 (i gns. var den 5,4 procent for to år i denne periode²²).

Figur 6.7 viser, at der samlet set ikke sker nogen nævneværdig ændring i sygeplejerskernes årlige lønindtægt ved skiftet til en offentlig ansættelse.

Figur 6.7 **Årlig bruttolønindkomst for privat ansatte i 2002-2004 og efterfølgende bruttolønindkomst ved offentlig ansættelse to år efter, begge fordelt efter bruttoløn (N=1.444). Korrigeret for den årlige lønstigning blandt privat ansatte sygeplejersker**



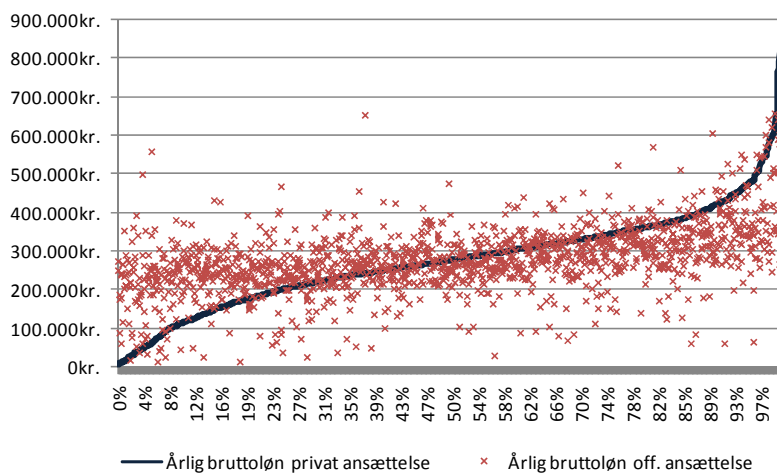
Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

Figur 6.8 viser den årlige bruttoløn for de, der har skiftet til offentlig ansættelse fordelt i forhold til den årlige bruttoløn, de havde under deres ansættelse i det private. Alt i alt tyder det ikke på, at de sygeplejersker, der vender tilbage, går ned i årsløn ved skif-

²² Den gennemsnitlige årlige ændring i bruttolønindkomst i perioden 2002-2006 for privat ansatte sygeplejersker er beregnet som: $((\text{den gennemsnitlige årlige bruttolønindkomst i 2006 for ikke-mobile sygeplejersker ansat i den private sektor} / \text{den gennemsnitlige årlige bruttolønindkomst for ikke-mobile sygeplejersker ansat i den private sektor i 2002}) - 1) / 4$.

tet til en offentlig ansættelse. Den smallere lønstruktur i den offentlige sektor afspejler sig også i figur 6.8 ved en mindre spredning i bruttolønningerne, som tydeligvis ligger omkring 200.000-300.000 kr.

Figur 6.8 **Årlig bruttolønindkomst for privat ansatte i 2002-2004 og de samme personers efterfølgende bruttolønindkomst ved offentlig ansættelse to år efter, fordelt efter bruttoløn i den private ansættelse (N=1.444). Korrigeret for den årlige lønstigning blandt privat ansatte sygeplejersker**



Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

7 Sygeplejerskernes tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet

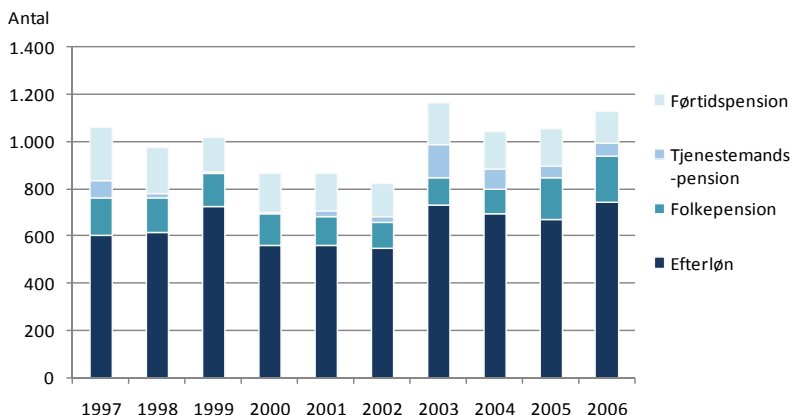
I dette kapitel sættes fokus på sygeplejerskernes tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. De forskellige former for tilbagetrækning belyses og tidspunktet for, hvornår de sygeplejeudannede stopper på arbejdsmarkedet. Sidst i kapitlet beskrives, hvilke faktorer der er betydningsfulde for sygeplejerskernes tilbagetrækning før pensionsalderen til efterløn. Udgangspunktet for dette kapitel er alle personer med en sygeplejerskeuddannelse som højeste fuldførte uddannelse i perioden 1990-2005 (jf. afsnit 2.4.1). Opgørelserne og analyser indeholder oplysninger for sygeplejerskernes tilbagetrækning med start i 1997²³. For hver enkelt person er der kun medtaget oplysninger for den første gang, han/hun trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet²⁴.

De seneste tal for sygeplejerskernes tilbagetrækning viser, at mellem 800-1.130 med en sygeplejerskeuddannelse forlader arbejdsmarkedet hvert år. Disse tal dækker over flere forskellige former for tilbagetrækning: førtidspension, tjenestemandspension, folkepension og efterløn (jf. figur 7.1).

²³ Dette er for at sikre, at registreringen af året for tilbagetrækning er rigtigt, da undersøgelsen først har detaljerede oplysninger om sygeplejerskernes arbejdsmarkedsstatus (herunder førtidspension) fra året 1997. (Oplysningerne om den enkeltes arbejdsmarkedsstatus er hentet fra variabelen pstill2 fra IDA, hvor førtidspension først optræder som særskilt kategori fra 1997.)

²⁴ Det er muligt for nogle af dem, der har forladt arbejdsmarkedet, at genindtræde på arbejdsmarkedet. Dette gælder eksempelvis personer, der har fået tilkendt førtidspension, og som efterfølgende træder ind på arbejdsmarkedet igen i et skånejob og senere går tilbage til en arbejdsmarkedsstatus som førtidspensionist, efterløunner eller folkepensionist. I sådanne tilfælde vil personen kun indgå med oplysningerne for det år han/hun første gang tækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet, som eksempelvis førtidspensionist.

Figur 7.1 Antal sygeplejeuddannede, der trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet for årene 1997-2006



Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

Som figur 7.1. viser, er efterlønnen den tilbagetrækningsform, langt de fleste sygeplejersker forlader arbejdsmarkedet ved. Efterløns- og pensionsreformen i 1999 har ikke ændret dette mønster for tilbagetrækning hos gruppen af sygeplejeuddannede. I 2006 gik hele 66 procent af de, der forlod arbejdsmarkedet i dette år, på efterløn og kun 18 procent på pension.

De fire former for tilbagetrækning kan rumme væsentligt forskellige årsager til, at den enkelte forlader arbejdsstyrken. Førtidspension dækker i de fleste tilfælde over en tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet grundet dårligt fysisk eller psykisk helbred, hvor den enkelte ikke nødvendigvis har ønsket at slutte arbejdslivet. Overgangen til efterløn kan ligeledes skyldes nedslidning, men også bunde i et ønske om eksempelvis at trække sig tilbage, mens der stadig er mulighed for at få en aktiv alderdom. Der viser sig endvidere forskelle på tilbagetrækningsalder ved de forskellige tilbagetrækningsformer. Her er alderen for dem, der får førtidspension, betydelig lavere end hos både personer, der overgår til efterløn og pension.

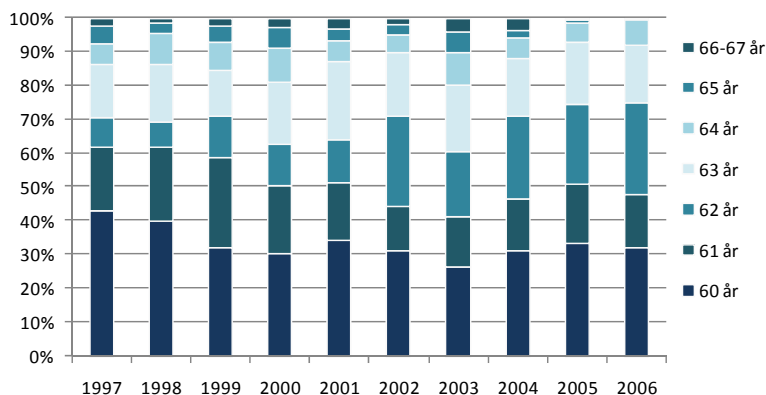
Tabel 7.1 Gennemsnitsalder, medianalder og 25 pct. og 75 pct. kvartiler for sygeplejeuddannede, der trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet i perioden 1997-2006

	Gennemsnits- alder	Medianalder	(25%-75%) kvartiler
Førtidspension	52,4 år	54 år	47-58 år
Efterløn	61,7 år	61 år	60-63 år
Folkepension	68,1 år	67 år	67-68 år
Tjenestemandspension	59,2 år	61 år	57-64 år

Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

Gennemsnitsalderen for sygeplejersker, der overgår til efterløn, er 61,7 år målt over hele perioden fra 1997-2006. Dette tal afspejler, at en stor andel af de sygeplejersker, der forlader arbejdsmarkedet via efterlønsordningen, går allerede ved minimumsalderen (60 år). Figur 7.2 viser udviklingen i aldersfordelingen for sygeplejersker, der overgår til efterløn i de enkelte år.

Figur 7.2 Aldersfordelingen for sygeplejersker, der går på efterløn for årene 1997-2006

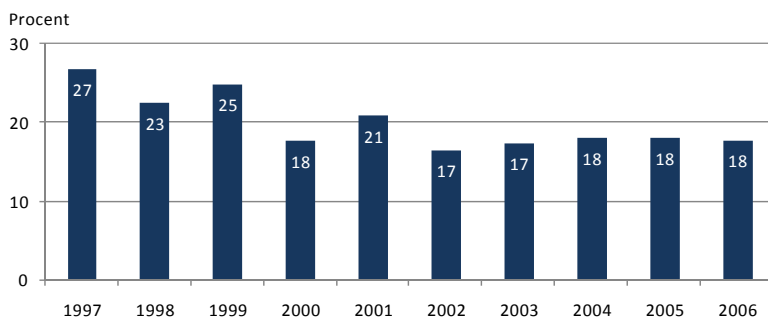


Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

Andelen af sygeplejeuddannede, der overgår til efterløn allerede som 60-årige, udgør den største aldersgruppe i hele perioden. Ud af dem, som forlader arbejdsmarkedet via efterlønsordningen, går omkring 30-40 procent ved minimumsalderen. Der er dog sket en udvikling, hvor andelen af 60-61-årige blandt efterlønnerne er faldet fra omkring 60 procent i slutningen af 1990'erne til mellem 40-50 procent i perioden frem til 2006. At aldersfordelingen ændrer sig i starten af det nye årtusinde kan være et kortsigtet resultat af efterlønsreformen, hvor en del sygeplejersker udskyder overgangen til efterløn til de bliver 62 år, og andelen af sygeplejersker, der går på efterløn som 62-årige, er da også steget fra 2001 til 2006.

Denne tendens underbygges endvidere, når man ser på udviklingen i andelen af 60-årige sygeplejersker, der vælger at gå på efterløn. Blandt de 60-årige sygeplejersker gik omkring 25 procent på efterløn frem til 1999, herefter falder andelen til omkring 18 procent (jf. figur 7.3).

Figur 7.3 **Andel af 60-årige sygeplejeuddannede, der går på efterløn i det enkelte år**

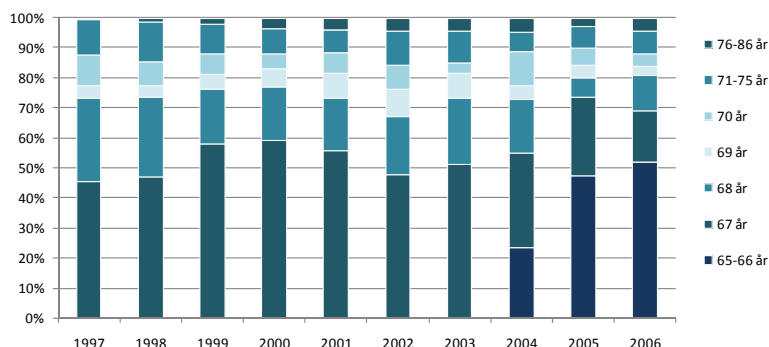


Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

Samtidig er gennemsnitsalderen for de sygeplejersker, der går på folkepension, faldet for de årgange, der er omfattet af den nye reform og har mulighed for allerede at gå på pension som 65-årig. Gennemsnitsalderen var frem til 2004 omkring 68,5 år, mens den

i 2004 er 68 år, og i 2006 er faldet til 67,6 år. Figur 7.4 viser udviklingen i aldersfordelingen for sygeplejersker, der overgår til folkepension i de enkelte år²⁵.

Figur 7.4 Aldersfordelingen for sygeplejersker, der går på folkepension i årene 1997-2006.



Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

Som figur 7.4 viser, er gruppen af 65-66-årige, der går på pension, vokset betydeligt de senere år, og reformen for efterløns- og pensionsområdet har således påvirket tilbagetrækningsalderen for de sygeplejersker, der går på folkepension i 2004-2006 (jf. tabel 7.2).

Selv om andelen af sygeplejersker, der går på efterløn som 62-årig (som tidligere vist) er vokset efter efterlønsreformen, har det tilsyneladende ikke ændret ved gennemsnitsalderen for de sygeplejersker, der går på efterløn (jf. tabel 7.2). I 2006 er de sygeplejersker, der vælger efterlønsordningen, i gennemsnit 61,5 år – hvilket er det samme som 13 år tidligere. Da efterlønnen er sygeplejerskernes foretrukne tilbagetrækningsform, betyder det også, at den gennemsnitlige tilbagetrækningsalder for sygeplejersker til efterløn eller pension ikke er steget i perioden fra 1997-2006.

²⁵ Ændringen af pensionsalderen til 65 år fra 1999 gælder først for personer, der fylder 60 år efter 1. juli 1999. Det vil sige, de første årgange (født efteråret 1939/født 1940), der benyttede den nye ordning, var i 2004 og 2005.

Endvidere har gennemsnitsalderen for de sygeplejersker, der får tilkendt førtidspension, heller ikke ændret sig betydeligt.

Tabel 7.2 Gennemsnitsalderen for sygeplejersker, der går på efterløn, folkepension og førtidspension i årene 1997-2006

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Gns. alder ved efterløn	61,5	61,5	61,6	61,9	61,7	61,7	62,1	61,7	61,5	61,5
Gns. alder ved pension	68,4	68,4	68,2	68,3	68,5	68,7	68,5	68	67,2	67,6
Gns. alder ved tilbagetrækning til enten efterløn eller pension	62,9	62,9	62,7	63,1	62,9	62,9	63,0	62,6	62,7	62,9
Gns. alder ved førtidspension	52,8	53,3	52,6	52,1	52,2	52,7	52,5	52,2	51,1	52

Kilde: Egne beregninger på data fra Danmarks Statistik (IDA-registret).

7.1 Overgangen til efterløn

Langt hovedparten af de sygeplejersker, der trækker sig tilbage før pensionsalderen, forlader arbejdsmarkedet via efterlønsordningen. I dette afsnit sættes således fokus på, hvad der karakteriserer de sygeplejersker, der går på efterløn med hensyn til fx lønindkomst, jobstatus, type af job, modtagelse af sygedagpenge inden for det seneste år mv. Resultaterne er baseret på regressionsanalyser (logistiske) med få udvalgte variable, hvor formålet er at afdekke faktorer af betydning for sygeplejerskernes tilbagetrækning til efterløn.

Regressionsanalyserne er baseret på undersøgelsens grundpopulation kun adskilt ved et alderskriterium (jf. afsnit 2.4.1). Det vil sige, der er inddraget sygeplejersker, som i perioden 1998-2006²⁶ er i alderen 60-67 år. Regressionsmodellerne er kørt uden selektionsprocedure, og resultaterne tolkes med udgangspunkt i et 95 procents sikkerhedsniveau. Det er logistiske regressionsmodeller, og parameterestimaterne gengives som Odds Ratio-værdier, hvor koefficienten er udtryk for den relative chance for at gå på efterløn i forhold til referencepersonen. Eksempelvis skal en Odds Ratio-værdi på 1,8 for arbejdsløse sygeplejerske tolkes som, at arbejdsløse sygeplejersker har 1,8 gange større chance for at gå på efterløn sammenlignet med sygeplejersker, der ikke har været arbejdsløse (i referencegruppen).

Analyserne tager udgangspunkt i en referenceperson med følgende karakteristika:

²⁶ Analyserne er afgrænset til årene 1998-2006 for, som tidligere nævnt, at sikre, at registreringen af året for tilbagetrækning er rigtigt, da undersøgelsen først har detaljerede oplysninger om sygeplejerskernes arbejdsmarkedsstatus (herunder førtidspension) fra året 1997.

Referenceperson: En kvinde, der bor i Region Hovedstaden og er gift/samboende. Hun arbejder i hospitalssektoren, tjener under 150.000 kr. om året og har ikke taget en videreuddannelse. Hun har ikke modtaget sygedagpenge eller været arbejdsløs i det foregående år.

De forklarende variable, der er inddraget i regressionsanalyserne, er alle målt i året, før personen går på efterløn. Det vil sige, at hvis personen eksempelvis går på efterløn som 60-årig, er oplysningerne taget fra året før, hvor han/hun er 59 år. Denne forskydning i måletidspunktet er især vigtigt ved analyser, hvor det udfald, man forsøger at forklare (overgangen til efterløn), kan påvirke værdierne for de forklarende variable. Dette forhold gør sig netop gældende ved analyser af tilbagetrækning, hvor eksempelvis lønindkomst, oplysningerne om arbejdsområde og sektortilknytning kan ændre sig markant i det år, personen trækker sig tilbage og forlader arbejdsmarkedet.

De forklarende variable er udvalgt, så analyserne kan hjælpe til at udpege den gruppe af sygeplejersker, det kan være interessant at sætte ind over for, med henblik på at få flere til at blive længere på arbejdsmarkedet. De udvalgte faktorer kan overordnet inddeles i to hovedkategorier:

Sociodemografiske forhold: Køn, Civilstatus, Region

Der er inddraget tre centrale baggrundsvARIABLE. Kønnen er inddraget for at belyse, hvorvidt der er forskel mellem mænd og kvinder i forhold til overgangen til efterløn. Sygeplejerskernes civile status (enlig eller samboende/gift) er med i analyserne²⁷. Derudover er sygeplejerskerne regionale tilhørsforhold medtaget for at kaste lys over eventuelle regionale forskelle.

²⁷ En tidligere undersøgelse af sygeplejerskernes tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet har afdækket en række faktorer med betydning for overgangen til efterløn, herunder civilstatus, løn, arbejdsområde, sektor, geografisk område samt indikatorer for helbred og arbejdsmiljø (Friis et al. 2005).

Arbejdsrelaterede forhold: Løn, Arbejdsområde, Arbejdsløshed, Sygedagpenge.

Til at afdække betydningen af arbejdsforhold på sygeplejerskernes tilbagetrækning er inddraget en række variable som indikatorer for forskellige aspekter. Dette gælder for det første lønnen – målt i seks lønkategorier. Denne variable er medtaget for at se på, om det i højere grad er sygeplejersker med enten en lav eller høj løn, der går på efterløn. Dernæst er arbejdsområdet inddraget i følgende kategorier: hospitaler, plejehjem/beskyttede boliger, sygepleje/hjemmesygepleje, døgninstitution, læger/speciallæger/ambulatorier, anden sygeplejerelevante branche og øvrige brancher. Arbejdsområdet er medtaget for at afdække, om sygeplejerskernes tilbagetrækningsmønstre varierer mellem de forskellige beskæftigelsesområder. Samtidig er sygedagpengene (i det foregående år) medtaget for at se, om det i høj grad er sygeplejersker med et højt sygefravær, der tidligt forlader arbejdsmarkedet på grund af fysisk/psykisk nedslidning og sygdom. Endvidere arbejdsløshed (årsledighedsgrad > 0 i foregående år) inddraget som indikator for at se, om det i høj grad er sygeplejersker, der allerede er på vej væk eller er marginaliseret fra arbejdsmarkedet, som overgår til efterløn, jf. bilagstabel 7.1 for fordelinger for de inddragede forklarende faktorer.

Analysen af overgangen til efterløn skal hjælpe til at udpege de grupper af sygeplejersker, der har en høj "risiko" for at forlade arbejdsmarkedet før pensionsalderen via efterlønsordningen. I den efterfølgende beskrivelse af analyseresultaterne er der taget udgangspunkt i en regressionsmodel for overgangen til efterløn for samtlige aldersgrupper. Der kan imidlertid være stor forskel på de sygeplejersker, der går på efterløn som 60-årige, og dem, der først senere går på efterløn. Eksempelvis kan der være en større andel af de sygeplejersker, der går på efterløn som 60-årige, som har et højt sygefravær og forlader arbejdsmarkedet på grund af fysisk/psykisk nedslidning. Der er derfor lavet modelanalyser for de enkelte aldersgrupper, og afslutningsvis fremhæves de ste-

der, hvor regressionsanalyser for gruppen af 60-årige adskiller sig.

I tabel 7.3. er gengivet resultaterne fra modelanalysen for chancen (Odds Ratio) for at gå på efterløn i perioden 1998-2006 blandt sygeplejersker i alderen 60-67 år.

Tabel 7.3 Logistisk regressionsmodel for overgangen til efterløn i perioden 1998-2006

		Odds Ratio	[95% conf. Interval]		P> z
Sociodemografiske forhold	Region Hovedstaden	-	-	-	-
	Region Sjælland	1,22	1,11	1,33	0,000
	Region Syddanmark	1,22	1,12	1,33	0,000
	Region Midtjylland	1,17	1,07	1,27	0,000
	Region Nordjylland	1,16	1,04	1,30	0,007
	Gift/samlevende	-	-	-	-
	Enlig	0,70	0,65	0,75	0,000
	Kvinde	-	-	-	-
	Mand	0,57	0,44	0,74	0,000
Arbejdsrelaterede forhold	Løn under 150.000 kr.	0,23	0,20	0,26	0,000
	Løn 150.000-199.999 kr.	1,04	0,92	1,17	0,505
	Løn 200.000-249.999 kr.	-	-	-	-
	Løn 250.000-299.999 kr.	0,74	0,68	0,81	0,000
	Løn 300.000-349.999 kr.	0,55	0,50	0,61	0,000
	Løn over 349.999 kr.	0,36	0,32	0,41	0,000
	Ansæt i den offentlige sektor	-	-	-	-
	Ansæt i den private sektor	0,75	0,65	0,87	0,000

		Odds Ratio	[95% conf. Interval]		P> z
Arbejdsrelaterede forhold	Ansættelse ved hospital	-	-	-	-
	Plejehjem	1,24	1,15	1,33	0,000
	Hjemmesygepleje/sundhedspleje	1,13	1,01	1,26	0,029
	Lægekonsultation	0,82	0,65	1,03	0,086
	Døgninstitution	1,61	1,35	1,92	0,000
	Andre sygeplejerelevante brancher	1,11	0,96	1,29	0,167
	Øvrige brancher	0,77	0,66	0,90	0,001
	Ikke arbejdsløs i foregående år	-	-	-	-
	Arbejdsløs i foregående år	4,54	3,87	5,33	0,000
	Uden sygedagpenge året før	-	-	-	-
	Sygedagpenge 1-60 dage	1,19	1,06	1,33	0,003
	Sygedagpenge 61-360 dage	1,64	1,39	1,93	0,000
	Antal observationer	29.300			
	Goodness-of-fit (-2Log L)	-13365,622			
	Pseudo R2	0,0858			

Sociodemografiske forhold

Resultaterne af modelanalysen viser, hvilke sygeplejersker i aldersgruppen 60-67 år, der har størst chance for at gå på efterløn i perioden 1998-2006. Ser man på de fem regioner, er der mindre forskelle på, hvorvidt sygeplejersker fra forskellige dele af landet går på efterløn. Til gengæld forsætter enlige sygeplejersker længere tid på arbejdsmarkedet, da deres chancer for at gå på efterløn er omkring 1,4 gange mindre end for sygeplejersker, der har en ægtefælle eller samlever. Samtidig er den lille gruppe af mandlige sygeplejersker mindre tilbøjelige til at vælge efterlønsordningen, end deres kvindelige kolleger.

Arbejdsrelaterede forhold

I tabel 7.3 kan man se, at sygeplejersker i de mellemste løngrupper er mere tilbøjelige til at gå på efterløn end sygeplejersker i de laveste og højeste løngrupper. At sygeplejersker med en løn under 150.000 kr. årligt har en lavere chance for at gå på efterløn, kan blandt andet skyldes, at denne gruppe består af en del sygeplejersker, der arbejder på nedsat tid i stedet for helt at forlade arbejdsmarkedet.

Samtidig er sygeplejersker ansat i den private sektor generelt mindre tilbøjelige til at forlade arbejdsmarkedet via efterlønsordningen. Arbejdsområdet har også betydning for tilbagetrækningsmønstre, idet sygeplejersker, der arbejder i hjemmeplejen, på plejehjem og andre døgninstitutioner har en større chance for at gå på efterløn, mens sygeplejersker, der arbejder inden for ikke-sygeplejerelaterede brancher (øvrige brancher) er mindre tilbøjelige til at vælge efterlønsordningen.

Sygeplejersker, der har været arbejdsløse (i det foregående år) har en markant større chance for at gå på efterløn frem for at fortsætte på arbejdsmarkedet til den generelle pensionsalder. Samtidig er sygeplejersker, der har modtaget sygedagpenge året før, mere tilbøjelige til at gå på efterløn.

Resultaterne for modelanalyserne af de 60-årige i forhold til chancerne for at gå på efterløn tegner overordnet samme billede.

Der er dog forskelle i effekten af enkelte faktorer, idet enlige i lidt mindre udstrækning går som 60-årige, og det i lidt højere grad er de arbejdsløse, der går allerede som 60-årige (jf. bilagstabel 7.2 model for 60-årige). Disse resultater tyder altså på, at sygeplejersker, der allerede er på vej væk fra arbejdsmarkedet på grund af arbejdsløshed, i lidt højere udstrækning går på efterløn allerede som 60-årige.

Modelanalyserne af overgangen til efterløn viser en række signifikante effekter ved de udvalgte forklarende faktorer. Men samtidig er mange effekter relativt små, og flere faktorer har ingen betydning for overgangen til efterløn, hvilket også afspejles i modellens forholdsvis lave forklaringskraft (Pseudo R² er omkring 9 procent). Dette betyder, at en række andre forhold end de faktorer, der er inddraget i modelanalyserne, som forventet også har betydning for sygeplejerskernes tilbagetrækning til efterløn. Dette er vigtigt at holde sig for øje i forhold til at identificere den gruppe af sygeplejersker, det er relevant at sætte ind over for med henblik på at få flere til at blive længere på arbejdsmarkedet.

Med dette in mente er der dog stadig fem faktorer fra modelanalyserne, som det er værd at fremhæve som udgangspunkt for en karakteristik af de sygeplejersker, der går på efterløn.

Tabel 7.4 Udvalgte faktorer fra regressionsanalyser

Faktor	Effekt
Arbejdsløs i foregående år	4.5 x større chance
Løn under 150.000 kr.	4 x mindre chance
Løn over 249.999 kr.	1.3 – 2.8 x mindre chance
Sygedagpenge over 60 dage	1.6 x større chance
Sygedagpenge under 61 dage	1.2 x større chance
Ansæt i den private sektor	1.3 x mindre chance
Ansæt i "Øvrige brancher"	1.3 x mindre chance
Ansæt ved plejehjem eller døgninstitution	1.2-1.6 x større chance

Bem.: Faktorenes effekt tager udgangspunkt i referencepersonen.

Det er i højere grad sygeplejersker i de mellemste løngrupper (150.00- 249.999 kr. årlig lønindkomst), der går på efterløn. Samtidig er personer, der har været uden for arbejdsmarkedet på grund af arbejdsløshed eller sygdom mere tilbøjelige til helt at trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet. Endelig er der en generel tendens til, at sygeplejersker ansat i den private sektor bliver længere på arbejdsmarkedet, og arbejdsområdet har betydning for, hvorvidt sygeplejerskerne vælger efterlønsordningen. Disse fem faktorer kan således danne udgangspunktet for en uddybende karakteristik af denne store gruppe af sygeplejersker, der trækker sig tilbage før pensionsalderen.

Der er tidligere gennemført en undersøgelse af sygeplejerskernes tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet (Friis et al. 2005). Denne undersøgelse er baseret på data fra Den Danske Sygeplejerskekohorte, hvor i alt 19.989 kvindelige sygeplejersker i 1993 deltog i en spørgeskemaundersøgelse om bl.a. helbredsforhold, livsstil og arbejdsforhold. I deres analyser af overgangen til efterløn indgår 5.538 sygeplejersker, som var i alderen 51-59 år og erhvervsaktive i 1993. Der er inddraget oplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen sammenkørt med registeroplysninger, så det er muligt at følge sygeplejerskernes tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet i perioden 1993-2002.

Resultaterne af denne undersøgelse stemmer i vid udstrækning overens med analyseresultaterne gengivet ovenfor – for eksempel med hensyn til sygeplejerskernes arbejdsområder, indkomst og civile status. Undersøgelsen gennemført af Friis et al. (2005) inddrager endvidere flere forhold, som ikke er afdækket i analyserne ovenfor.

Det gælder eksempelvis sygeplejerskernes livsstil, som dog generelt ikke har betydning for overgangen til efterløn. Endvidere viser undersøgelsen, at arbejdsmiljøfaktorer som oplevelse af fysisk anstrengelse i arbejdet, højt arbejdstempo og ringe indflydelse på tilrettelæggelsen af arbejdet kun har en marginal betydning

for sygeplejerskernes tilbagetrækning på efterløn. Hovedkonklusionen i denne undersøgelse er:

[...]at det i undersøgelsen ikke er muligt at identificere markante risikofaktorer for, om sygeplejersker går på efterløn, da disse generelt kun har marginal betydning for sygeplejerskers tilbagetrækningsmønster. Helbred, arbejdsforhold, livsstil og sociodemografiske forhold spiller altså ikke nogen markant rolle for sygeplejerskers beslutning om, hvorvidt de går på efterløn eller fortsætter på arbejdsmarkedet. (Friis et al. 2005:9)

Alt i alt peger resultaterne af vores undersøgelse og undersøgelsen gennemført af Friis et al. (2005) på, at sygeplejerskernes tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet via efterlønsordningen i høj grad er påvirket af forhold, som ligger *uden for* undersøgelseernes rækkevidde. Selv ikke sygeplejerskernes livsstil eller arbejdsmiljøforhold udgør markante faktorer i forklaringen af sygeplejerskernes beslutning om at forsætte deres arbejdsliv eller trække sig tilbage på efterløn.

DEL 2

Resultater fra den kvalitative undersøgelse

Udarbejdet af Christina Holm-Petersen, DSI

8 Indledning og baggrund

Dansk Sundhedsinstitut (DSI) gennemførte i perioden 2004-2005 en undersøgelse af sygeplejerskers arbejdsopgaver og fagidentitet på medicinske afdelinger (Holm-Petersen, Asmussen & Willemann 2006). En af konklusionerne i undersøgelsen var, at der er meget store forskelle på afdelinger, hvor der er erfarne sygeplejersker ansat, og afdelinger, der kun kan tiltrække og fastholde nyuddannede sygeplejersker. Det blev i forlængelse heraf besluttet at gennemføre en kvalitativ undersøgelse, der skulle belyse, hvad der får sygeplejersker til at træffe deres valg om stillinger, og hvad der skal til for, at hospitalsafdelinger kan tiltrække og fastholde erfarne sygeplejersker.

Det blev i samarbejde med AKF besluttet at gennemføre både en kvantitativ og en kvalitativ undersøgelse af sygeplejerskers bevægelser på arbejdsmarkedet.

Danmark oplever i disse år en stigende sygeplejerskemangel. Ifølge Dansk Sygeplejeråd var antallet af ubesatte sygeplejerskestillinger i marts 2008 oppe på 2.405 og er dermed steget 119 procent i perioden 2006-2008 (Rath & Hornstrup 2008).

Sygeplejerskemangel er ikke blot et dansk fænomen, men et internationalt udbredt problem (Berliner & Ginzberg 2002; Canadian Nursing Advisory Committee 2002; Huber et al. 2003; Joint Commission 2003; Manion 2004; Newman et al. 2002; Nolan et al. 1998; Møller Pedersen 2008; Sellgren 2007). Problemet handler både om, at der ikke rekrutteres nok i forhold til at møde den stigende efterspørgsel, og at det er svært at fastholde sygeplejerskerne. En høj grad af medarbejdergennemstrømning er på den ene side en dyr måde at bemande eksempelvis hospitalsafdelinger, og på den anden side forbindes en høj grad af medarbejdergennemstrømning som regel med en lavere organisatorisk effektivitet (Price 2001). Det er således svært at få øje på organisatoriske fordele i en høj gennemstrømning. Samtidig peger Joint Commission på, at der er evidens for, at stor sygeplejerskeudskiftning medfører øget dødelighed blandt patienter (Joint Commission 2003).

I Danmark findes der ikke nogen opgørelser over, hvilke områder der er hårdest ramt af sygeplejerskemangel. I England er manglen størst inden for operationsrelaterede sygeplejersker, pleje af ældre, intensiv og psykiatri (Newman et al. 2002).

I litteraturen om fastholdelse er der en forventning om sammenhæng mellem gennemstrømning og mulige alternative jobmuligheder. Jo flere lokale muligheder der er inden for faget, jo højere vil gennemstrømningen forventes at være (Price 2001). I og med, at sygeplejersker må anses for at have en høj grad af *transferable skills* (Price 2001), har sygeplejersker således mulighed for at skifte mellem en række stillinger inden for sundhedsvæsenet – såvel inden for det offentlige som uden for. Gennemstrømning kan således anses for at handle om eksogene forhold som alternative muligheder. Gennemstrømning kan også anses for at handle om endogene forhold. En metaanalyse af 70 studier har vist, at der er en stærk sammenhæng mellem tilfredshed med arbejdet og intentioner om at forlade sin stilling (Irvine & Evans 1995). Et af de forhold, der går igen på tværs af landegrænser, er i tråd hermed sygeplejerskers tilfredshed med deres arbejdsforhold (Berliner et al. 2002; Newman et al. 2002) og mangel på arbejdsglæde (Manion 2003; Newman et al. 2002).

I den kvalitative del undersøges det, hvilke betydninger 20 erfarne og primært mobile danske sygeplejersker tillægger henholdsvis eksogene faktorer som alternative muligheder og deres tiltrækningskraft og endogene faktorer som eksempelvis arbejdsforhold og ledelse primært på danske offentlige hospitaler.

9 Undersøgelsesmetode

DSI's kvalitative del af undersøgelsen bygger på interview, samtaler med en række ledere, der ansætter sygeplejersker, og en mindre litteraturgennemgang.

9.1 Interview

Der er som led i undersøgelsen foretaget 20 dybdegående kvalitative interview med sygeplejersker ansat såvel i det offentlige som i det private sundhedsvæsen. Interviewene er foretaget med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide, er optaget på *voice recorder* og er efterfølgende blevet udskrevet. Deltagerne blev indledningsvist kort informeret om undersøgelsen og dens formål. Alle interviewpersoner er blevet lovet anonymitet, og fremstår derfor som anonyme i teksten. Det vil eksempelvis sige, at alle navne på personer, byer, afdelinger og til dels også specialer er udeladt. De tolv af interviewene er foretaget face-to-face, mens otte af interviewene er foretaget telefonisk. Interviewene er foretaget i perioden juni-september 2008.

Herudover er der i forbindelse med søgningen af relevante interviewpersoner gennemført en række samtaler med ledere i private vikarbureauer, i medicinalbranchen og på privathospitaler om, hvad der kendetegner de sygeplejersker, de ansætter. Hertil er der gennemført samtaler med ledende sygeplejersker i det offentlige hospitalsvæsen om deres udfordringer med at fastholde medarbejdere. Hvor disse ledere er citeret i undersøgelsen har de på forhånd fået citaterne til godkendelse.

Fordele ved individuelle semistrukturerede interview som metode er, at der skabes indsigt i sygeplejerskernes egne fortællinger og konstruktioner af deres valg af veje på arbejdsmarkedet, og at der hermed skabes indsigt i, hvilke betydninger de tillægger forskellige forhold heromkring. Metoden giver således et indblik i sygeplejerskernes selvforståelse og i deres fortolkning af de virke-

ligheder, de har været en del af på deres forskellige arbejdspladser. Den semistrukturerede metode er derudover på den ene side elastisk nok til at forfølge de vinkler, der opstår i dialogen i interviewet, og på den anden side medfører struktureringen, at de samme temaer vil blive berørt i samtlige interview. Længden på de gennemførte interview har således varieret i takt med, hvor mange vinkler der opstod undervejs. Som udgangspunkt opstod der flest vinkler undervejs, når interviewene blev gennemført ansigt-til-ansigt.

Begrænsningerne ved interview som metode er, dels at metoden er tidskrævende, og at det derfor er begrænset, hvor mange der kan indgå i undersøgelsen, dels at metoden ikke giver adgang til at studere egentlige valg og hverdagsoplevelser, men i stedet sygeplejerskernes repræsentationer heraf. Repræsentationer som vil være præget af begrænsninger i hukommelse, potentielle projiceringer, fortætninger og fortrængninger (Schlackman 1989) samt mere bevidste selektering i selvfremsættelsen. Metoden risikerer således at give distancerede og idealiserede repræsentationer (Holstein & Gubrium 2000) af omstændigheder forbundet med valget af stillinger og af dagligdagen.

De gennemførte interview har dog generelt været præget af en meget høj grad af åbenhed og reflekterende dialog. Interviewene er gennemført og analyseret inden for den narrative, socialkonstruktivistiske genre (Gubrium & Holstein 1997; Gubrium & Holstein 2000; Holstein & Gubrium 2000; Holstein & Gubrium 2003; Järvinen, Mik-Meyer & red. 2005; Van Maanen 1988).

9.1.1 Udvalgelse af interviewpersoner

En udfordring i forhold til at gennemføre den kvalitative del af undersøgelsen var at finde frem til relevante sygeplejersker til at indgå i interview. I en tidlig fase af projektet havde Dansk Sygeplejeråds professionsafdeling givet tilsagn om, at de gerne ville stille deres medlemsregister til rådighed ved kontakten til mulige interviewdeltagere. Da det senere viste sig, at vi primært var inter-

esserede i at interviewe sygeplejersker, der nu arbejdede i privat regi i form af ansættelse på privathospital, i privat vikarbureau eller i medicinalbranchen, måtte denne strategi dog opgives, da Dansk Sygeplejeråds medlemsregister ikke er dækkende for ansatte inden for disse områder.

På baggrund af AKF's registeranalyser blev følgende målgruppe udpeget til interview som værende dem, der er mest tilbøjelige til at skifte ansættelse fra offentligt til privat:

- Kvinder i aldersgruppen 30-44 år
- Gifte såvel som enlige
- Med børn og uden børn (dem med børn har lidt mindre tilbøjelighed til at skifte).

For at finde frem til interviewpersoner besluttede vi derfor at kontakte hospitalerne. Men da hospitalerne ikke kan udlevere information om nuværende og tidligere ansatte var det nødvendigt med en strategi, der byggede på, at medarbejderne skulle henvende sig til os. Der blev udarbejdet en informationsskrivelse, der opfordrede til enten selv at melde sig eller at give informationen videre til relevante tidligere kolleger.

Dette opslag henvendte sig til sygeplejersker, som inden for de seneste tre år havde skiftet branche enten fra offentligt hospital til privat (hospital, vikarbureau eller medicinal) eller fra privat (hospital, vikarbureau eller medicinal) til offentligt hospital. Opslaget blev sendt til et udvalg af offentlige og private hospitaler – ofte efter en telefonisk kontakt med en ledende sygeplejerske. På nogle hospitaler blev opslaget sat op på opslagstavler, ved omklædningsrum eller lagt på intranet. Der blev også rettet henvendelse til en række ledere og medarbejdere i vikarbureauer og i medicinalbranchen. Et af medicinalfirmaerne lagde også opslaget på deres intranet.

I det nye opslag søgte vi også sygeplejersker, der arbejdede såvel i det private som i det offentlige. Det vil sige sygeplejersker med bijob. Det viste sig dog stadig at være svært at tiltrække disse

målgrupper. Måske var en medvirkende årsag hertil, at tidspunktet var sammenfaldende med overenskomstkonflikt og strejke. Der er derfor også gjort reklame for undersøgelsen ved enkelte temadage, og ledende sygeplejersker er blevet anmodet om at hjælpe med at finde relevante interviewpersoner. Det har også været nødvendigt at udvide aldersgruppen yderligere for at få et tilstrækkeligt antal sygeplejersker med de relevante brancheskift og bijob til at deltage i interview.

Nogle af de medvirkende i interviewene blev fundet ved, at sygeplejersker, der blev interviewet, anbefalede deres nuværende eller tidligere kolleger at deltage i interview.

9.1.2 Aldersfordeling, civilstand og køn

Der er gennemført 20 interview med sygeplejersker i aldersgruppen 28-58 år. Gennemsnitsalderen er knap 43 år. Aldersfordelingen er som følger:

Tabel 9.1 Interviewpersoners aldersfordeling

Alder	Antal interview
25-30	1
31-35	1
36-40	5
41-45	7
46-50	4
51-55	-
56-60	2

19 af de 20 interviewpersoner er kvinder. En er mand. Lidt over halvdelen (11) er gift. Fem er fraskilt og fire har aldrig været gift. De, som er skilt, er alle i aldersgruppen 46-60. De fleste af interviewpersonerne (sytten) har børn. Disse sytten sygeplejersker har tilsammen 35 børn. Det vil sige, at det gennemsnitlige antal børn

er to²⁸. Interviewpersonerne uden børn er i aldersgruppen 25-35 år samt en person i gruppen 46-50.

9.1.3 Sektorer

Flere af de interviewede har foretaget flere skift mellem typer af arbejdssteder og mellem den offentlige og den private sektor inden for sundhedsvæsenet – eller virksomheder der er relateret hertil. Det vil sige medicinalbranchen. De interviewede sygeplejersker dækker med deres nuværende primære beskæftigelse følgende sektorer:

- Offentligt hospital (seks interview)
- Privathospital (fire interview)
- Vikarbureauer i det private (tre interview)
- Medicinalfirma (syv interview).

Af de seks sygeplejersker, der har deres primære beskæftigelse på et offentligt hospital, er der to, der bijobber på privathospital, og tre, der bijobber på offentlige hospitaler gennem private vikarbureauer. Tre af de seks har på et tidspunkt i deres forløb haft deres primæransættelse i det private, men er skiftet tilbage til primæransættelse på et offentligt hospital – nu blot med bijob i det private. Tre har hele tiden haft deres primære ansættelse på et offentligt hospital.

Fjorten af interviewpersonerne er skiftet fra offentlig sygehusbeskæftigelse til privatansættelse. En er skiftet fra hjemmeplejen til privatansættelse og en er skiftet fra offentligt plejehjem til privatansættelse.

Samlet set er der således interviewet 20 erfarne sygeplejersker (19 kvinder, 1 mand) mellem 28-58 år (med og uden børn). 17 af disse har på et tidspunkt foretaget skift fra offentligt til privat.

²⁸ Fordelingen er som følger: tre har nul børn, fem har et barn, syv har to børn, fire har tre børn og en har fire børn.

Tre har skiftet fra privat til offentligt sundhedsvæsen. Ni har på et tidspunkt bijob i det private.

9.1.4 Geografisk fordeling og mobilitet

De interviewede sygeplejersker fordeler sig geografisk set med bopæl som følger:

- Sjælland (otte interview)
- Fyn (to interview)
- Jylland (ti interview).

En del af sygeplejerskerne i medicinalbranchen har bopæl i andre landsdele, end hvor deres hovedkontor ligger. Tre sygeplejersker har skiftet landsdel i løbet af deres karriere. Tre har kortvarigt arbejdet som sygeplejerske i andre lande.

9.1.5 Specialer og stillinger

Af de tyve interviewpersoner har to tidligere været ansat som afdelingssygeplejerske på et offentligt hospital. Tre har derudover erfaring som souschef. Og fordelingen af specialuddannede inden for sygepleje er som følger: to operationssygeplejersker, to opvåkningssygeplejersker, to anæstesisygeplejersker og fem intensivsygeplejersker.

Interviewpersonerne dækker derudover bredt med erfaring fra akut medicinsk modtagelse (AMA), skadestue, traumesektion, neurokirurgi, thoraxkirurgi, ortopædkirurgi, plastikkirurgi, kirurgiske afdelinger, akut børnemodtagelse, børneafdeling, intern medicinske afdelinger – herunder også kardiologiske, endokrinologiske, gastroenterologiske, hematologiske, nefrologiske og lungemedicinske afdelinger, almen medicinske afdelinger, neurologisk afdeling, reumatologisk afdeling, geriatrisk afdeling, langtidsmedicinsk afdeling, psykiatrisk afdeling, epidemisk afdeling, hjemmeplejen, plejehjem, forsorgshjem samt projektstillinger i det offentlige og i det private. Tilsammen har sygeplejerskerne, ef-

ter de blev færdiguddannet, således erfaring fra 85 stillinger på offentlige hospitaler og ni stillinger på plejehjem og i hjemmeplejen bag sig. Hertil havde de erfaringer fra ti stillinger i medicinalbranchen, syv stillinger på privathospitaler og otte stillinger som fuldtidsvikar.

9.1.6 Analyse af data

Materialet har ikke en kvantitet, der gør det meningsfuldt at tale om generaliserbarhed. I analysen af data har målet været at søge efter typiske og afvigende mønstre i de interviewede sygeplejerskers perspektiver. Da vi planlagde undersøgelsen, var vi således spændte på, i hvor vid udstrækning der ville være mønstre i sygeplejerskernes fortællinger. Det viste sig, at der var en række mønstre i sygeplejerskernes fortællinger om årsager til at vælge stillinger fra og til. Det må således formodes, at de identificerede forklaringer rækker bredere ud end til de 20 interviewede sygeplejersker. Antallet af gennemførte interview er dog for lille til, at det kan udelukkes, at der også kan være andre begrundelser end de i undersøgelsen (og litteraturen) identificerede for at skifte fra offentligt til privat sundhedsvæsen – og fra privat til offentligt sundhedsvæsen.

Hvad angår sygeplejerskernes vurdering af arbejdsforhold og ledelse på de offentlige hospitaler er mønstret i fortællingerne på tværs af de 20 sygeplejersker (og deres erfaringer fra 85 stillinger) så markant, at der må være tale om fortællinger, der er udbredte i en bredere population af erfarne sygeplejersker. Dette forhold understøttes af andre undersøgelser, artikler i dagspressen samt i fagpressen om pressede arbejdsforhold og kan således muligvis ses som en del af sygeplejerskernes generelle professionsidentitet (Holm-Petersen et al. 2006; Muff 1988).

Hvor stærk fortællingen om eksempelvis demotivation på de offentlige hospitaler er – og hvilke konsekvenser sygeplejersker vælger at tage eller ikke at tage heraf – varierer potentielt fra afdeling til afdeling og fra sygeplejerske til sygeplejerske. I denne

undersøgelse er der en overvægt af sygeplejersker repræsenteret, som har valgt at tage konsekvensen ved at rejse. Deraf må det sluttes, at de muligvis tillægger fortællingen større betydning end dem, der vælger ikke at rejse. Eller at de i hvert fald anvender fortællingen til at forklare deres valg. Sygeplejerskerne i undersøgelsen, der ikke havde forladt de offentlige hospitaler, men blot havde bijobbet på et tidspunkt, havde dog ikke en mere positiv udlægning af de overordnede arbejdsvilkår end de sygeplejersker, der var søgt ud i det private.

Samtidig er der i sygeplejerskernes fortællinger mest faglig respekt om arbejdet i det offentlige. Når tingene kører, som de skal, og den enkelte er med til at redde menneskeliv eller forbedre en patients situation, så opleves arbejdet ifølge de interviewede sygeplejersker som dybt meningsfuldt. Og sygeplejerskerne oplever ofte en taknemmelighed og respekt fra patienter og pårørende. Selv om der ofte ifølge de interviewede sygeplejersker ikke er nogen formaliseret udvikling, så anser de til en vis grad arbejdet som udviklende i sig selv. Og arbejdet er samtidig en kilde til faglig stolthed.

Forskellige fortællinger kan på denne vis sameksistere. I en bredere population af sygeplejersker, der er blevet på de offentlige hospitaler, kan det forventes, at de mere positive fortællinger fylder mere. I en interviewundersøgelse blandt sygeplejersker i det tidligere Frederiksborg Amt gennemført af Vibeke Andersen, Bettina Dybbroe og Ida Bering konkluderede de i tråd hermed, at sygeplejerskerne i overvejende grad havde så stor glæde ved faget og arbejdet, at dette engagement afbalancerede den ret store kritik, de havde af forhold ved deres arbejde (Andersen 2004).

9.2 Litteratur

Der er gennemført en mindre litteraturgennemgang med henblik på at belyse blandt andet følgende problemstillinger:

- Sygeplejerskers valg af stillinger

- Fastholdelse af sygeplejersker
- Udviklingen i sygeplejerskernes arbejdsbetingelser og arbejdsmiljø
- Udviklingen i sygeplejerskernes fagidentitet og arbejdsopgaver.

På baggrund af denne litteraturgennemgang og tidligere gennemførte undersøgelser af sygeplejerskernes arbejde og fagidentitet (Holm-Petersen et al. 2006) blev der udpeget en række temaer, der skulle indgå i den semistrukturerede interviewguide (bilag 5 og 6). Temaer der skulle indgå i undersøgelsen af, hvorfor sygeplejersker mener, de skifter fra offentlig til privat ansættelse (og tilbage igen), og hvorfor det synes at være svært at fastholde de erfarne sygeplejersker på de offentlige hospitaler. Det blev således afprøvet, hvilken betydning sygeplejerskerne tillægger de forskellige problemstillinger såsom eksempelvis ledelse, arbejdstider, arbejdsvilkår, løn, faglig udvikling, kvalitet i plejen, personalemangel m.m. I det første interview opstod derudover betydningen af netværk som tema – og dette indgik derfor i en revideret interviewguide.

10 Sygeplejerskernes fortællinger om skift

I sygeplejerskernes fortællinger om skift er der en række temaer og oplevelser, der går igen. Nogle af disse oplevelser afhænger af sygeplejerskernes alder. De sygeplejersker, der blev færdiguddannede i begyndelsen af 1990'erne, som i dag typisk er i begyndelsen af 40'erne, oplevede således, at der var færre valgmuligheder end deres kolleger oplevede ti år senere.

I 1990'erne var det svært at få en fast stilling på en afdeling efter eget valg. Mange må således tage det, der er. Og mange må begynde med et vikariat. Men i det nye årtusinde begynder det i stigende grad at være svært at finde kvalificerede ansøgere. Og vakante stillinger, der ikke kan besættes, begynder at blive et problem på mange afdelinger. Dette medfører således en større valgfrihed både blandt de erfarne og de nyuddannede sygeplejersker.

10.1 Antal skift og mønstre

Der er i denne undersøgelse gennemført interview med sygeplejersker, der skifter fra offentlige hospitaler, fra hjemmeplejen og fra plejehjem til henholdsvis private vikarbureauer, privathospitaler og til medicinalbranchen. Der er også gennemført interview med sygeplejersker, der skifter fra ansættelse i private vikarbureauer, privathospitaler og medicinalbranchen til ansættelse på offentlige hospitaler og i hjemmeplejen. Endelig er der gennemført interview med sygeplejersker, der bijobber eller har bijobbet i private vikarbureauer og på privathospitaler.

En stor del af sygeplejerskerne har deres første stilling på en afdeling, hvor de havde været elev eller i praktik. Alternativt vælger de et speciale, der er genkendeligt fra deres praktiktid. Sygeplejerskerne angiver årsagerne hertil som værende, at det er mere trygt at begynde som ny sygeplejerske på en afdeling, når man kender specialet. At de kendte afdelingen og medarbejderne og

godt kunne lide stedet. Og at de blev tilbudt en stilling og sagde ja, fordi det var attraktivt at blive tilbudt en stilling.

Hovedparten af sygeplejerskerne angiver en kombination af flere forskellige årsager til at skifte stilling. Men dårlige arbejdsbetingelser, dårlig ledelse og mangel på faglig udvikling er de oftest nævnte begrundelser for jobskifte. Derudover nævnes arbejdstider, ændrede familieforhold, arbejdsmængde, arbejdstempo, dalende kvalitet i plejen, løn, prestige, afdelinger der lukker, funktioner der omlægges som årsager til jobskifte.

10.1.1 Skift som led i udvikling

De mere ambitiøse af sygeplejerskerne peger på, at der ligger en slags naturlig udvikling i, hvor man begynder som nyuddannet sygeplejerske, og hvor man bevæger sig hen. At mange eksempelvis begynder på de medicinske og kirurgiske basisafdelinger og derefter bevæger sig op i hierarkiet af specialer og afdelinger.

På den almenmedicinske afdeling var de meget i 20'erne. Måske i begyndelsen af 30'erne men så forsvandt de jo. Så var der nogle i 50'erne. Men de fleste i 50'erne var sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter. Det er fordi, når man kommer og er nyuddannet sygeplejerske, så skal man starte et eller andet sted. Og de er som regel i 20'erne. Så starter man måske på en almenmedicinsk afdeling, fordi der lærer du rigtig meget, og det er nemt at gå til. Og man ved ikke, hvad man vil. Mange mænd vil helst skadestuer eller AMA og kan måske også bedre få det. Så finder du dit ståsted, din identitet. Og så begynder man at tænke, at man godt vil et skridt videre. Nogle tager så en skadestue eller en intensiv eller noget andet. Men det kræver lidt ballast at komme ind på en af de interessante specialafdelinger. Og det er forklaringen på, at aldersfordelingen er helt anderledes på AMA, skadestuen og intensivafdelinger. Der finder man folk i

30'erne og 40'erne og mændene. De sidder der eller som ledere. (Sygeplejerske i den private sektor)

Nogle ser dette som en rejse i at finde sin faglige identitet. Nogle skifter for at søge faglig udvikling og bedre arbejdsvilkår på de mere specialiserede afdelinger, nogle for også at få arbejdstiderne til at hænge bedre sammen med et familieliv med børn.

Lige så snart, man har fået noget erfaring, søger man over i dagsspecialer, ambulatorier og dagkirurgiske klinikker, så man bedre kan få det til at hænge sammen med at have en familie. Sygeplejersker er ofte bundet af, at det er dem, der står for skud, når børnene skal passes. Det er også vigtigt for sygeplejersker at vise udadtil, at familien er noget, vi prioriterer. Det passer godt med vores værdier som sygeplejersker og vores fokus på omsorg. Det er en del af identiteten som sygeplejerske, hvor de prioriterer omsorg og tryghed. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Flere af sygeplejerskerne vælger at skifte job i forbindelse med, at de skal begynde at arbejde igen efter barsel. Andre angiver dog, at en barselsorlov kan være med til at forsinke skift, som man ellers måske ville have foretaget før:

Det varede længere tid, før jeg skiftede afdeling, fordi når man er på barsel, så har man sine prioriteter et andet sted. Det er ikke så meget de faglige udfordringer. Der får man nok sociale udfordringer derhjemme. Og kollegerne var søde og rare og så kørte det bare. På et tidspunkt så vender fokus igen på arbejde. Man synes, man mangler lidt udfordringer og synes måske, at det kan være lidt hårdt at være der. At arbejdspresset er hårdt. Og så skifter man. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

I en svensk ph.d.-undersøgelse baseret på spørgeskemaer og fokusgruppeinterview med sygeplejersker, der er gennemført af Stina Fransson Sellgren, taler de ledende sygeplejersker ligefrem om charterturistsygeplejersker i beskrivelsen af særlig de unge sygeplejerskers bevægelser med ofte korte ophold på hver afdeling (Selgreen 2007).

10.1.2 Netværk og identitet

Der er et gennemgående træk i sygeplejerskernes fortællinger om, at skift af afdelinger og arbejdssteder også formes i gruppen af sygeplejersker på afdelingerne og/eller gennem samtaler med andre sygeplejerskeveninder fra studiet eller tidligere afdelinger. Dels fordi erfaringer med, hvad der er godt, gensidigt formidles. Dels fordi der mange steder er en tendens til, at der er en periode, hvor en afdeling bliver bygget op og får en fasttømret medarbejdergruppe. Og når medlemmer af denne gruppe så begynder at rejse, så sættes der derigennem spørgsmålstejn ved, om det stadig er et godt og udviklende sted at være ansat – og tanker, om man egentlig burde søge nye græsgange, begynder at melde sig.

Når først nogle begynder at rejse, så begynder man at reflektere over sin egen situation. Man kan godt i nogle år lulle sig ind i, at vi har det enormt rart sammen og det fungerer godt arbejdsmæssigt. Det at få nye kolleger kan også ændre på ens lyst til at være der. (Sygeplejerske i den private sektor)

Det smitter at rejse fra en afdeling eller at tage bijob, for det er noget, man snakker om i gruppen, og tanker og muligheder modnes. (Sygeplejerske der bijobber)

Den fælles og lokalt konstruerede fortælling om det at være ansat på afdelingen og det fællesskab, der er en del heraf, ændrer sig dermed. Fordi de gode kolleger rejser. Derfor har de netværk, sygeplejerskerne er en del af, betydning for deres selvfremsstilling,

handlemuligheder og deres valg af arbejdssteder. Den amerikanske socialpsykolog kalder sådanne netværk for netværk af gensidige identiteter (Gergen 1997; Holm-Petersen 2007b). Manion peger på, at når en værdsat sygeplejerskekollega rejser, så giver dette et fald i arbejdsmotivationen og en følelse af at være blevet afvist blandt de efterladte sygeplejersker (Manion 2004). Også i Sellgrens undersøgelse peges der på, at hvis et medlem af sygeplejerskegruppen vælger at rejse, så sætter dette hele gruppen under pres (Sellgren 2007).

10.2 Skift mellem sektorer

Selv om der er mange gennemgående tråde i sygeplejerskernes fortællinger, så er der også en række forskelle dels relateret til private forhold, dels relateret til hvilke former for skift de foretager. Årsagerne til at vælge de offentlige hospitaler og hjemmeplejen fra er således i store træk gennemgående, mens motiverne for de konkrete tilvalg varierer. Gennemgående er der således en række forhold, der karakteriserer henholdsvis sygeplejerskerne, der søger ud i medicinalbranchen, der får stilling på privathospitalerne samt sygeplejerskerne der har deres primære ansættelse i et privat vikarbureau. Disse forskelle vil kort blive gennemgået her.

10.2.1 Sygeplejersker der skifter til vikarbureauer

I en rundspørge blandt sygeplejerskevikarer gennemført for Ugebrevet A4 fandt de, at utilfredshed med arbejdsmiljø og ledelse for mange var hovedbegrundelser for at skifte over til en vikarstilling. Ubekvemme arbejdstider spillede også en væsentlig rolle, mens løn kom i fjerde række (Madsen 2007).

Der er fem sygeplejersker i denne interviewundersøgelse, der på et tidspunkt skifter til vikarbureauer som hovedbeskæftigelse. Det, der er karakteristisk for disse sygeplejersker, er, at flere har

været relativt kort tid i samme faste stilling på offentlige hospitaler (maks. 2,5 år). Tre af sygeplejerskerne har derimod mangeårig erfaring fra hjemmeplejen og plejehjem. En sygeplejerske gennemfører en uddannelse ved siden af vikarjobbet.

Sygeplejerskerne har gennemsnitligt haft syv stillinger bag sig, før de får hovedbeskæftigelse i et privat vikarbureau. Det er forskelligt, hvilke typer af afdelinger de primært har arbejdet på. To har primært arbejdet på forskellige medicinske afdelinger, mens to har arbejdet på både medicinske og kirurgiske afdelinger. De er gennemsnitligt ca. 38 år gamle, da de skifter til private vikarbureauer som hovedbeskæftigelse. En var væsentlig ældre.

Det, sygeplejerskerne angiver som værende det, der motiverede dem til at skifte netop til primær ansættelse i et privat vikarbureau, var: Friheden til at vælge, hvornår og hvor meget de ville arbejde. Friheden til at være mere uforpligtet over for en arbejdsplads. Eller som en af sygeplejerskerne, der havde skiftet til vikar, udtrykte det:

Som vikar er man ikke så meget på, fordi man er på gennemgang. Man kommer, og så går man efter otte timer, og det var så det. (Sygeplejerske i den private sektor)

Samtidig anses den højere timeløn også for at være en motivationsfaktor i forhold til at vælge freelance livet som vikar.

10.2.2 Vikar som bijob

Ifølge en leder af et privat vikarbureau, der ansætter sygeplejerskevikarer, er det mest almindelige, at sygeplejerskerne har en fast stilling ved siden af på et offentligt hospital. Lederen peger også på, at sygeplejerskerne ofte vælger vikarbureauerne til, når de oplever, at deres arbejde bliver for tungt på deres afdelinger.

De fleste vikarer har et fast deltidsjob ved siden af. Der er ikke noget mønster i, hvilke afdelinger de kommer fra.

Det er meget blandet, dog er der en tendens til, at mange kommer fra afdelinger, hvor plejetyngden er stor, eller afdelinger, der har været pressede i en periode. I vikarbureauet har de friheden til at vælge, hvornår de vil arbejde. (Leder i vikarbureau)

Der er i denne interviewundersøgelse seks sygeplejersker, der har arbejdet for vikarbureauer som bijob. Blandt sygeplejerskerne, der arbejder – eller har arbejdet – i private vikarbureauer som bibe-skæftigelse, er der tale om sygeplejersker som fx intensivsygeplejersker, skadestuesygeplejersker og børnesygeplejersker. Nogle af disse begyndte at bijobbe i private vikarbureauer allerede efter at have arbejdet 1-2 år som sygeplejersker. Andre efter at have arbejdet 13 år som sygeplejersker, hvor de var ca. 40 år gamle.

Det, der motiverer sygeplejerskerne til at bijobbe som vikar, er: nysgerrighed i forhold til hvordan de arbejder på forskellige afdelinger, mere uforpligtende arbejde samt ekstra penge²⁹. Sygeplejerskerne, der bijobber eller har bijobbet, udtrykker det på følgende vis:

Det var dels, fordi vi godt kunne bruge ekstra penge derhjemme, men det kunne også være en måde at prøve andre ting af og snuse til dem. Og det var også rigtig fint, og det var uforpligtende at komme i otte timer og passe sit arbejde og ikke behøve bekymre sig om sygdom i nattevagten, og hvem kan så ringes ind. Det var man ude over. Man fik en god hyre og havde langt mere tid ude hos patienterne. Der var også rutiner, jeg ikke kendte. Jeg kan også huske, når vi havde vikarer på min afdeling, og man tænkte: "Hold da op hun går der og får næsten dobbelt så meget i løn som vi andre." Man er ikke

²⁹ Nogle giver udtryk for, at de ikke ville kunne tjene ekstra ved at tage ekstra vagter på deres egen afdeling, fordi overarbejde her ville skulle afspadseres.

forpligtet på samme måde. (Sygeplejerske i den private sektor)

Det var en fantastisk ting at arbejde som vikar ved siden af. Man kom fagligt ud og så forskellige ting og så de forskellige sygeplejersker arbejde. Mange steder kom man igen og igen. Og det gjorde tre ting: for det første kunne man se, at ens egen andedam måske ikke var så slem. For det andet kunne man blive inspireret til at ændre ting på ens egen afdeling. Det kunne måske hjælpe på rutiner og dårlige vaner. For det tredje var det fagligt udviklende. Det har også givet en god oplevelse af, hvor forskellige afdelinger kan være. Og så kan man se, når nogle sidder og siger: ih hvor har vi travlt, at så synes man ikke, de har travlt. Men de har travlt i forhold til deres niveau. Det er jo altid ud fra, hvordan vi selv oplever vores dagligdag. Og så kan man se afdelinger, hvor de har virkelig travlt. (Sygeplejerske i den private sektor)

Man får en god løn, man kan få positive input, få gode ideer at tage med hjem. Nogle gange finder man også ud af, at græsset ikke er grønnere andre steder. (Sygeplejerske, der bijobber)

Det fede ved at komme ud som vikar er, at de steder, man kommer ud, er så sindssygt glade for at få en vikar. Alene den modtagelse, man fik. Så fra blot at være en blandt de andre i staben, er man pludselig guld værd. (Sygeplejerske, der bijobber)

Som vikar er jeg dejligt fri for organisatorisk bøv. Jeg ved, de har deres bøv der også. De holder lange møder ind imellem. Men jeg kan bare sige: "Jeg er bare dagle-

jer.” Så det er dejligt uforpligtende. (Sygeplejerske, der bijobber)

Nogle af sygeplejerskerne fortæller også, at de har anvendt bijobberi til at blive klogere på, hvilke afdelinger de fremtidigt kunne ønske sig at arbejde på. Nogle yngre sygeplejersker også til at vælge specialiseringsområde.

Særlig i starten som sygeplejerske er det enormt fagligt spændende. Også en måde at finde ud af, om det var medicinen, kirurgien eller det akutte, jeg havde mest lyst til. (Sygeplejerske i den private sektor)

For hovedparten af sygeplejerskerne, der bijobbede eller havde bijobbet som vikar, var det kombinationen, der var tillokkende. Det så at sige at få det bedste fra to verdener. De overvejede således ikke at springe ud i kun at arbejde som vikar.

Jeg var helt klar over, at jeg i hvert fald ikke skulle være fast i et vikarbureau. For mig var det uholdbart, det der med at vente på at blive ringet op – og det ikke at have et fast tilhørsforhold. (Sygeplejerske i den private sektor)

10.2.3 Sygeplejersker, der skifter til medicinalbranchen

De siger alle det samme, når vi har dem til ansættelsesamtale. De siger: ”Jeg kan ikke trives i et miljø, hvor der ikke er plads til at få en idé, og hvor der ikke er plads til initiativ”. (Leder i medicinalfirma)

Der er otte sygeplejersker i undersøgelsen, der på et tidspunkt skifter til medicinalbranchen. Kendetegnende for dem alle er, at det er lysten til udvikling og til at prøve noget nyt, der fylder meget i deres fortællinger om deres valg af medicinalbranchen. De

taler om sig selv som sygeplejersker, der ville noget andet og mere, end de offentlige hospitalsafdelinger kunne tilbyde. Og som sygeplejersker, der går op i deres fag og i faglig sparring og udvikling. De tiltrækkes også af den friere og mere selvstændige arbejdstilrettelæggelse og af udsigten til ikke at have aften- og nattevagter.

Sygeplejerskerne har gennemsnitligt haft knap fem forskellige stillinger, før de får ansættelse i et medicinalfirma. Der er ikke noget mønster i, hvilke typer af sygehusafdelinger de har været på. De dækker derimod et bredt spektrum – flere dog med ansættelser på relativt specialiserede afdelinger. Nogle har derudover i perioder været projektansatte i forskellige regier, og nogle har også ansættelser i hjemmeplejen bag sig.

Alle på nær en, hvis forløb i øvrigt er atypisk, har de dog mindst en ansættelse af mindst fem år på samme afdeling bag sig. To har før de skiftede til medicinalbranchen, arbejdet i et vikarbureau som bijob, mens de arbejdede på et offentligt hospital. Flere nævner, at de ikke kunne tænke sig at arbejde som vikarer, fordi de sætter pris på kontinuitet i arbejdet og samarbejdet med kollegerne og på at føle sig fagligt kompetent. De er gennemsnitligt 39 år gamle, da de skifter til medicinalbranchen.

10.2.4 Sygeplejersker der skifter til privathospitalet

Ifølge ledere, der ansætter sygeplejersker på privathospitalerne, er det kun de dygtigste sygeplejersker, der kan komme i betragtning til stillinger, fordi søgningen er så høj. På et af privathospitalerne ansætter man således – ud over anæstesi- og operationssygeplejersker – udelukkende intensivsygeplejersker til at varetage plejen, uanset hvilke operationer patienterne gennemgår.

Vi ansætter hovedsagelig intensivsygeplejersker, anæstesisygeplejersker og operationssygeplejersker. Vi har mange uopfordrede ansøgere, så vi har mulighed for at

vælge dem, der er bedst kvalificerede. Vi sætter aldrig opslag op. De kommer bare. De hører om det fra deres tidligere kolleger, der har arbejde her. Mange af dem siger, at de var trætte af, at deres afdeling var fyldt af tunge forløb – ældre patienter, man holdt liv i for længe. Vores patientforløb er gennemgående gode. Vi arbejder meget med det. Her er værdierne ikke bare ord. Her er der plads til, at værdierne og patienterne er i centrum. Plads til at tage udgangspunkt i den enkelte patients behov – til at tale med patienterne, give omsorg. Vi har også mange freelance sygeplejersker. Sygeplejersker der er gået over i vikarbureauer og kun tager det, de gerne vil have. (Leder på privathospital)

Der er et mønster i, hvad de siger til ansættelsessamtalerne: De trænger til at komme ud i en mindre organisation, hvor de kan have mere indflydelse, og hvor den organisatoriske og patientoplevede kvalitet er højere. De er stolte over at være sygeplejersker. De er ved at drukne i bureaukrati. Jeg kan ikke give dem færre vagter, og de får heller ikke nødvendigvis mere i løn, hvis de havde mange tillæg. Så det er ikke lønnen, de kommer for. Jeg er sådan set heldig, jeg kan vælge ud blandt de dygtigste sygeplejersker. Men vi er også afhængige af, at der er et offentligt sygehusvæsen ved siden af, og at det fungerer. (Leder på privathospital)

Der er seks sygeplejersker i undersøgelsen, der på et tidspunkt skifter fra et offentligt hospital til et privat hospital som hovedbeskæftigelse. Kun to af disse sygeplejersker havde forud for deres skift bijob på et privathospital. En af dem, der havde bijobbet forud, havde også haft bijob på offentlige hospitalsafdelinger gennem privat vikarbureau. Ingen af sygeplejerskerne bijobber på offentlige hospitalsafdelinger under deres primære beskæftigelse på privat hospital.

Sygeplejerskerne har gennemsnitligt haft godt fire stillinger bag sig, før de får en stilling på et privathospital. Blandt disse sygeplejersker er der et mønster i, hvilke typer af sygehusafdelinger de har været på. Der er således tale om intensivsygeplejersker, anæstesisygeplejersker, operationssygeplejersker og sygeplejersker med anden kirurgisk erfaring. Ingen har projektansættelser eller ansættelser i hjemmeplejen bag sig. Alle på nær en, hvis forløb i øvrigt er atypisk, har mindst en ansættelse af mindst fire år på samme afdeling bag sig. De er gennemsnitligt 36 år gamle, da de skifter til hovedbeskæftigelse på privathospital. En var dog væsentligt ældre.

Sygeplejerskerne vælger privathospitalerne, fordi de kan arbejde færre timer for samme løn, eller gå op i løn, fordi der ikke er vagtarbejde, fordi arbejdsdagen er mere forudsigelig og roligere, fordi enhederne er mindre og derfor også mindre bureaukratiske og fordi kontakten med patienterne er båret af en god stemning og serviceorientering, fordi de fysiske rammer er bedre, fordi der er flere personalegoder, fordi de føler sig mere værdsat, fordi patienterne er mindre syge og patientforløbene korte. Sygeplejerskerne udtrykker det blandt andet på følgende vis:

Jeg trængte til at se en helt vågen, lyslevende patient, der stadig havde et lysglimt i øjnene. Det er ikke så tyngende det, de slynger en i hovedet. Cancer i hele kroppen fx – jeg blev meget berørt af det, og efter nogle år blev det for tungt at være på sådan en afdeling. (Sygeplejerske i den private sektor)

Der var stor personaleudskiftning, og det er hårdt at være gammel sygeplejerske sådan et sted. Og så hørte jeg positiv omtale af vores sted her. De, der arbejder her, er meget glade for det. Og så fortæller de det til deres gamle kolleger og så får de også lyst til det. Der er gode patientforløb og tid til patienterne – det som man gerne vil som rigtig sygeplejerske. Andre har følt, at man over-

behandlede, at man ikke lod folk dø. Her har vi kortere forløb og har ikke så syge patienter, at de er døende. (Sygeplejerske i den private sektor)

Den sygepleje, der bliver givet til patienterne, er bedre her. Vi har ikke samme normeringsmæssige begrænsning som på en offentlig hospitalsafdeling. Og patienterne går glade herfra. Graden af omsorg og service og kontinuitet i patientforløbene er bedre. Så det, der andre steder giver utilfredse patienter, er der mulighed for at gøre godt her. (Sygeplejerske i den private sektor)

Det er ingen hemmelighed, at man tjener bedre på et privathospital. Og det er ikke voldsomt syge mennesker – de er raske, men har måske en skavank. En skulder, et underliv der skal undersøges, en hals. Det er jo ikke de der voldsomme hjerte- og lungeproblemer med syge kroniske patienter. Det er forkert at sige, det er venstre-håndsarbejde. For det er det selvfølgelig ikke. Men det er mere rutinepræget. Det er ikke voldsomme cancerpatienter, hvor man står og ser: Hold da op, der er cancer i hele maven. Sådan nogle overraskelser får vi jo ikke. (Sygeplejerske i den private sektor)

10.2.5 Bijob på privathospital

Der er tre sygeplejersker i undersøgelsen, der har prøvet at have bijob på et privathospital. Motiverne herfor er dels at tjene en højere løn samlet set, dels at få et afbræk fra den travle hverdag på et offentligt hospital.

Man kan godt blive kørt ned, når man er i det offentlige. Der er en ekstrem travlhed og så kan man godt få lyst til at prøve noget andet. Og så er det enormt attraktivt med en bedre løn. (Sygeplejerske, der bijobber)

Nogle sygeplejersker vælger at gå på nedsat tid og bijobbe ved siden af. For to af sygeplejerskerne blev bijobbet på privathospitalet en anledning til at skifte over til en ansættelse på privathospitalet. En sygeplejerske har følgende redegørelse for skiftet fra bijob til primæransættelse:

Der var meget med ny løn på det tidspunkt og med, om man havde skrevet nogle afhandlinger, og om man var kvalificeret. Og det var det, man fik ekstra penge for frem for det at være en stabil arbejdskraft, og det gav en utroligt dårlig stemning på afdelingen. Der var så megen skyllerumssnak, at det ikke var til at holde ud. Jeg orkede ikke at gå på arbejde der. På [navn på privathospital] var det dejligt at komme, så jeg spurgte, om de havde brug for mig der i nogle flere timer. (Sygeplejerske i den private sektor)

Det var således primært oplevelsen af bedre værdsættelse og bedre stemning i det private, der førte til skiftet.

10.2.6 Sygeplejersker, der vender tilbage til det offentlige

Der er tre sygeplejersker, der på et tidspunkt vender tilbage til primæransættelse i det offentlige hospitalsvæsen efter at have været privatansat. En af disse sygeplejersker havde skiftet tilbage to gange. Sygeplejerskerne skifter tilbage efter maks. to år i privatansættelse. Alle, der var skiftet tilbage til det offentlige som hovedbeskæftigelse, arbejdede dog stadig i det private som bijob. Dels for at få et lønløft, dels som en pause fra dagligdagen i det offentlige.

Begrundelserne for at skifte tilbage til det offentlige fra privathospitaler, private vikarbureauer og medicinalbranchen handler om arbejdsbetingelser og mulighederne for faglige udfordringer. Begrundelsen for at skifte fra privathospital til en offentlig

hospitalsafdeling er således bedre faglige udfordringer på de offentlige afdelinger.

Det er lidt mere samlebandsagtigt [på de private hospitaler]. Der kommer ikke de lidt mere specielle ting, der kan udfordre ens faglighed. (Sygeplejerske, der bijobber)

Begrundelser for at skifte fra primæransættelse i et privat vikarbureau til offentlige hospitaler var den usikkerhed, der var forbundet med hele tiden at skulle stå til rådighed. Nogle oplevede også, at måden, hvorpå den enkelte oplevede at blive presset til at tage vagter, udgjorde et problem.

Jeg kunne ikke holde til at blive ringet op kl. 7 om morgenen og få at vide, at jeg skulle være i [navn på by] om en time. Og bureauet respekterede ikke arbejdsplanen. Og hvis man sagde: "Det kan jeg ikke", smækkede hun bare røret på. Jeg fik stress af hende, hun respekterede ikke nogen grænser. (Sygeplejerske, der bijobber)

Andre begrundede skiftet tilbage med, at de savnede at være en mere forpligtet del af noget:

På et tidspunkt kommer du til at mangle nogle kolleger og et sted, hvor du kan sige, her hører jeg til, her kan jeg slå rødder. Her kan jeg fordybe mig. Du mangler også et sted, du kan få lov til at brokke dig. Når du kommer til et sted som vikar, skal du arbejde efter forskrifterne i otte timer, også selv om du synes, forskrifterne er forkerte. Som fuldtidsvikar følte jeg, at jeg havde gode ideer og visioner, men hvor skulle jeg aflevere dem henne? (Sygeplejerske, der bijobber)

Begrundelsen for at skifte fra medicinalbranchen til offentligt hospital var, at der her er mere faste arbejdstider. Det blev således

for svært at skulle styre sin egen tid og at skulle arbejde som sælger.

Sygeplejerskerne, der skiftede tilbage, havde ikke haft en oplevelse af, at deres arbejdsforhold var blevet væsentligt bedre i det private.

10.3 Betydning af løn

Ingen af de interviewede sygeplejersker angav løn som hovedmotivationen for at skifte sektor. Forhold som arbejdsvilkår, ledelse og udviklingsmuligheder har således ifølge sygeplejerskerne haft større betydning. Dette betyder dog ikke, at sygeplejerskerne ikke tillægger løn betydning. For mange er det således attraktivt at kunne arbejde færre timer for den samme løn ved at skifte til fx privathospital eller privat vikarbureau.

Jeg får det dobbelte i løn. Og det giver mere frihed. Frem for at arbejde 20 dage om måneden kan jeg nøjes med at arbejde 12. (Sygeplejerske i den private sektor)

Løn er også en væsentlig faktor, når sygeplejersker i det offentlige vælger at bijobbe i det private.

Du ville i den grad kunne rekruttere sygeplejersker til det offentlige, hvis du gav folk en ordentlig løn. For folk vil gerne arbejde med det, der er fagligt spændende. (Sygeplejerske, der bijobber)

Jeg kunne også tage ekstravagter her, men det ville være alt for hårdt. Jeg har gjort det, for vi har lige haft en rigtig god ordning, hvor vi har haft mange penge oveni. Så det har gjort, at mange af os har taget ekstra vagter i vores egen afdeling. Men den udløber desværre. Og så ved vi ikke, hvad der sker. Hvis man ikke føler, man får noget ekstra ud af sin ekstravagt, så kan den føles

uoverskuelig i ens privatliv. Men hvis man føler, man får noget økonomisk ud af det, så kan man mere. (Sygeplejerske, der bijobber)

Alle nævner således den ekstra løn som en stærk motivation for at bijobbe såvel i private vikarbureauer som på privathospitaler. Nogle havde dog en oplevelse af, at det ofte var hårdt tjente penge at være ude som vikar.

Jeg arbejder meget mere end 37 timer nu. Jeg tager en eller to ekstra vagter hver uge lige nu på min afdeling, fordi vi får 200 procent for ekstra arbejde. Og det er mindre stressende, når man kender rutinerne. Hvis ordningen ikke var der, ville jeg bijobbe i vikarbureau. Det har jeg gjort tidligere i nogle år. Der var intet fagligt udviklende i det. Det var hårdt tjente penge. Man kom ud og vidste ikke, hvor ting var, og hvad instrukserne var. Nogle gange kendte man heller ikke specialet. Og nogle gange var man den eneste sygeplejerske, der var der. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Ingen opgiver løn som have værende en vigtig motivator i forhold til skiftet til medicinalbranchen, omvendt har alle oplevet, at de har opnået en højere løn, end de ville have haft fx på et offentligt hospital.

Lønnen er meget bedre, jeg ville aldrig kunne opnå den løn, jeg har i dag, lige meget hvor mange vagter jeg tog. Men lønnen har aldrig været mit incitament for at skifte fra det offentlige til det private. Det er mere opgaverne og glæden ved de opgaver, man skal varetage. Jobtilfredshed. (Sygeplejerske i den private sektor)

Selv om det ikke var lønnen, der trak som det primære i forhold til at vælge medicinalbranchen, så lægger sygeplejerskerne vægt på, at de ville have svært ved at gå tilbage til en offentlig løn.

Da jeg skiftede til det private, var løn ikke noget incitament for mig. Men i dag ville lønnen være et issue for mig, hvis jeg skulle skifte til det offentlige, for det ville medføre en pæn lønnedgang. (Sygeplejerske i den private sektor)

Overenskomstkonflikten i foråret 2008 fyldte en del i sygeplejerskernes bevidsthed, da interviewene fandt sted. Og mange af sygeplejerskerne knyttede konflikten og resultatet af konflikten sammen med, at sygeplejerskerne fremadrettet ville have større fokus på deres værd – og deres løn.

Det betyder temmelig meget at kunne gå ned i tid og stadig få det samme. Jeg tror særlig efter konflikten, at der er mange, der begynder at overveje, om det skal være det offentlige fremover. Jeg fortæller også mine sygeplejerskeveninder om, hvor godt det er. (Sygeplejerske i den private sektor)

Jeg tror fremover, at man bliver meget mere bevidst om, hvad man er værd. (Sygeplejerske, der bijobber)

Samtidig var det udbredt blandt sygeplejerskerne, at de syntes, at arbejdsvilkår burde have fyldt mere i konflikten.

Jeg tror, at det ikke kun er lønnen, men også arbejdsforholdene. Hvis man gav en god løn, kunne man måske skaffe flere, men jeg synes, at arbejdsforholdene er for hårde. (Sygeplejerske i den private sektor)

Også de svenske sygeplejersker er i Sellgrens undersøgelse splittede på spørgsmålet om betydningen af løn. På den ene side er der enighed om, at løn betyder mere end for 10 år siden og at lønnen burde være højere. På den anden side synes løn ikke at være en væsentlig faktor i forhold til deres motivation for at rejse (Sellgren 2007). I England konkluderer Newman, Maylor og Chansarkar, at forbedring af arbejdsforholdene er vigtigere end højere løn i fastholdelsesstrategier (Newman et al. 2002).

10.4 Opsamling: Fortællinger om skift

De interviewede sygeplejersker anvender skift mellem afdelinger og sektorer som led i deres faglige udvikling. Jobskifte har derudover en tendens til at smitte de sygeplejersker, der er en del af det faglige netværk.

Der er en række begrundelser for tilvalg til sygeplejerskearbejde i den private sektor, der varierer alt efter, om det er henholdsvis privathospitaler, vikarbureauer eller medicinalbranchen, der tiltrækker. Medicinalbranchen trækker således med faglig udvikling, selvstændig arbejdstilrettelæggelse og dagarbejde. Vikarbureauerne trækker med frihed for organisatorisk bøvls, frihed til at vælge, hvornår man vil arbejde, og højere timeløn. De, der vælger vikarbureau som bijob, tiltrækkes også af nysgerrighed i forhold til at arbejde på forskellige afdelinger. Privathospitalerne trækker med mere anerkendelse, en bedre stemning, mere overskuelige organisatoriske rammer, bedre fysiske rammer, bedre arbejdstider, frynsegoder og en højere løn. Flere privathospitaler ansætter hovedsagelig intensivsygeplejersker, anæstesisygeplejersker og operationssygeplejersker.

De interviewede sygeplejersker peger på, at løn i fremtiden sandsynligvis vil få en højere betydning for sygeplejerskers valg, men at der for dem er vigtigere forhold end løn – eksempelvis arbejdsforhold. Løn spiller dog en større rolle for dem, der er skiftet til den private sektor, eller som bijobber her. De, der er skiftet tilbage til offentligt hospitalsarbejde, bijobber ved siden af.

I samtlige af sygeplejerskernes fortællinger er tilvalg til den private sektor nært knyttet sammen med fravalg af den offentlige sektor. For de interviewede sygeplejersker er det således også et fravalg af de arbejdsbetingelser, de kender fra deres offentlige hospitalsansættelser. De trænger således til luft, til at slippe for dårlig ledelse, nedskæringer, højt arbejdspress, vagtbyrde, oplæring af nye sygeplejersker og for nogles vedkommende også for kontakten med svært syge og terminale patienter. De sygeplejersker, der skifter tilbage til det offentlige, skiftede blandt andet tilbage, fordi de ikke oplevede, at arbejdsforholdene var bedre i det private, samt fra privathospitalerne, fordi de manglede fagligt udfordrende arbejdsopgaver og fra vikarbureauerne, fordi de savnede at føle sig forpligtet og som en del af en afdeling. Sygeplejerskerne der skiftede tilbage til det offentlige valgte dog at bijobbe i det private ved siden af. Dels for at få et lønløft, dels som pause fra dagligdagen i det offentlige.

Næste kapitel ser nærmere på, hvad det er for arbejdsforhold, sygeplejerskerne giver udtryk for at ønske at vælge fra. Og som de dermed ser som en barriere for at fastholde de erfarne sygeplejersker.

11 Betydning af arbejdsforhold

Generelt tænker man meget kortsigtet inden for hospitalsvæsenet. Lønnen er ikke fulgt med tiden og arbejdsvilkårene burde være sådan, at man kan gå hjem bagefter og være noget for sin familie også og ikke bare være helt slidt op. Hvis man bliver ved med at skære hele tiden og stikke en kæp i hjulet, så stopper det hele på et tidspunkt. (Sygeplejerske, der bijobber)

Pengene er ikke alfa og omega. Gode arbejdsforhold, det er det vigtigste. (Sygeplejerske i den private sektor)

Jeg har stadig meget lyst til at være sygeplejerske på en afdeling, men ikke under de forhold, der er i dag. Og det er ikke blevet bedre de år, jeg har været væk. Jeg kan blive helt svedig, når jeg hører, hvordan det er. Når jeg fx har en veninde i røret, der skal lukke damp ud. (Sygeplejerske i den private sektor)

Arbejdsforholdene på de offentlige hospitaler spiller i sygeplejerskernes fortællinger hovedrollen i forhold til at forklare, hvorfor de valgte at skifte til den private sektor, eller hvorfor de på sigt ikke kan se sig selv på et offentligt hospital. Der er således tale om et bevidst fravalg af de vilkår, der forbindes med at arbejde på de offentlige hospitaler.

11.1 En fortælling om demotivation og forfald

Sygeplejerskernes overordnede fortælling om hospitalerne er, at kvaliteten i arbejdet er under forfald, og at medarbejdere og ledere i stigende grad oplever at være demotiverede. Forhold, der ifølge de interviewede sygeplejersker afspejles i, at medarbejdere bli-

ver mere uerfarne, at kvaliteten i patientarbejdet falder, at patienterne bliver tungere, og at nedskæringer fylder stadig mere.

Derudover er det fortællinger om "evindelige" omlægninger af funktioner, projekter der gennemføres, men aldrig implementeres, og fortællinger om spild, uretfærdigheder, skæve incitamentsstrukturer og udhuling af det offentlige hospitalsvæsen i takt med stigende konkurrence fra privathospitalerne. Ansatte på de offentlige hospitaler har en oplevelse af, at privathospitalerne skummer fløden ved at tage de mindst komplicerede patienter, og så i øvrigt få flere penge for at behandle dem, end de offentlige hospitaler ville have fået. Oplevelsen er, at privathospitalerne favoriseres på bekostning af de offentlige sygehuse.

Der er ifølge sygeplejerskerne mange strukturændringer. Og disse forbindes ofte med frustrationer og nedslidning af medarbejdere. Oplevelsen er, at velfungerende afdelinger og hospitaler nedlægges, og at velfungerende eksperimenter og ordninger lukkes. Oplevelsen er, at systemet har en ligegyldighed over for spild af gode faglige ressourcer. Der er også en oplevelse af dårlig information og manglende planlægning. Der er således ifølge de interviewede sygeplejersker afdelinger, der i flere år lever under usikkerhed.

Der bliver oprettet fusionsgrupper konstant og hele tiden. Mange har sagt farvel og tak, fordi de var trætte af usikkerheden og af ikke at vide, om funktionen skulle blive eller flyttes. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Noget af det, sygeplejerskerne også peger på som værende demotiverende, er det at have sparet og kæmpet hårdt for at overholde budgettet og så alligevel få en ekstraregning ved årets afslutning, fordi "nabo"afdelingen eller afdelingen ovenpå har overforbrugt midler. Dette giver anledning til vrede og til en: "Så kan det hele også være lige meget"-stemning.

Et hovedelement i fortællingen om demotivation og forfald er, at arbejdsvilkårene på de offentlige hospitaler gradvis forværres,

at arbejdspress og bureaukrati stiger, alt imens der ifølge sygeplejerskerne til stadighed skæres ned på ressourcerne. Man kan argumentere for, at det er sandsynligt, at sygeplejersker, der har forladt de offentlige hospitaler, vil være mere kritiske over for de offentlige hospitaler, end sygeplejersker, der stadig arbejder på offentlige hospitaler. Ikke desto mindre ser det ud til, at fortællingen om demotivation og forfald er bredere. De interviewede sygeplejersker, der bijobber, og de interviewede sygeplejersker, der udelukkende arbejder på de offentlige hospitaler, kommer således med samme fortælling.

I undersøgelsen af sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred (SATH) gennemført i et samarbejde mellem Dansk Sygeplejeråd og Arbejdsmiljøinstituttet i 2003, konkluderer de, at ca. 42 procent af gruppen af sygeplejerskerne overvejer at skifte job. Dette gælder ifølge undersøgelsen også for sygeplejersker med specialistfunktioner. De hyppigst angivne begrundelser for intentionen om at skifte er uhensigtsmæssige arbejdstider og ønsker om større udviklingsmuligheder. Intention om jobskifte har derudover sammenhæng med lav tilfredshed med det psykiske arbejdsmiljø og med ledelse (Wethje & Borg 2003).

I andre lande peges der også på demotivation blandt sygeplejersker (Berliner et al. 2002; Canadian Nursing Advisory Committee 2002; Joint Commission 2003; Manion 2003; Manion 2004; Newman et al. 2002; Nolan et al. 1998; Rauhala et al. 2007). En undersøgelse blandt 43.000 sygeplejersker i fem vesteuropæiske lande viste, at mellem 17 og 41 procent af sygeplejerskerne var utilfredse med deres arbejde (Aiken et al. 2002). Som årsager til demotivation og stress peges der blandt andet på arbejdsmængde (Bradley & Cartwright 2002; Rauhala et al. 2007) samt øget arbejdsmængde i forbindelse med omstruktureringer (Laschinger et al. 2001).

I en dansk interviewundersøgelse gennemført blandt yngre læger og ledende overlæger i 2007 var der en lignende stemning af forfald og demotivation som den, der var at finde blandt de interviewede sygeplejersker (Holm-Petersen 2007a). En interviewun-

dersøgelse af ledelse af cancerforløb peger også på udbredt demotivation og mistro hos medarbejdere som en udfordring i forbindelse med at implementere ændringer (Kjellberg & Cartwright 2008).

11.2 Arbejdspres

Andre undersøgelser har peget på, at et for stort arbejdspres er en af hovedårsagerne til, at sygeplejersker bliver stressede, at de bliver utilfredse med deres arbejde og med kvaliteten i plejen (Rauhala et al. 2007). Undersøgelser peger også på, at et for stort arbejdspres påvirker sygeplejerskernes sygefravær markant (Rauhala et al. 2007), og at oplevelsen af at have for mange arbejdsopgaver kan føre til udbrændthed og følelsen af magtesløshed (Andersen et al. 2004; Billeter-Koponen & Fredén 2005). En amerikansk undersøgelse gennemført af Peter D. Hart Research Associates viste, at hovedårsagen til, at sygeplejersker vælger at forlade patientplejen – ud over pensionering – er, at de vil søge et mindre stressende og mindre fysisk krævende job (Joint Commission 2003). Landsdækkende arbejdsmiljøundersøgelser i Danmark har vist, at andelen af sygeplejersker, der angiver at have en meget stor arbejds mængde, steg fra 20 procent i 1990 til 39 procent i 1995 (Kristensen 1997). Dansk Sygeplejeråd og Arbejdsmiljøinstituttet pegede i 2005 på, at 24 procent af alle sygeplejersker havde så travlt, at de var nødt til at springe frokostpausen over (Wethje & Borg 2005). Også i England peges der på forringelser i arbejdsforhold relateret til stigende arbejds mængde (Bradley et al. 2002; Naughton & Nolan 1998; Nolan et al. 1998).

Et centralt tema i de interviewede sygeplejerskers fortællinger var i tråd hermed arbejdspres og betydningen heraf. De interviewede sygeplejersker havde alle en oplevelse af, at offentlige arbejdspladser for sygeplejersker løbende bliver underlagt et stigende arbejdspres. Alle oplever som udgangspunkt at have/have haft meget travlt og at have følt sig presset på de offentlige hospitalsafdelinger. De fleste har en oplevelse af, at citronen i stigende

grad presses, at hverdagen er præget af nedskæringer, at der ikke er luft til andet end med nød og næppe klare sig igennem hver dag. Arbejdsopgaverne bliver flere, patienterne bliver dårligere, men der er mindre tid til dem. De erfarne sygeplejersker taler om, at de ikke kan blive ved hermed. Der peges på utilstrækkelig bemanning i forhold til arbejdsmængden både for sygeplejersker og yngre læger i vagttiden og for lav normering særlig på de medicinske afdelinger.

De presser citronen i det offentlige. Man bliver presset hele tiden. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Afdelingssygeplejerskerne ude rundt omkring laver jo ikke andet end at prøve at dække vagterne. Og der er altid nogle, der er langtidssyge. I det offentlige er alle syge. Det er også lidt lige meget, om du er der eller ej. Der skal ikke så meget til, før man bliver hjemme. Hvis der fx har været influenza, og man har puklet, så kan man godt sige: "Nu er det min tur til at tage en sygedag". Det kan man blive nødt til for at passe på sig selv. (Sygeplejerske i den private sektor)

Som det offentlige er nu, er det ikke tillokkende at vende tilbage. Arbejdsvilkårene er blevet forringet. De er bare blevet endnu mere pressede og skal rende stærkere, og lønnen er for lav i forhold til, hvad de fortjener. (Sygeplejerske i den private sektor)

Arbejdstempoet beskrives således som højt og stigende. Samtidig peger de interviewede sygeplejersker på, at arbejdstempoet kan være meget svingende fra afdeling til afdeling, samt at det ikke altid er de rigtige opgaver, man som sygeplejerske har travlt med.

Undersøgelser, foretaget af Dansk Sygeplejeråd, viser, at stress mange steder opfattes som et individuelt problem, som i høj grad skal klares af den enkelte sygeplejerske (Steenberg 2007).

11.2.1 Medicinske afdelinger

Samtlige sygeplejersker – såvel dem med erfaringer fra medicinske afdelinger som sygeplejersker, der kun havde erfaring fra andre typer af afdelinger – var enige om, at de værste arbejdsvilkår fandt man på de medicinske basisafdelinger. Det vil sige medicinske afdelinger, der ikke var højt specialiserede.

Det er bare hårdt at være sygeplejerske på medicinsk afdeling. Patienterne kan ingenting. De skal makes. De skal vendes. De skal drejes. Og have ble på og skiftes. Og de er rigtig syge. De fejler ikke kun en ting. Det er rigtig komplekst. De fejler fem ting, som man skal forholde sig til. Og patienterne bliver ældre. Det er virkelig et slid at være et sådant sted. Man bliver slidt op både fysisk og psykisk. Man skal i hvert fald være god til at sætte sine grænser. Det er typisk på de medicinske afdelinger, de gamle patienter er, og jeg synes ikke, man kan være bekendt faktisk at behandle dem på den måde. Det der med længst mulig i eget hjem holder jo ikke. Hvad jeg ikke har oplevet ude i folks hjem. Og det skrider ude i hjemmeplejen. (Sygeplejerske i den private sektor)

Jeg husker tiden dér som et meget spændende speciale, men meget nedprioriteret normeringsmæssigt. Så jeg har aldrig nogen sinde i min karriere lavet så mange beregninger over plejetyngde og talt sygedage. Og halvdelen af min tid gik med at registrere for at kunne argumentere for en bedre normering. (Sygeplejerske i den private sektor)

Medicinske afdelinger i dag er præget af at have travlt. Personalet har symptomer på stress. De har mange sygedage. Særligt de unge sygeplejersker knækker halsen. Der er mange praktiske ting, de ikke kan. Og samtidig er det meget syge patienter, og de pårørende går nogle

gange lige i flæsket på os. Jeg har oplevet unge sygeplejersker, der blev nødt til at tage lykkepiller for at klare hverdagen, og ældre sygeplejersker, der fik mavesår. (Sygeplejerske i den private sektor)

Der var mange sparerunder. Det ender altid med at gå ud over dem, der har patientkontakten. Det var ikke motiverende for arbejdet. Det gik personalet meget på og overskyggede de gode ting. (Sygeplejerske i den private sektor)

Men også de lidt mere specialiserede medicinske afdelinger som eksempelvis medicinske modtageafdelinger (AMA) beskrives som havende et meget stort arbejdspress:

De patienter, der kom ind, det var så tungt. Hele problematikken var jo ikke, at de fejlede noget og var syge. Hele problematikken var den primære sektor, hvor der bare ikke var ressourcer til at passe dem. Og det blev for træls. Jeg blev træt af at have den afmagtsfølelse af, at jeg ikke syntes, jeg gjorde det godt nok. At nå hun blev ikke lige vendt i dag, eller han fik ikke sin sondemad. Det var dem, der råbte højest, som fik opmærksomheden. Og det var bare ikke derfor, jeg blev sygeplejerske. Det tog jeg op til revision. Det var, fordi jeg gerne ville gøre noget for andre mennesker. Det var ikke, fordi jeg gerne ville piske rundt og kun nå halvdelen. (Sygeplejerske i den private sektor)

Jeg ville ikke kunne være fuldtidsansat på AMA og have min familie og være noget for dem. Så var jeg gået ned med stress. (Sygeplejerske i den private sektor)

Når arbejdsvilkårene alligevel af sygeplejerskerne anses for at være hårdest på de medicinske basisafdelinger hænger det dels sam-

men med, at patientforløbene anses for at være længst på de medicinske basisafdelinger (og hovedparten af sygeplejerskerne i undersøgelsen gav udtryk for, at de ikke var til lange patientforløb), dels hænger det sammen med, at medicinske basisafdelingers prestige anses for lav, og at der som følge heraf mest er unge og uerfarne sygeplejersker på de medicinske basisafdelinger. Dels hang det sammen med, at normeringerne på disse afdelinger som følge heraf anses for at være for lave.

Når sygeplejerskerne, der arbejdede på andre typer af afdelinger, således sammenlignede sig med de unge sygeplejersker på de medicinske basisafdelinger, så følte de sig privilegerede. Upåagtet at de selv oplevede at have et stort arbejdspress, så medførte bevidstheden om at have en bedre normering og en højere faglighed således, at de oplevede at være mere privilegerede.

Men jeg havde det fint, for jeg følte, at jeg var på en afdeling, hvor man var eliten på det hospital. (Sygeplejerske i den private sektor)

Dette forhold falder i tråd med resultaterne af undersøgelsen gennemført af DSI om sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger, hvor sygeplejerskerne på den højeste specialiserede afdeling følte sig mere privilegerede end sygeplejerskerne på de to andre afdelinger i undersøgelsen på trods af, at sygeplejerskerne på den højt specialiserede afdeling havde det højeste arbejdstempo (Holm-Petersen et al. 2006).

11.2.2 Kirurgiske afdelinger og specialafdelinger

Når man ser på, hvordan sygeplejerskerne beskriver arbejdspresset og en række af nedskæringerne på de kirurgiske sengeafdelinger og specialafdelinger, er det svært at se forskellen på arbejdspresset i forhold til de medicinske afdelinger – ud over at de på en række specialafdelinger som fx intensiv, opvågning og anæstesiaf-

delinger føler sig mere privilegerede – og finder styrke i oplevelsen af at være mere specialiserede og mere fagligt kompetente. Alle er således igen enige i, at det er på sengeafdelingerne, at de hårdeste arbejdsvilkår findes.

Vi er ret heldige, vi er godt normeret. Vi har en afdelingssygeplejerske, der er god til at passe på os. Der er tid til udvikling. Det er anderledes på stamafdelingerne. Der var det benhårdt. Man har dårligt tid til at spise sin frokost og gå på toilettet. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Jeg ville aldrig tilbage til en sengeafdeling igen, for det er så ekstremt lousy arbejdsvilkår. Det er så dårligt normeret. Det er dér, de unge nye sygeplejersker starter, og du bliver pålagt tunge og svære opgaver. Du er ikke ordentligt fagligt klædt på til det. Og du skal stå og råbe og skrike for at blive hørt. (Sygeplejerske, der bijobber)

Også de svenske sygeplejersker mener ifølge Sellgren, at den højeste arbejdsbyrde er på sengeafdelingerne på et hospital (Sellgren 2007).

Sygeplejerskerne på specialafdelingerne (som eksempelvis anæstesi, opvågning, operation og intensiv) oplever dog også et stigende arbejdspress og et arbejdspress, som de oplever, er for stort. De forbinder arbejdspresset både med sygeplejerskemangel og de vakante stillinger, der følger heraf, og med nedskæringer.

Lige nu mangler vi 20 procent af vores kolleger. Og vi forventes at opretholde samme produktion. Enhver inden for handel ved, at man ikke kan opretholde sin produktion, hvis man mangler råvarer. Så bliver det i hvert fald noget tyndt brød. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Nu skal de skære meget ned. Frygtelig meget ned. Der var i forvejen meget at lave. Så det kan jeg ikke forstå, hvordan de skal kunne få til at løbe rundt. Når jeg hører sådan noget, er jeg glad for, at jeg ikke er i det offentlige mere. Det er så demotiverende. Man synes, man yder det bedste, man har, og har rigtig travlt, og søreme om de så ikke tager det halve af ens arm. (Sygeplejerske i den private sektor)

Der blev mere af det tunge og det sure og mindre af det sjove. Der blev hele tiden skåret ned på normeringen. Det var smadderfrustrerende og utilfredsstillende, at hver gang tommelskruen var strammet, så fik man et hug mere. Det er svært at se lyset, når fagligheden og kvaliteten er så hårdt presset. (Sygeplejerske i den private sektor)

Samlet set er det således sygeplejersker med erfaringer fra alle typer af afdelinger, der oplever, at arbejdspresset er for stort.

11.2.3 Indrettet på de unge

En række af sygeplejerskerne vurderer, at arbejdspresset og tempoet er for højt til, at det hænger sammen med dels at have små børn, dels at blive ældre.

Stemningen er, at man kan være i det i nogle år, hvor der er travlt og aktion på, når man er ung og har tid til det og overskud til det. Og når man begynder at få mand og børn, så må man vælge og prioritere anderledes. Man kan ikke begge dele. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Ifølge flertallet af sygeplejerskerne påvirker arbejdstempoet og arbejdsbetingelserne således det billede, de har af sig selv på sigt.

Og kun meget få ser sig selv som ældre sygeplejerske på et offentligt hospital under de eksisterende vilkår.

I SATH-undersøgelsen fra 2003 peger de i tråd hermed på, at det blot er 10 procent af alle sygeplejersker, der har intentioner om at arbejde, til de når den generelle pensionsalder (Wethje & Borg 2003).

Privathospitalerne ses som en bedre mulighed som ældre sygeplejerske.

Det, at jeg har været på privathospital, gør, at jeg tænker, at det måske også var en mulighed, når jeg bliver ældre. Fordi det er helt klart et fedt sted som ældre sygeplejerske, fordi det er roligere. Jeg tænker, at jeg ikke kan fortsætte i det her ræs. Jeg arbejder sammen med nogle ældre sygeplejersker, og jeg synes, de klarer det fantastisk flot, men det er fysisk hårdt for dem. Jeg skal i hvert fald ikke være på et offentligt hospital, når jeg bliver ældre. For så bliver jeg slidt ned før tid. (Sygeplejerske, der bijobber)

Ifølge mange af sygeplejerskerne hænger sygeplejerskejobbet på de offentlige hospitaler således bedst sammen med ungdomsårene i 20'erne og 30'erne, indtil man får børn. Fordi man dér som ung og uforpligtet bedst har tiden og overskuddet til at knokle hårdt.

11.2.4 Dårligere patienter

Et af de forhold, der ifølge sygeplejerskerne gør, at arbejdspresset er stigende, er, at der er en udvikling i, hvilken tilstand patienterne er i. Sygeplejerskerne pegede således på, at patienterne i dag er kortere indlagt og er i en dårligere tilstand både på medicinske og kirurgiske afdelinger.

Denne betragtning er i tråd med de vurderinger, sygeplejerskerne havde i Frederiksborg Amt (Andersen et al. 2004), og iføl-

ge Sellgren også i tråd med de svenske sygeplejerskers vurderinger (Sellgren 2007).

Hvor det tidligere var mere blandet på de kirurgiske stamafdelinger og specialafdelinger, i hvilken tilstand patienterne var, er der i dag ifølge de interviewede sygeplejersker en hovedvægt af meget dårlige patienter, blandt andet fordi de mindre syge patienter og patienterne med større overskud indlægges på privathospitalerne.

Patienterne er blevet dårligere. Meget mere syge. De planlagte patienter er der stort set ikke mere. De er ude på privathospitalerne. Det er kun de komplicerede. Før havde man nogle patienter, der kørte glat igennem. De er der ikke mere. Så det kan godt være, vi passer det samme antal patienter, men de er blevet dårligere. Og der bliver også presset mere på. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

I og med at der kommer flere og flere privathospitaler, så er der ikke så mange af de mere raske og ressourcestærke patienter tilbage på de offentlige hospitaler, for de formår at kanalisere sig selv ud i det private. (Sygeplejerske med bijob i det private)

Sygeplejerskerne gav udtryk for, at de egentlig synes, det er uretfærdigt, at de private hospitaler tager de lette patienter, fordi de dermed også fjerner de små pauser i dagligdagen på de offentlige hospitaler med patienter, hvor det hele kører lidt lettere. Variationen og åndehullerne i arbejdet på de offentlige hospitaler bliver dermed mindre.

Også på de medicinske afdelinger oplevede de en udvikling i, at patienterne blev dårligere, at tilstanden og fx den personlige hygiejne var forringet ved indlæggelsen.

Patienterne er blevet dårligere. Patienterne blev kastebold mellem systemerne. Der var ikke altid samarbejde med hjemmeplejen. Og på AMA satte vi virkelig en dyd i, at vi ikke sendte folk hjem, hvis vi ikke vidste, der var en klar aftale med hjemmeplejen, og der var købt ind til dem. De bliver passet dårligere. Det er vanrøgt af ældre mennesker. Der er for få hænder. (Sygeplejerske i den private sektor)

Samlet set oplevede sygeplejerskerne således, at patienterne i de offentlige hospitalssenge blev "tungere". Det vil sige mere plejekrævende og præget af en højere social skævvridning på det kirurgiske område. At privathospitalerne på denne vis var med til at øge arbejdspresset på de offentlige hospitaler, fordi der ikke længere var de "lettere" patienter til at give variation og åndehuller. Patientkontakten med de mindre syge patienter er således for nogle med til at gøre arbejdet mere attraktivt på privathospitalerne. Mens andre ser arbejdet med mindre syge patienter som kedeligt. Variationen anses af disse sygeplejersker som mere attraktivt.

11.2.5 Det man er med til at byde patienterne

Det attraktive består ifølge sygeplejerskerne på privathospitalerne også i, at de fysiske rammer er bedre, og i, at både patienter og ansatte har en forventning om, at service er en væsentlig del af forløbet.

Da jeg startede på privathospitalet, følte jeg mig lidt som en stewardesse på en stor jumbojet. Der er noget service over det, som patienterne elsker. Da jeg havde været der i nogen tid kunne jeg se, at det var en rigtig stor del af behandlingen. Det betyder noget for patienterne at føle, at der er ro, opmærksomhed og kontinuitet i deres forløb. At de bliver informeret, og at tingene er i orden. Så kommer de sig hurtigere. Hvis der er rod i det,

som der let kan komme i det offentlige, fordi der er mangel på personale, og de fysiske rammer og ressourcer er dårlige, så påvirker det også patienterne. (Sygeplejerske, der bijobber)

Der er også det, man byder patienterne, for ens arbejdsglæde ligger også i det, man byder patienterne. Der er rigtig mange meget syge patienter, der får en fantastisk behandling her i det offentlige, fordi vi har dygtige læger og det sidste nye udstyr. Men der er også mange ting, der ikke bliver prioriteret. Fx at patienterne får noget ordentligt mad og en ordentlig stue at ligge på. Sådanne ting betyder meget for patienternes velvære og den samvittighed, man føler over for patienterne. På privathospitalet følte jeg en enorm patienttilfredshed og glæde fra patienterne. (Sygeplejerske, der bijobber)

Det psykiske arbejdsmiljø var 10 gange bedre på [navn på privathospital], fordi det var så tilfredse patienter. De syntes bare, de blev behandlet så godt. På [navn på offentligt hospital] så jeg aldrig patienterne, når de ikke var sovende, eller kun når de vågnede og var dødssyge. Det var jo intensiv, så når de fik det bedre, kørte vi dem hen på en anden afdeling. (Sygeplejerske i den private sektor)

Også de sygeplejersker, der skifter til medicinalbranchen, peger på, at de fysiske rammer var alt for dårlige på deres offentlige hospitalsafdelinger og dermed bidrog negativt til deres oplevelse dels af deres egne arbejdsvilkår, dels af de forhold, de var med til at byde patienterne.

Man kunne starte med at gå ud at se, hvad det er for nogle senge, patienterne ligger i. Og hvad det er for nogle sengeborde, der står ved siden af dem. Og hvordan

man skal knokle for at få dem op og ned. Alt det materielle og alt det fysiske er alt for gammelt. Manglede elektriske senge. Man skulle stå der og pumpe sengene op. Små stuer hvor det kunne være svært at komme omkring. Nu kom vi over på en ny afdeling, men ellers synes jeg, at mange steder på de gamle hospitaler er badeforholdene alt for dårlige. Man står der og kanter sig rundt og slæber på patienter. (Sygeplejerske i den private sektor)

Sygeplejerskerne ser således en sammenhæng mellem de fysiske rammer, det de er med til at byde patienterne af forhold, og så deres egen arbejdsglæde.

11.2.6 Deskillig og kvalitet i plejen

Der er stor forskel på at være sygeplejerske og at være en rigtig kompetent sygeplejerske. Det er der ingen tvivl om. (Sygeplejerske i den private sektor)

Ifølge en undersøgelse gennemført på Rigshospitalet af Tewes og Laurén, er der en tendens til, at sygeplejerskerne skifter afdeling og/eller speciale efter 1½-3 års ansættelse, hvilket betyder, at der i mange hospitalsafdelinger ofte kun er få sygeplejersker, der har oparbejdet et højt kompetenceniveau (Tewes & Laurén 1996). Problemet forstærkes på et hospital som Rigshospitalet af, at der er mange højteknologiske og specialiserede afdelinger, hvor oplærings- og uddannelsesperioden er lang (Tewes et al. 1996).

Alle interviewpersoner med erfaring fra offentlige hospitalsafdelinger var af den opfattelse, at dette er et problem, der i de senere år er blevet markant forstærket. Der var blandt de interviewede sygeplejersker således en stor bekymring for kvaliteten i patientplejen.

Man kan sagtens komme op på en afdeling en aften med en patient, hvor der skal være fem i vagt, og så er de tre vikarer, og de to har været der i under tre måneder. Og det er virkelig syge patienter. Det er ikke fagligt forsvarligt, men det er virkeligheden. Og det er meget frustrerende, når man har kæmpet hårdt for at stabilisere folk og så overgive dem til nogle, der ikke er fagligt klædt på til det. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Vi var ti sygeplejersker og mange af os startede samtidigt – i dag er der to tilbage. I dag er sygeplejersker mere uerfarne. Vidensniveauet er lavere i dag. (Sygeplejerske i den private sektor)

Man spejler sig meget i ens erfarne kolleger, når man starter et sted. Jeg ville ikke have stået der uden dem. Og det er det forfærdelige, der er ved at ske i dag. At de erfarne gode klinikere ikke er i afdelingerne mere. Det er katastrofalt. (Sygeplejerske i den private sektor)

Meget tit måtte vi på AMA holde på patienterne, fordi vi var bedre til at overvåge dem. Fordi sengeafdelingerne måske stod med noget helt nyuddannet personale, som var usikre på en masse ting. Vi kompenserede altså også for, at sengeafdelingerne var bemandede med helt uerfarne sygeplejersker ved at holde længere på patienterne. (Sygeplejerske i den private sektor)

Samarbejdet med lægerne blev dårligere med tiden, fordi de blev mere og mere uerfarne – til sidst var det forvagter, der kom, når man havde brug for hjælp om natten. Og sygeplejerskerne blev også mere og mere uerfarne. Det var ikke en god kombination. (Sygeplejerske i den private sektor)

Sygeplejerskernes oplevelse er således, at sygeplejen i dag i højere grad er præget af uerfarne medarbejdere, dårligere uddannede medarbejdere og flere løsarbejdere i form af vikarer. Dette er en vurdering, som sygeplejerskerne deler med deres engelske kolleger (Newman et al. 2002). Deskillingen fører ifølge sygeplejerskerne blandt andet til en højere nedslidning af de erfarne sygeplejersker, der bliver på de offentlige hospitalsafdelinger.

På sengeafdelingerne er tyngden af de helt unge sygeplejersker alt for stor. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Man skulle oplære, oplære og oplære. Og til sidst orkede vi det ikke. Mange af de nye kan kun overskue én patient. Og så hang det på de gamle. Og til sidst var vi næsten helt kørt ned. (Sygeplejerske i den private sektor)

Sygeplejerskerne pegede på det uattraktive i at være på en afdeling, hvor man som erfaren sygeplejerske har en uforholdsvist stor mængde af nye sygeplejersker hele tiden, der skal oplæres. Privathospitalerne anses for at bidrage til deskillen på de offentlige hospitaler i og med, at erfarne kolleger forlader det offentlige hospital til fordel for privathospitalet.

Det offentlige bruger så mange ressourcer på at uddanne og oplære folk og så rejser de bare. Og hvem er så tilbage til at passe de rigtig syge patienter? Dem der ikke kunne få en plads i det private. Dem med mindst erfaring. Man laver et A- og et B-hold. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

De interviewede sygeplejerskers oplevelse er således, at det offentlige bruger ressourcer på dyre specialuddannelser af sygeplejersker, som det private så får glæden af. Også på lokalcentrene i det

kommunale sundhedsvæsen peges der på, at der ofte er en skæv fordeling:

På nogle lokalcentre er der nærmest kun unge sygeplejersker, hvor de på andre har magtet at fastholde de ældre. Og det giver en meget bedre kultur, hvor man har magtet at fastholde de ældre medarbejdere. Der er mange ting, de unge ikke magter. Og hvis de ikke får hjælp fra de erfarne, så skrider tingene. (Sygeplejerske i den private sektor)

I og med, at det på et overordnet plan, jf. den kvantitative del af undersøgelsen, er svært at få øje på, at sygeplejerskerne generelt skulle være yngre, så tyder sygeplejerskernes fortællinger måske på, at der sker ændringer i krav og kompleksitet, der gør presset på behov for erfaring større. Sellgren peger i tråd hermed på, at der ikke bare er mangel på sygeplejersker i Sverige, men at der er et uhensigtsmæssigt mix af skills. Hun peger på, at dette skyldes, at nye teknologier og mere specialiseret pleje og behandling betyder, at der bliver behov for flere erfarne sygeplejersker (Sellgren 2007). Mette Ramstad Dønåsen opsummerer udviklingen i Norge til, at der er tale om en situation i sundhedsvæsenet, hvor der skal gøres mere for færre ressourcer, og hvor presset på kompetencer stiger (Hjorth 2008). I Canada peges der på øget stress, mere sygepatienter og deskillig i sygeplejen (Burke & Greenglass 2001).

Derudover er det muligt, at der sker interne rokeringer i, hvor de erfarne sygeplejersker er at finde i forhold til afdelings- og stillingstyper. Dette findes der dog ikke undersøgelser af.

En anden udvikling, som sygeplejerskerne peger på har bi-draget til klinisk deskillig, er udviklingen i sygeplejerskeuddannelsen. Der er således en stor bekymring for kvaliteten i uddannelsen til sygeplejerske såvel på sygeplejerskeuddannelsen som i den efterfølgende praktiske oplæring.

At du som nyuddannet sygeplejerske er så dårligt uddannet, at du ikke kan varetage sygepleje. At du skal gå rundt og være bange for at tage livet af patienterne. Det, synes jeg, er for dårligt. Man har ikke formået at ændre oplæringen i takt med, at uddannelsen er ændret. Hvis uddannelsen er meget teoretisk, skal de have et halvt til et helt års oplæring, når de kommer ud i praksis. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

De nye sygeplejersker ville hellere sidde ved computeren end være ud ved patienterne. Vi oplevede, at den nye uddannelse ikke på samme måde var rettet mod patienterne. Det gav en dårlig stemning på afdelingen. Hvis man bare ville være en god bedside nurse. Det var ikke accepteret, så var man ikke god nok. (Sygeplejerske i den private sektor)

De interviewede sygeplejersker er således bekymrede over akademiseringen af sygeplejerskeuddannelsen – eller pseudoakademiseringen, som nogle af sygeplejerskerne kaldte udviklingen.

Det er et håndværk og for guds skyld, lad være med at akademisere den. Det er en god uddannelse, og jeg er stolt af det, jeg laver, men det er et håndværk. Det nytter jo ikke noget, at du kan din teori, men du står derude og ved ikke, hvordan du skal omsætte den til praksis. Du ved ikke, hvordan du skal behandle patienterne. Jeg er selv med som de første i 1990'erne. Jeg ville ønske, jeg havde været med på den gamle uddannelse, og nu er det kun blevet værre. (Sygeplejerske i den private sektor)

Sygeplejerskerne mente, at det er vigtigt at se sygeplejerskefaget som et klinisk håndværk. Og at det høje fokus på samfundsvidenskabelige og humanistiske teorier på studiet har medvirket til, at

sygeplejerskerne er dårligere klædt på både i forhold til viden om sygdomme og til det konkrete arbejde med patienter.

11.2.7 Når man ikke kan stå inde for det længere

En del af sygeplejerskerne forbinder deres skift til den private sektor med, at de ikke kunne stå inde for den pleje og behandling, der blev udført på deres hospitalsafdelinger længere. Og at de ikke forventede, at det ville være bedre på en anden offentlig hospitalsafdeling, samt at indholdet i arbejdet havde bevæget sig for langt væk fra årsagen til, at de blev sygeplejersker.

Det er frustrerende, at man ikke når det, man gerne vil. Det man egentlig skulle som sygeplejerske. Det er stærkt utilfredsstillende. Det gør noget ved den faglige stolthed. Mange siger: at nu er man nået dertil, hvor det faktisk er uholdbart, og hvor man ikke længere kan stå inde for det. Problemet er bare, at når man så rejser videre, så møder man mønstret igen, fordi det er så udbredt. (Sygeplejerske i den private sektor)

Nogle steder er filmen ved at knække. Vi har 10 vakan- cer og et kæmpe flow af sygeplejersker, der kommer og ser og flygter skrigende igen. Så hvis det ikke er en film, der er ved at være slidt i kanten, så ved jeg ikke, hvad er. (Sygeplejerske, der bijobber)

Der var en weekend, hvor det havde været helt forfærdeligt, hvor vores oversygeplejerske bagefter sagde: "Ja- men, der var jo ikke nogen, der var døde". Der tænkte jeg, at det kan jeg simpelthen ikke leve under de kriteri- er. (Sygeplejerske i den private sektor)

Der er således blandt sygeplejerskerne, der har forladt deres stillinger i det offentlige – eller overvejer at gøre det – en holdning om, at det er for demotiverende og for hårdt at arbejde i det offentlige, samt at de ikke længere kan stå inde for det, de var med til at byde patienterne. At det blev for hårdt hele tiden at skulle kæmpe for patienternes liv og førlighed i et system, der ikke i tilstrækkelig grad var gearet til at understøtte og værdsætte dette arbejde.

Arbejdspres og relateret arbejdsstress, hvor medarbejderen oplever, at de tilgængelige ressourcer ikke står mål med opgaverne, der skal udføres, samt at rollerne er uklare og konfliktende, forbindes i litteraturen om medarbejdergennemstrømning med øget gennemstrømning i og med, at et for højt arbejdspress og arbejdsstress forventes at føre til mindsket arbejdsglæde (Price 2001).

Ifølge en undersøgelse foretaget af American Nurses Association, angav knap 90 procent af de adspurgte sygeplejersker, at problemer med sikkerheden i arbejdet påvirkede kvaliteten af deres arbejde og sandsynligheden for, at de ville fortsætte med at arbejde (Joint Commission 2003).

11.3 Bureaukrati og arbejdstilrettelæggelse

De interviewede sygeplejersker vurderer, at det er et problem, at offentlige hospitaler er så store og på mange måder bureaukratiske i deres opbygning. De interviewede sygeplejersker peger på, at dette har noget med organisationernes størrelse og kompleksitet at gøre. Eksempelvis antallet af faggrupper, afdelinger og personer, der skal koordineres imellem. De peger på, at der er for langt op til den øverste ledelse. De peger på spild af ressourcer og dårlig arbejdstilrettelæggelse. De peger derudover på, at det stort set er umuligt at ændre på noget. At man render panden mod en mur i

forsøget og derfor lidt efter lidt resignerer eller vælger at arbejde et andet sted.

Blandt de nuværende og tidligere ansatte på offentlige hospitaler er det en udbredt vurdering, at deres arbejde med patienterne er/var meget meningsfuldt, men at resten af det, der foregår/foregik omkring dem i den bredere organisation, er/var meget lidt meningsfuldt.

Det offentlige sygehus er et stort og tungt system. Man kan have ideer, men det er et kæmpe fodarbejde. Og selv om mange har gode intentioner, er det svært at få rykket tingene. Det kan være uoverskueligt og meget energikrævende at prøve at ændre på tingene. (Sygeplejerske i den private sektor)

Der er ikke altid så megen sammenhæng i tingene. Men det er også svært i et stort system. Jeg synes, der er alt for meget spild i det offentlige. Det tager længere tid at kommunikere ændringer ud. Vi kommer nemt til at vente på hinanden. Og man er ikke så fokuseret på at overholde operationstider, som vi er her på privathospitalet. (Sygeplejerske i den private sektor)

Hvis de på operationsafdelingen står kl. 14 og ved, at den næste operation kan de ikke nå til kl. 16, fordi de ved, at den kommer til at tage mere end to timer. De vil måske være færdige kl. 18. Så er de nødt til at vente med den operation til dagen efter, selv om de skal gå og glo i de sidste to timer, fordi de ikke må have overarbejde. De tjener ikke på at have overarbejde, fordi de må ikke bruge flere penge, end budgettet er på. Så det er det, der er udfordringen hele tiden i det offentlige. (Sygeplejerske i den private sektor)

Jeg har flere gange oplevet, at man opad i systemet ikke bliver hørt. Når man fx siger, at man ikke kan spare mere, så får man at vide, at det er bare ærgerligt. Der skal spares. Samtidig var der områder, hvor man kunne sige: "Jamen det er jo helt vanvittigt. Hvorfor har man ikke kunnet tage noget af det i stedet for?" (Sygeplejerske i den private sektor)

Jeg tror aldrig, jeg ville kunne holde ud at arbejde på et offentligt sygehus igen. Hele måden arbejdet er organiseret på, hele tempoet og hele måden at tale med hinanden på. Der er en masse tid, der ikke bliver udnyttet ordentligt ude hos patienten. Hvorfor er vi her egentlig? Det er jo ikke for at sidde og drikke kaffe og udfylde kardeks. Jeg ved godt, det lyder groft. Der er et stort skel mellem det offentlige og det private. Det er noget med, hvad er målet med denne her afdeling. (Sygeplejerske i den private sektor)

Der er så mange ledelseslag og udvalg, som ting skal igennem, før der kan træffes en beslutning. Ting drukner i bureaukrati. (Sygeplejerske i den private sektor)

Der peges således på besværligheder ved at koordinere ting i store systemer, på spild, ineffektivitet, økonomifokus og lange beslutningsgange. Paradoksalt nok tyder sygeplejerskernes fortællinger således på, at udmøntningen af økonomifokus og sparsommelighed i en række tilfælde bidrager til ineffektivitet og spild af ressourcer. Blandt andet fordi det er mere tidskrævende at anvende udstyr, der ikke virker, og fordi medarbejderne bliver demotiverede og handlingslammede af de lange beslutningsveje. Sygeplejerskerne beskriver således de store offentlige hospitalsorganisationer som beslutningsimpotente, hvad angår ændringer i en lang række organisatoriske forhold. Og også i forhold til reparation og anskaffelse af udstyr på de offentlige hospitalsafdelinger:

Man skal søge 27 steder for at få et nyt blodtrykkapparat. Det er irriterende, når alt er i stykker, og man ikke kan få det lavet. Og man heller ikke må købe noget nyt. Så man står der og bakser med noget vildt gammeldags møg, der ikke virker. (Sygeplejerske i den private sektor)

Når jeg skulle bruge noget udstyr, skulle jeg gå til afdelingssygeplejersken, der så skulle aflevere en ansøgning i fem eksemplarer for at købe tingene. (Sygeplejerske i den private sektor)

I en masteropgave fra Aalborg Universitet, hvor de studerende har undersøgt ortopædkirurgers begrundelser for at søge over i eller bijobbe i den private sektor, peger speciallægerne ligeledes på lange beslutningsprocesser og oplevelsen af, at det er som at slå i en dyne at prøve at ændre noget, ineffektive arbejdsgange samt problemer med at få det udstyr, de har behov for (Roed et al. 2009).

11.3.1 Store og små enheder

Beslutningsimpotensen anses af de interviewede sygeplejersker for at hænge sammen med størrelsen på enheder.

Der er en enorm stor forskel på små og store enheder. I det offentlige er der mange ting, der flyder. Der er megen ventetid og spildtid. Der er alt for mange bolde i luften og alt for mange lange arbejdsgange. (Sygeplejerske, der bijobber)

De fleste, der har skiftet til eller bijobber på et privathospital, ser det som en fordel ved privathospitaler, at de er mindre end offentlige hospitaler og dermed mindre bureaukratiske og med en mere tæt kontakt, hvor alle kender hinanden.

På privathospitalet går man direkte til en, hvis man skal bestille noget udstyr, sådan er det ikke i det offentlige. (Sygeplejerske, der bijobber)

Det er et lille sted, og det er en stor fordel. Vi kender alle hinanden og forretningsgangene er korte. (Sygeplejerske i den private sektor)

På de små enheder kan de bedre overskue deres personale. Det er mere motiverende at arbejde for en, der kan huske dit navn. (Sygeplejerske, der bijobber)

Vi har ikke al den mødekultur i det private, som man har i det offentlige. At holde møder bare for at holde møder, at snakke meget om tingene og lave tidsfrister frem for at finde de rette personer, lave en aftale og gå i gang. Vi tager tingene, som de kommer. Og det har noget med et steds størrelse at gøre, om det lader sig gøre. Det var lidt tungere på [navn på offentligt hospital]. (Sygeplejerske i den private sektor)

Det gode ved [navn på privathospital] var også, at vi ikke havde alle de faggrupper. Vi havde ikke portører, laboranter. Vi tog også selv røntgenbilleder, når det var weekend. Det gjorde det betydeligt lettere. Nogle gange på hospitalerne kan man ikke blive enige, og man venter på den ene og på den anden. Det er nogle gange ekstremt tungt. De der fagforeninger er svære at røkke. (Sygeplejerske i den private sektor)

De private hospitaler har således en størrelse og opbygning, der gør dem mindre komplekse blandt andet med færre faggrupper, kortere beslutningsveje og heraf følgende fleksibilitet, som gør, at sygeplejerskerne oplever, at det hele glider lidt nemmere. Også

nogle af sygeplejerskerne, der er ansat på offentlige hospitaler, giver udtryk for at foretrække små enheder:

Jeg har det rart med, at det er et lille hospital. At man hilser på hinanden og kender hinanden. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

I tråd hermed viser Sellgrens undersøgelse, at medarbejderudskiftningen er lavere i de mindre enheder med højst 25 medarbejdere (Sellgren 2007). Der er således noget, der tyder på, at organisatorisk kompleksitet spiller en væsentlig rolle for sygeplejerskernes arbejdsglæde. Tage Søndergård Kristensen har peget på, at antallet af interpersonelle relationer, herunder relationer til et stigende antal kolleger, udgør en stressbelastning for sygeplejersker (Kristensen 1997). Samtidig peger han på, at antallet af interpersonelle relationer er eksploderet i perioden fra 1935 til 1995 fra 105 mulige interpersonelle relationer mellem de ansatte i 1935 til 3.160 mulige interpersonelle relationer mellem ansatte i 1995 (Kristensen 1997).

11.3.2 Arbejdsdeling og faggrænser

Et af de forhold, der komplicerer en rationel arbejdstilrettelæggelse, er det forhold, at det akutte arbejde er sammenblandet med det planlagte på offentlige hospitaler, samt at de offentlige hospitaler varetager en lang række uddannelsesopgaver. Opgaver, der dels er tidskrævende, dels medfører, at der er en række medarbejdere, der reelt kun har begrænsede kompetencer til at udføre deres arbejde.

På et lille privathospital ved du, hvilke patienter der kommer ind. Du ved, hvor længe det tager. Der kommer ingen akutte patienter ind. Du kan planlægge alt. På det offentlige hospital skal du jo tage alt – manden, der falder på gaden, patienter, der bliver overflyttet, akut opståede problemer på hospitalet og meget andet. Og så er

der også uddannelse af personale, der skal varetages. Og en masse andre ting, det bliver pålagt at varetage. (Sygeplejerske, der bijobber)

Det, at det planlagte arbejde ofte må skubbes til side, udgør ifølge de interviewede sygeplejersker en stressfaktor. En anden af de ting, sygeplejerskerne finder er stressende og også ofte meningsløst i det daglige arbejde, er at skulle udføre arbejdsopgaver, som de mener, andre burde udføre. Det drejer sig eksempelvis om rengøringsopgaver.

Jeg syntes, vi havde meget spildtid og ueffektiv arbejdsindsats. Jeg syntes ikke, jeg brugte mine kompetencer som specialuddannet sygeplejerske nok. Jeg syntes, jeg brugte for lang tid på administration, rengøring og andre ting, andre bedre kunne varetage end mig. (Sygeplejerske i den private sektor).

Man er en erfaren sygeplejerske med mange kompetencer og så bliver man tilbudt at rende rundt og gøre rent. Jeg ved ikke, hvad det ligner. Vi skal gøre vores udstyr rent selv, fordi rengøringen ikke vil tage det. Jeg synes, vi bliver budt nogle møgarbejdsopgaver, og det kan få en til at have lyst til at forlade det offentlige igen. (Sygeplejerske, der bijobber)

De interviewede sygeplejersker finder også, at antallet af plejegrupper med forskellige kompetencer kan være med til at komplicere billedet af, hvem der gør hvad. Og at det derfor er nemmere at arbejde på afdelinger, hvor der enten kun er sygeplejersker, eller hvor arbejdsdelingen er klar.

Man får strikket for mange nye stillinger sammen, så man kan blive i tvivl om, hvem der kan tage sig af hvad. Social- og sundhedsassistenterne for eksempel. Jeg ople-

vede i hjemmeplejen, at lige så snart tampen brændte, så kunne de hurtigt skubbe opgaverne fra sig. Og så havde det været nemmere, hvis vi alle havde været sygeplejersker. Fordi hvis du får opgaver, som du har uddelegeret, tilbage, så er det lige så nemt at beholde opgaverne selv. (Sygeplejerske i den private sektor)

Det er som om, at nogle social- og sundhedsassistenter synes, det er vigtigt, at de står med hænderne i medicin. Og de kan ikke altid finde ud af det. Og det er vanskeligt at sige til dem, at man ikke vil have det. For de bliver sure. De kan heller ikke se alt det, der er vigtigt at se omkring meget syge patienter. Jeg synes, man bruger dem forkert. Det, de ville være brandgode til, er at stå for alt med udskrivelse. At ringe til hjemmeplejen fx. Det kunne være en kæmpe arbejdsbyrde, der blev taget fra sygeplejerskerne. (Sygeplejerske i den private sektor)

Nogle finder dog også, at der er et godt samarbejde mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere. Og så arbejdsdelingen mellem uerfarne og erfarne læger påvirker sygeplejerskernes arbejde.

Vi havde mange turnuslæger. Og de var ikke erfarne og skulle konferere alting med de mere erfarne læger. Så vi fik altid beslutninger efter stuegang meget sent. Og så var det svært at nå inden for dagvagten. (Sygeplejerske i den private sektor)

Nogle læger var superdygtige, og dem var man glad for at arbejde sammen med. Andre læger var kun på afdelingen i 6-8 måneder som led i deres turnusuddannelse, og der blev man for patientens sikkerheds skyld nødt til at lytte med. (Sygeplejerske i den private sektor)

11.3.3 Øget dokumentation

Alle sygeplejersker, der i de senere år har arbejdet i det offentlige, har oplevet en stigende mængde af dokumentation. De fleste vurderer, at mængden har taget overhånd. At der på nogle områder dokumenteres for dokumentationens egen skyld, og at det er usandsynligt, at alt det, der dokumenteres, bliver brugt af nogen. Tiden, der anvendes til dokumentation, går derudover ifølge sygeplejerskerne fra tiden til patienterne.

Pludselig skulle vi ind og dokumentere hver gang, vi gav en panodil. Det var så ressourcekrævende. Det tog tiden fra sygeplejen. (Sygeplejerske i den private sektor)

Der kom hele tiden øget dokumentation. Og det, at der blev mere travlt, var med til at mindske arbejdsglæden. (Sygeplejerske i den private sektor)

De oplever i hjemmeplejen, at de har færre timer i hjemmene, fordi de skal hjem og dokumentere på edb. Det er mere besværligt end på papir, fordi der er flere steder, man skal ind og skrive tingene. I starten var problemet også, at der ikke var computere nok. (Sygeplejerske i den private sektor)

I det lokalcenter, hvor jeg var ansat før, brugte vi to timer hver dag på at dokumentere, og det syntes jeg var for meget. (Sygeplejerske i den private sektor)

Nedskæringer og flere opgaver i form af øget dokumentation fører, ifølge sygeplejerskerne, derfor til mindre tid til at pleje patienterne og dermed til mindre tid til kerneopgaverne.

I undersøgelsen blandt sygeplejersker i Frederiksborg Amt pegede sygeplejerskerne ligeledes på en stigende dokumentationsbyrde, der ifølge sygeplejerskerne forstærkes af, at patienterne er indlagt i kortere tid og er i en dårligere tilstand (Andersen et al.

2004). En undersøgelse iværksat for fagbladet Sygeplejersken viste, at danske sygeplejersker i gennemsnit anvender 1½ time – eller en femtedel af arbejdsdagen – på dokumentation (Søndergaard 2009). I det amerikanske sundhedsvæsen anvender sygeplejerskerne ifølge en undersøgelse iværksat af American Hospital Association 30-60 minutter på papirarbejde for hver times patientpleje (Joint Commission 2003).

11.4 Arbejdstider

Sygeplejerskers arbejdstider og vagtarbejde om aftenen og natten afhænger på de offentlige hospitaler meget af, hvilken form for afdeling de arbejder inden for: Fx sengeafdeling, ambulatorium og dagafsnit. Det afhænger også af, hvilken stilling de bestrider: Fx almindelig sygeplejerske, souschef, afdelingssygeplejerske og klinisk vejleder. Og endelig af, hvilket speciale de er ansat inden for. Nogle specialer er således mere vagttunge end andre.

Arbejdstiderne med arbejde om aftenen, natten, weekender og helligdage anses ofte for at være en medvirkende årsag til, at det kan være svært at fastholde sygeplejersker. Sellgrens undersøgelse viste i tråd hermed, at sengeafdelinger var forbundet med større medarbejderflow end ambulatorier og dagafdelinger (Sellgren 2007).

Mange af de interviewede sygeplejersker pegede også på, at arbejdet om aftenen, natten og i weekenderne og helligdagene var et problem i forhold til at have børn og et aktivt socialt privatliv, samt at der på en række afdelinger er for rigide muligheder for at tage individuelle hensyn til medarbejdere. Samtidig var der dog også sygeplejersker, der mente, at eksempelvis to skiftede vagter var et gode, fordi de herved blandt andet opnåede at have fri på hverdage.

På privathospitalerne fandt nogle det svært, at der til dels var flydende arbejdstid, at de således ikke kunne vide, om de havde fri kl. 16 eller først senere, fordi de først kunne gå, når arbejdet var

færdigt. På de offentlige hospitaler har de derimod som udgangspunkt fri på faste tidspunkter.

Jeg er glad for at være der, og det er en lukrativ timeløn. Men jeg ville ikke drømme om at arbejde der fuldtid, fordi grænserne er flydende med, hvornår arbejdstiden starter og slutter. Og fordi der ikke er skiftende vagter. Jeg nyder min hverdagsfri. For mig er vores to-skiftede vagter et gode. (Sygeplejerske, der bijobber)

En fordel ved arbejdet i medicinalbranchen er ifølge sygeplejerskerne, at man kan arbejde selvstændigt, og at man selv i langt højere grad er herre over sin arbejdstid. Der er ingen aften- og nattevagter (bortset fra aftenarbejde i form af konferencedeltagelse), og den enkelte har stor frihed i forhold til at planlægge sit arbejde. Dette medfører dog særligt i begyndelsen til gengæld også en del udfordringer. Udfordringerne er fx at skulle planlægge sin egen tid:

Da jeg fik jobbet, tænkte jeg: Bare du nu kan tage dig sammen til at få arbejdet herhjemme. Jeg havde slet ikke tænkt den tanke, at udfordringen mere kunne være, om jeg nu kunne holde fri. Det svære har i høj grad været at kunne finde ud af at holde fri. Der er altid noget, der ligger og venter, nogle mail m.m. (Sygeplejerske i den private sektor)

Der er ingen afspadsering. Det ligger i jobbet. Det er flydende. Man kan godt holde det på 40-45 timer. Havde svært ved at planlægge min tid i starten, for jeg var vant til, at alt var skemalagt. (Sygeplejerske i den private sektor)

I medicinalbranchen er udfordringen således at sørge for at holde fri.

Her er der ikke noget, der kan afspadseres. Det ligger i lønnen. Stressniveauet er på ingen måde mindre, og det kræver en enorm stor selvdisciplin, for ellers kan man i princippet arbejde, fra man står op om morgenen, til man går i seng om aftenen. (Sygeplejerske i den private sektor)

Den store selvstændighed i arbejdstilrettelæggelsen, hjemmearbejdspladser, den megen tid på vejene og i telefonen, den uvante måde at arbejde på og de nye former for krav og forventninger, der i begyndelsen kan være svære at afkode, betyder, at det er svært at finde en balance mellem arbejdsliv og fritid i medicinalbranchen. Sygeplejerskerne oplevede således, at de mere selvstændige arbejdstider krævede et vedholdende og i begyndelsen uvant grænsedragningsarbejde.

11.4.1 Vagtarbejde

Ifølge SATH 2005-undersøgelsen oplever sygeplejerskerne i tre skiftet vagt at have det største arbejdspress (Wethje & Borg 2005). Samme oplevelse gav sygeplejerskerne i denne undersøgelse udtryk for. Der var således ingen, der anså tre skiftede vagter, hvor sygeplejerskerne skiftevis arbejder dag, aften eller nat for attraktive, mens to skiftede vagter for nogle blev anset for en fordel. Sygeplejerskernes indstilling til vagtarbejdet afhænger således af vagtformer, muligheder for fleksible og individuelle løsninger og familieforhold.

Jeg kan ikke se, hvordan jeg skulle få skiftende vagter til at hænge sammen, for min eksmand arbejder også skiftende. Og det var jo allerede en udfordring, da vi boede sammen. Og Selv om vi har et godt forhold i dag og hjælper hinanden, så er vi stadig også forpligtede til at være sammen med vores barn, at det ikke bare handler

om, at hun skal placeres afhængigt af, hvordan vi skal arbejde. (Sygeplejerske i den private sektor)

Kroppen synes, det er hårdt at skulle skifte rundt hele tiden, man skal bruge nogle dage på at komme sig, og det har man ikke som fuldtidsansat. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

I de tilfælde, hvor ægtemanden også arbejder om aftenen/natten og i weekender og ferier, og hvor der ikke er andre til at passe børnene, ses de tvungne aften- og nattevagter således som en barriere for at have en stilling med skiftende vagter. Nogle ser det ikke som foreneligt med at have små børn:

I slutningen af min anden barsel sagde jeg op, fordi jeg ikke ville byde mit familieliv med to så små børn, at mor arbejdede hver anden weekend. Der havde jeg så fra nogle veninder hørt, at det var attraktivt for familielivet at blive operationssygeplejerske. (Sygeplejerske i den private sektor)

Samtidig var der nogle, der mente, at skiftende vagter var bedre end faste aftenvagter, når man havde små børn. Ved to skiftede vagter er der nogle, der ser vagterne som et gode, når der her er mulighed for at hvile sig/sove om natten. Vagtarbejdet giver nemlig løntillæg og afspadsering. En sygeplejerske gav udtryk for, at hun kun trivedes med aften- og nattevagter og ikke med dagvagter.

Det er således ikke entydigt, at det, at der er vagter at dække om aftenen og om natten, er en barriere for at fastholde sygeplejersker. Nogle peger også på, at de har oplevet, at den enkelte har fået større indflydelse på vagtarbejdstilrettelæggelsen:

Man har det jo godt på den måde, at man kan arbejde på de tider af døgnet, man har lyst. Og jeg tror, at man

flere og flere steder har større indflydelse på, hvordan man vil lægge sin vagtplan. Nogle passer det jo bedre at arbejde om aftenen, og nogle vil hellere om natten. (Sygeplejerske i den private sektor)

Andre peger dog på at det egentlig problematiske var reelt aldrig at vide, hvornår man har fri. På mange afdelinger blev vagter således ændret, og fridage blev inddraget fx ved sygdom.

Man bliver ringet op på fridage, og det er da en psykisk belastning, at du aldrig rigtig kan vide, om du har fri. Nogle siger, at de ikke tager telefonen, når de ringer fra sygehuset. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Aften- og nattevagter – og fridage der bliver inddraget – det er ikke mig. Og når telefonen ringer, og man ikke ved, om man tør tage telefonen. Det var frustrerende ikke at vide, om man har fri. Man kan blive pålagt at komme ind. Hvis folk kunne se afdelingens nummer, tog de ikke telefonen. Men mange hospitaler havde hemmeligt nummer. Jeg er rigtig glad for at være sluppet for det. Der er ikke nogen, der kan kalde mig ind på arbejdet. (Sygeplejerske i den private sektor)

Nogle har det derudover så dårligt med at have nattevagter, at de ikke kan se sig selv i en stilling, hvor man også skal arbejde om natten.

Jeg ville ikke kunne leve med skiftende vagter i længden. Jeg kan ikke have nattevagter. Har det så dårligt med det. Jeg kan ikke holde mig vågen. Jeg kan godt have aftenvagter. De 12-timers vagter, de har nu, synes jeg er helt forfærdeligt. Da jeg stod og overvejede, hvad jeg skulle, tænkte jeg: jamen jeg kan jo ikke engang få en ansættelse som sygeplejerske på en afdeling, for hvor-

dan skal jeg få de skiftende vagter til at hænge sammen.
(Sygeplejerske i den private sektor)

Jeg kan ikke nattevagter. Jeg bliver syg i mit hoved og i min mave af det. Og det er endnu en grund til, at jeg ikke er på en sengeafdeling. (Sygeplejerske, der bijobber)

Nogle peger på, at man bliver nødt til at ændre ved vagtstrukturen for at fastholde sygeplejersker med små børn.

Jeg tror, man bliver nødt til at slække på kravet om, at alle skal tage lige mange vagter. Det kan ikke hænge sammen at have 8 aftenvagter på en måned, når man har børn. De kunne tage nattevagter i stedet for. Lave individuelle aftaler. Hvis nogle ville tage 8-10 nattevagter på en måned, kunne det måske også give ekstra.
(Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Og nogle peger på, at nattevagter bliver et stigende problem med alderen, fordi de ikke længere i samme grad kan finde ud af at sove om dagen.

11.4.2 Fuldtid/deltid

Det er meget forskelligt, hvordan sygeplejerskerne forholder sig til antallet af timer, de arbejder om ugen. Nogle har altid arbejdet meget og kan godt lide at arbejde meget og har fx taget ekstra vagter og vagter for vikarbureauer ved siden af deres fuldtidsarbejde. Andre er mere fokuserede på, hvor meget tid de har til rådighed til at tilbringe med deres familie.

Jeg tror, mange er blevet sygeplejersker, fordi det passede godt ind i familien, og man var på nedsat tid. Så man kan ikke bare gå ind og sige, at nu skal alle bare sættes op i tid. For det var faktisk derfor, de blev sygeplejersker. (Sygeplejerske i den private sektor)

Nogle giver udtryk for, at de ville gå ned i tid, hvis de havde råd til det. Nogle af dem, der tager job i det private hospitalsvæsen, gør det således for at få samme løn for færre timer. Af de seks sygeplejersker, der har prøvet at have deres primære beskæftigelse på et privathospital, har halvdelen benyttet anledningen til at gå ned i tid (fra fuldtid til deltid), mens halvdelen har haft samme timetal før og efter, hvad enten de var på deltid eller på fuldtid.

Sygeplejerskerne, der arbejder i vikarbureauerne, arbejder nogenlunde samme antal timer før og efter de skiftede til primær beskæftigelse i et privat vikarbureau. Tre var således på deltid (mellem 30 og 34 timer) før og efter, og to var på fuldtid (37 timer) før og efter skiftet.

Alle sygeplejerskerne er i medicinalbranchen ansat på fuldtid, men mange arbejder en del timer mere. Hovedparten af sygeplejerskerne er således gået op i tid i forbindelse med deres skift til medicinalbranchen – ikke mindst for de sygeplejerskers vedkommende der før var på deltid.

11.5 Opsamling: Arbejdsvilkår

De interviewede sygeplejerskers overordnede fortælling om arbejdsvilkårene på de offentlige hospitaler er, at kvaliteten i arbejdet er under forfald, og at medarbejdere og ledere i stigende grad oplever at være demotiverede. Af forhold, der giver næring til fortællingen om demotivation og forfaldm, peger sygeplejerskerne på, at arbejdspresset stiger, at medarbejdere bliver mere uerfarne, at kvaliteten i patientarbejdet falder, og at nedskæringer fylder stadigt mere. Derudover er det fortællinger om omlægninger af funktioner, projekter der gennemføres, men aldrig implementeres, og fortællinger om spild, lange beslutningsveje, dårlig arbejdstilrettelæggelse, for megen administration og dokumentation, besværlige it-systemer, uretfærdigheder, skæve incitamentsstrukturer og udhuling af det offentlige hospitalsvæsen i takt med stigende konkurrence fra privathospitalerne.

Hertil kommer oplæring af de mange medarbejdere på gennemstrømning og den øgede vægt af uerfarne medarbejdere i og med, at det er svært at fastholde de erfarne sygeplejersker. Dette bidrager ifølge sygeplejerskerne til en situation, hvor de mange nye medarbejdere ikke får den nødvendige støtte og oplæring, og hvor de erfarne medarbejdere i stigende grad brænder ud under presset af at skulle oplære de mange ny.

I dagligdagen frustrerer det de interviewede sygeplejersker, at de oplever at få mindre tid til at udføre de opgaver, de opfatter som deres kerneopgaver. Der er ifølge sygeplejerskerne en igangværende deskillning på de offentlige hospitalsafdelinger, der sætter patientsikkerheden under pres. Problemet er stigende i og med, at der bliver færre faste og erfarne sygeplejersker og med, at de indlagte patienter bliver stadig mere syge (de mere raske kirurgiske patienter er i dag ikke længere indlagt, eller behandles i stedet i privat regi). Dette forhold gør det – sammen med de øvrige oplevelser af forringelser i arbejdsvilkårene – endnu mere utilfredsstillende at arbejde på de offentlige hospitaler.

Ifølge en del af de interviewede sygeplejersker er den kvalitet, der tilbydes patienterne i sygeplejen i dag, så presset, at de ikke længere kan stå inde for den – og derfor ikke længere kan se sig selv som ansat på et offentligt hospital. Blandt de nuværende og tidligere ansatte på offentlige hospitaler er det en udbredt vurdering, at deres arbejde med patienterne er/var meget meningsfuldt, men at resten af det, der foregår/foregik omkring dem i den bredere organisation, er/var meget lidt meningsfuldt.

Hvad angår arbejdstider og vagtarbejde anser mange af sygeplejerskerne aften-, nat-, weekend- samt helligdagarbejdet for en barriere for fastholdelse af sygeplejerskerne med mindre børn samt de ældre sygeplejersker. Billedet er dog ikke entydigt, men afhænger af personlige familierelationer og pasningsmuligheder. Nogle sygeplejersker sætter pris på den hverdagsfri, der følger med vagtarbejdet, og nogle foretrækker ligefrem at arbejde enten om aftenen eller om natten.

12 Betydning af ledelse

Medarbejdere angiver, at de søger en arbejdsplads, fordi den har et godt ry – og at de rejser på grund af mangelfuld ledelse. Det får de færreste hospitaler råd til i fremtiden. (Bendix et al. 2008)

De gange, jeg søgte ud som sælger, var motivationen flugt fra dårlig ledelse og flugt fra dårlige normeringer. (Sygeplejerske i den private sektor)

Det var en fantastisk tid i hjemmeplejen. Alle de opgaver, jeg havde som hjemmesygeplejerske, kunne jeg fint have lyst til at gå ind og overtage i dag. Det var ledelsen og den manglende faglige udvikling, der gjorde, at jeg rejste. (Sygeplejerske i den private sektor)

Det var overvejende på grund af ledelsen, at jeg blev ked af mit arbejde på plejehjemmet. Jeg syntes ikke, jeg fik nok respons på mit arbejde. Samtidig med at det ikke var veldefineret, det vi skulle lave. (Sygeplejerske i den private sektor)

En medvirkende årsag til, jeg stoppede på afdelingen, var også min leder, fordi jeg fik nok af hende. (Sygeplejerske i den private sektor)

Der er i den grad mangel på ledelse. Nogle steder har de en kampånd, men andre steder er det bare sådan. (Sygeplejerske i den private sektor)

Professionalisering af ledelse på de offentlige hospitaler og i det offentlige sundhedsvæsen har i de senere år i stigende grad været i fokus, og de fagprofessionelle ledere forventes i stigende grad at kunne optræde som professionelle generalistledere (Bendix et al.

2008; Dent & Whitehead 2002; Digmann 2004). Ledelse anses dog i dag for at være en af hovedudfordringerne i forhold til at fastholde sygeplejersker. Flere undersøgelser peger således på, at dårlig ledelse øger gennemstrømningen af sygeplejersker (Newman et al. 2002; Nolan et al. 1998; Sellgren 2007). I undersøgelsen af, hvorfor sygeplejersker rejser fra Rigshospitalet, konkluderer forfatterne, at afdelingssygeplejerskens ledelse har en stor betydning for, hvorfor nogle sygeplejersker vælger at rejse (Tewes & Laurén 1996).

I de interviewede sygeplejerskers fortællinger om, hvorfor de valgte at skifte stilling, spiller utilfredshed med deres ledelse en stor rolle. Sygeplejerskerne beskriver samtidig en hverdag, hvor der mange steder hovedsageligt er ledelsesmæssigt fokus på økonomi, drift og besparelser.

Vi er blevet en produktionsenhed. Jeg kunne efterlyse ledere, der ikke kun tænker i økonomi og effektivitet. Ledere der har øje for, at medarbejdere er en vare, der skal tages hånd om. Øje for den menneskelige faktor. At vi ikke kun skal presses til yderste dråbe. (Sygeplejerske, der bijobber)

Afdelingssygeplejersken og souscheferne blev mere og mere stressede, og de følte sig som en lus mellem to negle mellem oversygeplejersken og personalet. Der blev mere og mere fokus på at spare, og de kunne ikke gøre noget. Der var rigtig meget afmagt. (Sygeplejerske i den private sektor)

Der mangler således ifølge sygeplejerskerne et større råderum og et bredere ledelsesmæssigt fokus, hvor medarbejderledelse og faglig ledelse også er på dagsordenen i det daglige. Blandt de interviewede sygeplejersker har to tidligere været ansat som afdelingssygeplejerske på et offentligt hospital. Tre har derudover erfaring som souschef. Begge sygeplejersker, der valgte at blive afdelings-

sygeplejersker, blev inspireret hertil, fordi de oplevede dårlig sygeplejeledelse og tænkte, at det måtte de kunne gøre bedre.

12.1 Manglende værdsættelse og anerkendelse

Du skal ikke tro, du bare kan komme her og ville noget.
(Sygeplejerske i den private sektor)

I Rigshospitalets undersøgelse var 43 procent af de sygeplejersker, der rejste, utilfredse med afdelingssygeplejerskens evne til at udfylde funktionen og til at skabe et fagligt og udviklende arbejdsmiljø, og 57 procent oplevede sjældent eller aldrig at få konstruktiv feedback (Tewes & Laurén 1996). Interessant er det også, at hele 54 procent af de sygeplejersker, der stadig var ansat, heller ikke oplevede at få konstruktiv feedback (Tewes & Laurén 1996).

Anerkendelse for deres arbejde opleves af de interviewede sygeplejersker at være lav på de offentlige hospitaler. Mens anerkendelse omvendt opleves at være en udbredt del af de private arbejdsgivers tiltrækning – særlig medicinalbranchens og privathospitalernes.

Hvad angår anerkendelse, kunne det offentlige også lære meget af det private. Jeg får meget mere feedback på mit arbejde. (Sygeplejerske i den private sektor)

Som sygeplejerske får man jo aldrig ris eller ros. Det er jo ligegyldigt, hvad man laver faktisk, så er det bare sådan. Der er jo ikke nogen ledere, der kommer hen og roser en, eller siger: "Det der må du gøre anderledes." Så på den måde kan det være utroligt utilfredsstillende. Vi har ikke kultur for at være opmærksomme ledere. Man føler sig slet ikke værdsat, som når man har været i det private og ved, hvordan man også kan køre det. Det er

et stort problem for sygeplejen. (Sygeplejerske i den private sektor)

Der var ingen konstruktiv støtte og feedback af afdelingssygeplejersken på den afdeling. Nogle blev direkte hårdt irettesat, og det gav dårlige vibrationer. (Sygeplejerske i den private sektor)

Nogle peger på, at der er en udbredt jantelov på mange afdelinger, som holder medarbejdere nede og dræber initiativ og arbejdsglæde.

Det var i den grad jantelov. Der var ingen kommunikation. Det var floskler. Der blev aldrig fulgt op på noget. (Sygeplejerske i den private sektor)

På den afdeling kunne enhver kollega få en til at føle sig som et nul. "Ved du ikke engang det? Eller er du født i går?" Det var et hårdt arbejdsmiljø. Og afdelingssygeplejersken var også styg. Ved morgenrapporten sad hun og delte lussinger ud. Det var sådan, at man sad og ry-stede. (Sygeplejerske i den private sektor)

Nogle af sygeplejerskerne var meget fagligt dygtige. Men da jeg så syntes, jeg begyndte at få fod på det, så var der en tendens til, at de ikke roste en, men snarere kom med det, der havde været knap så godt. De personer, der ikke fik det bedste op i en, fyldte nogle gange meget. (Sygeplejerske i den private sektor)

De interviewede sygeplejersker peger på, at der er en sammenhæng mellem enheders størrelse, og ledelsens muligheder for at forholde sig til deres medarbejdere. Det vil sige, at det forhold, at der på privathospitaler og i medicinalbranchen ofte er et mindre

ledelsesspænd, bidrager til, at de her nemmere kan bedrive en mere anerkendende ledelsesstil.

De er ikke gode til at give anerkendelse i det offentlige hospitalsvæsen. Det er de meget bedre til i det private. Der gør de noget for, at man skal føle sig værdsat. Det er også mindre forhold, så de kan bedre forholde sig til medarbejderne. På det offentlige er afstanden for stor. (Sygeplejerske, der bijobber)

Det er dog ikke alle de interviewede sygeplejersker, der efter skift til den private sektor oplever, at de her får mere anerkendelse. En angiver således, at ledelsen i et medicinalfirma var en medvirkende årsag til, at hun søgte tilbage til et offentligt hospital. Enkelte sygeplejersker pegede også på, at de efter skift til medicinalbranchen oplevede, at de fik mindre anerkendelse, fordi de savnede anerkendelsen fra patienter og pårørende.

Min chef peger hele tiden på ting, jeg kan gøre anderledes og bedre. Men jeg får ingen anerkendelse. Og så bliver man jo presset og stresset. På hospitalet fik jeg meget mere anerkendelse fra patienter og pårørende og fra personalet. Fordi: "Kan du ikke lige komme og gøre det her – det er du så god til". Vi var gode til at rose hinanden. Vi fik meget mere respekt om vores faglige kunnen. (Sygeplejerske i den private sektor)

I vikarbureauerne oplever sygeplejerskerne generelt ikke at få mere anerkendelse, end de gjorde i det offentlige. De oplever heller ikke som sådan at være i kontakt med ledelse.

Sygeplejerskerne på privathospitalerne giver udtryk for, at man som sygeplejerske får langt flere personalegoder, end man får i det offentlige, og at disse goder opleves som en værdsættelse.

Det private har meget godt at byde på – fysiske rammer, patienter har deres egen stue, god frokostordning for personalet, personaleforeninger med ekstra goder fx teatertur. Man føler sig værdsat som personale, og det mangler i den grad i det offentlige. (Sygeplejerske i den private sektor)

En helt basal ting er deres kantineforhold. Jeg er dybt fascineret af den mad, jeg får, når jeg går på arbejde på privathospitalet. På [navn på offentligt hospital] gav jeg 40 kroner for at få noget hundeæde, der bestod i meget fedt og uden grønsager. På [navn på privathospital] er det gourmetmad. Salat og grønsager. Du kan sammensætte en kost efter alles smag. Et måltid mad koster 35 kroner – og det er virkelig godt. Og så bliver det trukket før skat. Og man bliver træt, hvis man ikke får ordentlig mad, når man er på arbejde. På [navn på offentligt hospital] er der ikke taget hensyn til, at vi arbejder der 24 timer i døgnet. (Sygeplejerske, der bijobber)

Da jeg startede, fik jeg en buket blomster. Og det signalerer, at vi værdsætter dig, og vi har forberedt, at du kommer. Og der er mange flere frynsegoder. Vi får julegaver og vi får påskegaver. Folk er venligt stemte. Der er ikke nogle, som dem, jeg har mødt i det offentlige, som har været lidt for længe på samme arbejdsplads. Folk er mere omstillingsparate her og klar til nye procedurer og rutiner. De sure gimper er sorteret fra, for de passer ikke ind på et privathospital. (Sygeplejerske i den private sektor)

Ifølge en undersøgelse gennemført af to studerende på Aarhus Universitet vurderer de danske speciallæger, at anerkendelse er bedre i den private sektor end i den offentlige (Hansen & Tolstrup 2008). Oplevelsen af manglende værdsættelse og anerkendelse af

sygeplejersker på offentlige hospitaler deles af engelske sygeplejersker (Newman et al. 2002). Ifølge en norsk undersøgelse af sygeplejerskers arbejdsopgaver, kompetence og fagidentitet på 10 hospitalsafsnit efterspurgte også disse sygeplejersker mere feedback fra ledelsen på deres arbejde, mere anerkendelse og en mere systematisk evaluering af arbejdet (Vareide et al. 2001).

12.1.1 Manglende krav og forventninger til medarbejderne

Særligt sygeplejerskerne, der havde skiftet til medicinalbranchen, gav udtryk for, at der også mangler at blive stillet krav til de ansatte på de offentlige hospitaler. Selv oplevede de nu efter deres skift løbende at blive vurderet på deres arbejdsindsats. Dette havde fået dem til at reflektere over, hvor lidt sygeplejersker i offentlige stillinger vurderes på deres arbejdsindsats.

Lederne siger: "Hvis vi siger, de [medarbejderne] skal gøre sådan og sådan, så vil de ikke". Så siger jeg: "Jamen, spørger I dem, om de gider behandle patienterne ordentligt?" Jeg mener, det burde være et krav, ellers kunne man finde et andet arbejde. Jeg synes, man er for blødsøden. "Det går jo nok. Vi kan jo ikke bede dem [medarbejderne] om noget." Der er kommet nogle ideer om, hvordan man skal arbejde i det offentlige, som jeg tænker, hvor kommer det egentlig fra? At man bare synes, man kan gøre, som man vil. (Sygeplejerske i den private sektor)

Hvis jeg skulle arbejde i det offentlige igen, skulle det være, fordi jeg brændte for det faglige. Fordi der var noget, jeg skulle prøve af. Jeg ville aldrig gøre det for lønnens skyld. Men jeg tror ikke, der ville være noget, der kunne tiltrække mig igen. Heller ikke fagligt. Fordi jeg synes aldrig, at der er blevet stillet krav om, at nu

skal du nå hertil om et halvt år. Og det forventer vi af dig. Når der stilles krav til en som fagperson, så vokser man. Det er som om, der ikke er nogen forventninger.
(Sygeplejerske i den private sektor)

Der er ifølge sygeplejerskerne flere problemer med ikke at blive fagligt vurderet. Det ene er den sparring og udvikling, man går glip af. Det andet er den tendens til ligegyldighed, der kan affødes af, at der ikke stilles krav til medarbejderne. Manglende vurdering kan altså fortolkes som en manglende interesse.

Der var jo aldrig nogen, der rigtig satte spørgsmålstegn. Hvis det gik rigtig galt med en patient, blev det målt som en utilsigtet hændelse. Men du blev aldrig målt. Jeg var 13 år på [navn på] hospital, og jeg har aldrig haft en MUS-samtale. (Sygeplejerske i den private sektor)

En manglende interesse de anså for at lede til ligegyldighed.

Der var kolleger, der tog på arbejde og passede det i otte timer og så heller ikke mere. Mange lagde ikke skjul på, at det var det derhjemme, der var vigtigt. Og at de kun arbejdede for at få penge. (Sygeplejerske i den private sektor)

De interviewede sygeplejersker beskriver også en kultur om, at man ikke fyrer medarbejdere. Heller ikke hvis de mobber kolleger eller bidrager til et dårligt arbejdsmiljø. Konsekvensen heraf er ifølge de interviewede sygeplejersker, at mange er stærkt utilfredse med deres ledelse og opgiver denne utilfredshed som en væsentlig årsag til at skifte afdeling eller arbejdsplads. Når der ikke skrides ind over for den "dårlige" kollega, opfattes dette ifølge de interviewede sygeplejersker også som et signal om, at ledelsen ikke forholder sig til arbejdet. Altså tolker mange dette som: At af-

delingssygeplejersken og/eller de øvre ledelseslag er ligeglade med, hvordan vi udfører vores arbejde.

Jeg kan godt lide sanktioner. Og at man kan blive fyret, hvis man ikke gør sit arbejde godt nok. Jeg synes, at det er decideret utrygt, at det ikke er sådan i det offentlige. (Sygeplejerske i den private sektor)

Der er således en oplevelse af ligegyldighed fra ledelsens side. En oplevelse af, at det bare skal se pænt ud udadtil. At det for dem primært handler om, at der skal være en til at passe ”maskinen” eller den ”brik i muren” den dag eller i den vagt.

Jeg forstår ikke, når der fx er et personalefrafald på 80 procent, hvorfor der så ikke er nogen, der interesserer sig for det. Hvis det havde været i det private, så ville ledelsen have interesseret sig for, hvis der var en del af produktionen, der ikke fungerede. Her gør de ikke noget, så længe der er nok, der søger stillinger. Og det er der, for det er et attraktivt speciale på et attraktivt sted. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Ledelsen var en rædsel. Det eneste man så til dem var om morgenen, når de gik en runde og spurgte, hvem der kunne blive i aftenvagte, og hvem der måske kunne komme i nattevagt. Ellers så vi intet til dem. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

De interviewede sygeplejersker oplever også, at det ikke er muligt at komme med ændringsforslag, og at det er som at slå i en dyne at prøve at få sin ledelse i tale. Ifølge sygeplejerskerne bidrager dette til en følelse af afmagt. Sygeplejerskerne peger også på en konsekvent manglende opfølgning på ting:

Det blev besluttet, at vi alle skulle deltage i medarbejderudviklingssamtaler. Og der blev lavet en fin liste over, hvad der skulle følges op på. Men der kom aldrig nogen opfølgning. (Sygeplejerske i den private sektor)

Der peges således i sygeplejerskernes fortællinger på en række tiltag, aftaler og projekter, der aldrig blev fulgt op på.

Ifølge den amerikanske forsker Jo Manion, der har undersøgt, hvad der ledelsesmæssigt skal til for at skabe fastholdelse blandt sygeplejersker, så er såvel værdsættelse, anerkendelse og krav og forventninger til sygeplejerskerne som det at lytte og svare centrale i, hvordan man skaber en god fastholdelseskultur (Manion 2004).

Under sygeplejerskemanglen i 1980'erne i USA var der en række hospitaler, som i langt højere grad end andre var i stand til at rekruttere og fastholde sygeplejersker. Disse hospitaler blev udvalgt til "magnet"-hospitaler på grund af deres evne til at tiltrække og fastholde, og der er foretaget en del undersøgelser af, hvad de gjorde anderledes og bedre end andre hospitaler (Scott et al. 1999). Herunder er der udpeget en række ledelsesmæssige karakteristika som afgørende. At opretholde en høj faglig standard og stille høje forventninger og krav til medarbejderne var en del heraf (Scott et al. 1999).

12.2 Brokkultur og manglende konfliktløsning

Der er på mange afdelinger en udbredt tendens til brokkultur blandt plejepersonalet. Det vil sige, at det anses for at være legalt at tale grimt om andre. Det kan være andre medarbejdere på afdelingen, det kan være lægerne eller ledelsen, og ofte er det grimt om patienter og pårørende (Holm-Petersen et al. 2006). De interviewede sygeplejersker beskriver således konflikter, der nogle gange får lov til at køre i flere år mellem medarbejdere. Brok avler

således mere brok, og brok er med til at devaluere arbejdsstedets værdi i de medarbejderes øjne, der ikke ønsker den megen brok. Den udbredte brokkultur er således med til at skabe demotivation og oplevelsen af modløshed.

Kvindearbejdspladser – er du rigtig klog, skyllerums-snak og fnidder. Det var irriterende, at der blev brugt så meget krudt på det. Det drænede en for energi. Det var helt klart en ”bagdel” ved jobbet. (Sygeplejerske i den private sektor)

Brokkultur er der jo alle steder. Nogle gange er det helt kvælende. (Sygeplejerske i den private sektor)

En af sygeplejerskerne havde følgende udlægning af, hvorfor sygeplejersker brokker sig så meget, når de er på arbejde:

Vi er mestre i brok og i misundelse. Og de der rigtig negative ting. Jeg tror, det er rigtig svært at være leder for sygeplejersker. Jeg tror, det har noget at gøre med, at det er et fag, hvor du arbejder meget med dig selv. Og de fleste har svært ved at kritisere sig selv. Og de skal derfor af med frustrationer over situationer, de ikke kan tackle og håndtere. I stedet for at kritisere sig selv, brokker man sig over nogle eksterne vilkår og forhold. Det er lettere at forholde sig til. Vi er som sygeplejersker ikke særlig gode til at modtage kritik. Alle tager det meget personligt. Og jeg tror også, det er derfor, der er så mange konflikter mellem ledelse og personale. For lederne tager det også personligt, når der kommer kritik af deres ledelsesstil. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Nogle oplevede også, at de ikke kunne vide, hvor de havde deres leder. At de ikke kunne stole på vedkommende:

Hun ville gerne lade som om, man lige var hendes fortrolige lige nu. Men det var alment kendt blandt personalet, at man ikke skulle gå ind og sige noget til hende, som du ikke også gerne ville have, at andre fik at vide. Du kunne ikke stole på hende. (Sygeplejerske i den private sektor)

De interviewede sygeplejersker beskriver altså en arbejdshverdag, der er præget af en uprofessionel ledelse, der har svært ved at håndtere selve ledelsesrollen. Hvor fx afdelingssygeplejersken ofte ikke er i stand til at reflektere over sig selv som ledelsesperson og det grænsedragningsarbejde til medarbejderne, der er en nødvendig del heraf.

Den svenske undersøgelse gennemført af Sellgren har udledt, at der er tre overordnede typer af sygeplejeledere: Den supergode leder, den middelgode leder og den usynlige leder (Sellgren 2007). Undersøgelsen har vist, at der er en statistisk signifikant sammenhæng mellem sygeplejerskers ledelsespraksis og om, hvorvidt der er et kreativt arbejdsmiljø. Og en sammenhæng mellem kreativt arbejdsmiljø og arbejdstilfredshed (Sellgren 2007). Undersøgelsen viser, at den usynlige sygeplejeleder fører til mindre arbejdstilfredshed (Sellgren 2007). Erik Elgaard Sørensen har foretaget en observations- og interviewbaseret undersøgelse af samspil mellem ledelse og faglighed i ledende sygeplejerskers praksis i dansk sygehusvæsen. Han identificerede på baggrund heraf tre ledelsesroller som ledende sygeplejersker – herunder afdelingssygeplejersker – påtager sig: Kliniker, administrator og hybridleder. I de første to roller udebliver samspil mellem ledelse og faglighed i afdelingssygeplejerskernes praksis – og faglighed holdes heller ikke levende. Rollen som administrator medfører desforuden ifølge Elgaard Sørensen en konstant distance til klinisk praksis og medfører en usynlig ledelsesstil. Kun rollen som hybridleder er kendetegnet ved en pendulering mellem nærhed og distance til klinisk praksis og af samspil mellem ledelse og faglighed (Sørensen 2006).

I de følgende afsnit vil tre typer af ledelse, som indgik i de interviewede sygeplejerskers fortællinger om deres erfaring med ledelse de steder, de havde været ansat, blive beskrevet. Det drejer sig om henholdsvis usynlig ledelse, autoritær ledelse og god ledelse. Der var ingen geografiske forskelle på sygeplejerskernes fortællinger, om end der var enkelte hospitaler, der oftere gik igen i sygeplejerskernes fortællinger om dårlig ledelse.

12.3 Den usynlige ledelse

De interviewede sygeplejersker beskriver, at de har oplevet deres ledelse som værende en usynlig ledelse, en *laissez faire*-ledelse eller en passiv og handlingslammet ledelse. En ledelse der forholder sig passivt til konflikter, en ledelse der nødtigt går ind og tager et ansvar. En ledelse der ikke rigtig får gjort noget ved de problemer, der er, en ledelse der ikke tør stille krav til medarbejderne, og en ledelse der er præget af afmagt. Oplevelsen er således, at der er en række konflikter eller tilbagevendende problemer, der ikke handles på, hverken i forhold til medarbejderne eller i forhold til øvre ledelseslag. Dette leder ifølge sygeplejerskerne til demotivation og til en fornemmelse af en tiltagende afmagt, der kun kunne brydes ved at søge væk. Som regel er det afdelingssygeplejersken, der af sygeplejerskerne bliver anset for at udgøre det største ledelsesproblem. Men i nogle tilfælde er det også oversygeplejersken og/eller sygeplejeledere længere oppe i hierarkiet, der anses for at udgøre et problem. Der peges på lignende oplevelser i hjemmeplejen og i plejehjemssektoren:

Der var faktisk en flok, der havde været der lige så længe som jeg, men vores leder blev mere og mere stresset og mindre og mindre synlig. Og så rejste næsten hele flokken. (Sygeplejerske i den private sektor)

I sygeplejerskernes fortællinger er brokkulturen værst de steder, hvor der enten er en *laissez faire*-ledelse, der ikke sætter en synlig

standard for, hvordan man opfører sig over for hinanden, ligesom laissez faire-ledelsen ikke søger at løse de konflikter, der opstår mellem sygeplejemedarbejdere og mellem læger og sygeplejemedarbejdere, eller hvor der er en autoritær ledelse, der selv aktivt medvirker til at skabe en hård omgangsform.

12.4 Den autoritære ledelse

En anden type af sygeplejeledelse, som de interviewede sygeplejersker beskriver, er den autoritære ledelse. En ledelse, der ikke viger tilbage fra at træffe beslutninger, men træffer dem på en facon, som gør, at sygeplejerskerne oplever, at beslutninger trækkes ned over hovedet på dem.

Vi har en ledelse, der har en meget autoritær ledelsesstil, som gør, at der er mange nye tiltag, som man ikke er lydhør over for. Specielt folk der kommer fra andre sygehuse – de løber hurtigt panden mod en mur. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Hvis man ikke kan lide lugten i bageriet, kan man bare smutte. Oversygeplejersken tæsker folk verbalt. Det er en oldnordisk måde at lede på. Jeg forstår ikke ledelsesformen. Det er for gammeldags. Det er ikke den måde, man fastholder og udvikler personale på. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Vores [lægelige leder] har på den ene side en imødekomende attitude, men er så samtidig meget autoritær. Og det er faktisk endnu mere demotiverende end [navn på lægelig leder], der stiller sig op og siger: "Jeg er pisseliglad med, hvad I mener". Så ved man da, hvad man har at forholde sig til. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Der var meget, der blev trukket ned over hovedet på folk. Det var lidt magtagtigt. Det var svært at se logikken i ting. Jeg prøvede bare at holde mig gode venner med alle. Det andet sted, jeg kom, var det ikke afdelings-sygeplejersken, men oversygeplejersken der var en ren katastrofe. Hun var overhovedet ikke fulgt med. hun sad bare på tronen og havde magten. (Sygeplejerske i den private sektor)

Ud over den usynlige ledelse er der således ifølge de interviewede sygeplejersker på nogle afdelinger en ledelse, der anvender magt på en meget synlig måde. En ledelse det er svært at få i tale. En ledelse der ikke tillægger sygeplejerskernes behov betydning. En ledelse der gør indtryk af at gå mere op i at *please* deres egen øvre ledelse. En ledelse hvis handlinger skaber utilfredshed og også utryghed.

12.4.1 Den forskelsbehandlende ledelse

Den autoritære ledelse beskrives også af sygeplejerskerne som en ledelse, der har tendens til at favorisere nogle medarbejdere på bekostning af andre.

Der var nogle medarbejdere, der blev favoriseret på bekostning af andre. Nogle kunne få alt muligt, andre skulle tigge og bede. Det var ren diktatur magtstruktur. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Afdelingssygeplejersken mobbede en kollega ud af afdelingen. Og det gik egentlig først op for mig bagefter. Og det havde jeg det rigtig dårligt med. Og jeg anede ikke, hvad jeg skulle gøre. Jeg havde det rigtig dårligt og følte mig illoyal over for hende, det gik ud over, at jeg blev der. (Sygeplejerske i den private sektor)

Den forskelsbehandlende ledelse gør det således utrygt at arbejde på afdelingen både for de forbigåede og de favoriserede medarbejdere. Dels fordi den forskelsbehandlende ledelse skaber splid mellem medarbejdergrupper, dels fordi selv de favoriserede medarbejdere ikke kan vide, hvornår deres ”held” vender. Nogle medarbejdere havde således oplevet at gå fra en situation, hvor de næsten kunne få alt til at blive skubbet ”ud i kulden” og ikke at kunne få noget.

Ifølge Erik Elgaard Sørensen fører de ledelsesmæssige roller som kliniker og administrator ofte til illegitim magtanvendelse (Sørensen 2006).

12.5 Den gode ledelse

Kun få af de interviewede sygeplejersker har på et offentligt hospital oplevet at have en god eller en supergod leder. Den gode sygeplejeleder omtales af de interviewede sygeplejersker som en, der er nærværende, har interesse for arbejdet, der udføres, og som er omgærdet af gensidig respekt. Kendetegn der er i tråd med andre undersøgelser af, hvad der kendetegner god medarbejderledelse på et hospital (fx Batalden et al. 2003; DEA 2008; Væksthus for Ledelse 2008).

De medarbejdere, der beskriver en velfungerende ledelse, beskriver dog også en ledelse, der går ind og sætter rammer og beskytter medarbejderne mod andre dele af organisationen. Også mod øvre ledelseslag og deres krav om nedskæringer.

En velfungerende ledelse anses således for at kæmpe for medarbejderne. De skaber på denne måde rum til at arbejde. Når en ledelse ikke gør dette, skabes der utilfredshed.

Hun var vag. Hun havde ikke altid power til at viderebringe vores ønsker og frustrationer. Man kunne godt ønske sig mere kampgejst. Manglede pondus til at kæmpe for sin sag og for sine sygeplejersker. Og så sker der hurtigt det, at man selv laver sine dagsordener, og at

der kommer flere uformelle ledere. (Sygeplejerske i den private sektor)

Jeg har kun haft en eller to ledere, hvor jeg følte, at de var min leder. At de var der for mig. I takt med at strukturen inden for vores system ændrer sig, flytter vores ledere sig også. De går den øverste ledelses ærinde, og det er ikke altid godt for os. (Sygeplejerske, der bijobber)

Man kan diskutere, om dette ledelsesbillede på nogle områder overlapper med tillidsmandsfunktionen – at ledelsen skal være der for medarbejdernes skyld. I forhold til DEA's kodeks for god mellemlidelse kan man sige, at medarbejderne måske i for høj grad har en forventning om, at afdelingssygeplejersken udelukkende er medarbejdernes ambassadør (DEA 2008).

Man kan dog også diskutere, om disse krav til ledelsen er forstærket i takt med omverdenens øgede krav til aktiviteterne på offentlige hospitalsafdelinger fx i forbindelse med New Public Management reformerne (Blomgren 1999; Holm-Petersen 2007b; Jespersen 2005; Pedersen 2008). Der kan således være tale om en håndteringsstrategi, hvor krydspresset i vidt omfang forventes at blive håndteret af afdelingssygeplejersken for dermed at beskytte medarbejderne. Måske bliver presset på ledelsen således højere i takt med, at oplevelsen er, at citronen presses og krydspressene stiger. Dette tyder sygeplejerskernes fortællinger på, i og med at afdelingssygeplejersken forventes at udføre rollen som buffer mod omverdenens krav. Forventningen til afdelingssygeplejersken er altså, at hun kan skabe ro om arbejdet og dermed være med til at gøre arbejdet betydnings- og meningsfuldt.

I Jo Manions undersøgelse af, hvordan succesrige ledere skaber en god fastholdelseskultur blandt sygeplejersker, beskriver hun i tråd med sygeplejerskernes ønsker en ledelse, der altid sætter personalet først. En ledelse der nærværende interesserer sig for sine sygeplejersker og er fokuseret på i så vidt muligt omfang at opfylde deres behov. En ledelse der kender deres navne, deres

familier, deres hunde, deres sorger og glæder osv. (Manion 2004). Med andre ord en ledelse der er orienteret mod at give sygeplejerskerne opmærksomhed og omsorg og på denne vis bidrage til, at sygeplejerskerne får plads til at sætte patienterne først. De ledelser, der er gode til at skabe en fastholdelseskultur, lægger ydermere vægt på at være synlige og tilgængelige (Manion 2004). En ledelse, der er synlig, tilgængelig og bakker op om sine medarbejdere, udpeges ligeledes blandt de amerikanske magnethospitaler til at være afgørende i fastholdelsen af sygeplejersker (Scott et al. 1999).

12.6 Opsamling: Ledelse

De interviewede sygeplejersker peger på trange vilkår for strategisk ledelse, konflikthåndtering og en anerkendende og relationel ledelse med fokus på at skabe velfungerende og effektive samarbejdsrelationer.

Generelt giver sygeplejerskerne udtryk for at savne anerkendelse for deres arbejde og at føle sig værdsat som medarbejdere. De peger på, at ledelsen ofte ikke forholder sig til arbejdet. At ledelsen er ligeglade med, hvordan de udfører deres arbejde. At det bare skal se pænt ud udadtil. At det for dem primært handler om, at der skal være en til at passe "maskinen" eller den "brik i muren" den dag eller i den vagt, og at budgettet overholdes. Der peges således massivt på mangler i faglig ledelse.

De interviewede sygeplejersker beskriver deres erfaringer med ledelser på offentlige hospitaler og i hjemmeplejen som værende præget af en usynlig *laissez faire*-ledelse eller en handlingslammet ledelse. En ledelse der forholder sig passivt til konflikter, en ledelse der nødigt går ind og tager et ansvar, en ledelse der er præget af afmagt. I tråd hermed er der en kultur om, at man ikke fyrer medarbejdere. Heller ikke hvis de ikke passer deres arbejde godt nok, eller hvis de skaber et dårligt arbejdsmiljø omkring sig.

De interviewede sygeplejersker beskriver også en autoritær og en forskelsbehandlende ledelse. En ledelse der splitter medarbej-

derne ved at favorisere nogle på bekostning af andre. Sygeplejerskerne oplever også, at det ikke er muligt at komme med ændringsforslag, og at det er som at slå i en dyne at prøve at få sin autoritære ledelse i tale.

De medarbejdere, der beskriver en velfungerende ledelse, beskriver en ledelse, der går ind og sætter rammer og beskytter medarbejderne mod andre dele af organisationen. De skaber på denne måde rum til at arbejde. Når en ledelse ikke gør dette, skabes der utilfredshed. Den gode ledelse beskrives derudover som nærværende.

13 Betydning af udviklingsmuligheder

En afdelingssygeplejerske skal kunne se, hvad det er for ressourcer, hun har i afdelingen. Jeg havde på en afdeling en leder, der var fremsynet og pioner for mange ting. Hun var god til at skaffe kursuspenge hjem. Hun havde øje for supervision. Hun kunne løfte folk. Hun støttede de folk, der havde en ildsjæl, i stedet for at bremse dem. (Sygeplejerske i den private sektor)

Det hedder jo så flot, at man skal holde sig opdateret som sygeplejerske. Og der er da også kurser, men tit koster de en bondegård. I det private er 10.000 kr. måske ikke så mange penge, men det er halvdelen af vores afdelings budget. Så det er så som så, hvad mulighederne er, når det kommer til stykket. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

I Sellgrens spørgeskema- og fokusgruppeinterviewundersøgelse blandt svenske sygeplejersker blev muligheder for fortsat faglig udvikling og uddannelse anset for at være motiverende faktorer, mens manglen på muligheder blev associeret med tanker om at skifte ansættelse (Sellgren 2007). I Jo Manions undersøgelse af, hvordan succesrige amerikanske sygeplejeledere skaber en god fastholdelseskultur blandt sygeplejersker, beskriver hun en ledelse, der aktivt udvikler deres sygeplejersker løbende (Manion 2004). Samme fokus på løbende udvikling og uddannelse finder man blandt magnethospitalernes sygeplejeledere (Scott et al. 1999).

I 2005 gennemførte den daværende Amtsrådsforening i samarbejde med Dansk Sygeplejeråd en undersøgelse af efter- og videreuddannelsesindsatsen for sygeplejersker på en række medicinske og onkologiske afdelinger. Undersøgelsen pegede på, at fire ud af fem sygeplejersker ikke oplevede at få den uddannelse, de vur-

derede at have fagligt behov for (Danske Regioner & Dansk Sygeplejeråd 2007).

Udviklingsmuligheder og manglen på samme betyder meget i de interviewede sygeplejerskers fortællinger om deres valg af stillinger. Det er således karakteristisk, at sygeplejerskerne skifter stilling for at søge nye faglige udviklingsmuligheder. Det være sig inden for et andet fagligt speciale eller inden for en anden branche. Sygeplejerskerne, der søger ud i medicinalbranchen, foretager således blandt andet dette skifte for at opnå bedre udviklingsmuligheder. Ud over flugt fra dårlig ledelse og problematiske arbejdsforhold er jagten på faglige udviklingsmuligheder således de fleste af de interviewede sygeplejerskers begrundelse for at skifte stilling. Sygeplejerskerne kæder til dels de manglende udviklingsmuligheder sammen med begrænsede kursusbudgetter og en presset hverdag, til dels sammen med mangelfuld faglig ledelse.

13.1 Oplevelsen af manglende udviklingsmuligheder

De interviewede sygeplejersker oplever, at der ikke er tilstrækkelige udviklingsmuligheder på de offentlige hospitaler eller i hjemmeplejen. De oplever, at faglig udvikling ikke er en bevidst og prioriteret del af arbejdet, at faglig udvikling har en tendens til at drukne i hverdagens travlhed, samt at faglig udvikling af medarbejderne ikke er en del af afdelingens strategiske udvikling. Det er således på mange af afdelingerne ikke defineret, hvad god sygepleje består i, og hvad der skal til for at udvikle sig til en kompetent sygeplejerske inden for afdelingens områder.

Det er mangel på, at man interesserer sig for sine medarbejdere. "Hvor er du fagligt, og hvor vil du gerne hen? Hvordan tror du, du kan gøre pleje og behandling bedre for dine patienter?". Jeg tror faktisk, at mange ikke ville

vide, hvad de skulle sige, hvis man spurgte dem herom. For det er ikke noget, der systematisk tages stilling til. (Sygeplejerske i den private sektor)

De interviewede sygeplejersker forbinder de manglende faglige udviklingsmuligheder på særlig de medicinske afdelinger med, at disse afdelinger anses for at være lavt prioriterede med lave normeringer og budgetter. Sygeplejersker, der blandt andet er skiftet til medicinalbranchen for at få mere faglig udvikling, har eksempelvis følgende kommentarer til de faglige udviklingsmuligheder på de offentlige hospitaler:

Jeg tror, det er budgetter, der er begrænsningen. Man sætter generelt for lidt af. Der har ikke politisk været fokus på det. Sygeplejersker er bare en hob af mus, der spæner rundt og passer patienter. (Sygeplejerske i den private sektor)

Er man i en presset hverdag, hvor bare det at få vagtplanerne til at hænge sammen er det, der fylder mest hos lederen, så kører det bare, og så er der ikke overskud til at udvikle ting. Det løber ud i sandet i en travl hverdag. (Sygeplejerske i den private sektor)

På medicinsk afdeling var mulighederne for faglig udvikling rigtig dårlige. Det var så også en dårlig afdelingssygeplejerske. Dårlig normering og læger der suste ind og ud. Der var mange unge læger. Der var altid ildebrandede at slukke, og der var altid mange nye unge sygeplejersker at oplære. (Sygeplejerske i den private sektor)

I og med, at afdelingerne ikke havde faglige udviklingsplaner eller ambitioner for medarbejderne, var det ifølge disse sygeplejersker – og også sygeplejersker, der stadig arbejder i det offentlige sund-

hedsvæsen – for nemt bare at læne sig tilbage, og dermed heller ikke selv tage ansvar for sin egen faglige udvikling. Der manglede simpelthen ifølge sygeplejerskerne et ledelsesmæssigt fokus herpå:

Hvis man ikke er i udvikling, er man i afvikling. Man udnytter ikke de kompetencer, der er. Og det er et ledelsesproblem. Systemet fostrer ikke, at folk kan udvikle sig. Hvis det bliver ren produktion og lønarbejderlivsform – du skal komme kl. 7 og gå kl. 15. Jeg synes ikke, der var plads til faglig udvikling. Man skal selv sørge for det. Jeg mener, det er arbejdsgiverens ansvar også. Det er en form for omsorg og anerkendelse, at man siger: ”Vi ønsker, at du udvikler dig”. (Sygeplejerske i den private sektor)

På de mere højt specialiserede afdelinger som eksempelvis intensiv, hjerteafdelinger, opvågning og anæstesiafdelinger anses de faglige udviklingsmuligheder generelt for højere i og med, at der eksempelvis er specialuddannelse, og at sygeplejerskerne oplever, at sygeplejefagligheden er tydeligere end på afdelinger, hvor de primære opgaver består i at gå stuegang, give medicin, vaske og hjælpe patienter og give dem mad – såsom på de medicinske afdelinger (Holm-Petersen et al. 2006). Det er således på de mere specialiserede afdelinger tydeligere, hvilke kompetencer en sygeplejerske skal opnå for at være dygtig og erfaren inden for disse afdelingers felt. Også på disse afdelinger peger de interviewede sygeplejersker dog på begrænsninger i den fortsatte faglige udvikling, når disse kompetencer så er opnået. Og de peger på risikoen for at gå fagligt i stå, hvis man bliver på samme afdeling i mange år.

Her er der to grupper: De unge, der skal prøve en hel masse og opsamle erfaring i alderen op til 30. De fleste er der kun 3-5 år. Og dem, der er ældre – i 50’erne. De er stået af. De gider ikke mere. De venter på pension. De

synes, det er hyggeligt med kollegerne, men arbejdet skal overstås. De er trætte. De gider ikke nye instrukser. Der er ikke mange i 40'erne – kun 1-2. Mange er taget i ambulatorier, daghospitalet m.m. Nogle af dem kommer så og tager vagter et par gange om måneden for at holde ved lige og se de gamle kolleger. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Man bliver nødt til at holde gang i de sygeplejersker, der er der. Fx med specialfunktioner og kurser, således at de udvikler sig. Og de skal have tid til det, så man ikke skal bruge sin fritid på det. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Også på de mere specialiserede afdelinger er det således lige som på de andre afdelinger på sigt den enkeltes ansvar og opgave at holde sig i faglig udvikling. Og efter de flestes oplevelse er dette nødsaget til at foregå i deres fritid, fordi der ikke er mulighed for det inden for arbejdstiden.

De interviewede sygeplejerskers vurderinger af faglige udviklingsmuligheder og manglen på ledelsesmæssigt fokus herpå understøtter således Erik Elgaard Sørensens pointe om, at to ud af tre ledelsesstile blandt afdelingssygeplejersker ikke i tilstrækkelig grad har fokus på faglig ledelse (Sørensen 2006). Ifølge Joint Commission er faglig ledelse af sygepleje på amerikanske hospitaler som følge af de organisatoriske omstruktureringer i 1990'erne blevet kraftigt nedprioritet. De peger på det nødvendige i at vende denne udvikling (Joint Commission 2003).

13.1.1 Kurser

Enkelte sygeplejersker ansat på specialafdelinger har oplevet at få de kurser, de gerne ville have, men langt hovedparten af sygeplejerskerne har oplevet, at det er svært at komme af sted på kurser.

Jeg har aldrig været på nogen kurser. Det er kun de få udvalgte, der kommer på specialuddannelse inden for [navn på speciale]. Og hvis du endelig kommer på det, så er det ikke nødvendigvis et ønske fra dig selv. Når folk er motiverede for kurser, får de næsten aldrig lov til det. Når de ikke er motiverede, er det lige før, de skal. Og så passer det ikke ind i deres liv. "Vil du det? Nå, det kan vi se på om tre års tid." Og så er folk jo brændt ud. Så gider de ikke. Eller også er de gået ud i det private, (Sygeplejerske i den private sektor)

Jeg kom aldrig på kurser. Jeg syntes ikke, jeg kom videre. Jeg mødte ind, vaskede patienter, gav medicin og gik hjem. Det var ikke fagligt udviklende. (Sygeplejerske i den private sektor)

Ydermere var der en del af sygeplejerskerne, der havde oplevet, at kurser i højere grad blev anvendt til at give udvalgte medarbejdere et klap på skulderen frem for at blive tænkt ind i en faglig sammenhæng eller en udviklingsplan. Om man kunne få kurser eller ej blev på en række afdelinger således forbundet med, hvorvidt man var inde i varmen hos afdelingssygeplejersken eller ej.

Det, syntes jeg, ikke var særlig godt. Der blev der også plukket. Hvem der var favoritter. Hvem der blev inviteret med. Der var alt for langt mellem det. Jeg anede dårligt nok, det eksisterede, for jeg fik aldrig tilbudt det. Og hvis man skulle på kursus, var det nærmest kun dem, der foregik på [navn på hospital] arrangeret af uddannelsesafdelingen. (Sygeplejerske i den private sektor)

Efteruddannelseskurser bliver således ifølge de interviewede sygeplejersker på de offentlige hospitaler i for høj grad brugt som en slags fryns.

13.1.2 Når man har været af sted

Samtidig oplever sygeplejerskerne, at det faktisk kan være demotiverende, når de så har været af sted på kurser eller en efteruddannelse, at deres udsigter til at få mere efteruddannelse eller flere kurser, så er meget lange.

Nu her efter jeg har taget specialeuddannelsen, ved jeg ikke, hvor meget der kommer til at ske. Det bliver svært at få mere. Det er ok at tænke på, for det er slet ikke med i min tankerække, at jeg skal blive her i 10 år. Jeg kan høre på dem, der har været her længe, at de er gået i stå. Meget er også op til en selv. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Da jeg havde fået den kliniske vejlederuddannelse, stod jeg ikke for tur. Og det fik jeg også at vide af min afdelingssygeplejerske, at nu havde jeg fået et stort kursus. Så der var ikke så mange flere videreuddannelsesmuligheder. Det er jo mange år, man taler om. Og det var tungt at vide, at i de næste fem år skulle jeg være heldig for at få en temadag engang hvert andet år. (Sygeplejerske i den private sektor)

Andre har oplevet at være af sted fra en specialafdeling på et offentligt hospital i længere tid og er kommet tilbage med nye faglige kompetencer inden for specialeområdet, der ikke blev værdsat.

"Nå, hvem er du?" De gamle kolleger var der ikke rigtig mere. Der var kommet så mange nye i mellemtiden. Så det var sådan lidt lige meget egentlig. Sådan mere eller mindre upersonligt, fordi vi var så mange ansatte. (Sygeplejerske i den private sektor)

De interviewede sygeplejersker oplever således heller ikke, at der er fokus på at anvende de kompetencer, de har opnået.

13.1.3 Supervision

Ud over manglen på muligheder for at deltage i kurser, der kunne være relevante for faglig udvikling, peger de interviewede sygeplejersker på, at der også mangler læring og supervision i det daglige arbejde.

Man tog ikke rigtig hånd om arbejdsmiljøet – det der med, at der næsten var en patient, der døde om ugen. Og når man er nyuddannet har man brug for supervision og det var der slet ikke noget af. Det var bare: "Jamen sådan ligger landet". Og jeg synes, vi manglede noget faglig udvikling i forhold til: Hvordan håndterer vi det her som mennesker? Det var jo unge mennesker på min egen alder, der stod med deres børn. Og det var tit mig, der kom ind til dem, for dem der selv havde børn, de kunne slet ikke håndtere det. (Sygeplejerske i den private sektor)

Man kan godt blive følelsesmæssigt afstumpet. Ting man skulle have talt om for mange år siden. Det får nogle konsekvenser. Hvis jeg skulle være blevet, så skulle jeg have haft supervision. (Sygeplejerske i den private sektor)

Undersøgelsen af sygeplejerskers arbejdsopgaver og fagidentitet på de medicinske afdelinger viste i tråd hermed, at der er en svag professionel omsorgsfaglighed på medicinske hospitalsafdelinger (Holm-Petersen et al. 2006). Sygeplejersker, der har arbejdet på psykiatriske afdelinger, vurderer, at man her er bedre til at give hinanden supervision.

I psykiatrien var vi gode til at tage vare på hinanden. Der var mange svære situationer med psykotiske patienter. Vi var gode til at få snakket om situationer: Hvad

kan vi lære af det? Hvad var vi gode til? Hvad kunne vi have gjort bedre? (Sygeplejerske i den private sektor)

Jeg tror ikke, kurser hjælper helt vildt meget. Jeg tror det er systematiske samtaler om, hvad lavede du i dag? Hvad nåede du med det? Hvor vil du hen i morgen? Tid og opmærksomhed på: Hvad er din praksis? (Sygeplejerske i den private sektor)

I psykiatrien var de meget bedre til at se mennesket. På de medicinske afdelinger har de ikke samme viden og erfaring. De er ikke så gode til at se behov for supervision. (Sygeplejerske i den private sektor)

Supervision forbindes i litteraturen om medarbejdergennemstrømning med chancen for at skabe fastholdelse i og med, at supervision forventes at føre til øget arbejdsglæde og *commitment* (Price 2001), og supervision bidrager til en god fastholdelseskultur (Manion 2004).

13.2 Bruger skift til faglig udvikling

Jeg skiftede, da jeg syntes, det blev for meget rutine, og at jeg manglede noget udfordring. (Sygeplejerske, der bi-jobber)

Jeg har hele tiden, efter jeg blev færdig som sygeplejerske, sagt, at jeg skulle i hvert fald ikke ende med at være samme sted i 10-15 år, for jeg skulle ikke gå i stå, og jeg skulle hele tiden putte noget nyt i rygsækken. (Sygeplejerske, der bi-jobber)

Der er en tendens i sygeplejerskernes fortællinger til, at de også har anvendt afdelings- eller sektorskift til at opnå faglig udvikling.

Dels ved således at skifte mellem forskellige hospitalsafdelinger, fordi der ifølge sygeplejerskerne er begrænsede udviklingsmuligheder inden for mange af specialerne, dels ved at skifte sektor.

Mange sætter således lighedstegn mellem at være i udvikling og at være i bevægelse. I og med at der ikke er lagt op til kontinuerlig udvikling inden for afdelinger og specialer, bliver udvikling således forbundet med at bevæge sig på tværs af afdelinger, specialer, arbejdssteder og sektorer. Også selv om dette måske medfører et midlertidigt tab af ”ekspertidentitet” – eller oplevelsen af, at man nu har fået styr på mange ting. De peger dog på, at det netop er frygten herfor, der får nogle til at blive og dermed til at glemme at udvikle sig, fordi de ikke bevæger sig væk.

Erfaring og viden inden for et område er godt – det at starte forfra og være novice igen. Uha ens faglige stolthed og det at være eksperten – den gode rolle med at intet kommer bag på en. Jeg tror, det afholder mange fra at bevæge sig. Det kan blive farligt, fordi man læner sig tilbage. Det er tit det, der sker for dem, der bliver der i mange år. Man luller sig ind i, at det er lidt nemt. De glemmer at udvikle sig. (Sygeplejerske i den private sektor)

Denne tankegang om, at den enkelte sygeplejerske må bevæge sig væk for at lære, uden at dette er sat i system – som for de yngre lægers vedkommende – kan således ses som en udfordring i forhold til at fastholde erfarne sygeplejersker og som en udfordring i forhold til at opbygge stærke faglige miljøer på de offentlige hospitalsafdelinger.

Faglig udvikling og sparring fylder særlig meget i sygeplejerskers fortællinger om deres valg af medicinalbranchen. De beskriver de begrænsede muligheder, de oplevede at have på de offentlige hospitaler og frustrationerne herover. Flere beskriver også ledelser, der ikke gav faglig anerkendelse og sparring. Deres oplevelse var, at de blev nødt til at prøve en anden vej for at udvikle

sig fagligt og for at komme ud af de offentlige hospitalers fokus på nedskæringer og budgetoverholdelse.

Begge de to firmaer, jeg har været i, er stærkt fokuserede på, at man ikke kun kan tale om et produkt, men at man også er stærk inden for det fagområde, man har produkter inden for. Vi er videnskæssigt klædt rigtig godt på til at gå ind i en faglig dialog med vores kunder. Og det tiltaler mig som sygeplejerske at få denne her faglige sparring. (Sygeplejerske i den private sektor)

Det er dog ikke til privathospitalerne, sygeplejerskerne søger for at få mere faglig udvikling. Af ulemper ved at arbejde på et privathospital peger sygeplejerskerne på, at arbejdet ikke er så fagligt udviklende, og at kursus- og efteruddannelsesmulighederne heller ikke er så gode.

Man kan sige meget godt om privathospitaler, men kurser er nok ikke lige det bedste. (Sygeplejerske i den private sektor)

Nogle peger i tråd hermed på en ulempe i, at de på privathospitalerne ikke har samme moderne udstyr og samme ekspertise til stede, som de har på de offentlige hospitaler.

Nogle går, fordi de ikke kan lide lugten i bageriet. Men det er fåtallet, der smækker med døren, når de går ud i det private. Nogle kommer også tilbage. De siger, at græsset ikke er grønnere der. Der er også for mange kampe derude og for gammelt udstyr. Andre er gået og er ikke kommet tilbage. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Det er således ikke alle, der oplever, at græsset er grønnere i den private sektor, og det synes primært at være i medicinalbranchen,

at sygeplejerskerne kan forøge deres faglige udviklingsmuligheder.

13.3 Opsamling: Faglige udviklingsmuligheder

De interviewede sygeplejersker peger på, at der blot er få formaliserede faglige udviklingsmuligheder for sygeplejersker. Sygeplejerskernes læringsforløb stopper således langt tidligere end lægernes, der har de postgraduate forløb. Der mangler således udviklings- og uddannelsesmuligheder for de sygeplejersker, der vil være gode basissygeplejersker, og sygeplejersker, der ønsker at dyrke deres sygeplejefaglige kernekompetencer. En konsekvens heraf er, at det på nogle afdelinger er svært at udvikle en klinisk faglighed.

Det er både oplevelsen, at det er svært at få tilstrækkelig efter- og videreuddannelse, og at det er svært at anvende de nye kompetencer, man måtte have fået. Førstnævnte hænger ifølge de interviewede sygeplejersker sammen med alt for små budgetter til at udvikle medarbejdere. Sidstnævnte er ifølge sygeplejerskerne et udbredt ledelsesproblem. Det er således symptomatisk, at der mangler ledelsesmæssige kompetencer til at se mulighederne i sine medarbejdere og systematisk udvikle dem. Ifølge sygeplejerskerne anvendes kurser og efteruddannelse i dag i for høj grad som en slags fryns frem for som led i en faglig og strategisk udviklingsplan. For at få en mere kontinuerlig faglig udvikling må de således bevæge sig mellem stillinger. Hvad angår sektorskifte er det primært ved at skifte til medicinalbranchen, at sygeplejerskerne kan forøge deres faglige udviklingsmuligheder.

14 Flugt og faglig stolthed

Som det er fremgået af de foregående kapitler, er sygeplejerskernes veje på arbejdsmarkedet måske i lige så høj grad et spørgsmål om at finde flugtveje som at foretage tilvalg.

Selv om der er mange forhold ved de offentlige hospitaler, som sygeplejerskerne ønsker at vælge fra, så fremhæver de dog også positive forhold ved de offentlige hospitaler. Samtidig med, at sygeplejerskerne peger på arbejdsforhold, ledelse og mangel på udviklingsmuligheder som motivatorer for at skifte, så peger de samtidig på, at de spændende faglige kliniske arbejdsområder ligger på de offentlige hospitaler. Selve arbejdet er således ifølge de interviewede sygeplejersker spændende og meningsfuldt på en række offentlige hospitalsafdelinger. Det er blot alt det økonomiske, organisatoriske, bureaukratiske og ledelsesmæssige bøv, der er udfordringen. Sygeplejerskerne italesætter således samtidig en faglig stolthed og en faglig bekymring.

14.1 Flugten fra arbejdsvilkårene

Fælles for de interviewede sygeplejersker er således, at de alle i forskelligt omfang ønsker at flygte fra arbejdsforholdene på de offentlige hospitalsafdelinger. Nogle har allerede foretaget sektorskifte som følge heraf. Andre har løbende overvejet det, eller har valgt bijob som en mellemløsning.

14.1.1 Fri for det organisatoriske bøv som vikar

For nogle blev oplevelsen af problemer med deres ledelse eller arbejdsforhold, de opfattede som problematiske, en kilde til at overveje at arbejde som vikar som primærbeskæftigelse.

Det kan godt være fristende at sige til min ledelse: "Farvel, nu gider jeg ikke alt jeres bøv længere. Jeg har brug

for ro i en periode". Og så tage ud at arbejde i et vikarbureau, få en bedre løn og få det, som jeg vil have det i en periode. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Nogle af sygeplejerskerne havde meldt sig til et privat vikarbureau, men kom aldrig ud at tage vagter i det.

Vikarbureau – det har jeg også prøvet, men jeg gad ikke at skulle kastes rundt på forskellige afdelinger og at skulle stå og please forskellige afdelingssygeplejersker. Det orkede jeg ikke, og at skulle sætte mig ind i noget nyt hele tiden. Jeg kom aldrig ud. Jeg meldte mig bare til [navn på bureau], men kom aldrig ud i vagter. Jeg har også mødt vikarerne på min egen afdeling og set, hvordan de hele tiden skulle falde i hak. De fik jo det, vi andre ikke gad at tage os af. De fik alle sengebadene. Det er også svært at gå stuegang på en afdeling, hvor du overhovedet ikke kender deres arbejdsgange og procedurer. Det er nemmere, at det er en, der er rutineret. Det er måske ikke det sjoveste at skulle hjælpe folk ind og ud af toilettet. En lortetjans er også at passe en dement mand i otte timer. Jeg kunne godt lide at have overblikket. (Sygeplejerske i den private sektor)

Det var således ikke alle, der fandt vikarjobbet tillokkende, da det kom til stykket. Flere sygeplejersker giver udtryk for, at de aldrig ville drømme om det.

Det er måske i højere grad en flugt i dag. Det, der frister i dag, er al den tale om højere løn som vikar og muligheden for selv at kunne bestemme sine arbejdstider. At man kan sige ja og nej til vagter. Og det kan jeg godt forstå, fordi i takt med, at dine kolleger rejser, så bliver vagtbyrden højere. Du bliver hevet ind til flere vagter til din egen arbejdsplads. 2-3 vagter mere om måneden end

du egentlig skulle. Og det er en ond cirkel at komme ind i, for det gør arbejdstilfredsheden mindre. (Sygeplejerske i den private sektor)

Personligt ville jeg ikke kunne holde ud kun at være vikar, for jeg har brug for et godt samarbejde med kolleger. Og at man ved, de er de samme, man ser i en periode. (Sygeplejerske i den private sektor)

Andre siger, at de i høj grad sætter pris på at kende ting og til at have styr på tingene til at kunne arbejde som vikarer. De fortæller, at de værdsætter den ekspertidentitet, der kommer af at have fagligt styr på tingene.

Jeg har aldrig overvejet vikarbureau. Det tiltaler mig ikke. Der er jeg mere tryghedsnarkoman og vil gerne kende til det, jeg har med at gøre. At skulle møde op på den ene afdeling efter den anden og stå som den nye tiltaler mig ikke. Jeg er jo sygeplejerske. Hvis jeg stod med et hjertestop og ikke vidste, hvor de havde deres ting henne. Det ville jeg ikke bryde mig om. (Sygeplejerske i den private sektor)

Jeg har aldrig været i et privat vikarbureau. Det tiltaler mig ikke, at du kommer, og så er man bare vikar. Man skal hele tiden forholde sig til noget nyt. Jeg vil hellere være forpligtet og have nogle kolleger. Jeg vil ikke basere mit arbejdsliv på noget flagrende. Men mange synes, det er fedt. (Sygeplejerske i den private sektor)

En sygeplejerske, der i en årrække havde arbejdet som freelance, mente, at vikar var noget, man kunne arbejde som i en periode, men så havde man brug for noget mere fast igen:

Freelancer – det kan man kun i nogen tid, så får man brug for at have nogle faste kolleger og vide, hvad der sker. (Sygeplejerske i den private sektor)

Vikar er altså en mulighed for nogle, men ikke tillokkende for alle. Det at være mere uforpligtet kan således være noget, de har brug for i en periode, og så har de brug for at være mere forpligtede igen. Andre valgte privathospitalerne som en vej at gå.

14.1.2 Den mere positive ånd på privathospitalerne

Ånden er en anden. Man bliver glad og får lyst til at arbejde, når man kommer ind ad døren. (Sygeplejerske i den private sektor)

Sygeplejerskerne, der er skiftet til privathospitalerne, peger på, at der her er en bedre ånd. Patienterne er gladere, og medarbejderne er gladere. Hele stemningen er fokuseret på service, at få ting til at fungere og på at være mere fleksible. Den tunge og bureaukratiske samt brokorienterede stemning på de offentlige hospitaler er således her skiftet ud med en stemning, der føles lettere og mere oplyftende.

Der var en trist og demotiverende stemning på [navn på offentligt hospital]. (Sygeplejerske i den private sektor)

Den anderledes ånd medfører det paradoks, at de samme medarbejdere oplever samme type af arbejdsopgaver forskelligt alt efter, hvilken sektor de befinder sig i. Hvad der på de offentlige hospitalsafdelinger forbindes med dårlig organisering af specialuddannede sygeplejerskers tid, at sygeplejerskerne fx skal udføre rengøringsopgaver forbindes således i det private med fleksibilitet.

Jeg tror, at det er selve ånden: At i det private der tager man bare fat, hvor man skal. Og vi kan jo lige så godt få det af vejen. Faggrænserne er mere tonede ud. Jeg er egentlig også portør, for jeg kører patienterne fra stuen og ind på opvågningen. Og om aftenen gør jeg faktisk også rent. (Sygeplejerske i den private sektor)

I det private formemmer man, det er en forretning. Man er også selv mere fleksibel. (Sygeplejerske, der bijobber)

De interviewede sygeplejersker forklarer også forskellen med, at forventningerne er anderledes – både patienternes og de ansattes, alt efter i hvilken sektor man befinder sig.

En af sygeplejerskerne oplevede på et tidspunkt at være ansat på et offentligt hospital, der som led i en 5-årig forsøgsordning blev ændret til et halvt offentligt/halvt privat hospital. Denne ændring medførte blandt andet ifølge sygeplejersken en anden og mere positiv ånd. Den nye ledelse spillede her en central rolle. Ledelsen blev meget synlig og gik rundt og talte med medarbejderne. Der kom en mere flad struktur, og medarbejderne blev i højere grad inddraget i beslutningsprocesser. Lønnen var den samme, blot var betalingen for ekstraarbejde bedre. Medarbejderne fik alle derudover del i potentielt overskud. Der var derudover enkelte frynsegoder som julegaver. Som følge af disse ændringer blev oplevelsen af at være ansat på hospitalet en helt anden.

Om forskellene mellem offentlig og privat eller fortælle-mæssige dikotomier: tung-let, trist-glad, service-bureaukrati osv. udelukkende er erfaringsbestemte eller også præges af de billeder, vi i samfundet har af forskelle mellem offentligt og privat, er dog svært at svare på. Men i medierne fremstilles offentlige virksomheder ofte som meget bureaukratiske og svære at ændre. Dermed bliver dette til en allerede tilgængelig fortælling om offentlige hospitaler.

Der er ifølge de interviewede sygeplejersker, der er ansat på offentlige hospitalsafdelinger, en splittet stemning om, hvorvidt det er moralsk rigtigt eller forkert at tage arbejde på et privathospital.

Der er fire kolleger, der er rejst inden for den sidste måned til [navn på privathospital]. De ting, man kæmper for her, det er ligesom at slå i en madras. Der er ikke noget at få. Hvis man vil have noget, må man andre steder hen for at få det. Når man hører om det, de andre får forhandlet hjem med bedre løn og arbejdstider, så føler man sig lidt dum. Men jeg ville dø af kedsomhed. Det er jo ikke syge mennesker. Det er idealisterne, der bliver tilbage. Dem der synes, det er forkert. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Nogle sygeplejersker finder det således også moralsk forkasteligt:

Jeg synes, vi i Danmark bør have et offentligt system, der er det bedste. Jeg bryder mig ikke om amerikanske tilstande. Privathospitalerne vil jo også kun have dem, der er gode nok og raske nok. Dem hvor de kan få succes ud af det. Dem der er for store og tykke, og dem der har følgesygdomme, dem vil de jo slet ikke operere. Det bliver jeg lidt indebrændt over. Så kan jeg da godt forstå, de kan vise fine resultater, når de kan plukke folk ud. Det bliver på bekostning af det offentlige, og det synes jeg ikke, vi som danskere kan være tjent med. (Sygeplejerske i den offentlige sektor)

Også sygeplejersker på kirurgiske afdelinger, der selv bijobber på privathospitaler, føler sig splittede på dette punkt.

På nogle måder synes jeg, det er hen i vejret, at vi smider så mange ressourcer ud i de private klinikker. Men der er så mange faggrænser i det offentlige. Offentligt

ansatte er ikke gearede til at give den en ekstra skalle, for man bliver ikke honoreret for det. Hverken i lønpen- sen eller ved et klap på skulderen. Men i bund og grund synes jeg, det er ærgerligt, at vi sender så mange res- sourcer derud. Og med den nye behandlingsgaranti på en måned, bliver det endnu flere, vi sender derud. (Syge- plejerske, der bijobber)

En ulempe, der blev peget på, ved at arbejde på et privathospital var i tråd hermed, at man godt kunne opleve at blive set skævt på af sygeplejersker ansat på de offentlige hospitaler.

Nogle gange overflyttede vi patienter [navn på offentligt hospital]. Der kan jeg godt huske stemningen: "Nå, nu kom vi der fra [navn på privathospital] med vores dår- lige patienter, og så kunne de rydde op". Den får man smækket lige i hovedet. Og alt hvad man har stået og ordnet med pumper og medicin får man at vide: "Nej, vi gør det på vores egen måde". (Sygeplejerske i den private sektor)

Nogle forbinder således i højere grad faglig stolthed og respekt med arbejdet på de offentlige hospitaler. I undersøgelsen fra Aal- borg Universitet har speciallægerne ifølge de studerende lignende overvejelser om, hvor de mest fagligt udviklende arbejdsopgaver ligger, samt om det etisk rigtige og forkerte i at arbejde på privat- hospitaler. De ortopædkirurger, der har valgt kun at arbejde i det offentlige sundhedsvæsen, finder således, at privathospitalerne er en uskik, men flere af dem, der bijobber, såvel som dem, der ude- lukkende arbejder i det private, peger her på en indre konflikt – og de mener, at det private tilbud ikke bør overstige 10 procent (Roed et al. 2009).

14.1.3 Medicinalbranchen som middel til at hjælpe

I medicinalbranchen er arbejdet meget anderledes end på de offentlige hospitaler. Arbejdsvilkårene er også meget anderledes. Der er på den ene side mere autonomi i arbejdsudførelsen, og på den anden side er der mere kontrol i form af løbende at blive målt og vurderet.

Man skal vide, at der ligger flere øjne på en end i det offentlige. Vi bliver hele tiden vurderet. Skal fx leve op til mål og budgetter. (Sygeplejerske i den private sektor)

Samtidig med, at sygeplejerskerne i medicinalbranchen ikke længere er involveret i den direkte patientpleje, italesætter de interviewede sygeplejersker dog sig selv som sygeplejersker, der går meget op i den kliniske sygepleje. Og sygeplejerskerne giver udtryk for, at arbejdet fagligt set på en hospitalsafdeling stadig kan trække i dem. Men ikke under de nuværende løn- og arbejdsvilkår. Det er et centralt tema i sygeplejerskernes fortællinger, at de i dag stadig påvirker den direkte patientpleje – nu blot på en indirekte måde i og med, at de blandt andet underviser sygeplejersker i sundhedsvæsenet – på hospitalerne og i almen praksis i medicin. Andre sygeplejersker i medicinalbranchen, der ikke har en undervisende funktion, ser de produkter, de sælger, som afgørende forbedringer for patienter.

Et relateret tema i sygeplejerskernes fortællinger var det identitetsskifte, der ligger i at gå fra arbejdet på hospitalet, hvor den enkelte kan se sin rolle som den, der uselvsk er der for at hjælpe patienter, til en rolle, hvor det er mere uklart, hvem man er der for.

Mange spørger i begyndelsen én, om man tror, man kan arbejde som sælger, fordi sygeplejersker har måske mere et hjælpergen end et sælgergen. (Sygeplejerske i den private sektor)

Sygeplejerskerne i medicinalbranchen fremstillede heller ikke sig selv som sælgere, men snarere som sygeplejersker, der ad denne vej hjælper patienter og medarbejdere på de offentlige hospitaler og hos de praktiserende læger. For dem blev sælgeridentiteten således snarere en udfordring, der skulle overvindes. De skulle således hele tiden overbevise omgivelserne (hospitalsansatte og praktiserende læger) om, at de er der for at forbedre behandlingen af patienter og ikke bare for at sælge medicin. Sygeplejerskerne oplevede på denne måde, at der er mere naturlig respekt om den faglige hjælperidentitet frem for sælgeridentiteten.

Jeg tror, mit problem har været at acceptere, at jeg ikke hele tiden fik anerkendelse for det, jeg laver. Jeg synes, der var mere respekt omkring mit fag, da jeg var på hospitalet. (Sygeplejerske i den private sektor)

Det var karakteristisk, at disse sygeplejersker gjorde meget ud af at fortælle, hvordan deres nuværende arbejde kom patienterne til gode. Nogle fortalte således om, at de her fik nogle muligheder for at påvirke behandlingen i en positiv retning.

Det er også en fordel at komme både i primær og sekundær sektor, fordi man mange gange kan tage input fra den ene sektor med til den anden om, hvad der sker. (Sygeplejerske i den private sektor)

Jeg kan bruge den viden, jeg har nu, til at klæde sygeplejerskerne på medicinske afdelinger bedre på i forhold til de opgaver, de står med. Og det oplever jeg, at der er stor velvilje til ude på afdelingerne. At jeg kan være med til at sørge for, at de får noget uddannelse også. De har ikke ret mange økonomiske ressourcer at gøre godt med. (Sygeplejerske i den private sektor)

Jeg kommer egentlig og gør noget, deres egne ledere burde gøre. (Sygeplejerske i den private sektor)

Jeg skal jo ikke bare sælge det her. Det er et vanskeligt speciale, og jeg skal sætte mig fagligt ind i meget. Og jeg håber, det kommer til at påvirke kvaliteten i behandlingen. Jeg skal synes, produktet er i orden. Det skal kunne ændre patientens liv, ellers er det ligegyldigt. (Sygeplejerske i den private sektor)

Det er rigtig meningsfyldt at kunne gå ud og tale om det produkt, jeg har, som kan gøre en forskel for patienterne (Sygeplejerske i den private sektor)

Hjælperidentiteten føres dermed ind i en anden kontekst, hvor det nødlidende offentlige sundhedsvæsen hjælpes – fx ved at uddanne personale om medicin og ved at give input om, hvordan de gør i andre sektorer. På denne vis er det at kunne gøre en forskel for patienterne – bare gennem andre sygeplejersker – en vigtig del af deres fortælling. De interviewede sygeplejersker siger derudover, at de ikke ville kunne sælge et produkt, de ikke ville kunne stå inde for – og som de ikke troede, ville forbedre patienters liv.

Sygeplejerskerne italesætter således deres arbejde som en måde at kunne bidrage til at kompensere for manglerne i det offentlige på. En måde at være med til at fremme det, man gerne ville have gjort eller ville have haft i det offentlige – hvis der havde været råd eller overskud til det.

14.2 Faglig respekt

Mest faglig respekt er der i sygeplejerskernes fortællinger om arbejdet i det offentlige. Når tingene kører, som de skal, og den enkelte er med til at redde menneskeliv eller forbedre en patients situation, så opleves arbejdet ifølge sygeplejerskerne som dybt meningsfuldt. Der er stor faglig respekt om det at kunne hjælpe pati-

enter/medmennesker på denne vis. Og sygeplejerskerne oplever ofte en taknemmelighed og respekt fra patienter og pårørende. Der er også en stor respekt forbundet med at vælge faglighed frem for løn.

Selv om der ofte ikke er nogen formaliseret udvikling, så er arbejdet således ifølge sygeplejerskerne til en vis grad udviklende i sig selv – indtil man ikke synes, man kan lære mere inden for et speciale. Og arbejdet er samtidig en kilde til faglig stolthed – både på de afdelinger, hvor de i bogstavelig forstand står med patienternes liv mellem hænderne, og på de afdelinger, hvor de oplever at gøre en god sygeplejefaglig indsats for deres patienter.

Det fagligt spændende og meningsfulde arbejde synes således i sygeplejerskernes fortællinger at være en central del af de offentlige hospitalers tiltrækningskraft. Nogle af privathospitalerne anses også af sygeplejerskerne for at være store nok til at tilbyde varieret og spændende arbejde. Og anses for en mulighed for at gøre mere ud af fagligheden, end de havde mulighed for på de offentlige hospitaler.

Mens hovedparten af sygeplejerskerne angav, at arbejdet helst skulle være udfordrende og udviklende, var det dog for nogle et plus ved privathospitalerne, at de der ikke stod med et stort ansvar for meget syge patienter.

Jeg søgte væk, fordi jeg syntes, det var et for stressende arbejde. Jeg syntes, det var tyngende med alle de blå blink og de nye funktioner, jeg skulle have. Jeg syntes, det blev for krævende. Jeg tænkte meget på derhjemme, om jeg nu slog til. Jeg syntes, det blev for stort et ansvar. Mange af dem, der godt kan lide blå blink, ville sige: "Hold da op, er det ikke lidt kedeligt? Er der ikke lidt for få udfordringer [på privathospitalet]?" Men jeg nyder, at jeg ikke brænder mit lys i begge ender både med familien og med arbejdet. Der er jeg i mit liv lige nu. (Sygeplejerske i den private sektor)

Mens det fagligt udfordrende arbejde for mange er en væsentlig tiltrækning ved de offentlige hospitaler, er der således også sygeplejersker, der oplever, at opgaverne udfordrer dem for meget i forhold til, hvad de føler sig klædt på til og har lyst til.

14.3 Opsamling: Flugt og faglig stolthed

Sygeplejerskerne ønsker at vælge den offentlige sektor fra, fordi de oplever, at arbejdsforholdene er for ringe. De er bekymrede for udviklingen i kvaliteten af patientplejen. Og ledelse og den faglige udvikling er mangelfuld. Privathospitalerne vælges således til, fordi de her oplever en bedre ånd og bedre arbejdsforhold. De private vikarbureauer vælges på grund af de frihedsgrader, de tilbyder.

Det klinisk set mest fagligt spændende arbejde ligger dog ifølge de interviewede sygeplejersker hovedsageligt på de offentlige hospitaler. Nogle af privathospitalerne anses dog for at være store nok til at tilbyde varieret og spændende arbejde. Men for hovedparten af sygeplejerskerne anses et sektorskifte til privathospitalerne og til de private vikarbureauer for at være ensbetydende med i et vist omfang at vælge faglighed og fagligt udviklende arbejdsopgaver fra.

Den øgede frihed, et sektorskifte kan give fra de forhold, der opleves som hårde at bære på de offentlige hospitaler, kommer således med en pris. En pris det er individuelt, hvorvidt den enkelte anser som et problem eller ej.

De interviewede sygeplejersker, der skifter til medicinalbranchen, fastholder et højt fagligt fokus. De forkaster ikke deres "hjælpergen" til fordel for at dyrke et "sælgergen". De italesætter deres nye arbejde som en måde at hjælpe den nødlidende offentlige sektor på og en måde at bidrage til et bedre tilbud til patienter. Netop ved at udvikle deres faglighed får de nemlig her mulighed for at give faglig sparring til de andre sygeplejersker på de offentlige hospitaler og i almen praksis.

Det fagligt spændende og meningsfulde arbejde synes således i sygeplejerskernes fortællinger at være en central del af de offentlige hospitalers tiltrækningskraft. Og faglig respekt oplever de primært at få som ansatte på de offentlige hospitaler.

15 Referenceliste

- Aiken, L.; S.P. Clarke, D.M. Sloan, J. Sochalski & J.H. Silber (2002): Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Association*, 288: 1987-1993.
- Andersen, V.; B. Dybbroe & I. Bering (2004): *Fællesskab kræver fællesskab. Rapport fra projektet: Sygepleje i forandring; arbejdsliv, faglighed og fagforening. Et analyse- og udviklingsprojekt for DSR Frederiksborg Amt*. Roskilde: Institut for uddannelsesforskning, RUC.
- Batalden, P.B.; E.C. Nelson, J.J. Mohr, M.M. Godfrey, T.P. Huber, L. Kosnik et al. (2003): Microsystems in health care: Part 5. How leaders are leading. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(6): 297-308.
- Bendix, H.W.; A. Digmann, P. Jørgensen & K.M. Pedersen (2008): *Hospitalsledelse. Organisatorisk fænomen og faglig disciplin*. København: Børsens Forlag.
- Berliner, H.S. & E. Ginzberg (2002): Why this hospital nursing shortage is different. *JAMA*, 288(21): 2742-2744.
- Billeter-Koponen, S. & L. Fredén (2005): Long-term stress, burnout and patient-nurse relations: Qualitative interview study about nurses' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19: 20-27.
- Blomgren, M. (1999): Omvårdnad och ekonomi: sjuksköterskeprofessionen i mötet med de nya styrmodellerna. I: K. Lampou & B. Anderson (red.): *Studier i sjukvårdsorganisation. Om ekonomistyrning, ledarskap och förändring inom svensk sjukvård*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis. Studia Oeconomiae Negotiorum 46.

- Bradley, J.R. & S. Cartwright (2002): Social support, job stress, health, and job satisfaction among nurses in the United Kingdom. *International Journal of Stress Management*, 9(3): 163-182.
- Burke, R.J. & E.R. Greenglass (2001): Hospital restructuring and nursing staff well-being: The role of perceived hospital and union support. *Anxiety, Stress and Coping*, 14: 93-115.
- Canadian Nursing Advisory Committee (2002): *Final report of the Canadian Nursing Advisory Committee*. Canadian Nursing Advisory Committee.
- Dansk Sygeplejeråd: *Sygeplejersken*, diverse nr.
- Danske Regioner & Dansk Sygeplejeråd (2007): *Pejlemærker for sygeplejerskers efter- og videreuddannelse. Inspirationskatalog*. København: Danske Regioner.
- DEA (2008): *Kodeks for god mellemlidelse*. København: DEA.
- Dent, M. & S. Whitehead (2002): Introduction. Configuring the "new" professional. I: M. Dent & S. Whitehead (red.): *Managing professional identities. Knowledge, performativity and the "new" professional* (s. 1-16). London: Routledge.
- Digmann, A. (2004): *Ledelse med vilje. Offentlig ledelse i et nyt perspektiv*. København: Børsen Forlag.
- DSR Analyse (2007a): *Ubesatte sygeplejerskestillinger*. Dansk Sygeplejeråd.
- DSR Analyse (2007b): *Sygeplejerskernes mobilitet på arbejdsmarkedet*. Dansk Sygeplejeråd.

- DSR Analyse (2007c): *Sygeplejerskernes erhvervstilknytning og branchetilhørsforhold, 1996-2006*. Dansk Sygeplejeråd.
- DSR Analyse (2008a): *Mangel på sygeplejersker i den offentlige sektor*. Dansk Sygeplejeråd.
- DSR Analyse (2008b): *Store vandringer af sygeplejersker ind og ud af offentlige sygehuse*. Dansk Sygeplejeråd.
- Friis, K.; O. Ekholm, Y. Andersen Hundrup (2005): *Faktorer af betydning for sygeplejerskernes tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet*. Statens Institut for Folkesundhed.
- FTF (2007a): *Ubalancer på det offentlige arbejdsmarked frem mod 2015*. København.
- FTF (2007b): Hver femte FTF'er overvejer at forlade sit fag. *Resonans*, 6.
- Gergen, K.J. (1997): *Virkelighed og relationer*. København: Psykologisk Forlag.
- Groes, N. & A. Holm (1999): *Uddannelser og uligevægte på arbejdsmarkedet 1980-2017*. København: AKF Forlaget.
- Gubrium, J.F. & J.A. Holstein (1997): *The new language of qualitative method*. New York: Oxford University Press.
- Gubrium, J.F. & J.A. Holstein (2000): Analyzing interpretive practice. I: N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (red.): *Handbook of Qualitative Research*. 2. udgave. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Hansen, A.N. & L.M. Tolstrup (2008): *Økonomiske og professionelle motivationsfaktoreres betydning for professionelles valg af arbejdsplads* (Speciale). Århus: Aarhus Universitet.

- Hansen, M.B. (2008): 40.000 fra private job til offentlige. *AGENDA – arbejdsmarkedspolitisk analyse*, 2. Dansk Arbejdsgiverforening.
- Hjorth, G. (2008): Hur kan vi upprätthålla hög kvalitet inom sjukvården trots knappa resurser? *Chefer & Ledare i vården*, 40(3): 32-35.
- Holm, A. (1998): *Arbejdsmarkedet for pædagoger – historisk og fremskrevet*. København, AKF Forlaget.
- Holm, A.; T.P. Jensen & A. Andersen (2000): *Nogle årsager til jobskift blandt pædagoger*. København, AKF Forlaget.
- Holm-Petersen, C. (2007a): *Evaluering af "Vagtprojektet". Udfordringer relateret til yngre lægers vagtarbejde på hospitalerne i tidsrummet 20.00-08.00*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Holm-Petersen, C. (2007b): *Stolthed og fordom. Kultur- og identitetsarbejde ved skabelsen af en ny sengeafdeling gennem fusion* (Ph.d.-serie 31.2007). Frederiksberg: Copenhagen Business School.
- Holm-Petersen, C.; M. Asmussen & M. Willemann (2006): *Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger*. København: DSI, Institut for Sundhedsvæsen.
- Holstein, J.A. & J.F. Gubrium (2000): *The self we live by. Narrative identity in a postmodern world*. New York: Oxford University Press.
- Holstein, J.A. & J.F. Gubrium (2003): *Inner lives and social worlds: Readings in social psychology*. New York: Oxford University Press.

- Huber, T.P.; M.M. Godfrey, E.C. Nelson, J.J. Mohr, C. Campbell & P.B. Batalden (2003): Microsystems in Health Care: Part 8. Developing People and Improving Work Life: What Front-Line Staff Told Us. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(10): 512-522.
- Irvine, D.M. & M.G. Evans (1995): Job satisfaction and turnover among nurses: Integrating research findings across studies. *Nursing Research*, 44: 246-253.
- Jensen, T.P.; R. Brown, L. Hillersdal, L. Rasmussen & H. Kløft Schademann (2006): *Sygeplejerskeuddannelsen – de studerendes vurdering og frafald*. København: AKF Forlaget.
- Jensen, T.P.; A.K. Kamstrup & S. Haselmann (2008): Professionsbacheloruddannelser – Hvorfor falder de studerende fra? København: AKF.
- Jespersen, P.K. (2005): *Mellem profession og management*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Joint Commission (2003): *Health care at the crossroads. Strategies for addressing the evolving nursing crisis. Redigeret 2. februar 2003 af chefsygeplejerske Vibeke Krøll*. København: Dansk Sygeplejeråd.
- Järvinen, M.; N. Mik-Meyer & red. (2005): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kjellberg, J.; P.K. Kjellberg & M.S. Buch (2008): *Ledelse af cancerforløb. Notat til Danske Regioner*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- KOT (2008): *Den koordinerede tilmelding – Hovedtal 2008*. 5. udgave, Tilmeldingssekretariatet.

- Kristensen, T.S. (1997): Forskningens rolle i ændring af psykosocialt arbejdsmiljø. I: Nordisk samarbejdsgruppe for Helsetjenesteforskning (red.): *Helsepersonellens arbejdsmiljø og jobtilfredshet. Mot et bedre arbejdsmiljø i sykehusene*. Nordisk Helsepolitisk Forum. Oslo: HELTEF.
- Laschinger, H.K.S.; J. Finegan & J. Shamian (2001): The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Management Review*, 26(3): 7-23.
- Madsen, T.N. (2007): Flere dropper det faste job. *Ugebrevet A4*, 8. januar 2007.
- Manion, J. (2003): Joy at work! *Journal of Nursing Administration*, 33(2): 652-659.
- Manion, J. (2004): Nurture a culture of retention. *Nursing Management*, 35(4): 28-39.
- Muff, J. (1988): Of images and ideals: A look at socialization and sexism in nursing. I: A.H. Jones (red.): *Images of Nurses, Perspectives from History, Art, and Literature* (197-220). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Møller Pedersen, K. (2008): *Manglen på arbejdskraft i sundhedsvæsenet og hvordan man kan tiltrække og fastholde kvalificeret arbejdskraft*. Health Economics Papers 2008:2. Odense: Syddansk Universitet.
- Naughton, M. & M. Nolan (1998): Developing nursing's future role: a challenge for the millennium. *British Journal of Nursing*, 7(16): 983-986.
- Newman, K.; U. Maylor & B. Chansarkar (2002): The nurse satisfaction, service quality and nurse retention chain. Implica-

- tions for management of recruitment and retention. *Journal of Management in Medicine*, 16(4): 271-291.
- Nolan, M.; J. Brown, M. Naughton & J. Nolan (1998): Developing nursing's future role 2: nurses' job satisfaction and morale. *British Journal of Nursing*, 7(17): 1044-1048.
- Pedersen, D. (2008): Strukturereformens styringspolitik – en over-skridende dynamik. I: D. Pedersen; C. Greve & H. Højlund (red.): *Genopfindelsen af den offentlige sektor. Ledelsesudfordringer i reformernes tegn* (23-49). København: Børsens Forlag.
- Price, J.L. (2001): Reflections on the determinants of voluntary turnover. *International Journal of Manpower*, 22(7): 600-624.
- Rath, M.B. & M. Hornstrup (2008): *Ubesatte sygeplejerskestillinger 2008*. København: DSR Analyse.
- Rauhala, A.; M. Kivimäki, L. Fagerström & M. Elovainio (2007): What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3): 286-295.
- Roed, K.B.; M. Svensson & S. Kvist (2009): *Det gode arbejde – om lægers valg af offentlig eller privat ansættelse*, Masterprojekt. Aalborg: Aalborg Universitet.
- Schlackman, B. (1989): Projective tests and enabling techniques for use in market research. I: S. Robson & A. Foster (red.): *Qualitative Research in Action*. London: Edvard Arnold.
- Scott, J.G.; J. Sochalski & Aiken, L. (1999): Review of Magnet hospital research: Findings and implications for professional

- nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29(1): 9-19.
- Sellgren, S.F. (2007): *Nursing management at a Swedish university hospital. Leadership and staff turnover*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Steenberg, D. (2007): Stress – et fælles ansvar. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 9(2): 86-90.
- Sundhedsministeriet (2001): *Rekruttering, Fastholdelse og Faggrænser i sundhedssektoren – En analyse af arbejdsmarkedet for læger og sygeplejersker*.
- Sundhedsstyrelsen (2008): *Specialiseringer i sygeplejen – udvikling af en fælles begrebsramme*. Forslag udarbejdet af Sundhedsstyrelsens Råd for Sygeplejerskers Special- og Videreuddannelser.
- Søndergaard, B. (2009): Papirpleje. *Sygeplejersken*, 109(2): 12-17.
- Sørensen, E.E. (2006): *Sygeplejefaglig ledelse. En empirisk undersøgelse af samspil mellem ledelse og faglighed i ledende sygeplejerskers praksis i dansk sygehusvæsen*, Ph.d.-afhandling). Århus: Aarhus Universitet.
- Tewes, M. & T. Laurén (1996): Derfor rejser sygeplejerskerne. *Sygeplejersken*, 30: 16-20.
- Van Maanen, J. (1988): *Tales of the field – on writing ethnography*. Chicago: University of Chicago Press.
- Vareide, P.K.; C. Hofseth, R. Norvoll & K. Røhme (2001): *Stykkevis og helt – sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus*. Oslo: Sintef Helsetjenesteforskning.

Væksthus for Ledelse (2008): *Succesfulde ledere i sygehusvæsenet – en undersøgelse af kernekompetencer hos succesfulde ledere på afdelingsniveau*. København: Væksthus for Ledelse.

Wethje, A. & V. Borg (2003): *Sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred (SATH). Jobskifte, sygefravær og ophør fra arbejdsmarkedet*. København: Dansk Sygeplejeråd; Arbejdsmiljøinstituttet.

Wethje, A. & V. Borg (2005): *Sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred (SATH). Arbejdstid og arbejdsmiljø*. København: Dansk Sygeplejeråd; Arbejdsmiljøinstituttet.

English Summary

By Torben Pilegaard Jensen, Christina Holm-Petersen and Britt Østergaard Larsen

Tracking nurses in the labour market

– A quantitative and qualitative study of job opportunities for and retention of nurses

Background to and structure of the study

Today there is a shortage of skilled employees in many parts of the public-sector labour market. In the social and health sector there are many vacant positions, and the problem is expected to intensify. The shortage of nurses has been evident for some years. The purpose of this study has been to provide information about the extent and nature of nurses' mobility and mobility incentives in the labour market, focusing on how nurses move between jobs in the various areas of the public and private sectors and their motives for moving on.

The study is founded on an extensive register-based analysis of mobility among nurses. This is the point of departure for the qualitative analysis, which comprises interviews with nurses in the most mobile groups.

Findings

- Relatively few (2.7 per cent) nurses change from the public to the private sector compared with the public-sector labour market overall, where 4.5 per cent of all employees migrate to the private sector every year.
- Relatively many nurses return to public-sector employment, and net migration from the public to the private sector for the period 2000-2006 was only just over 2,500 nurses, although the figure was rising in the latter part of the period.

- Annual gross pay does not influence the decision to migrate, but it looks as if the hourly pay increases by an average of 24 per cent for selected groups of nurses. In this way, some nurses achieve the same annual gross pay, but with fewer working hours.
- Reducing mobility between the public and private sectors will not in itself resolve the expected future nursing shortfall in the public sector. In this context the keys are educating more nurses, providing continuing and further education, and planning and managing work to ensure focus on core nursing tasks.
- In a labour market offering many options, some nurses choose to seek new challenges, but working conditions, organisational complexity and management are important in terms of retaining staff.
- Nurses shifting from public-sector hospital employment to private-sector employment find that their work with patients at the public hospitals was very meaningful, but they were dissatisfied with the activities taking place around them in the organisation as such.
- It will be a challenge to ensure that professional development becomes a more integral part of the work in hospitals.

Bilagstabeller

Bilag 1: Bilagstabeller til kapitel 3

Bilagstabel 3.1 Antal beskæftigede sygeplejersker ansat i udvalgte brancher i den offentlige sektor for årene 1993, 1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005 samt 2006

	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2006
Offentligt ansatte								
Hospitaler	28.205	27.829	29.044	29.996	31.819	33.348	34.455	33.176
Alment praktiserende læger/ speciallæger og ambulatorier	27	31	34	27	28	29	15	16
Hjemmesygepleje og sundhedspleje	5.295	4.435	4.374	4.099	4.141	3.520	4.009	3.799
Plejehjem og beskyttede boliger	6.890	6.926	7.741	7.828	7.655	7.564	7.294	6.722
Anden sygeplejerelevante branche	2.505	2.202	2.392	2.821	2.673	2.584	2.541	2.397
Vikarbureauer								
Øvrige brancher	1.389	1.400	1.272	1.341	1.370	1.930	1.526	1.920
Total	44.811	42.823	44.857	46.112	47.686	48.975	49.840	48.030

**Bilagstabel 3.2 Antal beskæftigede sygeplejersker ansat i udvalgte brancher i den private sektor
for årene 1993, 1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005 samt 2006**

	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2006
Privat ansatte								
Hospitaler	252	268	238	250	305	257	344	443
Alment praktiserende læger/ speciallæger og ambulatorier	844	904	1019	1096	1223	1397	1646	1812
Hjemmesygepleje og sundhedspleje	0	13	10	11	10	19	14	20
Plejehjem og beskyttede boliger	734	532	541	337	256	249	459	464
Anden sygeplejerelevante branche (ekskl.3 følgende kat.)	104	116	113	99	100	122	220	216
Medicinalfabrik	71	59	63	61	78	105	112	124
Engroshandel – sygepleje	179	205	273	341	400	450	451	462
Engroshandel – hospital	54	66	68	116	133	171	205	216
Vikarbureauer	143	488	449	648	702	839	848	1.067
Øvrige brancher	1.737	1.757	1.771	1.928	2.247	2.164	2.200	2.486
Total	4.118	4.408	4.545	4.887	5.454	5.773	6.499	7.310

Bilag 2: Bilagstabeller til kapitel 5

Bilagstabel 5.1 Sygeplejerskers mobilitet fra offentlig til privat ansættelse fra 2002 til 2003, fra 2003 til 2004 samt fra 2004 til 2005

					Andet sygeplejerelevant arbejde											
		Vi- kar- bu- reau- er	Hos- pita- ler	Alment prakti- serende læger/ special- læger og am- bulato- rier	Hjem- mesy- gepleje og sund- heds- pleje	Døgn- insti- tutio- ner for voks- ne med handi- cap	Pleje- hjem og be- skyt- tede boliger	Skoler med sund- heds- og om- sorgs- uddan- nelser	Medi- cinal- vare- fabrik- ker	Engros- handel med medici- nalvarer og sy- geple- jeaar- tikler	Engros- handel med læ- ge- og hospi- talsar- tikler	For- sorgs- hjem mv.	Hjem me- hjælp	Andre sociale foran- stalt- ninger uden institu- tions- ophold	Øvr. bran- cher	Total
Andet syge- pleje- rele- vant arbej- de	Hospitaler	333	145	330	7	11	45	1	16	53	31	3	2	25	309	1311
	Plejehjem og beskyt- tede boli- ger	113	15	72	8	3	39	1	1	2	4	0	4	3	87	352
	Alment praktise- rende læ- ger/special læger og ambulato- rier	1	0	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	14	20
	Hjemme- sygepleje og sund- hedspleje	1	5	26	0	1	11	0	1	1	0	0	0	2	30	78

				Andet sygeplejerelevant arbejde											
Døgninstitutioner for voksne med handicap	11	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	10	26
Skoler med sundheds- og omsorgsuddannelser	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	23
Forsorgshjem mv.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4
Hjemmehjælp	27	1	8	2	0	10	0	0	0	0	1	0	0	5	54
Dagcentre for ældre mv.	2	0	4	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	8	18
Andre sociale foranstaltninger uden institutionsophold	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	4
Øvrige brancher	13	1	10	0	2	5	1	1	3	1	0	0	0	53	90
Total	507	167	461	18	19	112	3	19	60	38	4	6	30	536	1980

Bilagstabel 5.2 Sygeplejerskers mobilitet fra private til offentlig ansættelse fra 2002 til 2003, fra 2003 til 2004 samt fra 2004 til 2005

					Andet sygeplejerelevant arbejde							
		Hos- pita- ler	Pleje- hjem og beskyt- tede boliger	Hjemme- sygepleje og sund- hedspleje	Døgn- institutio- ner for voksne med han- dicap	Skoler med sund- heds- og omsorgs- uddannel- ser	Forsorgs- hjem mv.	Hjemme- hjælp	Dagcentre for ældre	Andre so- ciale for- anstaltning- er uden institutio- onsophold	Øvr. bran- cher	Total
Andet syge- pleje- rele- vant arbej- de	Vikarbureauer	229	81	5	2	3	3	18	1	0	19	361
	Hospitaler	91	15	12	1	2	0	0	1	0	2	124
	Alment prakti- serende læ- ger/special- læger og ambu- latorier	102	18	15	0	0	0	1	3	1	15	155
	Hjemmehjælp	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	Døgninstitutio- ner for voksne med handicap	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	5
	Plejehjem og beskyttede boli- ger	18	36	6	1	2	1	3	5	0	4	76
	Medicinalvare- fabrikker	3	1	0	0	0	0	1	1	0	0	6
	Engroshandel med medicinal- varer og syge- plejeartikler	18	5	1	0	1	1	0	0	0	4	30

				Andet sygeplejerelevant arbejde							
	Hospita- ler	Pleje- hjem og beskyt- tede boliger	Hjemme- sygepleje og sund- hedspleje	Døgn- institutio- ner for voksne med han- dicap	Skoler med sund- heds- og omsorgs- uddannel- ser	Forsorgs- hjem mv.	Hjemme- hjælp	Dagcentre for ældre	Andre so- ciale for- anstaltning- er uden institut- ionsophold	Øvr. bran- cher	Total
Engroshandel med læge- og hospitalsartikler	14	2	0	0	0	0	0	0	1	0	17
Skoler med sundheds- og omsorgsuddan- nelser	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Forsorgshjem mv.	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3
Hjemmesyge- pleje og sund- hedspleje	9	7	1	0	0	0	0	0	0	0	17
Dagcentre for ældre mv.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Andre sociale foranstaltninger uden instituti- onsophold	8	7	2	0	0	0	0	0	0	0	17
Øvrige brancher	199	79	28	4	10	3	11	2	2	70	408
Total	699	256	71	9	19	8	34	13	5	114	1228

Bilagstabel 5.3 Tilgang og afgang fra udvalgte brancher ved sygeplejersker skift fra offentlig til privat ansættelse fra 2002 til 2003, fra 2003 til 2004 samt fra 2004 til 2005

Den offentlige sektor	Tilgang	Afgang	Forskel
Hospitaler	699	1311	-612
Plejehjem og beskyttede boliger	256	352	-96
Alment praktiserende læger/speciallæger og ambulatorier	0	20	-20
Andet sygeplejerelevant arbejde	159	207	-48
Øvrige brancher	114	90	24
Total	1228	1980	752

Bilagstabel 5.4 Sygeplejerskers mobilitet fra offentlig til privat ansættelse fra 2002 til 2003, fra 2003 til 2004 samt fra 2004 til 2005 (procentandel)

	Vikarbu- reau	Hospita- ler	Alment praktise- rende læger/ special- læger	Pleje- hjem og beskyt- tede boliger	Andet sygepleje- relevant arbejde "Pleje/ omsorg/ undervis- ning"	Andet sy- gepleje- relevant arbejde "Medicinal- fabrik/ engros- handel"	Øvrige private brancher	Total
Offentlig ansættelse								
Hospitaler	25	11	25	3	4	8	24	100
Plejehjem og beskyttede boliger	32	4	20	11	5	2	25	100
Alment praktiserende læger/special- læger og ambulatorier	5	0	20	0	70	5	0	100
Andet sygeplejerelevant arbejde: "Pleje/omsorg/undervisning"	23	3	22	11	4	2	35	100
Øvrige	14	1	11	6	3	6	59	100
Total	26	8	23	6	5	6	26	100

Bilagstabel 5.5 Sygeplejerskers mobilitet fra privat til offentlig ansættelse fra 2002 til 2003, fra 2003 til 2004 samt fra 2004 til 2005 (procentandel)

	Hospitaler	Plejehjem og beskyttede boliger	Andet syge-plejerelevant arbejde	Øvrige	Total
Privat ansættelse					
Vikarbureauer	63	22	9	5	100
Hospitaler	73	12	13	2	100
Plejehjem og beskyttede boliger	24	47	24	5	100
Alment praktiserende læger/speciallæger og ambulatorier	66	12	13	10	100
Samlet pleje/omsorg/undervisning	49	37	14	0	100
Medicinalfabrik/engroshandel	66	15	11	8	100
Øvrige	49	19	15	17	100
Total	57	21	13	9	100

Bilag 3: Bilagstabeller til kapitel 6

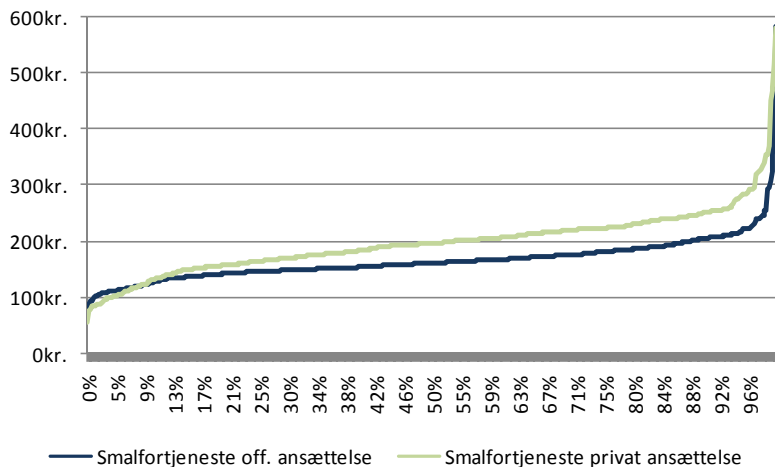
Bilagstabel 6.1 Fordeling til regressionsanalyse af dem, der skifter fra offentlig til privat (N=61.474)

	Andel, der tilhører kategorien (antal angivet i parentes)		Andel, der skifter i kategorien (antal angivet i parentes)	
Aldersgruppe 20-29-årige	20,4	(12.544)	4,2	(522)
Aldersgruppe 30-34-årige	13,6	(8.366)	11,9	(999)
Aldersgruppe 35-39-årige	15,6	(9.565)	12,1	(1.154)
Aldersgruppe 40-44-årige	15,7	(9.655)	12,4	(1.199)
Aldersgruppe 45-49-årige	13,5	(8.302)	10,6	(883)
Aldersgruppe 50-54-årige	10,3	(6.304)	8,2	(518)
Aldersgruppe 55-59-årige	7,4	(4.571)	6,2	(283)
Aldersgruppe 60-99-årige	3,5	(2.167)	6,0	(130)
Region Hovedstaden	30,1	(18.488)	11,9	(2.206)
Region Sjælland	14,1	(8.674)	10,7	(932)
Region Syddanmark	20,9	(12.832)	7,1	(906)
Region Midtjylland	23,9	(14.675)	8,1	(1.189)
Region Nordjylland	11,0	(6.785)	6,7	(455)
Kvinde	96,5	(59.299)	9,1	(5.390)
Mand	3,5	(2.175)	13,7	(298)
Gift-samlevende	77,9	(47.893)	8,8	(4.208)
Enlig	22,1	(13.581)	10,9	(1.480)
Børn	52,6	(32.355)	11,0	(3.552)
Ingen børn	47,4	(29.119)	7,3	(2.136)
Ansættelse ved hospital	68,8	(42.300)	9,0	(3.789)
Ansættelse ved plejehjem	15,2	(9.364)	10,6	(996)
Anden ansættelse	16,0	(9.810)	9,2	(903)
Løn under 150.000 kr.	11,0	(6.739)	9,1	(610)
Løn 150.000-199.999 kr.	12,3	(7.572)	6,6	(499)
Løn 200.000-249.999 kr.	27,5	(16.917)	6,6	(1.112)
Løn 250.000-299.999 kr.	32,8	(20.134)	7,5	(1.507)
Løn 300.000-349.999 kr.	11,3	(6.944)	16,1	(1.115)
Løn over 349.999 kr.	5,2	(3.168)	26,7	(845)

	Andel, der tilhører kategorien (antal angivet i parentes)		Andel, der skifter i kategorien (antal angivet i parentes)	
Ikke bijob	86,8	(53.336)	7,2	(3.844)
Bijob privat sektor	7,6	(4.662)	32,8	(1.527)
Bijob offentlig sektor	5,7	(3.476)	9,1	(317)
Ikke syg i året før	85,4	(52.495)	8,8	(4.619)
Sygedagpenge 1-60 dage	12,4	(7.624)	10,1	(773)
Sygedagpenge 61-360 dage	2,2	(1.355)	21,8	(296)

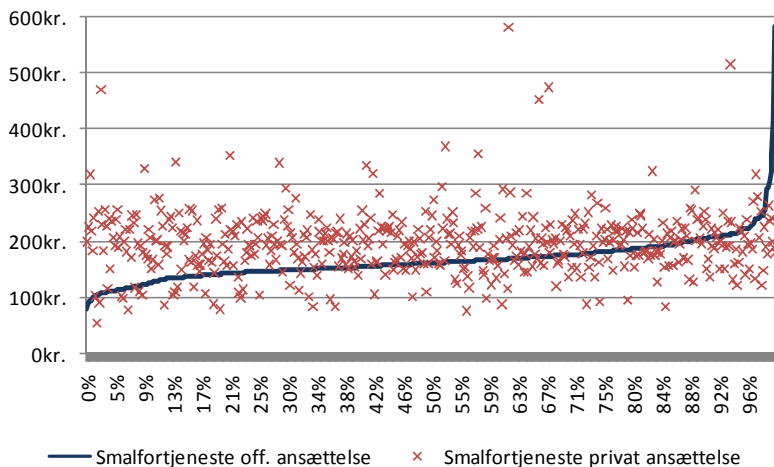
Bilagsfigur 6.1

Smalfortjeneste inkl. pension for offentligt ansatte i 2002-2005 og efterfølgende smalfortjeneste inkl. pension ved privat ansættelse i året efter, dvs. i 2003-2006 – begge fordelt efter smalfortjenesten (N=505).



Bilagsfigur 6.2

Smalfortjeneste inkl. pension for offentligt ansatte i 2002-2005 og de samme personers efterfølgende smalfortjeneste inkl. pension ved privat ansættelse året efter, fordelt efter smalfortjenesten i det offentlige (N=505)



Bilagstabel 6.2 Fordeling til regressionsanalyse af dem, der skifter fra privat til offentlig (N=13.592)

	Andel, der tilhører kategorien (antal angivet i parentes)		Andel, der skifter i kategorien (antal angivet i parentes)	
Aldersgruppe 20-29-årige	6,7	(906)	39,1	(354)
Aldersgruppe 30-34-årige	13,0	(1.768)	29,0	(512)
Aldersgruppe 35-39-årige	17,0	(2.316)	25,0	(579)
Aldersgruppe 40-44-årige	19,6	(2.660)	26,8	(713)
Aldersgruppe 45-49-årige	17,0	(2.311)	27,7	(639)
Aldersgruppe 50-54-årige	12,0	(1.626)	24,7	(402)
Aldersgruppe 55-59-årige	8,2	(1.113)	21,5	(239)
Aldersgruppe 60-99-årige	6,6	(892)	7,2	(64)
Region Hovedstaden	35,3	(4.802)	29,4	(1.414)
Region Sjælland	14,2	(1.933)	31,1	(602)
Region Syddanmark	15,3	(2.073)	24,5	(507)
Region Midtjylland	27,6	(3.749)	19,6	(734)
Region Nordjylland	7,2	(982)	24,9	(245)
Kvinde	94,7	(12.865)	25,7	(3.305)
Mand	5,3	(727)	27,1	(197)
Gift-samlevende	76,2	(10.361)	23,8	(2.465)
Enlig	23,8	(3.231)	32,1	(1.037)
Børn	55,0	(7.475)	25,9	(1.935)
Ingen børn	45,0	(6.117)	25,6	(1.567)
Ansættelse ved hospital	13,4	(1.825)	11,6	(212)
Læge	17,6	(2.386)	16,0	(382)
Vikar	19,8	(2.691)	47,8	(1.286)
Anden relevant	16,5	(2.236)	21,1	(471)
Øvrige brancher	32,8	(4.454)	25,8	(1.151)
Løn under 150.000 kr.	19,6	(2.662)	23,4	(624)
Løn 150.000-199.999 kr.	9,9	(1.349)	26,2	(353)
Løn 200.000-249.999 kr.	14,4	(1.960)	27,8	(544)
Løn 250.000-299.999 kr.	18,8	(2.550)	25,0	(638)
Løn 300.000-349.999 kr.	15,5	(2.113)	25,7	(542)
Løn over 349.999 kr.	21,8	(2.958)	27,1	(801)

	Andel, der tilhører kategorien (antal angivet i parentes)	Andel, der skifter i kategorien (antal angivet i parentes)
Ikke bijob	78,3 (10.644)	20,9 (2.221)
Bijob privat sektor	9,8 (1.335)	33,5 (447)
Bijob offentlig sektor	11,9 (1.613)	51,7 (834)
Ikke syg i året før	84,7 (11.516)	24,2 (2.789)
Sygedagpenge 1-60 dage	11,4 (1.545)	36,8 (568)
Sygedagpenge 61-360 dage	3,9 (531)	27,3 (145)

Bilag 4: Bilagstabeller til kapitel 7

Bilagstabel 7.1 Fordeling til regressionsanalyse af dem, der går på efterløn (N=9.195)

	Andel, der tilhører kategorien (antal angivet i parentes)		Andel, der skifter i kategorien (antal angivet i parentes)	
Region Hovedstaden	29,3	(2.697)	55,3	(1.491)
Region Sjælland	16,9	(1.557)	61,1	(951)
Region Syddanmark	20,6	(1.896)	62,9	(1.192)
Region Midtjylland	22,7	(2.086)	62,4	(1.301)
Region Nordjylland	10,4	(959)	62,0	(595)
Gift/samlevende	70,9	(6.523)	63,2	(4.121)
Enlig	29,1	(2.672)	52,7	(1.409)
Kvinde	98,2	(9.030)	60,5	(5.466)
Mand	1,8	(165)	38,8	(64)
Løn under 150.000 kr.	6,8	(621)	42,2	(262)
Løn 150.000-199.999 kr.	8,7	(803)	74,0	(594)
Løn 200.000-249.999 kr.	18,5	(1.700)	79,4	(1.349)
Løn 250.000-299.999 kr.	29,0	(2.670)	70,2	(1.874)
Løn 300.000-349.999 kr.	22,7	(2.087)	49,8	(1.040)
Løn over 349.999 kr.	14,3	(1.314)	31,3	(411)
Offentlig sektor	87,5	(8.043)	62,2	(5.006)
Privat sektor	12,5	(1.152)	45,5	(524)
Ansættelse ved hospital	41,5	(3.814)	59,8	(2.282)
Plejehjem	28,1	(2.582)	67,6	(1.746)
Hjemmesygepleje/sundhedspleje	9,9	(911)	60,4	(550)
Lægekonsultation	3,6	(330)	48,5	(160)
Døgninstitution	3,0	(280)	71,8	(201)
Anden sygeplejerelevant branche	5,6	(515)	52,4	(270)
Øvrige brancher	8,3	(763)	42,1	(321)
Ikke arbejdsløs i året før	97,6	(8.975)	59,9	(5.375)
Arbejdsløs i året før	2,4	(220)	70,5	(155)
Ikke syg i året før	87,8	(8.070)	60,8	(4.906)
Sygedagpenge 1-60 dage	8,2	(750)	57,3	(430)
Sygedagpenge 61-360 dage	4,1	(375)	51,7	(194)

Bilagstabel 7.2 Logistisk regressionsmodel for overgangen til efterløn i perioden 1998-2006 for de 60-årige

	Odds Ratio	[95% conf. Interval]		P> z
Sociodemografiske forhold				
Region Hovedstaden	-	-	-	-
Region Sjælland	1.178398	.9979366	1.391493	0.053
Region Syddanmark	1.152447	.9843397	1.349265	0.078
Region Midtjylland	1.036331	.8870372	1.210753	0.653
Region Nordjylland	1.036408	.8524741	1.260028	0.720
Gift/samlevende	-	-	-	-
Enlig	.547965	.4754516	.6315377	0.000
Kvinde	-	-	-	-
Mand	.5773915	.3498989	.9527921	0.032
Arbejdsrelaterede forhold (løn, kr.)				
Under 150.000	.4900277	.39784	.6035772	0.000
50.000-199.999	1.255859	1.023519	1.540941	0.029
200.000-249.999	-	-	-	-
250.000-299.999	.7156669	.6197816	.8263865	0.000
300.000-349.999	.4349331	.3646918	.5187031	0.000
Over 349.999	.2373208	.1823931	.3087899	0.000
Ansæt i den offentlige sektor	-	-	-	-
Ansæt i den private sektor	.6936738	.5349761	.8994483	0.006
Ansættelse ved hospital	-	-	-	-
Plejehjem	1.359517	1.193421	1.54873	0.000
Hjemmesygepleje/sundhedspleje	.8399575	.6869428	1.027056	0.089
Lægekonsultation	.8100065	.5290926	1.240068	0.332
Døgninstitution	1.681094	1.214604	2.326748	0.002
Anden sygeplejerelevant branche	1.263773	.9699776	1.646555	0.083
Øvrige brancher	.9730765	.7434954	1.273549	0.842
Ikke arbejdsløs i året før	-	-	-	-
Arbejdsløs i året før	5.505783	4.356254	6.95865	0.000
Ikke modtaget sygedagpenge året før	-	-	-	-
Sygedagpenge 1-60 dage	1.157021	.949892	1.409315	0.147
Sygedagpenge 61-360 dage	1.469401	1.137306	1.898467	0.003
Antal observationer	8.510			
Goodness-of-fit (-2Log L)	-4134.6734			
Pseudo R2	0.0794			

Bilag 5: Interviewguide

– Interview med sygeplejersker i offentlig ansættelse (og med privat bijob)

- Præsentation af interviewer, samt kort præsentation af projektet
- Introduktion til interviewform (anonymitet, optages på bånd)
- Præsentation af interviewdeltager (alder, civilstand, børn)

Fortæl mig om din vej som sygeplejerske efter du blev færdiguddannet ...

(Stikord anvendes til at spørge ind)

- Ansættelser?
- Afdelinger?
- Efter/videreuddannelse?
- Orlov?
- Vikar sideløbende med ansættelser i det offentlige?
- Privathospital sideløbende med ansættelser i det offentlige?
- Hvornår og hvordan begyndte du at bijobbe?
- Betydningen af netværk blandt sygeplejersker?

Arbejdsdag, opgaver og arbejdsmiljø

- Fortæl om din arbejdsdag her i forhold til der.
- Hvordan er dine arbejdsopgaver her i forhold til der?
- Hvad med dine arbejdstider her i forhold til der?
- Hvordan er arbejdstempoet her i forhold til der?
- Hvordan er stressniveauet her i forhold til der?
- Hvordan oplever du det ansvar du har her i forhold til der?

- Hvordan oplever du arbejdsmiljøet her i forhold til der? (det fysiske og det psykiske).
- Hvordan er fordelingen af erfarne og uerfarne medarbejdere her i forhold til der?
- Oplever du over tid forskydninger i arbejdets indhold? (på hvilke måder? Fx mere administration, dokumentation?)
- Oplever du ændringer i arbejdets tempo? (på hvilke måder? Fx accelererede patientforløb, pres på senge)
- Hvordan er det at arbejde to steder på en gang?

Arbejdsvilkår

- Hvordan er din løn her i forhold til der?
- Hvor mange timer er du ugentligt ansat her i forhold til der?
- Hvordan har du det med skiftende vagter? (længde? problem for familielivet?)

Kompetencer

- Hvordan føler du dig klædt på til arbejdet med de typer patienter, der er her i forhold til der?
- Er kompetencefordelingen mellem faggrupperne hensigtsmæssig for at få afdelingen til at fungere optimalt?
- Hvilke muligheder har du for efteruddannelse?
- Hvilke muligheder har du for at deltage i kurser og temamøder?
- Muligheden for kurser/uddannelse i din private ansættelse?

Faglig identitet og mening

- Hvornår føler du dig som ”en god sygeplejerske?”?
- På en skala fra 1-10 hvor meningsfuldt er dit arbejde så her?

- Hvor meningsfuldt er dit arbejde på en skala fra 1-10 i din private ansættelse?
- Hvordan er samarbejdet med lægerne?
- Taler samarbejdet for at blive eller for at prøve noget andet?
- Hvordan er samarbejdet mellem sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne?
- Hvordan har du det med at være en del af plejegruppen? (kollektiv kultur? brokkultur?)

Omsorg

- Hvordan har du det med tæt kontakt med patienterne her og der?
- Nogle mener, at det ofte er omsorgen man brænder nallerne på, og brænder ud på grund af. Hvad mener du?

Ledelse

- Fortæl om hvordan du tænker på din ledelse her i forhold til der?
- Hvad fungerer godt/dårligt?
- Oplever du at få feedback/blive støttet i dit arbejde her i forhold til der?
- Oplever du at have indflydelse på arbejdet her i forhold til der?
- Kan du komme med feedback og gode ideer til din ledelse her i forhold til der?
- Oplever du at blive belønnet for en god indsats her i forhold til der?

Afsluttende spørgsmål

- Hvor ser på dig selv henne på sigt?
- Hvad er forudsætningerne for, at du har lyst til at arbejde på en offentlig sygehusafdeling?

Bilag 6: Interviewguide

– Interview med sygeplejersker i det private

- Præsentation af interviewer, samt kort præsentation af projektet.
- Introduktion til interviewform (anonymitet, optages på bånd)
- Præsentation af interviewdeltager (alder, civilstand, børn)

Fortæl mig om din vej som sygeplejerske efter du blev færdiguddannet ...

(Stikord anvendes til at spørge ind)

- Ansættelser?
- Afdelinger?
- Efter/videreuddannelse?
- Orlov?
- Vikar sideløbende med ansættelser i det offentlige?
- Betydningen af netværk blandt sygeplejersker?

Arbejdsdag, opgaver og arbejdsmiljø

- Fortæl om din arbejdsdag i dag i forhold til da du arbejdede på et offentligt hospital.
- Hvordan er dine arbejdsopgaver nu i forhold til før?
- Hvad med dine arbejdstider nu i forhold til før?
- Hvordan er arbejdstempoet nu i forhold til før?
- Hvordan er stressniveauet nu i forhold til før?
- Hvordan oplever du det ansvar du har nu i forhold til før?
- Hvordan oplevede du arbejdsmiljøet på den afdeling du senest var ansat på? (det fysiske og det psykiske).
- Hvordan var fordelingen af erfarne og uerfarne medarbejdere?

- Oplevede du i den tid du var ansat på offentlige sygehuse forskydninger i arbejdets indhold? (på hvilke måder? Fx mere administration, dokumentation?)
- Oplevede du i den tid du var ansat på offentlige sygehuse ændringer i arbejdets tempo? (på hvilke måder? Fx accelererede patientforløb, pres på senge)

Arbejdsvilkår

- Hvordan er din løn nu i forhold til før?
- Hvor mange timer er du ugentligt ansat nu i forhold til før?
- Hvordan havde du det med skiftende vagter? (længode? problem for familielivet?)

Kompetencer

- Hvordan følte du dig klædt på til arbejdet med de typer patienter, der var på din (offentlige) sygehusafdeling?
- Var kompetencefordelingen mellem faggrupperne hensigtsmæssig for at få afdelingen til at fungere optimalt?
- Hvilke muligheder havde du for efteruddannelse?
- Hvilke muligheder havde du for at deltage i kurser og temamøder?

Faglig identitet og mening

- Hvornår følte du dig dengang som ”en god sygeplejerske?”?
- På en skala fra 1-10 hvor meningsfuldt var dit arbejde så dengang?
- Hvor meningsfuldt er dit arbejde på en skala fra 1-10 i dag?
- Hvordan var samarbejdet med lægerne?
- Talte samarbejdet for at blive eller for at prøve noget andet?

- Hvordan var samarbejdet mellem sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne?
- Hvordan havde du det med at være en del af plejegruppen? (kollektiv kultur? brokkultur?)

Omsorg

- Hvordan havde du det med tæt kontakt med patienterne dengang?
- Nogle mener, at det ofte er omsorgen man brænder nallerne på, og brænder ud på grund af. Hvad mener du?

Ledelse

- Fortæl om hvordan du tænker på din ledelse i dag i forhold til da du arbejdede på et offentligt hospital.
- Hvad fungerede godt/dårligt?
- Oplevede du at få feedback/blive støttet i dit arbejde?
- Oplevede du at have indflydelse på arbejdet?
- Kunne du komme med feedback og gode ideer til din ledelse?
- Oplevede du at blive belønnet for en god indsats?

Afsluttende spørgsmål

- Hvad skulle der til for, at du ville have lyst til at arbejde på en offentlig sygehusafdeling igen?



Inden for den offentlige sektor er der på mange områder mangel på uddannet arbejdskraft. Det gælder i høj grad for sygeplejerskerne. At sikre et tilstrækkeligt udbud af sygeplejefagligt personale med god kvalitet er således en stor udfordring, men også spørgsmålet om, hvilke indsatser der kan medvirke til at fastholde sygeplejerskerne i de job og arbejdsfunktioner, som deres uddannelse retter sig mod, er mindst lige så vigtigt. Af samme grund har AKF, i samarbejde med Dansk Sundhedsinstitut, gennemført denne undersøgelse af sygeplejerskernes arbejdsmarked.



Nyropsgade 37
DK-1602 København V

tel: +45 4333 3400

fax: +45 4333 3401

akf@akf.dk
www.akf.dk