



Utarbeidet på oppdrag fra KS

Evaluering av mentorprogram for helsepersonell



oslo**economics**

Tittel: *Evaluering av mentorprogram for helsepersonell*

Utarbeidet av: *Oslo Economics*

Oppdragsgiver: *KS*

Publisert: 1. Desember 2024

Rapportnummer: 2024-112

Kontaktperson: Erik Magnus Sæther / Partner

E-post: ems@osloeconomics.no

Tel: +47 94 05 81 92

Foto/illustrasjon forside: istockphoto

Innhold

Sammendrag	4
Executive summary	7
1. Evaluering av mentorprogram for helsepersonell	10
1.1 Mentorprogram	10
1.2 Evalueringsspørsmål	10
1.3 Data og metode	11
1.4 Leseveiledning	16
2. Bakgrunn: turnover i kommunale helsetjenester	17
2.1 Helsepersonell i Norge	17
2.2 Turnover i kommunal sektor	18
2.3 Turnover blant nytilsatte helsepersonell	19
3. Mentorprogram for helsepersonell	22
3.1 Bakgrunn for mentorprogram	22
3.2 Nasjonalt nettverk for mentorprogram	22
3.3 Utvidelse av mentorprogram til flere kommuner gjennom nye læringsnettverk	24
4. Virkninger på å rekruttere, beholde og utvikle helsepersonell	25
4.1 Økning i antall kvalifiserte søkere?	25
4.2 Lavere turnover i relevante virksomheter?	25
4.3 Bedret faglig utvikling, og bedret trivsel?	30
5. Styrker, utfordringer og suksesskriterier	32
5.1 Sider ved mentorprogrammene som fungerer godt	32
5.2 Sider ved mentorprogrammene som fungerer mindre godt	33
5.3 Særlige suksesskriterier for vellykket og varig drift	34
5.4 Ledere, mentorer og menteer anbefaler andre virksomheter å ta i bruk mentorprogram	36
6. Samlet vurdering	37
7. Referanser	39

Sammendrag

På oppdrag for KS, har Oslo Economics evaluert mentorprogram for nytilsatt helsepersonell. Evalueringen viser at mentorprogrammene har hatt en positiv innvirkning på rekruttering, faglig utvikling, samt trivsel blant nytilsatte og mentorer. Evalueringen finner også at turnover er lavere i relevante virksomheter etter innføring av mentorprogram, men det er usikkert om dette skyldes mentorordningen eller andre årsaker.

De fleste ledere, mentorer og nytilsatte er positive til mentorprogrammene, men peker samtidig på noen sentrale utfordringer. For at mentorprogram skal kunne bidra til å øke de kommunale helse- og omsorgstjenestenes evne til å rekruttere, beholde og utvikle helsepersonell, er det viktig å sikre en god forankring hos ledelsen og blant de ansatte, i tillegg til å tilby kompetansehevingstiltak for mentorene. Samlet vurderer ledere, mentorer og menteer at mentorprogram er et virkningsfullt tiltak i deres virksomhet, som de anbefaler også andre virksomheter å ta i bruk.

21 kommuner deltar eller har deltatt i mentorprogram for nytilsatt helsepersonell

I 2018 ble det gjennomført en pilot av mentorprogram for nytilsatt helsepersonell i Trondheim, som førte til positive resultater knyttet til å beholde og rekruttere sykepleiere i kommunen. «Mentorprogram for nytilsatte» er et delprosjekt innenfor prosjektet «Jobbvinner», som er et samarbeid mellom Kommunesektorens organisasjon (KS), Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Delta, finansiert av Helsedirektoratet. Etter pilotprosjektet i Trondheim har Jobbvinner opprettet flere læringsnettverk med kommuner som ønsker å delta i mentorprogram. Så langt har totalt 21 kommuner innført, eller er i gang med å innføre, mentorprogram for nytilsatt helsepersonell.

KS har tatt initiativ til evaluering av mentorprogram

KS har gitt Oslo Economics i oppdrag å evaluere mentorprogram for nytilsatt helsepersonell. Formålet med evalueringen har vært å vurdere i hvilken grad mentorprogram har bidratt til å øke de kommunale helse- og omsorgstjenestenes evne til å rekruttere, beholde og utvikle helsepersonell.

Evalueringen tok utgangspunkt i en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder. Den kvalitative informasjonsinnhenting bestod av en innledende dokumentgjennomgang, og intervjuer med kontaktpersoner i tre av kommunene som har innført mentorprogram. Videre gjennomførte vi en spørreundersøkelse blant ledere, mentorer og nytilsatte i virksomheter som har deltatt i mentorprogram. Til slutt intervjuet vi virksomhetsledere, mentorer og menteer i tre utvalgte virksomheter.

I de kvantitative analysene brukte vi data fra PAI-registeret til å analysere turnover før og etter implementering av mentorprogram blant nytilsatte helsepersonell i tolv identifiserte tiltaksvirksomheter. Datasettet består av flere grupper helsepersonell; inkludert fagarbeidere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere og sykepleiere. Resultatene ble sammenlignet med turnover blant nytilsatte helsepersonell i hele landet i samme periode. Vi utførte også flere regresjonsanalyser, blant annet regresjonsanalyser der vi inkluderer en kontrollgruppe (difference-in-difference analyser).

Mentorprogram har hatt en positiv påvirkning på rekruttering, faglig utvikling samt trivsel blant nytilsatte og mentorer

Evalueringen viser at mentorprogram påvirker rekruttering positivt i noen grad. De fleste nytilsatte som svarte på spørreundersøkelsen visste om mentorprogrammet før de begynte, og omtrent to av tre nytilsatte oppga at tilbudet om mentor bidro (25 prosent) eller bidro litt (42 prosent) til at de søkte på den utlyste stillingen. De fleste lederne rapporterte at mentorprogram i noen grad har gitt økning i antall kvalifiserte søkere på relevante stillingsutlysninger.

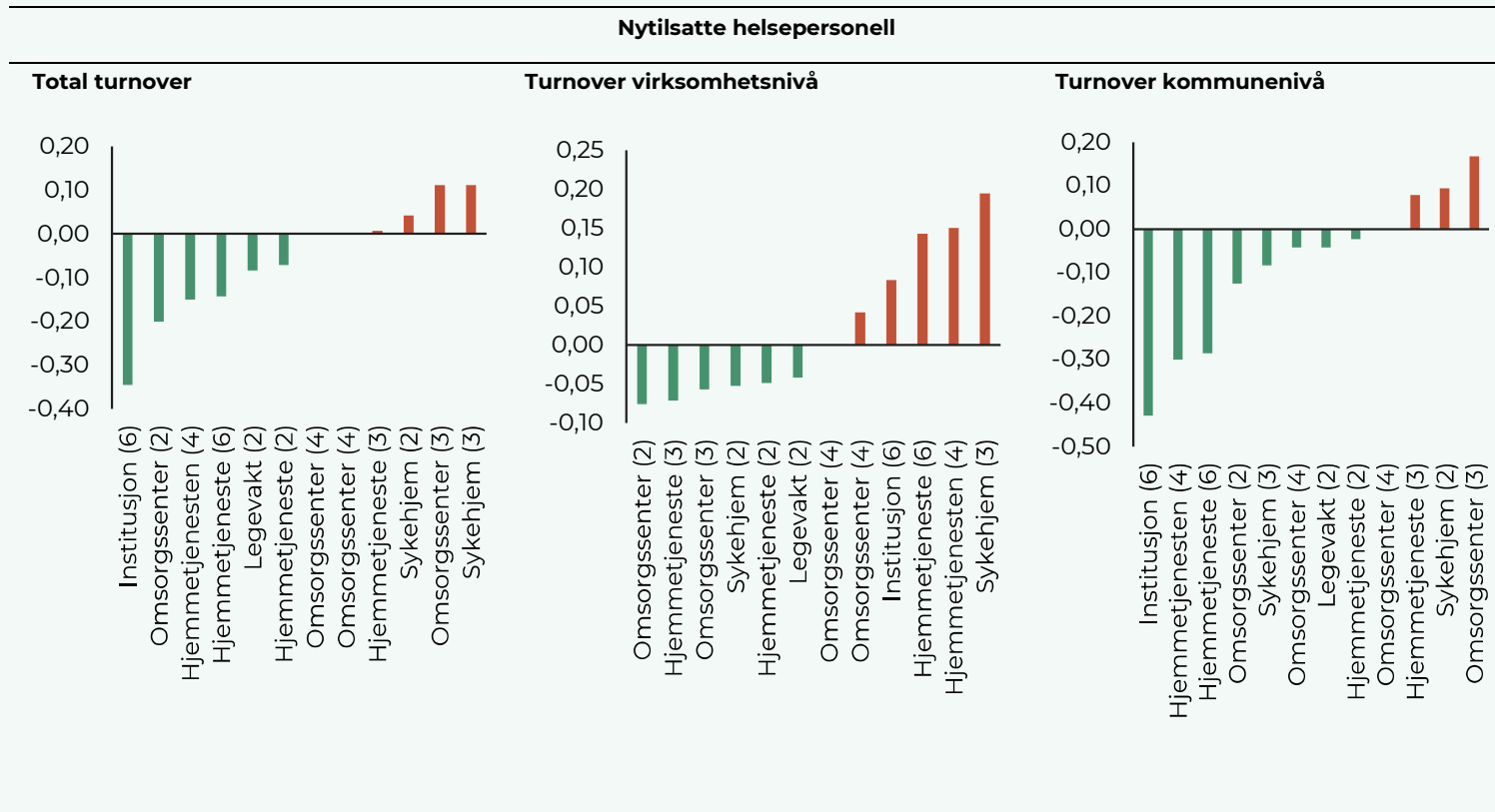
Evalueringen viser også at mentorprogram fører til bedret faglig utvikling og bedret trivsel blant ansatte, både nytilsatte og mentorer.

Turnover er lavere etter implementering av mentorprogram, men endringen er ikke statistisk signifikant

Analyser av registerdata viser at turnover er lavere i virksomheter etter de har innført mentorprogram, sammenlignet med før. Dette gjelder både for helsepersonell samlet sett, og for sykepleiere. Når vi sammenligner resultatene med landsgjennomsnitt for tilsvarende grupper helsepersonell og periode, finner vi at reduksjonen i total turnover er vesentlig større i virksomhetene som har innført mentorprogram, enn i andre virksomheter. Endringene i turnover er derimot stort sett ikke statistisk signifikante, og vi vet derfor ikke om reduksjonen i turnover skyldes mentorprogram eller andre faktorer i virksomhetene.

Evalueringen viser at gjennomsnittlig total turnover blant nytilsatte helsepersonell per virksomhet har gått ned med 0,06 prosentpoeng i løpet av vår observasjonsperiode. Denne reduksjonen er drevet av en reduksjon i turnover på kommunenivå. Evalueringen viser variasjon i utviklingen av turnover på tvers av de ulike virksomhetene (Figur 1). Seks virksomheter har opplevd en reduksjon, fire virksomheter har opplevd en økning og to virksomheter har ikke opplevd noen endring. Vi finner ingen systematiske forskjeller basert på type virksomhet eller kommunesentralitet.

Figur 1: Endring i turnover per virksomhet



Note: Hver stolpe representerer en virksomhet. Tall i parentes viser kommunenes sentralitetsindeks. Sentralitetsindeksen tar verdier fra 1-6, hvor 1 indikerer høyest sentralitet og 6 indikerer lavest sentralitet. Virksomheter uten endring skyldes enten at det ikke var noen endring i turnover eller at de ikke hadde nytilsatte i denne perioden. Kilde: PAI-registeret. Analyse: Oslo Economics.

Sentrale suksesskriterier for mentorprogram er forankring i ledelsen og blant de ansatte, samt gode utdannings- eller kompetansehevingstiltak

Ledere, mentorer og menteer er samstemte i at forankring i ledelse og blant de ansatte, samt gode utdannings- eller kompetansehevingstiltak er sentrale suksesskriterier for mentorprogram. Andre forhold som nevnes er økonomisk kompensasjon til mentorer, tydelige retningslinjer og erfaringsdeling på tvers av virksomheter og kommuner (Figur 2).

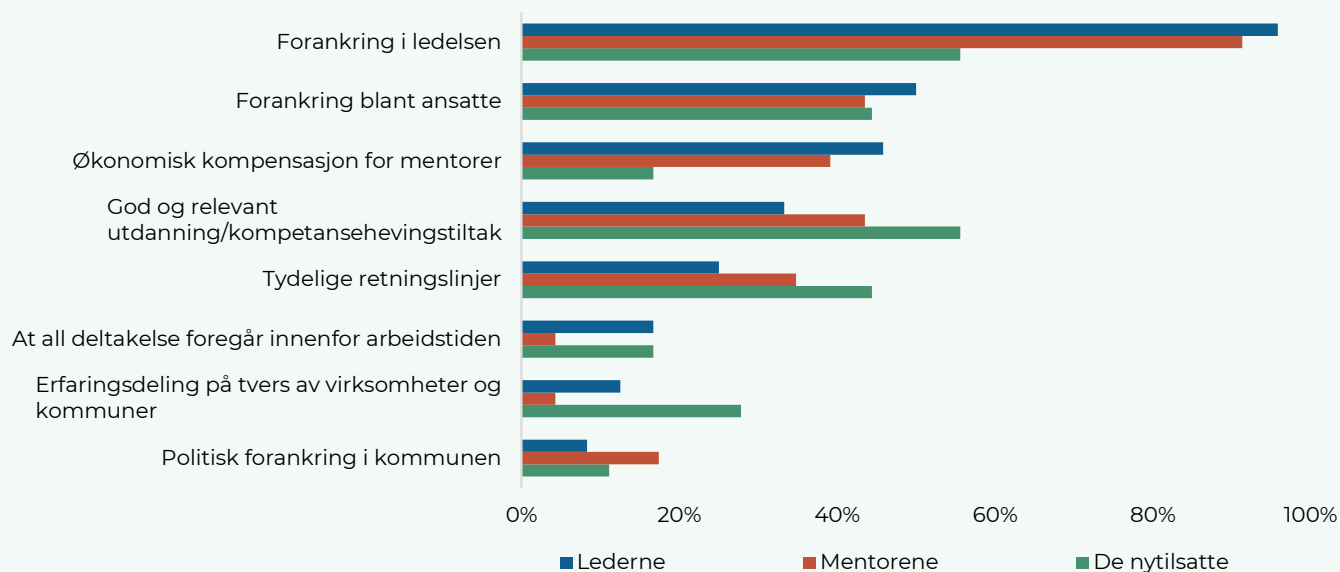
De fleste er positive til mentorprogrammene og hvordan disse har blitt innført i virksomhetene. Forankring i ledelse og personalgruppa, god opplæring, tid til refleksjon, fleksibilitet og individuell oppfølging trekkes frem

som deler av mentorprogrammene som fungerer godt. Noen sentrale utfordringer er tilrettelegging for oppfølging og gjennomføring i virksomhetene, i tillegg til praktiske hindringer som ulike turnusordninger og sårbarhet under ferieavvikling.

Ledere, mentorer og menteer anbefaler andre virksomheter å ta i bruk mentorprogram

De aller fleste, både ledere, mentorer og nytilsatte som har svart på spørreundersøkelsen vurderer at mentorprogram er et virkningsfullt tiltak i deres virksomhet. De flere anbefaler også andre virksomheter å ta i bruk mentorprogram for nytilsatt helsepersonell.

Figur 2: Hva opplever du som de viktigste suksesskriteriene for en vellykket mentorordning?*



Kilde: Antall responser fra nytilsatte (18) mentorer (23), leder (23). *De kunne huke av for inntil tre svaralternativer. Analyse: Oslo Economics.

Begrensninger ved analysene

Mentorprogram er nokså nytt. Med unntak av pilotprosjektet i Trondheim, har øvrige kommuner innført mentorprogram i 2021 eller senere. Flere kommuner og virksomheter er fortsatt i en oppstartsfase. Det er en utfordring for analysene våre at observasjonsperioden er kort, noe som innebærer at analysen er sensitiv for årspesifikke hendelser, blant annet koronapandemien.

Executive summary

Commissioned by KS, Oslo Economics conducted an evaluation of the mentor program for newly recruited healthcare professionals. The findings indicate that the program has positively influenced recruitment, professional development, and job satisfaction for both new employees and mentors. Additionally, turnover appears to be lower in organizations where the program has been implemented, though it remains uncertain whether this can be directly attributed to the program or other factors.

While most managers, mentors, and new employees express positive views about the mentor program, they also highlight key challenges. To strengthen the program's ability to enhance recruitment, retention, and professional development in municipal health and care services, it is crucial to ensure its integration into management and among employees, as well as to provide education and competence-building opportunities for mentors.

21 municipalities participate or have participated in a mentor program for newly recruited health care professionals

In 2018, a pilot of the mentor program for newly recruited healthcare professionals was conducted in Trondheim, yielding positive results in retaining and recruiting nurses within the municipality. The "Mentor Program for New Employees" is a sub-project of the larger "Jobbvinner" initiative—a collaboration between the Norwegian Association of Local and Regional Authorities (KS), the Norwegian Union of Municipal and General Employees, the Norwegian Nurses' Association (NSF), and Delta, funded by the Norwegian Directorate of Health. Building on the success of the pilot, Jobbvinner has expanded the mentor program by establishing multiple learning networks for municipalities interested in participating. To date, a total of 21 municipalities have either implemented or are in the process of implementing mentor programs for newly recruited healthcare professionals.

Oslo Economics has evaluated the mentor program, commissioned by KS

The purpose of this evaluation was to assess how the mentor program has influenced the ability of municipal health and care services to recruit, retain, and develop healthcare professionals. To achieve this, we employed a combination of qualitative and quantitative methods.

The qualitative component included an initial document review and interviews with key contacts in three municipalities that have implemented the mentor program. Additionally, we conducted a survey targeting managers, mentors, and new employees in organizations participating in the program, as well as follow-up interviews with managers, mentors, and mentees in three selected organizations.

For the quantitative analysis, we utilized data from the PAI register to examine turnover rates before and after the introduction of the mentor program in twelve participating organizations. The dataset covered multiple groups of healthcare professionals, including skilled workers, healthcare assistants, support workers, and nurses. These results were then compared to turnover rates among newly recruited healthcare professionals across the country during the same period. To strengthen the analysis, we conducted several regression analyses, including difference-in-difference models, which incorporated a control group to provide a more robust comparison.

The mentor program has had a positive impact on recruitment, professional development and job satisfaction among new employees and mentors

The evaluation indicates that the mentor program has had a positive, albeit limited, impact on recruitment. Most new employees who participated in the survey were aware of the program before starting their roles, and approximately two-thirds reported that the availability of a mentor either influenced their decision to apply for the position (25%) or played a minor role in their decision (42%). Additionally, many managers noted that the mentor program has, to some extent, increased the number of qualified applicants for relevant job openings.

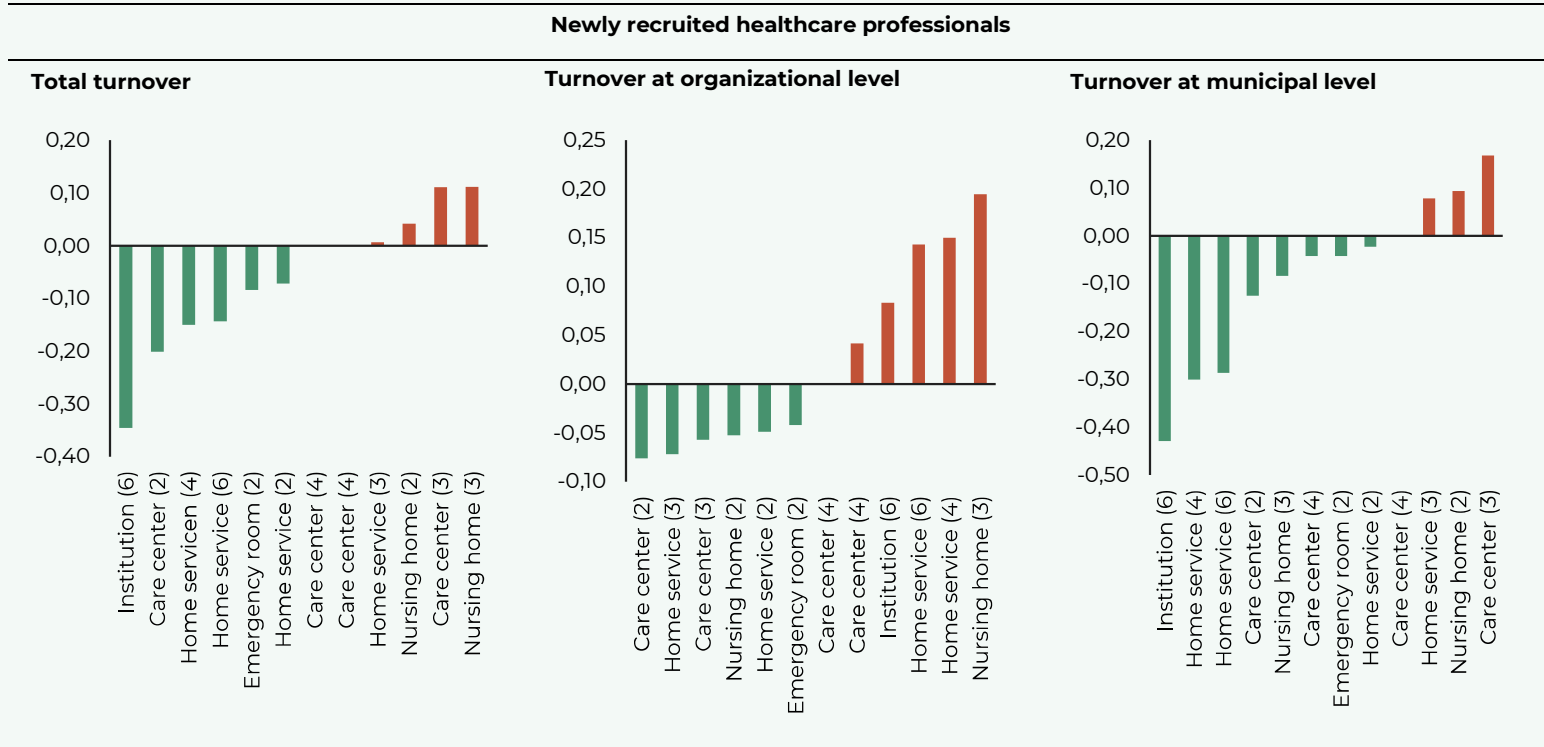
The evaluation also highlights the program's contribution to professional development and job satisfaction. Survey responses from managers, mentors, and new employees consistently pointed to improvements in these

areas for new hires. Furthermore, most mentors reported experiencing both professional and personal growth as a result of their involvement in the program.

Turnover is lower after implementation of the mentor program, but the change is not statistically significant

Analyses of register data reveal that turnover is lower in organizations after implementing the mentor program, both across all healthcare professional groups and among nurses. When compared to the national average for similar groups during the same period, the reduction in overall turnover is notably greater in organizations with the mentor program. However, most of the observed changes in turnover are not statistically significant. This means it remains unclear whether the reduction in turnover can be directly attributed to the mentor program or if other factors may have influenced the results. The evaluation shows that the average total turnover among newly recruited healthcare professionals per organization has decreased by 0.06 percentage points during our observation period. This reduction is driven by a reduction in turnover at a municipal level. The evaluation shows great variation in the development of turnover across the organizations (Figure 1). Six organizations have experienced a reduction, four organizations have experienced an increase, and two organizations have experienced no change. We find no patterns based on type of organization or municipality centrality.

Figure 1: Change in turnover per organization



Note: Each bar represents an organization. The numbers in parentheses indicate the municipalities' centrality index. The centrality index ranges from 1 to 6, where 1 indicates the highest centrality and 6 indicates the lowest. Organisations without changes are either due to no turnover changes or having no new staff during this period. Source: PAI-register. Analysis: Oslo Economics.

Key success criteria for the mentor program are integration in management and among the employees, as well as good educational/competence enhancing measures

Managers, mentors and mentees agree that the integration of the program in management and among the employees, as well as good educational or competence/enhancing measures, are key success criteria. Other factors mentioned are financial compensation for mentors, clear guidelines and sharing experience across organizations and municipalities (Figure 2).

A majority are positive to the mentor program and how the program has been introduced in the organization. Integrating the program in management and among staff, good training, time for reflection, flexibility and

individual follow-up are highlighted as aspects of the mentor program that work well. Some key challenges include facilitation for follow-up and implementation in the organization, in addition to practical obstacles such as different working schedules and vulnerability during holidays.

Managers, mentors, and mentees recommend other organizations adopt the mentor program

The vast majority of respondents—including managers, mentors, and mentees—view the mentor program as an effective measure in their organization. Many also recommend that other organizations implement a mentor program for newly recruited healthcare professionals.

Figure 2: What do you perceive as most important for a successful mentor program?



Source: Number of responses from mentees (18), mentors (23), and managers (23). *They could select up to three answer options. Analysis: Oslo Economics.

Weaknesses with the analyses

The mentor program is relatively new, with most municipalities implementing it in 2021 or later, apart from the pilot project in Trondheim. Many municipalities and organizations are still in the start-up or implementation phase. Due to the short observation period, the analysis is particularly sensitive to year-specific events, such as the impact of the coronavirus pandemic.

1. Evaluering av mentorprogram for helsepersonell

Mentorprogram for nytilsatte helsepersonell er en del av KS-prosjektet Jobbvinner. Målet med Jobbvinner-prosjektet er å øke rekrutteringen av sykepleiere og helsefagarbeidere til helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Formålet med mentorprogrammene er å skape gode og trygge rammer for nytilsatte og faglig utvikling ved kommunens helsefaglige tjenestesteder. Oslo Economics har gjennomført en evaluering på oppdrag fra KS for å måle mentorprogrammenes suksess med å rekruttere, beholde og utvikle helsepersonell.

1.1 Mentorprogram

«Mentorprogram for nytilsatte helsepersonell» er et delprosjekt innenfor prosjektet «Jobbvinner», som er et samarbeid mellom arbeidsgiverorganisasjonen Kommunesektorens organisasjon (KS) og arbeidstakerorganisasjonene Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Delta. Programmet finansieres av Helsedirektoratet. KS har påtatt seg et overordnet ansvar for prosjektet og er den øremerkede tilskuddsmottakeren. Målet med Jobbvinnerprosjektet er å øke rekrutteringen av sykepleiere og helsefagarbeidere til helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Prosjektet skal etablere tiltak for å rekruttere og beholde helsepersonell.

I 2018 ble det gjennomført en pilot av mentorprogrammet i Trondheim, som førte til positive resultater knyttet til å beholde og rekruttere sykepleiere i kommunen. På bakgrunn av dette har Jobbvinner utvidet mentorprogram gjennom å opprette flere læringsnettverk med kommuner som ønsker å delta i programmet. Hensikten med læringsnettverkene er å gjøre deltakerkommunene i stand til å utvikle, pilotere og implementere sine egne mentorprogrammer basert på felles prinsipper og kvalitetsindikatorer som skal ligge til grunn for gjennomføringen. Disse er *lederanerkjennelse, systematikk og mentorkompetanse* (Kvam, et al., 2019).

Så langt har totalt 21 kommuner innført, eller er i gang med å innføre, mentorprogram for nytilsatt helsepersonell. Flesberg, Halden, Indre Østfold, Kongsvinger, Lillestrøm, Midt-Telemark, Modum, Moss, Nore og Uvdal, Røros, Sarpsborg og Tønsberg deltok i Nasjonalt læringsnettverk, som ble etablert i 2021 i samarbeid med Jobbvinner, Trondheim kommune og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT Viken Østfold). Tromsø, Hammerfest, Senja og Dyrøy deltok i læringsnettverk i mentorprogram for kommuner i Troms og Finnmark, etablert i 2021 i samarbeid med KS Nord-Norge, Tromsø kommune, USHT Troms og Finnmark og NSF Tromsø. I 2023 startet, læringsnettverk for mentorprogram i storbyer, der Fredrikstad, Bergen, Asker, Oslo, Øygarden og Kristiansand deltar. Det ble videre etablert læringsnettverk for kommuner i Nordland i samarbeid med RKK Ytre Helgeland høsten 2023. Her deltar Grane, Lurøy, Bodø, Alstahaug, Vefsn, Dønna, Rana og Hemnes. Høsten 2024 inviterer KS flere kommuner til å delta i et nytt læringsnettverk

1.2 Evalueringsspørsmål

På oppdrag fra KS har Oslo Economics gjennomført en evaluering av mentorprogram for helsepersonell, for å vurdere i hvilken grad tiltaket har bidratt til å styrke de kommunale helse- og omsorgstjenestenes evne til å rekruttere, beholde og utvikle helsepersonell.

Oppdraget har besvart følgende problemstillinger:

- 1. Hva er effekten av mentorprogram på virksomheters evne til å rekruttere, beholde og utvikle helsepersonell, herunder hvorvidt innføring av mentorprogram leder til**
 - a. Et økt antall kvalifiserte søkere på relevante stillingsutlysninger?
 - b. Lavere turnover i relevante virksomheter?
 - c. Bedret faglig utvikling, og bedret trivsel?
- 2. Hva er eksempler på sider ved mentorprogram som fungerer godt, og sider som har forbedringspotensial?**
- 3. Hva er særlig suksesskriterier for vellykket og varig drift av mentorprogram i praksis i norske kommuner?**

1.3 Data og metode

For å evaluere mentorprogram for helsepersonell har vi gjennomført en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder. Vi har utført dokumentstudier av rapportering og resultater fra pilotprogrammet i Trondheim og fra læringsnettverkene, og innhentet nøkkelinformasjon fra kommuner som har deltatt i mentorprogram på e-post. Vi har både intervjuet og gjennomført en spørreundersøkelse blant ledere, mentorer og nytilsatte i virksomheter som har implementert mentorprogram for helsepersonell. Videre har vi brukt data fra PAI-registeret til å analysere turnover før og etter implementering av mentorprogram blant nytilsatte helsepersonell. Samlet gir analyse av disse informasjonskildene en god forståelse av hvordan mentorprogram for helsepersonell har fungert i de aktuelle virksomhetene.

Oppdraget ble gjennomført i perioden april til desember 2024. Dokumentstudier ble gjennomført i perioden april-juni 2024. Intervjuene ble gjennomført i perioden juni-september 2024 og spørreundersøkelsen ble gjennomført i perioden august-september 2024.

1.3.1 Dokumentstudier

Dokumentstudiene bestod i hovedsak av å undersøke retningslinjer og rapportering fra pilotprogrammet i Trondheim kommune, og retningslinjer og rapportering fra læringsnettverkene. Rapporteringen var viktig for å undersøke gjennomføring av programmet i ulike kommuner, herunder hvilke virksomheter som deltok eller deltar i ordningen, og tidspunkt for implementering. Vi tok kontakt med kontaktpersoner i de ulike kommunene for å bekrefte, supplere eller eventuelt oppdatere sentral informasjon: tidspunkt for implementering, deltakende virksomheter, opplysninger om antall mentorer og menteer, og kontaktinformasjon til virksomhetsledere.

1.3.2 Intervjuundersøkelse

Totalt intervjuet vi 14 personer som på ulik måte har vært involvert i mentorprogram.

Først gjennomførte vi intervjuer med tre personer som alle har hatt en sentral rolle i arbeidet med å implementere mentorprogram i hver sin kommune. Disse personene ble valgt ut på bakgrunn av dialog med KS. Formålet med de innledende intervjuene var å få en dypere forståelse av hensikten med og organiseringen av mentorprogram, samt utfordringer og suksesskriterier.

Videre gjennomførte vi intervjuer med ledere, mentorer og menteer i tre ulike virksomheter. Virksomhetene ble rekruttert til dels gjennom tidspunkt for implementering, og til dels gjennom kontaktinformasjonen vi hadde fått tilsendt fra kontaktpersoner i de utvalgte kommunene. Vi intervjuet tre virksomhetsledere, fire mentorer og tre menteer. Alle vi intervjuet var kvinner, fordelt på ulike aldersgrupper.

Alle informantene fikk tilsendt en intervjuguide i forkant, slik at vi sikret at temaene i rapporten ble dekket gjennom intervjuene. Alle intervjuene ble gjennomført digitalt på Teams. I etterkant av intervjuene gjennomførte vi en innholdsanalyse der vi først gikk gjennom referater fra alle intervjuene, for å danne oss en samlet oversikt over informasjonen. Deretter gjennomgikk vi intervjuene for ledere, mentorer og menteer separat for å identifisere likheter og forskjeller innenfor og på tvers av de ulike gruppene.

1.3.3 Spørreundersøkelse

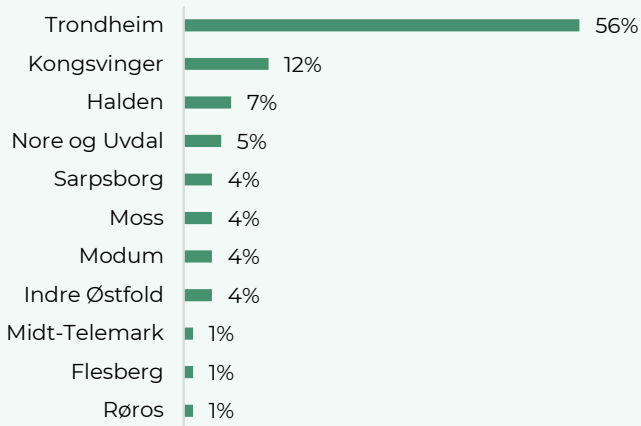
Spørreundersøkelsen ble sendt ut til helsepersonell i 16 av kommunene som har innført mentorprogram for nytilsatte helsepersonell. Vi distribuerte spørreundersøkelsen til virksomhetsledere som har innført mentorprogram i disse kommunene, og ba disse om å distribuere undersøkelsen videre til involverte aktører i sin virksomhet. Vi mottok svar fra 75 respondenter fra 11 ulike kommuner.

Figur 1-1 til Figur 1-5 viser opplysninger om respondentene. Over halvparten av respondentene i spørreundersøkelsen kommer fra Trondheim kommune (Figur 1-1 A). Omtrent 40 prosent er sykepleiere, og 40 prosent er virksomhets- eller avdelingsledere (Figur 1-1 B). I underkant av 40 prosent av respondentene har vært mentorer for én eller flere nytilsatte, mens nesten 30 prosent av respondentene er nytilsatte som har eller har hatt mentor (Figur 1-2 A).

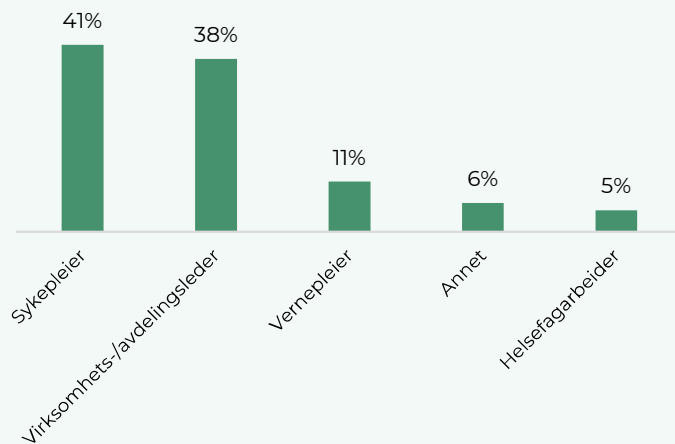
Vel halvparten av lederne som deltok i undersøkelsen opplyser at første nytilsatte i virksomheten fikk tildelt en mentor i 2022 eller 2023 (Figur 1-4A), og omtrent ni av ti sier at mentorprogram fortsatt pågår i virksomheten (Figur 1-4B). Videre forteller samtlige ledere at sykepleiere deltar eller har deltatt i mentorprogram, mens omtrent 40 prosent sier at vernepleiere også har deltatt (Figur 1-4C). Et flertall av ledere opplyser at 1-3 mentorer har deltatt i ordningen så langt (71 prosent) (Figur 1-5A). Det er stor variasjon i hvor mange nytilsatte som har fått tildelt mentor i virksomhetene, men omtrent tre av fire ledere oppgir 1-3 (38 prosent) eller 4-6 (38 prosent) (Figur 1-5B).

Figur 1-1: Kommunaltilhørighet og stilling blant respondenter

A. Hvilken kommune jobber du i?*



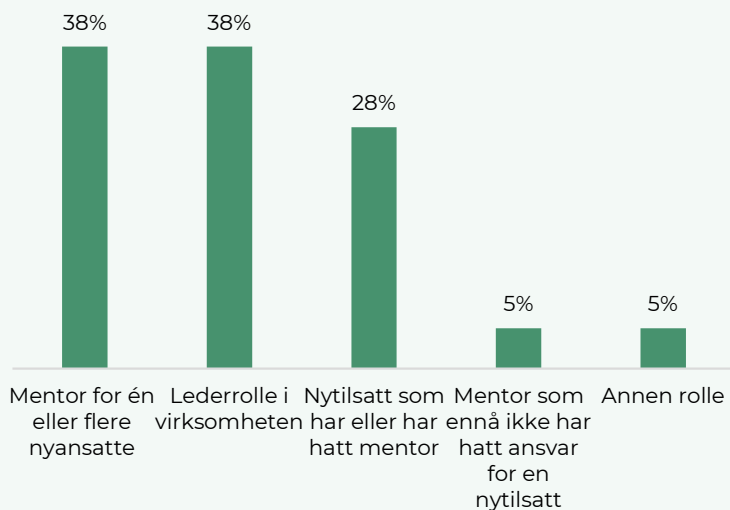
B. Hva er din stilling i virksomheten?



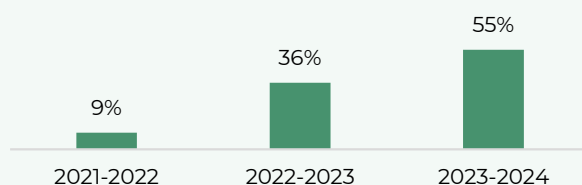
Kilde: A: Antall responser: 75 *Vi fikk ikke svar fra alle virksomhetene vi sendte til. B: Antall responser: 64. Analyse: Oslo Economics.

Figur 1-2: Rolle i mentorprogram

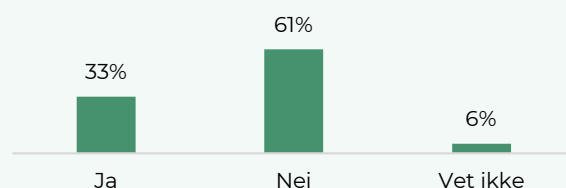
A. Hvilken rolle har du hatt i mentorordningen?



B. Til nytilsatte: I hvilken periode hadde du mentor?



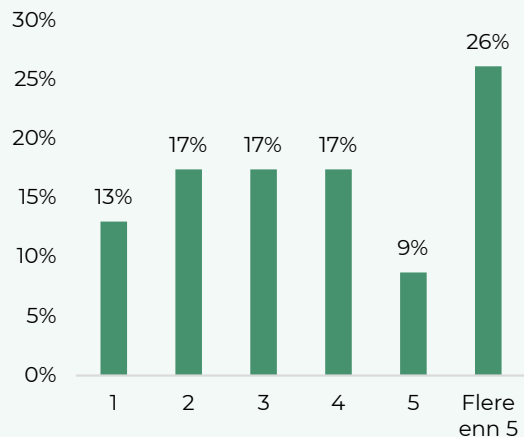
C. Til nytilsatte: Har du fortsatt mentor?



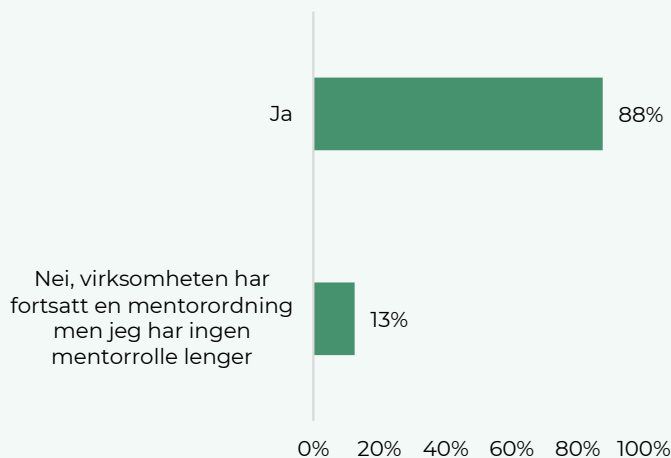
Kilde: A: Antall responser: 64. B: Antall responser: 18. C: Antall responser: 11. Analyse: Oslo Economics.

Figur 1-3: Erfaring og status blant mentorer

A. Hvor mange har du vært mentor for?



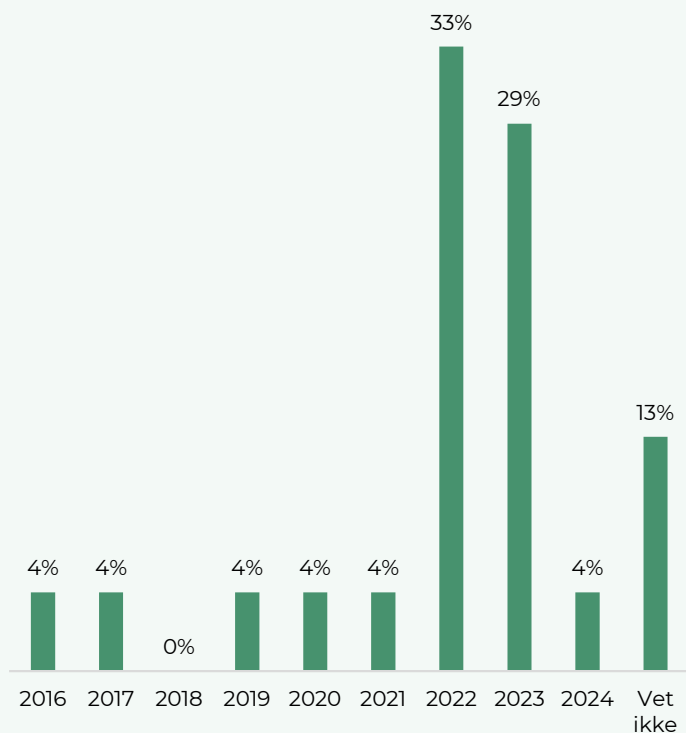
B. Har du fortsatt en mentorrolle i virksomheten?



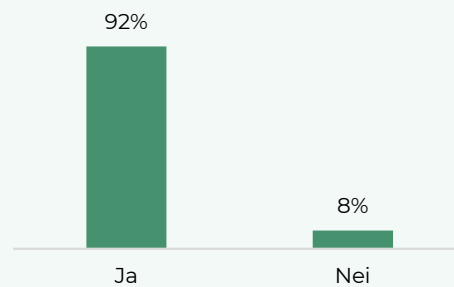
Kilde: A: Antall responser: 23. B: Antall responser: 24. Analyse: Oslo Economics.

Figur 1-4: Gjennomføring av mentorprogram i virksomhetene

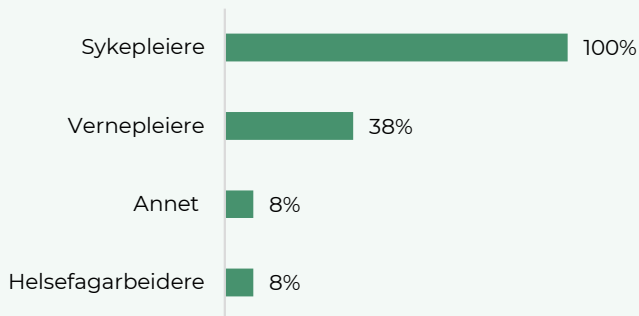
A: Hvilket år ble en nytilsatt i virksomheten for første gang tildelt en mentor?



B: Pågår mentorordningen fortsatt?



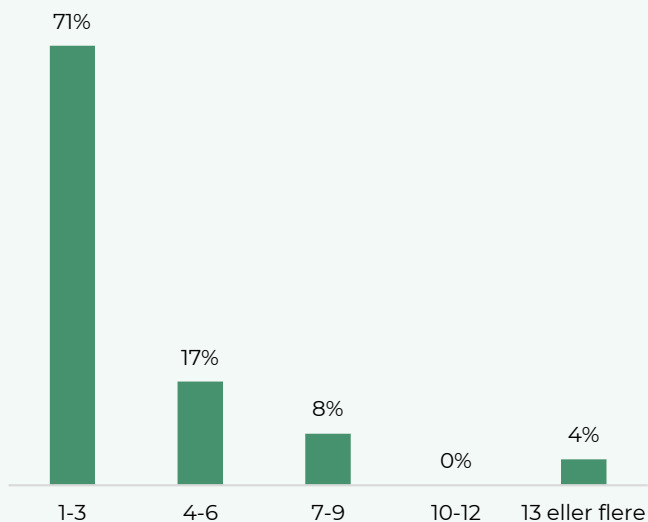
C: Hvilke typer av helsepersonell deltar/har deltatt i mentorordningen?



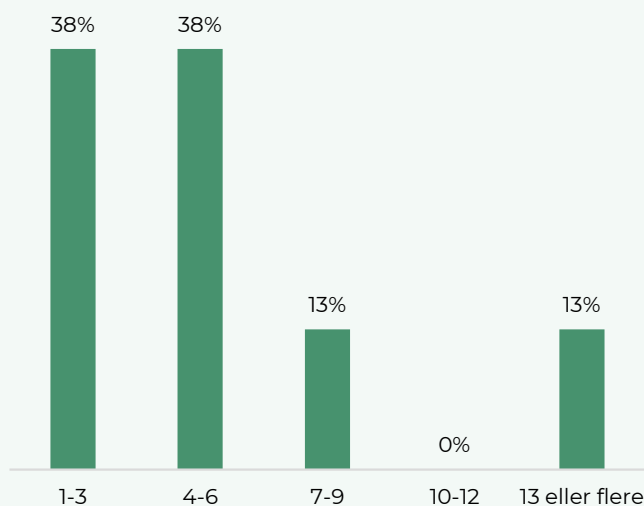
Kilde: Spørsmål til ledere. Antall responser: 24 for samtlige figurer. Analyse: Oslo Economics.

Figur 1-5: Antall mentorer og nytilsatte i virksomhetene

A: Omtrent hvor mange mentorer har deltatt i ordningen så langt?



B: Omtrent hvor mange nytilsatte har fått tildelt en mentor i virksomheten?



Kilde: Spørsmål til ledere. Antall responser: 24 for begge figurene. Analyse: Oslo Economics.

1.3.4 Registerdata PAI-registeret

Vi har brukt individdata fra PAI-registeret til å analysere endringer i turnover blant nytilsatte helsepersonell før og etter implementering av mentorprogram. PAI-registeret administreres av KS og inneholder informasjon om lønn- og personalopplysninger om ansatte i kommunal sektor.

Vi mottok et anonymisert uttrekk av PAI-registeret fra KS som inneholdt personalopplysninger om helsepersonell, inkludert fagarbeidere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere og sykepleiere.¹ Registeret inneholder blant annet informasjon om alder, kjønn, hvor vedkommende er ansatt (organisasjonsnummer og virksomhetsnavn) og stillingsprosent.

Ved å bruke informasjon om når vedkommende starter og slutter i en virksomhet, konstruerer vi mål på turnover og om personen er nytilsatt eller ikke. I analysene skiller vi mellom turnover på kommunenivå og virksomhetsnivå. Turnover på kommunenivå er definert som ansatte i kommunale helsetjenester i år t som ikke var ansatt i kommunale helsetjenester i år t+1. Turnover på virksomhetsnivå er definert som ansatte i en kommunal helsevirksomhet i år t som var ansatt i en annen kommunal helsevirksomhet i år t+1. Vi ser også på total turnover, som inkluderer både turnover på virksomhets- og kommunenivå. En person defineres som nytilsatt i år t dersom person dukker opp i ny/annen virksomhet enn året før (t-1).

Utvalg

I alle våre analyser begrenser vi utvalget til nytilsatte som jobber 60 prosent eller mer. Videre ser vi kun på ansettelsesforhold som vurderes som vedkommens hovedjobb. Dersom vedkommende er ansatt i flere virksomheter samtidig, definerer vi hovedjobb som den stillingen med høyest stillingsprosent.

Vi har informasjon om turnover blant nytilsatte helsepersonell i perioden 2020-2022. Vi har identifisert tolv virksomheter i syv ulike kommuner som har innført mentorprogram. Tiltaksvirksomhetene inkluderer hjemmetjenesten, sykehjem, legevakt, institusjon og omsorgsboliger.

I alle de identifiserte virksomhetene ble ordningen implementert i 2022, bortsett fra én virksomhet der ordningen ble implementert i 2021. I analysen definerer vi derfor 2020-2021 som perioden før implementering og 2022 som perioden etter

¹ Uttrekket inkluderer følgende stillingsnavn: fagarbeider med fagskoleutdanning, fagarbeider, helsefagarbeider,

implementering for alle virksomheter (bortsett fra én virksomhet).

Alle analysene er først utført for alle grupper nytilsatte helsepersonell i datauttrekket fra PAI-registeret, og deretter utført separat for sykepleiere.

Analyse

Deskriptive analyser

For å analysere virkningene av mentorprogram på turnover blant nytilsatte helsepersonell har vi først utført deskriptive analyser som sammenligner turnover før og etter implementering av mentorprogram i de tolv identifiserte tiltaksvirksomhetene. Resultatene sammenlignes med resultatene for turnover blant nytilsatte helsepersonell i hele landet i samme periode. Vi har gjennomført t-tester for å undersøke om endringene i turnover er statistisk signifikante.

Regresjonsanalyser

Videre har vi utført flere økonometriske analyser, både regresjonsanalyser som sammenligner turnover før/etter implementering av mentorprogram og regresjonsanalyser der vi inkluderer en kontrollgruppe (difference-in-difference analyser). I regresjonsanalysene kontrollerer vi for kjønn og alder, og inkluderer fasteffekter for virksomhet og år. I Vedlegg C presenteres de økonometriske modellene.

I difference-in-difference (DiD) analysene defineres kontrollgruppen som alle nytilsatte helsepersonell i ikke-tiltaks kommuner. Hovedantakelsen i en slik modell er at forskjellen i turnover mellom tiltaks- og kontrollgruppen ville vært konstant over tid ved fravær av tiltaket, dvs. tiltaks- og kontrollgruppen har parallelle trender i turnover over tid ved fravær av mentorprogram. Denne antakelsen er umulig å teste ettersom den innebærer at det foreligger informasjon om kontrafaktiske utfall, men validiteten styrkes dersom tiltaks- og kontrollgruppen har parallelle trender i turnover før implementering av tiltaket. Vi tester antakelsen ved å visuelt se på utviklingen i turnover før implementering av mentorprogram i tiltaks- og kontrollgruppen.

Variabler av interesse

Utfallsvariablene i regresjonsmodellene er ulike mål på turnover; total turnover, turnover på virksomhetsnivå og turnover på kommunenivå.

For å analysere endringer i turnover før/etter implementering av mentorprogram definerer vi variabelen *Post* (en tidsdummyvariabel som er lik 1 dersom mentorprogram er implementert).

hjelpepleier, klinisk spesialistsykepleier, spesialsykepleier, spesialhjelpepleier og sykepleier.

Koeffisienten til denne variabelen fanger opp endringer i turnover før/etter implementering av mentorprogram.

I difference-in-difference analysene er det variabelen *Treat*post* (en interaksjon mellom *Post* og dummyvariabelen *Treat* som er lik 1 dersom vedkommende tilhører en tiltaksvirksomhet) som er av interesse. Koeffisienten til denne variabelen sammenligner forskjeller i turnover før/etter implementering av mentorprogram blant nytilsatte helsepersonell i tiltaksvirksomheter med forskjeller i turnover før/etter implementering av mentorprogram i kontrollgruppen. I tekstboksen defineres hypotesene i analysene.

Hypotesetesting og statistisk signifikans

Statistisk signifikans er en vitenskapelig vurdering av hvorvidt sammenhenger/endringer i en statistisk analyse synes å være reelle eller om de skyldes tilfeldigheter. Vurderingen av hvorvidt et funn er statistisk signifikant gjøres på bakgrunn av en nullhypotese, en statistisk modell og et gitt signifikansnivå (Woolridge, 2014).

I t-testene er nullhypotesen at gjennomsnittlig endring i turnover før/etter implementering av mentorprogram er lik null. Vi har satt signifikansnivået på 10 prosent. Dersom p-verdien i analysen er mindre enn dette signifikansnivået forkastes nullhypotesen og man kan konkludere med at endringen i turnover er statistisk signifikant på 10 prosent nivå.

I regresjonsanalysene er nullhypotesen at koeffisienten til variabelen *Post* (eller variabelen *Treat*post*) er lik null. Dersom p-verdien i regresjonsanalysen er mindre enn signifikansnivået forkastes nullhypotesen og man kan konkludere med at det er en statistisk signifikant sammenheng mellom variabelen *Post* (eller *Treat*post*) og turnover (utfallsvariabelen i modellen) på 10 prosent nivå.

Analysen av mentorprogrammet i Trondheim

Vi har også utført en separat analyse av Trondheim. Trondheim skiller seg ut ved at det var den første kommunen som innførte mentorprogram. Som nevnt, gjennomførte Trondheim en pilot i 2018, og i 2019/2020 ble mentorprogram implementert for sykepleiere og vernepleiere i alle sykehjem og hjemmetjenester (KS 2021; Sykepleien 2023). I vår analyse av Trondheim ser vi på nytilsatte sykepleiere og definerer 2017 som året før implementering. Vi har tatt ut pilotåret (2018) og 2019 fra analysen ettersom ikke alle virksomhetene

var i gang med mentorprogram ennå. Vi har gjennomført analysen ved å bruke ulike definisjoner av tidspunkt etter implementering. Resultatene vedrørende turnover fra Trondheim sammenlignes med turnover i Bergen i tilsvarende periode, da det er den eneste kommunen vi har data om i samme periode. Vi anser samtidig at Bergen kan være en god kontrollgruppe for Trondheim basert på flere kommuneegenskaper, eksempelvis populasjon og gjennomsnittsinntekt.

Svakheter ved analysene

Det er flere svakheter ved registerdataanalysene. For det første er observasjonsperioden relativt kort. Vi har informasjon om turnover to år før implementering og ett år etter implementering. Dette innebærer at mentorprogram fremdeles er i oppstartsfasen i noen virksomheter og at det er relativt få nytilsatte. Én av virksomhetene hadde for eksempel ingen nytilsatte sykepleiere i denne perioden.

Videre innebærer en relativt kort observasjonsperiode at analysen er sensitiv for års-spesifikke hendelser, eksempelvis koronapandemien. Vårt datauttrekk fra PAI-registeret viser at total turnover på nasjonalt nivå gikk opp 4,1 prosent fra 2020 til 2021. Det er grunn til å anta at noe av denne økningen skyldes pandemien. En enkel før/etter sammenligning av turnover i tiltaksvirksomhetene i vår observasjonsperiode kan dermed gi misvisende resultater. For å unngå potensielle feiltolkninger grunnet pandemi, sammenligner vi derfor turnover før/etter implementering av mentorprogram i tiltaksvirksomhetene med turnover for landsgjennomsnittet for tilsvarende gruppe helsepersonell i samme periode. Ettersom hele landet ble påvirket av pandemi, anser vi at en slik sammenligning sannsynligvis gir oss mer informasjon om virkningene på turnover av mentorprogram. I regresjonsanalysene definerer vi også en kontrollgruppe, noe som kan bidra til å redusere problemer med feiltolkning knyttet til års-spesifikke hendelser.

En relativt kort observasjonsperiode innebærer også at det er krevende å teste hovedantakelsen i difference-in-difference modellen (antakelsen om parallelle trender). Resultatene fra disse regresjonsanalysene må derfor tolkes med forsiktighet og vi tar forbehold om at estimatene er forventingskjevne.

En annen svakhet ved registerdataanalysene er at vi ikke vet hvem av de nytilsatte som har hatt mentor. I dataene kan vi kun se hvem som er nytilsatt. Dette kan også medføre estimeringskjevhet. Dersom virkningene av mentorprogram bidrar til lavere

turnover, innebærer dette at vi sannsynligvis underestimerer betydningen av mentorprogram.

En tredje svakhet er at vi har relativt lite bakgrunnsinformasjon om de nytilsatte. Vi har kun informasjon om alder og kjønn. Det er grunn til å anta at det finnes flere forhold som påvirker en beslutning om å slutte i en jobb eller ikke, for eksempel arbeidsmiljø, familiesituasjon og helse. (Muhammad, et al., 2013; Tripathi & Pandey, 2017; Harun, et al., 2022; Tharindi, et al., 2023). Dette medfører at vi har et utelattvariabel problem, noe som kan føre til forventingsskjevne estimat. Ved å inkludere fasteffekter for virksomhet kontrollerer vi imidlertid for alle uobserverte forhold som er fast over tid på virksomhetsnivå.

En fjerde svakhet ved analysene kan være seleksjon inn til tiltaket. Dersom det er slik at det er de mest motiverte og engasjerte kommunene som tar i verk mentorprogram, dvs. ikke et tilfeldig utvalg, er det vanskelig å skille virkninger fra mentorprogram og virkninger fra kjennetegn blant kommunene fra hverandre. I en slik situasjon kan det tenkes at potensielle positive virkninger av mentorprogram blir overestimert.

1.4 Leseveiledning

Rapporten er delt inn i fem deler. I kapittel 2 gis en oversikt over utviklingen i turnover blant helsepersonell i kommunal sektor. I kapittel 3 gis en nærmere beskrivelse av mentorprogram for helsepersonell. I kapittel 4 og 5 presenteres resultatene fra evalueringen og i kapittel 6 gis en samlet vurdering av de gjennomførte analysene.

Rapporten er utarbeidet av Erik Magnus Sæther, Marianne Lefsaker Johansson, Linda Østergren og Johanna Lidman i Oslo Economics, i samarbeid med professor Grethe Eilertsen ved Universitetet i Sørøst-Norge. Erik Magnus Sæther er ansvarlig partner og kontaktperson i Oslo Economics (epost: ems@osloeconomics.no, tlf: +4794058192).

Prosjektgruppen har hatt stor nytte av dialog med arbeidsgruppen fra KS, bestående av Sissel Kvam, Daniel Ødegård, Eli Sogn Iversen, Karine Lee Blomstrøm og Borghild Barreth Wegge. Sissel Kvam har vært leder for arbeidsgruppen (epost: Sissel.Kvam@ks.no, tlf: +4790594550).

2. Bakgrunn: turnover i kommunale helsetjenester

Turnover blant helsepersonell er vesentlig høyere enn turnover blant andre yrkesgrupper i kommunal sektor. I perioden 2022-2023 var gjennomsnittlig turnover 12,7 prosent i kommunal sektor, mens turnover blant ansatte i yrker relatert til helse, pleie og omsorg var 14,5 prosent (KS, 2024c). Videre er det vesentlig høyere turnover blant nytilsatte enn ikke nytilsatte helsepersonell. Turnover varierer også betydelig etter alder og geografi.

2.1 Helsepersonell i Norge

2.1.1 Mangel på helsepersonell

Siden tidlig 1970-tallet har andelen sysselsatte i helse- og omsorgstjenestene i Norge blitt tredoblet (NOU 2023: 4). I 2023 jobbet nærmere 500 000 personer i helse- og omsorgstjenestene, noe som tilsvarer omtrent 17 prosent av andelen sysselsatte i Norge. ² Helsepersonellkommisjonen viser at det vil være utfordrende å få tak i nok helsepersonell i årene fremover, og at samfunnet i større grad har behov for at helsepersonell benyttes til oppgaver hvor de har dokumentert helsegevinst og/eller samfunnsnytte. I 2022 ble det estimert en mangel på nærmere 16 000 sysselsatte innen helse, pleie og omsorg i Norge (NOU 2023: 4).

Det er særlig behov for flere sykepleiere på sykehjem og i hjemmesykepleien. En undersøkelse fra 2016 viste at 60 prosent av nyutdannede sykepleiere helst vil arbeide ved somatiske sykehus (som er en del av spesialisthelsetjenesten), mens kun 15 prosent vil arbeide i hjemmesykepleien og 8 prosent vil arbeide på sykehjem (Gautun, et al., 2016). Ifølge Arbeidsgivermonitoren 2023 har helse- og omsorgssektoren de største utfordringene med rekruttering i Norge, og 92 prosent av kommunene sier at det er ganske eller meget utfordrende å rekruttere sykepleiere (KS, 2023).

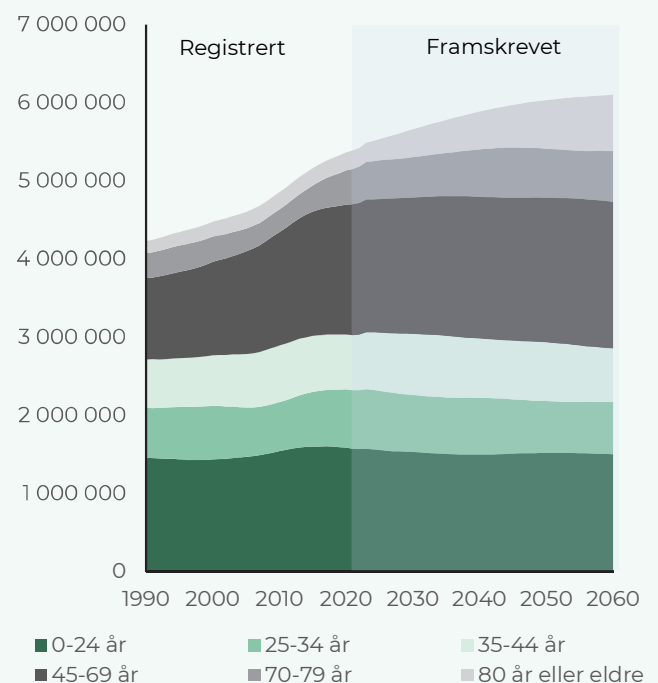
Norge er blant de landene som bruker mest ressurser per innbygger på helse- og omsorg. En av driverne er et høyt antall helsepersonell per innbygger sammenlignet med mange andre land. Tall fra OECD viser at Norge hadde høyere dekning av sykepleiere i 2021 enn en rekke sammenlignbare

land, eksempelvis Sverige, Danmark, Island og Tyskland. ³

2.1.2 Årsaker til helsepersonellmangel

Det er flere årsaker til at det har blitt mer krevende å få tak i nok helsepersonell. En av årsakene til helsepersonellmangel skyldes demografiske endringer. Figur 2-1 viser utvikling i befolkning etter aldersgruppe, både registrert og framskrevet. Andelen eldre har økt betydelig de siste tiårene og forventes å øke fremover. Den totale befolkningsveksten er i stor grad drevet av at det blir flere eldre i befolkningen. Dette skyldes først og fremst en økende levealder, men også at de store fødselskullene fra etterkrigstiden etter hvert blir blant de eldste i samfunnet. En direkte konsekvens av denne demografiske utviklingen for helse- og omsorgssektoren er at behovet for helsetjenester øker. Parallelt med at andelen eldre øker, bremses veksten i tilgjengelig arbeidskraft. Dette medfører et relativt lavere tilbud av helsepersonell.

Figur 2-1: Folkemengde etter aldersgruppe, registrert og framskrevet (SSBs hovedalternativ)



Kilde: Statistisk sentralbyrå (tabell 07459 og 13599). Analyse: Oslo Economics.

² Se SSB tabell 07938 og 13472. Figur 7-1 i Vedlegg A viser utviklingen i antall sysselsatte og årsverk innen helse- og omsorgstjenestene i perioden 2008-2022.

³ Se Figur 7-2 og Figur 7-3 i Vedlegg A.

For det andre er andelen heltidsansatte i kommunen relativt lav blant ansatte i helse- og omsorgssektoren sammenlignet med andre sektorer. I 2023 hadde turnusansatte i helse- og omsorgssektoren i kommunen den laveste andelen heltidsansatte, på 34,8 prosent (KS, 2024b). Helsepersonellkommissjonen drøfter hvordan økt andel heltidsarbeid innen helse- og omsorgssektoren kan bidra til å redusere behovet for flere ansatte (NOU 2023: 4).

For det tredje er det relativt høyt sykefravær blant ansatte i helse- og omsorgssektoren sammenlignet med andre sektorer. I 2023 hadde helse- og omsorgssektoren høyest sykefravær, både med hensyn til legemeldt og egenmeldt sykefravær. De siste årene har sykefraværsprosenten blant ansatte i helse- og omsorgstjenester økt, særlig etter koronapandemien. I 2023 lå sykefraværet på 9,6 prosent, noe som tilsvarer en økning på omtrent 16 prosent fra 2019. ⁴ Det er naturlig at sykefraværet var høyere under koronapandemien enn tidligere, men det er bekymringsfullt dersom sykefraværet ikke går tilbake til sykefraværnivået som var før pandemien. Hvis helsepersonell blir for forsiktige med å gå på jobb ved lett sykdom, vil utfordringene rundt helsepersonellmangel bli enda større. Differansen i sykefraværnivået før pandemi (2019) og 2023 utgjør omtrent 5 629 årsverk. ⁵

En fjerde årsak til at det er krevende å få tak i nok helsepersonell er knyttet til turnover. De siste årene har turnover vært relativt høy blant helsepersonell sammenlignet med andre yrker. Dette kan tyde på at det er færre som ønsker å jobbe innen helsesektoren. Videre i dette kapittelet ser vi nærmere på turnover i kommunal sektor.

2.2 Turnover i kommunal sektor

2.2.1 Variasjon mellom yrker

Turnover i kommunal sektor varierer i stor grad etter yrke/tjenesteområde (Figur 2-2). De siste årene har turnover blant helsepersonell i kommunal sektor vært relativt høy sammenlignet med andre yrker i kommunal sektor. I perioden 2022-2023 var gjennomsnittlig turnover 12,7 prosent i kommunal sektor, mens turnover blant ansatte i yrker relatert til helse, pleie og omsorg var 14,5 prosent (KS, 2024c).

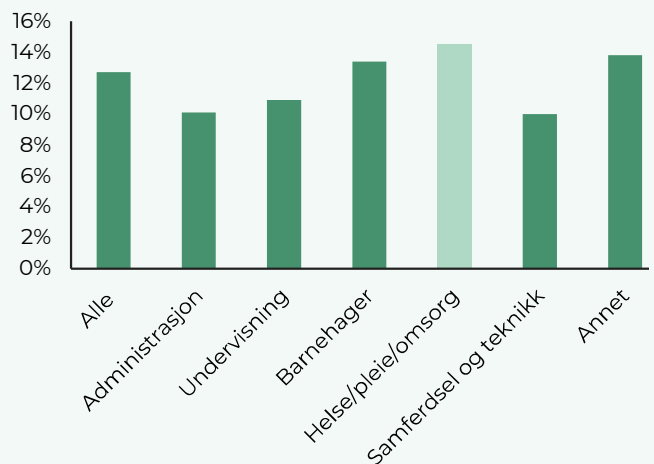
Kommunal sektor er ikke alene om å ha utfordringer med turnover blant helsepersonell.

⁴ Se Figur 7-4 og Figur 7-5 i Vedlegg A for statistikk over sykefravær.

⁵ Regnestykket tar utgangspunkt i antall årsverk innen helse- og omsorgstjenester fra 2023 (SSB tabell 07938) og

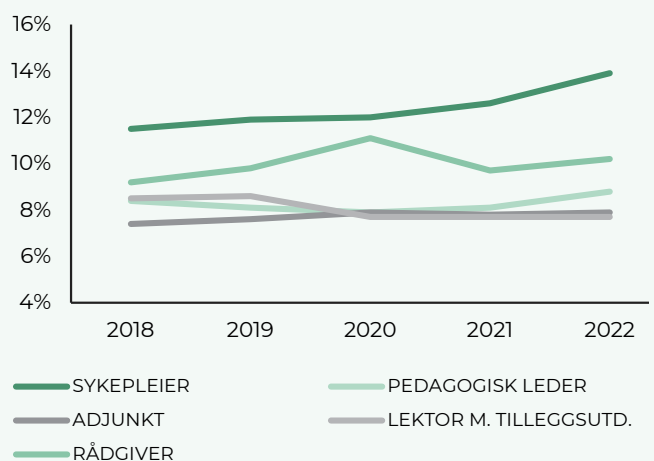
Men selv om også spesialisthelsetjenesten har utfordringer med å beholde helsepersonell, er turnover blant helsepersonell i kommunal sektor høyere. I perioden 2018-2019 var gjennomsnittlig årlig ekstern turnover, dvs. andel medarbeidere som slutter i helseforetaket, 8 prosent for sykepleiere, intensivsykepleiere, operasjonssykepleiere og jordmødre blant helseforetakene (Riksrevisjonen, 2019-2020). Under samme periode, 2018-2019, var turnover 11,9 prosent blant sykepleiere i kommunal sektor (KS, 2024c).

Figur 2-2: Andel ansatte per 1.12.2022 som ikke var ansatt i kommunal sektor per 1.12.2023, etter tjenesteområde



Kilde: PAI/KS (KS, 2024c). Analyse: Oslo Economics.

Figur 2-3: Andel turnover etter yrkesgruppe i kommunal sektor i perioden 2018-2022



Kilde: PAI/KS (KS, 2024a). Analyse: Oslo Economics.

sykefraværsprosenten blant ansatte innen helse- og sosialtjenester fra 2019 og 2023 (SSB tabell 12442).

2.2.2 Økning over tid

De siste årene har det også vært en økning i turnover blant helsepersonell i kommunal sektor. I 2022 var turnover blant sykepleiere 13,9 prosent, noe som tilsvarer en økning på omtrent 20 prosent sammenlignet med 2018 (Figur 2-3).

2.3 Turnover blant nytilsatte helsepersonell

I dette delkapittelet ser vi nærmere på turnover blant nytilsatte og ikke nytilsatte helsepersonell i kommunal sektor ⁶. Vi benytter to definisjoner av turnover blant ansatte i kommunale helsetjenester:

- **Turnover på kommunenivå:** andel ansatte i kommunale helsetjenester i år t som ikke var ansatt i kommunale helsetjenester i år t+1
- **Turnover på virksomhetsnivå:** andel ansatte i en kommunal helsevirksomhet i år t som var ansatt i en annen kommunal helsevirksomhet i år t+1

Figur 2-4 viser andel turnover blant helsepersonell i kommunale helsetjenester blant nytilsatte og ikke nytilsatte på både kommune- og virksomhetsnivå. Det er betydelig høyere turnover blant nytilsatte enn ikke nytilsatte, både på kommune- og virksomhetsnivå. På kommunenivå var turnover 27 prosent blant nytilsatte i perioden 2022-2023, mens den var 14 prosent blant ikke nytilsatte under samme periode. På virksomhetsnivå var turnover 38 prosent blant nytilsatte i perioden 2022-2023, mens den var 22 prosent blant ikke nytilsatte i samme periode.

2.3.1 Turnover etter aldersgruppe

Turnover varierer betydelig etter alder. I løpet av perioden 2022-2023 var turnover høyest for de eldre aldersgruppene, både for nytilsatte og ikke nytilsatte på både kommune- og virksomhetsnivå (Figur 2-5). For de eldste aldersgruppene ligger turnover på rundt 40-70 prosent i denne perioden. Videre er det også høyere turnover blant de yngste aldersgruppene sammenlignet med de midtre aldersgruppene. For de yngste aldersgruppene ligger turnover på rundt 20-40 prosent i denne perioden.

Dette mønsteret i turnover etter aldersgruppe er ikke unikt for helsepersonell, men gjelder også andre yrkesgrupper (KS, 2024c). En årsak til at yngre har relativt høy turnover er trolig fordi mange befinner seg i en mindre stabil livssituasjon enn de som er eldre. Turnover er lavest i aldersgruppen 40-60 år, både blant helsepersonell og andre yrker. En

⁶ Dataene består av et aggregert datauttrekk fra PAI-registeret, og inkluderer sykepleiere og fagarbeidere.

Figur 2-4: Andel turnover blant helsepersonell i kommunale helsetjenester



Kilde: PAI/KS. Analyse: Oslo Economics.

mulig forklaring er at mange er ferdigutdannet i 20-30 årene, og deretter finner en mer stabil jobb.

Noe av forklaringen til at turnover er såpass høy for de eldste aldersgruppene på kommunenivå, kan skyldes at personer går av med pensjon (KS, 2024c). Det forklarer likevel ikke at turnover er tilsvarende høy på virksomhetsnivå. Det kan imidlertid skyldes at pensjonerte helsepersonell jobber deltid i ulike virksomheter ved behov.

2.3.2 Turnover etter kjønn og geografi

Turnover blant menn er noe høyere enn blant kvinner i kommunale helsetjenester (Figur 2-6). Flertallet som jobber i kommunale helsetjenester, er kvinner. I perioden 2022-2023 var om lag 84 prosent av de ansatte kvinner. Det er også noe variasjon i turnover etter fylkeskommune i perioden 2022-2023 (Figur 2-7). Oslo skiller seg ut ved å ha

høyest turnover blant både nytilsatte og ikke nytilsatte helsepersonell, på både kommune- og virksomhetsnivå. Turnover er betydelig høyere blant nytilsatte enn ikke nytilsatte i Oslo. På kommunenivå er turnover 37 prosent blant nytilsatte i Oslo, mens den er 18 prosent for ikke nytilsatte. Turnover blant nytilsatte på kommunenivå ligger mellom 24-29 prosent i de andre fylkeskommunene.

2.3.3 Hvorfor slutter helsepersonell?

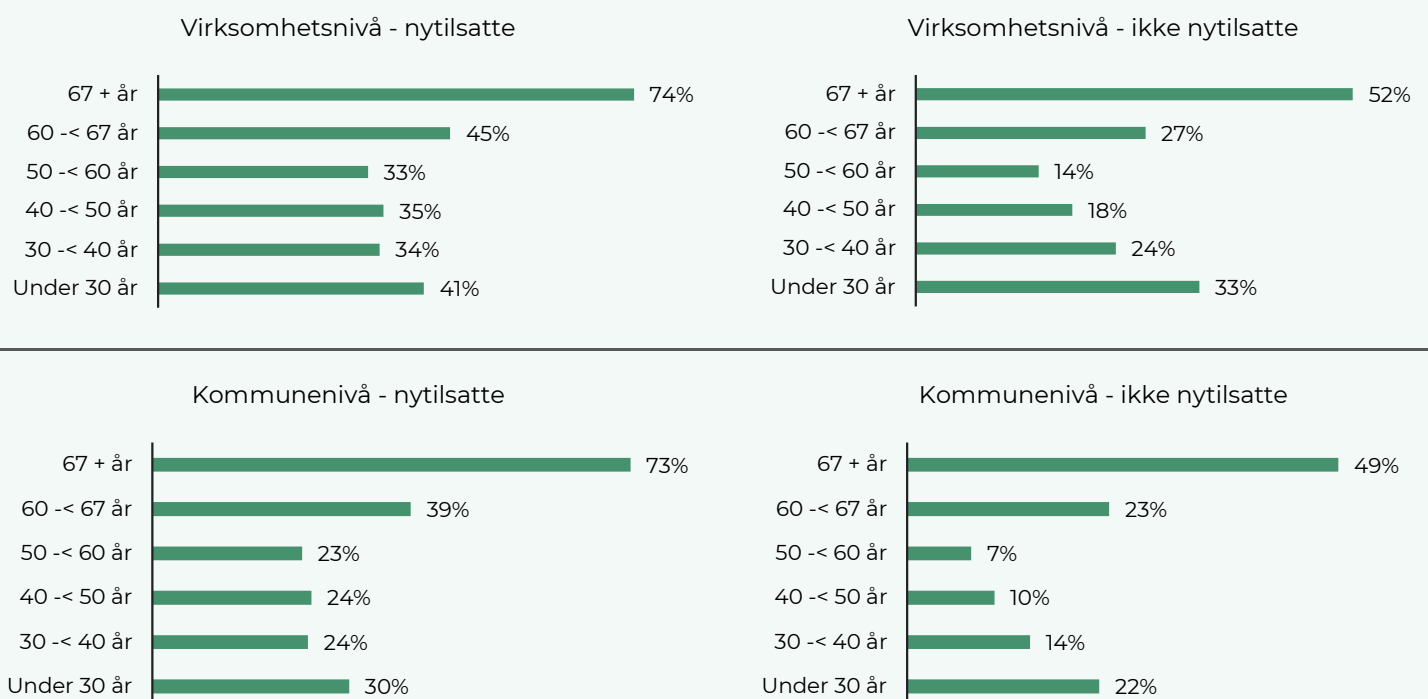
For å kunne iverksette tiltak med hensikt om å redusere turnover blant helsepersonell, er det nødvendig med innsikt i årsakene til hvorfor såpass mange ansatte i helse- og omsorgssektoren slutter i jobben. I en medlemsundersøkelse blant 18 000 sykepleiere gjennomført av Norsk Sykepleierforbund i 2023, svarer nesten 18 prosent at de ønsker å jobbe andre steder enn i helsetjenesten. Blant sykepleierne som ønsker å slutte, oppgis arbeidsbelastning som den viktigste årsaken. På andreplass oppgis lav lønn, og på tredjeplass oppgis belastning på grunn av turnus (Sykepleien, 2023).

En studie utført av NOVA viser at en av årsakene til at sykepleiere vurderer å slutte i jobben på sykehjem skyldes manglende tiltak for kompetanseheving (Gautun, 2020). En annen studie finner at nyutdannede sykepleiere utfører

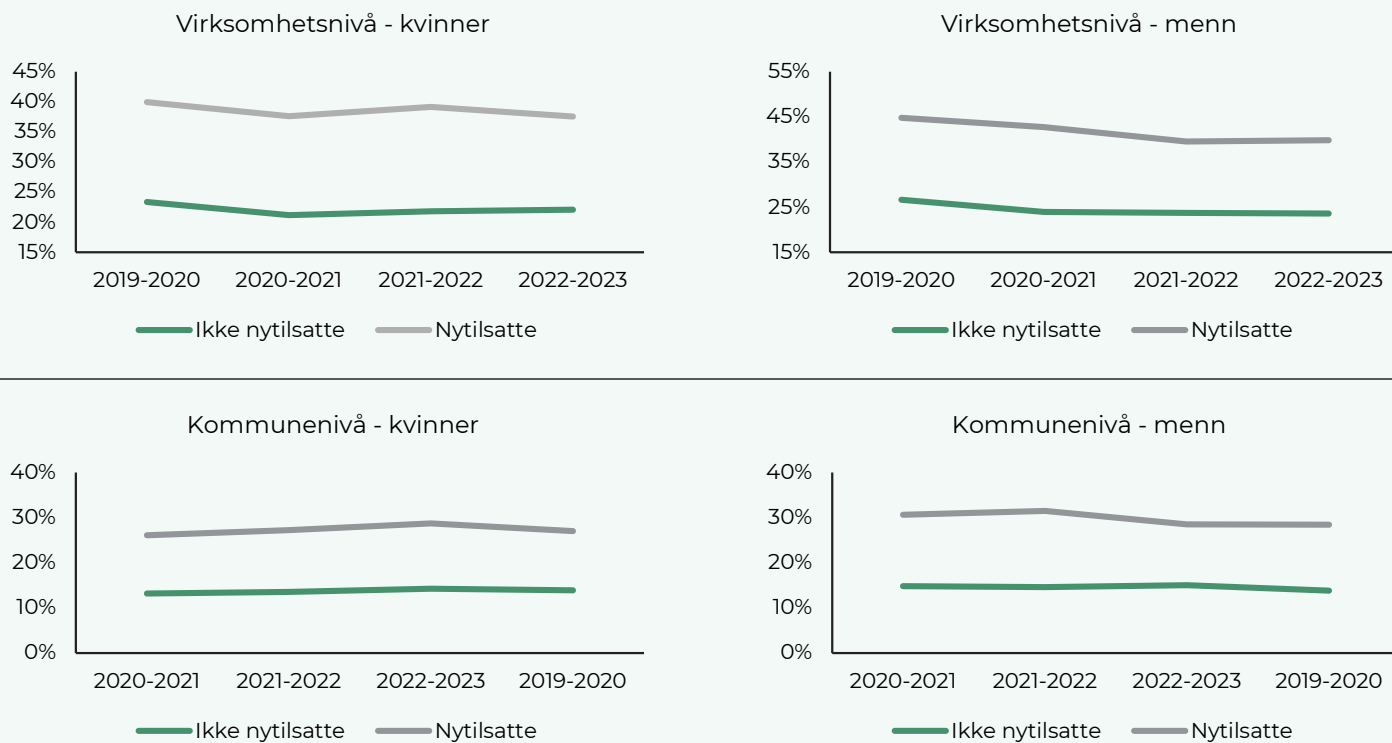
arbeidsoppgaver de ikke føler seg kvalifisert til, noe som fører til usikkerhet om de vil fortsette i yrket (Kyllingstad & Kristoffersen, 2023). I en kartlegging utført på oppdrag fra Helse Vest fant Oslo Economics (2022) at de hyppigst nevnte jobbrelevante årsakene til turnover blant sykepleiere var knyttet til arbeidstid, turnusarbeid og arbeidsmengde. Den samme kartleggingen viste at omtrent én av tre respondenter sluttet på grunn av årsaker som ikke var relatert til jobben. Flytting på grunn av ikke-jobbrelevante årsaker var den oftest nevnte årsaken til turnover.

De siste årene har det vært en økning i antall sykepleiere som slutter i den offentlige helsetjenesten for å jobbe i private bemanningsbyråer. Årsaker til dette er hovedsakelig knyttet til høyere lønn og økt fleksibilitet i arbeidstid. I fjerde kvartal 2022 hadde sykepleiere som jobber for vikarbyråer en gjennomsnittlig månedslønn på 60 450 kroner, noe som tilsvarer 7 000 kroner mer enn fast ansatte sykepleiere i offentlige helse- og omsorgstjenester (Moland, et al., 2023). Oppsummert tyder studiene nevnt over på at viktige årsaker til turnover blant helsepersonell er relatert til høyt arbeidspress og arbeidsmengde, lav lønn, mangel på kompetansehevingstiltak, lite fleksibilitet og turnusordning, i tillegg til ikke arbeidsrelaterte årsaker som flytting.

Figur 2-5: Andel turnover blant helsepersonell i 2022-2023, etter aldersgruppe

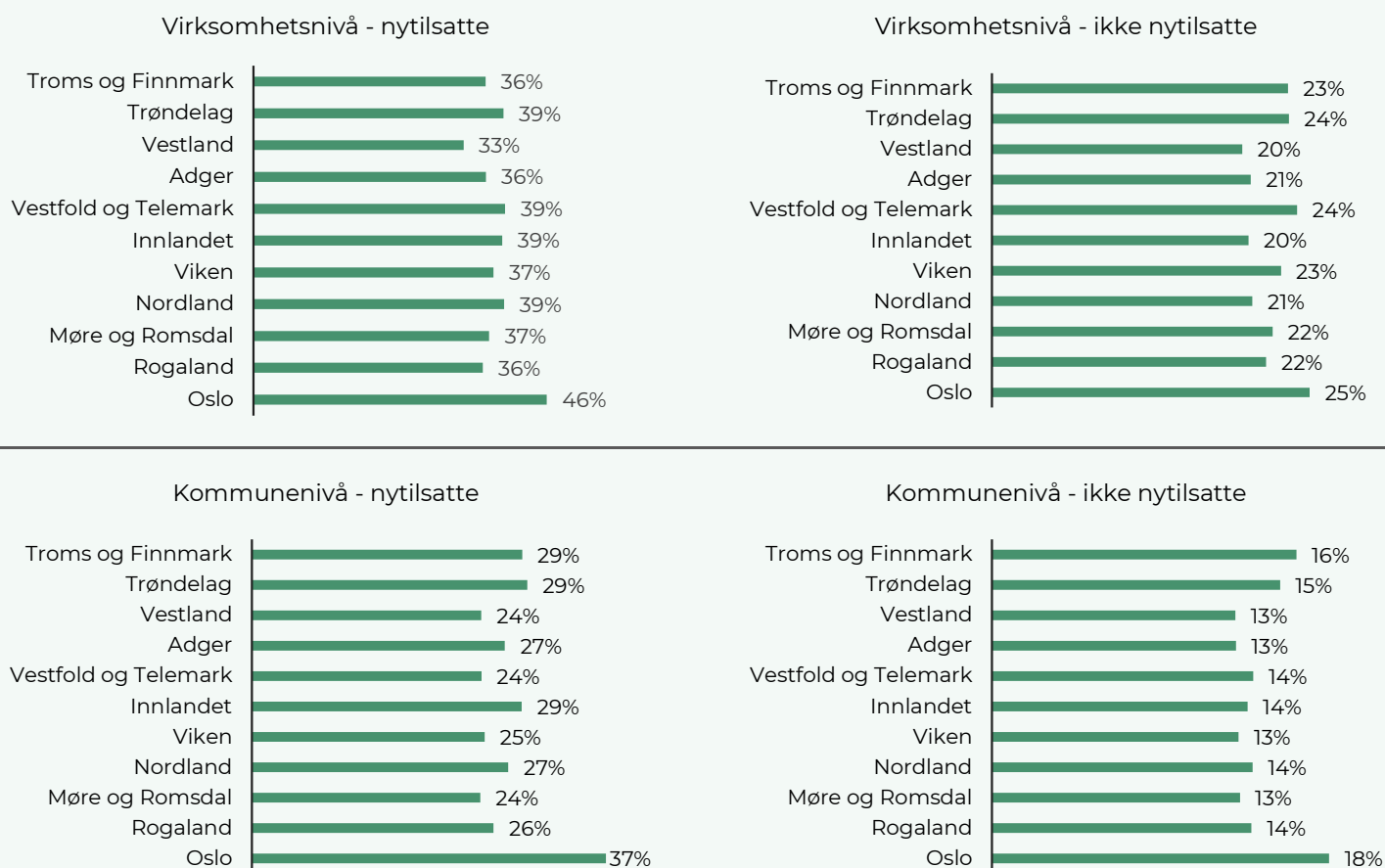


Figur 2-6: Andel turnover blant helsepersonell, etter kjønn



Kilde: PAI/KS. Analyse: Oslo Economics.

Figur 2-7: Andel turnover blant helsepersonell i 2022-2023, etter fylkeskommune



Kilde: PAI/KS. Analyse: Oslo Economics.

3. Mentorprogram for helsepersonell

3.1 Bakgrunn for mentorprogram

Pilot av mentorprogram for nytilsatte sykepleiere i Trondheim

I perioden 2017 til 2019 gjennomførte Jobbvinner (Boks 1) en pilot av utvikling og gjennomføring av mentorprogram for nytilsatte sykepleiere i Trondheim kommune. Bakgrunnen for pilotprosjektet var kommunens utfordringer med å beholde nye sykepleiere. Kommunen erfarte at sykepleiere sluttet kort tid etter ansettelse, ofte før prøvetiden var avsluttet. Å erstatte disse sykepleierne med nye påførte kommunen store kostnader. I tillegg kom risikoen for at turnover påvirket kvaliteten på tjenestene negativt og førte til økt sykefravær, da kollegene, utover til sine vanlige arbeidsoppgaver, kontinuerlig måtte lære opp nytilsatte og i nødsituasjoner bruke ufaglært arbeidskraft (Kvam, et al., 2019).

Høsten 2017 ble det opprettet en prosjektgruppe for programmet, som inkluderte enhetsledere og avdelingsleder fra to hjemmetjenester og to helse- og velferdssenter i kommunen, hovedtillitsvalgt fra NSF og prosjektleder fra Jobbvinner. Prosjektgruppen inngikk videre et samarbeid om kompetanseheving med NTNU (Kvam, et al., 2019).

Mentorprogrammet ble pilotert i 2018 med positive resultater knyttet til å beholde og rekruttere sykepleiere i kommunen. I en følgeevaluering utført mellom oktober 2018 og juni 2020, beskrives mentorprogrammet som et vellykket tiltak med hensyn til å sikre en stabil bemanning gjennom å rekruttere og beholde sykepleiere i kommunen (Lysø, et al., 2020). Tiltaket beskrives også som hensiktsmessig for å gjøre kommunale helse- og omsorgstjenester til attraktive (NOU, 2023: 4; HOD, 2023). Det ble vurdert at kontinuerlig arbeid med forankring fra ledelsen, samt godt samarbeid mellom alle parter bidro til god måloppnåelse i programmet. Nytilsatte som fikk en mentor opplevde en økt trygghet på jobben og ble raskere integrert både i arbeidsoppgavene og det sosiale miljøet på arbeidsplassen. Mentorene opplevde også personlig og faglig vekst gjennom mentorprogrammet og fikk muligheten til kompetanseheving (Kvam, et al., 2019).

Fra 2019 har Trondheim kommune arbeidet med å spre og iverksette mentorprogram på sykehjem, helsehus og i hjemmetjenesten (Lysø, et al., 2020). Det er politisk besluttet at nytilsatte sykepleiere skal

tildeles en mentor i samsvar med Trondheims kommunes strategiske kompetanse- og rekrutteringsplan (Trondheim Kommune, 2018).

Boks 1: Hva er Jobbvinner?

Jobbvinner er et nasjonalt prosjekt i samarbeid mellom arbeidsgiverorganisasjonen Kommunesektorens organisasjon (KS) og arbeidstakerorganisasjonene Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Delta, finansiert av Helsedirektoratet. KS har påtatt seg et overordnet ansvar for prosjektet og er den øremerkede tilskuddsmottakeren. Målet med prosjektet er å øke rekrutteringen av sykepleiere og helsefagarbeidere til helse- og omsorgstjenestene i de norske kommunene. Prosjektet har etablert piloter i ulike geografiske områder, i samarbeid med utdanningsinstitusjoner og representanter fra fagorganisasjoner. Formålet med disse pilotene var å sikre at kommunene blir både gode læringsarenaer og attraktive arbeidsplasser for sykepleiere og helsefagarbeidere (Kvam, et al., 2019).

Jobbvinner inngikk som en del av Kompetanseløft 2020, som var regjeringens handlingsplan for å sikre god og stabil bemanning i helse- og omsorgstjenestene i perioden 2016-2020 (Helsedirektoratet, 2020). Jobbvinner ble videreført til Kompetanseløft 2025, for perioden 2021 (Helsedirektoratet, 2020).

3.2 Nasjonalt nettverk for mentorprogram

I 2021 inngikk Jobbvinner et samarbeid med Utviklingssenter for Sykehjem og hjemmetjenester (USHT) Viken Østfold og Trondheim kommune om å etablere et nasjonalt læringsnettverk for å spre mentorprogram til flere kommuner. Det var 12 kommuner som deltok i læringsnettverket: Flesberg, Halden, Indre Østfold, Kongsvinger, Lillestrøm, Midt-Telemark, Modum, Moss, Nore og Uvdal, Røros, Sarpsborg og Tønsberg (Figur 3-1). Alle kommunene fullførte prosjektet, som varte i to år og ble avsluttet i november 2023. Hver enkelt kommune inngikk en separat samarbeidsavtale med Jobbvinner som ble signert av kommunens øverste helseleder for å sørge for kontinuitet og forankring i den øverste ledelsen.

Den sentrale prosjektgruppen til læringsnettverket bestod av en operativ gruppe som utviklet innholdet i læringsnettverket og var ansvarlig for den daglige driften, og en referansegruppe som

- 1.1 Effektmål:** Kvalitet og kontinuitet med tilstrekkelig og riktig kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
- 1.2 Resultatmål:** Deltakerkommunene utvikler og innfører et mentorprogram for nytilsatte sykepleiere og vernepleiere i sin kommune.
- 1.3 Delmål**
- Alle nytilsatte sykepleiere og vernepleiere i deltakerkommunene skal få en mentor som skal følge personen i inntil 2 år
 - Mentorene skal gjennom systematisk opplæring få styrket sin kompetanse som mentor
 - Deltakerkommunene skal utarbeide et program for oppfølging av nytilsatte

Kilde: Kvam, et al., 2024

kvalitetssikret og bisto med forslag til innhold. Deltakerkommunene i læringsnettverket stilte med tverrfaglige team som inkluderte virksomhetsledere, avdelingsledere, tillitsvalgte, HR-personell og senere mentorer og nytilsatte (kalt menteer). Det var krav om at minst én i teamet fra hver deltakende kommune måtte være leder med beslutningsmyndighet.

Det ble arrangert tre fysiske og fire digitale samlinger i læringsnettverket. Samlingene bestod av undervisning rundt ulike hovedtemaer, erfaringsutveksling og samarbeid mellom kommunene. Samlingene fulgte følgende struktur:

- *Samling 1: Kommunens styrker og utfordringer, bli kjent og innføring*
- *Samling 2: Mentoring, mentorer og mentorprogram*
- *Samling 3: Mentorkompetanse og målinger*
- *Samling 4: Erfaringsutveksling og lederrollen*
- *Samling 5: Spredning og implementering*
- *Samling 6: Omsorg for mentorer, juss og etikk*
- *Samling 7: Implementering*

Den sentrale prosjektgruppen definerte effektmål, resultatmål og delmål som alle deltakerkommunene måtte forholde seg til (Boks 2). Mellom samlingene utarbeidet deltakerne tiltak og delmål i egen kommune, tilpasset til kommunens spesifikke utfordringer. Hver deltakerkommune fikk sin egen veileder fra den

sentrale prosjektgruppen som de rapporterte til om sine delmål, tiltak og status på måloppnåelse før samlingene.

I utgangspunktet var planen at hver kommune skulle opprette kontakt med en lokal utdanningstilbyder om et kompetansehevende tilbud for mentorer. Dette viste seg å være vanskelig for mange kommuner, og den sentrale prosjektgruppen kontaktet derfor NTNU som i 2022 gjennomførte fire digitale samlinger for mentorene i læringsnettverket. Samlingene inneholdt en kombinasjon av teori og praktiske øvelser.

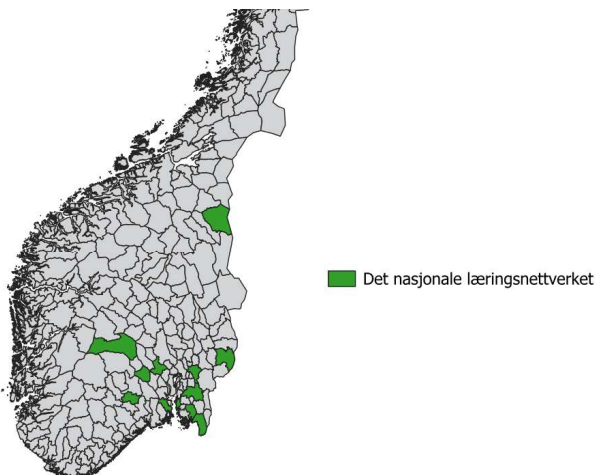
Etter avslutning av prosjektet, leverte samtlige kommuner sluttrapporter fra prosjektet. Rapporten var basert på tidligere innleverte statusrapporter, og beskrev organiseringen av prosjektet samt hvilke mål, resultater og delmål som var oppnådd i de respektive kommunene (Kvam, et al., 2024). Boks 3 oppsummerer resultater fra sluttrapportene.

Boks 3: Resultater fra sluttrapporter for deltakerkommuner i nasjonalt læringsnettverk

- ❖ Kommuner som aktivt involverte enhetsleder og virksomhetsleder i prosjektet, presterte bedre enn kommuner der lederne delegerte arbeidet videre til sine kolleger.
- ❖ Det var utfordrende å opprette et samarbeid med utdanningsinstitusjoner. Kun tre av tolv kommuner fikk til dette, og kun én kommune tilbød mentorene sine kurs med studiepoeng.
- ❖ Kommunene utformet i stedet sitt eget undervisningsopplegg, som inkluderte eksempelvis studiesirkler, innkjøp av bøker og samlinger for mentorer der de kunne reflektere sammen over sin mentorrolle.
- ❖ Flere av kommunene etablerte nettverk for sine mentorer for felles refleksjon og erfaringsutveksling. Utformingen av nettverk varierte fra kommune til kommune.

Kilde: Kvam, et al., 2024

Figur 3-1: Kart over kommuner i det nasjonale læringsnettverket



Kilde: georange.no

Status for deltakerkommunene i 2024

For å forstå hva som er status for mentorprogram i 2024, har vi hatt dialog via e-post med kontaktpersoner i kommunene som deltok i det nasjonale læringsnettverket. I tillegg har vi vært i kontakt med Trondheim, samt Dyrøy, Tromsø og Hammerfest i læringsnettverket i Troms og Finnmark. Vi mottok svar fra samtlige 16 kommuner vi kontaktet. I disse kommunene har totalt 126 mentorer blitt rekruttert, og i alt 93 nytilsatte har fått tildelt mentor.

3.3 Utvidelse av mentorprogram til flere kommuner gjennom nye læringsnettverk

I 2022 og 2023 har Jobbvinner utvidet mentorprogram til flere kommuner gjennom nye læringsnettverk. I 2024 er det aktive læringsnettverk for mentorprogram i Troms og Finnmark, utvalgte storbyer og i Nordland (Tabell 2-1). I likhet med det nasjonale læringsnettverket strekker også disse læringsnettverkene over to år, og inkluderer syv digitale og fysiske samlinger. Samlingene omfatter faglig innhold, erfaringsutveksling samt presentasjon av vellykkede tiltak fra deltakerkommunene og andre kommuner. Deltakerne arbeider med oppgaver og ulike tiltak utenfor samlingene for å iverksette mentorprogram i respektive kommune. Kommunene i læringsnettverkene utvikler egne mentorprogram tilpasset sin kommunes situasjon, men programmene må reflektere tre kvalitetsindikatorer for å bli ansett som et Jobbvinner-prosjekt (Figur 3-2).

Noen av deltakerkommunene har møtt utfordringer med å etablere kontakt med tilbydere

Tabell 3-1: Utvikling og innføring av mentorprogram i norske kommuner

Læringsnettverk/ Pilotprosjekt	Deltakerkommuner	Varighet (status)
Pilotprosjekt	Trondheim	2017-2019
Nasjonalt læringsnettverk	Sarpsborg, Moss, Halden, Indre Østfold, Tønsberg, Kongsvinger, Nore og Uvdal, Flesberg, Røros, Modum, Midt-Telemark, Lillestrøm	september-21 – november – 23 (avsluttet)
Læringsnettverk i Troms og Finnmark	Tromsø, Hammerfest, Dyrøy, Senja	september – 21-oktober – 24
Læringsnettverk i storbyer	Fredrikstad, Bergen, Asker, Oslo, Kristiansand, Øygarden	mai – 23 – mai -25 (pågående)
Læringsnettverk i Nordland	Bodø, Vefsn, Rana, Dønna, Alstahaug, Hattfjelldal, Hemnes, Lurøy, Grane	august – 23 – august – 25 (pågående)

Kilde: KS, 2024d

av kompetansehevende tiltak for mentorene. Universitets- og høyskolesektoren tilbyr videreutdanning innen veiledning på både bachelor- og masternivå, men den ordinære veilederutdanningen samsvarer ikke alltid med mentorenes behov. I tillegg rekrutterer kommunene helsefagarbeidere som mentorer. For at disse skal få tilgang til kursene ved universiteter og høyskoler må de gjennomgå en realkompetansevurdering (KS, 2024d).

Figur 3-2: Mentorprogrammernes kvalitetsindikatorer



4. Virkninger på å rekruttere, beholde og utvikle helsepersonell

Evalueringen finner at mentorprogram har hatt en positiv innvirkning på rekruttering, faglig utvikling, samt trivsel blant de nytilsatte og mentorene. Turnover er lavere i tiltaksvirkighetene etter implementering av mentorprogram, men det er usikkert om det skyldes mentorordning eller andre årsaker.

Det første evalueringsspørsmålet er hvorvidt mentorprogrammene har hatt noen effekt på virksomheters evne til å rekruttere, beholde og utvikle helsepersonell.

4.1 Økning i antall kvalifiserte søkere?

Det foreligger ingen dokumentasjon om søkere eller søknadstall hos tiltaksvirkighetene vi har vært i kontakt med. Informasjon fra intervjuene og spørreundersøkelsen tyder likevel på at mentorprogram har gjort det noe mer attraktivt å søke på stillinger.

En forutsetning for at mentorprogram skal ha betydning for rekruttering, er at den gjøres kjent for potensielle søkere. I spørreundersøkelsen svarte 71 prosent av nytilsatte ja på at ordningen ble nevnt i stillingsannonsen (Figur 4-1B). Alle ledere og nytilsatte vi intervjuet fortalte at mentorprogram ble nevnt i stillingsannonsen.

Ledere vurderer at mentorprogram påvirker rekrutteringen positivt i noen grad. 41 prosent av lederne i spørreundersøkelsen oppga at ordningen har bidratt til en økning i antall kvalifiserte søkere, enten i noen grad eller i stor grad (Figur 4-1A). Alle lederne vi intervjuet mente at tilbud om mentorprogram gjorde det mer attraktivt å søke på stillinger. Samtidig oppga mer enn halvparten at ordningen enten har bidratt i liten grad (25 prosent), eller at de ikke vet om ordningen har bidratt til økt rekruttering (29 prosent).

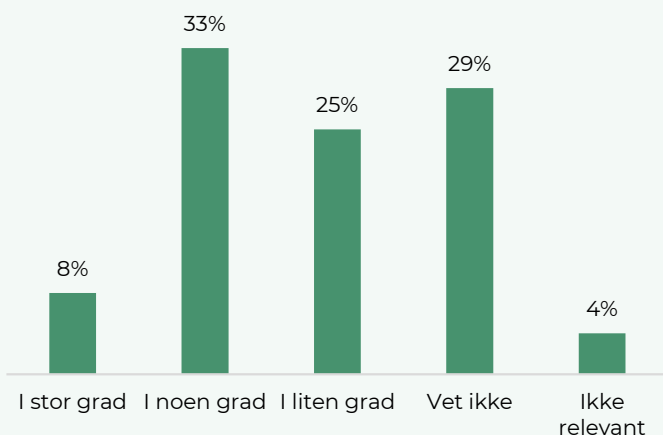
Blant nytilsatte selv svarte to av tre ja eller litt på spørsmål om mentorordning bidro til at de valgte å søke på stillingen (Figur 4-1C). Alle nytilsatte vi intervjuet opplevde det som positivt at virksomheten tilbudte mentorordning. Flere som vi har intervjuet nevnte likevel at det var uklart for dem hva mentorprogrammet innebar.

4.2 Lavere turnover i relevante virksomheter?

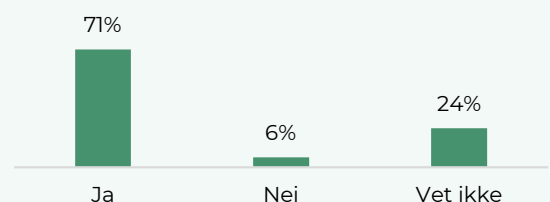
Informanter vurderer at mentorprogram har bidratt til å redusere turnover. Ledere og mentorer vurderer at mentorprogram har bidratt positivt til virksomheters evne til å beholde nytilsatt helsepersonell. 67 % av lederne og 86 % av mentorene i spørreundersøkelsen svarte at ordningen har hatt en positiv innvirkning på virksomhetens evne til å beholde nytilsatt helsepersonell, enten i stor grad eller i noen grad (Figur 4-2). Én leder vi har intervjuet mente at mentorprogram hadde bidratt til å redusere

Figur 4-1: Har mentorordning ført til et økt antall kvalifiserte søkere på relevante stillingsutlysninger?

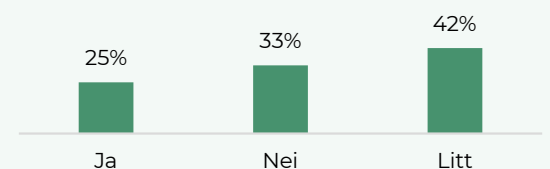
A. Til leder: I hvilken grad opplever du at mentorordningen har gitt økning i antall kvalifiserte søkere på relevante stillingsutlysninger?



B. Til nytilsatte: Var mentorordningen nevnt i stillingsannonsen da du søkte om din nåværende stilling?



C. Til nytilsatte: Bidro tilbudet om en mentorordning til at du valgte å søke på stillingen?



turnover i deres virksomhet. Andre vi har intervjuet, både ledere og én mentor, understreket at mentorprogram kan redusere turnover, men at det kan være vanskelig å si om ordningen har hatt en effekt på turnover siden ordningen fremdeles er relativt ny. Én mentor tror mentorprogram også kan bidra til å beholde mentorer. Nytilsatte synes å være fornøyde med tilbudet om mentorprogram. 67 % av de nytilsatte i spørreundersøkelsen svarte nei på spørsmålet om de har vurdert å slutte etter at de begynte i nåværende stilling (28 % svarer ja, og 6 % svarer vet ikke). Blant dem som svarte ja, oppga 58 prosent at mentordningen bidro, eller bidro litt, til at de valgte å bli værende i stillingen.

Det bedrer sjansen til å beholde nytilsatte. Mentorprogram kvalitetssikrer at nytilsatte får flere perspektiv på sitt forhold til arbeid og sine kollegaer.

Mentor

Registerdataanalyser viser en større reduksjon i turnover hos tiltaksvirksomheter enn det nasjonale gjennomsnittet, men det er usikkert om dette skyldes mentorprogram.

Selv om svarene fra spørreundersøkelser og intervjuer tyder på at mentorprogram kan ha bidratt til å redusere turnover, er antall informanter for lavt til at vi har et representativt utvalg. Vi har brukt data fra PAI-registeret til å utføre både deskriptive analyser og regresjonsanalyser (med og uten kontrollgruppe), for å undersøke om innføring av mentorprogram har redusert turnover blant tiltaksvirksomhetene. For en nærmere beskrivelse av data og metode, se kapittel 1.3. I Vedlegg B beskrives kjennetegn (alder og kjønn) ved utvalget i analysene.

Hovedfunnet fra de deskriptive analysene er at det har vært en reduksjon i turnover blant nytilsatte helsepersonell i tiltaksvirksomhetene etter implementering av mentorprogram. Det har vært en reduksjon i turnover også på nasjonalt nivå for tilsvarende personellgruppe og periode, men

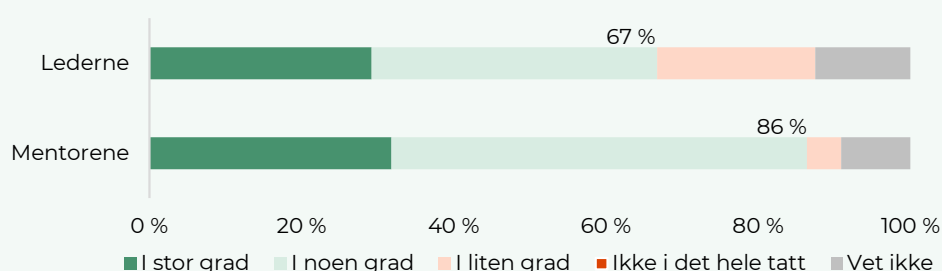
reduksjonen i turnover er vesentlig større blant tiltaksvirksomhetene enn nasjonalt. Dette gjelder både når vi ser på alle grupper nytilsatte helsepersonell og nytilsatte sykepleiere separat. Når vi utfører t-tester finner vi derimot at endringene i turnover stort sett ikke er statistisk signifikante på 10 prosent nivå. Dette innebærer at vi ikke kan være sikre på om den større reduksjonen i turnover blant tiltaksvirksomhetene skyldes mentorprogram, eller andre årsaker.

De deskriptive analysene er presentert i Tabell 4-1 (nytilsatte helsepersonell) og Tabell 4-2 (nytilsatte sykepleiere). Tabellene viser turnover før og etter implementering av mentorprogram blant nytilsatte i tiltaksvirksomheter og nasjonalt gjennomsnitt for tilsvarende personellgruppe for sammenligning. Vi har brukt tilsvarende observasjonsperiode for sammenligningsgruppen som tiltaksvirksomhetene, dvs. 2020-2021 er definert som perioden før implementering og 2022 er definert som perioden etter implementering.

Turnover i tiltaksvirksomhetene har gått ned både blant nytilsatte helsepersonell generelt, og nytilsatte sykepleiere spesielt, etter innføring av mentorprogram. Reduksjonen gjelder både i total turnover, turnover på virksomhetsnivå og turnover på kommunenivå:

- Total turnover blant nytilsatte helsepersonell er 0,02 prosentpoeng (ca. 7,8 %) lavere i tiltaksvirksomhetene etter implementering av mentorprogram enn før. Turnover på virksomhetsnivå er 0,012 prosentpoeng (ca. 17,5 %) lavere og turnover på kommunenivå er 0,008 prosentpoeng (ca. 4,9 %) lavere etter implementering av mentorprogram. Til sammenligning er total turnover 0,003 prosentpoeng (ca. 1 %) lavere på nasjonalt nivå for tilsvarende personellgruppe under samme periode.
- Total turnover blant nytilsatte sykepleiere er 0,026 prosentpoeng (ca. 12,6 %) lavere i tiltaksvirksomhetene etter implementering av mentorprogram enn før. Turnover på virksomhetsnivå er 0,024 prosentpoeng (ca. 12,6 %) lavere i tiltaksvirksomhetene etter implementering av mentorprogram enn før. Turnover på kommunenivå er 0,024 prosentpoeng (ca. 12,6 %) lavere i tiltaksvirksomhetene etter implementering av mentorprogram enn før. Turnover på virksomhetsnivå er 0,024 prosentpoeng (ca. 12,6 %) lavere i tiltaksvirksomhetene etter implementering av mentorprogram enn før. Turnover på kommunenivå er 0,024 prosentpoeng (ca. 12,6 %) lavere i tiltaksvirksomhetene etter implementering av mentorprogram enn før. Turnover på virksomhetsnivå er 0,024 prosentpoeng (ca. 12,6 %) lavere i tiltaksvirksomhetene etter implementering av mentorprogram enn før. Turnover på kommunenivå er 0,024 prosentpoeng (ca. 12,6 %) lavere i tiltaksvirksomhetene etter implementering av mentorprogram enn før.

Figur 4-2: I hvilken grad opplever du at mentorprogram har hatt en positiv innvirkning på din virksomhets evne til å beholde nytilsatt helsepersonell?



%) lavere og turnover på kommunenivå er 0,0019 prosentpoeng (ca. 1,5 %) lavere etter implementering av mentorprogram. Til sammenligning er total turnover 0,015 prosentpoeng (ca. 4,5 %) lavere på nasjonalt nivå for tilsvarende personellgruppe under samme periode.

Når vi gjennomfører t-tester, finner vi derimot at endringene i turnover blant nytilsatte helsepersonell, og nytilsatte sykepleiere, ikke er statistisk signifikante på 10 prosent nivå.

Stor variasjon i endring i turnover på tvers av tiltaksvirkosheter, og ingen identifiserte mønstre basert på type virksomhet eller kommunesentralitet.

For å få en bedre forståelse av betydningen av mentorprogram for ulike virksomheter og kommuner, har vi sett på endring i turnover per virksomhet. Vi har undersøkt om det er noen systematiske forskjeller når det gjelder type enhet (hjemmetjeneste, sykehjem, legevakt, institusjon, omsorgsbolig) og kommunesentralitet. Analysen er utført separat for alle grupper nytilsatte helsepersonell og sykepleiere (Figur 4-3).

Blant nytilsatte helsepersonell har gjennomsnittlig total turnover per virksomhet har gått ned med 0,06 prosentpoeng i løpet av vår observasjonsperiode. Denne reduksjonen er drevet av en reduksjon i turnover på kommunenivå. Vi kan se at det er seks virksomheter som har opplevd en reduksjon, fire virksomheter som har opplevd en økning og to virksomheter som ikke har opplevd en endring i total turnover. Det er altså relativt stor variasjon mellom virksomheter, og vi ser ingen systematiske forskjeller når det gjelder verken type enhet eller kommunesentralitet.

Blant nytilsatte sykepleiere har gjennomsnittlig total turnover per virksomhet gått ned med 0,001 prosentpoeng i løpet av vår observasjonsperiode. Det er også relativt store variasjoner mellom virksomheter når vi ser på nytilsatte sykepleiere. Vi ser heller ikke her noen spesielle mønstre når det gjelder type enhet eller kommunesentralitet.

De fleste regresjonsanalysene viser også at det har vært en reduksjon i turnover etter implementering av mentorprogram, men at reduksjonen stort sett ikke er statistisk signifikant. Resultater fra regresjonsanalysene er presentert i Tabell 7-1 til Tabell 7-4 i Vedlegg C.

Analysene er først utført uten kontrollvariabler, deretter med kontrollvariabler og til slutt med både kontrollvariabler og fasteffekter for år og virksomhet. Resultatene varierer noe etter modellspesifikasjon, men i de fleste regresjonene finner vi negative koeffisienter, dvs. turnover synes å være lavere etter implementering av mentorprogram. I modellspesifikasjonen hvor vi også inkluderer fasteffekter for år og virksomhet, finner vi en statistisk signifikant reduksjon i turnover på virksomhetsnivå (0,07 prosentpoeng reduksjon) når vi analyserer alle grupper nytilsatte helsepersonell.

Når vi inkluderer en kontrollgruppe og utfører en difference-in-difference analyse, er det mer variasjon i resultatene. I noen spesifikasjoner finner vi nå positive koeffisienter, dvs. høyere turnover. Det er derimot ingen av koeffisientene i disse regresjonene som er statistisk signifikante på 10 prosent nivå. Som tidligere nevnt, tar vi forbehold om at resultatene kan være forventningssskjevne av flere årsaker.⁷

Regresjonsanalyse av Trondheim viser økt turnover etter implementering av mentorprogram.

Analysen av Trondheim er presentert i Vedlegg D. Tabell 7-5 viser turnover før og etter implementering av mentorordning blant nytilsatte sykepleiere i hjemmetjenesten og sykehjem i Trondheim og Bergen (sammenligning). Perioden før implementering er definert som 2017 og perioden etter implementering er definert som 2020-2022. I løpet av denne perioden har Trondheim opplevd en økning i total turnover på 0,13 prosentpoeng, mens Bergen har opplevd en reduksjon i total turnover på 0,1 prosentpoeng. Som allerede nevnt, er ikke nødvendigvis Bergen den ideelle sammenligningsgruppen for Trondheim, men det er den eneste kommunen vi har data om under samme periode som Trondheim. I fare for å gjøre feiltolkninger i regresjonsanalysene knyttet til koronapandemien, har vi definert flere ulike post-perioder for å se hvor sensitive resultatene er til hvilke år vi benytter i analysen. Vi kan se at det er relativt stor variasjon i resultatene avhengig av modellspesifikasjon og at 2021 skiller seg spesielt ut. I de fleste modellspesifikasjonene finner vi positive koeffisienter, dvs. en økning i turnover, selv om koeffisientstørrelse og statistisk signifikans varierer.

⁷ Vi undersøker hvorvidt modellens hovedantakelse (antakelsen om parallelle trender) synes å være oppfylt i Figur 7-7 og i Figur 7-8. Det er krevende å finne en passende kontrollgruppe når man utfører et naturlig

eksperiment, og som vi kan se av figurene er det ikke parallelle trender i turnover målene før implementering av mentorprogram i tiltaks- og kontrollgruppen.

Tabell 4-1: Turnover blant nytilsatte helsepersonell før og etter implementering av mentorprogram

	Før implementering Gjennomsnitt (Std. avvik)	Etter implementering Gjennomsnitt (Std. avvik)	t-test Differanse (t-verdi)
Tiltaksvirksomheter			
Turnover – total	0.255 (0.437)	0.235 (0.425)	0.02 (0.52)
Turnover – virksomhetsnivå	0.074 (0.262)	0.061 (0.241)	0.013 (0.52)
Turnover – kommunenivå	0.182 (0.386)	0.173 (0.379)	0.009 (0.23)
<i>Observasjoner</i>	325	179	
Sammenligning (nasjonalt)			
Turnover – total	0.298 (0.457)	0.295 (0.456)	0.003 (0.48)
Turnover – virksomhetsnivå	0.088 (0.283)	0.087 (0.282)	0.001 (0.20)
Turnover – kommunenivå	0.210 (0.298)	0.208 (0.406)	0.002 (0.41)
<i>Observasjoner</i>	16 199	6 698	

Note: Tabellene viser turnover før og etter implementering av mentorordning blant nytilsatte helsepersonell i tiltaksvirksomheter og nasjonalt for sammenligning. Tabellen viser også t-verdi fra t-test i den tredje kolonnen. * Indikerer at vi forkaster nullhypotesen om at differansen i gjennomsnitt er null. *p<0.1, **p<0.05, ***p<0.01. Kilde: PAI-registeret. Analyse: Oslo Economics.

Tabell 4-2: Turnover blant nytilsatte sykepleiere før og etter implementering av mentorprogram

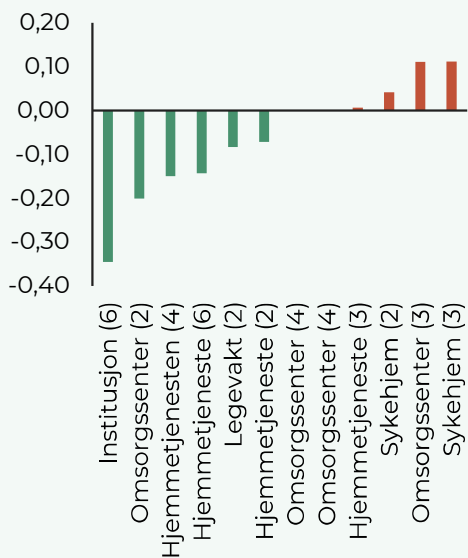
	Før implementering Gjennomsnitt (Std. avvik)	Etter implementering Gjennomsnitt (Std. avvik)	t-test Differanse (t-verdi)
Tiltaksvirksomheter			
Turnover – total	0.205 (0.405)	0.179 (0.386)	0.026 (0.46)
Turnover – virksomhetsnivå	0.075 (0.265)	0.051 (0.222)	0.024 (0.68)
Turnover – kommunenivå	0.130 (0.338)	0.128 (0.336)	0.002 (0.04)
<i>Observasjoner</i>	146	78	
Sammenligning (nasjonalt)			
Turnover – total	0.335 (0.472)	0.320 (0.466)	0.015 (1.39)
Turnover – virksomhetsnivå	0.087 (0.282)	0.085 (0.280)	0.002 (0.24)
Turnover – kommunenivå	0.248 (0.432)	0.234 (0.424)	0.014 (1.37)
<i>Observasjoner</i>	6 276	2 540	

Note: Tabellene viser turnover før og etter implementering av mentorordning blant nytilsatte sykepleiere i tiltaksvirksomheter og nasjonalt for sammenligning. Tabellen viser også t-verdi fra t-test i den tredje kolonnen. * Indikerer at vi forkaster nullhypotesen om at differansen i gjennomsnitt er null. *p<0.1, **p<0.05, ***p<0.01. Kilde: PAI-registeret. Analyse: Oslo Economics.

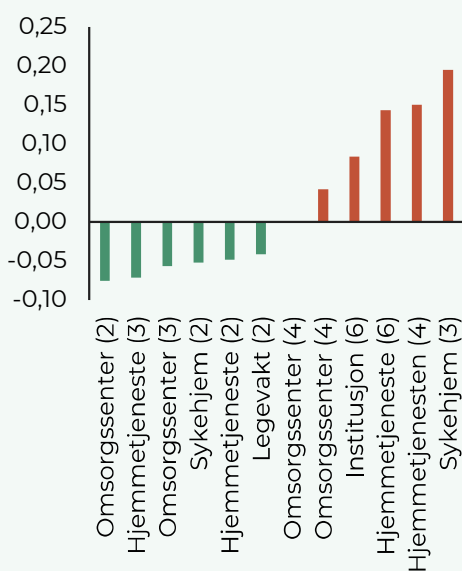
Figur 4-3: Endring i turnover per virksomhet

Nytilsatte helsepersonell

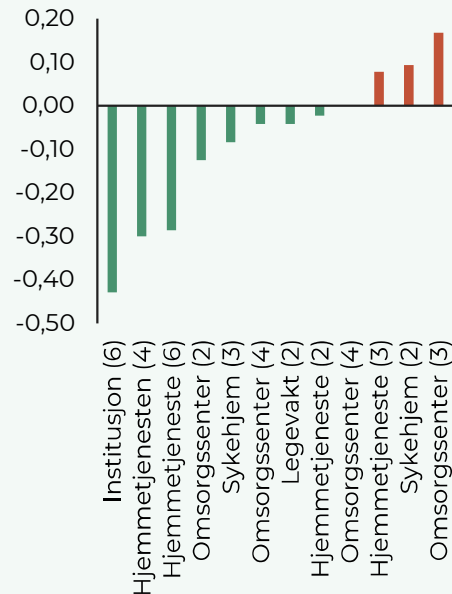
Total turnover



Turnover virksomhetsnivå

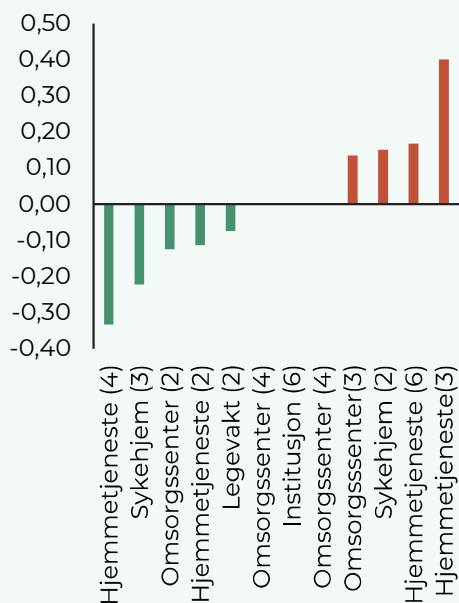


Turnover kommunenivå

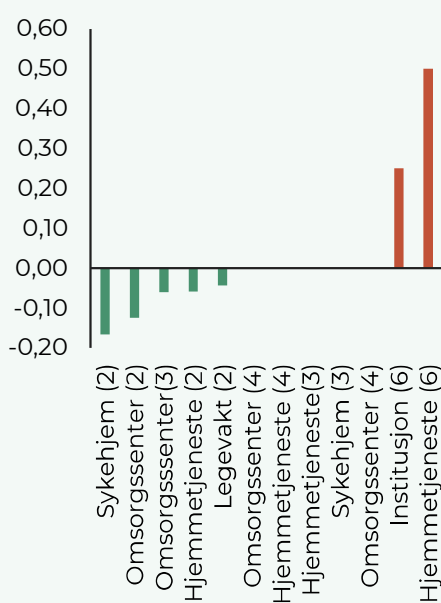


Nytilsatte sykepleiere

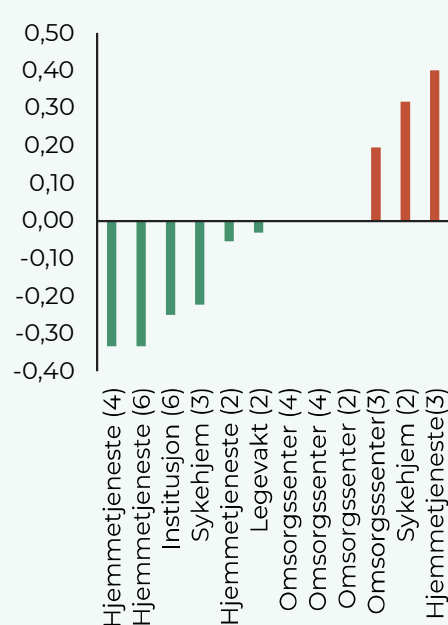
Total turnover



Turnover virksomhetsnivå



Turnover kommunenivå



Note: Hver stolpe representerer en virksomhet. Tall i parentes viser kommunenes sentralitetsindeks. Sentralitetsindeksen tar verdier fra 1-6, hvor 1 indikerer høyest sentralitet og 6 indikerer lavest sentralitet. Virksomheter uten endring skyldes enten at det ikke var noen endring i turnover eller at de ikke hadde nytilsatte i denne perioden. Kilde: PAI-registeret. Analyse: Oslo Economics.

4.3 Bedret faglig utvikling, og bedret trivsel?

Mentorprogram har bidratt til bedre faglig utvikling og bedre trivsel blant nytilsatte

Nesten samtlige ledere og mentorer i spørreundersøkelsen er enige i at mentorprogram i stor eller noen grad har hatt en positiv innvirkning på faglig utvikling og trivsel. Det er noe større spredning i oppfatninger blant nytilsatte, selv om også de i all hovedsak er positive (Figur 4-4AB).

Alle vi intervjuet sa at mentorprogram har bidratt til bedret faglig utvikling og trivsel blant nytilsatte gjennom god opplæring, oppfølging og økt trygghet. Alle mentorene fortalte at de nytilsatte kommer fort inn i miljøet og jobben, og at ordningen bidrar til å kvalitetssikre opplæringen. Én av de nytilsatte nevnte at hun føler seg godt ivaretatt og at det er fint å bli fulgt av samme person over tid. En annen av de nytilsatte fortalte at mentorprogram har hjulpet henne å nå ett av sine karrieremål.

Vi får satt sammen et team rundt den nytilsatte som jobber sammen for at den nytilsatte skal mestre sin nye rolle.

Mentor

Mentorprogram har bidratt positivt til det sosiale miljøet i virksomheten

Særlig ledere er svært positivt innstilt til mentorprograms innvirkning på det sosiale miljøet i virksomheten. Mer enn åtte av ti ledere i spørreundersøkelsen svarte at mentorprogram i stor eller noen grad har påvirket det sosiale miljøet (88 prosent) positivt (Figur 4-4C). Svarene fra nytilsatte og mentorene varierer noe mer. Samtidig som syv av ti mentorer og seks av ti nytilsatte vurderte at mentorprogram i stor eller noen grad har påvirket det sosiale miljøet positivt, svarte én av tre nytilsatte og to av ti mentorer at ordningen i liten grad eller ikke i det hele tatt har hatt en positiv innvirkning på det sosiale miljøet (Figur 4-4C).

I intervjuene kom det frem at en erfaren mentor hjelper nytilsatte å komme fort inn i rollen, gir trygghet og faglig utvikling. Flere informanter fortalte at ordningen øker trivsel og gjør arbeidsgruppen mer nysgjerrig og inkluderende. Flere ledere påpekte at særlig arbeid i hjemmetjenesten kan være ensomt og skummelt, og at det er fint å ha en mentor man kan spørre om hjelp.

Mentorprogram har bidratt positivt til det samlede faglige miljøet i virksomheten

Ledere og nytilsatte er svært positivt innstilt til mentorprograms innvirkning på det faglige miljøet i virksomheten. Mer enn åtte av ti ledere (83 prosent), og nesten like mange nytilsatte (78 prosent), svarte at mentorprogram i stor eller noen grad har påvirket det faglige miljøet positivt (Figur 4-4D). Mentorene er mer delt i sin oppfatning. Mens 61 prosent oppga at mentorprogram i stor eller noen grad har påvirket det faglige miljøet positivt, er det 26 prosent som svarte i liten grad (Figur 4-4D). Vi forventer at mentorer har bedre forutsetninger for å vurdere innvirkning på både det sosiale og faglige miljøet enn nytilsatte, som ikke kjente miljøet i forkant av innføring av ordningen. Det er interessant å se dette funnet i sammenheng med at flere mentorer trekker frem at det har vært mangel på kompetansehevede tiltak (Figur 5-2).

Mentorprogram har bidratt positivt til mentorers faglige utvikling, og deres trygghet og trivsel i arbeidshverdagen

Et stort flertall av mentorer (87 %) og enda flere ledere (92 %) i spørreundersøkelsen oppga at ordningen har hatt en positiv innvirkning på mentorers faglige utvikling i stor eller noen grad (Figur 4-4E).

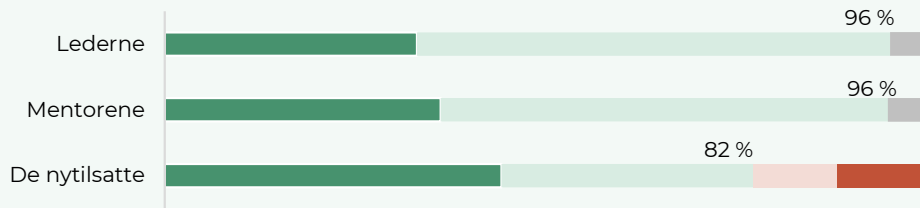
På spørsmål om betydning for mentorers trivsel og trygghet i hverdagen er det større sprik mellom ledere og mentorer. Nesten samtlige ledere (96 %) vurderte at ordningen har hatt en positiv innvirkning på mentorers trivsel og trygghet i arbeidshverdagen i stor eller noen grad, mens seks av ti mentorer (61 %) svarte det samme (Figur 4-4EF). Mentorer vi intervjuet trakk frem at ordningen har gitt dem faglig og personlig utvikling, samt bidratt til økt samarbeid. Noen ledere fortalte at ordningen bidrar til bedre inkludering av nytilsatte på arbeidsplassen.

Både menteer og deres kollegaer blir trygge på hva man kan bidra med. Det skaper også rom for refleksjoner og forståelser for våre forskjellige fagkunnskaper. Mentorordninger medvirker til teamarbeid, der også ledelsen må og skal inkluderes.

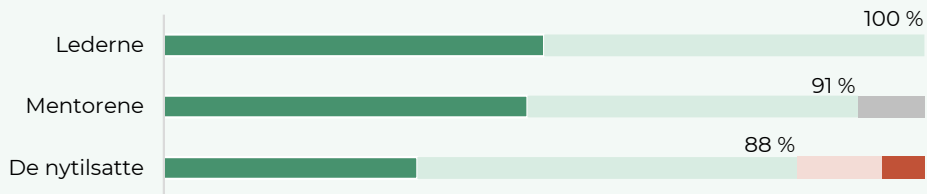
Mentor

Figur 4-4: I hvilken grad har mentorprogram hatt en positiv innvirkning på...

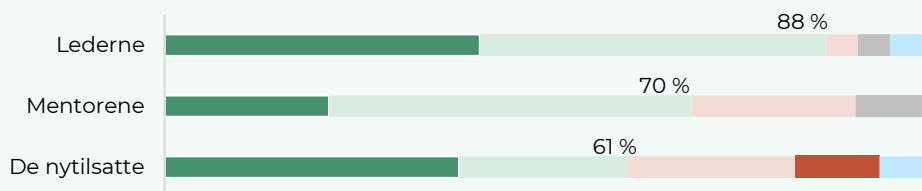
A. Den faglige utviklingen blant nytilsatt helsepersonell i din virksomhet?/ Din faglige utvikling som nytilsatt?



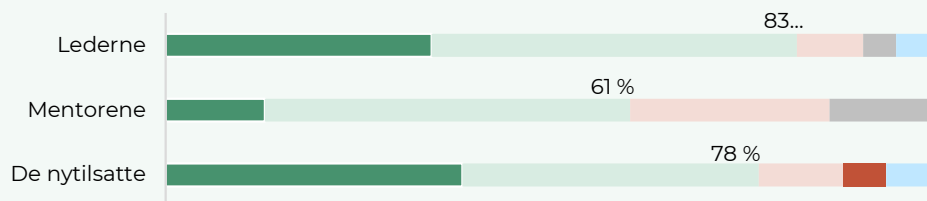
B. Trivselen blant nytilsatt helsepersonell i din virksomhet? /Din trivsel i jobben som nytilsatt?



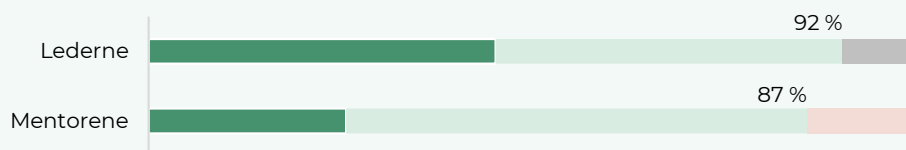
C. Det sosiale miljøet i virksomheten



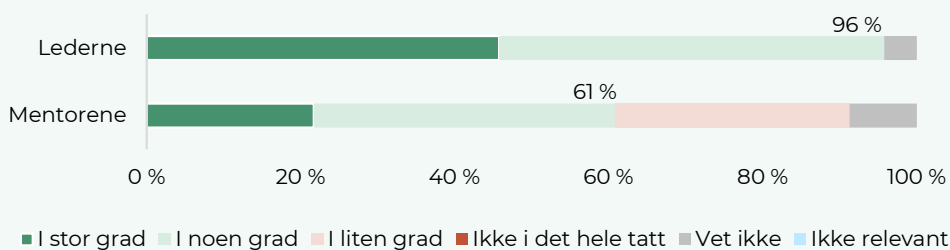
D. Det samlede faglige miljøet i virksomheten



E. Mentorers faglige utvikling?



F. Mentorers trivsel og trygghet i arbeidshverdagen?



Kilde: Spørreundersøkelsen, Figurer A & B: Antall responser fra ledere (24), mentorer (22), nytilsatte (17). Figurer C & D: Antall responser fra nytilsatte (18), mentorer (23), ledere (23). Figurer E & F: Antall responser fra mentorene (23), leder (24). Analyse: Oslo Economics.

5. Styrker, utfordringer og suksesskriterier

Evalueringen viser at de fleste informantene er positive til mentorprogram. Tettere og mer systematisk oppfølging av nytilsatte, faglig oppdatering for mentorer og forankring i ledelse og personalgruppa trekkes frem som viktige sider ved programmene. Manglende oppfyllelse av disse kriteriene, samt ulike praktiske hindringer, har bidratt til at flere virksomheter har hatt utfordringer i gjennomføringen av mentorprogram.

5.1 Sider ved mentorprogrammene som fungerer godt

I intervjuene og spørreundersøkelsen har det blitt trukket frem flere eksempler på sider ved mentorprogrammene som fungerer godt, blant annet god opplæring, tettere og tilpasset oppfølging, i tillegg til god forankring, rom for refleksjon og mulighet til faglig oppdatering (Figur 5-1). Alt dette har bidratt til å skape trygghet blant

nytilsatte, arbeidsglede blant både menteer og mentorer, bedre sjanse til å beholde nytilsatte, samt bidra til at nytilsatte kommer raskere inn i miljøet og arbeidsoppgavene.

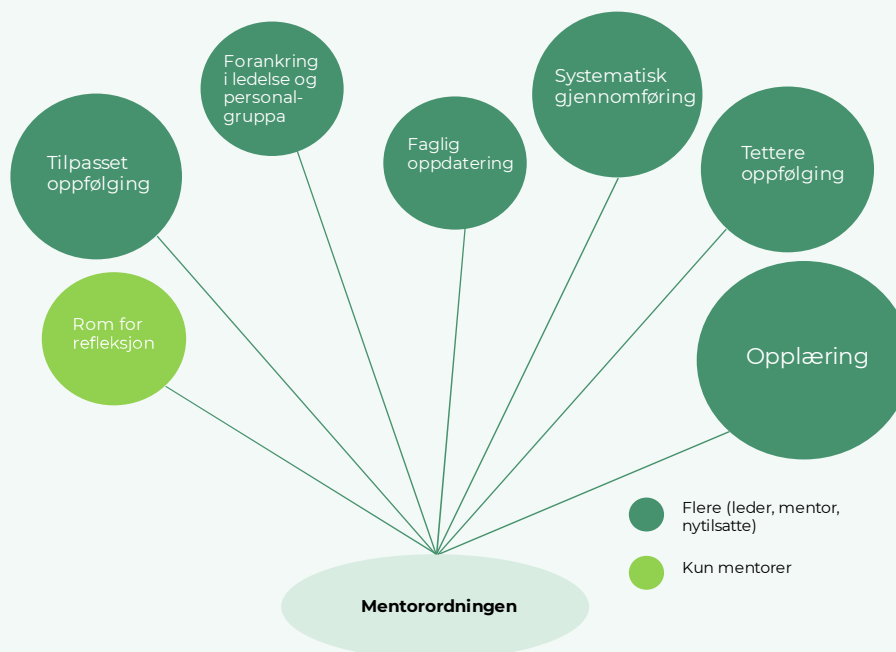
Trygt som nyutdannet å ha en kontaktperson å forholde seg til, som er i samme rolle som en selv. Følte det ga mer forståelse. Opplevd god oppfølging av min mentor, gode faglige diskusjoner og råd, samt at det la grunnlaget for et fint samarbeid.

Nytilsatt

Både menteer, mentorer og ledere har påpekt at oppfølgingen av nytilsatte har blitt tettere og mer systematisk gjennomført med mentorprogram. Det er blitt trukket frem i intervjuer at det er fint å ha noen å spørre om hjelp, og at det er lettere å spørre mentoren enn andre. Særlig er det fint å kunne stille sin mentor de «dumme spørsmålene», som man ikke nødvendigvis ønsker å stille sin leder.

Å være mentor oppleves som givende. De fleste mentorene fortalte at ordningen bidrar til at de kan

Figur 5-1: Hva fungerer særlig godt med mentorprogram? *



*Stor sirkel: N = 28, mellomstor sirkel: N = 5-6, liten sirkel: N = 2-3 Kilde: spørreundersøkelsen, antall responser totalt fra nytilsatte (9), mentorer (16), leder (19) og intervjuene (14 personer ble intervjuet). Analyse: Oslo Economics.

holde seg faglig oppdatert, at de får mer eierskap til jobben og at de føler at de bidrar positivt til arbeidsmiljøet. Dette er motiverende og bidrar til arbeidsglede. Noen mentorer trakk frem at mentorprogram gir rom for refleksjon, og at det for eksempel føles veldig bra å kunne sette seg ned for å diskutere en ubehagelig eller vanskelig hendelse. Dette er noe som blir verdsatt i en ellers hektisk hverdag.

Forankring i ledelse og personalgruppa er en viktig forutsetning for at mentorprogram skal lykkes. I virksomheter der dette fungerer, er det en styrke. Én leder og én mentor vi har intervjuet fremhevet at det har vært god forankring i ledelsen og blant personalgruppen.

Sikrer god ivaretagelse av nytilsatte. Et system for samtaler og oppfølging.

Leder

5.2 Sider ved mentorprogrammene som fungerer mindre godt

Styrkene ved programmet beskrevet over kan alle snus til utfordringer i virksomheter dersom en eller flere av disse ikke er oppfylt. Utfordringer i

intervjuer og spørreundersøkelser er oppsummert i Figur 5-2.

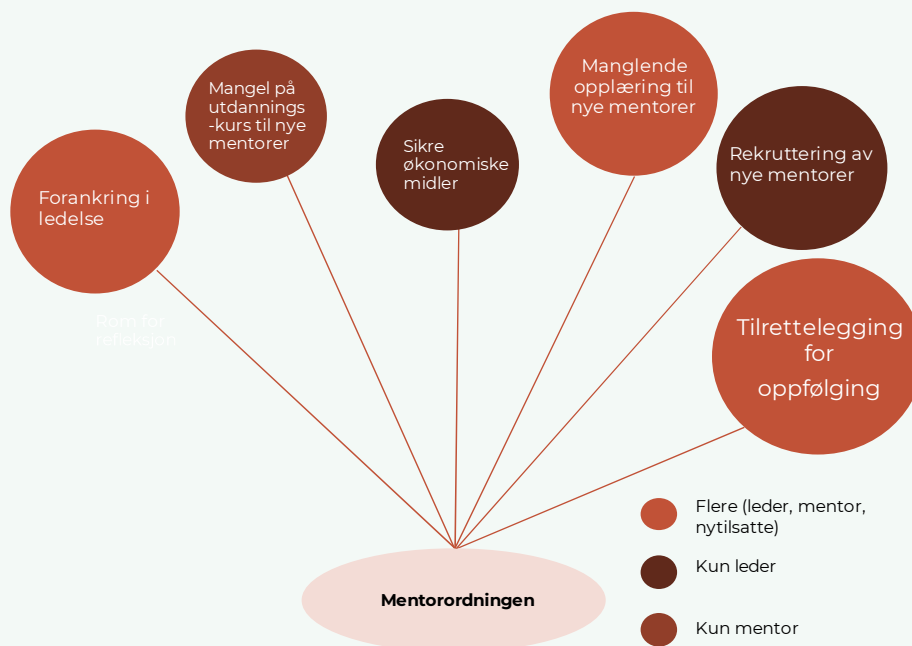
Mange personer, inkludert ledere, mentorer og nytilsatte, har fortalt at forankring i ledelse er et nåværende problem for å få mentorordningen til å fungere. Ledelsen må prioritere tid til ordningen og gi de ansatte tid til å gjennomføre samtalen. Ved manglende tilrettelegging, kan det oppstå uheldige situasjoner der to av tre som er på vakt må gå vekk for å ha en samtale. Dette kan bli veldig belastende for den som må være alene på vakt.

Selve mentorprogram er fin, men gjennomførelsen blir vanskeligere grunnet fravær, bemanning og travle hverdager. Lite tid til samtaler, og blir ikke prioritert.

Nytilsatt

Flere nytilsatte og mentorer har løftet frem rammene for oppfølging som en utfordring. Dette gjelder både mentorenes oppfølging av menteeer, og ledernes oppfølging av mentorene. Én mentee oppga at hun gjerne skulle hatt mer tid til samtalen når hun først setter seg ned - samtalen blir ofte avbrutt av andre kolleger siden det er så travelt på jobb. Noen mentorer og én nytilsatt beskrev at ordningen er ekstra sårbar under fravær og ferieavvikling, spesielt om sommeren, og at

Figur 5-2: Er det noen utfordringer med mentorprogram? *



*Stor sirkel: N = 26, mellomstor sirkel: N = 3-4, liten sirkel: N = 1-2. Kilde: Spørreundersøkelsen, antall responser totalt fra nytilsatte (9), mentorer (16), leder (19)) og intervjuene (14 personer) Kilde: spørreundersøkelsen antall responser totalt fra nytilsatte (9), mentorer (16), leder (19)) og intervjuene (14 personer). Analyse: Oslo Economics.

ordningen da ikke alltid blir prioritert. Én mentor argumenterte for at det ville vært lettere å holde tråden og flyten i oppfølgingen dersom hun var mentor for en nytilsatt på egen avdeling. Én nytilsatt nevnte at det er viktig å få en mentor som jobber samme tider som den nytilsatte.

Jeg trodde jeg skulle få mentor som også jobbet på natt, noe jeg ikke fikk. Dette følte jeg gjorde det vanskelig både for mentor å forstå mine arbeidsoppgaver, følge opp ordentlig og lage tidsrom for møter.

Nytilsatt

Noen mentorer fortalte at det er behov for flere mentorer, men at det er vanskelig å rekruttere. Mange virksomheter har en begrensning på hvor mange man kan være mentor for samtidig, for å sikre tilstrekkelig oppfølging. Hvis en er mentor for flere enn fem kan det være vanskelig å få god nok tid til alle.

Det er en trygghet og bra ordning i starten når nytilsatt er helt fersk. Synes ikke behovet har vært til stede etter noen mnd.- litt for tett oppfølging ift. behovet. Skal sies at det har vært veldig flinke nytilsatte jeg har vært mentor for.

Mentor

Økonomiske rammebetingelser trekkes frem av flere ledere som en utfordring. Én leder fortalte at mentorprogram ikke er bakt inn i lønnspolitisk handlingsplan og avlønning i 2024, og at den ikke kan gjennomføres grunnet stram kommuneøkonomi. En annen leder mener at det er utfordrende å sikre økonomiske midler til enheten for å kunne sette av tid og utføre oppgaven.

Noen mentorer og menteer etterlyser utdanningstilbud og erfaringsutveksling. Noen mentorer trakk frem det begrensede tilbudet på utdanningskurs for nye mentorer som en utfordring, mens menteer har uttrykt et ønske om å ha en møteplass hvor de kan diskutere ordningen og dele erfaringer med hverandre, slik som mentorene har.

Manglende interesse eller initiativ trekkes frem som en utfordring av noen. Én nytilsatt beskriver at mentoren ikke har tatt initiativ eller gjennomført mentorsamtaler i løpet av perioden, mens én mentor beskriver det som utfordrende når menteer ikke viser interesse for å bli veiledet. Én mentor opplever at det kan være vanskelig for menteer å skille mellom mentor og leder sin rolle, noe som kan skape en vanskelig situasjon for mentorene.

Manglende forankring i ledelsen, manglende engasjement og initiativ fra mentorer selv.

Nytilsatt

5.3 Særlige suksesskriterier for vellykket og varig drift

Mentorer, ledere og nytilsatte som svarte på spørreundersøkelsen var enige om at forankring i ledelse, forankring blant ansatte og tilgang på god utdanning eller andre kompetansehevingstiltak er blant de viktigste kriteriene for en vellykket mentorordning (Figur 5-3). Blant mentorer og ledere skiller forankring i ledelse seg ut som det klart viktigste suksesskriteriet. Også blant nytilsatte er ledelsesforankring på delt førsteplass, sammen med god og relevant utdanning, men spredningen i svarene er større. Mange ledere og mentorer trekker frem økonomisk kompensasjon som viktig, mens nytilsatte er mer opptatt av tydelige retningslinjer for ordningen. Funnene fra spørreundersøkelsen samsvarer med informasjonen fra intervjuene. De fleste vi har intervjuet trakk frem ledelsesforankring som et viktig suksesskriterium. I ledelsesforankring ligger det blant annet at ledelsen må prioritere både tid og ressurser til ordningen, samt aktivt støtte mentorene til å gjennomføre programmet. Én mentor nevnte at det er viktig at ordningen promoteres på en god måte, slik at programmet blir anerkjent blant de ansatte i virksomheten. Det er ikke bare to kollegaer som skal sitte sammen og drikke kaffe, men noe som skal bidra til å skape et bedre arbeidsmiljø, redusere rekrutteringsutfordringer og dermed bidra til å skape bedre tjenester for pasientene.

Flere mentorer vi har intervjuet nevnte opplæring av mentorer som avgjørende for suksess. Tilbud om faglig påfyll kan både fungere som motivasjon til å bli mentor, men også bidra til å trygge nye mentorer i sin rolle. Én av menteene fortalte at hun la merke til en endring i samtalene etter at hennes mentor hadde vært på kurs. Samtlige menteer trakk frem engasjement og forberedelser fra både

mentor og mentee som avgjørende for å bidra til en bedre dialog og sikre at deltakerne får mest mulig utbytte av programmet.

I alle virksomheter, bortsett fra én, fikk mentor en lønnskompensasjon på rundt kr 10 000 per år for å være mentor. Én av mentorene i virksomheten uten lønnskompensasjon, måtte slutte å være veileder for studenter for å ha tid til å være mentor. Ettersom det ble gitt lønnskompensasjon for å veilede studenter, innebar deltakelse i mentorprogram at hun gikk ned i lønn. En slik forskjell i kompensasjon kan sannsynligvis bidra til utfordringer med rekruttering av mentorer.

Behov for fleksibilitet og individuell tilpasning av programmet vurderes noe ulikt av nytilsatte på den ene siden, og mentorer og ledere på den andre siden. Mens de nytilsatte i intervjuer har vært opptatt av at samtaler gjennomføres som planlagt i henhold til programmet, har mentorer og ledere trukket frem at programmet er fleksibelt og virket

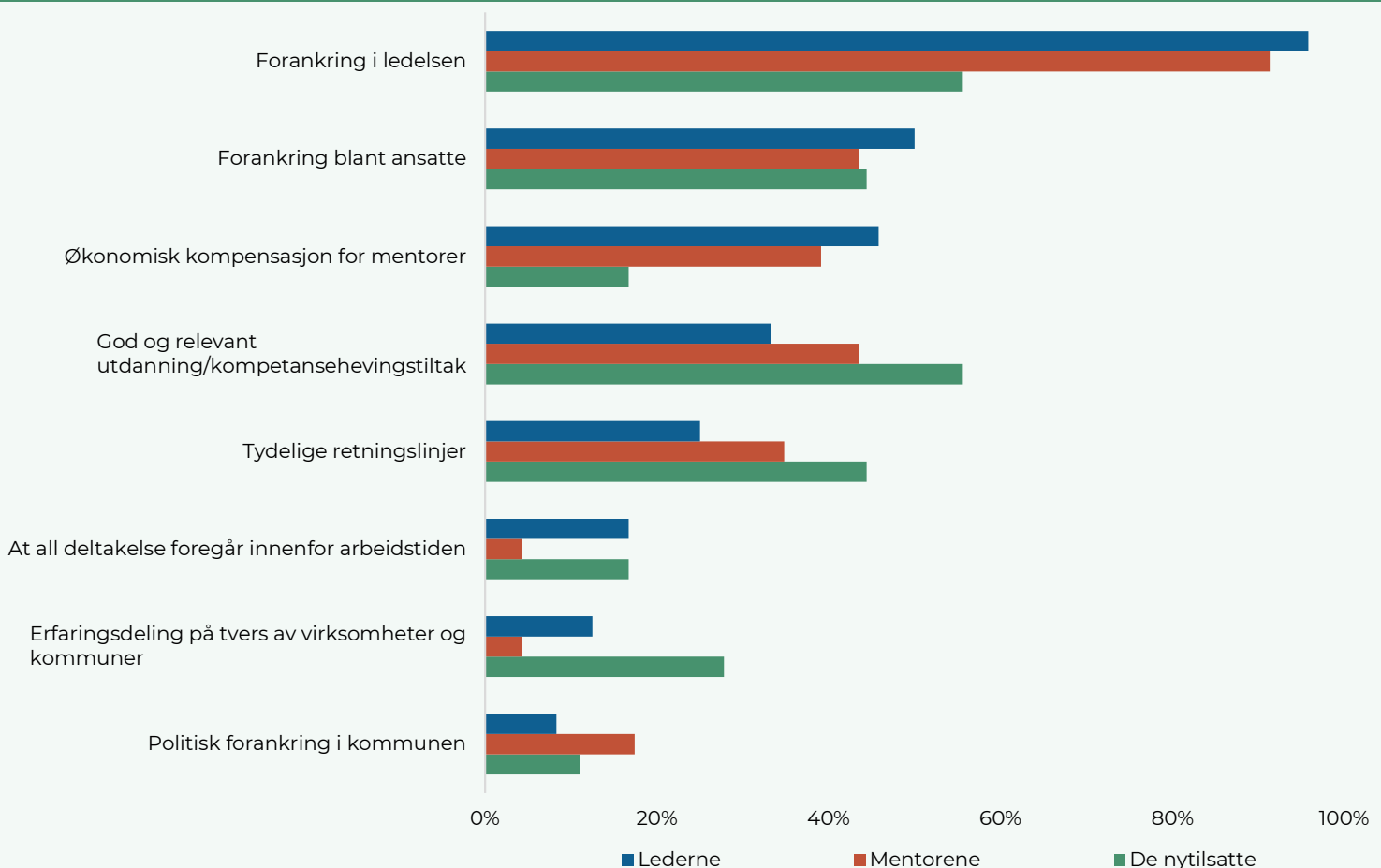
mindre bekymret dersom noen samtaler faller ut. Noen av de nytilsatte virket derimot litt skuffet over at de ikke hadde fått gjennomført så mange samtaler som det ble spesifisert i programmet. Ulike forventninger til programmet kan skape misnøye. Et enkelt grep for å unngå at nytilsatte blir skuffet, kan være å ha en innledende samtale hvor man diskuterer forventninger til hyppighet og innhold i samtale.

Kan bli sprik mellom planlagt mentor oppfølging og det som er gjennomførbart. Dette kan skape skuffelse eller uoppnådde forventninger.

Leder, som tidligere har vært mentor

I intervjuer med nytilsatte, mentorer og ledere ble det vektlagt at mentorer bør ha de rette

Figur 5-3: Hva opplever du som de viktigste suksesskriteriene for en vellykket mentorordning?*



Kilde: Spørreundersøkelsen. Antall responser fra nytilsatte (18) mentorer (23), leder (23). *Respondentene kunne huke av for inntil tre svaralternativer. Analyse: Oslo Economics.

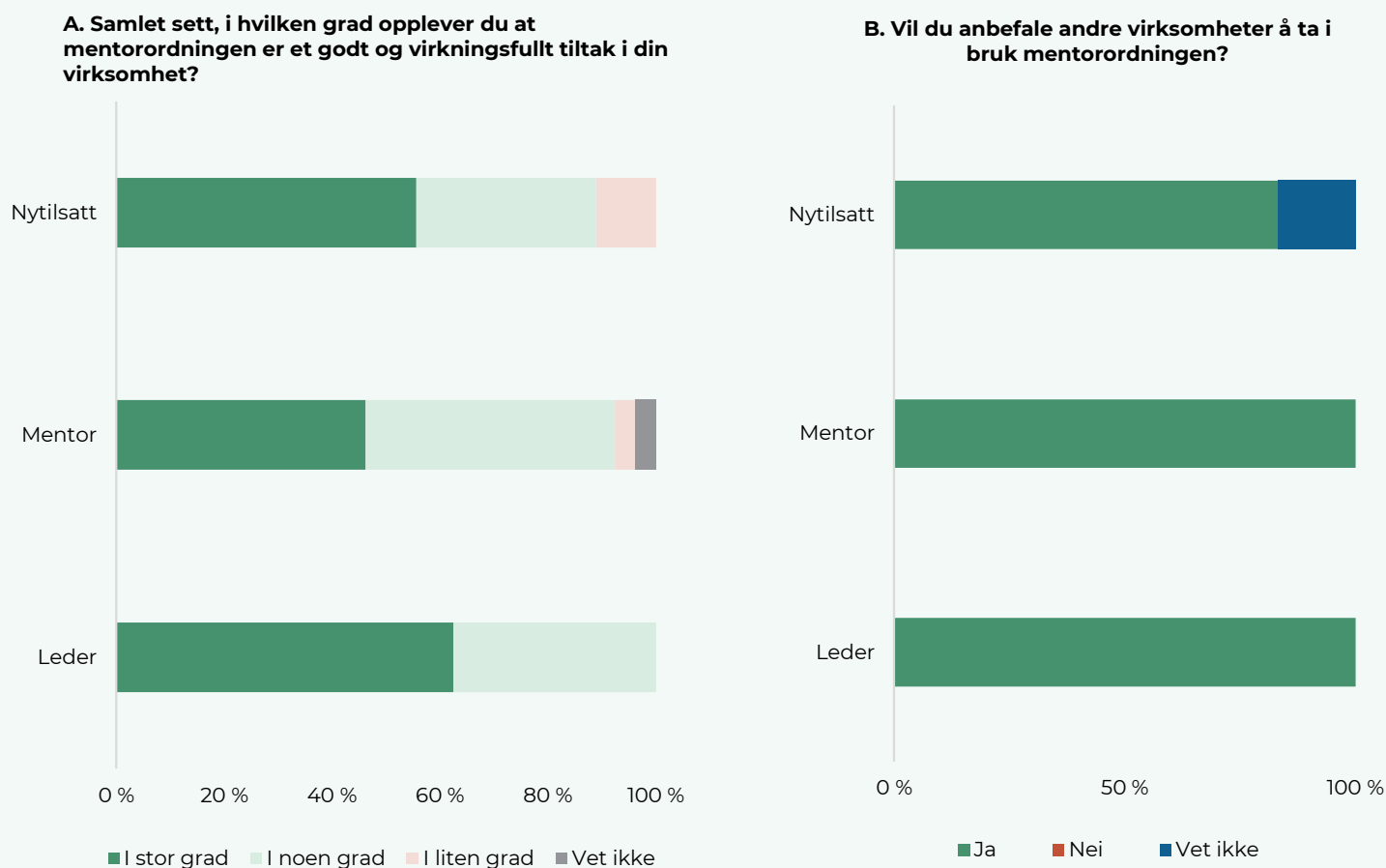
egenskapene. Utover faglig kompetanse og evne til å veilede, trekkes personlig egnethet frem som det aller viktigste ved valg av mentor.

5.4 Ledere, mentorer og menteer anbefaler andre virksomheter å ta i bruk mentorprogram

Det er stor enighet blant både ledere, mentorer og nytillsatte om at mentorprogram er et virkningsfullt tiltak. I den grad lederne selv har vært med på å avgjøre om virksomheten skal ta i bruk

mentorprogram eller ikke, er det ikke så overraskende at samtlige ledere vurderer at dette er et virkningsfullt tiltak (se Figur 5-4). Det samme kan sies om mentorene, dersom de har fått oppgaven etter å selv ha meldt interesse. De nytillsatte har imidlertid fått tildelt mentor ved ansettelse uansett, uavhengig av om dette er noe de i utgangspunktet ønsker seg. Det er derfor interessant å se at også nytillsatte i all hovedsak vurderer at mentorprogram er et virkningsfullt tiltak. Samtlige ledere og mentorer, og mer enn åtte av ti nytillsatte anbefaler andre virksomheter å ta i bruk mentorprogram for nytillsatt helsepersonell.

Figur 5-4: Samlet vurdering av mentorordningen



Kilde: Spørreundersøkelsen. Figur A antall responser: mentor (26), leder (24), nytillsatte (18). Figur B: antall responser mentor (23), leder (24), nytillsatte (18)

6. Samlet vurdering

Evalueringen viser at mentorprogram har hatt en positiv innvirkning på rekruttering, faglig utvikling, samt trivsel blant de nytilsatte og mentorene. Turnover er lavere i tiltaksvirkomhetene etter implementering av mentorprogrammene, men det er usikkert om dette skyldes mentorordningen eller andre årsaker. Ledere, mentorer og menteer vurderer at mentorprogram er et godt og virkningsfullt tiltak, som de anbefaler andre virksomheter å ta i bruk.

For å lykkes med tiltak med målsetting om å beholde helsepersonell, er det viktig å forstå de bakenforliggende årsakene til hvorfor ansatte slutter i jobben. Tidligere litteratur peker på høyt arbeidspress, lav lønn, mangel på kompetansehevingstiltak og lite fleksibilitet i arbeidstid som noen av de vanligste årsakene til at helsepersonell slutter. Deltakelse i mentorprogram gir mulighet for kompetanseheving, og til en viss grad høyere lønn gjennom økonomisk kompensasjon i de fleste virksomheter. Videre vil mentorprogram indirekte kunne bidra til å redusere arbeidspress, dersom turnover reduseres slik at virksomheter beholder erfarent helsepersonell og bruker mindre ressurser til rekruttering og opplæring.

Evalueringen viser at turnover er lavere i virksomheter etter at de innførte mentorprogram, men det er usikkert om dette skyldes mentorprogrammene eller andre årsaker. Undersøkelsene omfatter kun et begrenset antall virksomheter, og det er ikke så mange nytilsatte som har fått tildelt mentor

Selv om det foreløpig er for tidlig å svare på om mentorprogram har bidratt til å redusere turnover, er det flere forhold som peker på at programmene har bidratt til å skape gode og trygge rammer for nytilsatte, og å styrke faglig utvikling ved kommunens helsefaglige tjenestesteder. Evalueringen viser at mentorprogram har hatt en positiv innvirkning på faglig utvikling og trivsel blant både nytilsatte og mentorer. Dette er virkninger som kan bidra til at helsepersonell blir værende lenger i jobben, og redusere turnover på lengre sikt. Det er et viktig funn i evalueringen at både ledere, mentorer og menteer vurderer at

mentorprogram er et godt og virkningsfullt tiltak, som de anbefaler andre virksomheter å ta i bruk.

Både ledere, mentorer og nytilsatte trekker frem forankring i ledelse, forankring i personalgruppa og mulighet til utdanning og kompetanseheving som viktige suksesskriterier for et vellykket mentorprogram. Tettere og systematisert oppfølging av nytilsatte, god opplæring og rom for refleksjon er eksempler på sider ved programmene som fungerer godt, og som har bidratt til å skape trygghet blant nytilsatte og arbeidsglede både blant menteer og mentorer. Informanter vurderer at dette øker virksomhetens mulighet til å beholde nytilsatte, og bidrar til at nytilsatte kommer raskere inn i miljøet og arbeidsoppgavene.

En forutsetning for tett og systematisert oppfølging av nytilsatte i kommunale helse- og omsorgstjenester er tilrettelegging. Turnusordninger, arbeidspress og lite fleksibilitet i arbeidshverdagen kan gjøre det vanskelig for mentorer og menteer å gjennomføre avtalte samtaler. Praktiske forhold som at mentorer og menteer jobber ulik turnus, eller sårbarhet under ferieavvikling, kan være til hinder for gjennomføring. Både ledere, mentorer og nytilsatte vi har snakket med vurderer at virksomhetsledere må prioritere tid til ordningen og gi de ansatte tid til å gjennomføre samtaler.

Samtidig som at både ledere, mentorer og menteer i all hovedsak er positive til mentorprogram, viser evalueringen at de har noe ulike oppfatninger om behovet for fleksibilitet i gjennomføring. Mens flere ledere og mentorer understreker at ordningen bør være fleksibel nok til å tilpasses den enkeltes behov, og at det ikke er så farlig om noen samtaler utgår, forteller noen menteer at det er skuffende å ikke få samtaler de har blitt lovet. Det er også langt flere nytilsatte enn ledere og mentorer som trekker frem tydelige retningslinjer som et viktig suksesskriterium for programmet. Dette tyder på at det i flere virksomheter er et behov for avklaring mellom involverte aktører om hva det innebærer å delta i mentorprogrammet.

En svakhet ved evalueringen er at mentorprogrammet fremdeles er relativt nytt i de studerte virksomhetene. I de fleste virksomhetene har vi kun data for ett år etter implementering. Perioden vi ser på, både i forkant og under innføring av programmet, er preget av koronapandemien som rammet mange kommunale helse- og omsorgstjenester hardt. Vår anbefaling er derfor å gjenta undersøkelsen av

virksomheter som har deltatt i mentorprogram om et par år, for å ha et bedre grunnlag i vurdering av hvorvidt ordningen kan bidra til å rekruttere, beholde og utvikle helsepersonell på sikt.

Tabell 6-1: Hovedfunn

PROBLEMSTILLING	HOVEDFUNN
1a) Har mentorordning ført til et økt antall kvalifiserte søkere på relevante stillingsutlysninger?	Mentorprogram påvirker rekruttering positivt i noen grad. De fleste nytilsatte visste om mentorprogram før de begynte. De fleste lederne rapporterte at mentordningen i noen grad har gitt økning i antall kvalifiserte søkere på relevante stillingsutlysninger. Omtrent to av tre nytilsatte rapporterte at ordningen bidro (25 prosent) eller bidro litt (42 prosent) til at de søkte.
1b) Har mentorordning ført til lavere turnover i relevante virksomheter?	Lavere turnover, men ikke statistisk signifikant. Analyser av registerdata viser at alle mål på turnover er lavere i tiltaksvirksomhetene etter implementering av mentorprogram enn før, både når vi ser på alle grupper helsepersonell samlet og når vi ser på sykepleiere separat. Når vi sammenligner resultatene med landsgjennomsnitt for tilsvarende grupper helsepersonell, finner vi at reduksjonen i total turnover er vesentlig større i tiltaksvirksomhetene. Endringene i turnover er derimot stort sett ikke statistisk signifikante. Det er relativt store variasjoner i endringene i turnover blant virksomhetene, og ingen tydelig mønster når det gjelder type enhet eller kommunesentralitet.
1c) Har mentorordning ført til bedret faglig utvikling, og bedret trivsel?	Bedret faglig utvikling og bedret trivsel blant både de nytilsatte og mentorene. I spørreundersøkelsen rapporterer de fleste at mentorordning har bidratt til bedret faglig utvikling og bedret trivsel i jobben blant nytilsatte. De fleste mentorene rapporterte også at de hadde opplevd faglig og personlig utvikling som følge av mentorprogrammet.
2a) Eksempler på sider ved mentorprogrammet som fungerer godt?	De fleste ledere, mentorer og nytilsatte er positive til mentorprogram. Noen av de positive sidene som hyppigst trekkes frem i spørreundersøkelsen og intervjuer inkluderer: forankring i ledelse og personalgruppa, god opplæring, tid til refleksjon, fleksibilitet og individuell oppfølging.
2b) Eksempler på sider som har forbedringspotensial?	Det er likevel noen utfordringer, særlig å finne tid til å gjennomføre programmet. Noen av utfordringene som hyppigst nevnes i spørreundersøkelsen og intervjuer er: vanskelig å finne tid til samtaler, manglende forankring/prioritet hos ledelsen, vanskelig når mentor og nytilsatt jobber ulike tider, vanskelig å rekruttere mentorer, manglende engasjement, kan være vanskelig å skille mellom rollen til mentor og leder.
3) Hva er særlige suksesskriterier for vellykket og varig drift av mentorprogram?	Suksesskriteriene som oftest tas opp er forankring i ledelsen og blant de ansatte, samt gode utdannings-/kompetansehevingstiltak. Andre forhold som nevnes er økonomisk kompensasjon til mentorer, mulighet til fleksibilitet og individuell oppfølging og tydelige retningslinjer. Det ble også vektlagt at mentor bør ha de rette egenskapene, herunder; åpen og inkluderende, evne til å veilede, men også faglig kompetanse.

7. Referanser

Gautun, H., 2020. *En utvikling som må snus - Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien*, Oslo: NOVA, OsloMet.

Harun, D. et al., 2022. COVID-19 and Quitting Jobs. *Frontiers in Psychology*.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2022. *Kompetanseløft 2025*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet, 2020. *Kompetanseløft 2020 - Personell og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene*, Oslo: Helsedirektoratet.

HOD, 2023. *Meld. St. 24 Fellesskap og meistring. Bu trygt heime*, Oslo: Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement.

Holmøy, E., Kjelvik, J. & Strøm, B., 2014. *Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover*, Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå.

KS, 2021. *Mentorsuksess i Trondheim*. [Internett]

Available at: <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/jobbvinner/mentor-for-nytilsatte/mentorsuksess-i-trondheim/>

[Funnet 24 10 2024].

KS, 2023. *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2023*, Oslo: Kommunesektorens Organisasjon.

KS, 2024a. *Turnover*. [Internett]

Available at: <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/turnover/publisert-turnoverstatistikk/>

[Funnet 22 Februar 2024].

KS, 2024a. *Turnover*. [Internett]

Available at: <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/turnover/publisert-turnoverstatistikk/>

[Funnet 22 Februar 2024].

KS, 2024b. *Flere på heltid i 2023*. [Internett]

Available at: <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/statistikk-om-heltid--deltid/andelen-heltidsansatte-oker/>

[Funnet 22 Februar 2024].

KS, 2024c. *Analyse om turnover for 2023*. [Internett]

Available at: <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/turnover/kommuner-og-fylkeskommuner/>

[Funnet 20 August 2024].

KS, 2024d. *Konsulenttjenester - Tilbudforespørsel. Evalueringsforskning på mentorprogram for helsepersonell*, Oslo: KS.

Kvam, S., 2020. *KS*. [Internett]

Available at: <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/jobbvinner-viderefores/>

[Funnet 09 10 2024].

Kvam, S., Bjørnstad, E., Tranås, G. & Nordvik, C., 2024. *Rapport fra Læringsnettverk for mentorprogram*, Oslo: KS.

Kvam, S. et al., 2019. *Mentoreringsprogrammet i Trondheim kommune*, s.l.: NTNU, Trondheim Kommune, Jobbvinner.

Kyllingstad, L. & Kristoffersen, M., 2023. *Nyutdannede sykepleiere dras mellom idealer og realiteter. Sykepleien*.

Lysø, R., Løe, I.-C. & Carlsson, E., 2020. *Evaluering av tre trønderske piloter*, Steinkjer: Trøndelag Forskning og Utvikling.

Moland, L. E., Tofteng, M. & Nesland, A., 2023. *Vikarbruk i sykehus og kommunasje helse- og omsorgstjenester*, s.l.: Fafo.

Muhammad, I. Q. et al., 2013. Relationship Between Job Stress, Workload, Environment and Employees Turnover Intentions: What We Know, What Should We Know. *World Applied Sciences Journal*, 23(6), pp. 764-770.

Norsk Sykepleierforbund, 2023. *Sykepleiervikarer for 3,6 milliarder*. [Internett]
Available at: <https://www.nsf.no/artikkel/sykepleiervikarer-36-milliarder>
[Funnet 26 Februar 2024].

NOU 2023: 4, 2023. *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

OECD, 2022. *Health spending*. [Internett]
Available at: <https://www.oecd.org/en/data/indicators/health-spending.html>
[Funnet 15 11 2024].

OECD, 2023. *Health Statistics - Nurses*. [Internett]
Available at: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/7a7afb35-en/1/3/8/6/index.html?itemId=/content/publication/7a7afb35-en&csp=6cf33e24b6584414b81774026d82a571&itemIq=oeed&itemContentType=book>
[Funnet 7 11 2024].

Oslo Economics, 2022. *Årsaker til ekstern turnover i Helse Vest..* Oslo: OE-rapport 2022_11.

Riksrevisjonen, 2019-2020. *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene*, s.l.: s.n.

Sykepleien, 2023. *Får ansatte til å bli i jobben med mentorprogram*. [Internett]
Available at: <https://sykepleien.no/2023/06/far-ansatte-til-bli-i-jobben-med-mentorprogram>
[Funnet 24 10 2024].

Sykepleien, 2023. *NSFs medlemsundersøkelse*. [Internett]
Available at: <https://sykepleien.no/2023/11/nsfs-medlemsundersokelse-nesten-en-av-fem-vil-jobbe-andre-steder>
[Funnet 5 11 2024].

Tharindi, D., Djoen, S. & Vimolwan, Y., 2023. Examining work role stressors, job satisfaction, job stress, and turnover intention of Sri Lanka's construction industry. *International Journal of Construction Management*, 23(15), pp. 2583-2592.

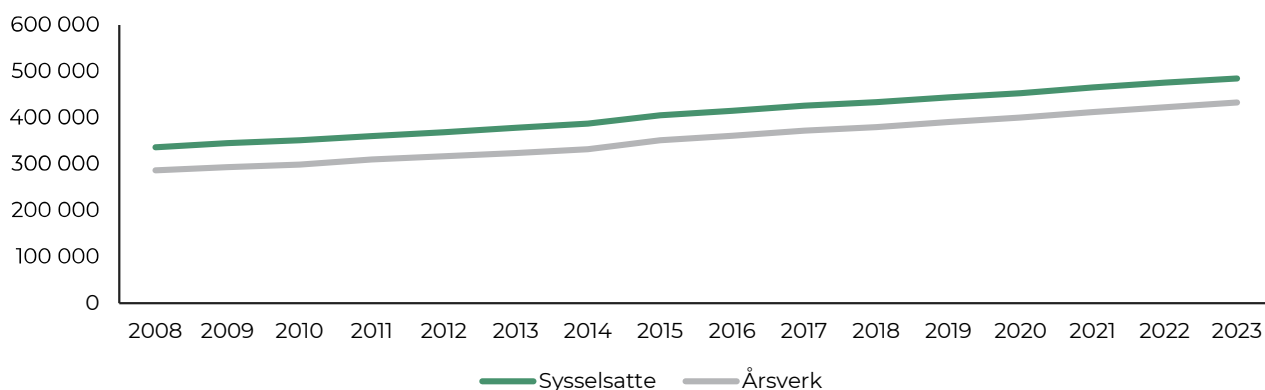
Tripathi, P. & Pandey, M., 2017. Examining the Relationship between Work-Family Conflict, Job Satisfaction and Employee's Turnover Intention. *Journal of Psychosocial Research*, 12(2), p. 451.

Trondheim Kommune, 2018. *Strategisk kompetanse- og rekrutteringsplan 2018-2021*, Trondheim: Trondheim Kommune.

Woolridge, J. M., 2014. *Introduction to Econometrics*. Hampshire, United Kingdom: CENGAGE Learning.

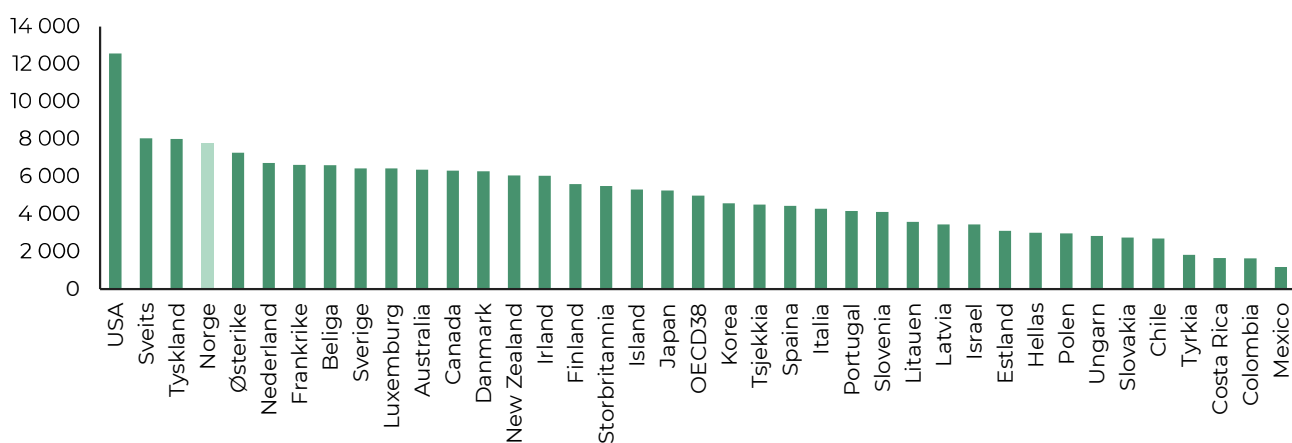
Vedlegg A Offentlig statistikk

Figur 7-1: Antall sysselsatte og årsverk innen helse- og omsorgstjenestene



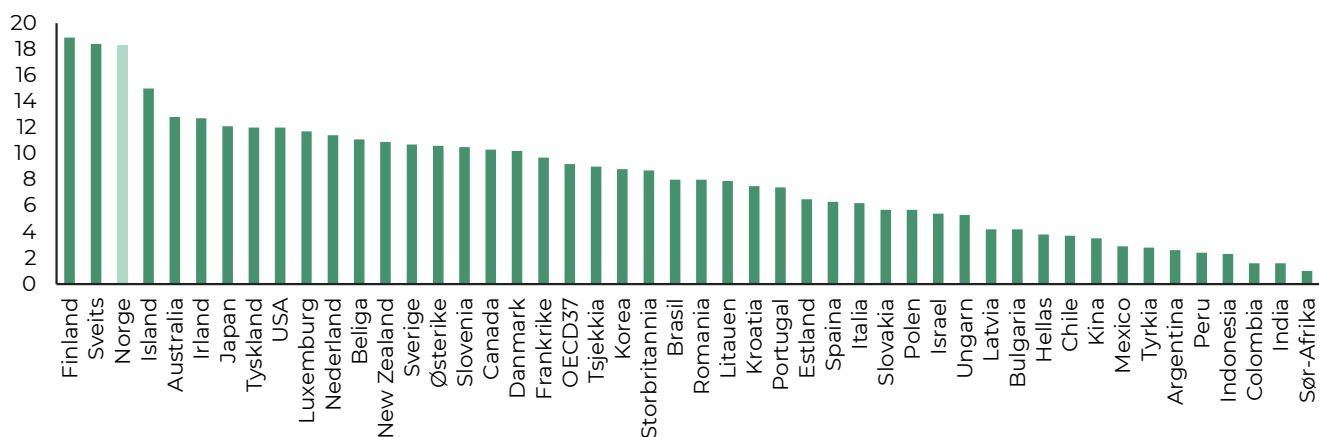
Kilde: Statistisk sentralbyrå (tabell 07938). Analyse: Oslo Economics.

Figur 7-2: Helseutgifter per innbygger i OECD-land (kjøpekraftsjusterte dollar), 2022 eller siste tilgjengelige



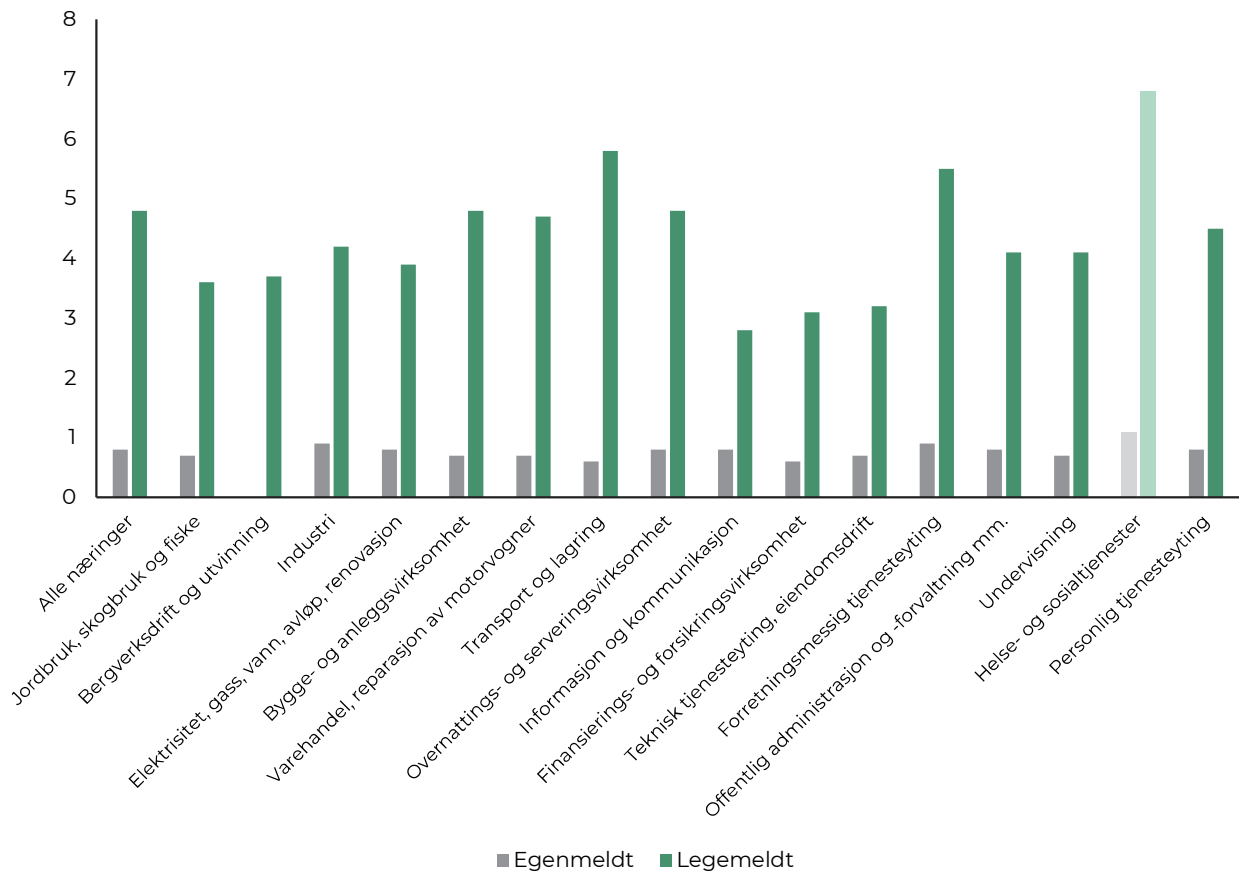
Kilde: (OECD, 2022). Analyse: Oslo Economics.

Figur 7-3: Antall sykepleiere per 1 000 innbygger i utvalgte land, 2021 eller siste tilgjengelige



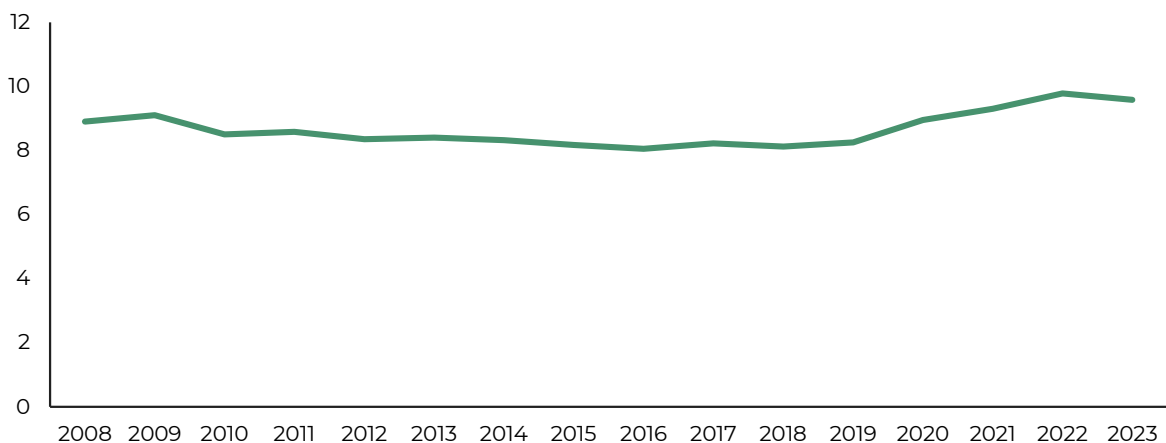
Kilde: (OECD, 2023). Analyse: Oslo Economics.

Figur 7-4: Sykefraværspersent etter næring (kommune, stat og privat sektor), tredje kvartal 2023



Kilde: Statistisk sentralbyrå (tabell 12440). Analyse: Oslo Economics.

Figur 7-5: Sykefraværspersent blant ansatte i helse- og sosialtjenester (kommune, stat og privat sektor)

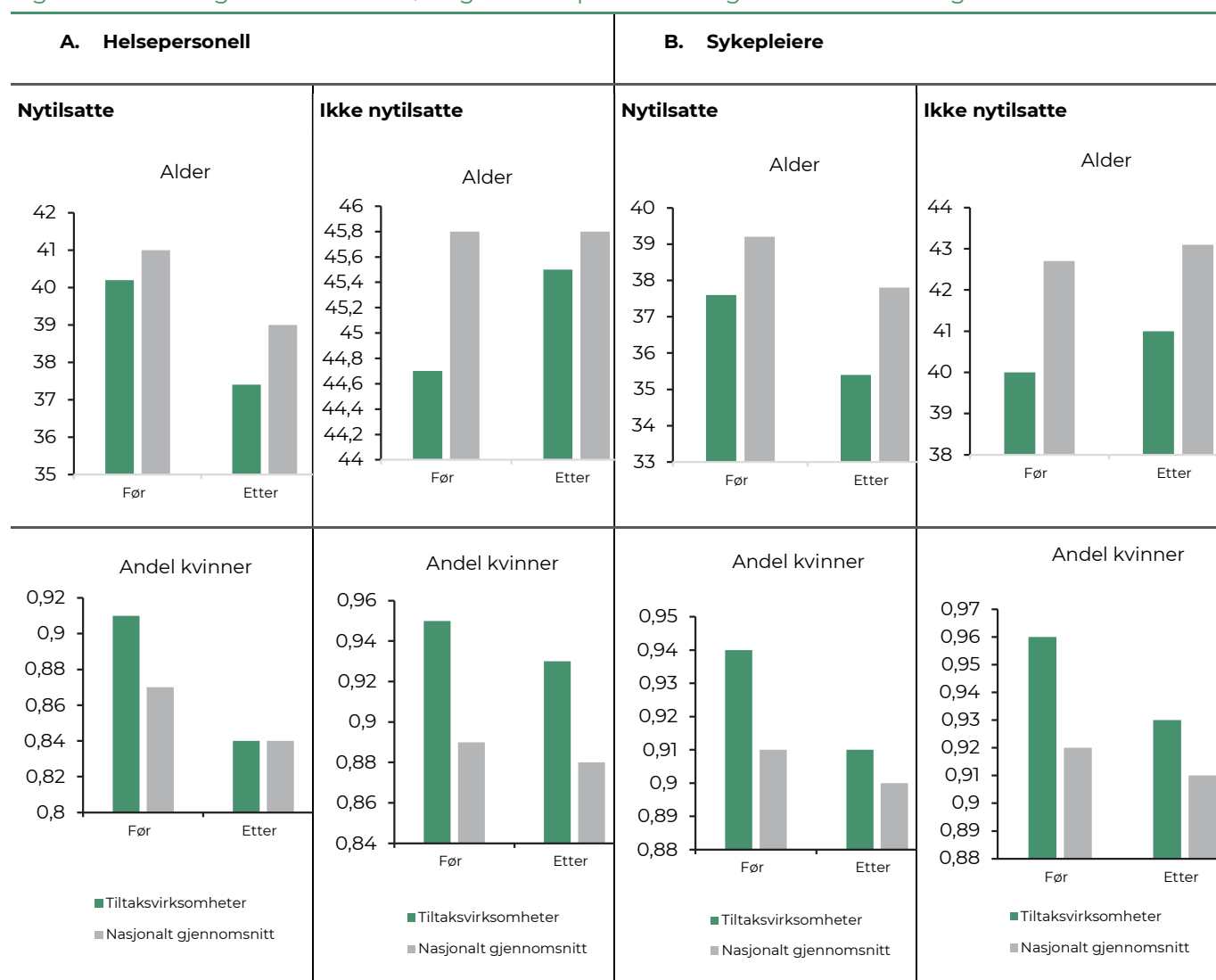


Kilde: Statistisk sentralbyrå (tabell 12442). Analyse: Oslo Economics.

Vedlegg B Kjennetegn ved helsepersonell i deltakende virksomheter

Fra PAI-registret kan vi identifisere alder og kvinneandel blant helsepersonell og sykepleiere for tiltaksvirksomhetene, sammenlignet med det nasjonale gjennomsnittet, både for nytilsatte og ikke nytilsatte (Figur 7-6). I kapittel 2 så vi at turnover kan variere etter alder og kjønn. For den deskriptive analysen, der vi sammenligner turnover i tiltaksvirksomhetene med det nasjonale gjennomsnittet, er det derfor tillitvekkende at utviklingen i både alder og andel kvinner følger samme mønster etter implementering av mentorprogram i både tiltaksvirksomhetene og nasjonalt (sammenligningsgruppe).

Figur 7-6: Alder og andel kvinner før og etter implementering av mentorordning



Kilde: PAI-registret. Figur A: antall nytilsatte i tiltaksvirksomheter: 504, antall nytilsatte nasjonalt: 22 897. Figur B: Antall nytilsatte i tiltaksvirksomheter: 224, antall nytilsatte nasjonalt: 8 816. Perioden før implementering er definert som 2020-2021 og perioden etter implementering er definert som 2022. Analyse: Oslo Economics.

Vedlegg C Analyser av virkning på turnover

Økonometriske modeller

$$(1) \quad Y_{ijt} = \beta_1 + \beta_2 Post_t + \mathbf{X}'_{ijt} + \gamma_t + \theta_j + \varepsilon_{ijt}$$

$$(2) \quad Y_{ijt} = \beta_1 + \beta_2 Treat_j + \beta_3 Post_t + \beta_4 (Treat_j \times Post_t) + \mathbf{X}'_{ijt} + \gamma_t + \theta_j + \varepsilon_{ijt}$$

Vi estimerer to typer økonometriske modeller; (1) en før/etter analyse og (2) en difference-in-difference analyse. Y_{ijt} indikerer turnover, i indikerer individ, j indikerer virksomhet, t indikerer tidspunkt. $Treat_j$ er en dummyvariabel lik 1 dersom individ er ansatt i en tiltaksvirksomhet, og 0 ellers. $Post_t$ er en tidsdummy som er lik 1 dersom mentorprogram er implementert, og 0 ellers. Vektor \mathbf{X}'_{ijt} inkluderer forklaringsvariablene alder og kjønn. γ_t og θ_j indikerer henholdsvis fasteffeker for år og virksomhet. ε_{ijt} er feilleddet i modellen. I likning (1) er det koeffisienten til variabelen $Post_t$ (β_2) som er av interesse. Denne koeffisienten fanger opp endringer i turnover før og etter implementering av mentorprogram. Koeffisienten tolkes som korrelasjonen mellom implementering av mentorprogram og turnover. I likning (2) er det koeffisienten til variabelen $Treat_j \times Post_t$ (β_4 , også kalt DiD koeffisienten) som er av interesse. DiD koeffisienten sammenligner forskjeller i turnover før/etter implementering av mentorprogram blant nytilsatte helsepersonell i tiltaksvirksomheter med forskjeller i turnover før/etter implementering av mentorprogram i kontrollgruppen. Gitt at modellens antakelser er oppfylt, kan denne koeffisienten tolkes som effekten av mentorprogram på turnover.

Regresjonsanalyser blant nytilsatte helsepersonell

Tabell 7-1: Regresjoner som sammenligner turnover før/etter implementering

	Turnover total	Turnover virksomhetsnivå	Turnover kommunenivå
1) Uten kontroller			
Post	-0.021 (0.040)	-0.012 (0.023)	-0.008 (0.036)
2) Med kontroller			
Post	-0.034 (0.040)	-0.013 (0.024)	-0.021 (0.036)
3) Kontroller + fasteffekt for år og virksomhet			
Post	-0.074 (0.145)	-0.072* (0.041)	-0.002 (0.141)
Pre gjennomsnitt	0.255	0.073	0.182
Observasjoner	504	504	504

Note: OLS regresjoner blant nytilsatte helsepersonell i tiltaksvirksomheter. *Post* er en tidsdummyvariabel lik 1 dersom mentorprogram er implementert. Koeffisienten til variabelen *Post* fanger opp endringer i turnover før og etter implementering av mentorprogram. Kontroller inkluderer kjønn og alder. Robuste standardfeil i parentes. * indikerer signifikansnivå: * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$. Kilde: PAI-registeret. Analyse: Oslo Economics.

Tabell 7-2: Regresjoner med kontrollgruppe (DiD analyse)

	Turnover total	Turnover virksomhetsnivå	Turnover kommunenivå
1) Uten kontroller			
Treat*post	0.001 (0.041)	0.003 (0.024)	-0.002 (0.036)
2) Med kontroller			
Treat*post	-0.003 (0.041)	0.004 (0.024)	-0.007 (0.036)
3) Kontroller + fasteffekt for år og virksomhet			
Treat*post	-0.035 (0.044)	-0.012 (0.025)	-0.023 (0.039)
Pre gjennomsnitt	0.295	0.085	0.209
Observasjoner	13 673	13 673	13 673

Note: OLS regresjoner blant nytilsatte helsepersonell i tiltaksvirksomheter. Kontroller inkluderer kjønn og alder. Robuste standardfeil i parentes. Kontrollgruppe består av nytilsatte i alle kommunale helsevirksomheter i ikke-tiltakskommuner. Variabelen *Treat* er en dummyvariabel lik 1 dersom vedkommende tilhører en tiltaksvirksomhet. Koeffisienten til variabelen *Treat*post*, dvs. DiD koeffisienten, sammenligner forskjeller i turnover før/etter implementering av mentorprogram blant nytilsatte helsepersonell i tiltaksvirksomheter med forskjeller i turnover før/etter implementering av mentorprogram i kontrollgruppen. Gitt at modellens antakelser er oppfylt, kan denne koeffisienten tolkes som effekten av mentorprogram på turnover. * indikerer signifikansnivå: *p<0.1, **p<0.05, ***p<0.01. Kilde: PAI-registeret. Analyse: Oslo Economics.

Regresjonsanalyser blant nytilsatte sykepleiere

Tabell 7-3: Regresjoner som sammenligner turnover før/etter implementering

	Turnover total	Turnover virksomhetsnivå	Turnover kommunenivå
1) Uten kontroller			
Post	-0.026 (0.055)	-0.024 (0.033)	-0.002 (0.047)
2) Med kontroller			
Post	-0.025 (0.055)	-0.021 (0.033)	-0.005 (0.047)
3) Kontroller + fasteffekt for år og virksomhet			
Post	0.025 (0.233)	-0.044 (0.064)	0.070 (0.215)
Pre gjennomsnitt	0.205	0.075	0.13
Observasjoner	224	224	224

Note: OLS regresjoner blant nytilsatte sykepleiere i tiltaksvirksomheter. *Post* er en tidsdummyvariabel lik 1 dersom mentorprogram er implementert. Koeffisienten til variabelen *Post* fanger opp endringer i turnover før og etter implementering av mentorprogram. Kontroller inkluderer kjønn og alder. Robuste standardfeil i parentes. * indikerer signifikansnivå: *p<0.1, **p<0.05, ***p<0.01. Kilde: PAI-registeret. Analyse: Oslo Economics.

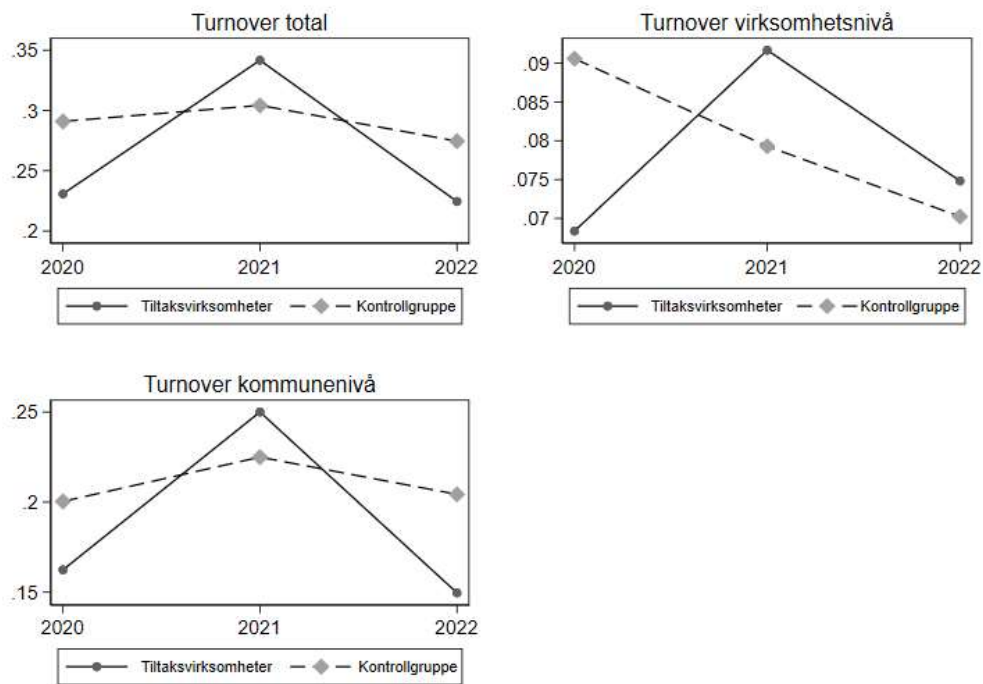
Tabell 7-4: Regresjoner med kontrollgruppe (DiD analyse)

	Turnover total	Turnover virksomhetsnivå	Turnover kommunenivå
1) Uten kontroller			
Treat*post	0.012 (0.057)	0.006 (0.034)	0.005 (0.049)
2) Med kontroller			
Treat*post	0.010 (0.057)	0.007 (0.034)	0.003 (0.049)
3) Kontroller + fasteffekt for år og virksomhet			
Treat*post	-0.054 (0.063)	-0.033 (0.036)	-0.021 (0.055)
Pre gjennomsnitt	0.326	0.089	0.236
Observasjoner	5 298	5 298	5 298

Note: OLS regresjoner blant nytilsatte sykepleiere i tiltaksvirksomheter. Kontroller inkluderer kjønn og alder. Robuste standardfeil i parentes. Kontrollgruppe består av nytilsatte sykepleiere i alle kommunale helsevirksomheter i ikke-tiltakskommuner. Variabelen *Treat* er en dummyvariabel lik 1 dersom vedkommende tilhører en tiltaksvirksomhet. Koeffisienten til variabelen *Treat*post*, dvs. DiD koeffisienten, sammenligner forskjeller i turnover før/etter implementering av mentorprogram blant nytilsatte sykepleiere i tiltaksvirksomheter med forskjeller i turnover før/etter implementering av mentorprogram i kontrollgruppen. Gitt at modellens antakelser er oppfylt, kan denne koeffisienten tolkes som effekten av mentorprogram på turnover. * indikerer signifikansnivå: *p<0.1, **p<0.05, ***p<0.01. Kilde: PAI-registeret. Analyse: Oslo Economics.

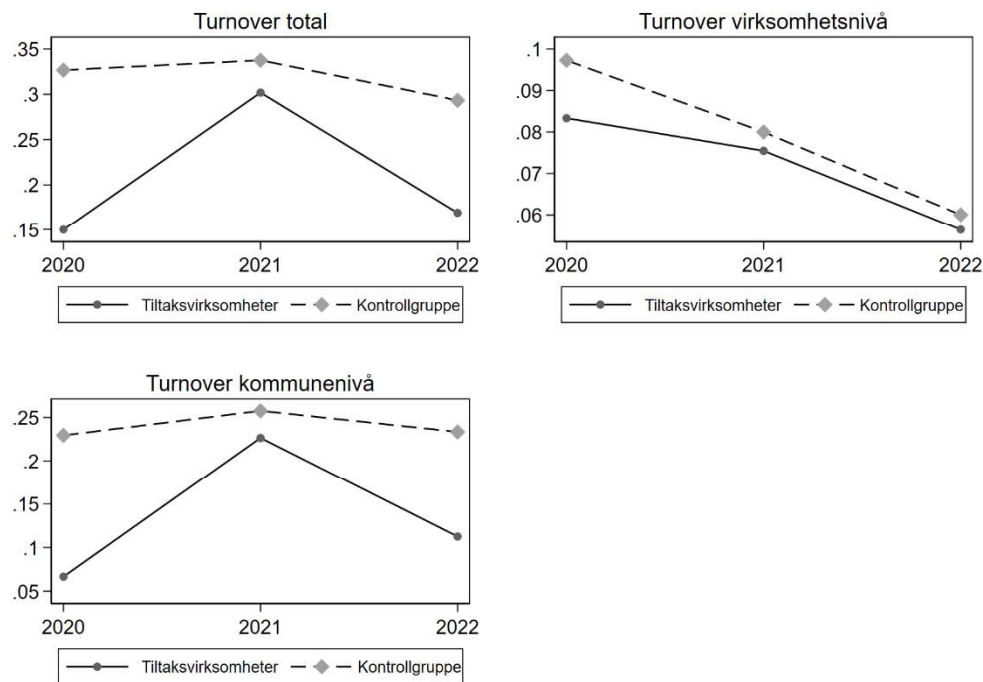
Robusthetstest: Visuell undersøkelse av antakelsen om parallelle trender

Figur 7-7: Utvikling i turnover - nytilsatte helsepersonell



Note: Pre-perioden er definert som 2020-2021. Virksomhet med oppstart i 2021 er ekskludert fra figurene. Kilde: PAI-registret. Analyse: Oslo Economics.

Figur 7-8: Utvikling i turnover - nytilsatte sykepleiere



Note: Pre-perioden er definert som 2020-2021. Virksomhet med oppstart i 2021 er ekskludert fra figurene. Kilde: PAI-registret. Analyse: Oslo Economics.

Vedlegg D Analyse av mentorprogram i Trondheim

Tabell 7-5: Turnover blant nytilsatte sykepleiere før og etter implementering av mentorordning

	Før implementering Gjennomsnitt (Std. avvik)	Etter implementering Gjennomsnitt (Std. avvik)	t-test Differanse (t-verdi)
Trondheim			
Turnover total	0.293 (0.459)	0.428 (0.496)	-0.135* (-1.83)
Turnover virksomhetsnivå	0.052 (0.223)	0.111 (0.315)	-0.059 (-1.33)
Turnover kommunenivå	0.241 (0.432)	0.317 (0.466)	-0.076 (-1.09)
Alder	29.3 (9.039)	33.9 (11.230)	-4.6*** (-2.84)
Andel kvinner	0.948 (0.223)	0.867 (0.341)	0.081* (1.71)
Observasjoner	58	180	
Sammenligning (Bergen)			
Turnover total	0.375 (0.489)	0.274 (0.447)	0.101 (1.46)
Turnover virksomhetsnivå	0.089 (0.288)	0.037 (0.189)	0.052 (1.60)
Turnover kommunenivå	0.286 (0.456)	0.237 (0.426)	0.049 (0.74)
Alder	36.62 (12.403)	36.65 (11.282)	-0.03 (-0.02)
Andel kvinner	0.911 (0.288)	0.937 (0.244)	-0.026 (-0.68)
Observasjoner	56	190	

Note: Tabellen viser turnover før og etter implementering av mentorordning blant nytilsatte sykepleiere i hjemmetjenesten og sykehjem i Trondheim og Bergen (sammenligning). Tabellen viser også t-verdi fra t-test i den tredje kolonnen. Perioden før implementering er definert som 2017 og perioden etter implementering er definert som 2020-2022. * Indikerer at vi forkaster nullhypotesen om at differansen i gjennomsnitt er null. *p<0.1, **p<0.05, ***p<0.01. Kilde: PAI-registeret. Analyse: Oslo Economics.

Tabell 7-6: Regresjoner som sammenligner turnover før/etter implementering blant nytilsatte sykepleiere i Trondheim (4 spesifikasjoner)

Spesifikasjon 1: 2020 som post periode	Turnover total	Turnover virksomhetsnivå	Turnover kommunenivå
---	-----------------------	---------------------------------	-----------------------------

1) Uten kontroller			
Post	0.067 (0.091)	0.068 (0.055)	-0.001 (0.083)
2) Med kontroller			
Post	0.087 (0.096)	0.057 (0.058)	0.030 (0.087)
3) Kontroller + fasteffekt for år og virksomhet			
Post	0.073 (0.123)	-0.029 (0.057)	0.102 (0.113)
Pre gjennomsnitt	0.293	0.051	0.241
Observasjoner	108	108	108
Spesifikasjon 2: 2021 som post periode	Turnover total	Turnover virksomhetsnivå	Turnover kommunenivå
1) Uten kontroller			
Post	0.269*** (0.087)	0.089* (0.053)	0.180** (0.084)
2) Med kontroller			
Post	0.264*** (0.089)	0.094* (0.056)	0.170** (0.085)
3) Kontroller + fasteffekt for år og virksomhet			
Post	0.256** (0.098)	0.031 (0.059)	0.225** (0.094)
Pre gjennomsnitt	0.293	0.051	0.241
Observasjoner	122	122	122
Spesifikasjon 3: 2022 som post periode	Turnover total	Turnover virksomhetsnivå	Turnover kommunenivå
1) Uten kontroller			
Post	0.055 (0.084)	0.024 (0.044)	0.031 (0.079)
2) Med kontroller			
Post	0.076 (0.089)	0.032 (0.051)	0.044 (0.083)
3) Kontroller + fasteffekt for år og virksomhet			
Post	0.069 (0.104)	0.019 (0.059)	0.050 (0.095)
Pre gjennomsnitt	0.293	0.051	0.241
Observasjoner	124	124	124

Spesifikasjon 4: 2020-2022 som post periode	Turnover total	Turnover virksomhetsnivå	Turnover kommunenivå
1) Uten kontroller			
Post	0.135* (0.071)	0.059 (0.037)	0.075 (0.066)
2) Med kontroller			
Post	0.145** (0.072)	0.067* (0.040)	0.077 (0.067)
3) Kontroller + fasteffekt for år og virksomhet			
Post	0.067 (0.093)	-0.015 (0.054)	0.082 (0.087)
Pre gjennomsnitt	0.293	0.051	0.241
Observasjoner	238	238	238

Note: OLS regresjoner blant nytilsatte sykepleiere i hjemmetjenesten og sykehjem i Trondheim. *Post* er en tidsdummyvariabel lik 1 dersom mentorprogram er implementert. Koeffisienten til variabelen *Post* fanger opp endringer i turnover før og etter implementering av mentorprogram. Kontroller inkluderer kjønn og alder. Robuste standardfeil i parentes. * indikerer signifikansnivå: *p<0.1, **p<0.05, ***p<0.01. Kilde: PAI-registeret. Analyse: Oslo Economics.

Tabell 7-7: Regresjoner med kontrollgruppe i Trondheim - DiD analyse (4 spesifikasjoner)

Spesifikasjon 1: 2020 som post periode	Turnover total	Turnover virksomhetsnivå	Turnover kommunenivå
1) Uten kontroller			
Treat*post	0.162 (0.125)	0.113 (0.072)	0.049 (0.115)
2) Med kontroller			
Treat*post	0.174 (0.127)	0.120 (0.073)	0.054 (0.117)
3) Kontroller + fasteffekt for år og virksomhet			
Treat*post	0.208 (0.150)	0.056 (0.080)	0.152 (0.138)
Pre gjennomsnitt	.333	.0702	.263
Observasjoner	232	232	232
Spesifikasjon 2: 2021 som post periode	Turnover total	Turnover virksomhetsnivå	Turnover kommunenivå
Uten kontroller			
Treat*post	0.333*** (0.124)	0.145** (0.069)	0.188 (0.119)
Med kontroller			

Treat*post	0.331*** (0.125)	0.148** (0.070)	0.182 (0.119)
------------	------------------	-----------------	---------------

Kontroller + fasteffekt for år og virksomhet

Treat*post	0.388*** (0.138)	0.127 (0.082)	0.261** (0.130)
------------	------------------	---------------	-----------------

Pre gjennomsnitt	.333	.0702	.263
------------------	------	-------	------

Observasjoner	239	239	239
---------------	-----	-----	-----

Spesifikasjon 3: 2022 som post periode	Turnover total	Turnover virksomhetsnivå	Turnover kommunenivå
---	-----------------------	---------------------------------	-----------------------------

1) Uten kontroller

Treat*post	0.201* (0.120)	0.081 (0.063)	0.120 (0.112)
------------	----------------	---------------	---------------

2) Med kontroller

Treat*post	0.230* (0.121)	0.095 (0.068)	0.135 (0.112)
------------	----------------	---------------	---------------

3) Kontroller + fasteffekt for år og virksomhet

Treat*post	0.242* (0.144)	0.142 (0.089)	0.100 (0.126)
------------	----------------	---------------	---------------

Pre gjennomsnitt	.333	.0702	.263
------------------	------	-------	------

Observasjoner	241	241	241
---------------	-----	-----	-----

Spesifikasjon 4: 2020-2022 som post periode	Turnover total	Turnover virksomhetsnivå	Turnover kommunenivå
--	-----------------------	---------------------------------	-----------------------------

1) Uten kontroller

Treat*post	0.236** (0.101)	0.112** (0.055)	0.124 (0.095)
------------	-----------------	-----------------	---------------

2) Med kontroller

Treat*post	0.245** (0.102)	0.120** (0.057)	0.125 (0.095)
------------	-----------------	-----------------	---------------

3) Kontroller + fasteffekt for år og virksomhet

Treat*post	0.288*** (0.110)	0.098 (0.066)	0.191* (0.099)
------------	------------------	---------------	----------------

Pre gjennomsnitt	.333	.0702	.263
------------------	------	-------	------

Observasjoner	484	484	484
---------------	-----	-----	-----

Note: OLS regresjoner blant nytilsatte sykepleiere i hjemmetjenesten og sykehjem i Trondheim. Kontroller inkluderer kjønn og alder. Robuste standardfeil i parentes. Kontrollgruppe består av nytilsatte sykepleiere i hjemmetjenesten og sykehjem i Bergen. Variabelen *Treat* er en dummyvariabel lik 1 dersom vedkommende tilhører en tiltaksvirksomhet. Koeffisienten til variabelen *Treat*post*, dvs. DiD koeffisienten, sammenligner forskjeller i turnover før/etter implementering av mentorprogram blant nytilsatte sykepleiere i Trondheim med forskjeller i turnover før/etter implementering av mentorprogram i kontrollgruppen (Bergen). Gitt at modellens antakelser er oppfylt, kan denne koeffisienten tolkes som effekten av mentorprogram på turnover. * indikerer signifikansnivå: * $p < 0.1$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$. Kilde: PAI-registeret. Analyse: Oslo Economics.

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

E-post og telefon:
post@osloeconomics.no
+47 21 99 28 00

Besøksadresse:
Klingenberggata 7A
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo