NASJONALT SENTER FOR DISTRIKTS MEDISIN

SYKEPLEIERE UTDANNET I NORD-NORGE

Hvor blir de av?

Nasjonalt senter for distriktsmedisin /
Boaittobealmedisiinna našunála guovddáš
UiT Norges arktiske universitet

Margrete Gaski, Birgit Abelsen og Ivar Lie

2016

FORORD

Denne rapporten dokumenterer resultatene fra en studie av hvor det har blitt av sykepleierne som er uteksaminert ved utdanningsinstitusjoner i Nord-Norge i en 15-års periode fra juni 2000 til juni 2014.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har gjennomført studien på oppdrag fra Helse Nord RHF, etter en bestilling fra Samarbeidsutvalget for helseutdanninger i Nord-Norge. Studien er gjennomført av seniorforsker Margrete Gaski og forskningsleder Birgit Abelsen ved NSDM, samt seniorrådgiver Ivar Lie fra Senter for karriere og arbeidsliv ved UiT Norges arktiske universitet.

Vi vil takke Helse Nord RHF for et spennende oppdrag. Videre vil vi takke Samarbeidsutvalget for helseutdanninger i Nord-Norge for gode og nyttige innspill underveis i arbeidet, og Brite Jacobsen og Magne Nicolaisen for gjennomlesing og kommentarer til rapportutkastet.

De feil og mangler som rapporten måtte inneholde, kan ingen andre enn forfatterne lastes for.

Setermoen, 15.12.2016
Margrete Gaski
Seniorforsker/prosjektleder

INNHOLD

Sammendrag 1

1 Innledning 7

1.1 Sykepleierutdanninger i Nord-Norge 7

1.2 Sykepleierarbeidsmarkedet 9

1.3 Betydningen av utdanningssted og oppvekstbakgrunn 10

1.4 Tema og problemstillinger 12

1.5 Rapportens oppbygning 12

2 Metode og datagrunnlag 13

2.1 Registerstudien 13

2.2 Litteraturstudien 17

3 Sykepleiere uteksaminert i perioden 2000-2014 18

3.1 Kjønns- og alderssammensetning og familietyper 18

3.2 Oppvekststed 21

3.3 Studiested og skolekommune 21

4 Studieformer og videreutdanning 23

4.1 Studieformer 23

4.2 Videreutdanning 26

5 Heltids- og deltidsarbeid 29

5.1 I hvilken grad jobber sykepleierne heltid og deltid? 29

5.2 Jobber sykepleiere frivillig eller ufrivillig deltid? 38

6 Yrkesskifter, yrkespassivitet og eldre arbeidstakere 41

6.1 Yrkesskifter og yrkespassivitet 41

6.2 Eldre arbeidstakere 46

7 Hvor arbeider sykepleierne? 49

7.1 I hvilken sektor arbeider sykepleierne? 49

7.2 Hvor arbeider sykepleierne (geografisk arbeidssted)? 52

8 Avslutning 73

8.1 Oppsummering av resultater 73

8.2 Muligheter og begrensninger i datamaterialet 74
8.3 Arbeidskraftreserve i Nordland? 74
8.4 Utdanningskapasiteten i Nord-Norge 75
Litteratur 78
Tabellvedlegg 84

SAMMENDRAG

Sykepleiere utdannet i Nord-Norge – Hvor blir de av?

For å dekke etterspørselen etter kompetent sykepleierarbeidskraft i Nord-Norge, må utdanningskapasiteten være stor nok. Mengden ferdig utdannede sykepleiere er den enkeltfaktoren som i stor grad påvirker tilbudet av sykepleierarbeidskraft. For å møte behovene for sykepleierarbeidskraft i både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og på ulike steder i Nord-Norge, er det imidlertid ikke likegyldig hvor utdanningene er lokalisert og hvor stor utdanningskapasiteten på de ulike utdanningsstedene er.

Problemstillinger

Denne rapporten dokumenterer hvor det har blitt av sykepleierne som er uteksaminert ved utdanningsinstitusjoner i Nord-Norge i en 15-års periode. Studien beskriver:

- kjennetegn ved sykepleiere uteksaminert i perioden juni 2000-juni 2014 (antall, kjønn og alder, oppvekststed, studiested)
- utdanningsløp og studieform inkludert videreutdanning
- heltids- og deltidsarbeid og i hvilken grad sykepleiere jobber ufrivillig deltid
- hvorfor sykepleiere ikke er i jobb
- sektortilhørighet for sykepleierne samt geografiske arbeidssteder ett år, tre år, fem år og 10 år etter utdanning
- sammenhenger mellom oppvekststed, studiested og arbeidssted

Datamateriale og metoder

Rapporten bygger i hovedsak på to typer data. Det er gjort en studie av registerdata basert på innkjøpte mikrodata fra tre ulike registre (arbeidsmarked, befolkning og utdanning) hos Statistisk sentralbyrå (SSB). Datagrunnlaget omfatter alle kandidatene som har avsluttet en treårig sykepleierutdanning (grunnutdanning) ved en av de seks sykepleierutdanningene i Nord-Norge i perioden juni 2000 - juni 2014. Datamaterialet er analysert ved hjelp av statistisk programvare. Registerstudien suppleres av en litteraturstudie som særlig belyser problemstillingene om frivillig eller ufrivillig deltidsarbeid, og om hvorfor noen sykepleiere ikke er i jobb. I analysen benyttes resultater fra begge studiene i en integrert analyse.

Kjennetegn ved sykepleierne utdannet i Nord-Norge

Til sammen 5 730 personer avsluttet en sykepleierutdanning i Nord-Norge i perioden juni

2000 - juni 2014. Antallet sykepleiere utdannet hvert år i Nord-Norge varierte i perioden mellom 291 og 454. Sykepleierne bestod av 88 prosent kvinner og 12 prosent menn. Det var flest nyutdannede sykepleiere i aldersgruppen opp til og med 25 år (39 prosent). En fjerdedel var 36 år eller eldre da de ble sykepleiere. Det var forholdsvis store grupper nyutdannede sykepleiere i de eldste aldersgruppene. Åtte prosent var mellom 41 og 45 år, og sju prosent var 46 år eller eldre da de var ferdige med utdanningen. Andelen nyutdannede sykepleiere i en familietype uten barn var mellom 16 og 30 prosent, bortsett fra kull 2014 hvor hele 58 prosent var i en familietype uten barn.

I analysen av utdanningsløp og studieform er datamaterialet supplert med data fra Databasen for høyere utdanning (DBH). Det er et visst tolkningsrom i disse dataene, men DBH-data peker i retning av at 78 prosent av sykepleierne ble utdannet på ordinære campusutdanninger. De øvrige bestod av 132 som hadde deltatt på desentralisert utdanning i Finnmark, 280 på desentralisert utdanning i Troms, 345 var utdannet på deltidsstudium i Troms, og 555 kom fra desentralisert eller nett- og praksisbasert utdanning i Nordland. 0 til 34 prosent av hvert årskull er utdannet utenom ordinær campusutdanning i perioden 2000-2013, mens andelen i 2014 var på hele 44 prosent.

Fire av ti med en eller annen form for videreutdanning

Halvparten av videreutdanningen som sykepleierne har tatt, gjelder sykepleiefag, 44 prosent er annen videreutdanning for helse- og sosialsektoren, og knapt fire prosent er i kategorien økonomiske og administrative fag. 40 prosent av sykepleierne (46 prosent av de mannlige og 39 prosent av de kvinnelige) er registrert med ett eller flere semester med fag som kan klassifiseres som videreutdanning. Det er tydelige forskjeller på sektorene når det gjelder omfanget av videreutdanning. 48 prosent av de som arbeidet i spesialisthelsetjenesten (per 2014), 34 prosent av de som arbeidet i primærhelsetjenesten og 42 prosent av de som arbeidet i kategorien Annet har videreutdanning. Den største andelen sykepleiere i primærhelsetjenesten med videreutdanning arbeidet i de mest sentrale kommunene (40 prosent). Forskjellene var relativt små mellom de øvrige tre sentralitetsnivåene (33 til 34 prosent). Lavest andel med videreutdanning var blant sykepleierne som arbeidet på Sør-Helgeland (25 prosent) og i Nord-Troms (33 prosent).

Mulig arbeidskraftreserve?

Per oktober 2014 arbeidet to av tre sykepleiere i vårt materiale 30 timers uke eller mer. Disse kategoriserer vi som heltidsarbeidende. I underkant av hver tiende sykepleier arbeidet mindre enn 20 timer per uke. 78 prosent av de mannlige sykepleierne arbeidet heltid, mot kun 64 prosent av kvinnene. Nye kull har i mindre grad enn de første kullene

arbeidet heltid. Denne trenden gjelder både etter ett, fem og ti år. Andelen i heltidsarbeid var lavest fem år etter uteksaminering. Ti år etter endt utdanning har sykepleierne økt sitt heltidsarbeid til å ligge på omtrent samme nivå som de hadde ett år etter endt utdanning. Vi fant liten forskjell i arbeidstid mellom sykepleiere som har barn, og de uten barn. Andelen som arbeidet heltid per oktober 2014, var identisk i de to gruppene. Andelen som arbeidet under 20 timer per uke var større blant sykepleiere uten barn enn blant de med barn.

Andelen som arbeidet heltid var generelt noe høyere blant sykepleierne som arbeidet i primærhelsetjenesten, sammenliknet med de som arbeidet i spesialisthelsetjenesten. Andelen i heltidsarbeid blant sykepleiere som arbeidet i Finnmark og Troms var betydelig høyere sammenliknet med de som arbeidet i Nordland og Sør-Norge. Dette gjaldt særlig blant sykepleierne som arbeidet i spesialisthelsetjenesten. Det er grunn til å anta at det ligger en arbeidskraftreserve i sykepleierne som arbeider i Nordland og Sør-Norge.

Omtrent like mange i primær- og spesialisthelsetjenesten

Per 2014 arbeidet 40 prosent av sykepleierne i vår studie i spesialisthelsetjenesten, 42 prosent i primærhelsetjenesten og ni prosent i kategorien Annet. Andelen som arbeidet i spesialisthelsetjenesten var på topp ett år etter fullført utdanning, og falt med til sammen sju prosentpoeng til 39 prosent 10 år etter at utdanningen var avsluttet. Trenden er den samme i primærhelsetjenesten, men andelen falt mindre (fra 45 til 41 prosent). Andelen som arbeidet i kategorien Annet og andelen utenfor arbeid steg fra ett til 10 år etter avsluttet utdanning.

Midlertidig yrkespassivitet

Til sammen sju prosent av sykepleierne som var i arbeid per 2014, arbeidet utenfor helsetjenesten (sju prosent av de kvinnelige og 12 prosent av de mannlige). Blant de som arbeidet utenfor helsetjenesten, arbeidet 36 prosent i offentlig forvaltning, 24 prosent arbeidet innen undervisning og 10 prosent arbeidet innen varehandel. Totalt var ni prosent av sykepleierne ikke i arbeid per 2014 (ni prosent av kvinnene og sju prosent av mennene). Andelen yrkespassive som ikke hadde barn, varierte mellom 20 og 37 prosent hvert av årene 2000-2014. Våre funn bekrefter tidligere studier som har konkludert med at det også blant godt voksne sykepleiere er vanlig å midlertidig gå ut av arbeidslivet for en kortere eller lengre periode.

Eldre arbeidstakere utgjør en stor arbeidskraftreserve og nasjonale tall har vist at dette er en gruppe som øker i omfang. Sykepleierne i vår studie utgjør imidlertid en forholdsvis ung populasjon. De eldre arbeidstakerne som er omfattet av studien, har tatt utdanning relativt sent i livet, og skiller seg dermed fra gjennomsnittlige eldre sykepleiere. 86

prosent av arbeidstakerne i studien som var i aldersgruppen 55 til 67 år, var i arbeid per 2014. En større andel av de eldre sykepleierne som var i arbeid, arbeidet i primærhelsetjenesten (59 prosent).

Den store majoriteten arbeider i Nord-Norge etter endt utdanning

Andelen sykepleiere som arbeidet i Nord-Norge ett år etter endt utdanning, var 88 prosent. Andelen gikk litt ned over tid, slik at etter tre og fem år var den 85 prosent, og etter 10 år var den 82 prosent. Totalt var det 13 prosent av kandidatene som ble «importert» til sykepleierutdanning i Nord-Norge, enten fra Sør-Norge eller fra utlandet. Blant sykepleierne utdannet i Nord-Norge som var i arbeid per 2014, var det 15 prosent som hadde tatt seg arbeid i Sør-Norge. Dette innebærer at nettoflyttetapet til Sør-Norge per kull utdannet i Nord-Norge utgjør to-tre prosent av et årskull. Sykepleiere utdannet i Sør-Norge er ikke med i vårt materiale, og vi vet ikke om det i denne gruppen er større flytting fra eller til landsdelen.

På basis av en analyse av rekrutteringsregioner til de ulike sykepleierutdanningene, og de etablerte regionrådsområdene, er det definert 14 regioner: Øst-Finnmark, Midt-Finnmark, Vest-Finnmark, Nord-Troms, Tromsøregionen, Midt-Troms, Sør-Troms/Nordre Nordland, Ofoten, Vesterålen, Lofoten, Salten, Indre Helgeland, Helgeland og Sør-Helgeland. Videre analyser på regionnivå av hvilke utdanningssteder som har høyest tilbakevendingsandel til regionene, understreker betydningen av regionale utdanningstilbud. For eksempel arbeidet henholdsvis 68 og 67 prosent av sykepleierne fra Øst-Finnmark og Indre Finnmark som hadde studert i Hammerfest (eller desentralisert i Finnmark), i regionen som de vokste opp i. Til sammenlikning var det henholdsvis 26 og 19 prosent av de fra Øst-Finnmark og Indre Finnmark som hadde studert i Tromsø, som per 2014 arbeidet i regionen som de vokste opp i.

Ulike utdanningstilbud med ulik geografisk funksjon

Basert på analysene som tar utgangspunkt i hvert enkelt utdanningssted, har vi beskrevet fire typer utdanningstilbud med tanke på å fram utdanningstilbudenes ulike geografiske funksjoner. For det første er det de to største utdanningene i Tromsø og Bodø, som har utdannet over halvparten av sykepleiekandidatene. Disse to utdanningen har breiere geografisk rekruttering enn de øvrige utdanningsstedene. Rekrutteringen fra egen region er litt over en tredjedel. For Tromsøs del skjer det imidlertid en kraftig sentralisering av kandidatene. Dette er knyttet til Tromsø som det største sykepleierarbeidsmarkedet i Nord-Norge. Sentraliseringseffekten for utdanningen i Bodø er også tydelig, men kandidatene der velger i større grad å arbeide i andre regioner enn Bodø. Den andre typen utdanningstilbud er de regionale tilbudene i Hammerfest, Harstad og Narvik. Disse har til sammen stått for utdanningen av en tredjedel av sykepleierne i studien. De to siste

er preget av lokal rekruttering i og med at halvparten av kandidatene er rekruttert fra egen region, og selv om Hammerfest har breiere rekruttering i Finnmark, er over 40 prosent rekruttert fra Vest-Finnmark. For disse utdanningsstedene skjer det i mindre grad regional omfordeling av kandidatene, og i større grad forsyner disse det lokale arbeidsmarkedet med sykepleiere. Den tredje typen utdanningstilbud er de desentraliserte og på andre måter fleksible utdanningene med stor spredning på utdanningssteder og lokale tilbud. Her er flere modeller brukt i perioden, fra desentraliserte enkeltkull rundt om i Finnmark, til kontinuerlige tilbud i Troms og Nordland. I sum er det uteksaminert vel 800 kandidater fra slike studier. Disse studiene har svært lokal rekruttering og stor effekt for det lokale arbeidsmarkedet. Den fjerde typen utdanningstilbud er studier på deltid basert på samlinger på studiestedet. Dette er tilbudt sammenhengende ved Høgskolen i Harstad, og for enkeltkull i Bodø og Tromsø. Knapt 500 kandidater er uteksaminert fra slike deltidsstudier, med flertallet i Harstad. De regionale effektene av disse utdanningstilbudene er ikke mulig å følge i dette datamaterialet, da de ikke er skilt fra andre kandidater uteksaminert fra samme studiested. Denne studien bekreftet den regionale effekten av desentralisert utdanning, i form av høy grad av lokal rekruttering til lokalt arbeidsmarked. Rapporten argumenterer derfor for at dersom en skal vurdere regionale endringer i utdanningskapasiteten i nord, er det disse tilbudene som bør styrkes.

1 INNLEDNING

Denne rapporten dokumenterer hvor det har blitt av sykepleierne som er uteksaminert ved utdanningsinstitusjoner i Nord-Norge i perioden fra juni 2000 til juni 2014. Rapporten er laget på bestilling fra Samarbeidsutvalget for helseutdanninger i Nord-Norge, og arbeidet er finansiert av Helse Nord RHF. I innledningen gjøres det rede for hvilke studiesteder for sykepleierutdanning som finnes i Nord-Norge, trekk ved arbeidsmarkedet for sykepleiere, og vi skisserer det kunnskapsmessige utgangspunktet for sammenhenger mellom henholdsvis oppvekststed og utdanningssted og fremtidig arbeidssted. Til slutt presenteres problemstillinger for rapporten og rapportens videre oppbygning.

1.1 Sykepleierutdanninger i Nord-Norge

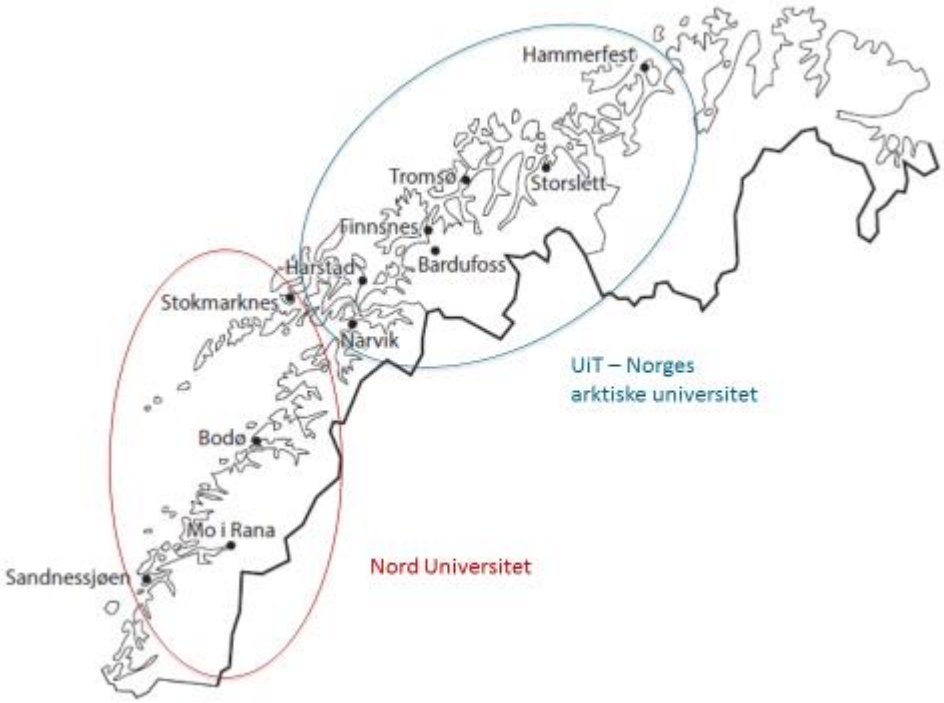
Sykepleierutdanning foregår ved fem campuser i Nord-Norge. Disse er per 2016 Tromsø, Hammerfest, Narvik og Harstad (tilhørende UiT - Norges Arktiske Universitet), og campus i Bodø (tilhørende Nord Universitet (NU)). Fast desentralisert sykepleierutdanning finnes ved NU (Sandnessjøen, Mo i Rana og Stokmarknes), og ved UiT (Bardufoss, Finnsnes og Storslett). UiT (tidligere Høgskolen i Finnmark) har også hatt desentralisert sykepleierutdanning på ulike steder i Finnmark. I tillegg finnes det varianter av nett- og praksisbasert sykepleierutdanning med varighet på tre eller fire år.

Tabell 1.1: Endringer av institusjonstilhørighet for sykepleierutdanningene i Nord-Norge 2000-2014 samt status i 2016

<table>
<tr><th>Campus (og desentraliserte studiesteder)</th><th>2000</th><th>2001</th><th>2002</th><th>2003</th><th>2004</th><th>2005</th><th>2006</th><th>2007</th><th>2008</th><th>2009</th><th>2010</th><th>2011</th><th>2012</th><th>2013</th><th>2014</th><th></th><th>2016</th></tr>
<tr><td>Hammerfest</td><td colspan="13">Høgskolen i Finnmark</td><td>UiT</td><td></td><td rowspan="4">UiT – Norges arktiske universitet</td></tr>
<tr><td>Tromsø (Nordreisa, Lenvik, Målselv)</td><td colspan="8">Høgskolen i Troms</td><td colspan="6">UiT</td><td></td></tr>
<tr><td>Harstad</td><td colspan="14">Høgskolen i Harstad</td><td></td></tr>
<tr><td>Narvik</td><td colspan="14">Høgskolen i Narvik</td><td></td></tr>
<tr><td>Bodø (Mo i Rana, Stokmarknes)</td><td colspan="11">Høgskolen i Bodø</td><td colspan="3">Universitetet i Nordland</td><td></td><td rowspan="2">Nord Universitet</td></tr>
<tr><td>Sandnessjøen</td><td colspan="14">Høgskolen i Nesna</td><td></td></tr>
</table>

Tabell 1.1 gir en oversikt over de ulike campuser og faste desentraliserte studiesteder, samt endringer i institusjonstilhørighet. Den omfatter hele perioden som studien tar utgangspunkt i og inkluderer for oversiktens del også hvordan institusjonstilhørigheten er i dag (2016), med alle sykepleierutdanningene lagt under de to universitetene.

Figur 1.1 viser den geografiske plasseringen av de faste utdanningsstedene for sykepleierutdanning i Nord-Norge, inkludert de faste desentraliserte utdanningene. Figuren viser at utdanningsstedene for sykepleiere er spredt over hele landsdelen, bortsett fra i Midt- og Øst-Finnmark.



Figur 1.1: Lokalisering og institusjonstilknytning for sykepleierutdanninger i Nord-Norge

I følge Samordna opptak praktiserer UiT Norges arktiske universitet kvotering av søkere med nordnorsk tilknytning. I dag er 80 prosent av studieplassene ved institusjonens sykepleierutdanninger forbeholdt søkere med nordnorsk tilknytning. Innenfor denne kvoten er 10 prosent forbeholdt søkere med samisk tilknytning. Ved tidligere Høgskolen i Tromsø var det tilsvarende kvoter for søkere med nordnorsk og samisk tilknytning. Ved Høgskolen i Finnmark var det en kvote på 80 prosent forbeholdt søkere med tilknytning til Finnmark. Innenfor denne kvoten var 10 prosent forbeholdt søkere med samisk tilknytning.

1.2 Sykepleierarbeidsmarkedet

Sykepleiere er etterspurt i alle typer kommuner, uavhengig av størrelse og sentralitet. Arbeidsmarkedet åpner derfor i utgangspunktet for at sykepleiere i stor grad kan få arbeid der de ønsker å bo. Utviklingen i årsverk i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene har steget jevnt fra rundt 70 000 i 1995 til rundt 135 000 i 2014. Generelt har de siste 20 årene skjedd en vridning i arbeidskraften i helse- og sosialtjenesten, i favør av sysselsatte med høyere utdanning (Støren et al. 2016). Med Samhandlingsreformen har det foregått et visst skifte i kommunehelsetjenestens karakter i retning av mer behandling og pleie av kort varighet og mer spesialisert karakter (Abelsen et al. 2014). Dette har krevd økt kompetanse og ført til opprettelse av nye spesialsykepleierstillinger. Hjelpepleierstillinger er omgjort til sykepleierstillinger og andelen sykepleiere har steget fra 16 prosent i 2000, til 20,5 prosent i 2014 (Støren et al. 2016). En studie antyder at det i kjølvannet av Samhandlingsreformen har blitt mer attraktivt å søke seg jobb i kommunehelsetjenesten for nyutdannede sykepleiere (Gautun og Syse 2013).

Samhandlingsreformen har også påvirket kompetansebehovet i spesialisthelsetjenesten. Med redusert liggetid har behovet for pleietjenester blitt redusert. Samtidig er det pekt på et økt behov for spesialisering, spesielt på de store sykehusene (St. meld 47 (2008-2009), Helse Nord 2011). I 1990 utgjorde sykepleierne 33 prosent av totalen innen somatiske tjenester i spesialisthelsetjenesten, mens de i 2014 utgjorde 38 prosent (Støren et al. 2016). Gjennomsnittlig årsvekst per år for gruppen sykepleiere var i spesialisthelsetjenesten på to prosent i perioden 2000-2007 og knapt to prosent i perioden 2010-2014. Utfordringer som gjelder utviklingen av sykepleierkompetanse i Nord-Norge er beskrevet i Strategisk utviklingsplan for Helse Nord (Fase 1 i 2011 og Tiltaksplan i 2014), samt i Kompetanseutfordringer i kjølvannet av Samhandlingsreformen (Helse Nord RHF og KS Nord-Norge, Fase 1 i 2012 og Tiltaksplan i 2013). I spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge har aldersprofilen for sykepleiere endret seg siden 2001, og det har skjedd en viss forskyvning i retning færre yngre og flere eldre arbeidstakere. Samtidig vet vi at sykepleierne er en gruppe med lav alder for avtalefestet pensjonsavgang (Helse Nord 2011).

Med forutsetningene som legges til grunn i Samhandlingsreformen, er det anslått at det totalt sett vil være et underskudd på 23 000 sykepleierårsverk i Norge i 2035, dersom man ikke øker utdanningskapasiteten (Roksvaag og Texmon 2012). Det forventes at det allerede tidlig i perioden vil være en underdekning av sykepleiere, til tross for økt studiekapasitet. Etterspørselsveksten vil være av de høyeste blant alle personellgruppene, spesielt etter 2020 (ibid.). Forutsetningene som ligger til grunn for

beregningene er imidlertid at det ikke skjer endringer i dagens arbeidsordninger, og modellen tar i liten grad høyde for teknologisk utvikling.

I en beregning av bemanningsbehovet i spesialisthelsetjenesten i perioden 2013-2040 (Bråthen et al. 2015), konkluderes det med at det vil bli en svært jevn økning over tid i perioden, hvor avtalte årsverk øker tilsvarende 40,4 prosent. Forutsetningene innebærer at bemanningsbehovet i løpet av perioden øker relativt svakest i fire områder. Dette gjelder blant annet opptaksområdene til Helse Nord (økning på 23,7-29,1 prosent). I helseforetakene arbeider 70 prosent av sykepleierne deltid, og gjennomsnittlig stillingsstørrelse er 70 prosent (www.nsf.no/statistikk). I kommunal sektor er gjennomsnittlig stillingsstørrelse 77 prosent (KS-notat 2014), og turnover for sykepleiere 11,4 prosent per år. Det vil si at det er en mulig stor arbeidskraftreserve knyttet til den store utbredelsen av deltidsstillinger (mer om deltidsarbeid i kapittel 5.1).

Sentrale myndigheter har i vesentlig grad rettet oppmerksomheten mot å ruste kommunehelsetjenesten for å møte rekrutterings- og kompetanseutfordringer (jfr Kompetanseløftet 2015 og St. meld 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg). Beregninger viser at kommunene i 2024 vil ha behov for 22 prosent flere sykepleiere enn i 2014. Hadde gjennomsnittlig stillingsstørrelse økt med 0,5 prosentpoeng per år fram mot 2024, ville behovet for antall sykepleiere blitt redusert til 14 prosent. Primærhelsemeldingen (St. meld 26) peker på at veksten i behov for tjenester i kommunene skaper bærekraftutfordringer som gjør det nødvendig å utnytte de samlede ressursene bedre, også sykepleierressursene. Meldingen foreslår nye arbeidsmåter med opprettelse av primærhelseteam og oppfølgingsteam. Sykepleiere antas å skulle fylle sentrale roller i begge typer team. Meldingen bærer bud om at det bør satses mer på forebygging, tilgjengelige tjenester, kompetanse og tverrfaglighet og ikke minst på bedre ledelse og styring av primærhelsetjenesten. Behovet for å arbeide annerledes, smartere og mer tverrfaglig finner vi igjen både i Omsorgsmeldingen (Meld. St. 29) og i meldingen Utdanning for velferd (St. meld 13).

1.3 Betydningen av utdanningssted og oppvekstbakgrunn

Generelt viser flere norske studier om bofasthet og flytting at halvparten av alle 40-åringer bor i den kommunen hvor de vokste opp. Hvis vi bare ser på de 40 åringene som er gift, så bor 70 prosent enten i egen eller ektefellens oppvekstkommune (Sørlie, Aure og Langset 2012). Personer med høy utdanning er mer tilbøyelige til å flytte på seg enn personer uten. De som er under 30 år har en tendens til å flytte fra mindre steder til større (NOU 2011:3).

Både hvilken landsdel man kommer fra og i hvilken landsdel man har studert, spiller en rolle for hvilken landsdel man velger å arbeide i. En studie av legers arbeidssted i Norge

allerede for over 50 år siden (Bertelsen 1963) fant en sammenheng mellom oppvekststed og arbeidssted (landsdel), og mellom utdanningssted og arbeidssted. Det er opp gjennom årene gjort flere studier av hvor det blir av legene som er utdannet i Nord-Norge. Den siste studien (Aaraas et al. 2015) konkluderer med at 51 prosent av legene utdannet ved UiT, arbeider i Nord-Norge. En ny studie viser at sentraliseringen regionalt er sterk (Gaski et al. upubl.). Legene som er utdannet i Tromsø har i stor grad arbeid i Troms, og da spesielt i Tromsøområdet. Vesentlig færre Tromsøutdannede leger arbeider i Finnmark og Nordland.

Det er gjort enkelte studier av hvor det blir av sykepleierne etter utdanning. En studie av rekruttering til arbeidsmarkeder fra ulike velferdsutdanninger ved høgskoler på Vestlandet og i hovedstadsregionen, blant annet fra sykepleierutdanninger, bekrefter at både studiested og oppvekststed spiller en rolle for hvor man arbeider (Gythfeldt og Hagen 2013). Studien viser at begge regioner holder på over 90 prosent av de som vokste opp og studerte i samme region, og at 50-60 prosent av de som ble rekruttert til høgskolen med oppvekst i en annen region, arbeidet i regionen der de studerte. I en studie av sykepleiekandidater fra fem fylker viser Arnesen (2003) at Nord-Norge er den landsdelen som hadde den høyeste egenrekrutteringen til sykepleierutdanningen. Et halvt år etter eksamen var 86 prosent av de nyutdannede sykepleierne bosatt i landsdelen. Sykepleiere hadde noe større tendens til å bli i utdanningsregionen etter endt utdanning, sammenlignet med for eksempel ingeniører. Arnesen fant at Nord-Norge utdannet færre sykepleiere enn det sysselsatte (ibid.).

Studier av hvor det blir av de som har tatt desentralisert sykepleierutdanning (dette startet i 1990 i Troms, 1991 i Finnmark og 1995 i Nordland) viser at en høyere andel av de desentralt utdannede sykepleierne arbeidet i det fylket de tok utdanningen i, sammenlignet med de som tok ordinær sykepleierutdanning (Nilsen et al. 2012, Norbye og Wolff Skaalvik 2013). Studien fra Finnmark (Nilsen et al. 2012) viste at 93 prosent av de som var utdannet desentralisert, og 70 prosent av campusutdannede, fortsatt arbeidet i fylket 4-7 år etter eksamen. Den høyere andelen som ble værende etter desentralisert utdanning forklares med at desentralisert utdanning innebærer at det er mulig å ta utdanning kombinert med å bli boende hjemme med familien. En prosjektrapport etter fem kull med desentralisert sykepleierutdanning i Oppland (Rognstad 2009) bekrefter den høye andelen og finner at 88 prosent av sykepleierne fortsatt bodde i regionen to til 12 år etter at utdanningen var avsluttet (regionen består av Oppland fylke samt Ringsaker kommune i Hedmark).

1.4 Tema og problemstillinger

Følgende tema og problemstillinger er utgangspunktet for rapporten:

1. Beskrive sykepleiere uteksaminert i perioden juni 2000-juni 2014
    a. Antall
    b. Kjønn og alder
    c. Oppvekststed
    d. Studiested
2. Beskrive utdanningsløp og studieform
    a. Heltidsstudium/deltidsstudium
    b. Videreutdanning
3. Heltids- og deltidsarbeid
    a. I hvilken grad jobber sykepleierne heltid og deltid?
    b. Jobber sykepleiere frivillig eller ufrivillig deltid?
4. Dersom ikke i jobb som sykepleier; hvorfor ikke?
5. Hvor arbeider sykepleierne etter fullført utdanning og etter 1 år, 3 år og 5 år og 10 år? Hvilke sammenhenger er det mellom utdanningssted og arbeidssted, og mellom arbeidssted og familie?
    a. Hvor arbeider sykepleierne (sektor)?
    b. Hvor arbeider sykepleierne (geografi)?
        i. I eller utenfor Nord-Norge?
        ii. Er det sammenheng mellom studieform og arbeidssted?

1.5 Rapportens oppbygning

I kapittel to gjøres det rede for metoder og datagrunnlag. Resultatene fra studien rapporteres i kapitlene tre til sju. I kapittel tre beskrives trekk ved de 5730 sykepleierne som er utdannet i Nord-Norge i perioden som vi studerer; alderssammensetning, kjønn, familie med/uten barn, oppvekststed og studiested. Utdanningsløp og studieformer presenteres i kapittel fire. I kapittel fem rapporteres hvordan sykepleierne fordeler seg på heltids- og deltidsarbeid, og vi presenterer studier som har undersøkt i hvilken grad deltidsarbeidet er frivillig. Kapittel seks gir en oversikt over yrkesskifter og yrkespassivitet, og beskriver arbeidssituasjonen til eldre arbeidstakere. I kapittel sju beskrives hvordan sykepleierne skifter mellom arbeid i ulike sektorer, og sammenhenger mellom oppvekststed, utdanningssted og geografiske arbeidssteder. I kapittel åtte diskuterer vi muligheter og begrensninger som ligger i vårt datamateriale, og vi diskuterer noen av våre resultater. Vi stiller spørsmål om sykepleierressursene i Nordland kan utnyttes bedre, og fokuserer på utdanningskapasiteten i landsdelen og hvordan den er fordelt.

2 METODE OG DATAGRUNNLAG

Det er gjort en studie av registerdata basert på innkjøpte mikrodata fra Statistisk sentralbyrå (SSB), og en litteraturstudie som oppsummerer resultater fra andre studier. I analysen benyttes resultater fra begge studiene i en integrert analyse.

2.1 Registerstudien

Hovedstudien i dette prosjektet er en studie basert på registerdata. Datagrunnlaget er et spesialuttrekk sammensatt fra tre ulike registre hos SSB (arbeidsmarked, befolkning og utdanning). Datagrunnlaget omfatter alle kandidatene som har avsluttet en treårig sykepleierutdanning (grunnutdanning) ved en av de seks sykepleierutdanningene i Nord-Norge i perioden juni 2000 - juni 2014.

Registerstudien belyser problemstillingene om hvor mange sykepleiere som er uteksaminert i perioden fordelt på kjønn, alder, hjemsted og studiested, om utdanningsløp og studieform, det vil si heltids- og deltidsstudium og omfang og type videreutdanning, om grader av heltids- og deltidsarbeid, og om bosted og arbeidssted i dag og ett, tre, fem og ti år etter utdanning, og sammenhenger mellom utdanningssted og arbeidssted.

Datamaterialet er analysert ved hjelp av statistisk programvare (IBM SPSS Statistics 23 og 24). I presentasjonen av data er desimaler som hovedregel rundet av til hele tall. Videre presenteres variablene som er registrert på den enkelte kandidat samt andre bakgrunnsvariabler som brukes i analysen.

Bakgrunnsvariabler

Bakgrunnsvariablene består av kjønn (mann eller kvinne), fødselsår, bostedskommune ved fylte 16 år og familietype. Familietype er kategorisert etter om sykepleieren har barn under 18 år eller ikke. En av kategoriene til SSB (partnerskap med/uten barn) angir imidlertid ikke om sykepleieren har barn. Denne kategorien omfatter på det meste sju sykepleiere, og er i vår analyse kodet som sykepleier uten barn. Kategoriene 3-6 er kodet som sykepleier med barn.

Bostedskommune ved 16 års alder er brukt som operasjonalisering av variabelen som beskriver hvor sykepleierne kommer fra. Dette er en sentral variabel i analyser av sammenhenger mellom hvor man kommer fra, hvor man tar utdanning, og hvor man arbeider.

Utdanning og videreutdanning

Utdanningsregisteret er basert på Norsk standard for utdanningsgruppering (NUS2000[1]). Grunnutdanningen i sykepleie er avgrenset til å omfatte nus2000-kodene 661120 og 661104, den siste ble brukt tidligere. Videreutdanning eller annen utdanning er i denne analysen slått sammen i følgende grupper (nus-koder i parentes):

a. Sykepleiefag lavere nivå, master og phd i sykepleiefag, inkl. jordmor og helsesøster (7611, 8611)
b. Andre helse-, sosial og idrettsfag, master/phd (76 utenom 7611, 86 utenom 8611)
c. Økonomiske og administrative fag, master/phd (74, 84)
d. Annet: Utdanninger i pedagogikk, master/phd (72, 82), samfunnsfag og juridiske fag, master/phd (73, 83), humanistiske og estetiske fag (71,81), naturvitenskapelige fag, håndverksfag og tekniske fag (75 og 85).

Studiested og skolekommune er i utgangspunktet registrert hvert semester. I praksis er kun studiested og skolekommune i avgangssemesteret benyttet i analysen.

Heltids-/deltidsarbeid og arbeidssted

Heltids-/deltidsarbeid er registrert per 1. oktober hvert år. Avtalt arbeidstid er det antall arbeidstimer som den ansatte ifølge arbeidskontrakten skal være på arbeid. SSB registrerer dette i tre kategorier; 0-19,9 timer per uke, 20-29,9 timer per uke og 30 timer per uke eller mere. Vi betegner arbeid i minst 30 timer per uke som heltidsarbeid, og de to øvrige kategoriene som deltidsarbeid.

Arbeidssted er i denne studien kategorisert i tre grupper; spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og annet. Detaljene i kategoriseringen fremgår av Tabell 2.1. I utgangspunktet planla vi en inndeling av primærhelsetjenesten i blant annet institusjon, hjemmesykepleie og sosiale tjenester, men dette lot seg ikke gjøre slik som datamaterialet var kodet. Alle de nevnte gruppene er derfor samlet i en kategori.

Siden vi i denne studien har tatt utgangspunkt i næringskoder for å beskrive hvor sykepleierne arbeider, og ikke yrkeskoder, er det gjort forenklinger i analysen av yrkesskifter fra sykepleier og til andre yrker. Arbeid i offentlig administrasjon og forsvar, undervisning og varehandel er kategorisert som arbeid utenfor helsetjenesten, og dermed tolket som å ikke være arbeid som sykepleier.

[1] Barrabés N og GK Østli 2015. Norsk standard for utdanningsgruppering. Revidert 2000 Dokumentasjon. SSB 2015.

Tabell 2.1: Kategorisering av arbeidssteder etter standarder for næringsgruppering

Kategori arbeidssted	Versjon av SN[2]	Standard
Spesialisthelsetjenesten	SN94	85111-85118, 85.122-85.126
	SN2002	85111-85117, 85151, 85122-85127, 85311-85312
	SN2007	861011-86107, 86212-86225
Primærhelsetjenesten (inkl. en rekke sosiale tjenester)	SN94	85.121, 85311-85329, 85141-85146
	SN2002	85141-85146, 85.121, 85.118, 85313-85333
	SN2007	86211, 86901-86904, 87101-87305, 88101-88992, 88998
Annet	SN94	0-80429, 85130, 85147-85200, 90000 -99000
	SN2002	85130, 01000-80429, 85147- 85149, 85200, 85334-85340, 900010-99000
	SN2007	0000-85609, 86905-86909, 86230, 87901-87909, 88993-88997, 88999, 90020-99000
Uoppgitt		00000 (alle år)

Kommuners sentralitet

Kommuners sentralitetsnivå beskriver de muligheter befolkningen i en kommune har for arbeidsreiser til et eller flere tettsteder (Statistisk sentralbyrå 2008). Kommunene er delt i fire nivåer etter folketall (Tabell 2.2 i tabellvedlegget), tilbud av funksjoner og avstand til tettsted. Det innebærer at de nærmeste nabokommunene til tettsteder er plassert på samme nivå som tettstedet. Kommuner på nivå 3 er landsdelssentra (omfatter kun tre kommuner i Nord-Norge), og nivå 2 er noe sentrale kommuner (13 kommuner i Nord-Norge). Kommuner på nivå 0 er de minst sentrale kommunene. Usentrale kommuner er i denne studien forstått som kommuner på nivå 0 eller 1 (71 av 87 nordnorske kommuner).

Inndeling i regioner

Kommunene deles videre inn i rekrutteringsregioner, som et resultat av analysen (se Tabell 2.3 i tabellvedlegget). Denne regioninndelingen er for det første basert på hvilke kommuner den enkelte sykepleierutdanning rekrutterer studenter fra. For det andre er

[2] SN = standard for næringsgruppering http://stabas.ssb.no/ClassificationFrames. Standarden for næringsgruppering (NACE) er endret to ganger i perioden som vår undersøkelse omfatter: SN94 (2000-02), SN2002 (2003-07), SN2007 (2008-14).

det tatt hensyn til de etablerte regionene med regionråd. Regionene som benyttes i analysen er avgrenset slik:

1. Øst-Finnmark: Sør-Varanger, Vadsø, Nesseby, Tana, Vardø, Båtsfjord, Berlevåg, Gamvik, Lebesby
2. Indre Finnmark: Porsanger, Karasjok, Kautokeino
3. Vest-Finnmark: Alta, Hammerfest, Nordkapp, Måsøy, Kvalsund, Hasvik, Loppa
4. Nord-Troms: Kvænangen, Nordreisa, Skjervøy, Kåfjord, Storfjord, Lyngen
5. Tromsøregionen: Tromsø, Karlsøy, Balsfjord
6. Midt-Troms: Lenvik, Berg, Torsken, Tranøy, Dyrøy, Sørreisa, Målselv, Bardu, Lavangen, Salangen
7. Sør-Troms/Nordre Nordland: Harstad, Kvæfjord, Skånland, Ibestad, Evenes, Tjeldsund, Gratangen
8. Ofoten: Narvik, Ballangen, Tysfjord
9. Vesterålen: Hadsel, Sortland, Øksnes, Bø, Andøy, Lødingen
10. Lofoten: Vestvågøy, Vågan, Flakstad, Moskenes, Værøy, Røst
11. Salten: Bodø, Hamarøy, Steigen, Sørfold, Fauske, Saltdal, Beiarn, Gildeskål, Meløy
12. Indre Helgeland: Rana, Hemnes, Nesna, Lurøy, Grane, Hattfjelldal
13. Helgeland: Alstahaug, Vefsn, Leirfjord, Dønna, Herøy, Træna, Rødøy
14. Sør-Helgeland: Brønnøy, Vevelstad, Vega, Sømna, Bindal

Datakvalitet

Vi antar at datakvaliteten på registerdataene i all hovedsak er god, selv om de i utgangspunktet ikke er registrert for forskningsformål. Vi vet erfaringsmessig at kvaliteten på registreringer om den enkelte kandidat varierer noe fra studiested til studiested og er avhengig av hva studiestedet har rapportert inn hvert år. En svakhet i registreringen gjelder enkelte av kullene som har tatt desentralisert sykepleierutdanning, som ikke er korrekt kategorisert. For å supplere bildet av hvilke studieformer sykepleierne faktisk er utdannet gjennom, er det i kapitlet om studieform brukt data fra Databasen for høyere utdanning (DBH). Data fra Samordna opptak (2010-2013) kompletterer bildet av hvor sykepleiestudentene fra Nord-Norge studerer, med at dette inkluderer studiesteder i Sør-Norge.

Etikk

Det er tatt hensyn til personvern. Datasettet ble anonymisert før det ble utlevert til oss. De enkelte sykepleierne skal ikke være gjenkjennbare i rapporten. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste) og er registrert med prosjektnummer 46796.

2.2 Litteraturstudien

Registerstudien suppleres av en litteraturstudie, som særlig belyser problemstillingene om frivillig eller ufrivillig deltidsarbeid, om hvorfor noen sykepleiere ikke er i jobb, og om sammenhenger mellom familieforhold og arbeidssted.

Grant og Booth (2009) definerer en litteraturstudie som en studie som tar for seg publisert materiale fra nylig eller aktuell litteratur. For hver av underproblemstillingene gjennomførte vi systematiske litteratursøk inspirert av Higgins & Green (2011) og Cooke, Smith & Booth (2012). I hvert tilfelle ble søkespørsmålet definert, og vi utviklet kriterier for å inkludere studier. Vi definerte først selvvalgte søkeord på norsk, med utgangspunkt i gitte problemstillinger, og gjorde litteratursøk basert på dette (breiere enn i de klassiske databasene). Videre formulerte vi emneord på engelsk og gjorde videre litteratursøk. Vi avgrenset til litteratur fra 2000 og nyere, skandinavisk språk og engelsk. Resultatene er analysert og presentert i resultatkapitlene 5 og 6.

3 SYKEPLEIERE UTEKSAMINERT I PERIODEN 2000-2014

Til sammen 5730 personer avsluttet en sykepleierutdanning i Nord-Norge i den knapt 15 år lange studieperioden fra 2000 til og med juni 2014. Tabell 3.1 viser hovedtrekkene ved denne populasjonen. Videre i kapitlet beskrives kjønns- og alderssammensetningen, sykepleiernes oppvekststed, studiested og fordeling på familietyper.

Tabell 3.1: Kjennetegn ved sykepleierne som er utdannet i Nord-Norge i studieperioden

Antall utdannet	Andel kvinner	Alder (gjennomsnitt)	Andel med oppvekst i Nord-Norge
5 730	88 prosent	30,5 år	83 prosent

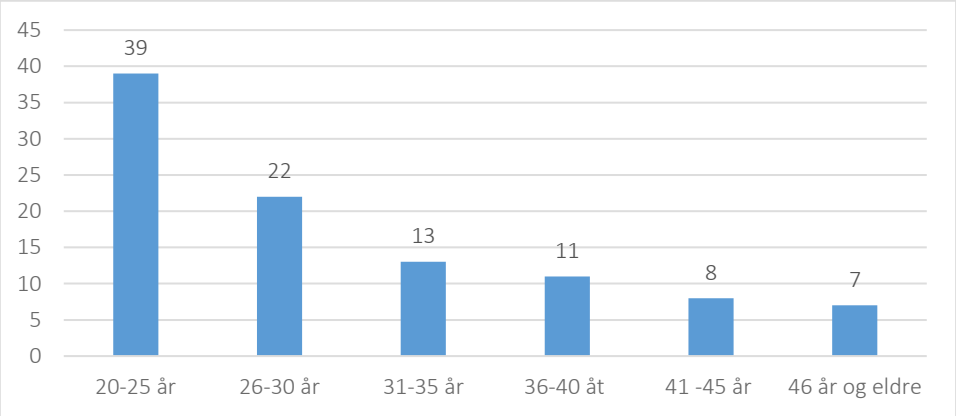
3.1 Kjønns- og alderssammensetning og familietyper

Antallet sykepleiere som ble utdannet hvert år i Nord-Norge, varierte i studieperioden mellom 291 og 454 (Tabell 3.2). Det var flere studieplasser, men kapasiteten ble ikke utnyttet fullt ut. Andelen mannlige sykepleiere uteksaminert hvert år varierte mellom åtte og 17 prosent.

Tabell 3.2: Antall og andel sykepleiere utdannet i studieperioden, fordelt på kjønn og eksamensår. N=5730.

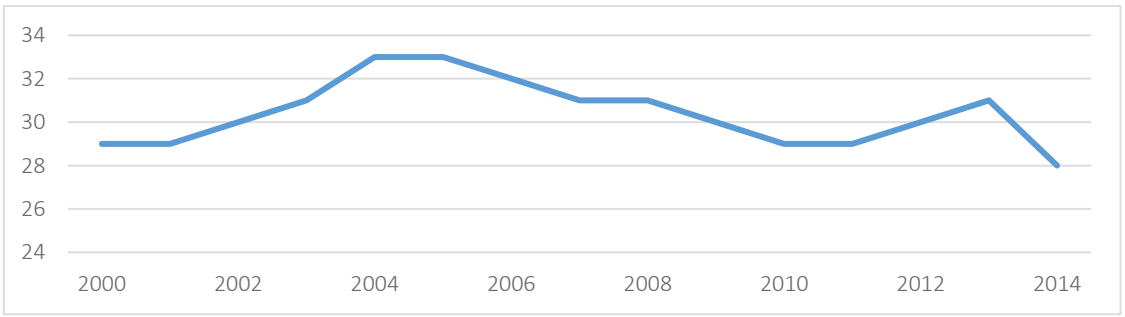
	Antall menn	Andel menn	Antall kvinner	Andel kvinner	Antall totalt	Prosent av alle
2000	37	13	254	87	291	5
2001	48	12	362	88	410	7
2002	39	10	338	90	377	7
2003	54	13	345	87	399	7
2004	52	11	402	89	454	8
2005	56	13	387	87	443	8
2006	55	12	392	88	447	8
2007	44	12	328	88	372	7
2008	57	17	284	83	341	6
2009	50	13	340	87	390	7
2010	42	14	259	86	301	5
2011	38	10	338	90	376	7
2012	35	8	383	92	418	7
2013	42	11	340	89	382	7
2014	40	12	289	88	329	6
Total	689	12	5041	88	5730	100,0

Figur 3.1 viser alderssammensetningen på sykepleierne i vår studie. Figuren viser at det var flest nyutdannede sykepleiere i aldersgruppen opp til og med 25 år (39 prosent). Det var forholdsvis store grupper nyutdannede sykepleiere i de eldste aldersgruppene. Åtte prosent var mellom 41 og 45 år, og sju prosent var 46 år eller eldre da de ble ferdige med utdanningen. En drøy fjerdedel (26 prosent) var 36 år eller eldre da de ble sykepleiere.



Figur 3.1: Uteksaminerte sykepleiere i Nord-Norge i studieperioden, fordelt på 5-årige aldersgrupper. Prosent.

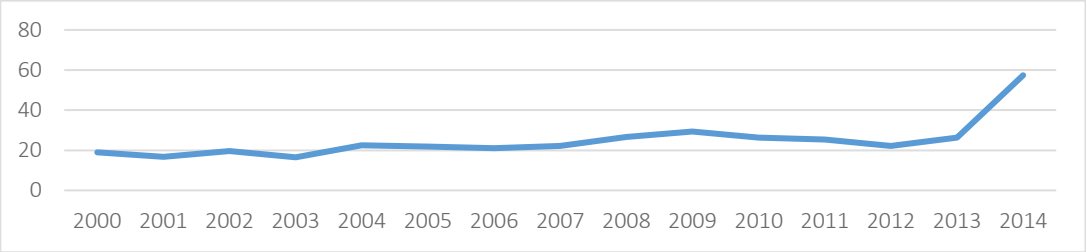
Gjennomsnittsalderen på ferdigutdannede sykepleiere i studieperioden var 30,5 år. Den var lavest i 2014-kullet (28 år) og høyest i 2004- og 2005-kullet (33 år). Det er i perioden ingen klar trend når det gjelder utviklingen i gjennomsnittsalder ved fullført søkepleierstudie (Figur 3.2).



Figur 3.2: Gjennomsnittsalder på nyutdannede sykepleiere i Nord-Norge i studieperioden.

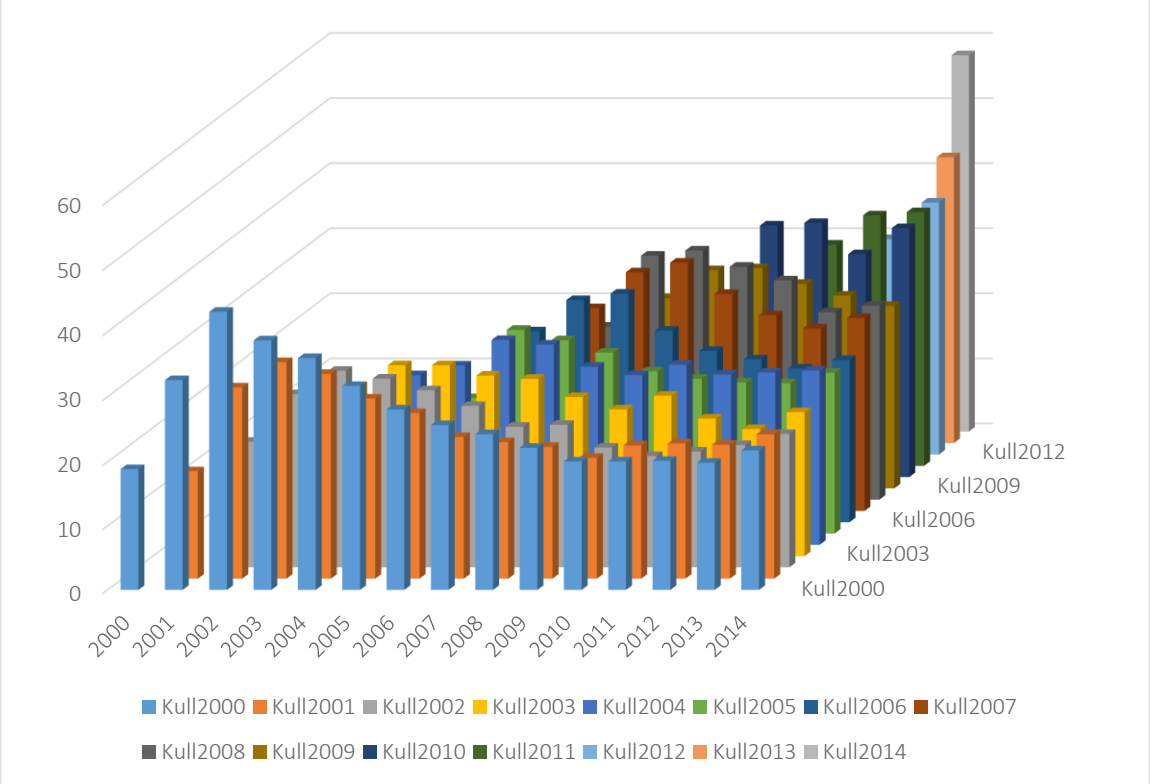
Gjennomsnittsalderen kan i noen grad forklares av studieform (mer om dette i kapitlet om studieform). Aldersspredningen på alle studentkull var stor, med yngste nyutdannede sykepleier på 21 eller 22 år, og eldste som varierte i spennet mellom 52 og 60 år og i ett tilfelle 65 år (se detaljer i Tabell 3.3 i tabellvedlegget).

Figur 3.3 viser at andelen nyutdannede sykepleiere i en familietype uten barn under 18 år var på mellom 16 og 30 prosent til og med 2013. Kull 2014 skilte seg ut, ved at hele 58 prosent var i en familietype uten barn. Dette gjaldt i alle skolekommuner utenom Nesna og Alta, hvor 32-36 prosent var i en familietype uten barn.



Figur 3.3: Andel nyutdannede sykepleiere i studieperioden i familietype uten barn under 18 år

Figur 3.4 viser hvordan familietypen til de ferdigutdannede sykepleierne har endret seg i årene etter endt utdanning. De tre første kullene hadde størst andel sykepleiere uten barn under 18 år to år etter fullført utdanning. Etter det var det enten to eller tre år etter endt utdanning at de fleste hadde en familietype uten barn under 18 år.



Figur3.4: Familietyper for hvert av årene 2000-2014 for alle kull. Prosent.

3.2 Oppvekststed

I denne studien har vi antatt at bosted ved 16 år er et uttrykk for oppvekststed. 45 prosent av sykepleierne i studien var registrert med oppvekstfylke Nordland, 26 prosent var fra Troms og 12 prosent var fra Finnmark, det vil si at til sammen 83 prosent var fra Nord-Norge (Tabell 3.3). Ti prosent av sykepleierne hadde oppvekstkommune i Norge utenom Nord-Norge, heretter kalt Sør-Norge, tre prosent hadde oppvekststed i utlandet, og for fire prosent var ikke oppvekststed oppgitt.

Tabell 3.3: Oppvekstfylke for sykepleierne. Basert på bostedskommune ved 16 år. N=5730.

	Finnmark	Troms	Nordland	Sør-Norge	Utlandet	Ukjent	Total
Prosent	12	26	45	10	3	4	100
N	687	1 502	2 575	583	148	235	5 730

3.3 Studiested og skolekommune

Sykepleierne i studien er utdannet ved åtte ulike institusjoner i Nord-Norge (Tabell 3.4). Universitetet i Nordland (UiN) og Høgskolen i Bodø (HiB) har utdannet i alt 2106 sykepleiere, mens Universitetet i Tromsø (UiT) og Høgskolen i Tromsø (HiT) har utdannet i alt 1454 sykepleiere. Høgskolen i Harstad (HiH) har utdannet 796 sykepleiere, Høgskolen i Narvik (HiN) har utdannet 581 sykepleiere, Høgskolen i Finnmark (HiF) har utdannet 663 og Høgskolen i Nesna (HiNe) har utdannet 130 sykepleiere. 59 prosent av sykepleierne er utdannet i de to største byene i Nord-Norge; Bodø og Tromsø.

Tabell 3.4 Antall sykepleiere utdannet, fordelt på skolekommuner og utdanningsinstitusjoner. N=5730.

	HiF	HiT/UiT	HiH	HiB/UN	HiNe	HiN	Total (N)	Total (prosent)
Narvik						581	581	10
Alstahaug					130		130	2
Bodø				1 973			1 973	34
Rana				85			85	0
Hadsel				48			48	1
Harstad			796				796	14
Tromsø		1 401					1 401	24
Hammerfest	663	28					691	12
Alta		25					23	0
Total (N)	663	1 454	796	2106	130	581	5 730	100
Total (prosent)	12	25	14	37	2	10	100	

Tabell 3.5 viser skolekommune fordelt på kull. I datamaterialet fra SSB som tabellen bygger på, er ikke korrekt skolekommune for de desentraliserte studiene i Troms (Lenvik, Målselv. Nordreisa) og i Finnmark oppgitt, utenom for det siste studiet i Finnmark som var i Alta. En del av, men ikke alle de desentraliserte kullene i Rana (2002, 2011-2013) og Hadsel (2011-2013), er registrert med korrekt skolekommune i data fra SSB.

Tabell 3.5: Skolekommune ved fullføring, fordelt på kull 2000-2014. N=5730.

	Hammerfest	Alta	Tromsø	Harstad	Narvik	Hadsel	Bodø	Rana	Alstahaug	Total
2000	49		62	37	39		104			291
2001	63		95	36	47		169			410
2002	57		102	56	27		105	29		377
2003	44		118	60	48		127		2	399
2004	56		91	83	38		164		22	454
2005	53		119	50	49		172			443
2006	52		106	61	43		166		19	447
2007	37		106	52	49		114		4	372
2008	41		41	65	42		151		1	341
2009	54		97	54	38		141		6	390
2010	33		72	55	31		92		18	301
2011	16		95	50	33	21	127	18	16	376
2012	60		11	38	31	3	131	26	18	418
2013	51		86	51	37	24	110	11	12	382
2014	25	25	90	48	29		100		12	329
Total	691	25	1 401	796	581	48	1 973	85	130	5 730

4 STUDIEFORMER OG VIDEREUTDANNING

4.1 Studieformer

De fleste sykepleierutdanningene i Nord-Norge foregår med seks semester (tre år) som normert tid, det vil si på heltid. Enkelte av studiene har åtte semester som normert tid. SSBs data om antall semester på sykepleierstudiet viser at 57 prosent av studentene har brukt seks semester på studiene. 20 prosent av sykepleierne har brukt åtte semester på studiene. Data om antall semester for enkelte student er ikke koblet til antall semester som er normert tid for den enkelte. Data viser videre at seks prosent av studentene er registrert med kun fem semester eller mindre. Vi har ikke noen forklaring på hva som forårsaker dette resultatet. Videre ser vi av Tabell 4.1 at sju prosent av sykepleierne har brukt mer enn åtte semester på utdanningen. I gjennomsnitt har studietiden vært på 6,7 semester (median er seks semester).

Tabell 4.1: Antall semester på sykepleierstudiet for sykepleierne i studieperioden(N=5720)

	Antall	Prosent
5 semester eller mindre	361	6
6 semester	3 262	57
7 semester	559	10
8 semester	1 162	20
9 semester eller mer	376	7
Total	5 720	100

Ved å benytte en alternativ datakilde (Databasen for høyere utdanning, DBH) finner vi at det er 5 903 sykepleiere (ferdige kandidater) i perioden 2000-2014. Data for hvert år er noe ulikt registrert i DBH og i vår hovedkilde i denne studien (mikrodata fra SSB). DBH-dataene inkluderer også høsten 2014, noe som våre SSB-data ikke gjør. Data fra DBH gir imidlertid en mer detaljert oversikt over desentraliserte studier enn hva SSBs mikrodata gjør.

Tabell 4.2 er basert på data fra DBH og viser at 132 sykepleiere har deltatt på desentralisert utdanning i Finnmark, og 280 har deltatt på desentralisert utdanning i Troms (Midt-Troms og Nord-Troms). 345 sykepleiere er utdannet gjennom deltidsstudium i Troms (Harstad og Tromsø). I Nordland er 555 sykepleiere utdannet enten på desentralisert eller på nett- og praksisbasert utdanning. (Tabell 4.3 i tabellvedlegget er en mer detaljert versjon av Tabell 4.2, med antall ferdige kandidater fordelt på årene 2000-2014).

Tabell 4.2: Antall ferdige kandidater, sykepleier, total 2000-2014 (Kilde DBH)

Utdanningsinstitusjon	Studieform	Total
Høgskolen i Finnmark (Universitetet i Tromsø fra 2014)	Sykepleier (Hammerfest)	585
	Sykepleier, desentralisert Kirkenes	25
	Bachelor i sykepleie, desentralisert Lakselv	26
	Sykepleier, desentralisert Karasjok	4
	Sykepleier, desentralisert (i Finnmark)	52
	Sykepleier, desentralisert Alta	25
Høgskolen i Tromsø (Universitetet i Tromsø fra 2009)	Sykepleier (campus Tromsø)	1 127
	Sykepleier (desentralisert i Troms)	280
	Sykepleier (deltid under Tromsø)	48
Høgskolen i Harstad	3-årig sykepleierutdanning	527
	Sykepleier, deltid 4 år	297
Høgskolen i Narvik	Sykepleier	584
Høgskolen i Bodø / Universitetet i Nordland fra 2011	Sykepleier	1 768
	Sykepleier deltid/deltid IKT	100
	Sykepleier deltid IKT Rana/Rana/Helgeland	155
	Sykepleier, Stokmarknes / Vesterålen	110
	Sykepleier, Salten	16
	Sykepleier, nett- og praksisbasert	24
Høgskolen i Nesna	Sykepleier, desentralisert/samlingsbasert	150
Sum 2000-2014		5 903

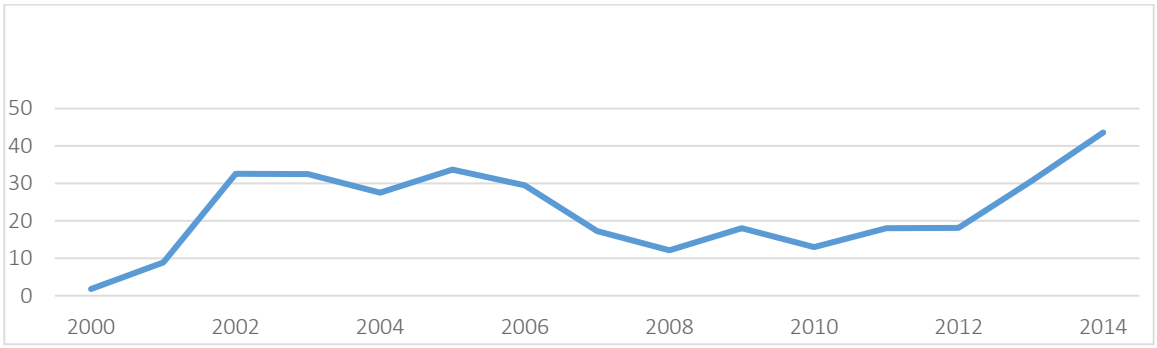
Desentraliserte studier i Finnmark ferdige i 2010 eller før, var på heltid. Utdanningene i Porsanger og Sør-Varanger (ferdig 2012 og 2013) foregikk på deltid. De øvrige desentraliserte og nett-/praksisbaserte studiene har vi ikke sikre opplysninger om varigheten på. Tabell 4.4 viser oppsummering av antatt andel av studentene på tre ulike

studieformer; campusutdanning, desentralisert utdanning og en sammenslått kategori med deltids- og nettbasert utdanning. Det er noe usikkerhet forbundet med kategoriseringen, da den tar utgangspunkt i hvordan utdanningsinstitusjonene har rapportert inn til DBH. Til sammen 1 312 sykepleiere (22 prosent) er utdannet gjennom andre studieformer enn ordinær campusutdanning.

Tabell 4.4: Antall studenter fordelt på ulike studieformer. Per kull 2000-2014. Data fra DBH.

Kull	Campus	Desentralisert	Nett- og praksisbasert/deltid	Total
2000	321	6	0	327
2001	375	37	0	412
2002	250	49	72	371
2003	287	3	135	425
2004	329	56	69	454
2005	291	69	79	439
2006	315	73	59	447
2007	307	33	31	371
2008	327	16	29	372
2009	305	47	20	372
2010	262	18	21	301
2011	263	37	21	321
2012	389	73	13	475
2013	264	61	55	380
2014	306	94	36	436
Total	4 591	672	640	5 903

Figur 4.1 viser hvor stor andel av studentmassen i hvert studiekull som har gått på enten desentralisert studie, nett- og praksisbasert studie eller deltidsstudium. Andelen var høyest i kullene 2002-2006 og 2013-2014.



Figur 4.1: Andel studenter på desentraliserte, deltids- og nettbaserte studier per kull. Prosent. Data fra DBH.

4.2 Videreutdanning

Resultater om videreutdanning er rapportert med utgangspunkt i datamaterialet fra SSB. Omfanget av videreutdanning er målt i antallet semester hvor sykepleieren har tatt videreutdanning. Vi kan derfor ikke beskrive resultater i form av antallet studiepoeng eller oppnådd grad.

Omfang av videreutdanning

I datamaterialet er det registrert totalt 7 079 semester hvor sykepleiere har tatt en form for videreutdanning. Halvparten av videreutdanningen gjelder sykepleiefag, 44 prosent av semestrene er annen videreutdanning for helse- og sosialsektoren, og fire prosent av semestrene er i kategorien økonomiske og administrative fag. Til sammen tre prosent av semestrene med videreutdanning er i andre kategorier (Tabell 4.5).

Tabell 4.5: Omfanget av videreutdanning fordelt på fagfelt (antallet registrerte semester med studiepoeng)

Fagfelt	Antall semester totalt	Prosent-andel
Videreutdanning i sykepleiefag (inkl. lavere nivå, master og phd, inkl. jordmor, helsesøster)	3 579	51
Annen videreutdanning for helse- og sosialsektoren inkl. idrettsfag	3 080	44
Økonomiske og administrative fag (master eller phd)	261	4
Samfunnsfag og juridiske fag, lærerutdanninger og utdanninger i pedagogikk, annen utdanning på master eller phd-nivå (humanistiske/estetiske fag, naturvitenskap, primærnæringer)	177	3
Total	7 079	100

I alt var 2284 sykepleiere (40 prosent av sykepleierne i vår studie) registrert med ett eller flere semester med videreutdanning. Det betyr at i snitt så har hver av disse 3 semester med videreutdanning. 46 prosent av de mannlige og 39 prosent av de kvinnelige sykepleierne i vår studie hadde videreutdanning.

Det er tydelige forskjeller mellom sektorene når det gjelder omfanget av videreutdanning. 48 prosent av de som arbeidet i spesialisthelsetjenesten (per 2014), 34 prosent av de som arbeidet i primærhelsetjenesten og 42 prosent av de som arbeidet i kategorien Annet hadde videreutdanning.

Blant de som arbeidet i primærhelsetjenesten, inndelt i to sentralitetsnivå, hadde 33 prosent av de som arbeidet i usentrale kommuner videreutdanning, mot 35 prosent av de som arbeidet i sentrale kommuner. Med utgangspunkt i et firedelt sentralitetsnivå, skilte sykepleierne i de mest sentrale kommunene seg ut (det vil si Tromsøregionen inkludert Balsfjord og Karlsøy), med en andel på hele 40 prosent som hadde videreutdanning (Tabell 4.6). Den samme tendensen gjorde seg gjeldende, og i sterkere grad, i spesialisthelsetjenesten. Halvparten av de som arbeidet i sentrale kommuner hadde videreutdanning, mot 45 prosent i de usentrale kommunene (Tabell 4.6).

Tabell 4.6: Andel sykepleiere med videreutdanning, fordelt på primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samt sentralitet.

	Andel med videreutdanning i spesialisthelsetjenesten (N= 1 042)		Andel med videreutdanning i primærhelsetjenesten (N=823)	
Minst sentrale kommuner i Nord-Norge	50	45	33	33
Mindre sentrale kommuner i Nord-Norge	40		34	
Noe sentrale kommuner i Nord-Norge	52	51	34	36
Mest sentrale kommuner i Nord-Norge	49		40	
Sør-Norge	445		30	
Total	48		34	

Blant de som arbeider heltid var det en større andel med videreutdanning både i primærhelsetjenesten (37 prosent) og i spesialisthelsetjenesten (53 prosent), enn blant de som arbeider deltid (henholdsvis 28 prosent og 39 prosent).

Sektortilhørighet ser altså ut til å være den faktoren som gir den største variasjonen i videreutdanning, men arbeidskommunens sentralitet spiller også en rolle blant sykepleierne både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. 43 prosent av sykepleierne med grunnutdanning fra Tromsø hadde videreutdanning, det samme gjelder 42 prosent av sykepleierne med grunnutdanning fra Bodø, 39 prosent fra Hammerfest, 38 prosent fra Narvik, 37 prosent fra Harstad, og 32 prosent av de med grunnutdanning i Nesna.44 prosent av de heltidsarbeidende (per 2014) hadde videreutdanning, 33 prosent av de som arbeidet mellom 20 og 30 timer per uke, og 35 prosent av de som arbeidet under 20 timer per uke.

Andelen med videreutdanning var høyest blant sykepleierne som arbeidet i Tromsøregionen (48 prosent) og i Saltenregionen (47 prosent) (Tabell 4.7). Lavest andel med videreutdanning var blant sykepleierne som arbeidet på Sør-Helgeland (25 prosent) og Nord-Troms (33 prosent).

Tabell 4.7: Andel sykepleiere med videreutdanning, fordelt på regioner. N=504.

	Antall sykepleiere i regionen	Andel sykepleiere med videreutdanning
Sør-Helgeland	16	25
Helgeland	247	40
Indre Helgeland	317	33
Salten	882	47
Lofoten	176	31
Vesterålen	247	45
Ofoten	319	38
Sør-Troms/Nordre Nordland	399	38
Midt-Troms	251	36
Tromsøregionen	927	48
Nord-Troms	106	33
Vest-Finnmark	323	37
Indre Finnmark	66	36
Øst-Finnmark	140	41
Total	5226	41
Ikke i arbeid	504	31

5 HELTIDS- OG DELTIDSARBEID

5.1 I hvilken grad jobber sykepleierne heltid og deltid?

Deltidsstillinger er først og fremst et utbredt fenomen ved arbeidsplasser der produksjonstiden avviker fra normalarbeidsdagen, gjerne med døgnkontinuerlig drift og ujevne arbeidstopper, samt ved såkalte kvinnearbeidsplasser (Moland 2013). Norge er blant landene i Europa som har høyest deltidsandel. Kommunesektoren sysselsetter flest deltidsansatte. Innenfor kommunesektoren er omfanget av deltid størst innenfor pleie og omsorg og SFO. Kvinner jobber mer deltid enn menn. Jo høyere utdanning, jo mindre vanlig er det å jobbe deltid. Sykepleiere og kommunalt ansatte musikere representerer her et unntak (Moland 2013).

Det er flere og sammensatte årsaker til at sykepleiere jobber deltid. Noen av de viktigste årsakene som er framhevet i forskningslitteraturen, handler om trekk ved tjenesten, praktisering av lov og avtaleverk, samfunnsnormer og trekk ved sykepleierne.

Omfanget av deltid blant sykepleiere generelt

På Sykepleierforbundets nettsider finnes det tall for 2015 fra KS og Spekter som viser omfanget av deltidsarbeid blant sykepleiere i henholdsvis kommunesektoren og helseforetakene[3]. I kommunesektoren jobbet 65 prosent av sykepleierne og 51 prosent av spesialsykepleierne deltid. Den gjennomsnittlige ansettelsesprosenten per person var 76 prosent blant sykepleierne og 80 prosent blant spesialsykepleierne. I helseforetakene jobbet 60 prosent av sykepleierne og 43 prosent av spesialsykepleierne deltid. Den gjennomsnittlige ansettelsesprosenten per person var 80 prosent blant sykepleierne og 86 prosent blant spesialsykepleierne. Det framgår ikke spesifikt av tallene fra KS og Spekter hvordan deltid er definert. Men vi antar at alle som ikke jobber 100 prosent, er definert som deltidsarbeidere.

Tall fra eldre undersøkelser tyder på at andelen deltidsarbeidende sykepleiere har økt de siste årene. Køber og Vigran (2011) fant med utgangspunkt i tall fra SSBs arbeidskraftundersøkelse at andelen sykepleiere som arbeidet deltid, var 45 prosent i 2010. Blant de som jobbet deltid, oppga 20 prosent at omsorgsoppgaver var årsak til deltidsarbeid, mens en like stor andel oppga at de ikke kunne få heltidsarbeid. Heltidsarbeid ble oppgitt som for krevende for 11 prosent, mens 9 prosent oppga egen sykdom som årsak til deltidsarbeid. Andelen som krysset av for kategorien 'Andre grunner' var rundt 40 prosent.

[3] https://www.nsf.no/vis-artikkel/2625686/17036/Heltid-og-deltid Lastet ned 3. november 2016.

Risberg, Rogdaberg og Rosvold (2000) fant med utgangspunkt i data fra 1997[4], at 13 prosent av de mannlige sykepleierne som var yrkesaktiv, jobbet deltid, mens tilsvarende andel blant kvinnelige sykepleiere var 43 prosent. Gifte kvinnelige sykepleiere jobbet i større grad deltid (61 prosent) sammenliknet med ugifte (39 prosent), skilte (39 prosent) og separerte kvinner (41 prosent). Blant de mannlige sykepleierne var det ikke et tilsvarende mønster. De gifte, mannlige sykepleierne jobbet gjerne noe mindre deltid enn andre mannlige sykepleiere. Blant kvinner mellom 40 og 60 år jobbet 50 prosent deltid, mens andelen var oppe i 69 prosent blant de mellom 60 og 67 år. Hele 72 prosent av gifte, kvinnelige sykepleiere som hadde tre barn eller flere under 10 år, jobbet deltid. Barn påvirket ikke menns tilbøyelighet til deltidsarbeid. Frekvensen av deltidsarbeid ble redusert med videreutdanning og særlig hvis videreutdanningen var innenfor fag som ikke var relatert til helse (som økonomi, ledelse og organisasjonspsykologi).

Abrahamsen (2000) fant i en studie hvor hun studerte yrkeshistorien til alle sykepleiere utdannet i 1977 i en 20 årsperiode etter endt utdanning, at blant kvinnelige sykepleiere startet i overkant av 70 prosent sin sykepleierkarriere med heltidsarbeid, mens 15 prosent valgte deltid. De påfølgende årene skjedde det imidlertid en dramatisk reduksjon i andelen pleiere med heltidsarbeid. Etter fem år var andelen som arbeider deltid tredoblet (45 prosent). Overgangen fra heltids- til deltidsarbeid skjedde gjerne i forbindelse med første eller andre barnefødsel. Deretter stabiliserte omfanget av deltid og heltid seg og endret seg i liten grad gjennom de påfølgende 15 årene.

Utviklingen av sykepleiernes deltidsarbeid

Sykepleieryrket har ikke alltid vært preget av deltidsarbeid (Ingstad og Kvande 2011). På 1950- og 1960-tallet var det i hovedsak de ugifte sykepleierne som arbeidet, og da i hele stillinger. Sykepleiere forlot gjerne arbeidslivet når de giftet seg eller fikk sitt første barn. På midten av 1960-tallet var om lag halvparten av sykepleierne ikke yrkesaktiv (Melby 1990). Det ble gradvis flere som arbeidet deltid utover 1960-årene (Fause og Micaelsen 2002, Melby 1990). I perioden 1965 - 1975 økte etterspørselen etter sykepleiere og den ble i all hovedsak dekket gjennom deltidsstillinger (Abrahamsen 2010). Deltidsarbeid var på den tiden i samsvar med gjeldende norm for kvinners yrkesaktivitet (Melby 1990).

I 1987 ble det gjennomført en arbeidstidsreform hvor normalarbeidstiden for alle arbeidstakere ble redusert med 2,5 timer per uke. Mens industrien la om skiftordningene slik at ansatte fikk fulle stillinger, valgte helsesektoren å ta ut den reduserte arbeidstiden som en ekstra frihelg, uten at turnusene ble lagt om (Amble 2006). Det finnes ingen

[4] Data er hentet fra interne register og statistikkfiler i SSB om utdanning, arbeidsmarked og befolkning. Dataene omfatter personer med godkjent sykepleierutdanning i yrkesaktiv aldre (under 67 år) som var bosatt i Norge per 1. januar 1997.

sentrale avtaler som tilsier at redusert arbeidstid skulle tas ut som redusert helgearbeid. Det var i hovedsak de heltidsansatte som reduserte sitt helgearbeid fra å arbeide annenhver helg til å arbeide hver tredje helg, mens de undersysselsatte deltidsansatte fikk mer helgearbeid (Moland 2013). Før arbeidstidsreformen i 1987 hadde turnusene i helsesektoren i stor grad vært basert på 100-, 75- og 50-prosent stillinger, og det var først etter denne reformen det ble vanlig med mindre stillinger (Amble 2008, NOU 2004).

Etter arbeidstidsreduksjonen i 1987, oppsto en mengde små stillinger – de «grå» stillingene – som ikke var faste og gjerne manglet ansettelseskontrakter. I 1995 vedtok stortinget innstramminger i arbeidsmiljøloven som reduserte omfanget av «grå» stillinger, men som ikke reduserte omfanget av små stillinger (Moland 2013). Det har vokst fram et konglomerat av stillingsbrøker i helsevesenet, hvor det er lyst ut stillinger helt ned til 3,7 prosent (Amble 2008, Kjeldstad og Nymoen 2004, NOU 2004).

Stillingsstrukturen peker seg ut som en sentral faktor for utviklingen av sykepleieres arbeidstidsmønster som har bremset økningen av heltidsarbeid (Abrahamsen 2003). I løpet av de siste tiårene er mange deltidsstillinger blitt omgjort til større deltidsstillinger eller heltidsstillinger, men fortsatt undersysselsetting blant sykepleiere tyder på at endringene i stillingsstrukturen ikke har vært tilstrekkelig for å dekke etterspørselen (Amble 2008). Dale og Østby (2007) hevder at heltidsstillinger i sykehus generelt har blitt svært attraktive. Det er sjelden problemer med å fylle disse, og det er lange ventelister flere steder. Når slike stillinger blir utlyst, har internt ansatte forrang til å få sin stillingsbrøk utvidet.

Ønsker om en heltidskultur

Regjeringen Stoltenberg II etablerte to nasjonale program: «Ufrivillig deltid» i regi av Arbeidsdepartementet og «Saman for ein betre kommune» i regi av Kommunal- og regionaldepartementet som ledd i myndighetenes og partene i arbeidslivets satsing på å redusere omfanget av ufrivillig deltid (Moland 2013). KS og arbeidstakerorganisasjonene Delta, Fagforbundet og Norsk Sykepleierforbund vedtok i 2013 en felles erklæring for arbeidet med å skape en heltidskultur i kommunesektoren hvor en vektlegger lokale løsninger til beste for ansatte og brukere.

Flere kommuner arbeider i dag med å endre arbeidstidsorganiseringen i sykehjem slik at flere kan få hele stillinger (Amble, 2008). Dette gjøres ved turnusendringer med lengre vakter, mer helgejobbing og «heling» av stillinger hvor små stillinger slås sammen til større (Ingstad og Kvande 2011). En annen mulighet er å gi ansatte i deltidsstillinger en fast stillingsbrøk i en vikar-/ressursbank ved siden av turnusstillingen. Helgen pekes ut som hovedproblemet for fremveksten av deltidsstillinger. Det er både vanskelig og dyrt gitt at sykepleierne ikke skal jobbe deltid og ikke mer enn hver tredje helg. Det er

gjennomført mange forsøk med alternative turnuser som fungerer og implementeres noen steder men som ikke tas i bruk andre steder. Nicolaisen (2013) hevder at det ikke finnes noen «quick fix». De gode løsningene handler om seige prosesser med prøving og feiling hvor involvering av de ansatte og tillitsvalgte er særdeles viktig.

Heltids- og deltidsarbeid blant sykepleiere utdannet i Nord-Norge

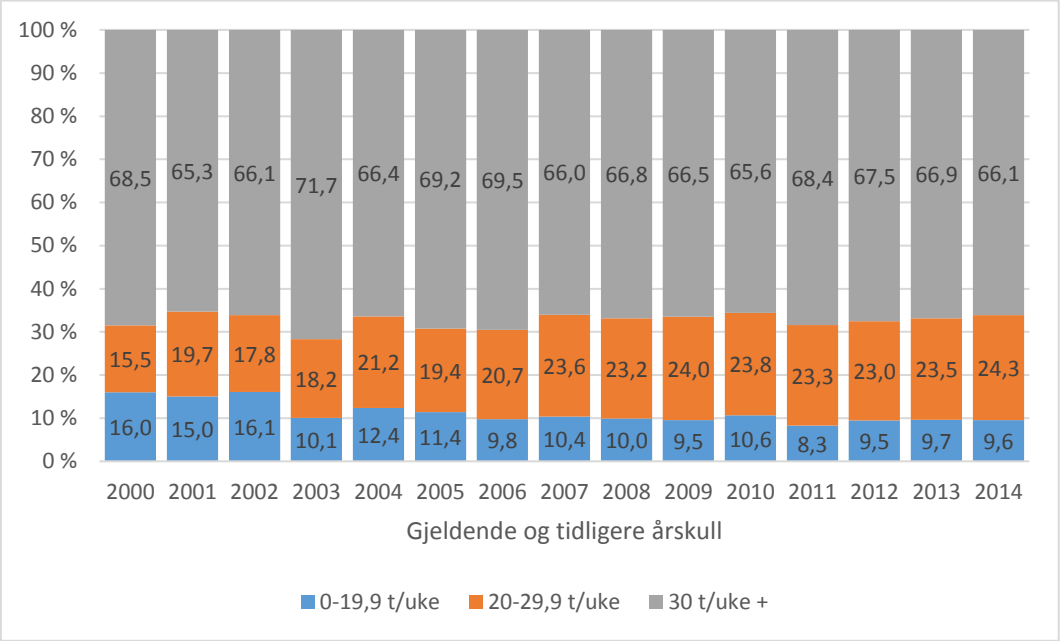
Vi har konsentrert analysen om heltids- og deltidsarbeid blant sykepleierne utdannet i Nord-Norge i perioden 2000-2014, til de som er i arbeid.

Tabell 5.1 viser at to av tre sykepleiere arbeidet 30 timers uke eller mer per oktober 2014. Disse kategoriserer vi i denne studien som heltidsarbeidende (se kap. 2.1). I underkant av hver tiende sykepleier arbeidet mindre enn 20 timer per uke. De mannlige sykepleierne arbeidet mer enn kvinnene; mens 78 prosent av mennene arbeidet minst 30 timer per uke, gjaldt dette kun 64 prosent av kvinnene.

Tabell 5.1: Heltids- og deltidsarbeid per oktober 2014 blant sykepleierne i studien. Totalt og fordelt på kjønn. Antall og prosent. N=5228

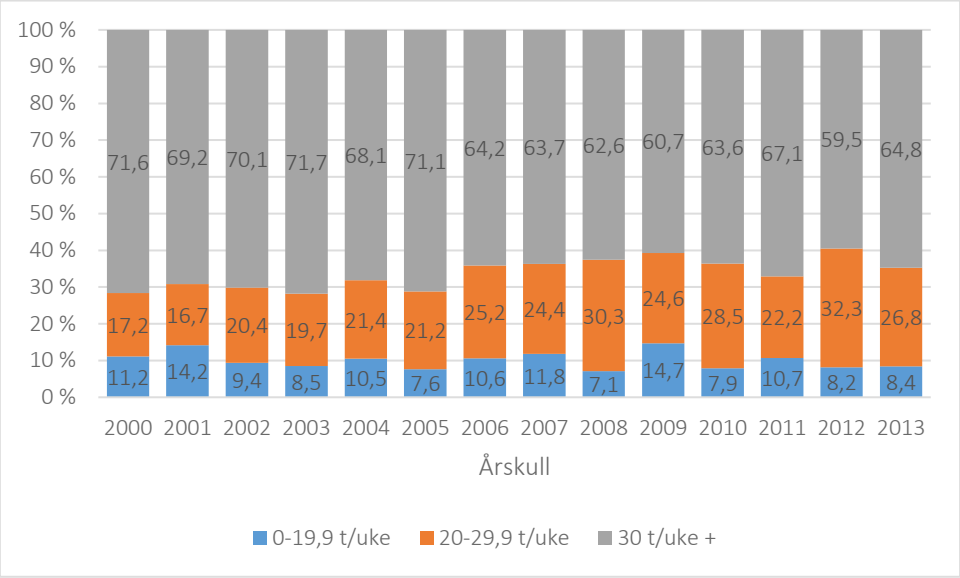
		0-19,9 t/uke	20-29,9 t/uke	30 t /uke +	Total
Menn	N	49	91	500	640
	%	8	14	78	100
Kvinner	N	451	1 182	2 955	4 588
	%	10	26	64	100
Total	**N**	**500**	**1 273**	**3 455**	**5 228**
	%	**10**	**24**	**66**	**100**

Figur 5.1 viser hvor stor andel som hvert år per 1. oktober, arbeidet heltid og deltid. Resultatet for hvert år i Figur 5.1, gjelder de kull som hadde fullført sykepleierutdanningen innen 1. oktober i rapporteringsåret, og de forutgående kullene. Figuren viser at andelen som jobbet 30 timer per uke eller mer, ble noe redusert over tid. Men endringene er små. Andelen som jobbet under 19,9 timer per uke avtok, mens andelen som jobbet mellom 20 og 29,9 timer per uke økte.

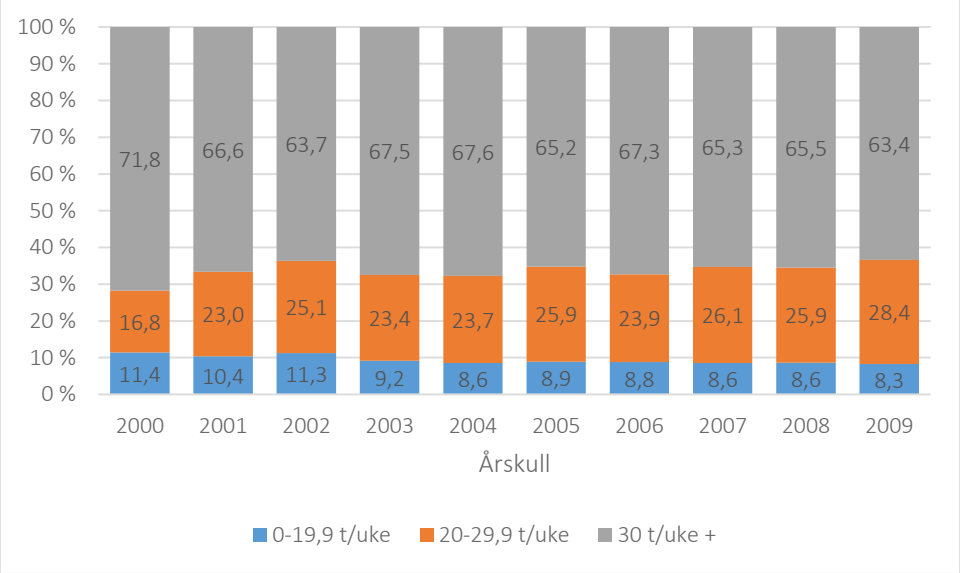


Figur 5.1: Heltids- og deltidsarbeid per 1. oktober i perioden 2000-2014 blant sykepleierne i studien. Prosent.

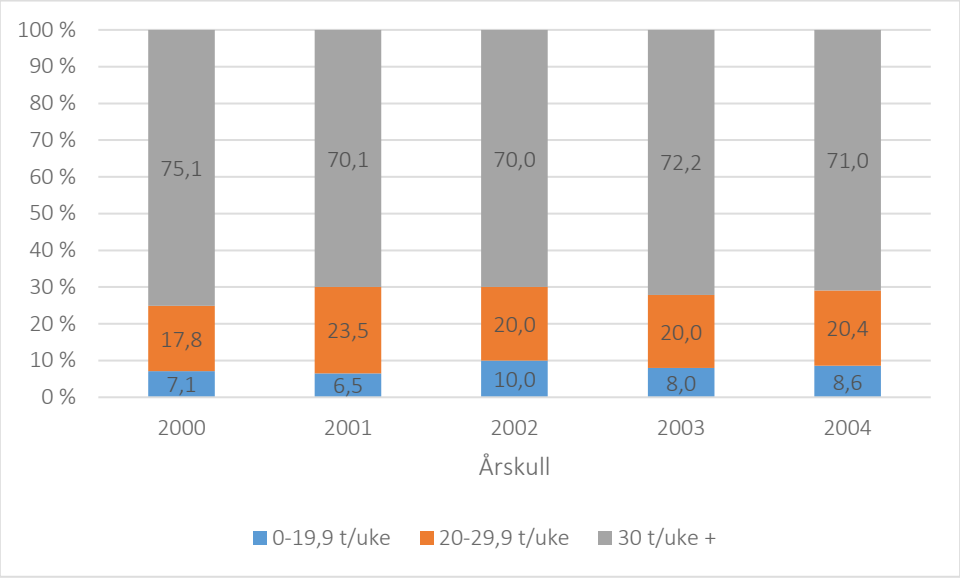
Endringene vi kan lese ut av Figur 5.1 henger dels sammen med at nyutdannede sykepleiere i den perioden vi har studert, i mindre grad har arbeidet heltid (dvs 30 t/uke eller mer) i sitt første arbeidsår etter endt utdanning og at nye kull sammenliknet med tidligere kull, har fortsatt å redusere sitt heltidsarbeid de første årene etter endt utdanning for så å øke det igjen. Figurene 5.2, 5.3 og 5.4 viser hvordan andelen i heltids- og deltidsarbeid blant ulike kull sykepleiere utdannet i Nord-Norge har endret seg henholdsvis ett, fem og ti år etter uteksaminering. Både etter ett, fem og ti år har trenden gått i retning av en lavere andel i heltidsarbeid i nye kull sammenliknet med eldre kull. Andelen i heltidsarbeid har generelt vært lavest fem år etter uteksaminering. Ti år etter endt utdanning har sykepleierne økt sitt heltidsarbeid til å ligge på omtrent samme nivå som de hadde ett år etter endt utdanning.



*Figur 5.2: Heltids- og deltidsarbeid per 1.oktober **ett år etter uteksaminering** blant ulike kull sykepleiere utdannet i Nord-Norge i 2000-2013. Prosent.*



*Figur 5.3: Heltids- og deltidsarbeid per 1.oktober **fem år etter uteksaminering** blant ulike kull sykepleiere utdannet i Nord-Norge i 2000-2009. Prosent.*



*Figur 5.4: Heltids- og deltidsarbeid per 1.oktober **ti år etter uteksaminering** blant ulike kull sykepleiere utdannet i Nord-Norge i 2000-2004. Prosent.*

Variasjonen i arbeidstid som vi får fram ved å studere hvordan de ulike kullene har arbeidet over tid, kan være utrykk både for en generasjonseffekt (kohorteffekt) og en livsfaseeffekt. Det er nærliggende å anta at man vil finne forskjeller i arbeidstid mellom sykepleiere som har barn og sykepleiere som ikke har barn. Tabell 5.2 omfatter sykepleiere i arbeid og skiller mellom sykepleiere som har barn under 18 år og sykepleiere uten barn. Tabellen viser i hvilken grad sykepleierne arbeidet deltid per 1. oktober de angjeldende år. For hvert år innrulleres et nytt kull med sykepleiere. Linjen som viser 2014 inneholder således alle sykepleiere utdannet i Nord-Norge i undersøkelsesperioden (2000-2014) som var i jobb per 1. oktober 2014. Tallene viser at det per 1. oktober 2014 var liten forskjell i arbeidstid mellom sykepleiere som har barn, og de uten barn. Andelen som arbeidet heltid (dvs. 30 t/uke eller mer), var identisk i de to gruppene. Andelen som arbeidet under 20 timer per uke var faktisk større blant sykepleiere uten barn enn blant de med barn. Tallene i tabellen kan ellers tyde på at det over tid er blitt mer vanlig å arbeide heltid blant sykepleiere som har barn. Det trenges imidlertid mer inngående undersøkelser enn det vi har anledning til å gjøre her, for å slå fast om dette er tilfelle.

Tabell 5.2: Heltids- og deltidsarbeid per 1.oktober i perioden 2000-2014 blant sykepleierne i studien, fordelt på familietyper med og uten barn. Prosent. N=5227

Gjeldende og forut-gående årskull	Familietype med barn				Familietype uten barn			
	0-19,9 t/uke	20-29,9 t/uke	30 t /uke +	Totalt (n)	0-19,9 t/uke	20-29,9 t/uke	30 t /uke +	Totalt (n)
2000	33	15	52	100 (213)	28	8	65	100 (51)
2001	24	21	56	100 (491)	18	12	71	100 (157)
2002	20	19	61	100 (710)	17	14	69	100 (302)
2003	14	20	67	100 (982)	7	13	80	100 (383)
2004	17	23	61	100 (1261)	11	18	72	100 (518)
2005	15	21	64	100 (1579)	12	15	73	100 (617)
2006	12	21	67	100 (1925)	9	19	72	100 (711)
2007	12	26	63	100 (2101)	10	18	73	100 (800)
2008	11	24	65	100 (2311)	9	22	70	100 (895)
2009	10	26	64	100 (2559)	10	21	70	100 (1017)
2010	11	25	62	100 (2820)	11	20	69	100 (1051)
2011	9	25	67	100 (3071)	9	20	71	100 (1140)
2012	10	24	66	100 (3385)	11	19	69	100 (1202)
2013	10	24	66	100 (3641)	10	22	68	100 (1291)
2014	**9**	**25**	**66**	**100 (3634)**	**11**	**23**	**66**	**100 (1593)**

Vi vet fra en tidligere studie at det i kommunesektoren er store forskjeller fylker imellom i andelen heltidsansatte innenfor pleie- og omsorgssektoren (Moland og Lien 2013). Her er det ikke snakk om bare sykepleiere, men også andre yrkesgrupper. I 2012 var ti av de tolv kommunene som på landsbasis hadde flest heltidsansatte, Finnmarkskommuner. Mens kommunene i Finnmark i gjennomsnitt hadde 45 prosent heltidsansatte i pleie- og omsorgsektoren, var tilsvarende andel i Aust-Agder nede i 18 prosent. Heltidsandelen i kommunesektoren i Finnmark har økt systematisk i tiårsperioden fra 2002 til 2012. Vardø og Berlevåg var i 2012 de to eneste kommunene som hadde mer enn 60 prosent heltidsansatte i pleie- og omsorgssektoren. I Finnmark var gjennomsnittlig stillingsprosent i pleie- og omsorgssektoren 79 i 2012, mens den var 61 i Aust-Agder. Moland og Lien (2013) har konkludert med at den viktigste årsaken til resultatene i Finnmark er at både arbeidsgivere og arbeidstakere i sterkere grad enn i landet for øvrig har behov for større og hele stillinger. En stor andel ønsker å jobbe heltid fordi de kan og vil. Arbeidsgivere tilbyr heltidsstillinger fordi de har behov for arbeidskraften. Resultatene fra Finnmark viser at utvikling mot en heltidskultur er mulig. Med bakgrunn i dette, er det i denne undersøkelsen interessant å undersøke om sykepleiere som arbeidet i Finnmark, skiller fra sykepleiere som arbeidet i andre områder.

Tabell 5.3 viser variasjonen i ukentlig arbeidstid blant alle sykepleiere utdannet i Nord-Norge i undersøkelsesperioden som var i arbeid per 1. oktober 2014. Det framgår at to av tre sykepleiere arbeidet det vi kaller heltid (30 t/uke eller mer). Andelen som arbeidet heltid, var noe høyere blant sykepleierne som arbeidet i primærhelsetjenesten, sammenliknet med de som arbeidet i spesialisthelsetjenesten. Andelen som arbeidet heltid, var imidlertid vesentlig høyere blant sykepleierne som var i annet arbeid. Tabell 5.3 viser videre at det er betydelige forskjeller i arbeidstid mellom sykepleiere som arbeidet i Finnmark og Troms, sammenliknet med de som arbeidet i Nordland og Sør-Norge. Dette gjelder særlig blant sykepleierne som arbeidet i spesialisthelsetjenesten. Andelen i heltidsarbeid blant disse, var betydelig høyere i Troms og Finnmark sammenliknet med Nordland og Sør-Norge. Aller høyest var den i Troms hvor 79 prosent arbeidet heltid og lavest var den blant sykepleiere i spesialisthelsetjenesten i Sør-Norge (53 prosent). De geografiske forskjellene var også til stede blant sykepleiere som arbeidet i primærhelsetjenesten, men ikke i samme grad. Her var det Finnmark som hadde den høyeste andelen heltidsarbeidene sykepleiere i primærhelsetjenesten (69 prosent), et resultat i tråd med tidligere forskning, og Sør-Norge som igjen hadde den laveste andelen i heltidsarbeid (62 prosent).

Tabell 5.3: Heltids- og deltidsarbeid per 1. oktober 2014 blant sykepleiere i studien, fordelt på geografisk arbeidssted og sektor. Prosent. N=5 228

Arbeidssted	0-19,9 t/uke	20-29,9 t/uke	30 t /uke +	Total	N
Totalt	**10**	**24**	**66**	**100**	**5 228**
Primærhelsetjenesten	10	25	66	100	2 422
Spesialisthelsetjenesten	9	27	64	100	2284
Annet	13	10	77	100	520
Finnmark	**10**	**17**	**73**	**100**	**529**
Primærhelsetjenesten	9	22	69	100	271
Spesialisthelsetjenesten	12	17	72	100	182
Annet	13	1	86	100	76
Troms	**9**	**17**	**74**	**100**	**1 656**
Primærhelsetjenesten	11	21	68	100	687
Spesialisthelsetjenesten	7	15	79	100	819
Annet	13	11	76	100	149
Nordland	**10**	**29**	**61**	**100**	**2 257**
Primærhelsetjenesten	9	26	65	100	1 163
Spesialisthelsetjenesten	10	37	53	100	901
Annet	15	11	74	100	193
Sør-Norge	**10**	**31**	**60**	**100**	**786**
Primærhelsetjenesten	9	29	62	100	301
Spesialisthelsetjenesten	10	38	53	100	382
Annet	9	13	78	100	102

5.2 Jobber sykepleiere frivillig eller ufrivillig deltid?

Det er ikke mulig å svare på spørsmålet over med utgangspunkt de registerdataene som vi har om sykepleierne utdannet i Nord-Norge. Vi må derfor søke svar i forskningslitteraturen. Køber og Vigran (2011) fant at om lag 90 prosent av de heltidsansatte sykepleiere var fornøyd med sin avtalte arbeidstid, mens tilsvarende tall for de deltidsansatte var om lag 80 prosent. De fleste deltidssysselsatte sykepleierne som ønsket en annen arbeidstid, ønsket lengre arbeidstid. I det undersøkte utvalget var det totalt 16 prosent som ønsket lengre arbeidstid. Denne gruppen betegnes som undersysselsatt.

Næss (2012) har undersøkt omfanget av undersysselsetting, dvs. uønsket deltid, blant personer som fullførte ulike typer profesjonsutdanning vel to og et halvt år etter at de var ferdige med utdanningen. Undersysselsatte ble definert som personer som i undersøkelsesuken hadde en deltidsstilling som hovedstilling, og svarte at grunnen til at de arbeidet deltid var at det ikke var mulig å få full stilling. Gruppene som ble kartlagt var sykepleiere, førskolelærere, allmennlærere, økonomer, ingeniører, sosionomer, barnevernspedagoger, jurister, siviløkonomer og sivilingeniører. Totalt i hele utvalget var 7,5 prosent undersysselsatt. Blant sykepleiere var andelen 21,1 prosent (22 prosent blant kvinner og 13,8 prosent blant menn). Også for barnevernspedagoger, sosionomer og allmennlærere, var det en ikke ubetydelig andel som var undersysselsatt (5-9 prosent). For de øvrige gruppene var undersysselsettingen ubetydelig. De undersysselsatte sykepleiere hadde litt kortere arbeidstid enn de øvrige undersysselsatte. De undersysselsatte hadde i gjennomsnitt 0,38 bistillinger. En del av dem som regnes som undersysselsatt, har trolig totalt sett hatt en arbeidstid tilsvarende full stilling. Undersysselsettingen i hovedstillingen syntes å være relativt permanent for de fleste.

I 2001 kartla Agderforskning arbeidskraftreserven blant sykepleiere i sykehussektoren (Olsen 2002). Undersøkelsen konkluderte med at sykepleierne som jobbet deltid, ikke utgjorde noen stor arbeidskraftreserve. Ved å definere arbeidskraftreserven lik differansen mellom avtalt arbeidstid i dag og ønsket avtalt arbeidstid fant man at arbeidskraftreserven var 1,6 årsverk per 100 årsverk. Ved definere arbeidskraftreserven lik differansen mellom hva den ansatte faktisk jobbet og hva den ansatte ønsket å jobbe fant man en arbeidskraftreserve på under ett årsverk per 100 årsverk.

Deltidskultur og deltidsorientering

Næss (2012) sin studie om undersysselsetting, viser at sykepleiere skiller seg ut med spesielt høy undersysselsetting selv om man kontrollerer for kjønn og andre individkjennetegn. Den høye undersysselsettingen for sykepleiere kan derfor ikke forklares med at dette er en typisk kvinneutdanning eller at det er andre spesielle

kjennetegn ved arbeidskraften i denne utdanningsgruppen, men må skyldes arbeidsorganiseringen med høy bruk av deltidsstillinger. Det store omfanget av deltidsstillinger bidrar både til å tiltrekke seg deltidsorienterte kvinner og å opprettholde en deltidskultur.

Det er vanlig å argumentere for at sykepleieryrket er preget av en deltidskultur (Olsen 2002, Abrahamsen 2002, Gullikstad og Rasmussen 2005, Johansen 2007). Deltidskulturen speiler tradisjonelle holdninger til kvinners yrkesdeltakelse og en forestilling om at den «gode mor» reduserer arbeidstiden for å være hjemme med barna (Abrahamsen 2010). Det er mye som tyder på at deltidsarbeidere i kvinnedominerte yrker ikke stigmatiseres. De har tvert imot like gode utviklingsmuligheter som heltidsarbeidende, og taper ikke i konkurransen med heltidsarbeidende når de interessante arbeidsoppgavene fordeles, ved opprykk, og lignende (Abrahamsen 2002).

Det er to hovedteorier om kvinners arbeidstid: 1) Hakims (2000) preferanseteori om at det først og fremst individuelle preferanser som avgjør kvinners tilknytning til arbeidslivet og 2) en strukturteori hvor kvinners arbeidstilknytning avhenger av de muligheter og begrensninger de møter i arbeidsliv og i samfunnet ellers (Ginn et al. 1996, Crompton og Harris 1998, McRae 2003, Crompton og Lyonette 2005). Strukturteorien understreker betydningen av alternative jobbmuligheter, egne/familiens økonomiske ressurser og tilrettelegging for å kombinere arbeid og familie både på organisasjons- og institusjonelt nivå. Norske studier finner liten støtte for preferanseteorien som forklaring på sykepleieres deltidsarbeid (Abrahamsen 2009).

Det er i tillegg økonomiske argumenter for deltidsarbeid. Ansatte i deltidsstillinger er ofte villig til å arbeide utover den avtalte arbeidstiden. Det gjør at arbeidsgiver unngår overtidsbetaling (Moland og Gautun 2002, Kjeldstad og Nymoen 2004). Mange deltidsansatte gjør at arbeidsgiver kan organisere arbeidet med korte vakter som dekker de mest arbeidsintense periodene i løpet av døgnet. Slik blir deltidsarbeid opprettholdt fordi det gir mulighet for økonomiske innsparinger (Moland og Gautun 2002, Gullikstad og Rasmussen 2004).

Abrahamsen (2010) hevder at videreføringen av deltidskulturen i sykepleieryrket henger sammen med holdninger til deltidsarbeid hos de som rekrutteres inn i yrket. Hun har undersøkt utviklingen i deltidsarbeid blant kvinnelige sykepleiere. Analysen er basert på tre ulike spørreskjemaundersøkelser blant sykepleiere uteksaminert i 1977, 1992 og 2001/2003. Abrahamsen fant signifikante endringer i omfanget av deltidsarbeid. Sykepleiere utdannet i 2001/2003 hadde halvert omfanget av deltid sammenliknet de som var utdannet tidligere. Seks år etter utdanning var deltidsandelen cirka 25 prosent for det yngste kullet (2001/2003), mens den var om lag 50 prosent for de eldste kullene

(1977 og 1992). Blant de yngste kvinnelige sykepleierne (2001/2003) var deltidsarbeid mye mer vanlig enn blant andre høyskoleutdannede, og denne forskjellen økte utover i yrkesløpet. Seks år ut i yrkesløpet var andelen deltid 25 prosent, mens den var om lag 10 prosent for andre høyskoleutdannede kvinner. Blant sykepleiere utdannet i 1977 som hadde to eller flere barn, var det godt over 70 prosent som arbeidet deltid, blant 1992-kullet var andelen vel 50 prosent, for det yngste kullet av sykepleiere cirka 35 prosent, mens prosentandelen for andre høyskoleutdannede kvinner var cirka 20 prosent.

6 YRKESSKIFTER, YRKESPASSIVITET OG ELDRE ARBEIDSTAKERE

Yrkesdeltakelsen i Norge er høy, og sysselsettingen blant kvinner, unge og eldre er på et høyt nivå sammenlignet med andre land (Arbeids- og sosialdepartementet 2016). Arbeidsstyrken er imidlertid i endring, og andelen eldre arbeidstakere øker (ibid.). Det er gjort mange studier i inn- og utland av hvorfor noen sykepleiere ikke er i jobb. I dette kapitlet presenteres våre resultater fra Nord-Norge i lys av disse.

I det første avsnittet presenteres data om sykepleierne som er utdannet i Nord-Norge i perioden 2000-2014 som ikke er i jobb eller som har skiftet yrke, og vi beskriver resultater fra en litteraturstudie om årsaker til at sykepleiere ikke er i jobb. I det andre avsnittet presenteres data fra Nord-Norge om yrkesdeltakelsen blant de eldste sykepleierne i vår studie. Videre beskrives resultater fra en litteraturstudie om inkludering og ekskludering av eldre arbeidstakere, da disse utgjør en stor arbeidskraftreserve og er en gruppe som øker i omfang.

6.1 Yrkesskifter og yrkespassivitet

Resultater fra litteraturstudien viser at ni prosent av nyutdannede sykepleiere angrer valget av utdanning (Førland 2005). Vår studie av sykepleiere utdannet i Nord-Norge omfatter ikke intervjuer eller spørreskjema til hver enkelt, og derfor kan vi verken bekrefte eller avkrefte at såpass mange i vår studie angrer valget av utdanning. Vi har imidlertid undersøkt hvor stor andel som arbeider utenfor helsetjenesten. Vi fant at til sammen sju prosent av sykepleierne som er utdannet i perioden 2000-2014 og som var i arbeid per 2014, arbeidet utenfor helsetjenesten. Abrahamsen (2003) undersøkte en litt lengre periode, og til sammenligning fant hun at ni av ti sykepleiere arbeidet i yrket 20 år etter fullført utdanning. Yrkesavgangen for sykepleiere kan ut fra dette betegnes som lav i Norge.

Blant de i vår studie som arbeidet utenfor helsetjenesten, arbeidet 37 prosent i kategorien offentlig administrasjon og forsvar og trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning, 24 prosent arbeidet innen undervisning og 10 prosent arbeidet innen varehandel. De øvrige var spredt på øvrige kategorier i henhold til den nasjonale standarden for yrkesgruppering (Tabell 6.1 i tabellvedlegget).

Sju prosent av de kvinnelige sykepleierne (N=5041) og 12 prosent av de mannlige sykepleierne (N=689) i vårt materiale arbeidet utenfor helsetjenesten. Resultatene bekrefter resultatene til Abrahamsen (2003), som fant at henholdsvis 8 og 15 prosent var i andre yrker enn som sykepleier. Abrahamsen fant at blant de kvinnelige sykepleierne hadde nesten samtlige (sju av åtte prosent) gått inn i undervisning eller forskning. Vår studie fra Nord-Norge (Tabell 6.2) viser imidlertid at kun hver fjerde av kvinnene som

arbeidet utenfor helsetjenesten var gått inn i undervisning eller forskning. Abrahamsen fant at hver tredje av mennene som ikke arbeidet som sykepleier, arbeidet innenfor undervisning, mens våre data viser at kun hver femte av mennene arbeidet innenfor undervisning.

Tabell 6.2: Hvor arbeider sykepleierne som ikke arbeider i helsetjenesten. N=389

Kategori (Standard for næringsgruppering2007)	Menn		Kvinner		Total	
	Antall	*Prosent*	*Antall*	*Prosent*	*Antall*	*Prosent*
O 84 Offentlig administrasjon og forsvar, trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning	33	43	109	35	142	37
P 85 Undervisning	15	20	80	26	95	24
Annet	29	38	123	39	152	39
Total	77	100	312	100	389	100

I vår studie fant vi at 42 prosent av de som arbeidet i kategorien Annet hadde videreutdanning. Dette er en lavere andel enn i spesialisthelsetjenesten (48 prosent), og en høyere andel enn i primærhelsetjenesten (34 prosent). Resultatene i vår studie kan derfor ikke uten videre bekrefte resultatet fra Abrahamsen (2003), som fant at et kjennetegn ved de fleste som hadde skiftet yrke, var krav om flere år med videreutdanning

Med utgangspunkt i de 389 sykepleierne som per 2014 arbeidet utenfor helsetjenesten, fant vi at yrkesskiftene forekom utover i hele den delen av yrkesløpet som inngår i vår analyse. Dette innebærer de 15 første årene av yrkesløpet for de eldste kullene, og ett år mindre for hvert av kullene etterpå. Abrahamsen (2003) undersøkte en lengre tidsperiode, og fant at overgangen til andre yrker skjedde jevnt utover i yrkesløpet, men i hovedsak i de første 10 -15 årene.

Yrkespassivitet

Totalt var det per 2014 ni prosent av sykepleierne i vår studie som ikke var i arbeid. Dette gjaldt ni prosent av kvinnene og sju prosent av mennene.

Tabell 6.3 i tabellvedlegget viser hvor stor andel i hvert kull som ikke var i arbeid ett, tre, fem og 10 år etter utdanning. Ett år etter endt utdanning var mellom tre og sju prosent av sykepleierne ikke i arbeid. Tre år etter endt utdanning var andelen økt til mellom fem

og 10 prosent. Etter fem år var andelen økt litt til, til mellom sju og 14 prosent, og etter 10 år var andelen gått ned til mellom åtte og 12 prosent.

Når yrkespassiviteten analyseres sammen med familiestatus (det vil si hvorvidt sykepleieren var i en familie med eller uten barn under 18 år), finner vi at andelen yrkespassive sykepleiere som ikke hadde barn under 18 år lå på mellom 20 og 37 prosent hvert år (Tabell 6.4). Dette tolker vi som at en betydelig andel av yrkespassiviteten ikke er knyttet til omsorg for små barn. Videre viser tabellen at den største andelen av de yrkespassive var 34 år eller yngre. Andelen yrkespassive som var 45 år eller eldre var med ett unntak de første årene (frem til 2010) på mellom fem og 18 prosent. Andelen yrkespassive som var 45 år eller eldre lå de siste fire årene i perioden på over 20 prosent. De siste årene som vi har undersøkt var det imidlertid noen av de yrkespassive som hadde passert 65 år, og sannsynligvis var pensjonister[5].

Tabell 6.4: Kjennetegn ved de yrkespassive (kjønn, andel med barn, alder). Per år.

År	Antall ikke i arbeid	Menn (prosent)	Andel med barn (prosent)	Aldersspredning (prosent)			Total
				-34 år	*35-44 år*	*45 år +*	
2000	7	14	83	57	14	29	207
2001	20	15	84	85	10	5	579
2002	54	9	66	80	11	9	1 011
2003	96	7	66	75	19	6	1 423
2004	124	10	72	73	14	13	1 796
2005	148	9	80	70	24	6	2 241
2006	160	10	75	58	32	10	2 711
2007	267	10	76	57	29	14	3 124
2008	307	11	72	52	35	12	3 462
2009	329	9	71	46	34	17	3 850
2010	342	7	74	50	32	18	4 190
2011	376	9	72	47	32	21	4 498
2012	406	10	71	45	32	23	4 913
2013	445	10	68	41	34	25	5 314
2014	501	10	63	41	33	26	5 730

Våre funn bekrefter mange av resultatene til Abrahamsen (2003). Hun fant at ved hvert årsskifte i den 20 år lange studieperioden var 10–15 prosent av de kvinnelige pleierne ute av arbeidslivet (yrkespassive). Abrahamsen lanserte en forklaring om at kvinnelige

[5] Antall pensjonister (65 år og eldre) blant de yrkespassive var 1 i 2008 og 2009, 0 i 2010, 1 i 2011, 4 i 2012, 10 i 2013 og 2014.

sykepleiere ikke går tilbake til arbeidslivet etter småbarnsperioden. En annen forklaring var at det også blant godt voksne var vanlig å gå ut av arbeidslivet for kortere eller lengre periode.

Sykepleiere som ikke er i arbeid – resultater fra litteraturstudie

Førland (2005[6]) har gått nærmere inn og beskrevet hvordan *de overbeviste*, *de angrende* og *de ambivalente* gir et sammensatt og nyansert sett av begrunnelser for sin holdning til om de ville valgt sykepleierutdanningen hvis de kunne valgt på nytt. En av fem nyutdannede sykepleiere ville ikke valgt denne utdanningen hvis de kunne valgt på nytt, og ni prosent ser ikke for seg en fremtid innen sykepleiefaget ti år frem i tid. Ulike sider ved arbeidssituasjonen oppleves som hovedtema. De angrende pekte på negative faktorer som stort arbeidsmengde og arbeidstyngde, overveldende pasientansvar og stort press om å ta ekstravakter. Studier fra andre land bekrefter at gruppen angrende er stor. I en finsk studie fra et universitetssykehus viser Salminen at en av fire sykepleiere jevnlig tenker på å slutte (Salminen 2012[7]), og 19 prosent har tenkt på tidlig pensjon. North et al. (2005) beskriver turnover i offentlige sykehus i New Zealand, og viser til andre studier som finner at til enhver tid har 30-40 prosent av alle aktive sykepleiere i New Zealand en intensjon om å forlate yrket innen et år, og over halvparten har perioder uten at de arbeider i løpet av de første 11 årene av karrieren.

Van der Heijden et al. (2009)[8] fant i en europeisk studie at ikke-støttende arbeidsmiljø, dårlig kvalitet på lederskapet (= sterkeste prediktor), og høy «work-to-home interference» resulterte i lavere tilfredshet med arbeidet, som videre predikerte sykepleiernes intensjoner om å forlate profesjonen ett år etterpå. Work-to-home interference viste en i tillegg direkte relasjon med turnoverintensjoner. Implikasjoner var at man kan unngå at sykepleiere forlater fra sykepleierarbeid ved å gi bedre sosial støtte på arbeidet, hjelpe dem med å kombinere arbeid og fritid, og forbedre lederskapskvaliteten til deres veiledere. Fra den samme studien fant Laine et al. (2009) at en hypotese om at sykepleiere hadde en større tilbøyelighet til å forlate yrket hvis de erfarte stor grad av usikkerhet om jobben, fikk sterkest støtte blant norske og finske sykepleiere.

En annen europeisk studie viste at det har blitt vanskelig å rekruttere og beholde sykepleiere på grunn av økende arbeidsbyrde, lavere jobbtilfredshet og forholdsvis lav

[6]Spørreskjemastudie fra 2000-kohorten ved seks høgskoler på Vestlandet, til sammen 590 sykepleiere, hvor respondentene med egne ord har beskrevet hvorfor de angrer eller ikke angrer.
[7] Finsk kvantitativ studie N=343 blant sykepleiere i et universitetssykehus.
[8] Nurses early exit (NEXT) -studien i ti europeiske land (ikke Norge), basert på spørreskjema i to runder med ett års mellomrom, 1 187 sykepleiere.

betaling. Det ble pekt på motstridende krav mellom kostnadseffektivitet og kvaliteten på pleie, og individuelle konflikter mellom kjerneaktiviteten pleie og økende administrasjonskrav og annet perifert arbeid (Kirpal 2004)[9]. Aiken et al. (2002)[10] fant i en studie fra California at i sykehus med mange pasienter per sykepleier, hadde sykepleiere en større tendens til å erfare utbrenthet og utilfredshet med jobben. Assosiasjonen var sterk. En svensk studie viste at ulike aspekter ved arbeidsbetingelsene, i hovedsak skiftarbeid, ledelse og profesjonens status, var årsaker både til å forlate sykepleieryrket, og til å vurdere å komme tilbake (Sjøgren et al 2004)[11]. Faktorer i en finsk studie (Salminen 2012[12]) som ble forbundet med intensjoner om å slutte, var lav tilfredshet med jobben, lav forpliktelse til jobben, lav arbeidsevne og lave ferdigheter. Hiscott (1998) studerte i en intervjuundersøkelse fra USA hvorfor majoriteten av sykepleiere byttet jobb minst en gang i løpet av karrieren. Tre av fem oppga at grunnen var personlig; for eksempel at man flyttet med partneren, andre jobbmuligheter eller graviditet. Jobbrelaterte grunner til å skifte arbeid var først og fremst skiftarbeid. Mer enn en av tre oppga flere grunner til å forlate jobben.

Sykefravær

For å komplettere bildet av sykepleiere som ikke er i arbeid, beskrives noen trekk ved sykefraværet i dette avsnittet. Sykefraværet i Norge er høyt, og dobbelt så høyt som gjennomsnittet i OECD. I perioden 2004-2014 har sykefraværet i Norge ligget på mellom 6,4 og 7,5 prosent (Krane 2016). Helsesektoren er blant de sektorer med høyest sykefravær (HOD 2010). Sykefraværet i helsesektoren har i perioden 2004-2014 ligget på mellom 9,1 og 10,1 prosent (Krane 2016). Sykefraværet i pleie- og omsorgssektoren i kommunene har i samme perioden i hovedsak ligget rundt 11 prosent, og med lavest sykefravær i 2005 med 10,2 prosent og høyest sykefravær i 2008 med 11,4 prosent (ibid.).

I følge SSBs fraværsstatistikk i 2014, hadde kvinner 66 prosent flere sykefraværsdager enn menn. Flere tegn tyder på at det verken er belastende arbeidsforhold, eller

[9] Komparativ kvalitativ studie i fire europeiske land (Estland, Frankrike, Tyskland, UK) som inkluderer intervjuer med 166 personer, de fleste sykepleiere, 80 prosent i sykehus, 90 prosent kvinner.
[10]Data omfatter blant annet survey blant 10 184 sykepleiere i Pennsylvania og registerdata.
[11]Basert på to forskningsprosjekter i svenske «county hospitals» på 90-tallet, samt spørreskjema blant 1098 av disse i 2003, hvorav 288 som hadde forlatt sykepleieryrket. Gruppen omfatter 36 % «registered nurses» og resten «assistant nurses», og skiller ikke mellom resultater blant disse.
[12] Finsk kvantitativ studie N=343 blant sykepleiere i et universitetssykehus.

kombinasjonen av ansvar for barn og betalt arbeid, som forklarer forskjellen, men kjønnsforskjeller i helse eller reaksjoner på helseproblemer (Mastekaasa 2016).

6.2 Eldre arbeidstakere

Eldre arbeidstakere utgjør en stor arbeidskraftreserve og nasjonale tall har vist at dette er en gruppe som øker i omfang. Sykepleierne i vår studie utgjør imidlertid en forholdsvis ung populasjon, og få av dem er i kategorien eldre arbeidstakere (definert som 55 år og eldre). De eldre arbeidstakerne som er omfattet av vår studie, har tatt utdanning relativt sent i livet, og skiller seg dermed fra gjennomsnittlige eldre sykepleiere.

85 prosent av arbeidstakerne i vår studie som var i aldersgruppen 55 til 67 år, var i arbeid per 2014 (Tabell 6.5). Av disse var 34 prosent ansatt i spesialisthelsetjenesten, 59 prosent var ansatt i primærhelsetjenesten og 7 prosent var ansatt i Annet. Til sammenligning var 47 prosent av sykepleierne i vår studie og som var i arbeid per 2014, ansatt i spesialisthelsetjenesten, 44 i primærhelsetjenesten og 10 prosent i Annet. Det vil si at det var en relativt stor andel av de eldre sykepleierne som var i arbeid, som arbeidet i primærhelsetjenesten (en mer detaljert tabell med fordeling på alder finnes i tabellvedlegget som Tabell 6.6).

Tabell 6.5: Antall eldre arbeidstakere (55 år +) i spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og annet. N=331.

	Spesialist-helsetjenesten	Primærhelse-tjenesten	Annet	Total i arbeid	Total	Ikke i arbeid (N)
Total	95	166	21	282	331	49
Prosent	34	59	7	100		

I gruppen eldre arbeidstakere (55 år +), arbeidet to av tre på heltid (30 t/uke eller mer). Fordelingen var ganske lik mellom sektorene. En litt større andel (70 prosent) i spesialisthelsetjenesten arbeidet på heltid (Tabell 6.7).

Generelt er det slik at valget om å gå av med pensjon eller fortsette i arbeid, først og fremst påvirkes av helsetilstanden (målt ved sykefravær), tidspunkt for ektefellens pensjonsbeslutning og om man er ansatt hos arbeidsgiver med avtalefestet pensjon (Bråthen og Bakken 2012)[13]. Effekten av helsetilstanden på jobbsannsynligheten har vist seg å være sterkest på de yngste seniorene (ibid.).

[13] Basert på data om arbeidsforhold, arbeidsgiver, sykefravær, inntekt og demografiske variabler, fra 2001 til 2011.

Tabell 6.7: Fordelingen på heltids- og deltidsarbeid blant eldre arbeidstakere (55 år +). Fordelt på sektor. N=282. Prosent (antall i parentes).

	0-19,9 t	20-29,9 t	30 t +	Total
Spesialisthelsetjenesten	13 (12)	18 (17)	70 (66)	100 (95)
Primærhelsetjenesten	11 (19)	24 (39)	65 (108)	100 (166)
Annet	19 (4)	14 (3)	67 (14)	100 (21)
Total	12 (35)	21 (59)	67 (188)	100 (282)

Lotherington og Obstfelder (2014) beskrev inkluderings- og ekskluderingsmekanismer som trer i kraft mot slutten av arbeidslivet på det høyteknologiske sykehuset. De fant at teknologi kan virke både inkluderende og ekskluderende, avhengig av situasjonen. De pekte på en inkrementell ekskluderingsmekanisme; at praksis gradvis endrer karakter uten at sykepleierne får bygd opp kompetanse til å henge med. Ut av dette har de beskrevet den individualiserte ekskluderingsmekanismen; de eldre sykepleierne påtok seg ansvaret for at de ikke lenger hang med enten på grunn av komplisert teknologi eller fordi de var slitne. De reiste altså ikke krav mot arbeidsgiver. Den individualiserte inkluderingsmekanismen bestod av fysisk trening på fritiden for å holde seg i form til å takle arbeidet, og bruk av fritid til å sette seg inn i ny teknologi. Det ble sett på som tabu å bli «gammel» så lenge man stod i arbeid, fordi det betyr at en ikke lenger var på høyde med kravene som stilles i arbeidslivet. Fra Finland fant Salminen (2012) at intensjoner om å gå av med tidligpensjon på universitetssykehus, økte med sykepleiernes alder, skiftarbeid, hvis sykepleieren var mann, lav arbeidsevne, jobbtilfredshet og dårlig kontroll med jobben.

Lotherington og Obstfelder 2014 og en kanadisk studie (Armstrong-Stassen og Stassen 2013), argumenterte for at organisasjoner må forsikre seg om at eldre sykepleiere har muligheten til å oppgradere sine ferdigheter, få nye, og bli adekvat trent i bruk av ny teknologi. Armstrong-Stassen og Stassen argumenterte for å støtte profesjonell utvikling gjennom frigitt tid, dekning av studieavgifter og permisjon til utdanning, og at man ser på jobbdesign og forsikre seg om at eldre sykepleiere til fulle utnytter sine ferdigheter og ekspertise. Lotherington og Obstfelder peker på at en politikk for inkludering av eldre arbeidstakere må være kollektiv, men individualisert. Dermed er det kanskje ikke seniorpolitikk men god ledelse som er svaret på hvordan man kan få eldre sykepleiere til å stå lenger i arbeid.

En FAFO-rapport (Hilsen 2015) beskrev hvordan seniorpolitikken når frem til seniorene i helseforetak. Dette var en evaluering av AFP-samarbeidsforum med utgangspunkt i 306

sluttsamtaler. Kombinasjonen av full opptjening og ønske om mer fritid motiverte til tidligavgang for en del. Mange ønsket at pensjonssystemet hadde hatt sterkere økonomiske insentiver for å kombinere arbeid og pensjon. Det var ønsker om reduserte stillinger, turnusfritak og begrensede arbeidsoppgaver uten lønnstap. Også denne rapporten pekte på at det er et betydelig forbedringspotensiale på ledersiden hvis man ønsker å beholde flere seniorer enn i dag; flere seniorer har ikke hatt samtaler med leder, og dermed ikke diskutert muligheten for å stå lenger i arbeid. Noen ble ikke tilbudt kompetanseutvikling, selv om de ønsket det, fordi yngre arbeidstakere ble foretrukket (Dalen 2014). FAFO-rapporten oppsummerte at til tross for stor trivsel, godt kollegamiljø og meningsfylt arbeid manglet en systematisk seniorpolitikk eller systematisk bruk av personalpolitiske virkemidler for å begrense tidliguttak av pensjon.

En del norske virksomheter har en seniorpolitikk og har etablert ulike tiltak for å motvirke tidlig avgang fra arbeidslivet. Tiltakene benyttes ikke nødvendigvis aktivt. En annen FAFO-rapport viser at kommunene fokuserer primært på økonomiske insentiver eller arbeidstidsreduksjoner (som høyere lønn, bonus, redusert arbeidstid og ekstra ferie) rettet mot alle over en viss alder, enten de har behov for tiltak eller ikke. (Midtsundstad og Bogen 2011)[14]. Slike tiltak kan best beskrives som rettighetsbestemte seniorgoder, og seniorene takker ja, selv om tiltakene har minimal innvirkning på beslutningen om å bli eller gå. Man fokuserer altså lite på skreddersøm og forebygging og effektive tiltak for å redusere tidlig pensjon (ibid.).

Økonometriske analyser (Risberg et al. 2000, Huse 2006) peker på andre virkemidler. Utgangspunktet for Huse (2006) er en teoretisk analyse av sykepleiernes arbeidstilbud, som forklarer en høy alderspensjonsgruppe ved at mange oppfatter markedslønnen som lavere i forhold til sin reservasjonslønn når arbeidet blir mer belastende jo eldre arbeidstakeren blir. Denne typen studier støtter at lønnspolitikk kan brukes i mobilisering av sykepleiernes arbeidskraft.

[14] Analyse av praksis i seks foregangskommuner.

7 HVOR ARBEIDER SYKEPLEIERNE?

I første del av kapitlet presenteres resultater som viser hvilken sektor sykepleierne arbeider i, hvor mange som blir i en sektor og hvor mange som skifter mellom sektorer. I andre del av kapitlet presenteres resultater som dreier seg om geografisk arbeidssted.

7.1 I hvilken sektor arbeider sykepleierne?

Per 2014 arbeidet 40 prosent av sykepleierne i vår studie i spesialisthelsetjenesten (15 prosent menn), 42 prosent arbeidet i primærhelsetjenesten (8 prosent menn), og 9 prosent arbeidet i kategorien Annet.

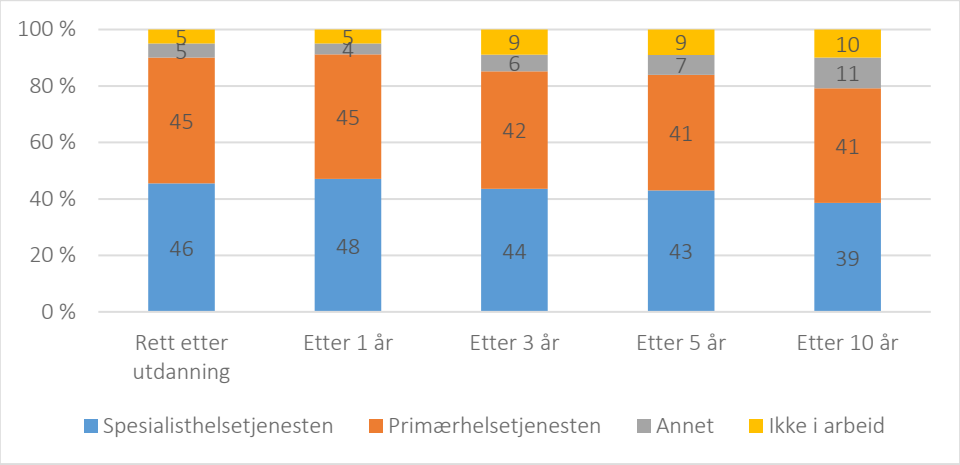
Tabell 7.1: Hvor mange sykepleiere er utenfor arbeid eller i arbeid i spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten, og annet (totaltall for årene 2000-2014). Frekvens og prosent. N=5730.

	Spesialisthelse-tjenesten		Primærhelse-tjenesten		Annet		Ikke i arbeid		Total
År	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	Frekvens	Prosent	N[15]
2000	83	40	105	51	12	6	7	3	207
2001	254	44	271	47	34	6	20	3	579
2002	686	68	224	22	47	5	54	5	1011
2003	727	51	528	37	72	5	96	7	1423
2004	857	48	735	41	80	4	124	7	1796
2005	1077	48	921	41	92	4	151	7	2241
2006	1257	46	1157	43	134	5	163	6	2711
2007	1344	43	1318	42	194	6	268	9	3124
2008	1453	42	1448	42	253	7	308	9	3462
2009	1571	41	1656	43	293	8	330	9	3850
2010	1739	42	1800	43	308	7	343	8	4190
2011	1903	42	1881	42	337	8	377	8	4498
2012	2032	41	2073	42	399	8,	409	8	4913
2013	2183	41	2211	42	473	9	447	8	5314
2014	2284	40	2422	42	520	1	504	9	5730

[15] I denne tabellen er det tatt utgangspunkt i årskull per 1. oktober hvert år.

Vi har studert arbeidssted til alle sykepleierne som er utdannet innen utgangen av hvert enkelt år (Tabell 7.1). Den viser lave andeler som arbeidet i spesialisthelsetjenesten de to første årene. Som et resultat av sykehusreformen i 2002, og ny standard for næringsgruppering fra 2003, er det store endringer i tallene fra 2001 til 2002 og fra 2002 til 2003. Dette innebærer ikke nødvendigvis store reelle endringer i arbeidssted. Tallene for 2003-2004 er muligens for høye (i 2005 ble det gjennomført en opprydding i registrene (Stølen et al. 2016)). Tabellen viser videre at fra 2003 til 2014 gikk andelen som arbeidet i spesialisthelsetjenesten ned fra 51 til 40 prosent. Andelen som arbeidet i primærhelsetjenesten steg fra 2003 til 2006, for deretter å ligge på et nivå mellom 42 og 43 prosent i resten av perioden. Andelen som arbeidet utenfor de to nevnte sektorene steg mot slutten av perioden, fra laveste andel på fire prosent i 2005 til ni prosent i 2014.

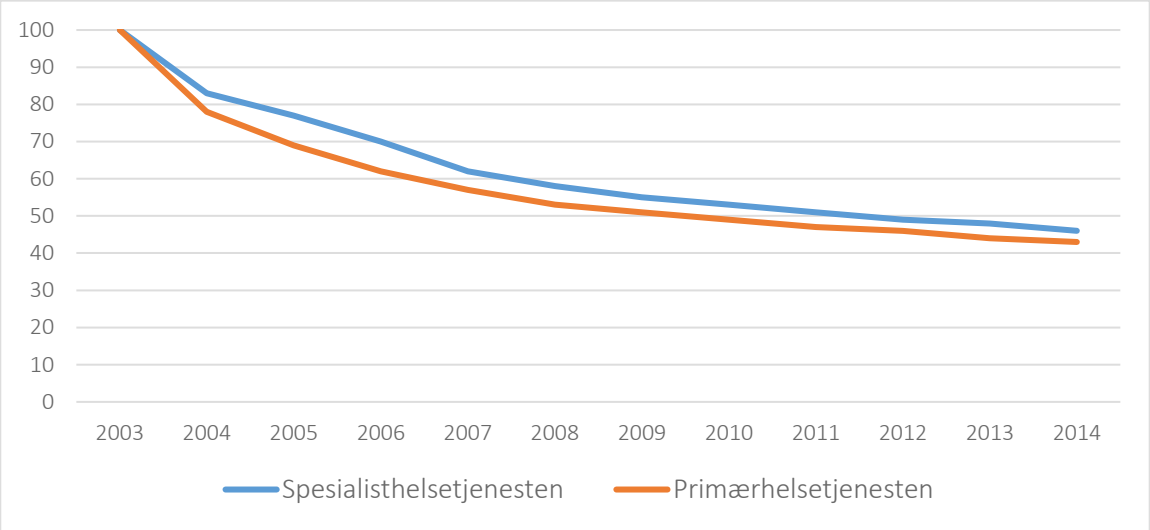
Figur 7.1 viser at andelen som arbeidet i spesialisthelsetjenesten var på topp ett år etter fullført utdanning, og falt så litt for hvert måletidspunkt, til sammen med sju prosentpoeng til 39 prosent 10 år etter utdanning. Også for primærhelsetjenesten var trenden den samme, men andelen minket med kun fire prosentpoeng og endte opp på 41 prosent etter 10 år. Andelen som arbeider utenfor spesialist- og primærhelsetjenesten var lavest etter ett år, og steg for hvert måletidspunkt til 11 prosent 10 år etter fullført utdanning. Andelen som ikke var i arbeid var lavest rett etter fullført utdanning, og steg så for hvert måletidspunkt frem til 10 prosent 10 år etter endt utdanning.



Figur 7.1: I hvilken sektor arbeidet sykepleierne 1, 3, 5 og 10 år etter endt utdanning (N = 5730 rett etter utdanning og N = 1796 etter 10 år)

Hvor mange blir i samme sektor og hvor mange skifter til en annen sektor?

For å illustrere hvor stor andel som har blitt blir værende i en og samme sektor, og hvor stor andel som har skiftet til en annen sektor, har vi i Figur 7.2 tatt utgangspunkt i de fire første årskullene (de som er ferdig utdannet per 1.10.2003). I analysen har vi tatt høyde for at en sykepleier kan være ute av arbeid, og så komme tilbake til samme sektor. Resultatene viser at 46 prosent av de som arbeidet i spesialisthelsetjenesten i 2003, fortsatt arbeidet der i 2014. Avgangen fra spesialisthelsetjenesten foregikk hvert år i hele perioden, men var størst de første årene. Avgangen fra primærhelsetjenesten foregikk i stor grad de første årene sykepleierne var i arbeid, og i sterkere grad enn hva som gjaldt i spesialisthelsetjenesten. Det var en mindre andel (43 prosent) av de som arbeidet i primærhelsetjenesten per 2003, som fortsatt arbeidet der i 2014, sammenlignet med spesialisthelsetjenesten (46 prosent).



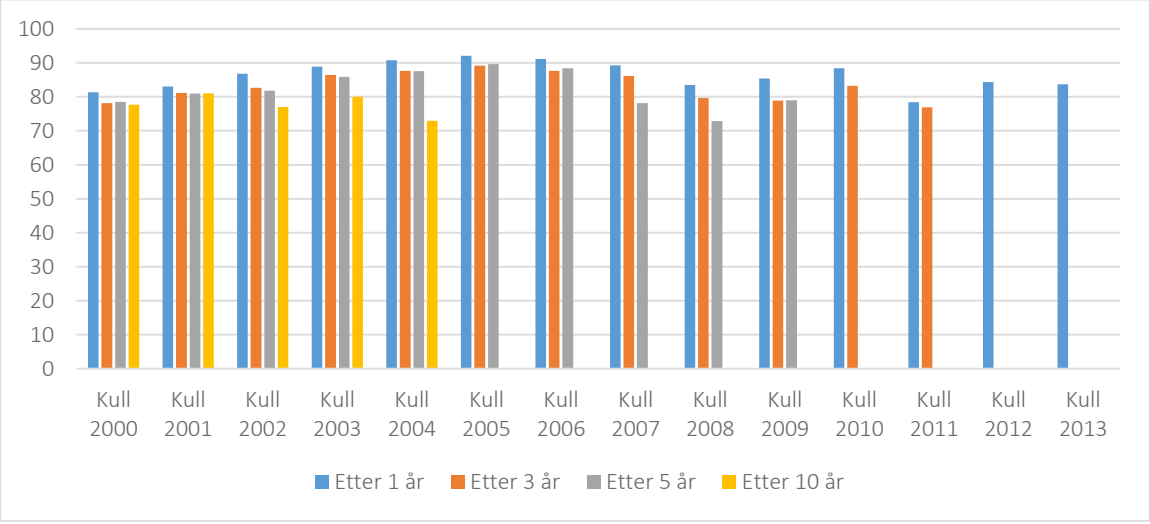
Figur 7.2: Hvor stor andel av 2000- 01- 02- og 03-kullet ble værende i sektoren de arbeidet i per 2003? Spesialisthelsetjenesten (N=1011) og primærhelsetjenesten (N=1496)

7.2 Hvor arbeider sykepleierne (geografisk arbeidssted)?

I dette avsnittet beskrives først hvor stor andel av sykepleierne som arbeidet i Nord-Norge rett etter fullført utdanning og etter ett år, tre år, fem år og 10 år. Videre analyser på regionnivå belyser sammenhengen mellom oppvekststed, utdanningssted og arbeidssted per oktober 2014. De neste analysene tar utgangspunkt i hvert enkelt utdanningssted, og beskriver hvor studentene kommer fra, og hvor de utdannede sykepleierne arbeider.

Andelen sykepleiere som arbeidet i Nord-Norge ett år etter endt utdanning, var 88 prosent. Andelen gikk litt ned over tid, slik at etter tre år og etter fem år var den 85 prosent, etter sju år var den 85 prosent og etter 10 år var den 82 prosent.

Figur 7.3 (og Tabell 7.2 i tabellvedlegget) viser at andelen sykepleiere i hvert kull som arbeidet i Nord-Norge ett år etter utdanning, lå på mellom 84 og 92 prosent. Etter tre år og etter fem år lå andelen som arbeidet i Nord-Norge på 80-90 prosent. Etter sju år lå andelen som arbeidet i Nord-Norge på mellom 81 og 90 prosent. Etter ti år lå andelen som arbeidet i Nord-Norge på mellom 81 og 85 prosent. Andelen av de som var i arbeid og som arbeidet i Nord-Norge, var høyest ett år etter utdanning. Andelen sank i noen kull jo lengre tid det gikk etter utdanning, mens den i kullene 2005-2007 var lavest etter tre år. Andelen som arbeidet i Nord-Norge var lavest i starten av perioden, og høyest blant kullene 2004-2006.



Figur 7.3: Andel av de som var i arbeid (N) som arbeidet i Nord-Norge 1, 3, 5 og 10 år etter utdanning, fordelt på kull.

Analyser av hver region

Videre analyser på regionnivå belyser sammenhengen mellom oppvekststed, utdanningssted og arbeidssted per oktober 2014. Flere detaljer finnes i tabellene 7.3 til 7.16 I tabellvedlegget, som viser antallet sykepleierne med oppvekst i hver enkelt region som har studert ved ulike studiesteder, og i hvilken region de arbeider per 2014.

ØST-FINNMARK

60 prosent av sykepleierne med oppvekststed i Øst-Finnmark, har studert i Hammerfest (inkludert desentraliserte utdanninger i Finnmark), 26 prosent i Tromsø, seks prosent i Bodø, fem prosent i Harstad, og to prosent i Narvik (N=217). Tall fra Samordna opptak for årene 2010-13 viser at to tredeler av de fra Øst-Finnmark som velger å studere sykepleie valgte en utdanning i Nord-Norge, mens det altså var en tredjedel som valgte en utdanning i Sør-Norge[16]. Det er altså noe «lekkasje» sørover i søkningen til sykepleiestudiet fra Øst-Finnmark.

Kun 52 prosent av sykepleiere med oppvekststed i Øst-Finnmark som var i arbeid per 2014, arbeidet i Øst-Finnmark (Tabell 7.3). Tall i parentes viser andelen utdannet på det enkelte studiested som var i arbeid i Øst-Finnmark; andelen var høyest på utdanningssted Hammerfest med 68 prosent, men dette inkluderer også en del som har tatt utdanningen desentralisert i Øst-Finnmark som vi antar har enda høyere tilbakevendingsandel[17]. Blant Øst-Finnmarkingene utdannet i Tromsø, arbeidet kun 26 prosent i Øst-Finnmark i 2014.

INDRE FINNMARK

66 prosent av sykepleierne med oppvekststed i Midt-Finnmark, har studert i Hammerfest (inkludert desentraliserte utdanninger i Finnmark, 30 prosent i Tromsø og til sammen 5 prosent i Harstad, Narvik og Bodø (N=95). Tall fra Samordna opptak til

[16] Basert på spesialutkjøring fra Samordna opptak 2010-13 fordelt på regioner og utdanninger for studenter som hadde møtt til en utdanning. Studenter tatt opp ved lokale opptak er ikke med i disse data, så trolig er andelen lokale studenter noe høyere, og andelen som tar en utdanning i Sør-Norge litt lavere.

[17] En del av de som er registrert med utdanningssted Hammerfest har tatt utdanningen desentralisert i Øst-Finnmark. I Databasen for høyere utdanning (DBH) er registrert et kull på 25 i Kirkenes uteksaminert i 2013, samt at det årene 2001-05 og 2009 totalt er uteksaminert 52 desentralisert i Finnmark. Hvor mange av disse som er uteksaminert i Øst-Finnmark vet vi ikke, men antar at det gjelder en del av disse også. Den høye tilbakevendingsandelen for Hammerfest skyldes derfor delvis de desentraliserte studiene i Øst-Finnmark, uten at vi kan anslå hvor mye som skyldes desentraliserte studier. Det som likevel er sikkert er at tilbakevendingsandelen blant de som faktisk har tatt utdanningen i Hammerfest er vesentlig høyere enn blant de som har tatt utdanningen i Tromsø.

sykepleierutdanninger 2010-13 viser at de fleste fra Indre Finnmark velger en sykepleierutdanning i Nord-Norge, mens knapt 20 prosent tar utdanningen i Sør-Norge.

Blant de 83 som var i arbeid per 2014, arbeidet 54 prosent i Indre Finnmark. 67 prosent av de som studerte i Hammerfest, arbeidet i Indre Finnmark, mens kun 19 prosent av de som studerte i Tromsø, arbeidet i Indre Finnmark. Her er det også slik at noen av de med registrert utdanningssted Hammerfest har tatt utdanningen desentralisert i Indre Finnmark, men antallet er lite. De fleste har tatt utdanningen på campus i Hammerfest. Tilbakevendingsandelen til Indre Finnmark fra Hammerfest er høy[18].

VEST-FINNMARK

78 prosent av sykepleierne med oppvekststed i Vest-Finnmark, har studert i Hammerfest (inkludert desentraliserte utdanninger i Finnmark[19]), 15 prosent har studert i Tromsø, fem prosent i Alta og de resterende åtte prosent har studert i Bodø, Narvik eller Harstad (N= 375). Fra Vest-Finnmark er det ut fra tall for Samordna opptak 2010-13 tre fjerdedeler som velger en utdanning i Nord-Norge, mens en fjerdedel reiser ut av landsdelen for å ta utdanningen.

Blant de 341 som var i arbeid per 2014, arbeidet 69 prosent i Vest-Finnmark. 82 prosent av de som studerte i Finnmark, arbeidet i Vest-Finnmark, noe som er en svært høy andel. Det gjelder i hovedsak de som hadde Hammerfest som studiested, men ser også ut til å gjelde andre studiesteder i Finnmark. Tall for kullet i Alta viste 88 prosent tilbakevending. Det er derimot bare 20 prosent av de som studerte i Tromsø, som har flyttet tilbake til arbeid i Vest-Finnmark.

NORD-TROMS

78 prosent av de som hadde oppvekststed Nord-Troms, studerte i Tromsø (inkludert desentralisert utdanning), seks prosent i Hammerfest, seks prosent i Harstad, fem prosent i Narvik og fire prosent i Bodø (N=206). Tall fra Samordna opptak 2010-13 tyder på at blant de som er fra Nord-Troms tar de aller fleste sykepleieutdanning i Nord-Norge. Bare vel 10 prosent valgte en utdanning i Sør-Norge.

Blant de 188 sykepleierne med oppvekststed Nord-Troms som var i arbeid i 2014, arbeidet 43 prosent i Nord-Troms og 43 prosent i Troms utenom Nord-Troms (de fleste i

[18] Det er registrert ett kull på 4 i Karasjok i 2004, samt altså totalt 52 desentralisert i Finnmark årene 2001-05 og 2009. Antallet som har tatt utdanningen i Indre Finnmark er trolig lite, så tilbakevendingsandelen blant de som har tatt utdanningen på campus i Hammerfest er uansett høy.

[19] Ett kull er registrert utdannet i Alta (2014), men vi antar at også flere av de 52 fra desentraliserte kull 2001-05 og 2009 er utdannet desentralt.

Tromsø). Siden våre data ikke inneholder informasjon om hvem som har tatt desentralisert utdanning i Nord-Troms og hvem som har tatt utdanning på campus i Tromsø, er det vanskelig å anslå effekten av utdanningsstedets betydning for arbeidssted i dette tilfellet. Det er likevel slik at det er utdannet flere kull med studiested i Nord-Troms[20], og blant disse forventer vi at tilbakevendingsandelen er vesentlig høyere enn de 45 prosentene som gjelder alle registrert med utdanningssted i Tromsø. Det betyr også at tilbakevendingsandelen blant det flertallet som har tatt utdanningen på campus i Tromsø er enda lavere enn denne prosentandelen.

TROMSØREGIONEN

82 prosent av de som hadde oppvekst i Tromsøregionen studerte i Tromsø, ni prosent i Harstad, fire prosent i Narvik, fire prosent i Hammerfest og to prosent i Bodø (N=551). De aller fleste tar utdanningen i Nord-Norge, bare knapt 20 prosent fra Tromsøregionen valgte utdanning i Sør-Norge viser tall fra Samordna opptak 2010-13.

Blant de 516 sykepleierne med oppvekststed i Tromsøregionen, arbeidet 81 prosent i Tromsøregionen. 87 prosent av de som studerte i Tromsø, arbeidet i Tromsøregionen, noe som ikke overraskende er den høyeste tilbakevendingsandelen blant sykepleiere utdannet i Nord-Norge. 67 prosent av de fra Tromsøregionen som studerte i Narvik og 58 prosent av de som studerte i Hammerfest arbeidet i Tromsøregionen, så fra disse studiene er det også høy tilbakeflytting til Tromsøregionen som har det største arbeidsmarkedet i nord for sykepleiere.

MIDT-TROMS

66 prosent av de med oppvekst i regionen Midt-Troms studerte i Tromsø eller ved desentralisert utdanning under Tromsø, 17 prosent studerte i Harstad, ni prosent i Narvik, og fem prosent i Bodø. Fra Midt-Troms er det også slik at flertallet velger en utdanning i Nord-Norge, men tall fra Samordna opptak 2010-13 viser at fra denne regionen var det nærmere 40 prosent som valgte en utdanning i Sør-Norge. Inkludert lokale opptak er nok denne andelen litt lavere, men dette er likevel en av regionene i Nord-Norge som har størst «lekkasje» i rekruttering sørover.

[20] Vi har ikke opplysninger om antall kull og antall kandidater som har hatt samlinger i Nord-Troms, bare hvor mange som har tatt utdanning desentralisert i Troms fra HiT og UiT. Totalt er det 280 sykepleiere fordelt på studiesteder i Troms, som er 19 prosent av totalt antall kandidater fra HiT/UiT, så det er trolig et betydelig antall også i Nord-Troms, anslagsvis mellom en tredjedel og halvparten av kandidatene registrert med utdanningssted Tromsø. Tilbakevendingsandelen blant disse er trolig langt over 45 prosent, og dermed er samme andel klart under dette nivået blant de som har tatt utdanningen på campus i Tromsø.

Blant de 325 sykepleierne med oppvekststed Midt-Troms som var i arbeid i 2014, arbeidet 54 prosent i Midt-Troms og 31 prosent arbeidet i øvrige Troms. 66 prosent av de med oppvekst i Midt-Troms som studerte i Narvik, arbeidet i Midt-Troms, mens den samme andelen var 56 prosent blant det som studerte i Harstad. Flest fra Midt-Troms er imidlertid registrert med studiested i Tromsø, og andelen som har vendt tilbake til Midt-Troms er 54 prosent. Desentraliserte studier gjør imidlertid at vi her også må drøfte tilbakevendingsandelen, at den trolig er klart høyere blant de som har tatt utdanningen i Midt-Troms, og dermed klart lavere blant de som har tatt den på campus i Tromsø[21].

SØR-TROMS[22]

77 prosent av de med oppvekst i Sør-Troms studerte i Harstad, 10 prosent studerte i Tromsø, ni prosent studerte i Narvik, og tre prosent studerte i Bodø (N=441). Fra Sør-Troms velger de aller fleste sykepleierutdanning i Nord-Norge, i tall fra Samordna opptak 2010-13 var det bare vel 10 prosent som valgte utdanning i Sør-Norge.

Blant sykepleierne med oppvekst i Sør-Troms som var i arbeid per 2014, arbeidet 64 prosent i Sør-Troms. 74 prosent av de som hadde tatt utdanningen i Harstad, arbeidet i regionen Sør-Troms, noe som er en høy andel. Tilbakevendingsandelen var mye lavere fra Narvik, Tromsø og Bodø.

OFOTEN

81 prosent av de med oppvekst i Ofoten studerte i Narvik, åtte prosent studerte i Bodø, fem prosent i Harstad og fem prosent i Tromsø (N=352). Også fra Ofoten velger de aller fleste sykepleierutdanning i Nord-Norge, bare 10 prosent av studentene registrert i Samordna opptak 2010-13 valgte en utdanning i Sør-Norge.

Blant sykepleierne med oppvekst i Ofoten som var i arbeid i 2014, arbeidet 69 prosent i Ofoten. 76 prosent av de fra Ofoten som hadde tatt utdanningen i Narvik, arbeidet i Ofoten, noe som er en høy andel og på linje med tilsvarende tall for Harstad og Sør-Troms. Tilbakevendingsandelen var 56 prosent av de fra Ofoten som hadde tatt utdanningen i Harstad, mens den var lav fra Bodø og Tromsø.

VESTERÅLEN

53 prosent av de med oppvekst i Vesterålen studerte i Bodø (alternativt Hadsel eller Rana), 21 prosent studerte i Harstad, 18 prosent i Tromsø, fem prosent studerte i Narvik

[21] Totalt 280 har tatt utdanning desentralisert i Troms, og flest tilbud er gitt i Midt-Troms, Vi antar at flertallet av disse har tatt utdanningen der. Det betyr også at det kan være mellom en fjerdedel og en tredjedel av de i tabellen som er registrert med utdanningssted Tromsø som faktisk har tatt utdanningen i Midt-Troms.
[22] Inkluderer også de to små kommunene Tjeldsund og Evenes i Nordland.

og tre prosent i Hammerfest (N=364). Det store flertallet fra Vesterålen velger en sykepleierutdanning i Nord-Norge, ut fra tall fra Samordna opptak 2010-13 var det en fjerdedel som dro sørover for sykepleierutdanning.

Totalt er det 57 prosent av sykepleierne som var fra Vesterålen som har tatt jobb i Vesterålen. Det er data om tre kull som studerte i Hadsel, og andelen som arbeidet i Vesterålen var på hele 85 prosent i disse kullene. Imidlertid vet vi at flere har tatt sykepleieutdanning i Hadsel, men disse er registrert med studiested Bodø[23]. Det forklarer delvis at tilbakevendingsandelen til Vesterålen fra registrert studiested Bodø er så høy som 67 prosent. Vi antar at andelen er høyere blant de som faktisk har tatt utdanningen i Hadsel, og lavere blant de som har tatt den ved campus i Bodø, men kan ikke tallfeste dette. Det er verdt å merke seg at tilbakevendingsandelen fra Harstad også er over halvparten med 56 prosent, og at den er 47 prosent fra Narvik, mens den fra Tromsø bare er 26 prosent.

LOFOTEN

59 prosent av sykepleierne med oppvekst i Lofoten studerte i Bodø (inkludert desentraliserte studier), 13 prosent studerte i Harstad, 12 prosent studerte i Tromsø, ni prosent i Narvik, fem prosent i Hadsel og de øvrige i Hammerfest, Alstahaug og Rana (N=268). Også det store flertallet fra Lofoten velger ifølge tall fra Samordna opptak 2010-13 sykepleierutdanning i Nord-Norge, bare vel 20 prosent velger en utdanning i Sør-Norge.

Totalt er det 53 prosent av sykepleierne som er fra Lofoten som også hadde tatt arbeid i Lofoten. Tilbakevendingsandelen til Lofoten er 57 prosent fra studiested Bodø, som også inkluderer noen som har tatt utdanningen i Hadsel. Blant de få som faktisk er registrert med studiested Hadsel er tilbakevendingsandelen 83 prosent, altså nesten like høyt som i Vesterålen, men antallet er lite. For Lofoten er tilbakevendingsandelen fra Harstad og Narvik på over halvparten (52 prosent), mens den fra Tromsø er bare en fjerdedel.

SALTEN

87 prosent av sykepleierne med oppvekst i Salten studerte i Bodø, fire prosent studerte i Harstad, fire prosent i Tromsø og to prosent i Narvik (N=852). Fra Salten velger også det store flertallet sykepleierutdanning i Nord-Norge. Ut fra tall fra Samordna opptak 2010-13 var det bare knapt 20 prosent som valgte en utdanning i Sør-Norge.

[23] Ifølge Databasen for høyere utdanning (DBH) har totalt 110 sykepleierkandidater blitt uteksaminert fra Hadsel i perioden, mens det er bare 48 av disse som er registrert med studiested Hadsel i perioden 2011-13. Totalt 62 kandidater fra tidligere kull er altså registrert med studiested Bodø, selv om de har studert i Hadsel.

Totalt er det 81 prosent av sykepleierne med oppvekst i Salten og som har tatt utdanning i Nord-Norge, som også arbeider i Salten, altså samme høye andel som de fra Tromsøregionen som arbeider i Tromsøregionen. Blant det store flertallet av disse som også har tatt utdanningen i Salten (Bodø, med noen desentraliserte unntak), er det 86 prosent som arbeider i Salten, også dette på samme høye nivå som tallene for Tromsøregionen. Tilbakevendingsandelen er også høy blant de få som har tatt utdanningen i Narvik (69 prosent), mens den er lavere fra Harstad (46 prosent) og lavest fra Tromsø (26 prosent).

INDRE HELGELAND

83 prosent av sykepleierne fra Indre Helgeland var registrert med studiested Bodø (inkl. noen desentraliserte studier[24]), mens ni prosent var registrert i Rana, tre prosent i Alstahaug/Nesna og tre prosent i Tromsø (N=352). De aller fleste sykepleiestudenter fra Indre Helgeland velger en utdanning i Nord-Norge. I Samordna opptak 2010-13 var det under 20 prosent som valgte en utdanning i Sør-Norge.

Totalt er det 70 prosent av sykepleierne fra Indre Helgeland som ved utgangen av 2014 arbeidet i Indre Helgeland. Dette er en høy andel når en vet at det store flertallet har tatt utdanningen utenfor regionen, primært i Bodø. Det store flertallet er altså registrert med utdanningssted Bodø, og andelen som har vendt tilbake til Indre Helgeland fra Bodø er på hele 73 prosent. Litt av den høye andelen kan skyldes at en del av disse faktisk har tatt utdanningen i Rana, men det gjelder et forholdsvis lite mindretall. Når vi ser på andelen fra Indre Helgeland som er registrert med utdanningen i Rana er det 78 prosent som arbeider i Indre Helgeland. Ut fra dette kan vi tolke at tilbakevendingsandelen for de som faktisk har tatt utdanningen på Campus i Bodø også er høy, og ganske sikkert over 70 prosent.

HELGELAND REGIONRÅDSREGION

57 prosent av sykepleierne med oppvekst i regionen Helgeland var registrert med studiested Bodø (inkl. desentraliserte utdanninger), 28 prosent studerte i Nesna/Alstahaug, åtte prosent i Rana, tre prosent i Tromsø og tre prosent i Narvik (N=290). Fra denne regionen valgte også et betydelig flertall å studere sykepleie i Nord-Norge årene 2010-13 (Samordna opptak). Det var likevel nærmere en tredel som valgte en utdanning i Sør-Norge så noe «lekkasje» sørover er det, spesielt til Trøndelag.

[24] Ut fra tall fra Databasen for høyere utdanning (DBH) er det totalt 155 i perioden 2000-14 som har tatt utdanningen i Rana, mens antallet i dette materialet med registrert utdanningssted Rana er 85. Det innebærer at knapt halvparten av de som faktisk har tatt utdanningen i Rana er registrert i Bodø.

Totalt har 65 prosent av sykepleierne vendt tilbake til Helgeland regionrådsregion, noe som også må sies å være en høy andel tatt i betraktning at flertallet har tatt utdanningen utenfor regionen. Det er en svært høy tilbakevendingsandel på 89 prosent blant de som har tatt utdanningen i regionen, i regi av Høgskolen i Nesna på Alstahaug. Tilbakevendingsandelen på 57 prosent fra Bodø er noe lavere, og dette omfatter også noen som har tatt utdanningen på desentraliserte tilbud i Rana som er registrert i Bodø. Blant de som er registrert på studiested Rana er tilbakevendingsandelen på høye 70 prosent.

SØR-HELGELAND

48 prosent av sykepleierne med oppvekst i Sør-Helgeland var registrert med studiested Bodø (inkl. noen desentraliserte tilbud), 16 prosent i Rana, 20 prosent studerte i Nesna/Alstahaug, seks prosent i Narvik og seks prosent i Tromsø (N=50). Sør-Helgeland er den eneste regionen i nord som sender flere sykepleierstudenter sørover enn nordover. I tallene for Samordna opptak 2010-14 var det to tredeler som valgte en sykepleieutdanning i Sør-Norge, de fleste i Trøndelag, og altså bare en tredel som valgte en utdanning i Nord-Norge. Med lokale opptak kan andelen i nord være litt høyere, men flertallet herfra søker altså likevel sørover.

Dette er en liten region med få kandidater, blant annet fordi mange velger utdanning i Sør-Norge, så vi må være noe mer forsiktige i tolkningen av data. Uansett viser tallene at det er en svært lav andel på 21 prosent som vender tilbake til regionen etter utdanningen fra utdanningsinstitusjoner i Nord-Norge, og tallet for Bodø hvor flest har tatt utdanning er lavere. Tilbakevendingsandelen er derimot 60 prosent blant de som har tatt utdanningen i Alstahaug, men antallet er lite og andelen derfor noe usikker.

OPPSUMMERING ALLE REGIONER

Som en oppsummering av denne gjennomgangen av i hvilken grad sykepleiere vender tilbake til oppvekstregion etter studier ved nordnorske utdanningsinstitusjoner, har vi laget tabellen nedenfor. Et viktig skille går mellom de regioner som har fast sykepleieutdanning, det vil si Vest-Finnmark, Tromsøregionen, Sør-Troms, Ofoten og Salten, og de øvrige regionene. Tilbakevendingsandelen er naturlig nok generelt høyere i de førstnevnte regionene (64-81 prosent) enn i de øvrige regionene (21-70 prosent). Unntaket er de to største regionene på Helgeland som har en tilbakevendingsandel som er på nivå med Harstad, Narvik og Vest-Finnmark. Et utbredt tilbud av desentraliserte sykepleiestudier i Rana og Alstahaug har trolig bidratt til dette. Den samme effekten, om ikke i like stor grad, finner vi også i de fleste av de øvrige regioner med desentraliserte utdanningstilbud.

Tabell 7.17: Oppsummering av i hvilken grad sykepleierne vender tilbake til oppvekstregionen etter sykepleiestudier ved nordnorske utdanningsinstitusjoner.

Oppvekst-region	Sykepleieutdanning	Vanligste studiested	Tilbakevendings-andel fra alle studiesteder i Nord-Norge	Studiested med høyere tilbake-vendingsandel
Øst-Finnmark	Enkeltkull Kirkenes, Vadsø	Hammerfest	52	Hammerfest (68)
Indre Finnmark	Enkeltkull Karasjok	Hammerfest	54	Hammerfest (67)
Vest-Finnmark	Campus Hammerfest, enkeltkull Alta	Hammerfest	69	Alta (88), Hammerfest (82)
Nord-Troms	Enkeltkull Storslett	Tromsø	43	Storslett (?)
Tromsø-regionen	Campus Tromsø	Tromsø	81	Tromsø (87)
Midt-Troms	Enkeltkull Finnsnes, Bardufoss	Tromsø	54	Finnsnes (?), Bardufoss (?)
Sør-Troms	Campus Harstad	Harstad	64	Harstad (74)
Ofoten	Campus Narvik	Narvik	69	Narvik (76)
Vesterålen	Enkeltkull Hadsel	Bodø	57	Hadsel (85), Bodø (67)
Lofoten	Ingen	Bodø	53	Hadsel (83)
Salten	Campus Bodø	Bodø	81	Bodø (86)
Indre Helgeland	Enkeltkull Rana	Bodø	70	Rana (78)
Helgeland	Enkeltkull Alstahaug	Bodø	65	Alstahaug (89), Rana (70)
Sør-Helgeland	Ingen	Trøndelag	21	Alstahaug (60)

Betydningen av regionale utdanningstilbud blir også tydelig når vi ser på hvilke utdanningssteder som gir høyest tilbakevendingsandel. Hammerfests betydning i regionene i Finnmark, sammen med desentraliserte tilbud andre steder i fylket, er tydelig. Videre er det sannsynlig at det samme gjelder de desentraliserte tilbudene i Nord-Troms og Midt-Troms, noe som en tidligere studie har konkludert med (Norbye et al. 2013). Videre er betydningen av Harstad for Sør-Troms og Narvik for Ofoten tydelig på andelen som tar arbeid i egen region. Selv om det mangler noe data for Hadsel er tendensen svært tydelig for dette studiestedet både for Vesterålen og Lofoten.

Betydningen av utdanningene i Rana og Alstahaug vises også tydelig i tilbakevendingsandelen for regionene på Helgeland.

Eksport av sykepleiere fra Nord-Norge?

I dette avsnittet vil vi på grunnlag av datamaterialet i vår studie drøfte i hvilken grad landsdelen «eksporterer eller importerer» sykepleiere. For å kunne gi hele bildet mangler vi imidlertid data om sykepleiere utdannet i Sør-Norge. Tall fra Statistisk sentralbyrå (2011)[25] og Samordna opptak årene 2010-13[26] viser at blant nordnorske studenter som velger å studere sykepleie, tar en knapp fjerdedel (22-24 prosent) utdanningen i Sør-Norge. Hvor stor andel av disse som vender tilbake til landsdelen, og hvor mange sørnorske sykepleiere med utdanning fra Sør-Norge som flytter nordover har vi ikke tall på.

Blant de som hadde tatt sykepleieutdanningen i Nord-Norge i perioden 2000-14, og var i arbeid i ved utgangen av 2014, var det 525 (10,2 prosent) som opprinnelig kom fra Sør-Norge (bosted ved 16 år alder) og 125 (to prosent) som var registrert med oppvekstadresse i utlandet. Totalt var det altså 640 (13 prosent) av kandidatene som ble «importert» til utdanning i Nord-Norge.

Av alle arbeidende sykepleierkandidater utdannet i Nord-Norge, var det 761 (15 prosent) som hadde tatt seg arbeid i Sør-Norge ved utgangen av 2014. Dette innebærer at det er ca. 120 flere sykepleiere som har tatt arbeid i Sør-Norge, enn det var sykepleiere rekruttert fra Sør-Norge eller utlandet. Nettoflyttetapet til Sør-Norge per kull utdannet i Nord-Norge er altså ca. 10 kandidater. Dette nettotapet utgjør bare to til tre prosent av et årskull.

Hvem er det som forlater Nord-Norge etter utdanning og hvem er de utenfra som tar arbeid i landsdelen?

Er det søringene som har studert i Nord-Norge som forlater landsdelen etter utdanning? Data viser at 313 (61 prosent) av søringene som studerte i Nord-Norge, arbeidet i Sør-Norge per 2014 (N=515). Den totale andelen som arbeidet i sør av alle som hadde tatt utdanning i nord var til sammenligning bare 15 prosent. Blant utlendingene er bildet helt annerledes, bare 36 (29 prosent) har tatt arbeid i Sør-Norge (N=125). De øvrige 412 sykepleierne som har forlatt Nord-Norge for å arbeide i Sør-Norge, har altså

[25] Det er 431 studenter fra Nord-Norge per 1.10.2011 på sykepleierutdanning i Norge utenom Nord-Norge, og 1386 studenter fra Nord-Norge på sykepleierutdanning i Nord-Norge (SSB 2011, spesialkjøring). Dette omfatter altså tre kull, det vil si rundt 144 studenter fra Nord-Norge i hvert kull som studerer sykepleie i Sør-Norge.
[26] Basert på spesialutkjøring fra Samordna opptak 2010-14 fordelt på regioner og utdanninger for studenter som hadde møtt til utdanning.

oppvekstbakgrunn fra Nord-Norge. Disse utgjorde bare ni prosent av de som hadde vokst opp i Nord-Norge (N=4394), så blant de fra landsdelen som tar utdanningen i nord blir ni av 10 i nord.

Dersom vi ser på andre bakgrunnsvariabler for hvem som arbeidet i Sør-Norge vs. Nord-Norge er det alder og familieforhold som påvirker signifikant. Andelen som tok arbeid sørpå var 19 prosent blant de under 35 år, mens den var 15 prosent blant de som var 35-44 år og åtte prosent blant de som var 45 år eller eldre (alder i 2014). Blant de som var enpersonshushold var det 24 prosent som tok arbeid sørpå, mens andelen som reiste sørover bare var 12 prosent i flerpersonshushold. Slike signifikante forskjeller finner vi ikke etter kjønn (det store flertallet i begge grupper er kvinner). Andelen som reiser sørover er omtrent den samme blant kvinnelige og mannlige sykepleiere. Det er heller ikke signifikante forskjeller etter skolekommune eller etter oppvekstregion i Nord-Norge. Men to tendenser kan være verdt å nevne, den første litt overraskende: Andelen som har reist sørover var høyest blant de som hadde tatt utdanning i Narvik (19 prosent), altså ikke fra de sørligste utdanningen. Den andre er at andelen som har reist sørover er høyest blant de med oppvekst i den sørligste regionen; Sør-Helgeland (22 prosent), noe som ikke er uventet. Fra alle andre regioner i nord ligger andelen som har reist sørover etter å ha tatt sykepleieutdanning i nord på mellom 7 og 12 prosent i datamaterialet i vår studie.

Vi har også sett på om de som har kommet sørfra eller fra utlandet og tatt utdanning og arbeid i landsdelen, skiller seg fra de nordfra som har tatt utdanning og arbeid i landsdelen. De fra Sør-Norge som har tatt utdanning og arbeid i nord skiller seg ikke signifikant fra de nordfra når det gjelder kjønn, alder eller familietype. Derimot er det slik at de fra utlandet i litt større grad er i aldersgruppen 45 år og eldre, og i litt større grad bor i hushold uten barn. Dette er imidlertid en liten gruppe. Hovedinntrykket er at de som kommer utenfra til Nord-Norge ikke skiller seg vesentlig fra de nordfra.

Analyser fra hvert enkelt utdanningssted

De neste analysene tar for seg hvert enkelt utdanningssted. Fokus er på oppvekstkommune for sykepleiestudentene (definert som bosted ved 16 år) og registrert arbeidssted i 2014, som er rapportert i form av fylke og kommune. Dette er supplert med mer detaljerte analyser av kommuner gruppert til regioner omkring de aktuelle utdanningsstedene. Analysene ser samlet på alle som har fullført sykepleierutdanning i perioden 2000-juni 2014. Vi oppsummerer også i hvilken grad studentene som kom sørfra til sykepleierutdanningene i Nord-Norge arbeider i nord.

HØGSKOLEN I FINNMARK

Flertallet av de utdannede sykepleierne ved Høgskolen i Finnmark (2000-13) og UiT Campus Hammerfest (2014), er utdannet ved Campus Hammerfest (85 prosent), men i tallene er også inkludert desentraliserte kull i Finnmark. I følge databasen for høyere utdanning (DBH) utgjør disse 15 prosent av kullene[27]. Datamaterialet består av 82 menn (12 prosent) og 608 kvinner (88 prosent) (N=690). 67 prosent av dem vokste opp i Finnmark, sju prosent i Troms og tre prosent i Nordland. 13 prosent vokste opp et sted i øvrige Norge, fire prosent i utlandet, og seks prosent er registrert med oppvekststed ukjent[28].

Til sammen av de 615 som var i arbeid i 2014 og som er utdannet i Hammerfest, var det 71 prosent som arbeidet i Finnmark, ni prosent arbeidet i Troms, tre prosent arbeidet i Nordland og 17 prosent arbeidet i Sør-Norge.

Tabell 7.18: Sykepleiere utdannet ved Høgskolen i Finnmark 2000-2014 etter oppvekststed ved 16 års alder (B), arbeidssted 2014 (A), netto endring (A minus B) og prosentvis endring (blå farge indikerer positiv endring, rød farge negativ endring)

Region	Bosted 16 år	Prosent fra	A.sted 2014	Prosent til	Endring A-B	%endring
Øst-Finnmark	120	20 %	102	17 %	-18	-15 %
Indre Finnmark	55	9 %	49	8 %	-6	-11 %
Hammerfest	**130**	**22 %**	**157**	**27 %**	**27**	**21 %**
Alta	75	13 %	77	13 %	2	3 %
Øvrige Vest-Finnmark	42	7 %	26	4 %	-16	-38 %
Nord-Troms	10	2 %	4	1 %	-6	-60 %
Øvrige Troms	28	5 %	52	9 %	24	86 %
Nordland	24	4 %	18	3 %	-6	-25 %
Sør-Norge	77	13 %	101	17 %	24	31 %
Utlandet	25	4 %	0	0 %	-25	-100 %
SUM	**586**	**100 %**	**586**	**100 %**	**0**	**0 %**

[27] Totalt er det ifølge DBH uteksaminert 717 kandidater årene 2000-14 ved Høgskolen i Finnmark. 26 av disse er i våre data registrert utdannet i Alta (desentralisert kull 2014) og er derfor behandlet i eget avsnitt, mens de resterende i våre data er registrert med studiested Hammerfest. Ifølge DBH er det 107 av disse som er uteksaminert ved desentraliserte tilbud, 55 er plassert geografisk (Kirkenes, Lakselv, Karasjok), mens 52 er uplassert geografisk.

[28] Dette er i hovedsak godt voksne personer født på 1950-tallet, som altså mangler bostedsregistrering ved 16 års alder. Når vi ser på hvor de arbeider og hvor de har tatt utdanning vil vi anta at de fleste av disse er fra den samme regionen som utdanningsinstitusjonen, i dette tilfellet Vest-Finnmark. Vi har valgt å holde disse utenfor de geografiske analysene her.

Vi har i tillegg til de tre regionene i Finnmark også skilt mellom de som kom fra Hammerfest (inkl. Kvalsund) og altså kunne ta utdanningen på hjemstedet, de som kom fra Alta, og de fra øvrige Vest-Finnmark. Sykehus- og sykepleierutdanningsregionen Hammerfest har trukket til seg flere sykepleiere enn det er som kommer fra regionen. For Altas vedkommende er det balanse, mens øvrige Vest-Finnmark har avgitt flere sykepleiere enn de har fått tilflyttende.

Blant søringene som tok sykepleierutdanning i Hammerfest, arbeidet 62 prosent i Sør-Norge og 38 prosent i Nord-Norge i 2014, så flertallet reiste altså sørover igjen. Blant de fra utlandet var det imidlertid hele 84 prosent som arbeidet i Nord-Norge, nesten like høy som andelen av kandidatene fra Hammerfest som er nordfra som ble nordpå (90 prosent).

DESENTRALISERT UTDANNING I ALTA 2014

Dette er det eneste desentraliserte kullet ved Høgskolen i Finnmark som er registrert med studiested utenfor Hammerfest, men altså ikke det eneste kullet som faktisk er utdannet utenfor Hammerfest. Kullet består av en mann (3,8 prosent) og 25 kvinner (N=26), og 25 av disse er registrert med eksamensår 2014. 89 prosent hadde oppvekststed Finnmark, fire prosent Troms, mens ingen hadde oppvekst i fra Sør-Norge og to fra utlandet.

Blant de 24 som var i arbeid i 2014, arbeidet 23 (96 prosent) i Finnmark og en person (4 prosent) i Sør-Norge.

Når en ser nærmere på geografisk bakgrunn for dette kullet, viser det at 14 (58 prosent) av de 24 opprinnelig var fra Alta (bosted ved 16 års alder), mens to var fra øvrige kommuner i Vest-Finnmark, tre fra Indre Finnmark, tre fra Øst-Finnmark, en fra Nord-Troms og en fra utlandet. Trolig var flere av de fra andre regioner bosatt i Alta på utdanningstidspunktet, men dette har vi ikke data til å bekrefte.

Hele 18 (75 prosent) av de 24 arbeidet i Alta i 2014, mens tre arbeidet i Indre Finnmark, to i Øst-Finnmark og en sørpå. Dette betyr at det desentraliserte kullet gav god effekt for Alta og Indre Finnmark i form av sykepleiere til disse regionene.

HØGSKOLEN I TROMSØ OG UNIVERSITETET I TROMSØ

Sykepleieutdanningen ved Høgskolen i Tromsø (2000-08) og deretter Universitetet i Tromsø (2009-14) som er registrert med studiested Tromsø omfatter både campusutdanningen i Tromsø, og desentraliserte tilbud i Nord-Troms og Midt-Troms. Det store flertallet er utdannet ved campus (81 prosent) de aller fleste av disse på heltid, men populasjonen omfatter også et betydelig mindretall på til sammen 280 som ifølge

Databasen for høyere utdanning (DBH) er utdannet desentralisert (19 prosent). Ingen av disse registrert med studiested verken i vårt datamateriale eller i DBH.

Populasjonen i dette registerdatasettet består av 148 menn (11 prosent) og 1 253 kvinner (89 prosent). 63 prosent av de som er utdannet ved Høgskolen i Tromsø, hadde oppvekststed i Troms, 12 prosent i Nordland og 10 prosent i Finnmark. 10 prosent hadde oppvekststed i øvrige Norge, to prosent i utlandet, og tre prosent er registrert med ukjent oppvekststed. I Tromsø utdannes det altså en relativt stor gruppe fra de øvrige nordnorske fylkene.

Av de til sammen 1270 som var i arbeid i 2014 og som er utdannet ved Høgskolen i Tromsø eller Universitetet i Tromsø, var det 78 prosent som arbeidet i Troms, tre prosent som arbeidet i Finnmark, fem prosent i Nordland og 12 prosent i Sør-Norge.

Tabell 7.19: Sykepleiere utdannet ved Høgskolen i Tromsø/Universitetet i Tromsø 2000-2014 etter oppvekststed ved 16 års alder, arbeidssted 2014, netto endring og prosentvis endring (blå farge indikerer positiv endring, rød farge negativ endring)

Region	Bosted 16 år	Prosent fra	A.sted 2014	Prosent til	Endring A-B	%endring
Finnmark	124	10 %	40	3 %	-84	-68 %
Nord-Troms	146	12 %	82	7 %	-64	-44 %
Tromsøregionen	**420**	**34 %**	**716**	**58 %**	**296**	**70 %**
Midt-Troms	215	17 %	156	13 %	-59	-27 %
Sør-Troms	40	3 %	15	1 %	-25	-63 %
Nordland	151	12 %	64	5 %	-87	-58 %
Sør-Norge	121	10 %	167	13 %	46	38 %
Utlandet	23	2 %		0 %	-23	-100 %
SUM	**1240**	**100 %**	**1240**	**100 %**	**0**	**0 %**

Blant de utdannet i Tromsø er det Tromsøregionen (inkludert Balsfjord og Karlsøy) som har tiltrukket seg flertallet av kandidatene. Dette er ikke overraskende gitt det store arbeidsmarkedet i både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i landsdelens største kommune med omegn. For alle andre regioner i Nord-Norge er nettoresultatet negativt når vi ser det i forhold til kandidatenes oppvekstkommune. For naboregionene Nord-Troms og Midt-Troms er nettotapet på omkring 60 kandidater gjennom hele perioden, mens det for Finnmark og Nordland er litt større.

Som vi så for sykepleierutdanningen i Hammerfest, ser vi også for sykepleierutdanningen i Tromsø at det rekrutteres færre kandidater sørfra enn det er kandidater som reiser sørover til arbeid der. Og i motsetning til for Hammerfest oppveies ikke dette av

utlendinger, da disse utgjør en mindre andel i Tromsø enn Hammerfest. «Lekkasjen» sørover skyldes i noen grad at flertallet (55 prosent) av kandidater sørfra som tar utdanningen i Tromsø, vender sørover igjen til arbeid etter studiene, mens 45 prosent av disse arbeider i Nord-Norge. De fleste (78 prosent) fra utlandet tar arbeid i Nord-Norge.

HØGSKOLEN I HARSTAD

Høgskolen i Harstad var i perioden 2000-14 den tredje største utdanningsinstitusjonen i Nord-Norge når det gjaldt sykepleierutdanning, etter Bodø og Tromsø. Alle er utdannet på campus i Harstad, flertallet i heltidsløp (64 prosent), men et betydelig mindretall i deltidsløp over fire år (36 prosent). Det siste gir mer muligheter også for studenter fra andre steder til å ta utdanningen, og kan fungere som en alternativ modell til desentraliserte studieløp.

Populasjonen består av 80 menn (10 prosent) og 716 kvinner (90 prosent) (N=796). 54 prosent av de som er utdannet i Harstad, hadde oppvekststed i Troms, 25 prosent i Nordland og tre prosent i Finnmark. 10 prosent hadde bosted ved 16 års alder i Sør-Norge, to prosent kom fra utlandet, og seks prosent manglet registrert bosted ved 16 års alder[29].

Tabell 7.20: Sykepleiere utdannet ved Høgskolen i Harstad 2000-2014 etter oppvekststed ved 16 års alder, arbeidssted 2014, netto endring og prosentvis endring (blå farge indikerer positiv endring, rød farge negativ endring)

Region	Bosted 16 år	Prosent fra	A.sted 2014	Prosent til	Endring A-B	%endring
Finnmark	18	3 %	5	1 %	-13	-72 %
Nord-Troms	12	2 %	9	1 %	-3	-25 %
Tromsøregionen	46	7 %	80	12 %	34	74 %
Midt-Troms	54	8 %	44	6 %	-10	-19 %
Sør-Troms	**313**	**46 %**	**330**	**48 %**	**17**	**5 %**
Ofoten	16	2 %	17	2 %	1	6 %
Vesterålen	71	10 %	50	7 %	-21	-30 %
Lofoten	33	5 %	23	3 %	-10	-30 %
Salten	28	4 %	18	3 %	-10	-36 %
Helgeland (hele)	7	1 %	4	1 %	-3	-43 %
Sør-Norge	68	10 %	102	15 %	34	50 %
Utlandet	16	2 %		0 %	-16	-100 %
SUM	**682**	**100 %**	**682**	**100 %**	**0**	**0 %**

[29] Dette er i hovedsak personer født på 1950-tallet, og er altså personer som har tatt sykepleierutdanning i godt voksen alder, og de aller fleste av disse er lokalt rekruttert og lokalt bosatt.

Av de 724 som var i arbeid i 2014 og som er utdannet i Harstad, var det 66 prosent som arbeidet i Troms, 19 prosent arbeidet i Nordland, en prosent arbeidet i Finnmark og 15 prosent i Sør-Norge.

46 prosent av kandidatene er rekruttert fra regionen Sør-Troms, og 48 prosent arbeider i regionen. Sør-Troms har altså fått en liten økning i antallet sett i forhold til antallet som er fra regionen. Til naboregionene Vesterålen, Lofoten og Midt-Troms er det færre kandidater som har kommet tilbake til arbeid enn som var fra regionene, mens det er balanse mellom oppvekst og arbeidssted for Ofoten (men få kandidater).

Blant søringene utdannet i Harstad som var i arbeid i 2014, arbeidet 37 prosent i Nord-Norge, mens 63 prosent hadde tatt arbeid i Sør-Norge. Blant de fra utlandet var forholdet motsatt, flertallet (63 prosent) hadde tatt arbeid i Nord-Norge, men antallet utlendinger som hadde studert i Harstad var lite.

HØGSKOLEN I NARVIK

Også Høgskolen i Narvik har utdannet mange sykepleiere i perioden 2000-14, men litt færre enn Harstad og Hammerfest. Her er imidlertid alle utdannet i vanlige studieløp med studiested Narvik.

Tabell 7.21: Sykepleiere utdannet ved Høgskolen i Narvik 2000-2014 etter oppvekststed ved 16 års alder, arbeidssted 2014, netto endring og prosentvis endring (blå farge indikerer positiv endring, rød farge negativ endring)

Region	Bosted 16 år	Prosent fra	A.sted 2014	Prosent til	Endring A-B	%endring
Finnmark	14	3 %	12	2 %	-2	-14 %
Nord-Troms	10	2 %	6	1 %	-4	-40 %
Tromsøregionen	21	4 %	42	8 %	21	100 %
Midt-Troms	32	6 %	27	5 %	-5	-16 %
Sør-Troms	34	7 %	22	4 %	-12	-35 %
Ofoten	**269**	**52 %**	**248**	**48 %**	**-21**	**-8 %**
Vesterålen	17	3 %	10	2 %	-7	-41 %
Lofoten	21	4 %	16	3 %	-5	-24 %
Salten	16	3 %	24	5 %	8	50 %
Helgeland (hele)	15	3 %	8	2 %	-7	-47 %
Sør-Norge	46	9 %	100	19 %	54	117 %
Utlandet	20	4 %	0	0 %	-20	-100 %
SUM	**515**	**100 %**	**515**	**100 %**	**0**	**0 %**

Populasjonen består av 94 menn (16 prosent) og 487 kvinner (N=581). 65 prosent av dem hadde oppvekststed i Nordland, 16 prosent i Troms og to prosent i Finnmark. Ni prosent av de som er utdannet i Narvik er fra Sør-Norge, fire prosent er fra utlandet og fire prosent er ukjent.

Av de 534 som var i arbeid i 2014 og som er utdannet i Narvik, var det 61 prosent som arbeidet i Nordland og 18 prosent i Troms, to prosent arbeidet i Finnmark, og 19 prosent arbeidet i Sør-Norge.

Over halvparten av kandidatene (52 prosent) hadde vokst opp i Ofoten, mens knapt halvparten (48 prosent) arbeidet der. Rekrutteringen til Narvik/Ofoten er altså like lokal som for Harstad/Sør-Troms, men i motsetning til Harstad/Sør-Troms har Ofoten altså et lite flyttetap ved at færre arbeider der enn det var som kom der fra. Narvik/Ofoten er med det den eneste regionen med sykepleieutdanning i nord som har netto utflytting av kandidater, selv om det ikke gjelder selve Narvik kommune der det er balanse.

Blant søringene utdannet i Narvik som var i arbeid i 2014, var det bare 28 prosent som arbeidet i Nord-Norge, mens 72 prosent tok arbeid i Sør-Norge. Blant utlendingene var det 55 prosent som tok arbeid i nord, og 45 prosent i Sør-Norge. Også blant de som er nordfra var det litt større «lekkasje» sørover; 13 prosent valgte arbeid i Sør-Norge mens 87 prosent tok arbeid i Nord-Norge.

HØGSKOLEN I BODØ OG UNIVERSITETET I NORDLAND

Sykepleierutdanningen i Bodø ved Høgskolen i Bodø (2000-10) og Universitetet i Nordland (2011-14) er den utdanningen i nord som har utdannet flest sykepleiere. Det store flertallet er også her utdannet på campus i Bodø (81 prosent), de fleste i heltidsløp. Men i tillegg kommer desentraliserte og nettbaserte utdanninger i Vesterålen (Hadsel), Indre Helgeland (Rana) og noen få kull i Salten. Omfanget av studier i Vesterålen og Indre Helgeland har vært betydelig, og en del av disse kandidatene er også i vårt materiale registrert med studiested på disse stedene og er behandlet i egne avsnitt nedenfor. Men en del av de desentralisert utdannede, om lag halvparten av dem, er registrert med studiested Bodø og dermed med i dette avsnittet[30].

[30] Totalt er det i Databasen for høyere utdanning registrert 155 kandidater utdannet i Rana, mens vårt materiale har 85 kandidater med Rana som skolekommune. I Hadsel er det i DBH registrert 110 kandidater uteksaminert, mens det i vårt materiale er 48 med Hadsel som skolekommune. I tillegg er 40 kandidater registrert desentralisert i Salten i DBH, mens de i vårt materiale er registrert med studiested Bodø. Totalt betyr det at ca. 170 av de som er registrert med studiested Bodø i vårt materiale faktisk er utdannet desentralisert andre steder i Nordland. Disse utgjør 9 prosent av de som er omtalt i dette avsnittet.

Av nesten 2000 sykepleiere registrert med studiested Bodø er 259 (13 prosent) menn, mens 1714 er kvinner (N=1973). 80 prosent av sykepleierne utdannet i Bodø har vokst opp i Nordland, to prosent i Troms og en prosent i Finnmark. I tillegg er 10 prosent fra Sør-Norge, to prosent fra utlandet og fire prosent hadde uoppgitt bosted ved 16 års alder.

Av de 1815 som var i arbeid i 2014 og som er registrert utdannet i Bodø, var det 82 prosent som arbeidet i Nordland, to prosent i Troms og en prosent arbeidet i Finnmark, mens 15 prosent arbeidet i Sør-Norge.

Tabell 7.22: Sykepleiere utdannet ved Høgskolen i Bodø/Universitetet i Nordland 2000-2014 etter oppvekststed ved 16 års alder, arbeidssted 2014, netto endring og prosentvis endring (blå farge indikerer positiv endring, rød farge negativ endring)

Region	Bosted 16 år	Prosent fra	A.sted 2014	Prosent til	Endring A-B	%endring
Finnmark	25	1 %	13	1 %	-12	-48 %
Troms	44	3 %	45	3 %	1	2 %
Ofoten	28	2 %	22	1 %	-6	-21 %
Vesterålen	152	9 %	126	7 %	-26	-17 %
Lofoten	145	8 %	102	6 %	-43	-30 %
Salten	**686**	**39 %**	**765**	**44 %**	**79**	**12 %**
Indre Helgeland	274	16 %	261	15 %	-13	-5 %
Helgeland	154	9 %	133	8 %	-21	-14 %
Sør-Helgeland	23	1 %	10	1 %	-13	-57 %
Sør-Norge	181	10 %	268	15 %	87	48 %
Utlandet	33	2 %	0	0 %	-33	-100 %
SUM	**1745**	**100 %**	**1745**	**100 %**	**0**	**0 %**

Rekrutteringen er størst fra Salten (39 prosent), og antall og andel som har arbeid i denne regionen i 2014 er økt til 44 prosent. Rekrutteringen er også betydelig fra Vesterålen, Lofoten og Helgelandsregionene, men fra disse regionene rekrutteres det flere enn det er som reiser tilbake til arbeid i regionene. Det er imidlertid nyanseforskjeller, og de to store regionene på Helgeland er nærmere balanse enn Lofoten og Vesterålen. Det skjer altså en sentralisering også i Nordland til det største sykepleierarbeidsmarkedet i fylket, på samme måte som en ser i Troms til Tromsøregionen, om enn ikke i samme grad.

Blant søringene som er registrert utdannet i Bodø, og som er i arbeid, arbeider 38 prosent i Nord-Norge (de fleste i Nordland), mens 62 prosent har flyttet sørover til arbeid i Sør-Norge. Av utlendingene har 67 prosent fått arbeid i nord og 33 prosent i sør.

FAST DESENTRALISERT UTDANNING I HADSEL

Knapt halvparten av de som har tatt sykepleierutdanning i Hadsel er registrert med studiested Hadsel i vårt materiale. Det er seks menn (13 prosent) og 42 kvinner som er utdannet i Hadsel årene med eksamensår 2011-2013 (N=48), altså som del av Universitetet i Nordland. 83 prosent av disse har vokst opp i Nordland, 10 prosent i Sør-Norge og seks prosent i utlandet.

Alle 48 var registrert i arbeid i 2014, og av disse arbeider 94 prosent i Nordland, fire prosent i Sør-Norge og to prosent i Finnmark.

Av de 48 kom de fleste fra Vesterålen (54 prosent) og Lofoten (25 prosent). Dette er de samme regionene som har flest som arbeidet i 2014; Vesterålen med 58 prosent og Lofoten med 31 prosent. Begge de to regionene hadde altså mer enn beholdt sin andel av kandidatene. Disse tallene tyder altså på svært lokal rekruttering til det lokale arbeidsmarkedet i de to regionene. Blant de fem søringene utdannet i Hadsel som er i arbeid, arbeider fire av fem (80 prosent) i Nordland, mens alle tre som er rekruttert fra utlandet arbeider i nord.

FAST DESENTRALISERT UTDANNING I RANA

Vel halvparten av kandidatene som er utdannet i Rana er også registrert med studiested Rana i vårt materiale. Det er fem menn (seks prosent) og 80 kvinner som er registrert utdannet eksamensårene 2002, 2011, 2012 og 2013 (N=85). 88 prosent hadde oppvekststed Nordland, en prosent Troms, to prosent Finnmark og åtte prosent Sør-Norge. En prosent hadde oppvekststed utlandet og to prosent var ukjent.

Blant de 75 som var i arbeid i 2014, arbeidet 91 prosent i Nordland, en prosent i Troms, en prosent i Finnmark og sju prosent i Sør-Norge.

Flest kandidater var fra Indre Helgeland (37 prosent) og regionen Helgeland (27 prosent). Det var også disse to regionene som hadde flest i arbeid i 2014; Indre Helgeland (45 prosent) og Helgeland (27 prosent). Nettoresultatet av denne utdanningen for regionen Indre Helgeland som er vert for utdanningen, er altså positivt. Dette tyder på samme måte og i nesten samme grad som for Hadsel at utdanningen i Rana rekrutterer lokalt til et arbeidsmarked lokalt. Blant de sju søringene utdannet i Rana, arbeidet fem i Nord-Norge i 2014, mens den ene rekruttert fra utlandet også arbeidet i landsdelen.

HØGSKOLEN I NESNA, STUDIESTED SANDNESSJØEN

Høgskolen i Nesna har i hele den aktuelle perioden tilbudt desentralisert eller samlingsbasert sykepleieutdanning lokalisert til Sandnessjøen. Det er 14 menn (11 prosent) og 116 kvinner som er utdannet ved Høgskolen i Nesna fra og med juni 2003,

med samlinger i Sandnessjøen (N=130). 87 prosent hadde oppvekststed i Nordland, ni prosent Sør-Norge, ingen i Troms eller Finnmark, tre prosent i utlandet og to prosent ukjent.

Blant de 123 som var i arbeid i 2014, arbeidet 86 prosent i Nordland, en prosent i Troms og 12 prosent i Sør-Norge. Blant de 10 søringene utdannet ved tilbudene til Høgskolen i Nesna i Sandnessjøen, og som er i arbeid, arbeider tre i Nord-Norge og sju i Sør-Norge, mens to av de tre utlendingene arbeider i Nord-Norge.

OPPSUMMERING AV ANALYSER FRA HVERT ENKELT UTDANNINGSSTED

Når vi oppsummerer resultatene i dette avsnittet, ser vi i praksis tre-fire ulike utdanningstilbud med ulike geografiske funksjoner:

Sykepleierutdanningen i nord domineres av de to største utdanningene i Tromsø og Bodø, som har utdannet over halvparten av sykepleiekandidatene etter år 2000. Disse to utdanningen har breiere geografisk rekruttering enn de øvrige utdanningsstedene, rekrutteringen fra egen region er litt over en tredel, mens resten rekrutteres utenfra. For Tromsøs vedkommende skjer det en kraftig sentralisering av kandidatene, noe som vi antar kan forklares av Tromsøs store sykepleierarbeidsmarked. Sentraliseringseffekten for utdanningen i Bodø er også tydelig, men kandidatene der velger i større grad å vende tilbake til andre regioner. Begge disse utdanningsstedene har i betydelig grad tilrettelagt for desentraliserte og andre fleksible studieløp, men effekten av dette har vi bare kunnet studere for tilbudene fra Høgskolen i Bodø/Universitetet i Nordland i Hadsel og Rana, noe vi kommer tilbake til nedenfor. Det store flertallet, ca. 80 prosent begge steder, har likevel tatt utdanningen som ordinært studium på campus.

Den andre hovedgruppen av sykepleierutdanninger er de regionale tilbudene i Hammerfest, Harstad og Narvik, som til sammen har stått for utdanningen av en tredel av sykepleierne i nord i perioden 2000-14. De to siste er preget av lokal rekruttering i og med at halvparten av kandidatene er rekruttert fra egen region, og selv om Hammerfest har breiere rekruttering i Finnmark, er over 40 prosent rekruttert fra Vest-Finnmark. For disse utdanningsstedene skjer det i mindre grad regional omfordeling av kandidatene, og i større grad rekrutterer utdanningsstedene lokalt og forsyner det lokale arbeidsmarkedet med sykepleiere.

Den tredje hovedgruppen av sykepleierutdanninger er de desentraliserte og på andre måter fleksible utdanningene med stor spredning på utdanningssteder og lokale tilbud. Her er det flere modeller som er brukt i perioden, fra desentraliserte enkeltkull ulike steder i Finnmark, til mer kontinuerlige tilbud i Troms og Nordland. I sum er det uteksaminert vel 800 kandidater fra slike studier. Det er ikke alle disse tilbudene vi har

geografiske data om, men data for kandidatene fra studier i Alta, Hadsel, Rana og Alstahaug viser svært lokal rekruttering og effekt for det lokale arbeidsmarkedet.

Den fjerde gruppen av studier er studier på deltid basert på samlinger på studiestedet. Dette er tilbudt sammenhengende ved Høgskolen i Harstad, og for enkeltkull i Bodø og Tromsø. Knapt 500 kandidater er uteksaminert fra slike deltidsstudier, med flertallet i Harstad. De regionale effektene av disse utdanningstilbudene er ikke mulig å følge i dette datamaterialet, da de ikke er skilt fra andre kandidater uteksaminert samme studiested.

Tabell 7.18: Oppsummering av rekrutteringsandel fra og andel som arbeider i vertsregion og naboregioner. Fordelt på utdanningsinstitusjoner.

Utdannings-institusjon	N kull (DBH)	N kull (fordelt SSB)	Utdannings-sted (-er)	Rekrutteringsandel fra verts- og naboregion (-er)	Andel som arbeider i verts- og naboregion (-er)
Høgskolen i Finnmark (UiT 2014)	692	690	Hammerfest (85%) + desentraliserte studier (15%)	Vest-Finnmark (42) Øst-Finnmark (20) Indre Finnmark (9)	Vest-Finnmark (44) Øst-Finnmark (17) Indre Finnmark (8)
	25	26	Alta	Vest-Finnmark (67)	Vest-Finnmark (75)
Høgskolen i Tromsø (UiT 2009-14)	1455	1401	Tromsø (81%) + desentraliserte studier (19%)	Tromsøreg. (34) Midt-Troms (17) Nord-Troms (12)	Tromsøreg. (58) Midt-Troms (13) Nord-Troms (7)
Høgskolen i Harstad	824	796	Harstad (64% heltid, 36% deltid)	Sør-Troms (46) Vesterålen (10) Midt-Troms (8)	Sør-Troms (48) Vesterålen (7) Midt-Troms (6)
Høgskolen i Narvik	584	581	Narvik	Ofoten (52) Sør-Troms (7) Midt-Troms (6)	Ofoten (48) Midt-Troms (5) Sør-Troms (4)
Høgskolen i Bodø (UiN 2011-14)	1908	1973	Bodø	Salten (39) Indre Helgel. (16) Helgeland (9) Vesterålen (9) Lofoten (8)	Salten (44) Indre Helgel. (15) Helgeland (8) Vesterålen (7) Lofoten (6)
	110	48	Hadsel	Vesterålen (54) Lofoten (25)	Vesterålen (58) Lofoten (31)
	155	85	Rana	Indre Helgel. (37) Helgeland (27)	Indre Helgel. (45) Helgeland (27)
Høgskolen i Nesna	150	130	Alstahaug	Helgeland (63) Indre Helgeland (9) Sør-Helgeland (8)	Helgeland (69) Indre Helgeland (7) Sør-Helgeland (6)

8 AVSLUTNING

Avslutningsvis i denne rapporten som dokumenterer hvor det har blitt av sykepleierne som er utdannet i Nord-Norge i en 15-års periode, vil vi kort oppsummere hovedresultater og diskutere muligheter og begrensninger i datamaterialet som er benyttet. Videre peker vi på hvor i helsetjenesten i Nord-Norge det kan være størst potensiale for å hente ut mere av sykepleierressursen ved å legge til rette for mer heltidsarbeid, før vi til slutt retter oppmerksomheten mot utdanningskapasiteten i Nord-Norge og hvordan denne er fordelt i landsdelen.

8.1 Oppsummering av resultater

I 15-årsperioden som vi har studert, er 5 730 sykepleiere (88 prosent kvinner) utdannet ved ett av de 11 studiestedene i Nord-Norge (campus eller fast desentralisert studiested). En av fire av sykepleierne har tatt videreutdanning; andelen var høyest blant menn og i spesialisthelsetjenesten, og i primærhelsetjenesten var andelen høyest i de mest sentrale kommunene. To av tre av sykepleierne i studien arbeidet heltid; andelen var høyere blant menn og i primærhelsetjenesten. Andelen var høyere i Troms og Finnmark enn i Nordland, og dette gjaldt spesielt de som arbeidet i spesialisthelsetjenesten. Ni prosent av sykepleierne var ikke i arbeid per 2014, og sju prosent arbeidet utenfor helsetjenesten. Andelen sykepleiere som arbeidet i Nord-Norge ett år etter endt utdanning, var 88 prosent, og gikk litt ned over tid til 82 prosent 10 år etter endt utdanning. Nettoflyttetapet til Sør-Norge per kull utdannet i Nord-Norge utgjorde to til tre prosent av et årskull.

Vi har beskrevet fire typer utdanningstilbud med ulike geografiske funksjoner; for det første de to største utdanningene i Tromsø og Bodø, som har breiere geografisk rekruttering enn de øvrige utdanningsstedene, men hvor det også skjer en tydelig sentralisering av kandidatene med hensyn til arbeidssted. For det andre er de regionale tilbudene i Hammerfest, Harstad og Narvik, som er preget av lokal rekruttering og som i større grad forsyner det lokale arbeidsmarkedet med sykepleiere. Den tredje typen utdanningstilbud er de desentraliserte og på andre måter fleksible utdanningene med svært lokal rekruttering og effekt for det lokale arbeidsmarkedet. Den fjerde typen er studier på deltid basert på samlinger på studiestedet, men hvor de regionale effektene ikke har vært mulig å følge i dette datamaterialet. Analyser på regionnivå understreker betydningen av regionale utdanningstilbud, ved at utdanningssteder nært sykepleierens oppvekststed har høyere tilbakevendingsandel når det gjelder arbeidssted. Med utgangspunkt i vårt datamateriale, kan vi imidlertid ikke forklare *hvorfor* sykepleierne utdannet ved regionale utdanningssteder i større grad tar seg arbeid i den regionen der

de vokste opp, sammenlignet med de som har tatt sykepleierutdanning i Bodø eller Tromsø.

8.2 Muligheter og begrensninger i datamaterialet

Hoveddatakilden som er benyttet i denne studien, som er mikrodata fra SSBs utdannings- arbeidsmarkeds- og befolkningsregister, innebærer store muligheter for å studere sammenhenger mellom hvor sykepleierne som er utdannet i Nord-Norge kommer fra, på hvilke steder de er utdannet, og hvor de har tatt seg arbeid. Det er imidlertid en forenkling å anta at bosted ved 16 år er det samme som «hvor de kommer fra». Med en gjennomsnittsalder på 30,5 år for ferdigutdannede sykepleiere og en gjennomsnittlig studietid på 3,4 år, var alderen på søkeren til sykepleierutdanning i gjennomsnitt 27 år. Vi antar derfor at en andel av sykepleierne i vår studie hadde flyttet til et annet sted og at noen av disse hadde etablert seg med familie før de søkte på sykepleierutdanningen. En begrensning ved datamaterialet er dermed at våre data om hvor sykepleierne kommer fra, angir bosted allerede ved 16 års alder. For rundt fire av ti av sykepleierne som startet på sykepleierstudiet da de var 19-22 år, gir imidlertid bostedskommune ved 16 år en veldig god pekepinn på hvor sykepleierne «kommer fra».

Videre viste det seg at datamaterialet fra SSB ikke ga korrekte angivelser av skolekommune for en del av sykepleierne, det vil si rundt tre av fire blant de som har tatt desentralisert utdanning. Analysene av sammenhenger mellom utdanningssted og arbeidssted er derfor «forurenset» av at for eksempel de som har tatt desentralisert utdanning i Troms er registrert med Tromsø som skolekommune. Dette er en konsekvens av at vi har benyttet registerdata som i utgangspunktet ikke er samlet inn med forskning som det primære formål. Med bruk av data fra Databasen fra høyere utdanning har vi imidlertid skaffet oss oversikt over hvilke deler av SSBs data som ikke var korrekte. Det har derfor likevel latt seg gjøre å foreta interessante analyser.

Med data fra kull som var ferdig utdannet helt tilbake til 2000, har dette gitt muligheter for å studere karriereforløpet gjennom 15 år. Andre studier har tidligere funnet at de fleste yrkesskifter skjer i løpet av de 10-15 første årene, og de eldste kullene i våre data er dermed godt egnet til å studere valg av arbeidssteder, yrkesskifter, andelen yrkespassivitet og heltid/deltidsarbeid. De ferskeste kullene kan studeres kun i den første delen av karrieren.

8.3 Arbeidskraftreserve i Nordland?

I likhet med det som er tilfelle blant sykepleiere generelt i Norge, så er det også blant sykepleierne i vår undersøkelse vanlig å arbeide deltid. Vi har referert til tidligere undersøkelser som har vist at de fleste som arbeider deltid, gjør det frivillig. Det er altså ikke dokumentert mye ufrivillig deltid blant sykepleiere generelt. Det vi finner i vår

undersøkelse, er store forskjeller i arbeidstid avhengig av hvor sykepleierne arbeider. Dette kan tyde på at det er forskjeller i arbeidstidskulturen fra sted til sted og mellom sektorene. Sykepleiere som arbeidet i Troms og Finnmark skilte seg ut med en høyere andel i heltidsarbeid sammenliknet med de som arbeidet i Nordland og Sør-Norge. Ulikhetene var særlig store i spesialisthelsetjenesten. Disse forskjellene kan være resultat av et målrettet arbeid mot utvikling av en heltidskultur blant sykepleiere i disse to fylkene - i tråd med nasjonale føringer. Vi har vist til dokumentasjon om et slikt målrettet arbeid i Finnmark. Det er derfor grunn til å anta at det ligger en arbeidskraftreserve i sykepleierne som arbeider i Nordland og Sør-Norge, som kan realiseres med de riktige impulsene. Kan hende finnes det også fortsatt mer å hente ut fra sykepleierressursene i Troms og Finnmark. Det er imidlertid vanskelig å anslå hvor stor denne arbeidskraftreserven er. Til det er våre tall for unøyaktige med arbeidstid kategorisert i tre ulike grupper (0-19,9 t/uke, 20-29,9 t/uke og 30 t/uke eller mer).

8.4 Utdanningskapasiteten i Nord-Norge

Mengden ferdig utdannede sykepleiere er en enkeltfaktor som i stor grad påvirker tilbudet av sykepleierarbeidskraft. For å dekke etterspørselen etter kompetent sykepleierarbeidskraft på ulike steder i Nord-Norge, er det imidlertid ikke likegyldig hvor utdanningene er lokalisert og hvor stor utdanningskapasiteten på de ulike utdanningsstedene er. Vi har derfor lagt vekt på å analysere sammenhenger mellom hvor sykepleierne kommer fra, hvor de er utdannet, og hvor de arbeider.

Nord-Norge har knapt 9,3 prosent av befolkningen i Norge (SSB 1.1.2016), og 10,6 prosent av landets sykepleiere i helse- og sosialtjenesten arbeider i Nord-Norge (SSB, 4. kvartal 2015). Fra utdanningssektorens side er det tidligere anslått at utdanningskapasiteten i Nord-Norge bør ligge på 15 prosent av kapasiteten i landet, knyttet til utfordringer med lekkasje av utdannet personell til de sørlige deler av landet (Høgskolen i Finnmark, Høgskolen i Harstad og Universitetet i Tromsø, 2010). Våre data viser at det totalt var 13 prosent av kandidatene som ble «importert» til sykepleierutdanning i Nord-Norge, enten fra Sør-Norge eller fra utlandet. Blant sykepleierne utdannet i Nord-Norge som var i arbeid per 2014, var det 15 prosent som hadde tatt seg arbeid i Sør-Norge ved utgangen av 2014. Dette innebærer at nettoflyttetapet til Sør-Norge per kull utdannet i Nord-Norge utgjør to-tre prosent av et årskull, eller ca. 10 sykepleiere pr. kull.

De som ikke er med i dette «regnskapet» er de som har tatt sykepleieutdanning i Sør-Norge eller utlandet, og tatt arbeid i Nord-Norge. Vi vet ikke om det blant disse er «nettoimport eller eksport», altså om det er flere av disse som er fra landsdelen enn det er som tar arbeid i landsdelen. Vi antar likevel at nettoeffekten er begrenset, da antall og

andel som flytter mellom landsdeler er begrenset.[31] En studie basert på NIFUs kandidatundersøkelser av nyutdannede sykepleiere uteksaminert i perioden 1995-2000 viste at Nord-Norge den gang mottok litt flere sykepleiere enn det som ble utdannet i landsdelen (Arnesen 2003). Om dette fortsatt er tilfelle vet vi ikke, men det er lite sannsynlig at balansen er vesentlig endret.

På grunnlag av våre tall og resonnementet over kan vi anta at lekkasjen ut av landsdelen er mindre enn tidligere antatt. Utdanningskapasiteten i sykepleierutdanningen ved utdanningsinstitusjoner i de tre nordligste fylkene[32] er for tiden på 12 prosent av landskapasiteten (DBH 2015), altså klart over hva andelen sykepleierne i nord utgjør av det nasjonale arbeidsmarkedet for sykepleiere. Andelen av sykepleierkandidatene som er uteksaminert fra studier i Nord-Norge, varierer litt mer fra år til år, men gjennomsnittet for perioden 2012-15 var på 11,6 prosent (DBH 2015). Utdanningskapasiteten i landsdelen er altså 1-1,5 prosentpoeng over landsdelens andel av sykepleiere i arbeid. Denne «overkapasiteten» utgjør i størrelsesorden 40-50 sykepleiere som gjennomsnitt for hvert kull utdannet i nord i perioden 2000-14. Selv om det skjer en viss reduksjon i andelen av sykepleiere som blir nordpå utover i yrkeskarrieren, er vår vurdering at overkapasiteten i nord er nok til å motvirke lekkasjen sørover.

Vi vet imidlertid at det er en betydelig mangel på sykepleiere i arbeidsmarkedet, både i landsdelen og landet forøvrig. Både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten har sykepleierandelen økt. I NAVs bedriftsundersøkelser for de tre nordligste fylkene våren 2016 summerte mangelen på sykepleiere seg til 700 stillinger. Nasjonalt mangler det 3 300 sykepleiere ifølge disse undersøkelsene. Framskrivinger av framtidig kompetansebehov (Stølen et.al 2016, Roksvaag og Texmon 2012), tilsier dessuten at etterspørselen etter sykepleiere vil øke. I et slikt perspektiv er det ønskelig med en betydelig overkapasitet ved utdanningsinstitusjonene i nord, og spørsmålet blir da om dagens overkapasitet er stor nok? Måltallet bør kanskje i et slikt perspektiv også

[31] En indikasjon kan en likevel få ved å se på generelle kandidatundersøkelser fra universiteter og høgskoler i Sør-Norge. Andelen kandidater fra Nord-Norge er lav på de fleste studiesteder i sør, men høyere i Trøndelag (f.eks. ni prosent på NTNU) enn øvrige studiesteder (f.eks. 2-5 prosent ved UiB, UiA, NMBU). Andelen som tar arbeid i Nord-Norge er om lag like lav (2-5 prosent) ved alle institusjoner i Sør-Norge. Det tyder på «lekkasje» fra nord til Trøndelag, men ellers balanse. Om dette også gjelder for sykepleiere vet vi altså ikke, men vi antar at det er større sjanse for en liten negativ effekt enn positiv effekt for Nord-Norge, som kan anslås til i antall være like stor som for de utdannet i Nord-Norge.

[32] Dette tallet er altså fra før de siste fusjonene, og omfatter bare utdanningssteder i de tre nordligste fylkene. Fra 2016 er utdanningen ved Høgskolen i Nord-Trøndelag (HINT) del av Nord Universitet, men denne ligger utenfor landsdelen og kan ikke regnes med i landsdelens utdanningskapasitet.

konkretiseres i absolutte tall, da det både i landsdelen og landet kan være behov for å øke kapasiteten.

En annen drøfting er knyttet til utdanningskapasiteten fordelt på regioner i landsdelen. Utdanningstilbudet domineres i dag av de to store utdanningene i Tromsø og Bodø, og på disse to campus utdannes vel halvparten av sykepleierne. Særlig utdanningen i Tromsø har betydelig sentraliserende effekt, til dels på bekostning av naboregionene i Troms, selv om dette også opplagt er knyttet til arbeidsmarkedet for sykepleiere i Tromsø. Nesten en fjerdedel (23 prosent) av sykepleierne i Nord-Norge arbeider i Tromsøregionen, mens det er en femtedel (20 prosent) i våre kull som har tatt sykepleieutdanning på campus i Tromsø. Salten med Bodø har en femtedel (20 prosent) av sykepleierne i arbeidslivet Nord-Norge, men en tredjedel (32 prosent) har tatt utdanningen der. Når vi ser utdanningskapasiteten i relasjon til sykepleiere i arbeidslivet i Nord-Norge er det derfor naturlig at det er større spredning ut igjen fra Bodø enn fra Tromsø.

De tre regionene med «mellomstore» sykepleierutdanninger, Vest-Finnmark (Hammerfest), Sør-Troms (Harstad) og Ofoten (Narvik) har som Salten med Bodø mindre andel av sykepleierne i arbeidslivet i Nord-Norge (6-8 prosent hver) enn av kandidatproduksjonen (10-13 prosent hver). I de øvrige regionene i Nord-Norge er situasjonen motsatt; kandidatproduksjonen har vært langt lavere og i form av desentraliserte tilbud, og følgelig er regionenes andeler av sykepleiere i arbeidslivet større enn andelen av kandidatproduksjonen i nord. Dersom en skal vurdere regionale endringer i utdanningskapasiteten i nord, er det derfor disse tilbudene som bør styrkes. Som vist i tidligere studier og bekreftet i denne studien, er det en stor regional effekt av desentralisert utdanning i form av høy grad av lokal rekruttering til lokalt arbeidsmarked.

LITTERATUR

Aaraas IJ, Halvorsen P, Aasland OG. Supply of doctors to a rural region: Occupations of Tromsø medical graduates 1979-2012. Medical Teacher 2015; 37(2).

Abelsen B, Gaski M, Nødland SI, Stephansen A. *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Rapport IRIS – 2014/342. Stavanger: IRIS 2014.

Abrahamsen B. Sykepleiermangel - et resultat av stor yrkesavgang? Søkelys på arbeidsmarkedet 2000; 17, (1). Oslo: Institutt for samfunnsforskning 2000.

Abrahamsen B. Hvorfor utdanne to pleiere for å få en? 2002. Oslo: Pax forlag.

Abrahamsen B. Yrkesavgang blant pleiepersonell. Rapport 11/2003. Institutt for samfunnsforskning, 2003.

Abrahamsen B. Forskjeller i kvinners arbeidstid – et spørsmål om preferanser? Sosiologisk tidsskrift, 2009, 4: 311-332.

Abrahamsen B. Deltidsarbeid på retur? En sammenlikning av tre kull sykepleiere utdannet i 1977, 1992 og 2003. Søkelys på arbeidslivet, 2010, nr 1-2: 5-18.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. Journal of the American Medical Association 2002; 288 (16): 1987-1994.

Amble N. Innspill – Forsøk med arbeidstidsordninger og arbeidstidsendringer i turnusarbeid. 2006. Oslo: Fornyings- og administrasjonsdepartementet.

Amble N. Ikke fullt og helt, men stykkevis og delt – om det uønskede deltidsarbeidets vesen. Søkelys på arbeidslivet, 2008, 25 (3): 367–380.

Arbeids- og sosialdepartementet 2016. Arbeidstidsutvalget – Regulering av arbeidstid – vern og fleksibilitet. NOU 2016:1.

Armstrong-Stassen M, Stassen K. Professional development, target-specific satisfaction, and older nurse retention, Career Development International 2013; 18 (7): 673 – 693.

Arnesen C. En analyse av bosettingsmønster og arbeidsmarkedstilpasning blant nyutdannede kandidater. Oslo: NIFU 2003.

Bertelsen IT. Hvor kommer lægene fra og hvor blir de av? Tidsskrift for den norske lægeforening 1963; 83: 861-870.

Bråthen R, Hjelmås G, Holmøy E, Ottersen IH. Bemanningsbehov i spesialisttjenesten mot 2040. Statistisk sentralbyrå rapport 2015/29.

Bråthen M, Bakken F. Seniorer i arbeidslivet – hva påvirker beslutningen om å fortsette i jobb? Arbeid og velferd 2012, 3: 38-48.

Cooke A, Smith D, Booth A. Beyond PICO: The SPIDER Tool for qualitative evidence synthesis. Qualitative Health Research 2012; 22(10): 1435-1443.

Crompton R, Harris F. Gender Relations and Employment: The Impact of Occupation, Work, Employment and Society, 1998, 12: 297–315.

Crompton R, Lyonette C. The New Gender Essentialism – Domestic and Family "Choices" and their Relation to Attitudes, The British Journal of Sociology, 2005, 56: 601–620.

Dahle R, Østby MM. Medisinske vikarbyråer En sikkerhetsventil i et sårbart system? Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. 2007: 4. Oslo: NOVA.

Dalen E. Norsk seniorpolitisk barometer. Ledere. 2014. Ipsos MMI. www.seniorpolitikk.no

Fause Å, Micaelsen A. Et fag i kamp for livet. Sykepleiens historie i Norge. 2002. Bergen: Fagbokforlaget.

Førland O. Overbevisning og anger over utdannings – og yrkesvalg blant nyutdannede sykepleiere 2005. KoWorking paper Haraldsplass diakonale høgskole.

Gaski M, Halvorsen P, Aaraas I, Aasland OG. Utdanner UiT Norges arktiske universitet leger til å arbeid i distrikter? Upublisert.

Ginn J, Arber S, Brannen J, Dale A, Dex S, Elias P, Moss P, Pahl J, Roberts C, Rubery J. Feminist Fallacies: a Reply to Hakim on Women's Employment, British Journal of Sociology, 1996, 7: 167–174.

Gautun H, Syse A. Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? Rapport 8, 2013. Oslo: NOVA.

Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. Health Information & Libraries Journal. 2009; 26(2): 91-108

Gullikstad B, Rasmussen B. Likestilling eller omstilling? Kjønnsperspektiver på modernisering av offentlig sektor. 2004. Trondheim: SINTEF Teknologiledelse IFIM.

Gythfeldt K, Hagen K. Hva betyr høgskolene for rekruttering av arbeidskraft til egne regioner? Søkelys på arbeidslivet 2013, nummer 3.

Hakim C. Work-Lifestyle Choices in the 21st Century. Preference Theory. 2000. Oxford: Oxford University Press.

Helse- og omsorgsdepartementet. Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting I helse- og omsorgssektoren. NOU 2010:13.

Helse Nord RHF. Strategisk utviklingsplan for Helse Nord Fase 1. Bodø: Helse Nord 2011.

Helse Nord RHF, KS Nord-Norge. Kompetanseutfordringer i kjølvannet av samhandlingsreformen. 2012. Bodø: Helse Nord.

Helse Nord RHF, KS Nord-Norge. Kompetanseutfordringer i kjølvannet av samhandlingsreformen. Tiltaksplan. 2013. Bodø: Helse Nord.

Higgins JPT, Green S. Cochrane Handbook for systematic reviews of interventions. Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration 2011.

Hilsen AI. Jeg er glad I jobben min. Sluttsamtaler med seniorer i tre helseforetak. Fafo-rapport 2015:03. Oslo: Fafo 2015.

Hiscott RD. Career Paths of Nursing Professionals: A Study of Employment Mobility. McGill-Queen's University Press. Ottawa 1998 (tilgjengelig som ebok). Kap IV Reasons for leaving jobs.

Huse MK. Hvordan mobilisere arbeidskraft fra sykepleiere? Masteroppgave UiO 2006.

Høgskolen i Finnmark, Høgskolen i Harstad og Universitetet i Tromsø. Fusjonsrapport fra arbeidsgruppa helsefag, 2010.

Ingstad K, Kvande E. Må sykepleieryrket være et deltidsyrke? Nordisk sygeplejeforskning, 2011, Vol.1(03), side 206-218.

Johansen B. Fleksibilitet – en utfordrer til mødres deltidsarbeid. I Kvande E og Rasmussen B. Arbeidslivets klemmer. Paradokser i det nye arbeidslivet. 2007. Bergen: Fagbokforlaget.

Kirpal S. Work identities of nurses: between caring and efficiency demands, Career Development International 2004; 9 (3): 274 – 304.

Kjeldstad R, Nymoen EH. Kvinner og menn i deltidsarbeid. Fordeling og forklaringer. 2004: 29. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

KS-notat 2014. Rekrutteringsbehov i kommunesektoren fram til 2024.

Krane L. Comparisons of sickness absence patterns, trends and attitudes in the health and care sectors in two municipalities in Norway and Denmark. UiT – Norges arktiske universitet 2015. ISM skriftserie nr. 16.

Køber T, Vigran Å. Arbeidstid blant helsepersonell. Stort omfang av deltidsarbeid. Samfunnsspeilet, 2011: 2. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Laine M, Van der Heijden BIJM, Wickström G, Hasselhorn HM, Tackenberg P. Job insecurity and intent to leave the nursing profession in Europe. The international Journal of Human Resource Management 2009 vol 20(2) 420-438.

Lotherington AT, Obstfelder A. «Du må være ung for å henge med i dag!» - Inkluderings- og ekskluderingsmekanismer på det høyteknologiske sykehuset. Søkelys på arbeidslivet 01-02/2014.

Mastekaasa A. Kvinner og sykefravær. Tidsskrift for velferdsforskning 2016, 2: 125-147

McRae S. Constraints and Choices in Mothers' Employment Careers: A Consideration of Hakim's Preference Theory, British Journal of Sociology, 2003, 5: 317–338.

Melby K. Kall og kamp. Norsk sykepleierforbunds historie. 1990. Oslo: Cappelens Forlag AS.

Meld. St. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd. Oslo: Kunnskapsdepartementet.

Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

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

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

Midtsundstad T, Bogen H. Seniorpolitikk – behov for justering? Analyse av praksis i seks foregangskommuner. Søkelys på arbeidslivet 2011 nr 1-2: 89-106.

Moland LE, Gautun H. Deltid: bidrag eller hemsko for fornyelse av pleie- og omsorgssektoren? Fafo-rapport 2002:395. Oslo: Fafo.

Moland LE. Heltid – deltid – en kunnskapsstatus. Begrunnelser og tiltak for å redusere omfanget av deltid og organisere for heltidsansettelse. Fafo-rapport 2013: 27. Oslo: Fafo.

Moland LE, Lien L. Heltid i nord – hvorfor lykkes Finnmark? Fafo-rapport 2013: 37. Oslo: Fafo.

Nicolaisen H. Løsningen på deltidsutfordringen – ingen «quick fik». Søkelys på arbeidslivet, 2013, nr 1-2: 151-157.

Nilsen G, Huemer, J, Eriksen L. Bachelor studies for nurses organized in rural contexts – a tool for improving the health care services in circumpolar region? International Journal of Circumpolar Health 2012 (71): 17902.

Norbye B, Wolff Skaalvik M. Decentralized nursing education in northern Norway: Towards a sustainable recruitment and retention model in rural arctic health services. International Journal of Cirkumpolar Health, 2013 (72): 22793.

North N, Erasmussen E, Hughes F, Finlayson M, Ashton T, Campbell T, Tomkins S. (2005). Turnover amongst nurses in New Zealand's district health boards: A national survey of nursing turnover and turnover costs. New Zealand Journal of Employment Relations, vol 30, 49-62.

NOU 2011:3. Kompetansearbeidsplasser – drivkraft for vekst I hele landet. Oslo: Kompetansearbeidsplassutvalget.

NOU 2004:29. Kan flere jobbe mer? – deltid og undersysselsetting i norsk arbeidsliv. Oslo: Deltidsutvalget.

Næss T. Undersysselsetting blant profesjonsutdannede: Situasjonen tre år etter fullført utdanning. 2012. Oslo: NIFU.

Olsen TS. Arbeidskraftreserven blant deltidsansatte. FoU-rapport 2002: 3. Kristiansand: Agderforskning.

Risberg T, Rogdaberg G, Rosvold RM. Sykepleiernes tilpasning i arbeidsmarkedet: en kort beskrivelse av teorier og dataregistre. Notater, 2000/23. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Rognstad G Desentralisert høgskoleutdanning – en ressurs for regionene i Oppland fylke. Prosjektrapport om desentralisert sykepleierutdanning i Oppland. Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2009 nr. 8. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik.

Roksvaag K, Texmon I. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Rapport 14/2012. Oslo: Statistisk sentralbyrå 2012.

Salminen HM. Turning the tide: registered nurses 'job withdrawal intentions in a Finnish university hospital. Journal of Human Resource Management 2012; 10(2): 1-11.

Sjögren K, Fochsen G, Josephson M, Lagerström (2004). Reasons for leaving nursing care and improvements needed for considering a return: a study among Swedish nursing personnel. International Journal of Nursing Studies 2004; 42: 751-758.

Stølen NM, Bråthen R, Hjemås G, Otnes B, Texmon I, Vigran Å. Helse- og sosialpersonell 2000-2014. Faktisk utvikling mot tidligere framskrivinger. Oslo-Kongsvinger: SSB 2016.

Statistisk sentralbyrå. Studenter per 1.10.2011 på helsefaglige utdanninger i Norge, bostedskommune ved 16 år. 2011. (Spesialutkjøring)

Sørlie K, Aure M, Langset B. Hvorfor flytte? Hvorfor bli boende? Bo- og flyttemotiver de første årene på 2000-tallet. Rapport 2012/22. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning 2012.

Van der Heijden BIJM, Van Dam K, Hasselhorn HM. Intention to leave nursing: The importance of interpersonal work context, work-home interference, and job satisfaction beyond the effect of occupational commitment. Career Development International 2009; 7: 616 – 635.

TABELLVEDLEGG

Tabell 2.2: Nordnorske kommuners sentralitet (per 2013)

Sentralitet	*Kommuner i Nord-Norge*			*N*	*%*
	Finnmark	*Troms*	*Nordland*		
0: Minst sentrale kommuner	Vardø, Kautokeino, Loppa, Hasvik, Måsøy, Nordkapp, Porsanger, Karasjok, Lebesby, Gamvik, Berlevåg, Tana, Båtsfjord, Sør-Varanger (14)	Ibestad, Lavangen, Bardu, Salangen, Målselv, Sørreisa, Dyrøy, Tranøy, Torsken, Berg, Lenvik, Lyngen, Storfjord, Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa, Kvænangen (17)	Bindal, Vega, Herøy, Hattfjelldal, Lurøy, Træna, Rødøy, Meløy, Gildeskål, Beiarn, Steigen, Hamarøy, Tysfjord, Lødingen, Røst, Værøy, Flakstad, Vestvågøy, Hadsel, Bø, Øksnes, Sortland, Andøy, Moskenes (24)	55	63
1: Mindre sentrale kommuner	Vadsø, Alta, Hammerfest, Kvalsund, Nesseby (5)	-	Sømna, Brønnøy, Vevelstad, Alstahaug, Leirfjord, Vefsn, Grane, Dønna, Saltdal, Sørfold, Vågan (11)	16	18
2: Noe sentrale kommuner	-	Harstad, Kvæfjord, Skånland, Gratangen (4)	Bodø, Narvik, Nesna, Hemnes, Rana, Fauske, Tjeldsund, Evenes, Ballangen (9)	13	15
3: Sentrale kommuner	-	Tromsø, Balsfjord, Karlsøy (3)	-	3	4
Total	19	24	44	87	100

Forklaring til Tabell 2.3. Kommunene hvor minst 2/3 av sykepleierstudentene rekrutteres til en bestemt skolekommune, er ført opp i andre kolonne. Kommunene som rekrutterer til flere ulike skolekommuner, er ført opp i tredje kolonne, og fordelt på flere skolekommuner (forutsatt minst fire studenter i den enkelte skolekommune). Tabellen har imidlertid ikke et fullstendig datagrunnlag som utgangspunkt. Det er angitt skolekommune som kommunen der campus for utdanningsinstitusjonen er, men ikke nødvendigvis der utdanningen har foregått. Det betyr at studenter som har tatt desentralisert utdanning i Rana og Hadsel utenom årene 2011-2013 (samt 2002 for Rana), står oppført på skolekommune Bodø. Videre er det ikke registrert skolekommune for de desentraliserte utdanningene i Finnmark og Troms.

Det er konstruert en regioninndeling basert på rekrutteringsregionene i Tabell 2.3, hvor det i tillegg er tatt hensyn til de etablerte regionene (regionrådene) slik at henholdsvis Øst-Finnmark, Indre Finnmark og Lofoten er egne regioner selv om skolekommune er Hammerfest og Bodø. På Helgeland er rekrutteringsmønsteret som fremgår av SSBs data uklart, og de etablerte regioninndelingene er benyttet.

Tabell 2.3: Skolekommune ved fullføring og tilhørende bostedskommune ved 16 år (2000-2014)

Skole-kommune	Kommuner hvor minst 2/3 av sykepleierstudentene rekrutteres til skolekommunen	Kommune som rekrutterer til flere ulike skolekommuner (forutsatt minst fire studenter i den enkelte skolekommune)
Bodø	Bodø, Bindal, Sømna, Vevelstad, Vefsn, Grane, Hattfjelldal, Nesna, Hamnes, Rana, Lurøy, Træna, Rødøy, Meløy, Gildeskål, Beiarn, Saltdal, Fauske, Sørfold, Steigen, Røst, Værøy, Moskenes, Flakstad, Hadsel	Brønnøy, Vega, Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna, Hamarøy, Tysfjord, Lødingen, Vestvågøy, Vågan, Bø, Øksnes, Sortland, Andøy, Vardø, Alta
Narvik	Narvik, Ballangen	Hamarøy, Tysfjord, Tjeldsund, Evenes, Vestvågøy, Vågan, Gratangen, Lavangen, Bardu, Alta
Alstahaug		Brønnøy, Vega, Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna
Rana		Brønnøy, Vega, Herøy, Leirfjord
Hadsel		Vestvågøy, Bø, Sortland, Andøy
Harstad	Harstad, Kvæfjord, Skånland, Ibestad	Hamarøy, Tysfjord, Lødingen, Tjeldsund, Evenes, Vestvågøy, Vågan, Bø, Øksnes, Sortland, Andøy, Bardu, Salangen, Sørreisa, Dyrøy, Torsken, Båtsfjord
Tromsø	Tromsø, Målselv, Berg, Lenvik, Balsfjord, Karlsøy, Lyngen, Storfjord, Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa	Alstahaug, Lødingen, Vestvågøy, Vågan, Bø, Øksnes, Sortland, Andøy, Gratangen, Lavangen, Bardu, Salangen, Sørreisa, Dyrøy, Tranøy, Torsken, Kvænangen, Vardø, Vadsø, Kautokeino, Alta, Loppa, Nordkapp, Gamvik, Tana, Båtsfjord
Hammer-fest	Hammerfest, Hasvik, Kvalsund, Måsøy, Porsanger, Karasjok, Lebesby, Berlevåg, Nesseby, Sør--Varanger	Kvænangen, Vardø, Vadsø, Kautokeino, Alta, Loppa, Nordkapp, Tana

Tabell 3.3: Gjennomsnittsalder og aldersspredning i hvert studentkull

	Gjennomsnitts fødselsår	Gjennomsnittsalder på nyutdannede	Spredning (std-avvik)	Eldst	Yngst	N
2000	1971	29	7,1	56	22	291
2001	1972	29	6,8	53	22	410
2002	1972	30	7,4	53	21	377
2003	1972	31	7,9	52	21	399
2004	1971	33	8,9	57	22	454
2005	1972	33	8,9	57	22	443
2006	1974	32	8,6	55	22	447
2007	1976	31	8,2	59	22	372
2008	1977	31	8,5	65	21	341
2009	1979	30	7,8	57	21	390
2010	1981	29	7,1	55	22	301
2011	1982	29	8,0	55	22	376
2012	1982	30	7,8	52	22	418
2013	1982	31	9,1	60	22	382
2014	1986	28	6,9	53	21	329

Tabell 4.3, del 1 (2000-2007): Ferdige kandidater, fordelt på årene 2000-2014. Kilde: DBH

	20000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
HiF (UiT fra 2014)								
Bachelor i sykepleie (Hammerfest)	44	56	45	42	47	34	51	37
Bachelor i sykepleie, desentr Kirkenes								
Bachelor i sykepleie, desentr Lakselv								
Bachelor i sykepleie, desentr Karasjok					4			
Sykepleie, desentr (i Finnmark)		7	12	2	5	16		
DesentrAlta								
HiT (UiT fra 2009)								
Sykepleier (campus Tromsø)	60	65	66	84	91	86	81	89
Sykepleier (desentralisert i Troms)		30	37			33	25	27
Sykepleie (deltid under Tromsø)				33				
HiH								
3-årig sykepleierutdanning	37	38	32	60	54	30	27	24
Sykepleier, deltid 4 år			20	31	28	20	34	28
HiN	39	47	27	47	38	47	43	50
HiB / UiN fra 2011								
Sykepleier	141	169	80	54	99	94	113	107
Sykepleier deltid/deltid IKT				26	20	33	19	2
Sykepleier delt IKT Rana/ Rana /Helgel.			52	45	21	26	6	1
Sykepleier Stokmarknes / Vesterålen					25	20	28	3
Sykepleier Salten								
Sykepleier nett- og praksisbasert								
HiNe								
Sykepleierutdanning, desentralisert	6			1	22		20	3
Sykepleierutdanning, samlingsbasert								
Sum 2000-2014	**327**	**412**	**371**	**425**	**454**	**439**	**447**	**371**
Sum utdannet på desentralisert	6	37	49	3	56	69	73	33
Sum deltid/IKT-utdanning			72	135	69	79		
Sum utdannet på campus	284	337	218	227	275	261	288	283

Forts. Tabell 4.3, del 2 (2008-2014)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	SUM
HiF (UiT fra 2014)								
Bachelor i sykepleie (Hammerf.)	55	31	33	16	34	26	34	585
Bachelor i sykepleie, desentr Kirkenes						25		25
Bachelor i sykepleie, desentr Lakselv					26			26
Bachelor i sykepleie, desentr Karasjok								4
Sykepleie, desentr (i Finnmark)		10						52
DesentrAlta							25	25
HiT (UiT fra 2009)								
Sykepleier (campus Tromsø)	43	65	72	74	84	70	97	1127
Sykepleier (desentralisert i Troms)		32		21	27	2	46	280
Sykepleie (deltid under Tromsø)						14	1	48
HiH								
3-årig sykepleierutdanning	36	34	34	29	25	34	33	527
Sykepleier, deltid 4 år	29	20	21	21	13	17	15	297
HiN	41	38	31	33	31	37	35	584
HiB / UiN fra 2011								
Sykepleier	152	137	92	111	215	97	107	1768
Sykepleier deltid/deltid IKT								100
Sykepleier delt IKT Rana/ Rana /Helgel.							4	155
Sykepleier Stokmarknes / Vesterålen						24	10	110
Sykepleier Salten						11	5	16
Sykepleier nett- og praksisbasert						13	11	24
HiNe								
Sykepleierutdanning, desentralisert	16	5						73
Sykepleierutdanning, samlingsbasert			18	16	20	10	13	77
Sum 2000-2014	**372**	**372**	**301**	**321**	**475**	**380**	**436**	5903
Sum utdannet på desentralisert	16	47	18	37	73	61	94	672
Sum deltid/IKT-utdanning								
Sum utdannet på campus	291	271	228	234	364	230	273	4064

Tabell 6.1: Hvor arbeider de 520 i kategorien Annet (per 2014). Fordelt etter Standard for næringsgruppering 2007. N=520.

	Antall	Prosent
0 Ikke registrert	1	
A (01-02-03) JORDBRUK SKOGBRUK OG FISKE	9	2
B (05-09) BERGVERKSDRIFT OG UTVINNING	5	
C (10-33) INDUSTRI	3	
E (26-289 VANNFORSYNING, AVLØPS OG RENOVASJONSVIRKSOMHET	2	
F (41-43) BYGGE OG ANLEGGSVIRKSOMHET	10	2
G (45-46-47) VAREHANDEL, REPARASJON AV MOTORVOGNER	37	7
H (49-53) TRANSPORT OG LAGRING	18	4
I (55-56) OVERNATTINGS- OG SERVERINGSVIRKSOMHET	5	
J (58-63) INFORMASJON OG KOMMUNIKASJON	6	
K (64-66) FINANSIERINGS OG FORSIKRINGSVIRKSOMHET	4	
L (68) OMSTNING OG DRIFT AV FAST EIENDOM	6	
M (69-75) FAGLIG, VITENSKAPELIG OG TEKNISK TJENESTEYTING	11	2
N (77-82) FORRETNINGSMESSIG TJENESTEYTING	14	3
O (84) OFF ADM OG FORSVAR, TRYGDEORDNINGER UNDERLAGT OFF FORV	142	27
P 85 UNDERVISNING	95	18
Q (86-88) HELSETJENESTER	131	25
R (90-93) KULTURELL VIRKSOMHET, UNDERH. OG FRITIDSAKTIVITETER	7	
S (94-96) ANNEN TJENESTEYTING	14	3
Total	520	100

Tabell 6.3: Andel yrkespassive per 1.10 etter 1, 3, 5 og 10 år. 2000-2014. Fordelt på kull.

	Etter 1 år	Etter 3 år	Etter 5 år	Etter 10 år	N
Kull 2000	4	7	10	9	207
Kull 2001	4	8	8	9	372
Kull 2002	7	10	14	12	432
Kull 2003	4	5	9	8	412
Kull 2004	5	8	9	9	373
Kull 2005	3	8	7		445
Kull 2006	5	8	8		470

Kull 2007	7	9	8		413
Kull 2008	7	10	10		338
Kull 2009	4	8	9		388
Kull 2010	4	9			340
Kull 2011	7	10			308
Kull 2012	4				415
Kull 2013	7				401

Tabell 6.6: Antall eldre arbeidstakere (55 år +) i spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og annet, fordelt på alder. N=331.

Alder (år i 2014)	Spesialist-helse-tjenesten	Primær-helse-tjenesten	Annet	Total i arbeid	Total	Ikke i arbeid (N)	Ikke i arbeid (%)
68 og eldre	0	0	0	0	3	3	100
67	2	0	0	2	4	2	50
66	0	1	1	2	7	5	71
65	1	3	0	4	4	0	0
64	0	3	0	3	4	1	25
63	2	7	0	9	11	2	18
62	2	11	2	15	19	4	21
61	4	9	0	13	16	3	19
60	9	15	2	26	29	3	10
59	13	7	2	22	25	3	12
58	13	25	1	39	44	5	11
57	12	27	4	43	51	8	16
56	16	26	3	45	49	4	8
55	21	32	6	59	65	6	9
Total	95	166	21	282	331	49	15
Prosent	34	59	7	100			

Tabell 7.2: Andel av de som var i arbeid (N) som arbeidet i Nord-Norge 1, 3, 5, 7 og 10 år etter utdanning, fordelt på kull

	Etter 1 år		Etter 3 år		Etter 5 år		Etter 7 år		Etter 10 år	
Kull		N		N		N		N		N
Kull 2000	81,3	198	75,4	191	78,5	185	78,9	185	78,1	187
Kull 2001	83,0	359	81,2	341	81,3	342	80,7	332	81,1	339
Kull 2002	87,0	399	82,7	388	81,8	374	82,2	378	83,3	354
Kull 2003	88,9	395	86,4	390	85,9	376	86,0	378	85,2	357
Kull 2004	91,3	355	88,0	341	87,9	339	85,7	336	81,5	303
Kull 2005	92,4	432	89,7	407	89,6	414	89,9	388		-
Kull 2006	91,1	449	87,7	432	88,4	432	86,7	407		-
Kull 2007	89,6	383	86,4	374	84,1	353	82,6	350		-
Kull 2008	83,5	315	79,6	304	79,9	279		-		-
Kull 2009	85,4	371	83,5	340	83,5	334		-		-
Kull 2010	88,3	327	87,1	296		-		-		-
Kull 2011	84,6	266	82,2	259		-		-		-
Kull 2012	87,7	383		-		-		-		-
Kull 2013	87,0	361		-		-		-		-
Total	87,6	4993	84,7	4063	84,7	3428	84,6	2754	82,3	1540

Tabell 7.3: Hvor arbeider sykepleiere med oppvekst i Øst-Finnmark, fordelt på utdanningssted. Tall i parentes er prosentandel.

	Bodø	Narvik	Harstad	Tromsø	Hammerfest	Alta	Total
Sør-Norge	0	0	3	4	11	0	18
Nordland	6	3	1	1	1	0	12
Troms	0	1	3	31	5	0	40
Vest-Finnmark	0	0	0	2	16	2	20
Indre Finnmark	0	0	0	1	5	0	6
Øst-Finnmark	5 (46)	1 (20)	2 (22)	14 (26)	82 (68)	1	105 (52)
Total	11	5	9	53	120	3	201

Tabell 7.4: Hvor arbeider sykepleiere med oppvekst i Midt-Finnmark, fordelt på utdanningssted. Tall i parentes er prosentandel.

	Tromsø	Hammerfest	Alta	Total
Sør-Norge	1	4	0	6
Nordland	0	0	0	0
Troms	13	3	0	18
Vest-Finnmark	3	11	0	14
Indre Finnmark	4 (19)	37 (67)	3	45 (54)
Øst-Finnmark	0	0	0	0
Total	21	55	3	83

Tabell 7.5: Hvor arbeider sykepleiere med oppvekst i Vest-Finnmark, fordelt på utdanningssted. Tall i parentes er prosentandel.

	Bodø	Narvik	Harstad	Tromsø	Hammerfest	Alta	Total
Sør-Norge	2	0	0	9	26	1	38
Nordland	7	1	1	3	4	0	16
Troms	1	2	6	28	12	0	49
Vest-Finnmark	3 (23)	5 (63)	0	10 (20)	202 (82)	14 (88)	234 (69)
Indre Finnmark	0	0	0	0	2	0	2
Øst-Finnmark	0	0	0	0	3	1	4
Total	13	8	7	50	247	16	341

Tabell 7.6: Hvor arbeider sykepleiere med oppvekst i Nord-Troms, fordelt på utdanningssted. Tall i parentes er prosentandel.

	Bodø	Narvik	Harstad	Tromsø	Hammerfest	Total
Sør-Norge	0	1	0	9	2	12
Nordland	7	2	0	1	0	10
Troms utenom Nord-Troms	2	1	6	70	2	81
Nord-Troms	0	5 (50)	6 (50)	66 (45)	3 (30)	80 (43)
Finnmark	0	1	0	0	3	5
Total	9	10	12	146	10	188

Tabell 7.7: Hvor arbeider sykepleiere med oppvekst i Tromsøregionen, fordelt på utdanningssted. Tall i parentes er prosentandel.

	Bodø	Narvik	Harstad	Tromsø	Hammerfest	Total
Sør-Norge	3	1	5	30	3	42
Nordland	4	6	3	4	0	17
Tromsøregionen	3 (30)	14 (67)	25 (54)	365 (87)	11(58)	418 (81)
Troms utenom Tromsøregionen	0	0	13	19	0	32
Finnmark	0	0	0	2	5	7
Total	10	21	46	420	19	516

Tabell 7.8: Hvor arbeider sykepleiere med oppvekst i Midt-Troms, fordelt på utdanningssted. Tall i parentes er prosentandel.

	Bodø	Narvik	Harstad	Tromsø	Hammerfest	Total
Sør-Norge	4	3	4	17	0	28
Nordland	5	4	2	4	0	15
Midt-Troms	5 (36)	21 (66)	30 (56)	115 (54)	4	175 (54)
Troms utenom Midt-Troms	0	3	17	78	2	101
Finnmark	0	1	0	1	3	5
Total	14	32	54	215	9	325

Tabell 7.9: Hvor arbeider sykepleiere med oppvekst i Sør-Troms, fordelt på utdanningssted. Tall i parentes er prosentandel.

	Bodø	Narvik	Harstad	Tromsø	Total
Sør-Norge	4	6	37	5	49
Nordland	5	10	10	2	27
Sør-Troms	1 (9)	12 (35)	233 (74)	5 (13)	254 (64)
Troms utenom Sør-Troms	1	5	30	28	64
Finnmark	0	1	3	0	4
Total	11	34	313	40	398

Tabell 7.10: Hvor arbeider sykepleiere med oppvekst i Ofoten, fordelt på utdanningssted. Tall i parentes er prosentandel.

	Bodø	Narvik	Harstad	Tromsø	Total
Sør-Norge	1	32	1	1	35
Øvrige Nordland	16	11	2	1	30
Ofoten	10 (36)	204 (76)	9 (56)	4 (25)	229 (69)
Troms	1	19	4	10	34
Finnmark	0	3	0	0	4
Total	28	269	16	16	332

Tabell 7.11: Hvor arbeider sykepleiere med oppvekst i Vesterålen, fordelt på utdanningssted. Tall i parentes er prosentandel

	Bodø	Narvik	Hadsel	Harstad	Tromsø	Hammer-fest	Total
Sør-Norge	12	3	1	1	6	1	24
Øvrige Nordland	31	5	2	6	0	1	46
Vester-ålen	102 (67)	8 (47)	22 (85)	40 (56)	15 (26)	3 (30)	191 (57)
Troms	6	1	0	23	36	2	68
Finnmark	0	0	1	0	0	3	4
Missing	1				1		2
Total	152	17	26	71	57	10	335

Tabell 7.12: Hvor arbeider sykepleiere med oppvekst i Lofoten, fordelt på utdanningssted. Tall i parentes er prosentandel

	Bodø	Narvik	Hadsel	Harstad	Tromsø	Total
Sør-Norge	16	4	0	2	3	26
Øvrige Nordland	43	4	2	3	1	58
Lofoten	83 (57)	11 (52)	10 (83)	17 (52)	7 (25)	130 (53)
Troms	3	2	0	11	17	33
Total	145	21	12	33	28	247

Tabell 7.13: Hvor arbeider sykepleiere med oppvekst i Salten, fordelt på utdanningssted. Tall i parentes er prosentandel

	Bodø	Narvik	Alstah./ Nesna	Rana	Harstad	Tromsø	Hammer-fest	Total
Sør-Norge	56	2	0	0	3	8	1	70
Øvrige Nordland	27	3	2	3	2	0	0	38
Salten	590 (86)	11 (69)	3	5	13 (46)	8 (26)	2	632 (81)
Troms	10	0	0	0	10	14	0	34
Finnmark	3	0	0	0	0	1	3	7
Total	686	16	5	8	28	31	6	781

Tabell 7.14: Hvor arbeider sykepleiere med oppvekst i Indre Helgeland, fordelt på utdanningssted. Tall i parentes er prosentandel

	Bodø	Narvik	Alstahaug/ Nesna	Rana	Tromsø	Total
Sør-Norge	21	0	2	1	1	25
Øvrige Nordland	51	2	6	4	2	68
Indre Helgeland	199 (73)	3	3 (27)	21 (78)	3	229 (70)
Troms	2	0	0	1	2	6
Finnmark	1	0	0	0	0	1
Total	274	5	11	27	8	329

Tabell 7.15: Hvor arbeider sykepleiere med oppvekst i Helgeland, fordelt på utdanningssted. Tall i parentes er prosentandel

	Bodø	Narvik	Alstahaug/ Nesna	Rana	Tromsø	Total
Sør-Norge	19	3	3	1	1	28
Øvrige Nordland	44	2	5	5	1	58
Helgeland	88 (57)	2	68 (89)	14 (70)	3	176 (65)
Troms	3	0	0	0	3	8
Total	154	7	76	20	8	270

Tabell 7.16: Hvor arbeider sykepleiere med oppvekst i Sør-Helgeland, fordelt på utdanningssted. Tall i parentes er prosentandel

	Bodø	Narvik	Alstahaug/ Nesna	Rana	Tromsø	Total
Sør-Norge	5	3	1	0	0	11
Øvrige Nordland	13	0	3	5	0	23
Sør-Helgeland	3 (14)	0	6 (60)	1	0	10 (21)
Troms	1	0	0	0	2	3
Total	22	3	10	7	3	47