

Anne Mundal

Personell ved somatiske sykehus: Sterk vekst og økt kompetanse

Mangel på helsepersonell omtales ofte som et problem for effektiv sykehusdrift og som en hindring for å få redusert sykehuskøene. Det har imidlertid vært betydelig vekst i antall årsverk for helsepersonell knyttet til somatiske sykehus i perioden 1990 til 2000. For leger økte antall årsverk med om lag 55 prosent i denne perioden, mens årsverk for sykepleiere økte med i overkant av 43 prosent. For andre høgscoleutdannede helsepersonellgrupper har veksten vært enda høyere. Omgjøring av hjelpepleierstillinger til sykepleierstillinger har medført at årsverk for hjelpepleiere er redusert med 21 prosent på 1990-tallet.

Fra utgangen av 1990 til utgangen av 2000 økte antall årsverk ved somatiske sykehus fra om lag 46 500 til vel 58 500, en vekst på nesten 26 prosent. Til sammenligning økte antall årsverk med 13 prosent i perioden 1980 til 1990, dvs. om lag 5 400 flere årsverk. Både på 1980- og 1990-tallet var det størst vekst i årsverk for ansatte med universitets- og høgscoleutdanning innenfor helsefag. For de fleste helseprofesjoner økte imidlertid antall årsverk langt mer på 1990-tallet enn på 1980-tallet. Fra utgangen av 1990 til utgangen av 2000 økte antall årsverk for leger med nesten 2 500 og for sykepleiere ble det i overkant av 6 700 flere årsverk. Til sammenligning var veksten i perioden 1980 til 1990 i underkant av 1 000 flere legeårsverk og vel 3 700 flere årsverk for sykepleiere. Annet høgscoleutdannet helsepersonell som radiografer og ergoterapeuter, har hatt enda større prosentvis vekst enn leger og sykepleiere. Årsverk for ergoterapeutene økte med om lag 102 prosent i perioden 1990 til 2000, mens årsverk for radiografene økte

med nesten 76 prosent. Ergoterapeutene er svært få i antall sammenlignet med de andre helsepersonellgruppene. Bioingeniører er den høgscoleutdanningen med flest personell etter sykepleierne. Disse hadde en vekst fra 1990 til 2000 på nesten 37 prosent. For fysioterapeuter var veksten i overkant av 42 prosent.

Samtidig med sterk vekst for universitets- og høgscoleutdannet helsepersonell har det blitt langt færre hjelpepleiere. Fra 1990 til 2000 ble det om lag 1 400 færre årsverk for hjelpepleiere. I perioden 1980 til 1990 var den tilsvarende reduksjonen nærmere 450 årsverk. Mangel på sykepleiere har ikke bidratt til å frigi

Årsverk

Årsverksinnsatsen er beregnet ved en punktobservasjon av antall heltidsstillinger og deltidstillinger (omregnet til heltidsstillinger) ved utgangen av kalenderåret. Tallene fanger ikke opp svingninger i løpet av året, omfanget av overtid og mertid (arbeidet tid utover avtalt arbeidstid).

Tabell 1. Antall årsverk¹ i somatiske sykehus. 1980, 1990 og 2000

Personellgruppe	1980	1990	2000 ²
Årsverk i alt	41 138	46 508	58 522
Leger	3 614	4 576	7 073
Sykepleiere	11 885	15 614	22 343
Hjelpepleiere	7 074	6 629	5 216
Annet personell i pasientrettet arbeid ³	1 885	689	772
Fysioterapeuter	650	675	961
Bioingeniører	1 383	2 255	3 084
Radiografer	423	729	1 281
Ergoterapeuter	119	143	289
Vernepleiere			29
Psykologer	60	56	175
Sosionomer	199	167	128
Administrasjons-, service- og driftspersonell	13 846	14 974	17 170

¹ Årsverk er summen av heltidsansatte og deltidsansatte (omregnet til heltidsansatte) ved utgangen av året. Overtid er ikke inkludert.

² For 1990 inngår ett privat (kommersielt) sykehus som ikke omfattes av en offentlig helseplan i statistikkgrunnlaget. For 2000 inngår alle private sykehus (5). Flere av disse er imidlertid små sykehus personellmessig.

³ For årene 1980 og 1990 omfatter personell i pasientrettet arbeid hovedsakelig ufaglært pleiepersonell. For 2000 inkluderes også andre personellgrupper i pasientrettet arbeid her. Dette gjelder f.eks. pedagoger, audiografer, optikere.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

arbeidsoppgaver til helsepersonell med lavere utdanning. Det er imidlertid en viss variasjon mellom sykehusene i personellsammensetning.

Personellgruppen som omfatter ansatte med annen bakgrunn enn helsefag, dvs. ansatte i administrasjon, teknisk personell, renhold, kjøkken osv. økte med nesten 15 prosent fra 1990 til 2000. Denne gruppens andel av årsverkene i sykehusene har imidlertid blitt redusert noe i denne perioden. Statistikken viser ikke om det har skjedd endringer i sammensetningen av personell innenfor gruppen i retning av større andel med høyere utdanning slik som tilfellet er for

helsepersonell. Det er imidlertid grunn til å tro at det har skjedd en kompetanseendring også her. Den teknologiske utviklingen har medført økt behov for personell med teknisk kompetanse, og større og mer komplekse organisasjoner krever mer ledelseskompentanse enn det som var nødvendig tidligere.

Hvordan har den sterke veksten i helsepersonell ved somatiske sykehus på 1990-tallet vært mulig og hvorfor hevdes det at det fremdeles er mangel på helsepersonell? Nedenfor kommenteres forhold som påvirker etterspørsel og tilbud av helsepersonell i sykehusene. Deretter vil vi se nærmere på personellgruppene leger, sykepleiere og hjelpepleiere.

Stadig økt etterspørsel etter helsetjenester

Det er stor etterspørsel etter helsetjenester ut fra et ønske om helseforbedring eller best mulig oppfølging ved kronisk sykdom. Den medisinske og medisinsktekniske utviklingen gjør at sykehusene kan tilby nye behandlingsmetoder på stadig flere områder og nye køer oppstår. Dette skaper økt etterspørsel etter helsetjenester og behov for mer helsepersonell.

Vi har i Norge kunnet bygge ut sykehus-tilbudet i takt med den medisinske utviklingen, fordi vi har hatt økonomiske muligheter til dette, og fordi dette er et område som mange ønsker å prioritere og som har høy legitimitet i befolkningen. Satsing på helse har vært et viktig tema i de siste valgkampene, og flere mener det er et område som burde vært prioritert enda høyere. Befolkningen har vanskelig for å akseptere at behandlingsmuligheter som finnes, ikke er tilgjengelige.

Internasjonal sammenligning er viktig i vår vurdering av sykehusene og helsevesenet. Vi ønsker gjerne å ha et like omfattende og godt tilbud av helsetjenester som andre land vi ellers sammenligner oss med. Med Internett kan pasientene lett få tilgang til omfattende informasjon om sin egen sykdom og følge med på de siste nye behandlingstilbudene for sin diagnose. Dette skaper mer kunnskapsrike og bevisste pasienter som er og vil bli mer krevende i sin etterspørsel etter helsetjenester. Det hittil vanlige forhold at legen har mest kunnskap om en diagnose og behandlingstilbud, er kanskje i ferd med å endres.

Den teknologiske utvikling ellers i samfunnet har redusert behovet for arbeidskraft innenfor mange næringer. Det samme har ikke skjedd innenfor helsesektoren. Medisinsk-tekniske framskritt har i mange tilfeller gjort undersøkelses- og behandlingsmetoder enklere å utføre for helsepersonell og mer skånsom for pasienten. Likevel er pasientbehandlingen totalt sett blitt mer og ikke mindre arbeidskrevende. Fra midten av 1980-tallet ble analyser av laboratorieprøver i stor grad automatisert. Denne utviklingen er forsterket på 1990-tallet, men vi har samtidig fått flere og ikke færre bioingeniører. Laboratorieprøver som det tidligere tok lang tid å utføre er nå automatisert slik at analysetiden er gått betydelig ned. Dette medfører at legene i større grad enn før benytter laboratorieprøver i forbindelse med diagnostisering. I tillegg blir det stadig utviklet nye prøver, en utvikling som en forventer vil fortsette.

De nye metodene for billedframstilling har gjort det enklere å synliggjøre sykdomsutvikling i kroppen, men har samtidig økt behovet for røntgenleger og røntgenteknikere. Kikkhullsteknikk har

gjort det mulig å operere uten at det medfører store åpne sår, noe som sparer pasienten for et langt sykeleie. Samtidig har dette i en del tilfeller ført til økt arbeidsmengde for kirurgene.

Etterspørselen etter leger har i store deler av 1990-tallet vært regulert av Legeforordningsavtalen. Avtalen ser imidlertid ikke ut til å ha fungert etter intensjonen, og det har blitt ansatt flere leger i sykehusene i sentrale strøk enn det som var hensikten.

Utover at nye undersøkelses- og behandlingsmetoder skaper økt etterspørsel etter universitets- og høyskoleutdannet helsepersonell, kan den sterke veksten i personell også ses i sammenheng med profesjonskamp. Hjelpepleierstillinger har blitt omgjort til sykepleierstillinger og skapt ytterligere behov for sykepleiere. I media hører vi om medisinske avdelinger som blir lagt ned på grunn av sykepleiermangel, mens hjelpepleierne ønsker å arbeide mer i sykehusene. Det kan virke som om sykepleierne ønsker å ha kontroll over pleien særlig innenfor spesialisert somatisk medisin, og langt på vei har lyktes med dette, se Dahle og Iversen 2001.

Tilbud av helsepersonell

På 1980-tallet ble antall personer med fullført utdanning innenfor de fleste helseutdanningene redusert av frykt for overproduksjon av helsepersonell. I løpet av hele 1990-tallet har studieplasser for helsepersonell imidlertid økt betydelig. Studieplasser for leger i Norge økte fra 310 i 1990 til 528 i 1999. I og med at utdanningen av leger er lengre enn for de andre helseutdanningene, har en ikke sett effekten av dette på 1990-tallet, men en vil vente sterkere økning av nyutdannede leger framover. Til forskjell fra de andre helseutdanningene økte antall

Tabell 2. Antall personer som har fullført utdanning i skoleårene 1979/80-1997/98

Skoleåret	Leger	Sykepleiere	Hjelpepleiere	Fysioterapeuter ¹	Bioingeniører	Radiografer	Ergoterapeuter
1979/80	340	1 692	3 091	168	170	68	61
1984/85	320	1 962	2 180	94	135	52	57
1989/90	279	2 043	2 796	116	89	57	55
1994/95	319	2 616	2 744	233	145	82	149
1997/98	330	2 879	1 668	254	193	73	165

¹ Omfatter også mensendieckutdanning.

Kilde: Utdanningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

personer med fullført sykepleierutdanning på 1980-tallet. På 1990-tallet har denne utviklingen fortsatt i enda større grad. For sykepleiere økte antall studie-plasser fra 2 520 i 1990 til 3 724 i 1999. Også for fysioterapeuter, bioingeniører, radiografer og ergoterapeuter har det vært en sterk økning i antall studie-plasser på 1990-tallet. I motsetning til andre helseutdanninger har personer med fullført hjelpepleierutdanning blitt redusert på 1990-tallet som følge av lavere søking til denne utdanningen.

Legene foretrekker jobb på sykehus

Til tross for at det fra 1980 har vært mangel på leger i Norge (Skoglund og Taraldset 2000), har det, som tidligere nevnt, vært betydelig vekst i antall lege-årsverk knyttet til somatiske sykehus. Hvert år har det i gjennomsnitt blitt om lag 250 flere legeårsverk i sykehusene.

I første halvdel av 1980-tallet var det sterk bekymring for at det ville bli over-skudd på leger, og antall studie-plasser ble derfor redusert. I perioden 1980 til 1982 var opptaket av medisinerstudenter 370 per år. Fra 1984 ble antallet studie-plasser redusert til 300 og økte ikke nevneverdig før på 1990-tallet. Samtidig var det reduksjon i antall medisinerstudenter i utlandet (Skoglund og Taraldset 2000). Veksten i antall studie-plasser på 1990-

tallet (70 prosent) vil imidlertid gjøre seg gjeldende fullt ut inn i neste tiår.

Til tross for lavere utdanningskapasitet på siste halvdel av 1980-tallet, har den sterke veksten i legeårsverk på 1990-tallet ved somatiske sykehus vært mulig fordi veksten har vært større her enn i andre deler av helsetjenesten. I perioden 1990 til 2000 ble det ca. 2 500 flere årsverk for leger i somatiske sykehus, mens økningen i kommunehelsetjenesten og i psykiatriske institusjoner var henholdsvis om lag 600 og 400 flere årsverk. I tillegg til økt utdanningskapasitet for leger i Norge, har det blitt utdannet en god del norske leger i utlandet og vi har fått flere utenlandske leger i Norge. I skoleåret 1994/95 hadde 579 norske medisinerstudenter i utlandet støtte fra Statens lånekasse for utdanning. For skoleåret 1999/00 var antallet økt til 1 664 (www.legeforeningen.no). Når det gjelder utenlandske leger i Norge, viser

Tabell 3. Opptak av nye studenter til helseutdanninger. 1990, 1995 og 1999

	1990	1995	1999
Leger	310	404	528
Sykepleiere	2 520	3 111	3 724
Fysioterapeuter	185	307	324
Bioingeniører	185	260	257
Radiografer	85	109	184
Ergoterapeuter	80	180	201

Kilde: KUF/NSD.

¹ Tallene er basert på Den norske Lægeforenings legeregister og inkluderer også leger som ikke er medlemmer av Den norske lægeforeningen.

Tabell 4. Årsverk¹ for leger i spesialisthelsetjenesten² og kommunehelsetjenesten. 1990, 1995 og 2000

	1990	1995	2000
I alt	8 898	10 200	12 813
Spesialisthelsetjenesten i alt	5 680	6 700	9 004
Somatiske sykehus ²	4 576	5 402	7 073
Andre somatiske institusjoner ³	21	79	74
Privatpraktiserende legespesialister ⁴	341	333	716
Psykiatriske institusjoner .	742	886	1 141
Leger i kommunehelsetjenesten i alt ⁵	3 218	3 500	3 809
Ordinær legepraksis i kommunehelsetjenesten .	..	2 816	3 102
Pleie- og omsorgstjenesten	..	201	230
Helsestasjoner og skolehelsetjenesten	213	228
Annenn kommunalt lønnet virksomhet	271	250

¹ Årsverk er summen av heltidsansatte og deltidsansatte (omregnet til heltidsansatte) ved utgangen av året. Avtalt overtid er inkludert for kommunehelsetjenesten. Ellers er overtid ikke inkludert.

² Private sykehus som ikke er på offentlige helseplaner er inkludert fra og med 1995.

³ Fra og med 2000 er private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner inkludert under andre somatiske institusjoner.

⁴ Privatpraktiserende legespesialister uten driftsavtale er ikke inkludert.

⁵ Eksklusiv fengselshelsetjenesten.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten/kommunehelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

tall fra Den norske Lægeforening (2000) at per 5. mai 2000 hadde 15,1 prosent eller 2 327¹ av 15 376 leger under 67 år utenlandsk statsborgerskap (www.legeforeningen.no).

Til tross for at det også er stor etterspørsel etter leger innenfor kommunehelsetjenesten og psykiatrien, viser den sterke økningen av leger ved sykehusene at legene på 1990-tallet søker seg dit hvor kunnskapsutviklingen innenfor medisinen er størst. Sykehusene er på toppen av kunnskapspyramiden innenfor medisinen. Her er det muligheter for forskning, og det er her innføring av nye diagnostise-

rings- og behandlingsmetoder skjer først. Selv om man også blir spesialist innenfor allmennmedisin, er det innenfor sykehusspesialitetene man har muligheter for å fordype seg innenfor et mer avgrenset fagområde. Dette gjør at somatiske sykehus kan gi legene mer faglig interessante arbeidsplasser enn andre deler av helse-tjenesten. Det samme gjelder langt på vei de andre helseprofesjonene hvor det også skjer en faglig spesialisering.

Bakgrunn for spesialisert medisin

Den holistiske lære innenfor medisinen ble i løpet av 1900-tallet avskaffet av en mer reduksjonistisk tilnærming. Innenfor den holistiske lære er hele mennesket sykt dersom en lider av en sykdom og en må behandles ut fra det. En tar her utgangspunkt i helheten i stedet for å summere delene. Gjennombruddet for en reduksjonistisk tilnærming kom med at man i 1876 kunne påvise at miltbrann skyldes en stavlignende mikoorganisme. Den nye tilnærmingen førte raskt til økt kunnskap om årsakene til en rekke sykdommer som gonoré, tuberkulose, tyfus, kolera. Den nye tilnærmingen krevde konsentrasjon om stadig mindre deler av kroppen og skapte grunnlaget for den spesialiseringen innenfor medisinen som skjøt fart på 1900-tallet (Berg 1987).

I Norge har man vært mer restriktiv med innføring av nye legespesialiteter enn mange andre land i vår kulturkrets. Det er gjort for å sikre helhetstenkning innenfor faget. Det har også vært en bevisst politikk å ikke splitte opp medisinen for mye av hensyn til at det vil kreve mange flere spesialiteter for å dekke et fagfelt. Norge er et lite land som vil ha et lite befolkningsgrunnlag for smale spesialiteter. Det vil derfor være svært kostbart å innføre et system med mange spesialiteter. Dessuten har det både på 1980- og

1990-tallet vært mangel på leger og problemer med å få et tilstrekkelig antall spesialister innenfor de spesialitetene man allerede har. I tillegg til spesialisering innenfor en fastsatt spesialistutdanning skjer der innenfor sykehusene og forskningsinstitusjonene en spesialisering basert på forskningen som drives der.

I 1918 ble det vedtatt regler for spesialisering innenfor 14 legespesialiteter. Antallet spesialiteter var økt til 31 i 1950 og i 1990 var det 43 legespesialiteter. I løpet av 1990-årene har det vært små endringer i legespesialitetene og det har ikke vært noen økning i det totale antallet spesialiteter. Til sammenligning hadde Sverige i 1999 62 spesialiteter, Danmark hadde 42 og EU 52 spesialiteter. Innenfor EU må minst to land ha godkjent samme spesialitet for at den skal regnes med. Det er særlig innenfor somatikken at det har skjedd en oppsplitting av medisinen.

Selv om antallet medisinske spesialiteter ikke har økt i løpet av 1990-tallet, har det vært sterk vekst i antall spesialistgodkjenninger. I 1991 var det per 15. mai 5 392 spesialistgodkjenninger for sykehusspesialiteter (omfatter ikke psykiatri) for leger under 70 år. Dette tallet var økt til 8 568 ved begynnelsen av 2000, en økning på om lag 59 prosent. På 1990-tallet var det imidlertid et økende antall leger som fikk spesialistgodkjenning i Norge, men som arbeidet i utlandet. Dette er hovedsakelig utenlandske leger som har jobbet en periode i Norge. I 1991 var nesten 3 prosent av alle spesialistgodkjenningene for yrkesaktive leger under 70 år i utlandet. Dette tallet var økt til over 11 prosent i 2000. Per 21. januar 2000 var det 7 316 godkjente sykehusspesialiteter her i

landet (omfatter ikke psykiatri) for yrkesaktive leger under 70 år. En lege kan imidlertid ha flere spesialistgodkjenninger og er da medregnet under flere spesialiteter. Dersom en korrigerer² for dobbeltspesialitet står en igjen med 5 241 legespesialiteter.

Regulering av legestillinger

I Norge har man forsøkt å styre utviklingen av legestillinger gjennom lover og avtaler, mens man i andre nordiske land stort sett har overlatt dette til markedet innenfor gitte økonomiske rammer. I perioden 1989 til 1999 ble opprettelse av nye legestillinger regulert av legeforderingsavtalen, en avtale mellom staten, Sosial- og helsedepartementet, Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune og Den norske Lægeforening, om tiltak for å bedre legedekningen i utkantstrøk. Dersom et sykehus ønsket å opprette en ny stilling, måtte en søke et partssammensatt legeforderingsutvalg. Avtalen ser imidlertid ikke ut til å ha fungert etter intensjonen og ble ikke fulgt opp av partene. Det lå heller ingen sanksjonsmuligheter i avtalen. Noen fylker var lojale mot avtalen, mens andre fylker ikke fulgte opp. I løpet av perioden 1996 til 1998 opplyser Nasjonalt Råd for legefording at Sosial- og helsedepartementet ga amnesti for 1 030 ulovlige legestillinger som var opprettet i perioden 1990 til 1998.

For å få en bedre styring med opprettelse av nye legestillinger vedtok Stortinget i desember 1998, gjennom endringer i sykehusloven og kommunehelseloven, et lovbasert system for fordeling av nye legestillinger. Sosial- og helsedepartementet vil hvert år avgjøre hvor mange nye

² Hver lege er plassert på kun én spesialitet, dvs. den spesialiteten som praktiseres i hovedstillingen. I de tilfeller hvor opplysninger om hovedstillinger har manglet, har en benyttet sist godkjente spesialitet.

legestillinger innenfor hver medisinsk spesialitet som kan opprettes ved sykehusene.

- 1. januar 1999 ble Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR) opprettet. Rådet er et rådgivende organ for Sosial- og helsedepartementet og skal blant annet gi råd om nye legestillinger og spørsmål knyttet til spesialistutdanning av leger. Rådet har representanter fra Sosial- og helsedepartementet, Kommunenes Sentralforbund, helseregionene, Den norske Lægeforening, universitetene, samt en representant for pasientene og et sekretariat.

Fra NR ble opprettet har Sosial- og helsedepartementet fulgt rådets anbefalinger om nye legestillinger.

Ved årsskiftet 1998/1999 var det 636 ubesatte stillinger i sykehusene³ (Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling 1999). Med tanke på å bedre situasjonen for utkantsykehusene, psykisk helsevern og kommunehelsetjenesten ga NR råd om bare 80 nye stillinger for sykehusene (omfatter også psykiatri) i 1999 med visse føringer knyttet til opprettelsen av disse. De nye legestillingene tildeles Helseregionene. Det ser ut til vi står overfor en sterkere offentlig styring av nye legestillinger i sykehusene.

Et særlig godt lønnsoppgjør for sykehuslegene i 1996 kan også ha hatt noe å si for rekrutteringen til sykehusene (www.legeforeningen.no). Dette lønnsoppgjøret ga en god reallønnsutvikling for assistentleger på 1990-tallet.

Tabell 5. Årsverk¹ for sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. 1990, 1995 og 2000

	1990	1995	2000
I alt	30 449	37 793	46 128
Spesialisthelsetjenesten i alt	19 238	22 681	27 415
Somatiske sykehus ²	15 614	18 457	22 343
Andre somatiske institusjoner ³	315	367	412
Psykiatriske institusjoner .	3 309	3 857	4 660
Kommunehelsetjenesten i alt	11 211	15 112	18 713
Pleie- og omsorgstjenesten ⁴		12 918	16 115
Helsestasjoner og skolehelsetjenesten		1 749	2 007
Annen kommunalt lønnet virksomhet		445	591

¹ Årsverk er summen av heltidsansatte og deltidsansatte (omregnet til heltidsansatte) ved utgangen av året. Overtid er ikke inkludert.

² Private sykehus som ikke er på offentlige helseplaner er inkludert fra og med 1995.

³ Fra og med 2000 er private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner inkludert under andre somatiske institusjoner.

⁴ For 1990 er aldershjemmene ikke inkludert.

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

Sykepleiere

Også for sykepleierne har det vært betydelig vekst i antall årsverk ved somatiske sykehus. Som tidligere nevnt, økte antall årsverk med om lag 43 prosent, dvs. vel 6 700 flere årsverk i perioden 1990 til 2000. Til tross for denne betydelige veksten omtales mangel på sykepleiere som et av de største problemene for effektiv sykehusdrift. Stadig hører en i media om redusert drift i pasientbehandlingen ved sykehusavdelinger som følge av for få sykepleiere. Også i andre deler av helsetjenesten har det vært betydelig vekst i antall sykepleierårsverk på 1990-tallet. Innenfor kommunehelsetjenesten økte antall årsverk med om lag 7 500, og innenfor psykiatrien ble det i underkant av 1 400 flere årsverk i perioden 1990 til 2000. Sykehusene er imidlertid bedre stilt

³ Omfatter også psykiatriske sykehus.

⁴ Ubesatte stillinger er definert som differansen mellom budsjetterte stillinger og faktisk brukte årsverk.

enn andre deler av helsetjenesten når det gjelder ubesatte stillinger. I 1999 var det 300 ubesatte hele stillinger⁴ for sykepleiere i sykehusene, mens det tilsvarende tallet var vel 3 000 i pleie- og omsorgstjenesten. Dette er tall som Statistisk sentralbyrå årlig innhenter fra kommuner og sykehus. Erfaringene fra datainnsamlingen er at det er vanskelig å oppgi vakansdata, og vi tar derfor forbehold om kvaliteten på disse dataene.

Selv om sykepleierne har kjempet mange kamper for å få en selvstendig rolle i forhold til legene med f.eks. egen ledelse, søker de seg helst til samme type institusjoner som legene og ikke der hvor de ville hatt en mer selvstendig rolle som i f.eks. sykehjemmene.

Den sterke veksten i sykepleierårsverk på 1990-tallet har vært mulig fordi utdanningen av sykepleiere har økt betydelig både på 1980-tallet og ikke minst på 1990-tallet. Fra 1990 til 1999 økte antall studieplasser for sykepleiere fra 2 520 til 3 724, en økning på nesten 48 prosent. Samtidig har det blitt rekruttert sykepleiere fra utlandet.

Ingen flukt fra sykepleieryrket

I diskusjonen av sykepleiermangelen har det blitt hevdet at det skjer en flukt fra yrket. Askildsen og Holmås (2001) finner imidlertid at det for et utvalg på om lag 49 000 personer med fullført sykepleierutdanning, var en yrkesdeltakelse på 85,2 prosent (1996). Til sammenligning var yrkesdeltakelsen i hele befolkningen i aldersgruppen 25 til 66 år 77 prosent, 82,7 prosent for menn og 71,6 prosent for kvinner (Statistisk sentralbyrå 1996.)

Videre fant Askildsen og Holmås at over 90 prosent av sykepleierne arbeider innenfor helse- og sosialsektoren. I tillegg

kommer sykepleiere som arbeider innenfor bedriftshelsetjeneste og lignende som en ikke har klart å identifisere.

Berge (2000) sammenlignet yrkesdeltakelsen for sykepleiere med allmennlærere og førskolelærere, som også er kvinnedominerte yrker med omtrent samme utdanningslengde og fant at sykepleierne i større grad arbeidet innenfor utdanningsrelevant sektor enn de andre yrkesgruppene.

Sykepleiere jobber deltid

Andelen som arbeider deltid er imidlertid høyere blant sykepleiere enn for andre yrkesgrupper. Over 40 prosent av sykepleierne arbeider i redusert stilling (Askildsen og Holmås 2001). I somatiske sykehus arbeidet 49 prosent av sykepleierne deltid i 2000. Andelen sykepleiere som arbeider deltid er omtrent uendret i løpet av 1990-tallet. Stillingsprosenten for deltidsansatte har økt, fra i underkant av 57 prosent i 1990 til vel 62 prosent i 2000. Deltidsansatte sykepleiere omtales flere steder som en mulig arbeidskraftreserve.

Olsen (2000) undersøkte arbeidskraftreserven blant sykepleiere ved fem avdelinger ved tre sentralsykehus, og fant at størrelsen på arbeidskraftreserven er svært avhengig av definisjonen som benyttes. Dersom en definerer arbeidskraftreserven som differansen mellom hel og avtalt arbeidstid blant de sysselsatte, fant Olsen at denne er 33 årsverk per 100 årsverk. De fleste deltidsansatte arbeider imidlertid mer enn det deres avtalte stillingsbrøk tilsier, i form av ekstravakter. Hvis en definerer arbeidskraftreserven som differansen mellom hel og faktisk arbeidstid, viste undersøkelse av timelister ved to kirurgiske avdelinger at arbeidskraftreserven ble redusert til 25

årsverk per 100 årsverk. Olsen har også undersøkt arbeidskraftreserven ved å intervju 248 sykepleiere om ønsket arbeidstid, og fant da at arbeidskraftreserven ble redusert til 2,3 årsverk per 100 årsverk. Økte stillingsprosenten for de ansatte på fast basis kan imidlertid medføre at færre vil arbeide ekstravakter. Dette kan bety at den reelle ressurstilgangen vil være mindre enn 2,3 årsverk per 100 årsverk. Det store flertall i undersøkelsen ønsker å jobbe deltid, og deltidsansatte opplever seg ikke som annenrangs ansatte i forhold til heltidsansatte med hensyn til informasjon, kontakt med kollegaer og faglig utvikling. På grunn av kravet om døgnkontinuerlig drift ved sykehusene og at ansatte ikke skal jobbe oftere enn hver tredje helg, vil også arbeidsgiver være interessert i en andel deltidsansatte (Olsen 2000). Også av hensyn til fleksibilitet i forhold til det uforutsigbare fraværet, vil arbeidsgiver være interessert i en viss andel deltidsansatte. Denne undersøkelsen er ikke representativ for somatiske sykehus, men er likevel et viktig bidrag i diskusjonen om deltidsansatte som en mulig arbeidskraftreserve, fordi problemstillingene som tas opp her vil være aktuelle for de fleste sykehus.

Sykepleiere erstatter hjelpepleiere

I tillegg til sykepleierne består pleien/ sykepleiertjenesten av hjelpepleiere og ufaglærte pleiere. Sykepleierne leder pleien, men deltar også selv i denne. I

somatiske sykehus er det få ufaglærte og vi vil derfor se bort fra denne personellgruppen i denne artikkelen. Som tidligere nevnt, har det vært en sterk reduksjon i antall årsverk for hjelpepleiere i perioden 1990 til 2000. Antall årsverk er redusert fra vel 6 600 til om lag 5 200 i 2000.

Reduksjonen var særlig stor på første halvdel av 1990-tallet. Andelen hjelpepleiere er dermed betydelig redusert, fra 30 prosent av alt pleiepersonell i 1990 til 19 prosent i 2000.

Samtidig med at det har vært, og fremdeles er, mangel på sykepleiere, har hjelpepleierstillinger blitt omgjort til sykepleierstillinger. Sykepleierne har lenge arbeidet for et arbeidsmonopol av pleien. Siden etableringen av Sykepleierforbundet i 1912 har sykepleierne kjempet for et eget fagområde, et arbeidsmonopol med klare grenser til andre pleiergrupper (Martinsen og Wærness 1979). I perioder med overskudd på sykepleiere har organisasjonen vært særlig offensiv, mens det i perioder med mangel på sykepleiere har vært problematisk å fremme slike krav. I 1943 fikk sykehusene tilskudd til 3 måneders utdanning av hjelpesøstre. Norsk sykepleierforbund (NSF) ønsket å løse sykepleiermangelen på andre måter, men protesterte ikke offentlig mot ordningen (Martinsen og Wærness 1979). I 1963 kom landets første hjelpepleierskole.

Tabell 6. Andel årsverk for sykepleiere og hjelpepleiere i somatiske sykehus. Prosent av antall pleiere (sykepleiere og hjelpepleiere). 1990, 1995 og 2000

	1990	1995	2000
Sykepleiere	70	77	81
Hjelpepleiere	30	23	19

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

Tabell 7. Antall årsverk for sykepleiere per hjelpepleierårsverk. 1990 og 2000

	1990	2000
I alt	2,4	4,3
Regionsykehus	2,7	5,2
Sentralsykehus	2,4	4,1
Lokalsykehus	2,3	3,9
Spesialsykehus	1,4	2,8

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

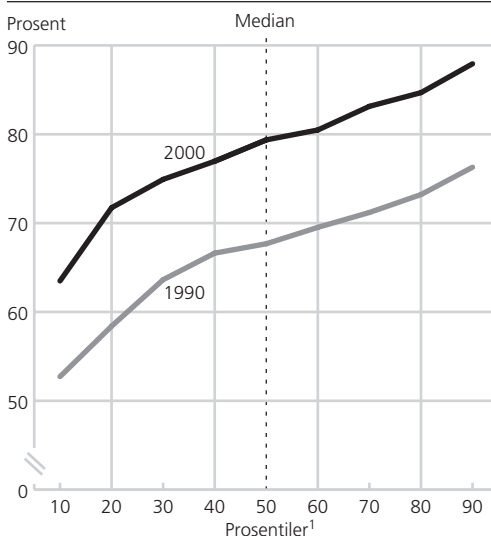
Dette skjedde med støtte fra NSF. Det var imidlertid viktig at den nye yrkesgruppen ble underlagt sykepleierne. Dahle og Iversen (2001) henviser til et internt debattnotat fra 1982 der sykepleierne mener at sykepleiere og hjelpepleiere har utdanning for til sammen å kunne ivareta den totale sykepleiertjenesten. NSF har imidlertid endret sitt syn på hjelpepleiernes bidrag i pleien.

I innstillingen "Sykepleiertjenesten i framtiden" som NSF vedtok på sitt landsmøte i Loen i 1989, heter det at sykepleierne skal stå for all direkte pleie av pasientene. Det betyr at sykepleierne også skal gjøre det pleiarbeidet som hjelpepleierne tidligere har utført. Denne innstillingen, ofte omtalt som Loen-vedtaket, har skapt vrede og frustrasjon blant hjelpepleierne og ført til et atskillig mer anstrengt forhold mellom de to yrkesgruppene. Hjelpepleierne i somatiske sykehus opplever et stadig press i retning av omgjøring av hjelpepleierstillinger til sykepleierstillinger.

Ved alle typer sykehus har andelen hjelpepleiere blitt redusert betydelig i perioden 1990 til 2000. Nedgangen har vært størst ved regionsykehusene etterfulgt av spesialsykehusene. Hjelpepleierandelen var imidlertid svært høy ved spesialsykehusene i 1990, og det er fremdeles høyest andel hjelpepleiere her. Regionsykehusene har lavest andel hjelpepleiere etterfulgt av sentral- og lokalsykehusene som har samme andel hjelpepleiere.

Det er imidlertid en viss variasjon i bruk av hjelpepleiere innenfor samme sykehusstype. Ved regionsykehuset med lavest andel hjelpepleiere var om lag 12 prosent av pleierne hjelpepleiere, mens ved regionsykehuset med høyest andel hjelpepleiere var i overkant av 19 prosent

Figur 1. Andel sykepleiere av totalt antall pleiere (sykepleiere og hjelpepleiere). 1990 og 2000. Prosent



¹ Sykehusene er rangert etter andel sykepleiere av pleiere totalt, fra laveste til høyeste verdi.

Kilde: Statistikk for spesialisthelsetjenesten 1990 og 2000, Statistisk sentralbyrå.

hjelpepleiere. For sentralsykehusene var lavest andel hjelpepleiere i underkant av 14 prosent, mens sykehuset med høyest andel hjelpepleiere hadde en andel på nesten 26 prosent. Ved lokal- og spesialsykehusene var variasjonen enda større. Figur 1 viser variasjonen i sammensetningen av pleiepersonellet ved sykehusene for årene 1990 og 2000.

Wold og Eilertsen (1994) intervjuet sykepleierledelsen ved seks sykehus vedrørende omgjøring av hjelpepleierstillinger til sykepleierstillinger i perioden 1982 til 1992. Alle tre kategorier sykehus er representert (region-, sentral- og lokalsykehus). Innenfor hver sykehusstype er det valgt ut to sykehus som plasserer seg i hver sin ende av skalaen over forholdstallet mellom hjelpepleiere og sykepleiere. Det er hovedsakelig sykepleierledelsen

Tabell 8. Hjelpepleiernes andel av pleierne (sykepleiere og hjelpepleiere). 1990 og 2000. Prosent

	1990	2000
I alt	30	19
Regionsykehus	27	16
Sentralsykehus	29	20
Lokalsykehus	31	20
Spesialsykehus	42	26

Kilde: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

som svarer på intervjuene. Argumentasjonen for omgjøring av hjelpepleierstillinger til sykepleierstillinger går på at dette er en naturlig og nødvendig konsekvens av de store endringene som har skjedd i sykehusene de seneste årene. Effektivisering av sykehusene gjør at pasientene ligger på sykehuset stadig kortere tid.

Utredninger skjer poliklinisk og rehabilitering skjer utenfor sykehusene.

Pasientene er kun innlagt i den akutte fasen, hvor behandlingen er intensiv.

Enklere inngrep gjøres nå poliklinisk eller som dagbehandling. Dette gjør at inneliggende pasienter er sykere enn før. I tillegg brukes stadig mer avansert teknologi i behandling og overvåkning. Dette gjør at pleieoppgavene blir stadig mer krevende og dermed øker også kravene til kompetanse hos pleiebemanningen, og det løses ved å ansette flere sykepleiere.

Legeforeningen viser imidlertid til at bildet er mer sammensatt enn at kortere liggetid betyr sykere pasienter. Moderne teknologi gjør at mange kirurgiske inngrep nå kan gjøres uten store åpne operasjoner. På denne måten medfører den medisinske utvikling at pasienter behandles på en måte som ikke svekker allmentilstanden i like sterk grad som ved tidligere behandlingsformer (Wold og Eilertsen 1994).

Trange økonomiske rammer framheves også som en årsak til at pleiebemanningen i økende grad består av sykepleiere. Når grunnbemanningen er knapp, er det hensiktsmessig at hver enkelt kan utføre flest mulig oppgaver. Dessuten er hjelpepleiere med lang ansiennitet like dyre som nyutdannede sykepleiere. Wold og Eilertsen peker også på at pleiebemanningen er sterkt påvirket av situasjonen på arbeidsmarkedet. Der hvor tilgangen av sykepleiere er stor, vil andelen sykepleiere i sykehusene også bli stor. I Loenvedtaket hevder sykepleierne at den medisinske utvikling har løpt fra hjelpepleierutdanningen, og at det å bruke hjelpepleiere i en avlastningsfunksjon er utvikling i feil retning.

Offentlige myndigheter har ansvar for en faglig forsvarlig helsetjeneste, og for god ressursutnyttelse og godt arbeidsmiljø for de ansatte. I Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001 (Sosial- og helsedepartementet 1999) beskrives situasjonen slik: *"Sykepleiere må dele ut mat, hjelpe pasienter med personlig hygiene og gjøre kontorarbeid som hjelpepleiere og kontorpersoneell kunne gjort like bra eller bedre.... Profesjonene - særlig legene og sykepleierne - har vunnet fram, men er også blitt innhentet av sin egen vellykkethet. Fordi hjelpepleierne er fortrent til fordel for sykepleierne, er det ikke rom for å ansette støttepersonell som kan avlaste sykepleierne for rutineoppgaver. Både leger og sykepleiere gir i økende grad uttrykk for mistrivsel som følge av overkvalifisering."*

Offentlige myndigheter deler ikke sykepleiernes syn på hjelpepleierne, men mener enkelte helseprofesjoner har utvidet sitt arbeidsområde for mye, noe som skaper dårlig arbeidsfordeling mellom yrkesgruppene og fører til ressursløsing.

Oppsummering

Trass i problemer med behandlingskapasiteten ved somatiske sykehus, har det vært betydelig vekst i antall årsverk knyttet til sykehusene i perioden 1990 til 2000. Kunnskapsutviklingen innenfor medisinen gjør at en kan tilby behandling innenfor flere områder enn tidligere, og nye tilbud av helsetjenester skaper økt etterspørsel. Samtidig har vi i Norge hatt økonomiske muligheter til å følge opp utviklingen innenfor spesialisert medisin. Den sterke veksten i personell knyttet til somatiske sykehus er også gjort mulig ved at det er satset på økt utdanningskapasitet for helsepersonell, studier som det er stor søking til. En har også rekruttert helsepersonell fra andre land. Selv om det fremdeles er problemer med mangel på helsepersonell i somatiske sykehus, er problemene mindre her enn i andre deler av helsetjenesten. Både for leger og annet helsepersonell er de store spesialiserte sykehusene attraktive arbeidsplasser. Samtidig med at det har vært sterk økning i årsverk for universitets- og høyskoleutdannet helsepersonell, har det vært betydelig reduksjon i årsverk for hjelpepleiere. Profesjonskamp er et forslitt tema innenfor helsesektoren. Likefullt er det et anstrengt forhold mellom sykepleiere og hjelpepleiere. Ikke minst etter Loenvedtaket fra 1989, hvor det varsles en ny praksis der sykepleiere skal stå for all direkte pleie og fordi hjelpepleierstillinger i stor utstrekning er blitt omgjort til sykepleierstillinger. Offentlige myndigheter ønsker at hjelpepleierne fremdeles skal stå for en del av pleien i sykehusene under ledelse av sykepleierne. I praksis virker det imidlertid som sykepleierne i stor grad har fått gjennomslag for sin strategi.

Referanser

- Askildsen, J. K. og Holmås, T. H. (2001): Arbeidsmarkedet for helsepersonell i Norge: Hvor blir det av sykepleierne? i *Helse, økonomi og politikk, Utfordringer for det norske helsevesenet*, Oslo: Cappelen.
- Berg, Ole (1987): *Medisinsens logikk*, Studier i medisinsens sosiologi og politikk. Universitetsforlaget.
- Berge, C. (2000): *Sykepleiernes yrkestilknytning*, hovedoppgave i sosialøkonomi.
- Dahle, R. og M. Iversen (2001): Relasjonene mellom sykepleiere og hjelpepleiere, *Tidsskrift for Velferdsforskning*, Nr. 4, 2001, s. 239-251.
- Martinsen, Kari og K. Wærness (1979): Pleie uten omsorg? i *Norsk sykepleie mellom pasient og profesjon*, Oslo: Pax.
- Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (1999): *Spesialistutdanning og legemarked*, Årsmelding 1999.
- Olsen, T. S. (2000): *Deltidsansatte sykepleiere - ingen stor arbeidskraftreserve*. Søkelys på arbeidsmarkedet, Nr. 17, 2000.
- Skoglund, E. og A. Taraldset (2000): Legemarkedet i Norden 1980-2000, *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, Nr. 17, 2000.
- Sosial- og helsedepartementet (1999): *Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001 : Rett person på rett plass*, 3. utgave.
- Statistisk sentralbyrå (1996): *Arbeidskraftundersøkelsen*.
- Wold, M. og R. Eilertsen (1994): *Hjelpepleierens plass i framtidens sykehus*, Norsk hjelpepleierforbund, Oslo: De Facto, Kunnskapssenter for fagorganiserte.