

NOU

Norges offentlige utredninger

2010:13

Arbeid for helse

Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren



Norges offentlige utredninger 2010

Seriens redaksjon:
Departementenes servicesenter
Informasjonsforvaltning

1. Medvirkning og medbestemmelse i arbeidslivet.
Arbeidsdepartementet.
2. Håndhevelse av offentlige anskaffelser.
Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet.
3. Drap i Norge i perioden 2004–2009.
Helse- og omsorgsdepartementet.
4. Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2010.
Arbeidsdepartementet.
5. Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering.
Arbeidsdepartementet.
6. Pensjonslovene og folketrygdreformen I.
Finansdepartementet.
7. Mangfold og mestring.
Kunnskapsdepartementet.
8. Med forskertrang og lekelyst.
Kunnskapsdepartementet.
9. Et Norge uten miljøgifter.
Miljøverndepartementet.
10. Tilpassing til eit klima i endring.
Miljøverndepartementet.
11. Nemndsbehandling av forbrukertvister.
Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
12. Ny klageordning for utlendingssaker.
Justis- og politidepartementet.
13. Arbeid for helse.
Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU

Norges offentlige utredninger **2010: 13**

Arbeid for helse

Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren

Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 18. desember 2009.
Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 14. desember 2010.

ISSN 0333-2306
ISBN 978-82-583-1071-3

07 Aurskog AS

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Utvalget ble opprettet ved kongelig resolusjon 18. desember 2009 for å utrede omfanget av, årsaker til, og mulige virkemidler mot utstøting og sykefravær i helse- og omsorgssektoren. Utvalget legger med dette fram sin utredning og forslag til tiltak.

Oslo 14. desember 2010

Kolbjørn Almlid
leder

Helga Bull-Rostrup

Hanne Børrestuen

Erik Bårdseng

Hege Gjessing

Siren Vetnes Johannessen

Stein Knardahl

Ivar Sønbo Kristiansen

Karin M. Liabø

Mette Nord

Eva Håheim Pedersen

Kjetil Telle

Edle Utaaker

Steinar Westin

Anne Turid Wikdahl

Marit Lie

Vidar Kårikstad

Siri Stangeland

Sjur Ve

Innhold

1	Utvalgets forslag	9		
1.1	Innledning	9		
1.2	Utfordringer i helse- og omsorgs- sektoren	9	3.6.2	Overgang fra sykefravær til andre trygdeytelser 48
1.3	Forslag til innsatsområder og tiltak	10	3.6.3	Samlet overgang fra helse- og omsorgssektoren 48
1.4	Avgrensning og definisjoner av sentrale begrep	12	3.7	Oppsummering 53
1.4.1	Helse- og omsorgssektoren	12	4	Helse- og omsorgssektoren 56
1.4.2	Sykefravær	12	4.1	Innledning
1.4.3	Helserelatert utstøting	15	4.2	Om tjenesten som helhet
1.4.4	Håndtering av ulike typer kunnskap i utredningen	16	4.2.1	Organisering og ressursbruk
1.5	Sammendrag av utredningen	19	4.2.2	Utvikling og utfordringer framover 60
2	Mandat, sammensetning og arbeid	25	4.3	Helse- og omsorgstjenester i kommunene 62
2.1	Mandat	25	4.3.1	Organisering og ressursbruk
2.1.1	Bakgrunn	25	4.3.2	Utviklingstrekk de siste 10-årene .
2.1.2	Mandat	25	4.3.3	Utfordringer og nye reformer
2.1.3	Avgrensning	26	4.4	Spesialisthelsetjenesten
2.1.4	Faktorer som påvirker helse- relatert fravær og utstøting	27	4.4.1	Organisering og ressursbruk
2.1.5	Tilgrensende arbeid	27	4.4.2	Viktigste utviklingstrekk de siste 10-årene 74
2.1.6	Prosedyrer og tidsfrister	28	4.4.3	Utfordringer og nye reformer
2.2	Sammensetning	28	4.5	Oppsummering 77
2.3	Utvalgets arbeid	29	5	Erfaringer fra tilsyn og samarbeidsprosjekter
3	Omfang og utvikling i sykefravær og utstøting	30	5.1	Innledning
3.1	Innledning	30	5.2	Tilsynsmyndigheter
3.2	Sykefravær og utstøting i sektoren som helhet	30	5.3	Tilsyn med HMS-arbeid i spesialisthelsetjenesten
3.2.1	Sykefravær og utførepensjon i Norge	30	5.4	Tilsyn med HMS-arbeid i helse- og omsorgstjenesten i kommunen 82
3.2.2	Utvikling i sykefravær i helse- og omsorgssektoren	33	5.5	HMS i sykehjem: 3-2-1 Sammen om et godt arbeidsmiljø .
3.2.3	Sykefravær blant pleiepersonell i europeiske land	35	5.6	Kvalitetskommuneprogrammet
3.2.4	Sykefravær sammenlignet med andre næringer	36	5.7	Oppsummering 86
3.3	Variasjoner innenfor helse- og omsorgssektoren	38	6	Årsaker til sykefravær og utstøting
3.4	Sykefravær etter kjønn, yrke, utdanning med mer	41	6.1	Innledning
3.5	Sykefraværsdagsverk etter diagnose	45	6.2	Kunnskapsgrunnlaget
3.6	Sammenhengen mellom sykefravær og utstøting fra arbeidslivet	48	6.3	Kjennetegn ved arbeidstakerne
3.6.1	Lengden på sykefraværstilfellene	48	6.3.1	Helse og livsstil
			6.3.2	Sosioøkonomisk status
			6.3.3	Kjønnforskjeller
			6.3.4	Psykologiske faktorer, oppfatninger, holdninger og verdier 93
			6.4	Faktorer i arbeidsmiljøet

6.4.1	Organisatoriske forhold: organisasjonsendringer, ansettelsesformer og arbeidstidsordninger	95	10	Forbedre arbeidsmiljø og arbeidsinnhold	126
6.4.2	Fysisk arbeidsmiljø	96	10.1	Innledning	126
6.4.3	Psykososialt arbeidsmiljø	96	10.2	Gjeldende regelverk	126
6.5	Faktorer på samfunnsnivå	98	10.3	Forslag til tiltak	128
6.5.1	Konjunktursvingninger	98	10.3.1	Prosjekt med forsterket parts- samarbeid	128
6.5.2	Økonomiske insentiver	99	10.3.2	Systematisk utviklingsarbeid	128
6.5.3	Sykemelders rolle som portvakt ..	100	10.3.3	Styrking av ledelsesfunksjonen	129
6.5.4	Tilknytning til arbeidsplassen under sykefraværperioden	101	10.3.4	Kompetanseenhet for å forebygge trusler og vold	131
6.5.5	Holdninger til sykefravær i samfunnet	102	10.3.5	Kompetanseenhet for tekniske hjelpemidler	132
6.6	Oppsummering	103	10.3.6	Utvikling av medarbeidernes kompetanse	132
7	Kunnskapsgrunnlaget for tiltak	106	10.3.7	Gode omstillingsprosesser gjennom medvirkning og partssamarbeid	135
7.1	Innledning	106	10.3.8	Utprøving av nye arbeidstids ordninger	136
7.2	Om årsaker og årsakssammen- henger	106	11	Bedre tilrettelegging for gravide	138
7.2.1	Bruk av empiriske studier for å avdekke årsaks- sammenhenger	106	11.1	Innledning	138
7.2.2	Andre forhold som kan påvirke forskningen	110	11.2	Gjeldende avtale- og regelverk	138
7.3	Systematiske kunnskaps oversikter	110	11.3	Forslag til tiltak	139
7.4	Oppsummering	111	11.3.1	Informasjon om arbeid og graviditet	139
8	Mål, innsatsområder og tiltak	113	11.3.2	Forsøk med oppfølging av gravide på arbeidsplassen	139
8.1	Samarbeid om et inkluderende arbeidsliv (IA)	113	11.3.3	Styrke arbeidslivskompetanse i jordmorutdanningen og andre relevante utdanninger	140
8.1.1	Målene i IA-avtalen	113	12	Bedre seniorpolitikk	142
8.1.2	IA-avtalen og IA-samarbeidet	113	12.1	Innledning	142
8.2	Innsatsområder og tiltak	114	12.2	Gjeldende avtale- og regelverk	142
9	Styrke kunnskap og kompetanse	118	12.3	Forslag til tiltak	143
9.1	Innledning	118	12.3.1	Planlegging av senkarriere	144
9.2	Gjennomførte og pågående forskningssatsinger	118	12.3.2	Langsiktig holdningsarbeid	145
9.3	Forslag til tiltak	119	13	Tettere oppfølging av sykemeldte	146
9.3.1	Bedre og mer meningsfull sykefraværstatistikk	119	13.1	Innledning	146
9.3.2	Forskning på årsaker til sykefravær og utstøting	120	13.2	Gjeldende regelverk	146
9.3.3	Satsing på systematisk utprøving og evaluering av tiltak	121	13.2.1	Oppfølging av sykefravær i dagens regelverk	146
9.3.4	Forbedre systemene for å formidle kunnskap om effektive tiltak	123	13.2.2	Arbeidsdepartementets forslag til endringer i regelverket	147
			13.3	Forslag til tiltak	148
			13.3.1	Styrings- og oppfølgingssystemer	148
			13.3.2	Styrking av tilretteleggings- tilskuddet	149
			13.3.3	Forsøk med 365-dagers egenmelding	149

13.3.4	Individuell oppfølging av sykemeldte	150
13.3.5	Utrede endringer i lønns-tilskuddsordningen	150
13.3.6	Bruk av velferdspermisjoner	151

14	Økonomiske og administrative konsekvenser	153
14.1	Innledning	153
14.2	Økonomiske og administrative konsekvenser	153
	Referanser	155

Kapittel 1

Utvalgets forslag

1.1 Innledning

I denne utredningen er det helse- og omsorgssektorens eget sykefravær og overgangen fra arbeidsliv til uføretrygd eller andre trygdeytelser som står i sentrum, ikke helsetjenesten som virkemiddel for å redusere sykefraværet.

Utvalget har som utgangspunkt at det å være i arbeid i seg selv er bra for helsen. Grupper som står utenfor arbeidslivet har gjennomgående dårligere helse enn yrkesaktive. Det gjelder ikke bare for mottakere av helserelaterte stønader, men for eksempel også arbeidsledige og mottakere av sosialhjelp. Et mer inkluderende arbeidsliv kan bidra til bedre helse og mindre helseforskjeller i befolkningen. Det er i tillegg store helseforskjeller mellom grupper som er i arbeid. Det er mange årsaker til dette, men en av forklaringene kan være at det er store forskjeller i arbeidsinnhold og arbeidsmiljø mellom yrkesgruppene. Det er særlig grupper med kort utdanning og rutinemessig manuelt arbeid som rapporterer om helseplager. Slike forskjeller finnes også mellom yrkesgrupper i helse- og omsorgssektoren.

Sykefravær og manglende tilknytning til arbeidslivet har også økonomiske konsekvenser for enkeltindividet. Til tross for en sjenerøs sykelønnsordning, taper arbeidstakerne økonomisk på sykefravær over tid fordi det fører til reduksjon i framtidig inntekt. I tillegg øker sykefravær risikoen for å falle ut av arbeidslivet. Sykefravær og uføretrygding medfører også store kostnader for samfunnet.

Utvalget legger vekt på at helse- og omsorgssektoren står overfor store utfordringer i årene framover med et stort og økende behov for arbeidskraft. Flere blir gamle, flere blir syke og trenger hjelp over lang tid og flere sykdommer kan behandles med ny teknologi. Det betyr at problemene ikke ensidig kan løses med flere ressurser, men at det må legges vekt på å bruke ressursene på en bedre måte. Mer effektiv bruk av ressursene handler også om å forebygge sykefravær og overgang til andre trygdeordninger.

Samlet sett mener utvalget at dette er viktige argumenter for å satse enda sterkere på tiltak for å redusere sykefravær og på å beholde arbeidstakerne lenger i arbeid i helse- og omsorgssektoren. Etter utvalgets vurdering er en av de største utfordringene for helse- og omsorgssektoren framover å rekruttere og holde på personellet.

1.2 Utfordringer i helse- og omsorgssektoren

En viktig begrunnelse for dette utredningsarbeidet har vært at helse- og omsorgssektoren både har høyt sykefravær og ligger høyt på overgang til andre helserelaterte trygdeytelser. Analyser som utvalget har fått gjennomført i sammenheng med utredningsarbeidet, viser at hovedforklaringen er den høye andelen kvinner som er sysselsatt i helse- og omsorgssektoren sammenlignet med andre næringer. Kvinner har omlag 60 prosent høyere sykefravær enn menn og fordi helse- og omsorgssektoren er svært kvinnedominert får kjønnsforskjellene i sykefravær stor betydning for denne næringen. Analysene viser at dersom det legges til grunn samme kjønns sammensetning i helse- og omsorgssektoren som i alle næringer samlet, reduseres det legemeldte sykefraværet med 15,5 prosent, det vil si fra 8,8 prosent til 7,5 prosent, for tredje kvartal 2009. Det er også flere næringer som har høyere sykefravær enn helse- og omsorgssektoren når statistikken justeres for kjønns sammensetning. Dette kan tyde på at det ikke er sektorspesifikke forhold som er viktigst for å forklare sykefraværet i helse- og omsorgssektoren. Sykefraværet er imidlertid fremdeles noe høyere i helse- og omsorgssektoren enn for alle næringer samlet fordi sykefraværet for menn i denne sektoren er noe høyere enn det gjennomsnittlige sykefraværet for menn.¹

Selv om kjønns sammensetningen er den viktigste forklaringen, er det mye som tyder på at helse- og omsorgssektoren har enkelte spesielle utfordringer når det gjelder arbeidstidsordninger,

innholdet i arbeidet og arbeidsbelastninger. Data fra levekårsundersøkelsene til Statistisk sentralbyrå kan tyde på den delen av personellet som har pasientkontakt har større emosjonelle belastninger og større risiko for vold, trusler og trakassering enn i andre kvinnedominerte yrker.² Det ser også ut til at personellet i større grad opplever en kombinasjon av store krav og lavere grad av kontroll. Deler av personellet rapporterer om flere mekaniske og kjemiske belastninger enn kvinner i andre yrker. Videre er omfang av turnus og kvelds- og nattarbeid større enn i de fleste andre næringer. Det er imidlertid viktig å understreke at det er store variasjoner mellom personellgruppene, både når det gjelder type og omfang av belastning. Det ser ut til at belastningene oppleves størst blant dem med kortest utdanning. I følge Arbeidstilsynet viser tilsyn med helse- og omsorgstjenesten at det har vært en positiv utvikling i helse- miljø- og sikkerhetsarbeidet, men at ledere og ansatte fremdeles opplever at det er en ubalanse mellom oppgaver og ressurser. Samtidig viser levekårsundersøkelsene at ni av ti helsearbeidere er svært eller ganske fornøyd med jobben.³ De fleste opplever også jobben som trygg selv om det er mange som jobber deltid og noen flere som er midlertidig ansatt, enn blant yrkesaktive kvinner generelt.

Det er betydelige variasjoner i sykefraværet mellom ulike deler av helse- og omsorgssektoren, og det er særlig sykefraværet i omsorgstjenesten som gjør at helse- og omsorgssektoren relativt sett har et høyt fravær. Sykefraværet i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene er høyest, med over 10 prosent. I spesialisthelsetjenesten ligger det på i underkant av 8 prosent og i primærhelsetjenesten på i underkant av 7 prosent. Videre er det forskjeller i sykefraværet mellom kommuner og mellom helseforetak. Personellgruppene med det høyeste sykefraværet er blant annet renholdere, pleie- og omsorgsarbeidere og sykepleiere.

Pleie- og omsorgstjenesten i kommunen har størst personellressurser med omlag 120 000 årsverk. I spesialisthelsetjenesten er det nærmere

96 000 årsverk. Det er sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeider og helsefagarbeidere, og personell uten helsefaglig utdanning som utgjør hovedtyngden av personellet i helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Denne typen personell utgjør også den største gruppen i spesialisthelsetjenesten. Personell uten helsefaglig utdanning er den største enkeltgruppen i helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

Selv om helse- og omsorgssektoren har høyere sykefravær og større overgang til uførepensjon og andre helserelevante trygdeytelser enn gjennomsnittet, er den samlede avgangen av sysselsatte fra næringen mindre enn det som er tilfellet for andre næringer. En mulig forklaring kan være at ansatte i helse- og omsorgssektoren ikke opplever arbeid i andre næringer som et tilgjengelig alternativ, og at helserelevante trygdeytelser blir oppfattet som det eneste mulige alternativet dersom helsen eller andre forhold gjør at det ikke er aktuelt å fortsette i jobben. En annen forklaring kan være at helse- og omsorgssektoren har noen kvaliteter som arbeidsplass som fører til at de ansatte blir værende i yrket.

1.3 Forslag til innsatsområder og tiltak

Utvalget legger til grunn at det er målene i IA-avtalene som skal være førende for arbeidet med å redusere fraværet i helse- og omsorgssektoren. *Utvalgets* forslag til tiltak har som mål å bidra til å videreutvikle det arbeidet som allerede foregår i sektoren og til en mer systematisk implementering av regelverket og av målene fra IA-arbeidet.

Utvalget har lagt vekt på betydningen av samarbeidet mellom partene i arbeidslivet, og på at tilsynsmyndighetene og andre sentrale myndigheter har en viktig rolle i å understøtte arbeidet for å redusere sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Forslagene til tiltak er utformet på et relativt overordnet nivå og det er lagt vekt på de store linjene framfor spesifikke tiltak mot enkeltgrupper. Tiltakene har som formål å sette i gang prosesser i virksomhetene. Videre er *utvalget* opptatt av at en styrking av arbeidet med å redusere sykefravær og uføretrygding i all hovedsak må skje i regi av virksomhetene og at sentrale aktører så langt det er mulig bør ivareta stimulerings- og pådriveransvaret gjennom ordinære informasjons- og styringskanaler.

Utvalget har med utgangspunkt i mandatet foreslått tiltak som er avgrenset til helse- og omsorgssektoren, selv om utfordringene ikke nødvendigvis er spesielle for denne sektoren og

¹ Tredje kvartal brukes gjennomgående i utredningen for å gjøre det mulig å sammenligne sykefraværet over tid. Det er viktig å være klar over at sykefraværet var relativt høyt tredje kvartal 2009 på grunn av svineinfluensaen. Se nærmere omtale av sykefraværstatistikken i kapittel 1.4.2 og kapittel 3.

² Gjelder helsearbeidere, det vil si kvinner i utvalgte yrkesgrupper innenfor næringen helse- og sosialtjenester. Se nærmere omtale i kapittel 4 Helse- og omsorgstjenesten.

³ Dette gjelder generelt, ikke bare helsearbeidere. Kvinner og menn er like fornøyd og det er små variasjoner mellom ulike yrker (Horgen og Rønning 2008).

tiltakene i mange tilfeller vil være overførbare til andre næringer. Forslagene inkluderer imidlertid enkelte tiltak som berører andre næringer enn helse- og omsorgssektoren. Siden en så stor andel av de sysselsatte i sektoren er kvinner, vil tiltak rettet mot kvinner kunne ha større betydning i helse- og omsorgssektoren enn i andre næringer. I tillegg kan det tyde på at helse- og omsorgssektoren har noen utfordringer når det gjelder arbeidstidsordninger, innholdet i arbeidet og arbeidsbelastninger. For å sikre en bred tilnærming til problemet og for å ivareta behovet for å styrke kunnskapsgrunnlaget på området, foreslår *utvalget* tiltak på fem innsatsområder:

1. Styrke kunnskap og kompetanse

- Bedre og mer meningsfull sykefraværstatisikk
- Forskning på årsaker til sykefravær og utstøting
- Satsing på systematisk utprøving og evaluering av tiltak
- Forbedre systemene for å formidle kunnskap om effektive tiltak

2. Forbedre arbeidsmiljø og arbeidsinnhold

- Prosjekt med forsterket partssamarbeid
- Systematisk utviklingsarbeid
- Styrking av ledelsesfunksjonen
- Kompetanseenhet for å forebygge trusler og vold
- Kompetanseenhet for tekniske hjelpemidler
- Utvikling av medarbeidernes kompetanse
- Gode omstillingsprosesser
- Forsøk med nye turnus- og arbeidstidsordninger

3. Bedre tilrettelegging for gravide

- Informasjon til gravide og ledere om arbeid og graviditet
- Forsøk med oppfølging av gravide på arbeidsplassen
- Styrke arbeidslivskompetanse i jordmorutdanningen og andre relevante helsefagsutdanninger

4. Bedre seniorpolitikk

- Planlegging av senkarriere gjennom kartlegging og individuelt tilpassede tiltak
- Langsiktig holdningsarbeid i helse- og omsorgssektoren

5. Tettere oppfølging av sykemeldte

- Styrings- og oppfølgingssystemer
- Styrking av tilretteleggingstilskuddet
- Forsøk med 365-dagers egenmelding
- Individuell oppfølging av sykemeldte
- Utrede endringer i lønnstilskuddsordningen
- Bruk av velferdspermisjoner

Utvalgsmedlem Ivar Sønbo Kristiansen foreslår i tillegg å innføre egenandel på sykepenger og en ordning med medfinansiering fra arbeidsgiver i hele sykemeldingsperioden. *Utvalgsmedlemmene Ivar Sønbo Kristiansen og Siren Vetnes Johannessen* foreslår et eget forskningsprogram om holdninger som mulig årsak til sykefravær i sammenheng med tiltak for å bedre årsaksforskningen. *LO's representant i utvalget Mette Nord* støtter forslaget om en satsing på systematisk utprøving og evaluering av tiltak, men er ikke enig i at det er behov for å øke bruken av randomiserte kontrollerte studier.

Utredningen av årsaker til sykefravær og utstøting fra helse- og omsorgssektoren er forankret i St.meld. nr. 20 (2006–2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* og det indikerer at utjevning av sosiale forskjeller i sykefravær og utstøting fra arbeidslivet bør stå sentralt i arbeidet med å redusere fraværet. *Utvalget* mener at hensynet til sosiale forskjeller i sykefravær kan ivaretas gjennom å utforme tiltakene på en slik måte at de blir til nytte for deler av sektoren med lavt utdannings- og inntektsnivå og yrkesgrupper med kort utdanning og lav inntekt. *Utvalget* viser til at pleie- og omsorgstjenesten i kommunen har en stor andel ansatte uten relevant helsefaglig utdanning og bare en liten andel av personellet med helsefaglig utdanning har utdanning på høyskole eller universitetsnivå. Videre er dette den delen av helse- og omsorgssektoren som har høyest sykefravær. Se nærmere omtale av forskjellene i sykefravær innenfor helse- og omsorgssektoren i kapittel 3 *Omfang og utvikling i sykefravær og utstøting*. Innsatsområdene som er foreslått i denne utredningen inneholder ikke tiltak som spesifikt er rettet mot utjevning av sosiale forskjeller i sykefravær og utføretrygding. *Utvalget* mener at hensynet til sosiale forskjeller bør være en gjennomgående tilnærming på tvers av innsatsområder og tiltak, og anbefaler at fordelingseffekter alltid vurderes ved konkretisering og gjennomføring av tiltak.

Utvalget vil understreke at mangel på dokumentasjon av effektive tiltak gjør at flere av tiltakene er foreslått med utgangspunkt i et begrenset kunnskapsgrunnlag. Det betyr at det er nødven-

dig med systematisk oppfølging og evaluering av tiltakene, og er bakgrunnen for at *utvalget* i flere tilfeller foreslår å prøve ut tiltak gjennom systematiske forsøk før det er aktuelt å vurdere gjennomføring i større skala.

1.4 Avgrensning og definisjoner av sentrale begrep

1.4.1 Helse- og omsorgssektoren

Helse- og omsorgssektoren består helt overordnet av kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. I følge mandatet bør utredningen omfatte hele helse- og omsorgssektoren uavhengig av om arbeidsgiver er privat eller offentlig, alle nivåer i tjenesten og alle typer personell inkludert administrativt tilsatte, renholdsmedarbeidere, kjøkkenpersonale osv.

Kommunale helse- og omsorgstjenester kan avgrenses til tjenester utledet av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, med unntak av enkelte tjenester som i dag er plassert hos NAV. I tillegg kommer tannhelsetjenesten som er lagt til fylkeskommunen. Pleie- og omsorgstjenesten inkluderer heldøgns omsorgstjenester i institusjon, hjemmebaserte tjenester i form av hjemmesykepleie og praktisk bistand, aktivisering og dagsentre og eldresentre for eldre og funksjonshemmede, og andre ordninger som støttekontakt, omsorgslønn, brukerstyrt personlig assistent og avlastning. Primærhelsetjenesten inkluderer allmennlegetjenesten (fastleger, kommunelegetjenesten og kommunal legevakt), helsestasjons- og skolehelsetjenesten og fysioterapitjenester. Det kan i praksis være vanskelig å sette et skarpt skille mellom hva som inneholder elementer av helsetjenester og hva som er rene pleie- og omsorgstjenester.

Spesialisthelsetjenesten inkluderer sykehus-tjenester, medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjenester, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, transport til undersøkelse eller behandling og transport av behandlingspersonell. I følge merknadene til spesialisthelsetjenestelovens § 1–2 er «spesialisthelsetjenester» et samlebegrep for tjenester som det ikke er funnet hensiktsmessig å pålegge kommunene ansvaret for. Det betyr at hva som defineres som spesialisthelsetjenester vil være avhengig av oppgavefordelingen mellom nivåene. Se også kapittel 3 *Omfang og utvikling i sykefravær og utstøting* og kapittel 4 *Helse- og omsorgssektoren*.

I den offisielle sykefraværstatistikken inngår helse- og omsorgstjenesten i hovedkategorien «helse- og sosialtjenester» som også inkluderer barnehager, barneverntjenester med mer.⁴ I sammenheng med presentasjon av statistikk på sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren er det derfor nødvendig å avgrense «helse- og omsorgstjenester» mot andre tjenester som er inkludert i kategorien. I sykefraværstatistikken som presenteres i denne utredningen er helse- og omsorgssektoren avgrenset til hele næringskode 86 *Helsetjenester*, hele næringskode 87 *Pleie- og omsorgstjenester* og næringskode 88.1 *Sosialtjenester uten botilbud for eldre og funksjonshemmede*.⁵ Næringskode 88.9 er ikke med. Denne næringskoden inkluderer blant annet barneverntjenester, sosialtjenester for rusmiddelmissbrukere uten botilbud og kommunale sosialtjenestekontor. Helse- og omsorgssektoren utgjør med denne avgrensningen vel 70 prosent av alle dagsverk som ble utført i hele helse- og sosialtjenesten.

1.4.2 Sykefravær

Sykefravær er både et resultat av helseproblemer og hvordan den enkelte forholder seg til helseproblemer. Det er en vanlig oppfatning at en person enten er syk og har krav på å bli hjemme, eller er frisk og bør gå på jobb. Konklusjoner om den norske befolknings helsetilstand er vanligvis basert på data om diagnostiserte sykdommer og levealder. Det er nødvendig å skille mellom patologiske prosesser (engelsk: disease) som kan gi objektive endringer, og den subjektive opplevelsen av å være syk (engelsk: illness). Mange symptomer og tegn ved sykdommer skyldes fysiologiske reaksjoner på den patologiske prosessen, det vil si forsvaret. For eksempel er det vanlig med feber, tretthet og utmattelse ved sykdommer som aktiverer immunforsvaret som infeksjoner og reumatiske sykdommer. Det skyldes immunforsvarets påvirkning av hjernen. Sykdomsatferd (engelsk: illness behavior) er atferd som svar på sykdommen eller opplevelsen av å være syk. Sykdomsatferd kan være hensiktsmessig eller negativ for helsen. Ved svært mange helseproblemer er det ingen objektivt påvisbar patologisk prosess. Det gjelder for

⁴ Sykefraværstatistikken er fordelt etter næring med utgangspunkt i Standard for næringsgruppering NS2007. Hovedkategorien Helse- og sosialtjenester inkluderer næringskode 86 Helsetjenester, næringskode 87 Pleie- og omsorgstjenester og næringskode 88 Sosiale omsorgstjenester uten botilbud. Mer informasjon om næringsstandardene er tilgjengelig på nettsiden til Statistisk sentralbyrå www3.ssb.no/stabas/ItemsFrames.asp?ID=5552001&Language=nb

Boks 1.1 Sykefraværsprosenten til Statistisk sentralbyrå og NAV¹

Sykefraværsprosenten er basert på antall *sykefraværsværksdagsverk* delt på antall *avtalte dagsverk*. Sykefraværsværksdagsverk angir dagsverk som går tapt i sykefraværperioden, og avtalte dagsverk angir antall dagsverk som det er avtalt å jobbe i perioden. Både sykefraværsværksdagsverk og avtalte dagsverk er korrigert for vanlige fridager som helger og offentlige høytidsdager. Dette kan være en mulig kilde til feil i sykefraværstatistikken for næringer med mye bruk av turnusordninger som løper uavhengig av om det er helligdag eller hverdag. Det er særlig for de korte sykefraværene at dette er et problem.

En sykepleier som jobber turnus kan brukes som eksempel. For å karikere problemet kan det antas at han har 100 prosent stilling og bare jobber i helgene. Dersom det forutsettes at det er 20 avtalte dagsverk i januar (og 5 helger) og at han er syk i helgen 16.-17. januar, blir sykefraværsværksdagsverk lik null. Årsaken til dette er at sykefravær i helgene trekkes ut av sykefraværsværks-

perioden. Dette fører til at sykefraværsprosenten blir lik null for januar til tross for at den reelle sykefraværsprosenten er 20 prosent (en av fem helger).

Dette problemet blir langt mindre når sykefraværet går over en lengre periode. Anta at sykepleieren var syk fra og med første til og med tredje helg. Det gir 10 sykefraværsværksdagsverk (17 dager minus seks helgedager og en helligdag) og en sykefraværsprosent på 50. Det reelle sykefraværet er imidlertid 60 prosent (tre av fem helger). Dersom fraværperioden sluttet rett før tredje helg isteden for rett etter, ville det reelle sykefraværet vært 40 prosent, men sykefraværsprosenten ville vært uforandret på 50 prosent.

Den offisielle sykefraværsprosenten kan altså bli både for høy og for lav for denne sykepleieren. Det vil imidlertid særlig være for de kortere fraværene at det kan være en tendens til at sykefraværsprosenten blir for lav.

¹ Avtalte dagsverk i «sykefraværsprosenten» er basert på AA-registeret som inneholder oversikt over alle arbeidsforhold. Registeret inneholder informasjon om alle som arbeider minimum 4 timer i gjennomsnitt per uke. Det betyr at hvis noen jobber mer en måned og mindre en annen så skal de meldes inn og ut av AA-registeret. For virksomheter som melder elektronisk til AA-registeret fra lønnsystemet vil dette skje automatisk.

eksempel de fleste tilfeller av kroniske ryggsmertter og nakkesmertter og psykiske problemer. Behovet for å være borte fra jobb avhenger også av arbeidsplassen og arbeidsoppgavene. I tillegg er det en rekke andre forhold knyttet til enkeltin-

dividet, arbeidsplassen og mer generelle samfunnsforhold som påvirker sykefraværet.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skriver følgende i rapporten *Helsetilstanden i Norge 2010*:

«Sammenhengen mellom sykdom og trygd blir ofte framstilt som om syke er på trygd (sykemelding eller uførepensjon), mens de friske jobber. I realiteten går det ofte ikke noe klart skille mellom frisk og syk. Det er svært vanlig med helseproblemer blant mennesker som er i jobb. Til og med ved alvorlig sykdom som kreft eller hjerte- og karsykdom er det mange som kommer tilbake i arbeid etter en tids sykmelding. Motsatt er det dokumentert at omkring en tredjedel av mennesker som mottar uførepensjon eller tilsvarende, ikke beskriver seg selv som uføre.»

Ekspertgruppen som utredet administrative tiltak for å redusere sykefravær og utstøting, har som hovedbudskap at sykdom og sykefravær er to forskjellige fenomener og at arbeid ofte har en gunstig effekt på helsen (Ekspertgrupperapport 2010). I følge ekspertgruppen er de fleste med

⁵ Følgende næringsinndeling er benyttet: Omsorgstjenester= 86.901, 87.101, 87.102, 87.203, 87.30-87.305, 87.909, 88.10-88.103. Heldøgns omsorgstjenester i institusjon= 87.101, 87.102, 87.301, 87.909. Hjemmebaserte tjenester=86.901, 87.203, 87.302-87.304, 88101. Aktivisering og støttetjenester for eldre=88.102, 88.103. Primærhelsetjenester=86.211, 86.902, 86.903, 86.230. Allmenn legetjeneste=86.211. Fysioterapitjeneste=86.902. Helsestasjons- og skolehelsetjeneste= 86.903. Tannhelsetjenester=86.230. Spesialisthelsetjenester= 86.100-86.109, 86.212, 86.220-86.229, 86.905-86.909, 87.201. Sykehustjenester=86.100 - 86.109. Somatiske poliklinikker= 86.212. Spesialisert legetjeneste=86.220-86.229. Klinisk psykologtjeneste=86.905. Medisinsk laboratorietjeneste=86.906. Ambulansetjenester=86.907. Andre helsetjenester= 86.909. Psykiatriske sykehjem=87.201. Næringskoder som ikke er nevnt, men som inngår i 86, 87 og 88.1 er gruppert som «Annet» i tabeller og figurer. Fra og med 1. kvartal 2009 tok Statistisk sentralbyrå i bruk en ny næringsstandard SN2007 som skiller seg noe fra standarden fra 2001 SN94. I den grad det er mulig er helse- og omsorgssektoren definert på samme måte etter begge standardene.

Boks 1.2 Kommunesektorens fraværstatistikk

KS fører individbasert fraværstatistikk basert på data levert direkte fra kommune eller fra leverandøren av lønns- og personalsystemet.¹ Registeret inneholder informasjon om både kommuner og fylkeskommuner. Registeret har data for perioden fra 1994 fram til i dag. KS samler inn data til registeret to ganger i året. Hver innsamling inneholder data for en 12 måneders periode med kvartalsvis inndeling. KS legger vekt på fraværutvikling basert på data over ett år for å gi en sikrere metode for fraværutvikling.

Registeret inneholder informasjon om alt egenmeldt og legemeldt sykefravær for alle kommuner, og skiller seg dermed fra NAV eller Statistisk sentralbyrås sykefraværstatistikk der det egenmeldte fraværet er basert på en utvalgsundersøkelse. Flere kommuner har en ordning med utvidet egenmelding som får betydning for omfanget av det totale sykefraværet.

Det er mulig å gruppere det totale sykefraværet i ulike varighetsperioder, for eksempel innenfor og utenfor arbeidsgiverperioden og i egenmeldt og legemeldt fravær. Registeret inneholder også informasjon om hvor mange sykefraværstilfeller medarbeiderne har.

¹ KS – Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon.

KS' fraværstatistikk viser gjennomgående et høyere nivå på sykefraværet enn statistikken fra NAV og Statistisk sentralbyrå. Det skyldes blant annet at KS inkluderer noen færre ansatte i registeret. KS inkluderer ikke vikarer, time-lønte og personer på engasjementer. KS ønsker i utgangspunktet å vise sykefraværet knyttet til mulige dagsverk. Vikarer til personer som er syke, er derfor ikke med i statistikken. Registeret gjør det mulig å skille ut fraværstatistikk for ansatte som jobber i ulike arbeidstidsordninger, deriblant turnus.

KS' fraværregister inneholder for øvrig informasjon om følgende variable:

- Arbeidsgiver (kommune/ fylkeskommune)
- Demografiske variable som kjønn og alder.
- Type arbeidssted, for eksempel institusjon, hjemmebasert tjenester osv.
- Ansattes utdanning slik at det er mulig å skille mellom ufaglærte, faglærte og ansatte med høyere utdanning.
- Stillingsstørrelse
- Stillingstype og kategori for eksempel sykepleier, assistent eller leder.

Variablene kan kombineres på ulike måter i presentasjon av statistikken.

helseproblemer faktisk i arbeid, og de mener at det ikke er helsen, men arbeidsførheten og arbeidsevnen som oppmerksomheten bør rettes mot når det skal utformes tiltak for å redusere u hensiktsmessig sykefravær. Kunnskapsoppsummeringen av samfunnsvitenskapelig litteratur om årsaker til sykefravær og utstøting (Kostøl 2010) har som underliggende premiss at andre faktorer enn helse kan påvirke sykefravær og uførepensjonering.

I mandatet er det pekt på at det sannsynligvis er forskjellige årsaker som ligger bak korttids- og langtidsfraværet. Det egenmeldte fraværet står for en relativt liten andel av det totale fraværet, og det er særlig langtidsfraværet som er viktig som prediktor for varig arbeidsuførhet (Ose med flere 2006). Det er særlig uførepensjonering som har sterk sammenheng med langtidssykmeldinger og bør ses i sammenheng. I Norge er det funnet at

blant alle de nye langtidssykmeldte under 40 år som ble sykmeldt med varighet på over 8 uker, var risikoen for overgang til uførepensjon i løpet av en 5 års periode, 8 prosent for menn og 10 prosent for kvinner. For dem med psykisk lidelser ble 24 prosent av mennene uførepensjonert og 11 prosent av kvinnene. Av dem som hadde muskel- og skjelettlidelser ble henholdsvis 5 og 11 prosent uføretrygdet (Gjesdal med flere 2005). En annen norsk studie viser at 60 prosent av dem som ble uføretrygdet i 2002 var sykmeldte i løpet av det nest siste året før uføretrygd ble innvilget (Fevang og Røed 2006).

Sykefraværstatistikken inneholder opplysninger om omfanget av og utviklingen i sykefraværet, inklusiv data om bakgrunnsfaktorer som kjønn, alder, næring, yrkesgruppe og bostedsfylke. I følge mandatet bør utredningen ta hensyn til slike faktorer og deres mulige betydning for fravær og

utstøting. Siden det er sannsynlig at det ligger nokså forskjellige årsaker bak korttids- og langtidsfravær, er det lagt vekt på at utredningen eksplisitt bør skille mellom sykefravær av ulik varighet. Videre bør utredningen i den grad det er mulig, presentere data som viser fordelingen av legemeldt fravær etter diagnosegruppe. Selv om datakildene er mangelfulle, er det gitt som en føring at utredningen bør beskrive trender i sykefraværsutviklingen over noen tid for å kunne drøfte mulige effekter på sykefravær av større endringer på samfunnsnivå.

Sykefraværstatistikken består av legemeldt og egenmeldt sykefravær og sykepengestatistikken av NAV-erstattede sykepengedager.⁶ Statistikken er basert på et register over alle sykemeldinger utfylt av lege og en utvalgsundersøkelse i 10 000 utvalgte bedrifter om egenmeldt fravær. Det legemeldte sykefraværet omfatter alle arbeidstakere mellom 16 og 69 år som er bosatt i Norge og som er registrert i arbeidstakerregisteret med et aktivt arbeidsforhold. For flere detaljer, se Statistisk sentralbyrås nettsider: <http://www.ssb.no/sykefratot/om.html>.

Utvalget vil understreke at sykefraværsprosenten gir uttrykk for gjennomsnittsfraaværet i hele befolkningen, ulike næringer, virksomheter osv, og at dette gjennomsnittet ikke viser hvilket sykefravær folk flest har. De fleste arbeidstakere har et svært lavt fravær, mens noen få har et høyt fravær som drar gjennomsnittsfraaværet dramatisk opp (Einarsen og Schulze 2007). I en avdeling eller virksomhet kan det at en medarbeider er borte nesten hele året i stor grad påvirke gjennomsnittsfraaværet. Jo mindre enhet som det regnes på, desto mer vil gjennomsnittstallet være påvirket av slike «tilfeldige» utslag. Mulighetene for å redusere fraaværet i en virksomhet vil i mange tilfeller være mer avhengig av type fravær og hvordan det fordeler seg blant de ansatte, enn størrelsen på fraaværsprosenten. I 2008 stod 12 prosent av de sysselsatte for 80 prosent av de legemeldte fraaværslagene (Ekspertgrupperapport 2010).

I tillegg til sykefravær, er «nærvær» et begrep som i dag brukes mye i sammenheng med arbeidet for å forebygge sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Det innebærer at oppmerksomheten rettes mot faktorer som motiverer til fortsatt yrkesdeltakelse heller enn mot faktorer som

bidrar til avgang fra yrkeslivet. Nærvær brukes også i en annen betydning, nemlig om en situasjon der arbeidstakere går på jobb til tross for at de har helseplager.

1.4.3 Helsereelatert utstøting

I mandatet slås det fast at «utstøting», ved siden av «sykefravær», vil være det mest sentrale begrepet i utredningen. Det understrekes at det er langt vanskeligere å gi utstøting en presis definisjon enn det som er tilfellet for sykefravær. Det er «helsereelatert utstøting» som framheves som det mest sentrale for utredningsarbeidet. Det pekes på at det kan være elementer av helsereelatert utstøting i nedbemanningsprosesser, ordninger for inntektssikring inkludert de som ikke er direkte helsereelaterte, og arbeidsrelaterte ytelser, inkludert avtalefestet pensjon og andre varige og midlertidige inntektssikringsordninger. Videre pekes det på muligheten for helsereelatert utstøting fra helse- og omsorgssektoren til andre sektorer eller gjennom redusert arbeidstid og deltid. Det overlates til utvalget å drøfte nærmere hva som skal forstås med helsereelatert utstøting.

Utvalget viser til at det er tradisjon for å bruke begrepet «utstøting» både i forskningsprosjekter og forskningsprogrammer i regi av Norges forskningsråd, i stortingsmeldinger som St.meld. nr. 20 (2006–2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* og St.meld. nr. 9 (2006–2007) *Arbeid, velferd og inkludering*, og i offentlige utredninger som NOU 2000: 27 *Sykefravær og uførepensjoner* og NOU 2007:4 *Ny uførestønning og ny alderspensjon til uføre*. Begrepet knyttes både til samfunnsmessige, arbeidsplassrelaterte og individuelle faktorer, som for eksempel i forskningsprogrammet om årsaker til sykefravær og utstøting:

«Arbeidsdeltakelse og utstøting foregår i et samspill mellom samfunnsmessige, arbeidsplassrelaterte og individuelle faktorer. Årsaker til fravær fra arbeidslivet må søkes i individuelle og kollektive oppfatninger av helse og sykdom, arbeidsmiljøet, samt endringer og utviklingstrekk i dette, arbeidsmarkedet, faktorer utenfor arbeidslivet, samt i praktiseringen og virkningen av stønnsordningene.»

Begrepet ble også benyttet i mandatet til rapporten *Forhold av betydning for utstøting fra arbeidslivet: utredning av utstøting fra arbeid i petroleumsvirksomheten på Norsk kontinentalsokkel med forslag tiltak* som ble utarbeidet av en partssammen-

⁶ Erstattede sykepengedager er basert på registrert utbetaling av sykepenger i en gitt periode. Det er dager NAV har utbetalt sykepenger for og som ikke er justert for hverken stillingsandel eller gradering. Det er normalt maksimalt 248(5 dagers uke – arbeidsgiverperioden på 12 dager) dager per år.

satt gruppe (Rapport fra partssammensatt gruppe 2005).

Det er ulike syn i *utvalget* på hvor godt egnet begrepene «utstøting» og «helsereelatert utstøting» er for å beskrive en situasjon der arbeidstakere forsvinner ut av helse- og omsorgssektoren, enten for lang tid eller varig. Begrepene kan oppfattes slik at de impliserer en prosess som er ufriwillig og hvor individet er helt passivt. Begrepet utstøting er emosjonelt ladet. Det ligger en implisitt antakelse i begrepet om at arbeidstakere blir presset ut av arbeidslivet. De viktigste argumentene mot å bruke utstøting som begrep er at det i liten grad peker mot individuelle årsaker til at personer forsvinner ut av arbeidslivet og at det impliserer at alt frafall fra sektoren er ufriwillig. *Utvalget* har derfor diskutert «fracfall» som alternativt begrep til utstøting. I den nye avtalen om et inkluderende arbeidsliv er begrepet frafall brukt parallelt med utstøting.

Når *utvalget* har valgt å beholde begrepet utstøting, er det viktigste argumentet at det i følge mandatet er den helsereleaterte utstøtingen som skal utredes, ikke annen type avgang fra sektoren eller fra yrkeslivet. I tillegg er det lagt vekt på at utstøting er et begrep som i større grad retter oppmerksomheten mot strukturelle forklaringer. Det betyr ikke at individuelle faktorer er uinteressante. *Utvalget* vil understreke at helsereelatert utstøting ikke handler om at arbeidsgiverne aktivt presser passive arbeidstakere ut av arbeidslivet, men om en rekke ulike mekanismer på samfunnsnivå, på arbeidsplassen og på individnivå som fører til at arbeidstakere forlater arbeidslivet på grunn av helseproblemer.

Som indikatorer på helsereelatert utstøting, har *utvalget* valgt å bruke overgang til uføretrygd, rehabilitering og attføring, og langvarig sykemelding. I tillegg presenteres statistikk på overgang til avtalefestet pensjon (AFP), ikke-deltakelse i arbeidsstyrken og overgang til annen sektor. AFP, ikke-deltakelse i arbeidsstyrken og overgang til annen sektor handler sannsynligvis om mye annet enn helsereelatert utstøting, men *utvalget* mener likevel at det kan være interessant å se på omfanget av denne typen frafall fra sektoren og om det eventuelt er slik at helse- og omsorgssektoren skiller seg fra andre sammenlignbare sektorer på disse indikatorene.

LO's representant i utvalget Mette Nord viser til at bruken av begrepet «fracfall» i IA-avtalen henpeiler på den frivillige avgangen fra arbeidslivet som har betydning for målsetningen om å forlenge yrkesaktiviteten etter fylte 50 år med seks måneder. Videre viser *representanten* til at sykefra-

værproblematikken har ulike sider det er nødvendig å være oppmerksom på, og at helsereelatert utstøting også har et element av ufriwillighet og press i seg. Selv om det ikke nødvendigvis er bevisst fra arbeidsgivers side har overgang til uførestønad vært brukt som et aktivt virkemiddel i ulike sammenhenger.

1.4.4 Håndtering av ulike typer kunnskap i utredningen

Utvalget har i hovedsak benyttet offisiell statistikk fra NAV og Statistisk sentralbyrå for å beskrive situasjonen i sektoren. I tillegg har *utvalget* fått gjennomført tre kunnskapsoppsummeringer for å få en oversikt over forskningsbasert kunnskap om årsakssammenhenger. Kunnskapsoppsummeringene er brukt som grunnlag for å beskrive kunnskapsgrunnlaget for de mest vanlige hypotesene om årsaker til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet.

Utvalget har hatt som mål å få en oversikt over hvilke hypoteser som er godt nok dokumentert til at de bør legges til grunn for det videre arbeidet med virkemidler og tiltak. Det kan imidlertid etter *utvalgets* vurdering være aktuelt å gjennomføre tiltak selv om årsakssammenhengene ikke er avdekket fullt ut. I tilfeller der det foreslås tiltak som ikke er tilfredsstillende empirisk dokumentert er det særlig viktig å legge til rette for systematisk evaluering.

Utredningen inneholder også en omtale av resultater fra tilsyn med hvordan virksomheter i sektoren følger opparbeidsmiljøloven og annet regelverk. Selv om tilsynene ikke er gjennomført etter vitenskaplige kriterier, kan resultatene gi utfyllende informasjon om utfordringene i sektoren.⁷ *Utvalget* har ikke vurdert i hvilken grad resultatene fra Arbeidstilsynets tilsynsvirksomhet er dekkende for situasjonen i helse- og omsorgssektoren, men kun referert konklusjonene fra de tilsynene som er gjennomført.

I tråd med mandatet omtales også gode eksempler på forebyggende prosjekter og tiltak lokalt, nasjonalt og internasjonalt selv om virkemidler og tiltak ikke er vurdert etter vitenskapelige kriterier. For eksempel er det presentert eksempler fra kommuner, helseforetak og enkeltinstitusjoner som har observert en reduksjon i sykefraværet uten at det er dokumentert hvilke

⁷ For eksempel vil tilsyn vanligvis ikke rette seg mot et tilfeldig utvalg av virksomheter, men vil ha som mål å fange opp virksomheter som har utfordringer knyttet til arbeidsmiljø, for å bidra til å forbedre situasjonen der problemene er størst.

Boks 1.3 Helserelaterte livsoppholdsytelser

Sykepenger

Sykepenger ytes for arbeidstakere fra og med første sykefraværsdag og inntil 260 dager (52 uker). Sykepenger tilsvarer 100 prosent av den gjennomsnittlige arbeidsinntekten per uke som arbeidstakeren har hatt i arbeidsforholdet i en nærmere bestemt periode før han eller hun ble arbeidsufør. Medlemmer med årlig inntekt på minst 0,5 G er berettiget til sykepenger under sykdom som medfører arbeidsudyktighet. Som hovedregel gjelder en ventetid på fire uker for rett til sykepenger, det vil si at yrkesaktiviteten må ha vart i minst fire uker.

Ved *gradert sykemelding* ytes graderte sykepenger dersom den sykemeldte kan utføre deler av sine vanlige arbeidsoppgaver, enten ved å arbeide redusert tid eller ved å bruke lengre tid på å utføre arbeidsoppgavene. Det samme gjelder dersom den sykmeldte kan få nye arbeidsoppgaver etter tilrettelegging gjennom bedriftsinterne tiltak. Sykepengene kan graderes ned til 20 prosent. Tidsrom med graderte sykepenger medregnes i den totale sykepengeperiodens lengde.

Gjennom *aktiv sykmelding* kan den sykemeldte opprettholde kontakten med arbeidsplassen og utprøve eller avklare egen arbeidsevne. Aktiv sykmelding er en ordning som gir mulighet til å prøve seg i arbeid på tross av sykdom. Sykemelder skal først ha vurdert gradert sykmelding, før aktiv sykmelding anses aktuelt. En forutsetning er at arbeidsgiver finner andre arbeidsoppgaver i tilknytning til utprøving av funksjonsevnen, opplæring i nye oppgaver eller arbeidstrening. Den sykemeldte beholder syke-

pengene og arbeidsgiver betaler lønn bare i arbeidsgiverperioden. Dersom den sykemeldte derimot delvis kan utføre vanlige arbeidsoppgaver eller nye arbeidsoppgaver, eventuelt etter tilrettelegging, er graderte sykepenger korrekt ytelse.

Uføreytelser

Uføreordningen omfattet tidligere to ytelser: tidsbegrenset uførestønad og uførepensjon. Tidsbegrenset uførestønad er opphørt fra 1. mars 2010. Fra samme tidspunkt er det innført en ny stønad som erstatter tidsbegrenset uførestønad, attføringspenger og rehabiliteringspenger. Den nye stønaden kalles arbeidsavklaringspenger.

Arbeidsavklaringspenger ytes til personer som etter utløpt sykepengeperiode på grunn av sykdom eller skade har behov for arbeidsrettede tiltak, medisinsk behandling eller annen oppfølging fra NAV for å komme i arbeid. Ytelsen kan gis så lenge det er påkrevd for at personen skal kunne gjennomføre planlagt aktivitet med sikte på å komme i arbeid, men som hovedregel ikke lenger enn 4 år. Ytelsen tilsvarer i utgangspunktet 66 prosent av pensjonsgivende inntekt i året før arbeidsevnen ble nedsatt med minst halvparten.

Uførepensjon er en varig ytelse til personer som har varig nedsatt inntekts- eller arbeidsevne på grunn av sykdom, skade eller lyte. Det er videre et krav at søkeren har gjennomgått hensiktsmessig behandling og hensiktsmessige arbeidsrettede tiltak. Ytelsen beregnes etter de samme prinsipper som alderspensjon.

faktorer som har ført til reduksjonen og i hvilken grad resultatene er overførbare. *Utvalget* har benyttet slike eksempler som grunnlag for arbeid med mer systematiske tilnærminger for å redusere sykefraværet i sektorene som helhet.

I tillegg til å sammenfatte relevant forsknings- og utredningsarbeid, skal *utvalget* i følge mandatet synliggjøre kunnskapshull. *Utvalget* drøfter i denne sammenhengen hvordan en mer systematisk utprøving av tiltak kan brukes som grunnlag

for å evaluere effekter av tiltak og foreslår strategier for å styrke kunnskapsgrunnlaget.

LO's representant i utvalget Mette Nord viser til at utvalgets mandat er å sammenfatte relevante forsknings- og utredningsarbeid og synliggjøre kunnskapshull på området. Selv om kunnskapsgrunnlaget er problematisert i utredningen viser både det innhentede kunnskapsgrunnlaget og omtalen av annen forskning, tilsyn og prosjekter sammenfallende resultater uavhengig av forskningsmetode. Det er et godt erfaringsgrunnlag

også i gjennomførte prosjekter og tiltak, og det framkommer en rekke fellesnevner i kunnskapsgrunnlaget og annen forskning på tiltak. Om dette ikke ses i sammenheng, kan det framstå som om manglene i kunnskapsgrunnlaget er omfattende. Dette kan igjen bidra til at fokus på områder hvor det er viktig å innhente kunnskap nedtones. Dette gjelder for eksempel spørsmålet om hvilke tiltak som skal settes inn for å forebygge overgang fra sykemelding til andre trygdeordninger og tiltak for å redusere deltid.

Utvalgsmedlem Ivar Sønbo Kristiansen viser til at denne utredningen fremlegger ny kunnskap ved å vise at det høye sykefraværet i helsesektoren kan forklares med den høye andelen kvinnelig arbeidskraft. Utredningen fremlegger dessuten statistikk som dokumenterer at risikoen for uførepensjonering viser en stigende tendens fra 1970 til i dag hos menn og særlig hos kvinner. Dette er tilfelle også når man tar hensyn til aldring i befolkningen. Man ville forvente at når flere blir uføretrygdet på grunn av helseplager, ville sykefraværet gå ned i den yrkesaktive befolkning. Arbeidskraftundersøkelsen som har pågått siden 1972, tyder derimot på at sykefraværet har økt blant kvinner, men ikke blant menn.

Dette utvalgsmedlemmet peker på at det fra 1970 er det gjennomført omfattende tiltak for å redusere arbeidsfraværet (sykefravær og uførepensjonering), og mener at utredningens kapittel 5 og 8 bare omtaler en mindre del av den omfattende innsats som har vært iverksatt for å redusere arbeidsfraværet. Tross alle tiltak er fraværet imidlertid økende. Man kan ikke derved konkludere at tiltakene har vært uten effekt, men det er likevel liten grunn til å tro at tiltakene samlet sett kan ha hatt særlig stor eller langvarig effekt. Det er påfallende at det ikke finnes noen oversikt over hva tiltakene har kostet eller om deres effekter står i et rimelig forhold til kostnadene. En rekke av de tiltak som er gjennomført eller pågår, bygger på en antagelse om at det er ulike faktorer ved arbeidet eller arbeidsmiljøet som forklarer arbeidsfraværet. Tiltakene kan derved bidra til å legitimere et høyt arbeidsfravær, og man kan ikke utelukke at enkelte tiltak har en motsatt effekt av den tilsiktede.

Dette utvalgsmedlemmet viser til at det er gjort omfattende forskning og utredning på arbeidsfravær og dets årsaker. Utredningens kapittel 6 er basert på forskning som er ansett å tilfredsstillende visse kvalitetskriterier, og mange forskningsresultater er derfor holdt utenfor. Likevel er det knyttet usikkerhet til mange av de forskningsresultater som er omtalt i kapittel 6. Det ser derfor ut til at

kunnskapsgrunnlaget er svakt når det gjelder årsakene til arbeidsfravær, særlig når det gjelder befolkningens holdninger som mulig forklaring på det økende arbeidsfraværet. Kapittel 6 nevner en rekke årsaker til *variasjon* i arbeidsfraværet, men det fremkommer ingen gode forklaringer på at arbeidsfraværet er *økende*. Mange av hypotesene om årsaker til arbeidsfravær står således forskningsmessig svakt. Hvorvidt dette kan skyldes interessekonflikter som er nevnt i kapittel 7, er ukjent.

Dette utvalgsmedlemmet mener at de fleste av utvalgets forslag har det til felles at de er foreslått tidligere og til dels gjennomført. De fleste bygger på antagelsen at det er problemer ved arbeidsgiver, arbeidet eller arbeidsmiljøet som er årsak til arbeidsfraværet. Tiltakene overser at årsaken til økende arbeidsfravær kan ligge hos arbeidstakere. Forslagene gir i liten grad arbeidsgiverne eller arbeidstakerne økonomiske incentiver til å finansiere eller gjennomføre tiltak som kan redusere sykefraværet. Det foreligger lite eller ikke forskningsmessig grunnlag for å tro at de foreslåtte tiltakene vil ha noen betydelig og varig effekt. Nederland var et eksempel på at land med arbeidsfravær på nivå med det norske. Nederland har nesten halvert sitt arbeidsfravær, og man må tro at det samme kan oppnås i Norge, men det vil trolig kreve andre tiltak enn dem som er foreslått av utvalget.

Utvalgsmedlem Stein Knardahl viser til merkningen fra utvalgsmedlem Ivar Sønbo Kristiansen om at kunnskapsgrunnlaget er svakt når det gjelder årsakene til arbeidsfravær. Man mangler kunnskap om frafall fra arbeidslivet fordi man mangler undersøkelser som omfatter arbeidsforhold, kompetanse, holdninger, helse og økonomiske forhold og som følger enkeltindividenes forløp over tid. Denne utredningen har ikke hatt anledning til å utrede betydningen av forholdet mellom jobbkrav og kompetanse for frafall fra arbeidslivet.

Dette utvalgsmedlemmet påpeker at frafall fra arbeidslivet (utstøting) utgjør et større problem enn sykefravær. Utstøting er utredet tidligere i en annen sektor. I regi av Arbeids- og inkluderingsdepartementet leverte en parts sammensatt arbeidsgruppe en utredning om «*Forhold av betydning for utstøting fra arbeidslivet: utredning av utstøting fra arbeid i petroleumsvirksomheten på Norsk kontinentalsokkel med forslag til tiltak*» Se også St.meld. nr. 12 (2005–2006). Utredningen anbefalte blant annet tiltak for bedre datagrunnlag for forskning. Utvalget konkluderte med at man trenger kunnskap om de enkelte individers forløp

over lang tid fram til pensjonering for å konkludere om utstøting. Arbeidsgruppen anbefalte at partene i arbeidslivet sammen med kompetente forskningsmiljø(er) danner en prosjektgruppe som skal utrede muligheten for innsamling av data om arbeidsmiljø eller arbeidsinnhold, helse, og kompetanse på en slik måte at de kan kobles til registre for sykefravær, attføring og pensjonering.

Dette utvalgsmedlemmet viser til at de få undersøkelserne denne NOU-en har funnet av forløp av arbeidsevne over tid, fant at endringer i kontroll over arbeidssituasjonen, tilfredshet med jobben, anerkjennelse, og organisasjonsklima hadde betydning for forløp av arbeidsevne. En rekke undersøkelser med adekvat metodekvalitet påviser arbeidsfaktorer som har betydning for helse, motivasjon, og fravær. Forskning innen ulike fagfelt peker ut de samme påvirkningsfaktorene som positive eller negative. Selv om man mangler gode eksperimentelle undersøkelser, er det godt grunnlag for å trekke konklusjoner om arbeidsfaktorer som har betydning for fravær og frafall.

1.5 Sammendrag av utredningen

Kapittel 3 Omfang og utvikling i sykefravær og utstøting

Sykefraværet, både for kvinner og menn, har variert en god del siden begynnelsen av 1970-tallet. Det har vært en stigende tendens for kvinner mens det for menn har svingt rundt samme nivå som på 1970-tallet. Kvinner har i dag om lag 60 prosent høyere sykefravær enn menn. Det har vært en økning i andel uføremottakere i samme periode.

Data fra arbeidskraftundersøkelsen viser at det har vært en betydelig økning i sykefraværet i næringskategorien helse- og sosialtjenester sammenlignet med det samlede fraværet i Norge. Mens fraværet i helse- og sosialtjenesten omtrent tilsvarte det samlede fraværet i 1980, var fraværet i helse- og sosialtjenestene omtrent 30 prosent høyere enn det samlede fraværet i 2009. Helse- og omsorgssektoren er den næringen med absolutt høyest kvinneandel og dette er den viktigste forklaringen på at sykefraværet er relativt høyt sammenlignet med andre næringer. Sykefraværet blant menn i helse- og omsorgssektoren er imidlertid også høyere enn gjennomsnittsfraværet for menn. En sammenligning av sykefraværet blant pleiepersonell og annet personell med tilsvarende utdanning i et utvalg europeiske land tyder på at sykefraværet blant pleiepersonellet er noe høyere i Norge. Sannsynligvis reflekterer dette imidlertid

bare det faktum at sykefraværet generelt er høyt i Norge.

Innenfor helse- og omsorgssektoren er det særlig i omsorgstjenestene at sykefraværet er høyt, over 10 prosent. I primærtjenestene er det under 7 prosent og i spesialisthelsetjenestene ligger det under 8 prosent. Det er også forskjeller i sykefravær mellom ulike helseforetak og mellom kommuner som tyder på at det er et potensial for å redusere fraværet. Det er sosiale forskjeller både i sykefravær og utstøting fra arbeidslivet blant sysselsatte i helse- og omsorgssektoren.

Om lag 40 prosent av de legemeldte sykefraværsdagsverkene er diagnostisert som muskel- og skjelettlidelser. Dette er omtrent det samme som i befolkningen som helhet. Diagnoser som gjelder psykiske lidelser står for nesten 20 prosent av sykefraværsdagsverkene. For kvinner utgjorde svangerskapsrelaterte lidelser en ikke ubetydelig diagnosegruppe. Andelen av fraværet som skyldtes muskel- og skjelettlidelser var spesielt stort blant renholdere, kokk eller kjøkkenassistenter og pleie- og omsorgsarbeidere. Psykiske lidelser er vanligst i yrkesgruppen sosionom, vernepleier og barnevernspedagog, og mellomledere.

Det er de lange sykefraværene som utgjør hovedtyngden av sykefraværsdagene. Sykefravær av varighet over to måneder utgjør nesten 72 prosent av alle sykefraværsdagene. Fravær over 9 måneder utgjør alene 33 prosent av alle fraværsdagene. I mandatet er det lagt spesiell vekt på overgangen fra lange sykefravær til mer permanent utstøting fra arbeidslivet. Blant arbeidstakere i helse- og omsorgssektoren som hadde brukt opp sykepengere retten, var om lag en femtedel tilbake i arbeid, drøyt halvparten var på rehabilitering eller attføring, og om lag en femtedel uførepensjonert, 3 måneder senere.

72 prosent av arbeidstakerne som var sysselsatt i helse- og omsorgssektoren i 2001 var fremdeles i jobb i 2009. Det er omtrent det samme som for alle næringer samlet. Det var gruppen som var ansatt i deltidsstilling på under 20 timer i 2001 som hadde den laveste andelen. Andelen sysselsatte i helse- og omsorgssektoren som har gått over på uføreytelser eller andre helserelaterte trygdeytelser er høyere enn i andre næringer. Dette kan tyde på at det ikke er enklere å forbli i arbeid med helseproblemer i helse- og omsorgssektoren enn i andre næringer. Det er derfor lite sannsynlig at det høyere sykefraværet i helse- og omsorgssektoren skyldes at arbeidstakere med dårlig helse i mindre grad støtes ut sammenlignet med andre næringer. Tall fra arbeidskraftundersøkelsen viser på den annen side at funksjons-

hemmede er noe overrepresentert blant de sysselsatte i hele næringen helse- og sosialtjenester. Hovedforklaringen på at overgangen til helserelaterte trygdeytelser er relativt høy sammenlignet med andre næringer er imidlertid den høye andelen kvinner blant de sysselsatte.

Samtidig som helse- og omsorgssektoren har relativt høy avgang av sysselsatte til helserelaterte trygdeytelser, er avgangen av sysselsatte til andre næringer mindre enn gjennomsnittet. En mulig forklaring kan være at ansatte i helse- og omsorgssektoren ikke opplever arbeid i andre næringer som et tilgjengelig alternativ, og at helserelaterte trygdeytelser blir oppfattet som det eneste mulige alternativet dersom helsen eller andre forhold gjør at det ikke er aktuelt å fortsette i jobben. En annen forklaring kan være at helse- og omsorgssektoren har noen kvaliteter som arbeidsplass som fører til at de ansatte blir værende i yrket.

Kapittel 4 Helse- og omsorgssektoren

Beskrivelsen av helse- og omsorgssektoren i dette kapitlet, viser at sektoren har noen kjennetegn som det kan være relevant å trekke inn i diskusjonen av årsaker til sykefravær og utstøting fra sektoren. Sektoren er et eksempel på at Norge til dels har et kjønnssegregert arbeidsliv. Kvinner utgjør mer en tre fjerdedeler av ansatte i helse- og omsorgstjenesten som helhet, og i den kommunale helse- og omsorgssektoren utgjør kvinner en enda høyere andel. Siden sykefraværsprosenten er høyere for kvinner enn for menn i alle yrker og næringer, fører det til at helse- og omsorgssektoren har spesielle utfordringer sammenlignet med andre sektorer med lavere andel kvinner.

Om lag ni prosent av hele arbeidsstokken i Norge er sysselsatt i helse- og omsorgssektoren, og i de seneste 10 til 15 årene har det vært vekst både i årsverk og budsjetter. Helse- og omsorgssektoren er den næringen i landet som har den høyeste andelen sysselsatte med arbeid utenfor vanlig dagtid på grunn av skift- og turnusarbeid. Det er også en stor andel av de ansatte som arbeider deltid.

Det er stor oppmerksomhet knyttet til helse- og omsorgssektoren, og befolkningen forventninger til kvalitet og kvantitet øker i takt med utviklingen av nye behandlingsmuligheter. Samtidig er det knyttet spesielle utfordringer til det å arbeide med å ivareta andre menneskers helse- og omsorgsbehov, sterke følelser og bekymringer knyttet til pasienters, deres pårørendes eller familiens helsesituasjon. Det ser også ut til at sektoren har noen spesielle utfordringer knyttet til enkelte

typer fysiske belastninger og trusler, vold og trasseringen.

Det har de senere årene vært gjennomført omstillinger og omstruktureringer med betydning for mange av de ansatte i sektoren. Samtidig er det i helse- og omsorgssektoren sammenlignet med andre næringer, relativt sett færre ledere per ansatte, spesielt på det nivået som utøver direkte pasientrettet arbeid.

I følge fremskrivninger er det anslått at det samlet for hele sektoren vil være behov for mellom 95 000 og 135 000 nye årsverk fram mot 2030. Videre vil det som et resultat av oppgave- og funksjonsendringer mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene stilles økende krav til kompetanse i de kommunale tjenestene. Det kan i denne sammenhengen være en utfordring at en stor andel av de sysselsatte i sektoren er uten helsefaglig utdanning selv om denne andelen er synkende.

Oppfølgingen av samhandlingsreformen vil kunne få betydning for arbeidssituasjonen for helse- og omsorgspersonellet framover, både når det gjelder endringer i krav til kompetanse og behov for mer fleksibel bruk av arbeidskraft.

Kapittel 5 Erfaringer fra tilsyn og samarbeidsprosjekter

Arbeidstilsynet har gjennomført tilsynsprosjekter over flere år og mener at det har skjedd en positiv utvikling helse- miljø og sikkerhetsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten. Helseforetakene har etablert rutiner og forankret arbeidet i ledelsen. Mange kommuner har klart å redusere belastningene i hjemmetjenesten. Tilsynene viser imidlertid at tunge løft og uheldige arbeidsstillinger fremdeles er et problem, og at det rapporteres om en økning i vold og trusler. I følge Arbeidstilsynet er de viktigste felles utfordringene at de ansatte opplever en ubalanse mellom oppgaver og ressurser og manglede medvirkning i sammenheng med omstillingsprosesser. I de senere årene har det vært gjennomført omfattende omstillinger i helse- og omsorgssektoren, men i motsetning til en del andre næringer har ikke dette ført til større nedbemanning i sektoren som helhet.

Arbeidstilsynet mener videre at strategien i 3-2-1 prosjektet om et mer forpliktende partssamarbeid i virksomhetene har gitt resultater i form av redusert sykefravær. Tydelig rolleavklaring har blant annet medført tydeligere ledelse. Synlig kommunikasjon i partssamarbeidet og respekt for hverandres roller har også bidratt til bedre involvering av de ansatte i virksomhetene.

Evalueringen av kvalitetskommuneprogrammet viser at kommunene som har deltatt i programmet har hatt en gunstigere sykefraværsutvikling enn andre norske kommuner. Det er imidlertid usikkert om dette skyldes tiltakene som er gjennomført i regi av programmet, eller naturlig variasjon i sykefraværet.

Kapittel 6 Årsaker til sykefravær og utstøting

Den forskningsbaserte kunnskapen om hva som er årsaken til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet er begrenset. Det meste av forskningen er basert på observasjonsstudier der metodiske svakheter gir grunn til å tolke resultatene med varsomhet. Tilgjengelig forskning tyder imidlertid på at en rekke forhold knyttet til enkeltindividet, arbeidsplassen og mer generelle samfunnsforhold kan ha betydning for sykefravær og utstøting fra arbeidslivet.

Det er en sammenheng mellom sykefravær og overgang til trygdeytelser og den enkeltes helse. Det er godt samsvar mellom utbredelsen av muskel- og skjelettlidelser i befolkningen og forekomsten av legemeldt sykefravær med slike diagnoser. Det ser også ut til å være et visst samsvar mellom andelen av det legemeldte sykefraværet som er diagnostisert som en psykisk lidelse, og anslag på omfanget av slike lidelser i befolkningen. Det er videre en sammenheng mellom trygding og en lang rekke subjektive og objektive mål på helse. I likhet med de sosiale forskjellene i befolkningens helse, er det sosiale forskjeller i sykefravær og utstøting fra arbeidslivet.

Samtidig er det mange andre forhold som kan ha betydning for å forstå hva som fører til sykefravær og overgang til utførepensjonering. Det ser ut til å være sosiale forskjeller i tilknytning til arbeidslivet som kan ha betydning både for sykefravær og uføretrygding. En persons oppfatninger om sykdom og forståelse av sammenhengen mellom sykdom og arbeid kan ha betydning. En gjennomgang av litteraturen knyttet til ryggsmarter tyder på at psykologiske faktorer kan ha betydning for framtidige helseproblemer, sykefravær og uførhet.

Kjønnsforskjellene i sykefravær kan bare delvis forklares med sykefravær relatert til graviditet og andre helseproblemer som er spesielle for kvinner. Videre ser det ut til at hypotesen om at kvinner har høyere sykefravær enn menn fordi de har en dobbel byrde med en kombinasjon av arbeid og ansvar for omsorg for barn, i liten grad kan forklare kjønnsforskjellene. Det samme gjelder forskjeller i belastning som skyldes forhold på

arbeidsplassen. Mye av kjønnsforskjellene kan ikke forklares med den kunnskapen som er tilgjengelig. Kvinner har høyere sykefravær i alle aldersgrupper og fraværet er høyere selv om det kontrolleres for graviditet, antall barn, lønn, utdanning og yrke.

Det er mange forhold på arbeidsplassen som kan ha betydning både for helsen og for om helseproblemer faktisk fører til fravær. Det gjelder fysiske og mekaniske belastninger, organisatoriske forhold og til psykososiale faktorer. Kvelds- og nattarbeid ser ut til å gi økt risiko for sykefravær. Det samme gjelder den typen arbeidsstillinger og tunge løft som preger arbeidet til deler av personellet i helse- og omsorgstjenesten. Arbeidsbelastning i form av høye jobbkraav kombinert med lav innflytelse ser ut til å øke risikoen for sykefravær blant helse- og omsorgspersonell. Videre kan sosial støtte, i hvilken grad ledelsen oppfattes som rettferdig og kulturen i virksomheten påvirke sykefraværet. Rollekonflikter kan også bidra til økt sykefravær. En kultur preget av mistenksomhet kan gi økt risiko for sykefravær, mens en oppmuntrende kultur og støttende kultur kan bidra til redusert risiko for sykefravær. Større nedbemanninger ser også ut til å øke omfanget av sykefravær og uføretrygding. Omfattende nedbemanning kan gi økt sannsynlighet for sykefravær og redusert sannsynligheten for å returnere til arbeidslivet. Det ser imidlertid ut til at mindre nedbemanninger ikke har en slik effekt. Rask oppbemanning kan også gi økt risiko for sykefravær.

Konjunktursvingninger i arbeidsmarkedet, sykelønnsordninger, andre ordninger som påvirker de økonomiske insentivene for arbeid, og utformingen av trygdesystemet som helhet påvirker også sykefraværet i helse- og omsorgssektoren. Den samfunnsvitenskapelige litteraturen gir empirisk støtte for at sterkt stillingsvern reduserer den disiplinerende effekten som risiko for å miste arbeidet har på sykefraværet. Samtidig ser det å miste jobben på grunn av nedbemanning, ut til å gi økt sannsynlighet for uførepensjonering. Økonomiske insentiver (sykelønnsordning med mer) spiller sannsynligvis en rolle både for uførepensjonering og sykefravær, men må ses i sammenheng med utformingen av trygdesystemet som helhet. Videre tyder de empiriske funnene på at legen kan påvirke sykefraværet gjennom rollen som portvakt. Det er også studier som tyder på at tilknytning til arbeidsplassen under sykefraværperioden kan øke sannsynligheten for å komme raskere tilbake i normalt arbeid. Det kan se ut som at sykefraværet i noen grad påvirkes av sosial interaksjon, men det er vanskelig å avgjøre hva

som skyldes normer og hva som skyldes andre forhold. Det er imidlertid viktig å forstå betydningen av sosial interaksjon ved innføring av nye tiltak fordi sosiale effekter forsterker hverandre og kan føre til at tiltak får en langt større effekt på sykefravær og utstøting fra arbeidslivet enn forventet.

En av begrunnelsene for utredningsarbeidet har vært at sykefraværet i helse- og omsorgssektoren er høyere enn i andre næringer. Den viktigste forklaringen på dette er at over 80 prosent av de sysselsatte i helse- og omsorgssektoren er kvinner og at kvinner i gjennomsnitt har langt høyere sykefravær enn menn. Det er særlig i omsorgssektoren sykefraværet er høyt, og fraværet er høyest blant kvinner som arbeider mindre enn 30 timer i uken. Det kan være flere forklaringer på forskjeller i sykefravær mellom yrkesgrupper og mellom ulike deler av sektoren. Sykepleiere, hjelpepleiere og ansatte uten formell kompetanse ser ut til å være mer utsatt for enkelte fysiske belastninger enn andre sysselsatte kvinner. Videre rapporterer pleiepersonell i større grad om emosjonelle belastninger og at de er utsatt for trusler, vold og trakassering. Helse- og omsorgssektoren er også den næringen som har flest sysselsatte med arbeid utenfor vanlig dagtid.

Kunnskapsoppsummeringene som ligger til grunn for omtalen i dette kapitlet, tyder på at en lang rekke faktorer kan påvirke risikoen for sykemelding og uførepensjonering, men de har ikke gitt noe godt svar på hvorfor denne risikoen har økt de siste tretti årene.

Kapittel 7 Kunnskapsgrunnlaget for tiltak

Effektive tiltak mot sykefravær og utstøting forutsetter gyldig kunnskap både om årsaker og om effekt. Det er derfor av stor betydning å forstå årsakssammenhengene. Årsakssammenhenger kan studeres i kvalitative undersøkelser med omfattende informasjon om et lite antall individer eller i kvantitative studier med mange individer og begrenset mengde informasjon om hvert individ. I kvantitative undersøkelser kan fem typer feil gi ugyldig kunnskap. For det første kan det være feil i målingen av årsaksfaktoren. For det andre kan det være feil i målingen av utfallet. For det tredje kan grupper som sammenlignes være lite sammenlignbare. For det fjerde kan en ikke-observert faktor (konfunderende faktor) gi et skjevt bilde av årsakssammenhengene. For det femte kan naturlig variasjon i utfallet gi et feilaktig inntrykk av effekter av et tiltak.

Det aller meste av forskningen på sykefravær og utstøting er basert på kohortstudier og tverrsnittstudier. Kohortstudier kan bli påvirket av alle fem typer skjevhet. Metodeproblemene er imidlertid enda større i tverrsnittsundersøkelser der både årsaksfaktoren og utfallet måles på samme tid. Dette gjør det vanskelig å bestemme hva som er årsak og hva som er virkning. I tillegg kan mangel på standardiserte metoder gjøre det vanskelig å måle sykefravær. Enda vanskeligere er det å måle årsaksfaktorer fordi mange av disse er basert på subjektive og egenrapporterte data. Siden det aller meste av forskning er basert på studier med svakheter i studiedesign, må det antas å være stor risiko for å trekke feilaktige konklusjoner.

Systematiske kunnskapsoversikter er et mye brukt verktøy for å håndtere store og uoversiktlige mengder forskningspublikasjoner, og for å få bedre og mer pålitelig kunnskap enn det en får gjennom enkeltstudier. Det er imidlertid viktig å understreke at svakheter i studiene som kunnskapsoppsummeringen bygger på, ikke blir borte gjennom å lage en syntese av kunnskapen.

I tillegg til skjevheter som følge av svakheter i studiedesign, kan det også oppstå skjevheter på grunn av egeninteresse til forskere og aktører som finansierer forskningen. Debatten om problemstillinger knyttet til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet er preget av mange og sterke oppfatninger. Forskningsresultatene kan også få store praktiske konsekvenser. Alt dette er elementer som kan føre til at forskningen påvirkes av forskernes egeninteresser, ideologi eller hypoteser, eller at de som finansierer forskningen kan ha interesse av å påvirke forskerne og forskningsresultatene.

Metodeproblemene som er beskrevet i dette kapitlet, vil også gjelde for det kunnskapsgrunnlaget som er presentert i denne utredningen. Det vil imidlertid alltid være krevende å oppnå sikker kunnskap om så kompliserte forhold som sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. I tillegg vil kunnskap om årsaker til sykefravær og uføretrygding også være avhengig av kontekst og derfor i liten grad være overførbar fra en situasjon til en annen. Det betyr at det må settes i verk tiltak med utgangspunkt i et begrenset kunnskapsgrunnlag. Utvalget vil understreke at dette stiller ekstra store krav til forsiktighet og gjør det nødvendig med systematisk oppfølging og evaluering av tiltakene.

Kapittel 8 Mål, innsatsområder og tiltak

Utvalget har valgt ikke å formulere egne mål for reduksjon av sykefravær og utstøting fra helse- og omsorgssektoren. Store deler av helse- og omsorgssektoren har tegnet IA-avtale, og utvalget legger derfor til grunn at det er målene i IA-avtalene som skal være førende for arbeidet med å redusere fraværet i helse- og omsorgssektoren. Forslag til tiltak har som mål å bidra til å videreutvikle det arbeidet som allerede foregår i sektoren og til en mer systematisk implementering av regelverket og av målene fra IA-arbeidet.

Utvalget har med utgangspunkt i mandatet i all hovedsak foreslått tiltak som spesifikt er rettet mot helse- og omsorgssektoren selv om utfordringene ikke nødvendigvis er spesielle for denne sektoren og tiltakene i mange tilfeller vil være overførbare til andre næringer. For å sikre en bred tilnærming til problemet og ivareta behovet for å styrke kunnskapsgrunnlaget på området, foreslår utvalget tiltak på fem innsatsområder:

1. Styrke kunnskap og kompetanse
2. Forbedre arbeidsmiljø og arbeidsinnhold
3. Bedre tilrettelegging for gravide
4. Bedre seniorpolitikk
5. Tettere oppfølging av sykemeldte

Utredningen av årsaker til sykefravær og utstøting fra helse- og omsorgssektoren er forankret i St.meld. nr. 20 (2006–2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* og det indikerer at utjevning av sosiale forskjeller i sykefravær og utstøting fra arbeidslivet bør stå sentralt i arbeidet med å redusere fraværet.

Utvalget vil understreke at mangel på dokumentasjon av effektive tiltak gjør at flere av tiltakene er foreslått med utgangspunkt i et begrenset kunnskapsgrunnlag. Det betyr at det er nødvendig med systematisk oppfølging og evaluering av tiltakene, og er bakgrunnen for at utvalget i flere tilfeller foreslår å prøve ut tiltak gjennom systematiske forsøk før det er aktuelt å vurdere gjennomføring i større skala.

Kapittel 9 Styrke kunnskap og kompetanse

Utvalget mener at det for å redusere sykefravær og uføretrygding blant sysselsatte i helse- og omsorgssektoren, er avgjørende å bygge opp ny kunnskap og legge til rette for en mer kunnskapsbasert praksis. Kapitlet inneholder derfor forslag til en samlet strategi for å styrke kunnskapen om omfang, årsakssammenhenger og tiltak for å forebygge sykefravær og overgang fra arbeid i helse-

og omsorgssektoren til uføretrygd eller andre trygdeordninger. Strategien omfatter tiltak for å videreutvikle løpende statistikk, å styrke forskning og bidra til en mer systematisk evaluering og utprøving av tiltak, og for å sikre at tilgjengelig kunnskap i større grad når ut til virksomhetene i helse- og omsorgssektoren.

Kapittel 10 Forbedre arbeidsmiljø og arbeidsinnhold

I dette kapitlet rettes oppmerksomheten mot det forebyggende arbeidet for å redusere sykefravær og overgang til utførepensjon fra helse- og omsorgssektoren. Sektoren har noen kjennetegn når det gjelder arbeidstidsordninger, innholdet i arbeidet og arbeidsbelastninger som kan være relevante for arbeidet med å redusere sykefravær og utstøting fra arbeidslivet.

Utvalget mener at det generelle arbeidet for å bedre arbeidsmiljø og arbeidsinnhold er viktig for å forebygge sykefravær og uføretrygding. I tråd med de utfordringene som er beskrevet i utredningen foreslår utvalget i dette kapitlet tiltak på følgende områder: forsterket partssamarbeid, systematisk utviklingsarbeid, styrking av ledelsesfunksjonen, kompetanseenhet for forebygging av trusler og vold, kompetanseenhet for tekniske hjelpemidler, utvikling av medarbeidernes kompetanse, gode omstillingsprosesser og forsøk med nye turnus- og arbeidstidsordninger.

Kapittel 11 Bedre tilrettelegging for gravide

Utvalget viser til at helse- og omsorgssektoren er blant de næringene som har høyest sykefravær blant gravide, og at flere undersøkelser konkluderer med at gravide arbeidstakere ofte blir sykemeldt fordi arbeidet oppleves som tungt og slitsoomt. Utvalget mener at det er behov for bedre oppfølging og tilrettelegging for gravide i helse- og omsorgssektoren og foreslår tiltak på følgende områder: informasjon til gravide og ledere om arbeid og graviditet, forsøk med oppfølging av gravide på arbeidsplassen, og å styrke arbeidslivskompetanse i jordmorutdanningen og andre relevante helsefagsutdanninger.

Kapittel 12 Bedre seniorpolitikk

I dette kapitlet foreslår utvalget tiltak for å bidra til at seniorer kan stå lenger i arbeidslivet. Det er arbeidsgiverne som har hovedansvaret for å beholde seniorer og det må legges langt større vekt på arbeidssituasjon og kompetanseutvikling til seniorene i personalpolitikken. Seniorarbeidet

på arbeidsplassene, spredning av kunnskap om seniorene som viktig arbeidskraftressurs, livslang læring og innsats gjennom arbeidsmiljøpolitikken for å motvirke diskriminering og utstøting fra arbeidslivet er nødvendig for å få gode resultater i seniorpolitikken. Utvalget mener at en vellykket seniorpolitikk krever systematisk satsing over tid og bred involvering av de ansatte. Arbeidet må inkludere kartlegging og analyse av forholdene på den enkelte arbeidsplass, individuelt tilpassede tiltak, langsiktig holdningsarbeid, aktivt og godt lederskap, og generelt arbeidsmiljøarbeid. Arbeidsmiljøarbeidet, inkludert tiltak for å styrke ledelsesfunksjonen er omtalt i kapittel 10 *Forbedre arbeidsmiljø og arbeidsinnhold*.

Kapittel 13 Tettere oppfølging av sykemeldte

Det er de senere årene iverksatt en rekke tiltak for å sikre en bedre oppfølging av sykemeldte. Det er innført rutiner for tetter oppfølging, både fra arbeidsgiver og fra NAV, det er avsatt betydelige midler til ordninger med kjøp av helsetjenester til sykemeldte og reglene for legers sykemelding er strammet inn. Dette er fulgt opp i den nye

IA-avtalen og forslag fra Arbeidsdepartementet til endringer i regelverket som innebærer tettere oppfølging og tidligere stoppunkter i sykefraværsløpet.

Utvalget ønsker med forslagene i denne utredningen å støtte opp under dette arbeidet og bidra til en mer systematisk gjennomføring av ordningene for å følge opp sykemeldte i helse- og omsorgssektoren. Utvalget foreslår tiltak på følgende områder: Styrings- og oppfølgingssystemer for å følge opp sykemeldte, styrking av tilretteleggingstilskuddet, forsøk med 365-dagers egenmelding, individuell oppfølging av sykemeldte, utrede endringer i lønnstilskuddsordningen, og bruk av velferdspermisjoner.

Kapittel 14 Økonomiske og administrative konsekvenser

En stor del av innsatsen for å redusere sykefravær og utstøting fra arbeidslivet kan skje innenfor gjeldende økonomiske rammer og administrative systemer. På en del områder vil det imidlertid være behov for økte ressurser.

Kapittel 2

Mandat, sammensetning og arbeid

2.1 Mandat

2.1.1 Bakgrunn

Det er store helseforskjeller mellom utdannings-, yrkes- og inntektsgrupper i Norge. Forskjellene er markerte og gjennomgående for de fleste helsemål og sosioøkonomiske bakgrunnsfaktorer. St.meld. nr. 20 (2006–2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* legger derfor opp til en bred forståelse av årsakene til helseforskjellene. Innsatsområdene i stortingsmeldingen omfatter inntekt, oppvekstvilkår, utdanning, arbeid, arbeidsmiljø, helseatferd og helsetjenester. Stortingsmeldingen slår også fast at problemet krever både befolkningsrettede og grupperettede løsninger. Arbeid og arbeidsmiljø er prioriterte innsatsområder. Det å ha arbeid er i seg selv en viktig helsefremmende og forebyggende faktor, blant annet fordi det øker den enkeltes materielle, kulturelle og sosiale ressurser. I tillegg er egenskaper ved arbeidsplassen en viktig påvirkningsfaktor for helse. Sosiale forskjeller i arbeid og arbeidsmiljø har også stor betydning for sosiale helseforskjeller.

Regjeringen varslet på denne bakgrunn i St.meld. nr. 20 (2006–2007) at omfanget av, årsaker til og mulige virkemidler mot helsereelatert fravær og utstøting fra helse- og omsorgssektoren skal utredes. Mange av dem som er mest utsatt for arbeidsmiljøbelastninger, arbeider i helse- og omsorgssektoren. Mange av arbeidsoppgavene her er preget av tunge løft, belastende arbeidsstillinger, ensidig gjentakelsesarbeid, stramme tidsrammer og spesielle arbeidstidsordninger. I tillegg kan forhold som omstillinger, tidspress og effektivitets- og kompetansekrav, spille en rolle for utstøting gjennom langtidsfravær og uføretrygging i denne sektoren. Andre aktuelle problemstillinger kan være hvilken betydning omfanget av deltidsstillinger og kjønnsammensetning kan ha for sykefraværet i sektoren.

Det vises videre til Sykefraværsutvalgets rapport (2006) hvor det framgår at staten som myn-

dighet skal stille krav til og ta ytterligere initiativ til å utarbeide forslag til tiltak for å forebygge sykefravær i offentlig sektor. Helse- og omsorgssektoren ligger relativt høyt på uføretrygging og sykefravær. Det offentlige er den største arbeidsgiveren innenfor de bransjene dette gjelder, og har derfor et særlig ansvar.

2.1.2 Mandat

Utredningen om helsereelatert fravær i og utstøting fra helse- og omsorgssektoren skal omfatte følgende punkter:

- Sammenfatte relevant forsknings- og utredningsarbeid og synliggjøre kunnskapshull på området
- Beskrive og drøfte omfanget av og årsaker til sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren
- Beskrive og drøfte utviklingen i sykefravær og utstøting over tid
- Forslå virkemidler og konkrete tiltak for å redusere helsereelatert fravær og helsereelatert utstøting i helse- og omsorgssektoren som har dokumentert effekt
- Angi hvilke aktører og hvilket nivå virkemidlene skal være rettet mot
- Omtale av gode eksempler på forebyggende prosjekter og tiltak lokalt, nasjonalt og internasjonalt
- Utrede økonomiske, administrative og andre vesentlige konsekvenser av forslagene.

Drøftingene skal inkludere faktorer og mekanismer på individnivå, virksomhetsnivå og samfunnsnivå. Videre skal utvalget vurdere betydningen av bakgrunnsfaktorer som kjønn, alder, utdanning, yrke og bosted. Utvalget skal trekke inn konklusjonene fra ekspertgruppen, som skal vurdere administrative tiltak for å få ned sykefraværet, i sitt arbeid.

For å synliggjøre forskjeller i årsaker bak korttids- og langtidsfravær bør det i drøftingene skilles

mellom fravær av ulik varighet og fordeling på ulike medisinske diagnoser.

2.1.3 Avgrensning

Helse- og omsorgssektoren

Et av spørsmålene en utredning vil måtte ta stilling til, er hva og hvem som omfattes av «helse- og omsorgssektoren». Sektoren er relativt uensartet både på arbeidsgiver- og på arbeidstakersiden. På arbeidsgiversiden omfatter den i utgangspunktet både offentlige og private virksomheter. I beskrivelsen av bakgrunnen for utredningen i St.meld. nr. 20 (2006–2007) heter det bl.a. at «Det offentlige er den største arbeidsgiveren innenfor de bransjene dette gjelder, og har et særlig ansvar». I tråd med dette kunne en velge å avgrense mandatet for utredningen til å gjelde offentlig sektor. Men siden de fleste av de arbeidsmiljøbelastningene som er nevnt i St.meld. nr. 20 (2006–2007), preger disse tjenestene som sådan, uavhengig av om arbeidsgiver er privat eller offentlig, bør utredningen omfatte hele helse- og omsorgssektoren.

Den offentlige delen av helse- og omsorgssektoren omfatter ulike forvaltningsnivåer sentralt, regionalt og lokalt, og utredningen bør omfatte alle disse nivåene. På arbeidstakersiden består helse- og omsorgssektoren av mange grupper med til dels nokså ulike arbeidsoppgaver. På et sykehus arbeider for eksempel ikke bare helsepersonell, men også administrativt tilsatte, renholdsmedarbeidere, kjøkkenpersonale osv. Blant yrkesgrupper som er representert i helse- og omsorgssektoren, vil enkelte være mer sektortypiske enn andre, i den forstand at flertallet i den aktuelle yrkesgruppen faktisk arbeider i sektoren. Det vil likevel være en viss andel som er sysselsatt i andre sektorer innenfor alle aktuelle yrkesgrupper. Yrkesgrupper vil med andre ord ikke være sammenfallende med sektor. Det vil derfor trolig være vanskelig og til en viss grad vilkårlig å avgrense et utvalgets arbeid til bare å omfatte enkelte yrkesgrupper. Dette er bl.a. bakgrunnen for at det i St.meld. nr. 20 (2006–2007) brukes begrepet «helse- og omsorgssektoren» snarere enn «helse- og omsorgsyrker». Videre vil det være interessant å avdekke om det er forskjeller i sykefravær for arbeidstakere i en gitt yrkesgruppe innenfor helse- og omsorgssektoren og samme yrkesgruppe i andre sektorer. Slik informasjon kan bidra til å avklare om det er forhold ved de generelle arbeidsforholdene i helse- og omsorgssektoren som fører til høyere sykefravær, eller om det er belastninger spesifikt knyttet til yrkesgrup-

pen som har størst betydning. Betydningen av kjønns sammensetning bør også drøftes.

Sykefravær

Sykefraværet i helse- og omsorgssektoren er relativt høyt. Ifølge Statistisk Sentralbyrås sykefraværstatistikk var det totale sykefraværet (egen- og legemeldte) på henholdsvis 7,7 og 7,1 prosent i 1. kvartal og 2. kvartal 2009. Det totale sykefraværet i helse- og sosialtjenester var på henholdsvis 10,3 og 9,6 prosent de to første kvartalene i 2009. Næringskategorien helse- og sosialtjenester inkluderer helsetjenester, pleie- og omsorgstjenester i institusjon og sosiale omsorgstjenester uten botilbud. Helse- og sosialtjenester hadde det høyeste sykefraværet blant de næringskategoriene som Statistisk sentralbyrå opererer med. Sykefraværet er lavere i helsetjenester enn i pleie- og omsorgstjenester og sosiale omsorgstjenester. Tallene skjuler trolig også store variasjoner mellom ulike yrkesgrupper. Begrepet sykefravær omfatter i snever forstand egenmeldt og legemeldt sykefravær.

På nasjonalt nivå finnes det relativt gode statistikkilder når det gjelder omfanget av og utviklingen i dette sykefraværet, også fordelt på bakgrunnsfaktorer som kjønn, alder, næring, yrkesgruppe og bostedsfylke. Utredningen bør ta hensyn til slike faktorer og deres mulige betydning for fravær og utstøting. Sykefraværstatistikken fra Statistisk sentralbyrå gjør det også mulig å gruppere det legemeldte sykefraværet (som utgjør mesteparten av det totale sykefraværet) etter fraværets varighet. Siden det er sannsynlig at det ligger nokså forskjellige årsaker bak korttids- og langtidsfravær, bør utredningen om sykefravær i helse- og sosialsektoren eksplisitt skille mellom sykefravær av ulik varighet.

Sykefraværstatistikken gir imidlertid liten kunnskap om årsakene til fraværet. I den grad det er mulig, bør utredningen også ta hensyn til fordelingen av legemeldt fravær etter diagnosegruppe.

Statistisk sentralbyrås kvartalsvise sykefraværstatistikk, som er basert på legemeldt fravær fra NAVs (tidligere Rikstrygdeverkets) sykefraværregister og egenmeldt fravær rapportert fra et utvalg bedrifter, går bare tilbake til 2000. For perioder før dette må undersøkelser av sykefravær benytte andre datakilder, slik som Statistisk sentralbyrås arbeidskraftundersøkelser (tilbake fra 1972) som baserer seg på et representativt utvalg av befolkningen, NHOs fraværstatistikk (for arbeidere fra 1961 og funksjonærer fra 1979) som baserer seg på et utvalg av medlemsbedrifter,

og Rikstrygdeverkets sykefraværsregister som er basert på innsendte sykmeldingsblanketter. Selv om alle disse datakildene har sine mangler, bør en utredning beskrive trender i sykefraværsutviklingen over noen tid. Dette er en forutsetning for å kunne drøfte mulige effekter på sykefravær av større endringer på samfunnsnivå. I en slik sammenheng er det imidlertid viktig å være klar over eventuelle endringer i registreringssystemene over tid.

Utstøting

Ved siden av «sykefravær» vil «utstøting» være det mest sentrale begrepet i utredningsmandatet, men det er langt vanskeligere å gi det en presis definisjon. I denne sammenheng er det helsereelatert utstøting som er det mest sentrale. Det kan tenkes at arbeidstakere forsvinner ut av et yrke, en bransje eller arbeidslivet generelt av grunner som ikke er helsereelatert. Eksempelvis forekommer det ved nedbemanninger at bedrifter legger ansiennitet til grunn for videre ansettelse med den konsekvens at unge og friske arbeidstakere mister jobben. På den annen side finnes det flere studier som viser en sammenheng mellom nedbemanningsprosesser og helsereelatert utstøting, se St.meld. nr. 9 (2006–2007) Arbeid, velferd og inkludering. I utgangspunktet kan alle ordninger for inntektssikring – også de som ikke er direkte helsereelaterte – innebære elementer av helsereelatert utstøting. En undersøkelse av funksjonsevnen blant langtidsmottakere av sosialhjelpsmottakere som er utført ved Høgskolen i Oslo i 2006, viste for eksempel at en langt høyere andel av sosialhjelpsmottakerne hadde dårligere helse enn befolkningen generelt. Det kan derfor tenkes at en del sosialhjelpsmottakere står utenfor arbeidsmarkedet av helsereelaterte grunner, og at utstøtingsmekanismer har bidratt til dette. Også arbeidsrelaterte ytelser, inkludert avtalefestet pensjon og andre varige og midlertidige inntektssikringsordninger, kan omfatte personer som er utstøtt fra arbeidslivet generelt og helse- og omsorgssektoren spesielt.

En velkjent effekt i forskningen på sosiale helseforskjeller er den såkalte «sunne arbeidereffekten» (se for eksempel Borgan: «Høyest dødelighet blant ufaglærte menn», Samfunnsspeilet nr. 3, 2007). Effekten innebærer en undervurdering av forskjellene i helserisikoer mellom tunge arbeideryrker og lettere funksjonæryrker. Den oppstår fordi en andel av arbeidstakerne i fysisk tunge yrker vil skifte til fysisk lettere yrker av helsemessige grunner. En slik effekt innebærer elementer

av helsereelatert utstøting fra bestemte yrker, selv om de personer det gjelder finner seg andre typer arbeid. Dette vil også kunne gjelde for arbeidstakere i helse- og omsorgssektoren som er utsatt for arbeidsmiljøbelastninger. Arbeidsbelastninger kan også føre til at ansatte velger redusert arbeidstid og deltid for å redusere belastningene.

Hva som skal forstås med «helsereelatert utstøting» vil være et tema for drøftinger i utvalget. En nærmere avgrensning av utstøtingsbegrepet vil lett kunne virke unødig begrensende på utvalgets arbeid.

2.1.4 Faktorer som påvirker helsereelatert fravær og utstøting

Faktorer av betydning for helsereelatert fravær og utstøting omfatter blant annet:

- organisatoriske forhold som for eksempel arbeidstidsordninger, andelen deltidsstillinger, kompetanse, helse-, miljø- og sikkerhetsforhold, organisering og omorganiseringer, og krav og forventninger fra brukersiden
- juridiske rammebetingelser som for eksempel arbeidsmiljølovgivning, medbestemmelsesrett og helseforsikringsordninger
- fysiske arbeidsmiljøfaktorer, herunder tekniske løsninger som kan redusere arbeidsmiljøbelastninger
- relasjonelle aspekter og arbeidsprosesser, særlig kompetansemessige og organisasjonspsykologiske forhold
- holdninger knyttet til helse, sykdom og fravær

Det bør også vurderes om økonomiske rammebetingelser som for eksempel makroøkonomiske forhold, konjunkturedringer, økonomiske insentivordninger i sektoren og lønnsstrukturer, eventuelt kan ha betydning for sykefraværet.

Sykefravær kan, i likhet med helsereelatert utstøting, knyttes til både individuelle og strukturelle årsaker. Arbeidslivets krav, blant annet til helse, endrer seg i tid og rom, og en tilstand som gir berettiget grunn til sykefravær i en gitt situasjon, gir det ikke nødvendigvis i en annen. Siden utredning skal ta for seg utstøtingsmekanismer i arbeidslivet, betyr det at den både må vurdere individuelle og strukturelle perspektiver.

2.1.5 Tilgrensende arbeid

Det er en rekke pågående prosesser og tiltak som vil være relevante for utvalgets arbeid. I 2007 ble det for eksempel satt i gang en ny forskningsstasjon på sykefravær og utstøting fra arbeidslivet i

regi av Norges forskningsråd. Forsknings-satsingen har som formål å: 1) bidra til et mer helhetlig og forsterket kunnskapsgrunnlag om årsaker til sykefravær, uførhet og utstøting fra arbeidslivet, 2) sikre forskningsbasert kunnskap om effektive virkemidler for å forbygge sykefravær og uførhet og for å nå regjeringens mål om et inkluderende arbeidsliv, og 3) bidra til at undervisningsvirksomheten i relevante utdanninger blir mer forskningsbasert. Videre er intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) et virkemiddel som har som mål å bidra til at sykefraværet og antall nye mottakere av uføreytelser reduseres. IA-avtalen skal bl.a. bidra til å øke andelen av personer med nedsatt funksjonsevne som går fra en trygdeytelse over til arbeid. Myndighetene og partene i arbeidslivet innledet høsten 2009 drøftinger om hvordan IA-samarbeidet kan videreføres i fremtiden. Sammen med en nylig gjennomført evaluering av IA-avtalen (SINTEF Helse 2009) gir måloppnåelse på IA-avtalens ulike delmål et grunnlag for å diskutere utformingen og innretningen på dette samarbeidet videre. Bl.a. er det pekt på at det kan være hensiktsmessig med en mer differensiert satsing etter sektor og virksomhetsstørrelse og økt vektlegging på forebyggende arbeid i virksomhetene. På grunn av at målsetningen med avtalen ikke er nådd, er det behov for å vurdere innretningen på det videre samarbeidet. Gjeldende IA-avtale er derfor forlenget inntil 1. mars 2010, slik at partene i avtalen kan vurdere nye tiltak for å få ned sykefraværet. Dette omfatter både vurdering av økt arbeidsgiverfinansiering av sykelønnsordningen og at en ekspertgruppe skal se på ulike administrative tiltak. Utredningen om utstøting og sykefravær i helse- og omsorgssektoren skal ikke medføre utsettelse av innføring av tiltak som nå vurderes innen sykelønnsordningen.

I tidsrommet 2008–2010 gjennomfører Arbeidstilsynet og Arbeids- og velferdsetaten i samarbeid med partene i arbeidslivet et prosjekt rettet mot utvalgte bransjer for å fremme inkludering og hindre sykefravær (3–2–1=sammen for et bedre arbeidsmiljø). Det skal prøves ut om dialog og samarbeid mellom myndighetene og partene på bransjenivå kan resultere i at effektive arbeidsmiljø- og tilretteleggingstiltak blir identifisert og iverksatt på arbeidsplassene. Sykehjem er en av bransjene som deltar i prosjektet. Andre aktuelle eksempler på tilstøtende arbeider er Kompetanseløftet 2015, avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten og Kvalitetskommuneprogrammet som er et trepartssamarbeid mellom stat, arbeidstakerorganisasjonene og arbeidsgiverforeningene.

I tillegg finnes trolig mange gode eksempler på forebyggende arbeid i enkeltbedrifter, foretak og kommuner innenfor helse- og omsorgssektoren. I tillegg kan erfaringer fra andre land gi verdifulle bidrag til utredning om helsereelatert fravær og utstøting. Siden helsefremmende arbeidsplasser og redusert helsereelatert fravær er i alle parter interesse, er det grunn til å tro at gode eksempler kan ha særlig stor effekt på det område som denne utredningen omfatter.

2.1.6 Prosedyrer og tidsfrister

Utvalget skal selv vurdere i hvilken grad det ønsker å trekke inn ekstern ekspertise i arbeidet, for eksempel i form av utredninger og seminarer. Utvalget skal i nødvendig utstrekning gjøre seg kjent med virkemidler for å redusere utstøting og sykefravær i andre sammenlignbare land.

Det vil bli stilt et sekretariat til disposisjon for utvalget. Gjennom sekretariatet vil utvalget kunne trekke på departementenes kompetanse. Helse- og omsorgsdepartementet vil også i nødvendig utstrekning bidra med å skaffe utvalget kvalifisert bistand til å foreta nødvendige vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser av de forslagene som fremmes.

Utvalget skal levere sin innstilling i form av en NOU innen utgangen av 2010. Det skal legges fram en delrapport om kunnskapsstatus innen en nærmere avtalt tidsfrist.

2.2 Sammensetning

Utvalget har hatt følgende sammensetning:

- styreleder Kolbjørn Almlid (leder), Verran i Nord-Trøndelag
- sjefsingeniør Edle Utaaker, Bergen
- professor Steinar Westin, Trondheim
- professor og avdelingsdirektør Stein Knardahl, Oslo
- forsker Kjetil Telle, Oslo
- professor Ivar Sønbo Kristiansen, Oslo
- administrerende direktør Eva Håheim Pedersen, Hammerfest
- prosjektleder Siren Vetnes Johannessen, Mandal
- rådgiver Hanne Børrestuen (KS), Nittedal
- fagsjef Anne Turid Wikdahl (Spekter), Bærum
- rådgiver Helga Bull-Rostrup (HSH), Oslo
- avdelingssjef Karin M. Liabø (YS/Delta), Bærum
- nestleder Mette Nord (LO/Fagforbundet), Porsgrunn

- lege Hege Gjessing (Akademikerne/DNL), Oslo
- spesialrådgiver Erik Bårdseng (Unio/NSF), Elverum

Utvalget har hatt et sekretariat bestående av underdirektør Marit Lie (leder) fra Helse- og omsorgsdepartementet, seniorrådgiver Vidar Kårikstad fra Helse- og omsorgsdepartementet, underdirektør Sjur Ve fra Arbeidsdepartementet og seniorrådgiver Siri Stangeland fra Arbeidsdepartementet.

2.3 Utvalgets arbeid

Utvalget har i perioden januar 2010 til desember 2010 hatt 10 møter, hvorav fire gikk over to dager. Utvalget har ved flere anledninger invitert forskere og andre aktører til å holde innlegg på utvalgsmøtene og levere skriftlige innspill til utvalgsarbeidet. Utvalgsmøtet 13. og 14. april var lagt opp som et seminar med innlegg fra utvalgsmedlemmer og eksterne innledere. På utvalgsmøtet 14. og 15. juni fikk utvalget presentert eksempler på virkemidler og tiltak fra Sverige ved Per Johansson ved Institutet för Arbetsmarknadspolitisk Utvärdering (IFAU), fra Danmark ved Jan Høgelund fra Det nationale forskningscenter for velfærd (SFI), og fra Nederland ved Bjørn Halvorsen fra Nordens Velfærdscenter og Arbeidsdepartementet.

I tillegg arrangerte utvalget et dagsseminar 31. august 2010 for å få innspill til arbeidet med virkemidler og tiltak for å redusere sykefravær og

helserelatert utstøting fra helse- og omsorgssektoren. Tema på seminaret var: Evaluering og dokumentert kunnskap om effektive tiltak, erfaringer fra den kommunale helse- og omsorgssektoren, erfaringer fra spesialisthelsetjenesten, tiltak for å gjøre helse- og omsorgssektoren til en mer inkluderende arbeidsplass, og sentrale myndigheters rolle. Til seminaret inviterte utvalget forskere og innledere fra kommuner, sykehjem, helseforetak, en privat behandlingsinstitusjon for rusmiddelmissbrukere, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Statens råd for likestilling av funksjonshemmede, Statens seniorråd, og representanter fra NAV, Helsedirektoratet og Kommunal- og regionaldepartementet.

Utvalget har fått gjennomført tre kunnskapsoppsummeringer om årsaker til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Det gjelder en kunnskapsoppsummering fra Statistisk sentralbyrå av samfunnsvitenskapelig litteratur om årsaker til sykefravær og utstøting, en kunnskapsoppsummering fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) og International Research Institute of Stavanger (IRIS) om betydningen av arbeidsfaktorer for sykefravær, arbeidsevne og uførhet, og en kunnskapsoppsummering fra professor Steven Linton ved Örebro universitet i Sverige om betydningen av psykologiske faktorer, holdninger og verdier. Videre har Kunnskapssenteret for helsetjenesten gjennomført et litteratursøk på tiltak for å påvirke sykefravær og utstøting fra helse- og omsorgssektoren. For å beskrive sykefravær og utstøting fra helse- og omsorgssektoren, har utvalgt bestilt analyser av sykefraværstatistikken fra Statistisk sentralbyrå og NAV.

Kapittel 3

Omfang og utvikling i sykefravær og utstøting

3.1 Innledning

I dette kapitlet er det gitt en presentasjon av statistikk over sykefravær i helse- og omsorgssektoren og overgang til uføretrygd og andre trygdeordninger. Statistikken er ment å danne grunnlag for årsaksdiskusjonene og gi en indikasjon på hvor det kan være aktuelt å sette inn tiltak.

Kapitlet inneholder data om omfanget av sykefravær i og ulike indikatorer på utstøting fra tjenesten, og sammenligninger med andre næringer. I tillegg er statistikken fordelt på bakgrunnsfaktorer som kan rette oppmerksomheten mot mulige årsaker til sykefravær og utstøting i sektoren.

3.2 Sykefravær og utstøting i sektoren som helhet

3.2.1 Sykefravær og utførepensjon i Norge

I følge sykefraværstatistikken for andre kvartal 2010 var det samlede sykefraværet i Norge på 6,3 prosent. Det tilsvarer en nedgang på 10,7 prosent sammenlignet med samme kvartal 2009. Det legemeldte sykefraværet var 5,5 prosent andre kvartal 2010. Det tilsvarer en nedgang på 12,3 prosent. Det legemeldte sykefraværet var 7,1 prosent for kvinner og 4,3 prosent for menn. Sammenlignet med fraværet i andre kvartal 2009, gikk sykefraværet ned 14 prosent for menn og 10,8 prosent for kvinner. Sykefraværet gikk ned i alle aldersgrupper.

Det legemeldte sykefraværet gikk også ned i alle næringer. Nedgangen var størst i bygg og anleggsvirksomhet (-18,3 prosent). Andre næringer med stor nedgang i sykefraværet var informasjon og kommunikasjon (-17,3 prosent) og jordbruk, skogbruk og fiske (-15,3). I helse- og sosialtjenester var det legemeldte sykefraværet 7,7 prosent andre kvartal 2010. Det innebærer en reduksjon sammenlignet med samme kvartal året før på 10,2 prosent.

Den offisielle sykefraværstatistikken, som utarbeides i samarbeid mellom NAV og Statistisk

sentralbyrå, er basert på NAVs register over legers sykemeldinger og en bedriftsbasert utvalgsundersøkelse som dekker det egenmeldte sykefraværet. Denne statistikken går ikke lenger tilbake enn til 2000. For å beskrive trender over lang tid, kan imidlertid data fra arbeidskraftundersøkelsen benyttes fordi denne undersøkelsen inneholder data om sykefravær helt tilbake til 1972. Arbeidskraftundersøkelsene gir betydelig lavere sykefraværstall enn den offisielle sykefraværstatistikken fordi den er basert på en annen definisjon av sykefravær.⁸ Sammenlignes tall på sykefravær i arbeidskraftundersøkelsen med sykefraværstatistikken fra 2000–2009 går det imidlertid fram at utviklingen i sykefraværet er ganske lik i de to datakildene. Arbeidskraftundersøkelsen kan derfor bidra til å beskrive de mer langsiktige trendene i sykefraværet selv om den er basert på et annet mål på sykefravær.

Figur 3.1, som er basert på tall fra arbeidskraftundersøkelsen, viser utviklingen i sykefravær fra 1972 til og med 2009. Statistikken tar utgangspunkt i årsgjennomsnitt og viser at fraværsprosenten har økt fra 3 i 1972 til 4 i 2009. Fram til 1978 er figuren kun basert på totaltallet for sykefravær, mens den fra 1979 også inkluderer tall for sykefravær fordelt på kvinner og menn.

Hovedbildet er at sykefraværet både for kvinner og menn har variert en god del over perioden, men likevel slik at det har vært en stigende tendens for kvinner mens det for menn har svingt rundt samme nivå som på 1970-tallet. Fraværet blant kvinner og menn var det samme på slutten

⁸ De viktigste forskjellene mellom sykefraværstatistikken og data om sykefravær fra Arbeidskraftundersøkelsen er at: 1) arbeidskraftundersøkelsen bare inkluderer sykefravær av minst en ukes varighet mens sykefraværstatistikken teller med alt sykefravær, 2) arbeidskraftundersøkelsen har også med tall for selvstendig næringsdrivende og tilfellige småjobber hvor sykefraværet er lavere enn for arbeidstakere som sykefraværstatistikken dekker, 3) i sykefraværstatistikken justeres nevneren i sykefraværsprosenten (antall mulige dagsverk) ned på grunn av ferie og allmenne fridager. Dette gjøres ikke i arbeidskraftundersøkelsen og nevneren blir dermed relativt sett en større noe som bidrar til lavere prosent.



Figur 3.1 Sykefraværprosent for hele landet etter kjønn basert på arbeidskraftundersøkelsen. Årsgjennomsnitt 1972–2009.

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

av 1970-tallet, men i dag er kvinners sykefravær drøyt 60 prosent høyere enn menns. I den grad det på denne bakgrunn kan konkluderes med at sykefraværet i Norge har økt de siste tiårene, så skyldes altså denne økningen at sykefraværet har gått opp blant kvinner. Se kapittel 6 *Årsaker til sykefravær og utstøting* for en nærmere diskusjon av årsakene til at kvinner har høyere sykefravær enn menn.

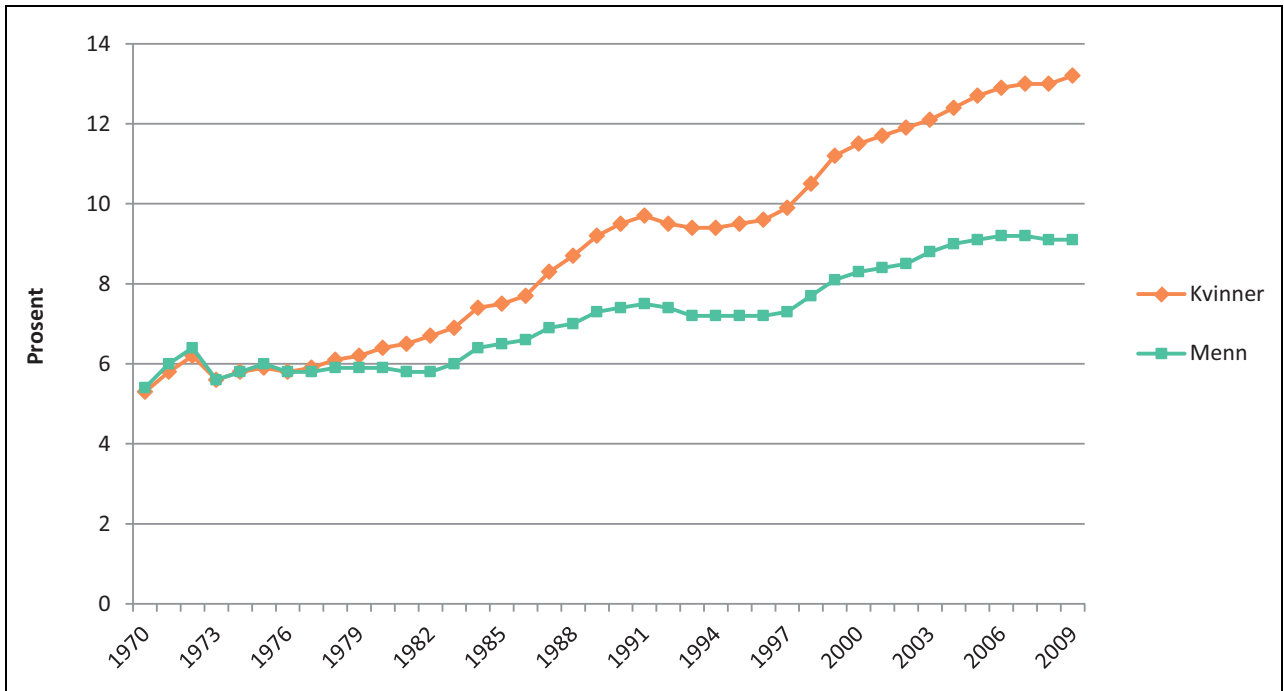
Arbeidskraftundersøkelsen er også bedre egnet til sammenligninger mellom land enn sykefraværstatistikken. Problemet med sykefraværstatistikken er at forskjeller i stønadsordninger, regelverk og registreringspraksiser mellom land kan gi store forskjeller i sykefraværstatistikken som ikke avspeiler reelle forskjeller i fraværet (Ekspertgrupperapport 2010). Ekspertgruppen som har utredet administrative tiltak for å redusere sykefraværet, har basert sammenligningene av Norge med andre land på tall fra arbeidskraftundersøkelsene. Datamaterialet i arbeidskraftundersøkelsen er basert på en etablert spørreundersøkelse med lik utforming mellom europeiske land, men det kan likevel være problemer med sammenlignbarhet blant annet på grunn av forskjeller i klassifisering av personer med langtidsfravær som sysselsatte. Basert på data fra arbeidskraftundersøkelsene, konkluderer ekspertgruppen med at Norge har et høyere sykefravær enn

andre europeiske land. Videre viser utviklingen i sykefraværet at mens nivået har holdt seg høyt i Norge, har Sverige og Nederland hatt en markert reduksjon i sykefraværet siden begynnelsen av 2000-tallet.

Utvalget vil understreke at det er utfordrende å sammenligne sykefravær på tvers av land, også med utgangspunkt i data fra arbeidskraftundersøkelsene. Siden det kun er sysselsatte som stilles spørsmål om fravær får for eksempel variasjoner mellom landene i oppsigelsesvern en viss betydning for det målte sykefraværet. Det kan på grunn av dette tenkes at folk som klassifiseres som syke i ett land klassifiseres som arbeidsledige i et annet, se også Westin (2010). Sykefraværet i Norge ser likevel ut til å ligge høyere enn i andre land.

Figur 3.2 viser andel uføremottakere etter kjønn i prosent av befolkningen fra 1970 fram til 2009. Fram til 1980 var uføreraten den samme for kvinner og menn. Andel uføremottakere har økt for kvinner siden 1979 og for menn siden begynnelsen av 1980-tallet. Økningen har vært sterkere for kvinner enn for menn. I 2009 var 13 prosent av kvinnene og 9 prosent av mennene uføretrygdet.⁹

Figur 3.3 viser aldersstandardisert tilgang av nye uførepensjonerte i forhold til befolkningen over perioden 1968 til 2007. Hovedbildet er at tilgangen av nye uføre har variert en god del i perio-

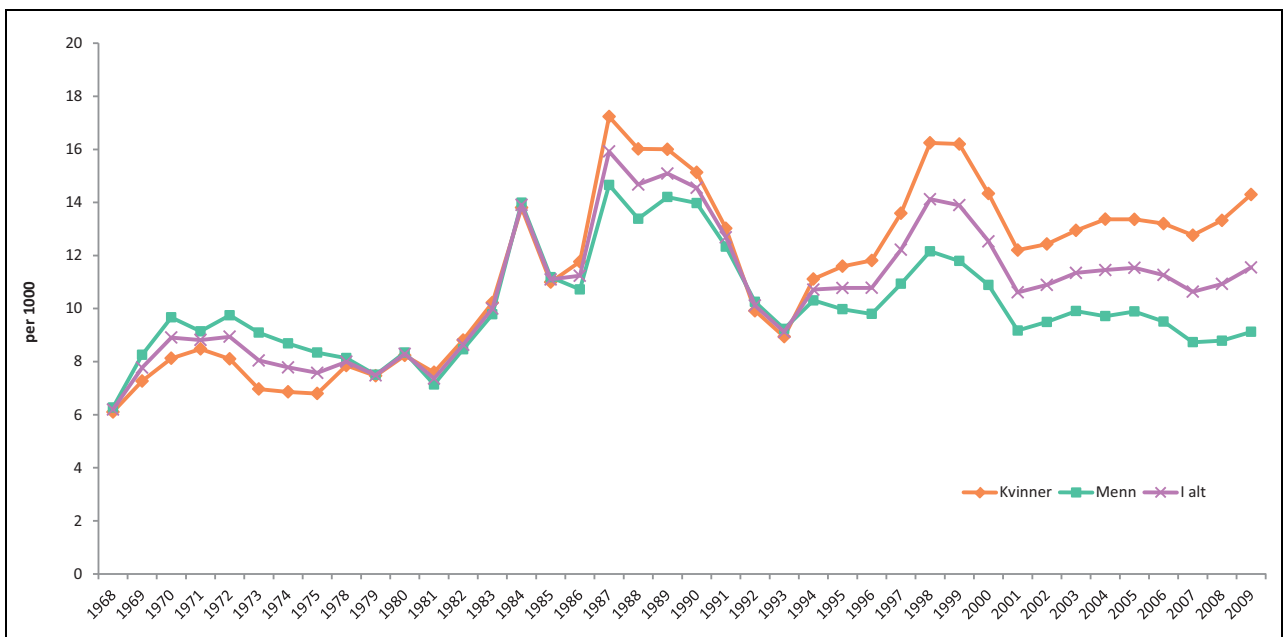


Figur 3.2 Andel menn og kvinner (av relevant befolkning) på uføreytelser i perioden fra 1970 til 2009.

Kilde: NAV. Andelen utføremottakere er beregnet med utgangspunkt i relevant befolkning ved utgangen av året. Det har i perioden vært endringer i aldersgrensen for å få uførepensjon og relevant befolkning er justert i henhold til endringene i reglene: 1967–1972=18–69 år, 1973–1975=18–66 år, 1976–1990=16–66 år. Tidsbegrenset uførestønad ble innført i 2004 og fra dette tidspunktet inkluderer tallene derfor tidsbegrenset uførestønad.

den, men at det i likhet med sykefraværet har vært en stigende tendens. Siden begynnelsen av 1990-tallet, har andelen nye uførepensjonerte

vært høyere blant kvinner enn blant menn. Det var også situasjonen på slutten av 1980-tallet.



Figur 3.3 Nye uførepensjonerte per 1000 innbyggere i alderen 18–66 år i perioden 1968 til 2009. Aldersstandardisert.

Kilde: NAV. Befolkningen i 1980 er brukt som standard.

3.2.2 Utvikling i sykefravær i helse- og omsorgssektoren

I dette avsnittet presenteres tall for legemeldt sykefravær i helse- og omsorgssektoren, se avgrensningen mot sosiale tjenester i kapittel 1.4 *Avgrensning og definisjoner av sentrale begrep*. Det er sykefraværstatistikken for tredje kvartal som er benyttet både i dette avsnittet og i resten av kapitlet for å gjøre det mulig å sammenligne utviklingen over tid.¹⁰ I tillegg er data fra arbeidskraftundersøkelsene benyttet i presentasjonen av

⁹ I 1989 ble AFP innført som ordning med aldersgrense 66 år. Aldersgrensen ble gradvis redusert på 1990-tallet og ble satt ned til 62 år i 1998. I 2000 ble rett til friinntekt på 1G tatt bort. Det gjorde det mindre gunstig å kombinere AFP med annen inntekt. Det anslås at om lag 80 prosent av dagens 62-årige arbeidstakere har rett til AFP.

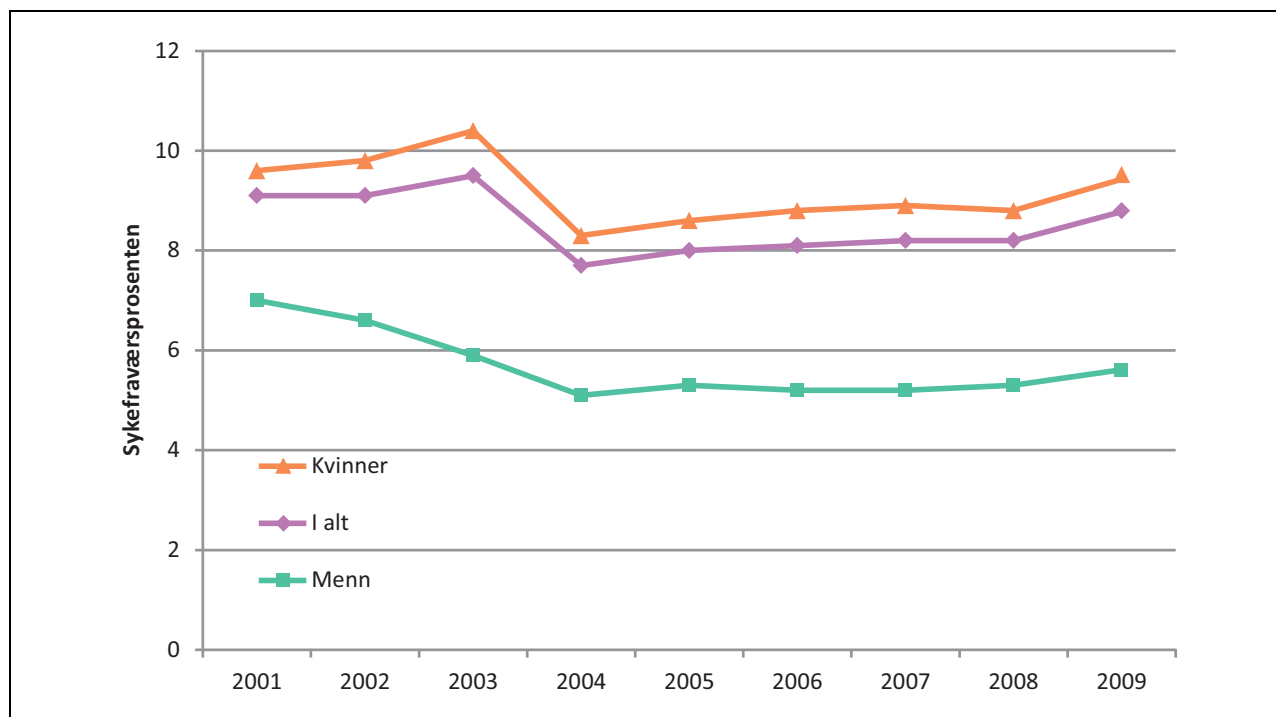
¹⁰ Det er nødvendig å benytte samme kvartal ved sammenligning over tid på grunn av sesongmessige svingninger i sykefraværet. Tredje kvartal er benyttet i denne utredningen for å unngå problemet med at påsken enkelte år faller i første kvartal og enkelte år faller i andre kvartal. Påsken påvirker sykefraværprosenten og gjør det vanskelig å sammenligne mellom år dersom første eller andre kvartal brukes som sammenligningsgrunnlag. Videre er ikke første og fjerde kvartal benyttet fordi influensaen påvirker sykefraværet, og influensaen kan variere mellom slutten av fjerde kvartal og første kvartal, selv om første kvartal er vanligst. I 2009 var det en spesiell situasjon fordi en del av influensaen kom i tredje kvartal (svineinfluensaen). Sykefraværet er lavest i andre og tredje kvartal.

lange tidstrender og i sammenheng med sammenligninger mellom land.

Figur 3.4 viser utviklingen i sykefraværet i helse- og omsorgssektoren fra tredje kvartal 2001 til tredje kvartal 2009. Sykefraværprosenten gikk ned fra 9,1 i 2001 til 8,8 i 2009. Det er en markant nedgang i sykefraværet fra 2003 til 2004. En mulig forklaring er endringene i regelverket som ble innført i 2004 med aktivitetskrav og tiltak for økt bruk av gradert sykemelding, samtidig som bruken av aktiv sykemelding ble redusert. Etter 2004 har det vært en svak økning i sykefraværet mot nivået fra før fallet i 2004. Fallet i menns sykefravær ser imidlertid ikke ut til å starte ved regelendringen i 2004. Etter 2004 er trenden i menns og kvinners sykefravær relativt lik.

Siden sykefraværstatistikken ikke går lengre tilbake enn 2001, må studier av utviklingen i sykefraværet i helse- og omsorgssektoren over en lengre tidsperiode baseres på arbeidskraftundersøkelsen. I arbeidskraftundersøkelsen kodes imidlertid ikke næring så detaljert at det er mulig å skille helse- og omsorgssektoren fra helse- og sosialsektoren.¹¹

Data fra arbeidskraftundersøkelsen viser at det har vært en betydelig økning i sykefraværet for helse- og sosialtjenester sammenlignet med det samlede fraværet i Norge, se tabell 3.1. Mens fraværet i helse- og sosialtjenesten omtrent tilsvarte det samlede fraværet i 1980, var fraværet i helse-



Figur 3.4 Utviklingen i legemeldt sykefravær i helse- og omsorgssektoren. Tredje kvartal 2001–2009.

Kilde: Statistisk sentralbyrå og NAV.

og sosialtjenesten omtrent 30 prosent høyere enn det samlede fraværet i 2009. For å undersøke om økningen i sykefraværet kan forklares med endringer i aldersfordelingen blant de sysselsatte i sektoren, kan sykefraværsprosenten for 2009 justeres i forhold til aldersfordelingen i 1980. Sykefraværsprosenten i sektoren var 5,2 i 2009 og dersom det forutsettes samme aldersfordeling som i 1980, blir sykefraværsprosenten 4,9 i 2009. Selv om endring i alderssammensetning dermed kan forklare noe av økningen i sykefraværet, endres ikke hovedbildet om at den sterke økningen i sykefraværet i sektoren må skyldes andre forhold enn alderssammensetning.

Data fra sykefraværsstatistikken for helse- og omsorgssektoren bekrefter at utviklingen i lege-

¹¹ Sosiale tjenester utenfor institusjon (næring 88 i ny standard) er inkludert i sektoren for årene 1980 og 1990. For år 2009 har endret næringsstandard gjort det mulig å avgrense helse- og omsorgssektoren mot sosiale tjenester. Sykefraværsprosenten blir da 4,9 i stedet for 5,2. I tidsperioden som studeres har det vært flere versjoner av standard for næringsgruppering, men utover endringen med hensyn til næringskode 88 er ikke endringene så store at det bør har påvirket tidsserien i merkbar grad.

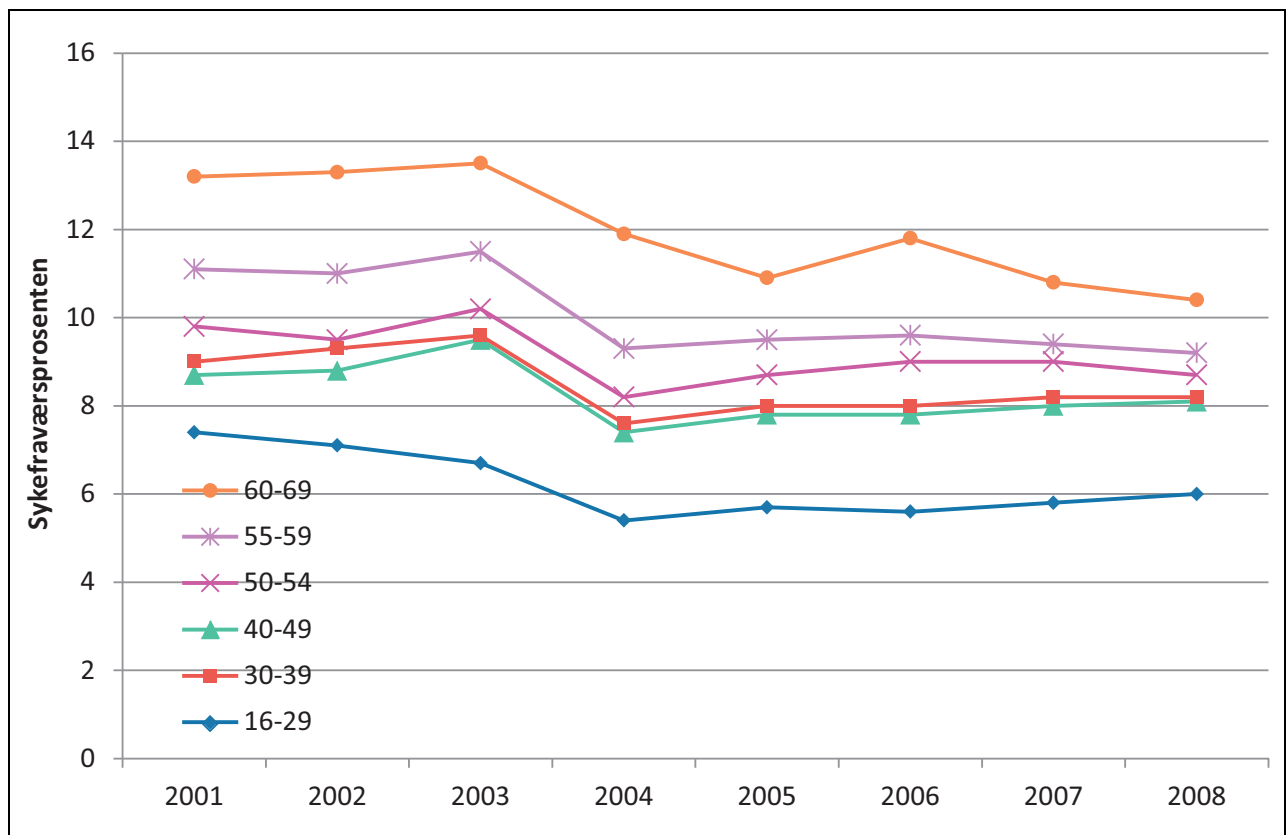
Tabell 3.1 Sykefraværsprosent i helse- og sosialtjenester basert på arbeidskraftundersøkelsen.

År	Alle næringer samlet	Helse- og sosialtjenesten
1980*	3,2	3,1
1990	3,1	4,2
2009	4,0	5,2

* Fraværet i 1980 er brukt som utgangspunkt fordi dette året verken hadde spesielt høyt eller spesielt lavt sykefravær samlet sett.

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

meldt sykefravær er relativt lik for de ulike aldersgruppene over perioden 2001–2008 (figur 3.5). Resultatet blir det samme dersom sykefraværsprosenten i 2009 aldersjusteres.¹² Ved å legge alderssammensetningen i 2001 til grunn ved beregningen av sykefraværsprosenten i 2009 forblir den uendret på 8,8 prosent. Endringen i sykefraværet fra 2001 til 2009 er altså ikke et uttrykk



Figur 3.5 Utviklingen i legemeldt sykefravær i helse- og omsorgssektoren for ulike aldersgrupper. Tredje kvartal 2001–2008.

Kilde: Statistisk sentralbyrå og NAV.

for endringer i alderssammensetningen i helse- og omsorgssektoren.

3.2.3 Sykefravær blant pleiepersonell i europeiske land

I dette avsnittet benyttes arbeidskraftundersøkelser til å sammenligne sykefravær blant pleiepersonell i Norge med sykefraværet blant pleiepersonell i andre land.¹³ I tillegg studeres mulige forskjeller mellom Norge og andre land når det gjelder i hvilken grad sykefraværet blant pleiepersonell skiller seg fra sykefraværet i yrkesgrupper med tilsvarende utdanningsnivå.

Datamaterialet er hentet fra Eurostats European Labour Force Survey database som er basert på arbeidskraftundersøkelsene i det enkelte land

(Mastkaasa 2010).¹⁴ Pleiepersonell er definert som spesialsykepleiere, jordmødre, sykepleiere og vernepleiere. Pleiepersonell med utdanning på videregående nivå, som for eksempel hjelpepleiere, er ikke inkludert i datamaterialet.¹⁵ Videre presenteres kun data for kvinner siden det er så få menn blant pleiepersonellet at tallene blir svært usikre.

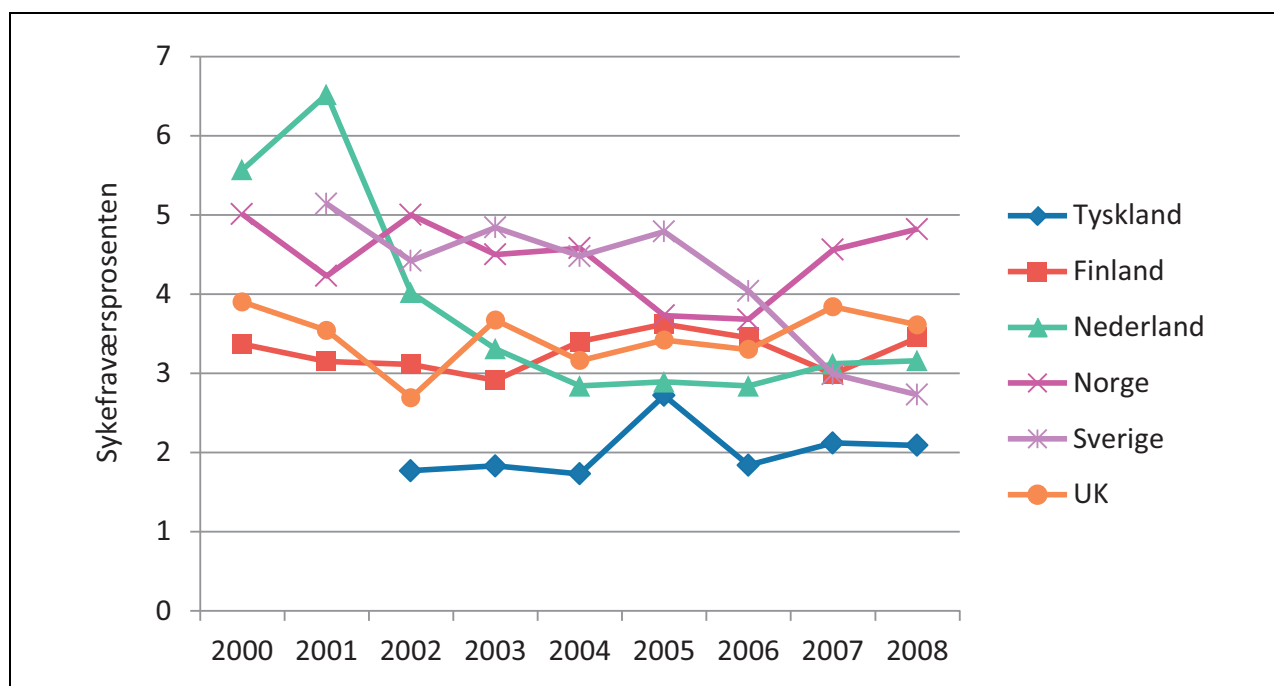
Sykefraværet blant pleiepersonell i Norge sammenlignes med Sverige, Finland, Nederland, UK (Storbritannia og Nord-Irland) og Tyskland i perioden fra 2000 til 2008. Det er lagt vekt på å inkludere sammenlignbare land i analysen. Danmark er ikke inkludert siden antall observasjoner i det danske datamaterialet er for lite til å studere undergruppen pleiepersonell. Av samme grunn er data fra 2000 for Sverige utelatt. For Tyskland

¹² Avtalte dagsverk 3. kvartal 2001 i helse- og omsorgssektoren er først prosentfordelt etter aldersgrupper. Deretter er avtalte dagsverk for 3. kvartal 2009 (totalt om lag 13 millioner dagsverk) fordelt etter denne prosentfordelingen. Videre er avtalte dagsverk i hver aldersgruppe multiplisert med sykefraværprosenten i de respektive aldersgruppene for 3. kvartal 2009. Dette gir en ny verdi for sykefravær-dagsverk per aldersgruppe. Summen av disse sykefravær-dagsverkene benyttes så, sammen med avtalte dagsverk, til å lage en ny sykefraværprosent. Denne sykefraværprosenten viser hva sykefraværet ville vært i 3. kvartal 2009 dersom alderssammensetningen var den samme i 3. kvartal 2001 som i 3. kvartal 2001.

¹³ Teksten i dette avsnittet er i sin helhet basert på et notat av Arne Mastkaasa av 04.06.2010.

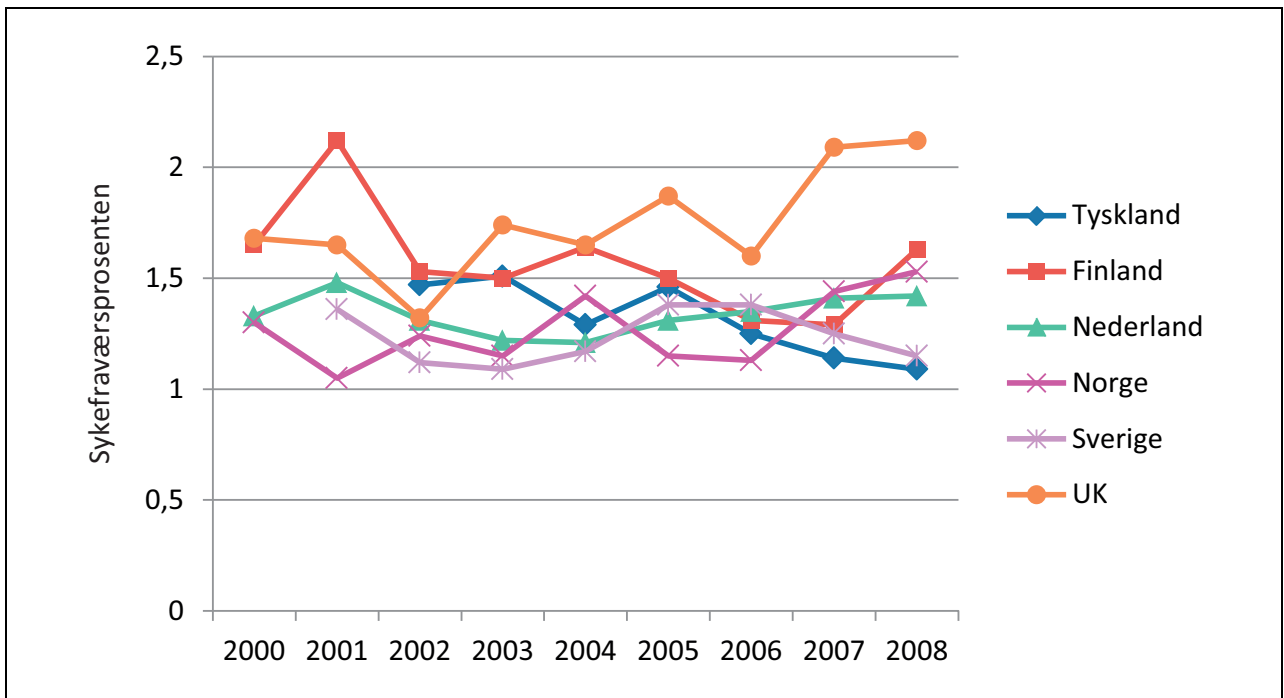
¹⁴ I Eurostats European Labour Force Survey database er den enkeltes yrke registrert ved firesifrete ISCO-koder (International Standard Classification of Occupation). ISCO er i hovedsak identisk med den norske yrkeskoden STYRK (sistnevnte er basert på førstnevnte). Første siffer angir yrkets kompetansenivå. Nivå 2 er professionals og nivå 3 associate professionals (henholdsvis akademiske yrker og yrker med kortere høyskole- og universitetsutdanning og teknikere i STYRK).

¹⁵ Det vil si gruppe 223 Nursing and midwifery professionals og 323 Nursing and midwifery associate professionals. Begrunnelsen for å avgrense pleiepersonell til gruppe 223 og 323 er at disse er noe mer homogene og sammenlignbare på tvers av land enn gruppe 513 personal care and related workers der hjelpepleierne er plassert.



Figur 3.6 Sykefravær blant pleiepersonell 2000–2008 basert på arbeidskraftundersøkelser. Kvinner. Prosent fraværende i referanseuken.

Kilde: Eurostats European Labour Force Survey database



Figur 3.7 Sykefravær blant pleiepersonell basert på arbeidskraftundersøkelser. Relativt til andre i ISCO-gruppe 3, 2000–2008 (1=likt fravær). Kvinner.

Kilde: Eurostats European Labour Force Survey database

foreligger det bare data for 2002 til 2008. Alle estimater er dermed basert på minst 1700 observasjoner.

Sykefraværet blant pleiepersonellet i figur 3.6 viser at det for Norge, UK, Finland og Tyskland ikke er noen klar trend i utviklingen i sykefraværet. I Sverige og Nederland synes fraværet å ha gått ned over perioden, og det er i samsvar med den generelle sykefraværsutviklingen i disse to landene. I begynnelsen av perioden er sykefraværet blant pleiepersonellet i Norge på omtrent samme nivå som i Nederland og Sverige, men i slutten av perioden ligger Norge høyest på grunn av denne utviklingen. Det er viktig å understreke at utvalgstrekkning og andre forhold gjør at det kan være en god del tilfeldige svingninger i materialet.

Figur 3.7 viser fraværet til pleiepersonellet sammenlignet med øvrige yrker med et kompetansenivå som tilsvarer kort høyere utdanning (for eksempel ingeniører, grunnskolelærere og polititjenestemenn).¹⁶ I alle land og i alle år har pleiepersonellet høyere fravær enn sammenligningsgruppen. Forskjellen mellom pleiepersonellet og sammenligningsgruppen ser ut til å øke i UK, men i de andre landene, inkludert Norge, er det ingen systematiske tendenser til større eller

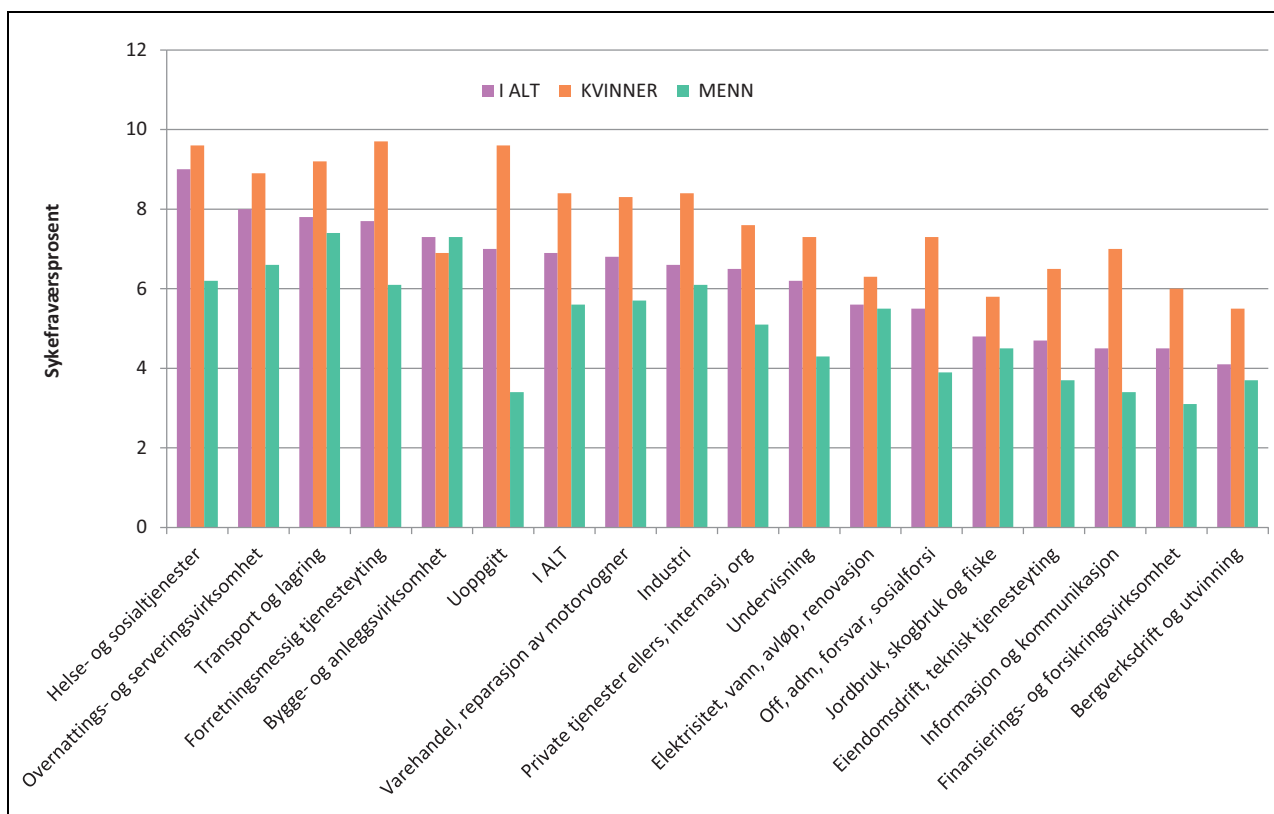
mindre forskjeller. Forskjellen mellom gruppene er ikke høyere i Norge enn i de andre landene. Et gjennomsnitt av forholdstallene over alle årene i Figur 3.7, viser at det for Norges vedkommende er slik at pleiepersonellet har 1,29 ganger så høyt fravær som sammenligningsgruppen. Tilsvarende tall for de andre landene er 1,22 for Sverige, 1,32 for Nederland og Tyskland, 1,49 for Finland og 1,77 for UK.

Kort oppsummert tyder resultatene på at sykefraværet blant pleiepersonellet er noe høyere i Norge enn i andre sammenlignbare land. Sannsynligvis reflekterer dette bare det faktum at sykefraværet generelt er høyt i Norge. Videre er forskjellen i sykefravær mellom pleiepersonell og andre yrker på samme kompetansenivå omtrent på linje med det som er tilfellet i Sverige, Nederland og Tyskland, og forskjellen er trolig noe mindre enn i Finland og UK.

3.2.4 Sykefravær sammenlignet med andre næringer

I denne delen av kapitlet sammenlignes sykefraværet i helse- og omsorgssektoren med andre næringer. En slik sammenligning kan gi viktig bakgrunnsinformasjon til diskusjonen av års-

¹⁶ Det vil si øvrige grupper på nivå 3 i ISCO.



Figur 3.8 Legemeldt sykefravær for menn og kvinner innenfor alle næringer i Norge. Tredje kvartal 2009. Kilde: Statistisk sentralbyrå og NAV.

kene til sykefraværet i helse- og omsorgssektoren.

Figur 3.8 nedenfor angir sykefraværsprosenten (kun legemeldt) i norske næringer i tredje kvartal 2009. Helse- og sosialtjenester var den næringen i Norge med høyest sykefraværsprosent i tredje kvartal 2009. De ansatte i denne næringen var borte på legemeldt sykefravær i 9 prosent av de avtalte dagsverkene. Fraværet var særlig høyt blant kvinner med en fraværsprosent på 9,6. Menn hadde en sykefraværsprosent på 6,2. Kvinners sykefravær er høyere enn menns sykefravær i alle næringer med unntak av bygg og anlegg.

Figur 3.8 viser samtidig at selv om det samlede sykefraværet i helse- og omsorgssektoren er høyt sammenlignet med andre sektorer, gjelder ikke dette i samme grad for menn. Fraværsprosenten for menn er lavere i helse- og sosialtjenesten enn i næringene overnattings- og serveringsvirksomhet, transport og lagring, og bygge- og anleggsvirksomhet.

Helse- og omsorgstjenesten er en del av næringen helse- og sosialtjenester i den nasjonale sykefraværstatistikken som også inkluderer barnehager, barneverntjenester med mer. I kapittel 1.4

Avgrensning og definisjoner av sentrale begrep er det gjort en avgrensning av helse- og omsorgssektoren mot resten av næringen helse- og sosiale tjenester. Dersom sykefraværstatistikken avgrenses til helse- og omsorgstjenesten, er det legemeldte sykefraværet på 8,8 prosent. Det vil si at det er om lag det samme som for hele næringen helse- og sosialtjenester.

Utvalget har sett nærmere på i hvilken grad forskjeller i sykefravær sammenlignet med andre næringer kan forklares av alders- og kjønnsammensetningen i helse- og omsorgssektoren.

Dersom aldersammensetningen i helse- og omsorgssektoren antas å være den samme som for alle næringer samlet, ville det legemeldte sykefraværet være 8,7 prosent i tredje kvartal 2009, det vil si 0,1 prosentpoeng eller 1,6 prosent lavere enn det faktiske sykefraværet på 8,8 prosent.¹⁷ Det betyr at forskjellen i aldersammensetningen er så liten at den har begrenset betydning for å forklare forskjellen i sykefravær mellom helse- og omsorgssektoren og gjennomsnittlig sykefravær for alle næringer samlet.

Kjønnsammensetningen har imidlertid langt større betydning. Hvis samme kjønnsammensetning legges til grunn i helse- og omsorgssektoren

Tabell 3.2 Legemeldt sykefravær etter næring. Tredje kvartal 2009. Kjønnjustert

Næring	Sykefraværsprosent	Kjønnjustert ¹ sykefraværsprosent
Undervisning	6,2	5,7
Bygge- og anleggsvirksomhet	7,3	7,1
Industri	6,6	7,1
Helse- og omsorgssektoren	8,8	7,5
Overnattings- og serveringsvirksomhet	8,0	7,6
Forretningsmessig tjenesteyting	7,7	7,7
Transport og lagring	7,8	8,2

¹ Avtalte dagsverk 3. kvartal 2009 i alle næringer er først prosentfordelt etter menn/kvinner. Deretter er avtalte dagsverk for 3. kvartal 2009 for den aktuelle næringen fordelt etter denne prosentfordelingen. Dermed er avtalte dagsverk i 3. kvartal 2009 fordelt etter samme kjønnssammensetning som i alle næringer samlet. Videre er avtalte dagsverk for menn/kvinner multiplisert med sykefraværsprosenten for menn/kvinner i den aktuelle næringen. Dette gir en ny verdi for sykefraværsdagsverk for menn/kvinner. Summen av disse sykefraværsdagsverkene benyttes, sammen med avtalte dagsverk, til å lage en ny sykefraværsprosent. Denne sykefraværsprosenten viser hva sykefraværet ville vært i 3. kvartal 2009 for den aktuelle næringen dersom kjønnssammensetningen var den samme som i alle næringer samlet.

Kilde: Statistisk sentralbyrå og NAV.

som i alle næringer samlet, ville det legemeldte sykefraværet vært 7,5 prosent, se tabell 3.2. Det vil si en reduksjon på 1,3 prosentpoeng eller 15,1 prosent. Den store forskjellen skyldes at helse- og omsorgssektoren er sterkt kvinnedominert. Kvinner står for over 80 prosent av alle avtalte dagsverk i denne næringen i tredje kvartal 2009, mot nærmere 45 prosent i alle næringer samlet. Selv om det forutsettes lik kjønnssammensetning, er sykefraværet fremdeles noe høyere i helse- og omsorgssektoren (7,5 prosent) enn gjennomsnittet for alle næringer samlet (6,9 prosent). Det skyldes at sykefraværet for menn er høyere i helse- og omsorgssektoren enn gjennomsnittet for alle menn.

Det kjønnjusterte sykefraværet i helse- og omsorgssektoren er imidlertid lavere enn det

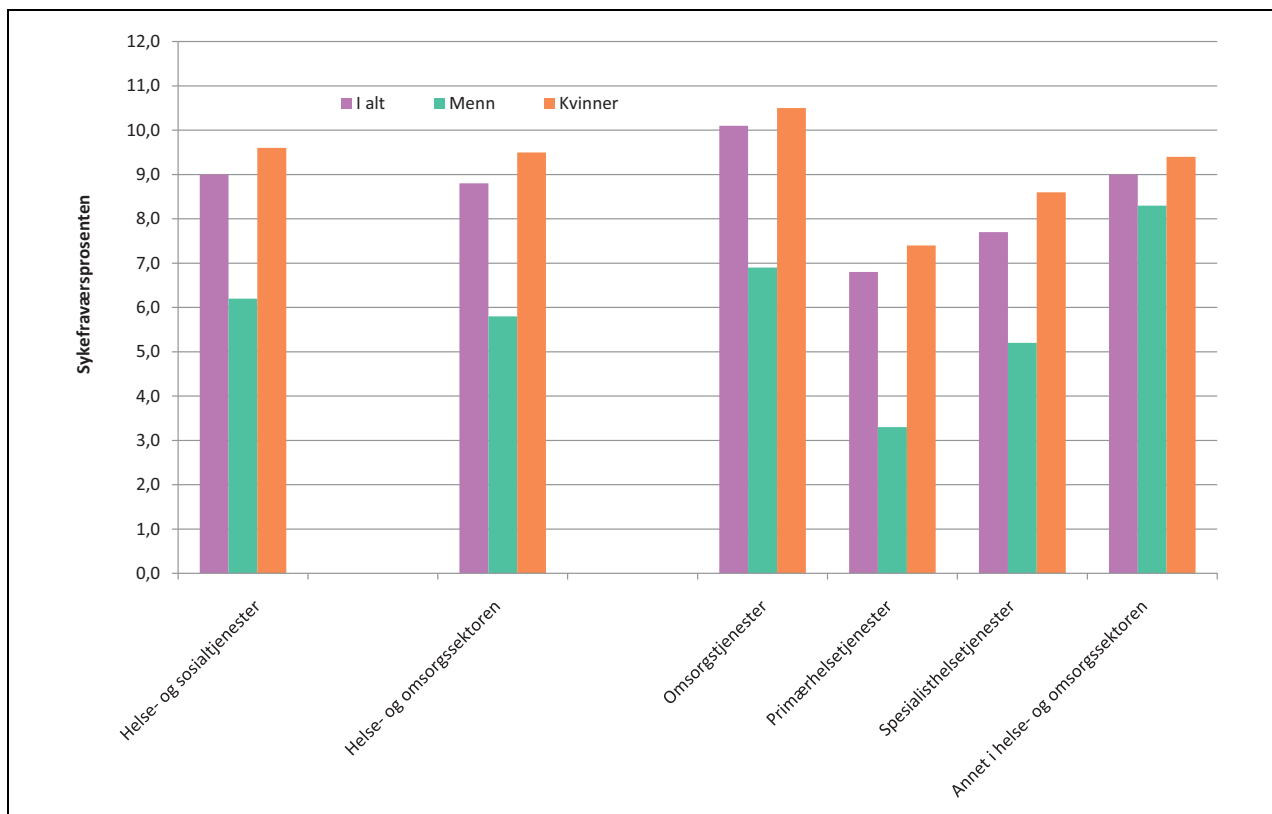
kjønnjusterte sykefraværet i flere andre sektorer (tabell 3.2.). Konklusjonen blir at sykefraværet i helse- og omsorgssektoren ikke er spesielt høyt sammenlignet med andre næringer. Det er i hovedsak den store forskjellen i sykefravær mellom kvinner og menn, som finnes i så å si alle næringer i Norge, som forklarer hvorfor sykefraværet i helse- og omsorgssektoren er høyt sammenlignet med andre næringer.

3.3 Variasjoner innenfor helse- og omsorgssektoren

I dette avsnittet studeres sykefraværet i ulike deler av sektoren for å se om det er noen variasjoner som kan ha betydning for vurderingen av årsaker til sykefravær og utstøting, og for arbeidet med å utforme tiltak.

Figur 3.9 viser at sykefraværsprosenten i helse- og omsorgssektoren var 8,8 prosent i tredje kvartal 2009 og 9 prosent i hele helse- og sosialtjenesten. Fraværet blant kvinner er like høyt i helse- og omsorgssektoren som i helse- og sosialtjenesten som helhet. Innenfor helse- og omsorgssektoren, illustrerer figur 3.9 at det særlig er i omsorgstjenestene at sykefraværet er høyt, over 10 prosent. I primærtjenestene er det under 7 prosent og i spesialisthelsetjenesten ligger det under 8 prosent. Fraværet blant kvinner er betydelig høyere enn blant menn. Forskjellen mellom kvinners og

¹⁷ Avtalte dagsverk i alle næringer er først prosentfordelt etter aldersgrupper. Deretter er avtalte dagsverk for helse- og omsorgssektoren fordelt etter denne prosentfordelingen. Dermed er avtalte dagsverk i 3. kvartal 2009 fordelt etter alderssammensetningen i alle næringer samlet. Dette gir blant annet noe flere avtalte dagsverk i de yngste aldersgruppene og noen færre i de eldste aldersgruppene. Videre er avtalte dagsverk i hver aldersgruppe multiplisert med sykefraværsprosenten i de respektive aldersgruppene. Dette gir en ny verdi for sykefraværsdagsverk per aldersgruppe. Summen av disse sykefraværsdagsverkene benyttes, sammen med avtalte dagsverk, til å lage en ny sykefraværsprosent. Denne sykefraværsprosenten viser hva sykefraværet ville vært i 3. kvartal 2009 for helse- og omsorgssektoren dersom alderssammensetningen var den samme som i alle næringer samlet. Beregningene er kun foretatt for legemeldt sykefravær.



Figur 3.9 Legemeldt sykefravær i helse- og sosialtjenester og helse- og omsorgssektoren. Tredje kvartal 2009.

Kilde: Statistisk sentralbyrå og NAV.

menns fravær er spesielt høyt i primærhelsetjenesten.

Tabell 3.3 viser sykefraværet 3. kvartal 2009 på sektornivå (statlig forvaltning, kommunal forvaltning og privat og offentlig næringsvirksomhet).¹⁸ Sykefraværet var klart høyest i kommunal forvaltning. Dette gjelder både menn og kvinner. Det legemeldte sykefraværet er omtrent likt i statlig

forvaltning og privat sektor, der det er betydelig lavere enn i kommunal forvaltning.

Ansatte i virksomheter innenfor helse- og omsorgssektoren som driver næringsvirksomhet har et sykefravær om lag på samme nivå som i statlig forvaltning, men innenfor denne gruppen er sykefraværet i de ideelle organisasjonene høyere. Det kan være mange årsaker til slike forskjeller, for eksempel kan kjønns- og alderssammen-

Tabell 3.3 Legemeldt sykefravær i helse- og omsorgssektoren etter sektor og kjønn. Tredje kvartal 2009. Sykefraværprosenten.

	I alt	Menn	Kvinner
I alt	8,8	5,8	9,5
Statlig forvaltning	7,9	5,5	8,7
Kommunal forvaltning	9,7	6,5	10,1
Privat og offentlig næringsvirksomhet i alt	7,9	5,8	8,7
Ideelle organisasjoner*	9,2	7,3	9,8
Øvrig privat og offentlig næringsvirksomhet	7,5	5,2	8,2

* Private ikke-forretningsmessige konsumentorienterte institusjoner.

Kilde: Statistisk Sentralbyrå og NAV.

setning blant de sysselsatte være forklaringen. Se nærmere omtale av årsaker til sykefravær i kapittel 6.

Helseforetakene

Det legemeldte sykefraværet i helseforetakene i 3. kvartal 2009 var på 7,7 prosent blant de ansatte i helse- og omsorgssektoren.¹⁹ Hvis alle næringer som er tilknyttet foretakene inkluderes, blir sykefraværsprosenten i helseforetakene 7,8 prosent.²⁰ Figur 3.10 viser at blant helseforetak av en viss

størrelse, var fraværet høyest i Nord-Norge og Nordmøre, mens det var lavest i Stavanger. Stavanger hadde imidlertid den største økningen i sykefraværsprosenten fra 2008 til 2009 (over 20 prosent). Østfold, Nordland og Telemark hadde en liten reduksjon i sykefraværsprosenten fra 2008 til 2009.

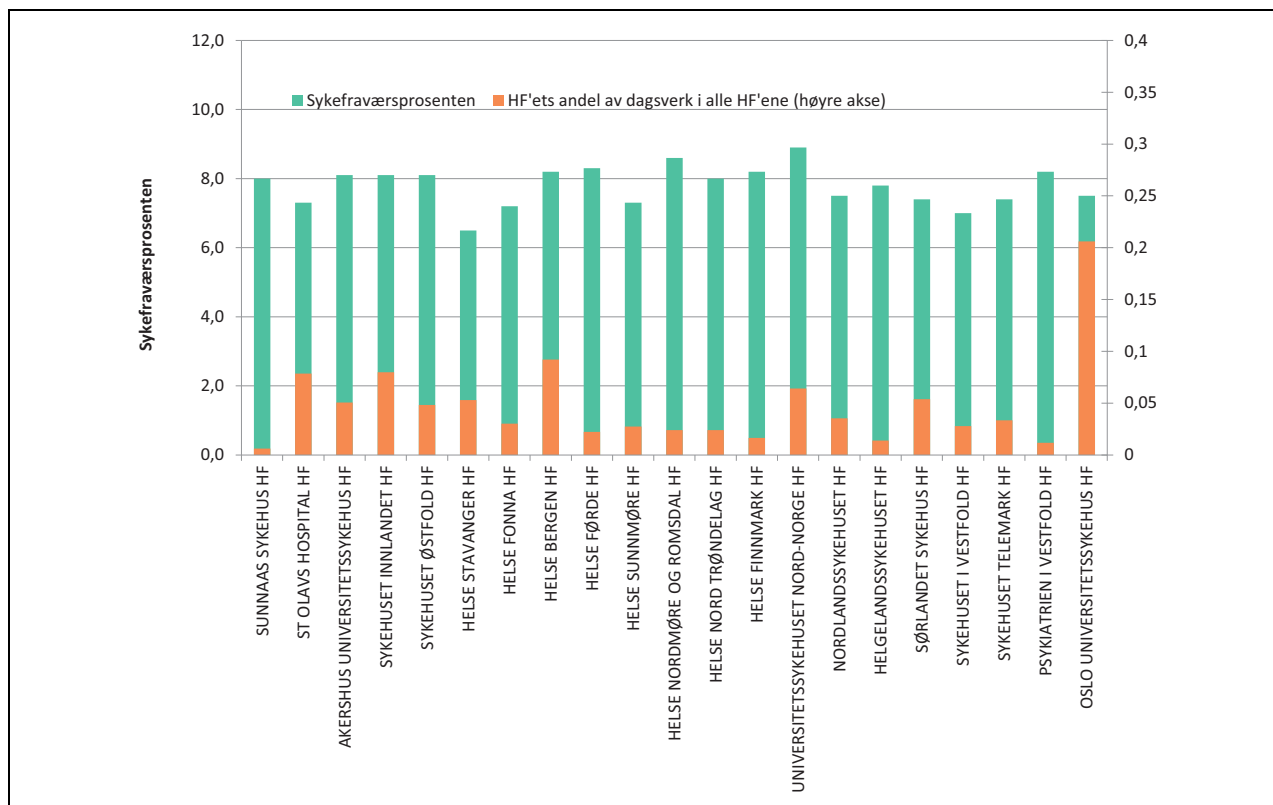
Geografisk variasjon – arbeidsstedskommuner

I pleie- og omsorgstjenesten varierer sykefraværet mye etter arbeidsstedskommune.²¹ Figur 3.11

¹⁸ Følgende sektorinndeling er benyttet: Statlig forvaltning=sektorkode 110-190, kommunalforvaltning=sektorkode 510 og 550, privat/offentlig næringsvirksomhet i alt=sektorkode 210-500 og 610-999. Private ikke-forretningsmessige konsumentorienterte institusjoner (ideelle organisasjoner)=sektorkode 770, og øvrig privat/offentlig næringsvirksomhet =Sektorkode 210-500, 610-760 og 790-999. Statsforvaltningen består av stats- og trygdeforvaltningen (inkludert helseforetakene). Kommunal forvaltning består av kommuner og fylkeskommuner (virksomhet som ikke er næringsrettet, som f.eks. hjemmetjenester, helsestasjoner, sykehjem, m.m.). Privat sektor/offentlig næringsvirksomhet består av privat næringsvirksomhet og statens forretningsdrift, statlig eide foretak, statsforetak, kommunal forretningsdrift (inkluderer kommunale foretak (KF) og interkommunale selskap (IKS)) og selvstendige kommuneforetak.

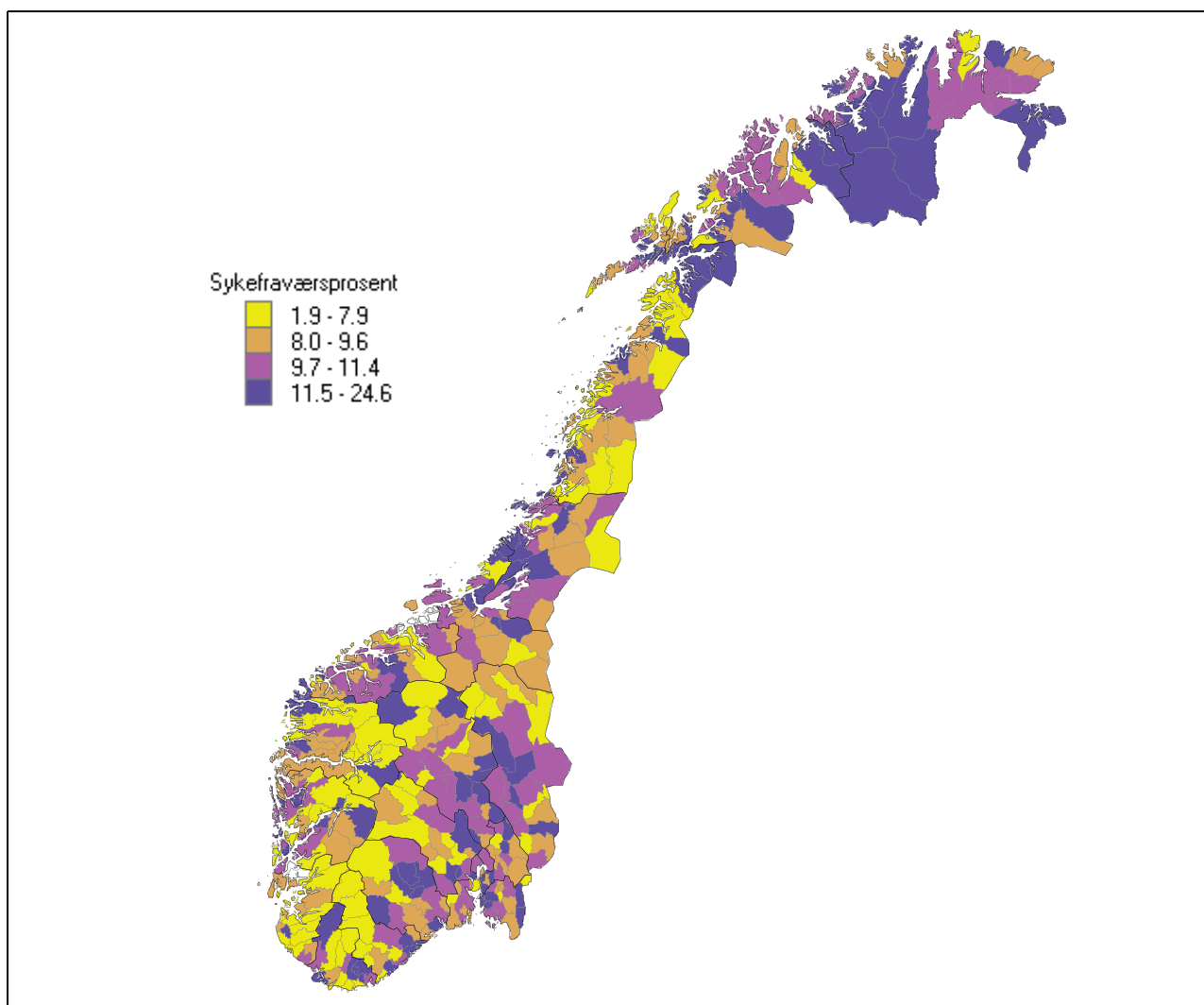
¹⁹ Informasjon om regionale helseforetak (RHF) og helseforetak (HF) er hentet fra Enhetsregisteret. Alle med organisasjonsform SÆR (annet foretak i følge særskilt lov), sektorkode 110 (stats- og trygdeforvaltningen), HF og RHF i foretaksnavn. Det var fem RHF tredje kvartal 2008 og 2009. Antall HF er redusert fra 28 tredje kvartal 2008 til 22 tredje kvartal 2009 blant annet på grunn av sammenslåing av Ullevål, Rikshospitalet og Aker sykehus til ett foretak.

²⁰ Alle helseforetakene (HF) har næring 86 (helsetjenester). Noen helseforetak har imidlertid bedrifter som ikke har næring 86, 87 eller 88.1. Dette gjelder for eksempel kantinedrift (næring 56), kompetansesenter (næring 85) og vaskeri (næring 96). De regionale helseforetakene (RHF) har næring 84.120 (offentlig administrasjon). Forskjellig organisering av virksomhetene kan gjøre det vanskelig å sammenligne sykefravær mellom HF'ene. Noen HF'er kan ha skilt ut rengjøringsvirksomhet, vaskeri, osv. som egne bedrifter, mens andre HF'er ikke har gjort det.



Figur 3.10 Sykefraværsprosenten (legemeldt) innenfor helse- og omsorgssektoren for helseforetakene (HF). Tredje kvartal 2009.

Kilde: Statistisk sentralbyrå og NAV.



Figur 3.11 Sykefraværprosenten (legemeldt) innenfor pleie- og omsorgstjenester for hver arbeidsstedskommune. Tredje kvartal 2009.

Kilde: Statistisk sentralbyrå og NAV. Kartgrunnlag: Statens kartverk.

viser fordelingen av sykefraværprosenten i helse- og omsorgssektoren tredje kvartal 2009 for alle arbeidsstedskommunene i landet. Sykefraværprosenten er høy i Finnmarkskommunene, og den er lav i Rogalandskommunene, mens det er større variasjon i sykefraværet mellom arbeidsstedskommunene innenfor de andre fylkene.

Det er også store forskjeller mellom arbeidsstedskommunene i hvordan sykefraværprosenten endrer seg over tid. Sykefraværstatistikken viser at endringene i sykefraværprosenten var store fra tredje kvartal 2008 til tredje kvartal 2009 innen helse- og omsorgssektoren for alle landets arbeidsstedskommuner. I noen arbeidsstedskommuner ble fraværet halverte dette året,

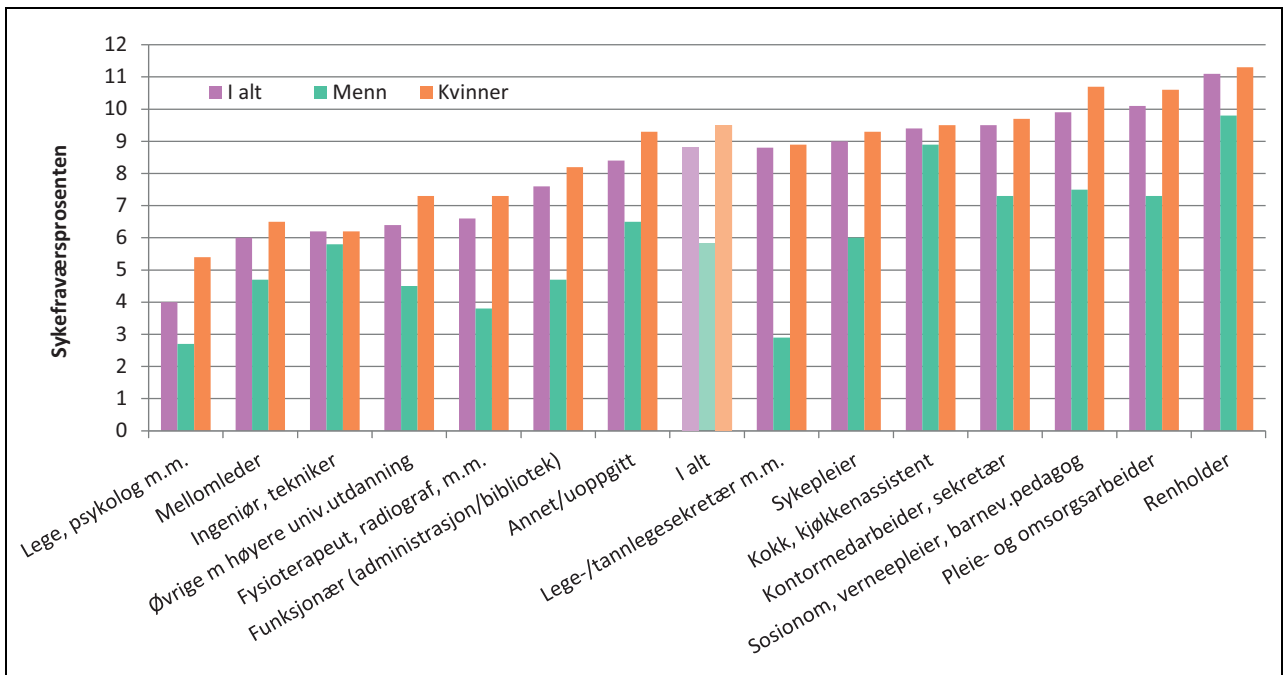
²¹ Arbeidsstedskommune er den geografiske kommunen hvor virksomheten er lokalisert.

mens i andre ble det doblet. Det er tendenser til at arbeidsstedskommunene som hadde høyere sykefravær i 2008 hadde lavere økning (eller til og med reduksjon) i sykefraværet fra 2008 til 2009.

Forskjeller i sykefravær mellom arbeidsstedskommunene kan ha mange grunner, herunder forskjeller i alders- og kjønns sammensetning, se kapittel 6 *Årsaker til sykefravær og utstøting*.

3.4 Sykefravær etter kjønn, yrke, utdanning med mer

I denne delen av kapitlet presenteres sykefraværet i helse- og omsorgssektoren i tredje kvartal 2009 etter kjønn, yrke, utdanningsnivå osv. Variasjoner i sykefraværet i forhold til denne typen bakgrunnsvariabler kan bidra til å synliggjøre mulige



Figur 3.12 Legemeldt sykefravær i helse- og omsorgssektoren for ulike yrker. Tredje kvartal 2009.

Kilde: Statistisk sentralbyrå og NAV.

årsaker og avdekke hvilke målgrupper tiltakene bør rettes mot.

Figur 3.12 viser legemeldt sykefravær i tredje kvartal 2009 for ulike yrkesgrupper i helse- og omsorgssektoren.²² Fraværet er lavest i gruppen bestående av lege, psykolog med mer, hvor det er fire prosent. Denne gruppen har ikke bare det laveste fraværet totalt sett, men også det laveste blant både menn og kvinner. De store yrkesgruppene innen helse- og omsorgssektoren, sykepleiere og pleie- og omsorgsarbeiderne, har et høyt fravær med henholdsvis 9 prosent og drøyt 10 prosent. Kvinner har et betydelig høyere sykefravær enn menn i de aller fleste yrkesgrupper.

Renholderne har et sykefravær på over 11 prosent. Det betyr at renholderne er den yrkesgruppen som har det høyeste sykefraværet i sektoren, både for menn og kvinner. Men det høyere sykefraværet blant renholderne skyldes sannsynligvis ikke forhold som er spesielle for helse- og omsorgssektoren.

²² Yrkestilene er gruppert på følgende måte: mellomleder; lege, psykolog, tannlege, farmasøyt og veterinær; øvrige yrker med høyere universitetsutdanning; sykepleier; fysioterapeut, radiograf, helsearbeider med høyskoleutdanning; sosionom, vernepleier og barnevernspedagog; ingeniør, tekniker (kjemi/metall/biologi); funksjonær (administrasjon og bibliotek); kontormedarbeider og sekretær; kokk og kjøkkenassistent; pleie- og omsorgsarbeider; lege-/tannlegesekretær, apotektekniker; renholder, annet eller uoppgitt.

Tabell 3.4 viser legemeldte sykefravær i 3. kvartal 2009 for noen yrkesgrupper som i stor grad også finnes utenfor helse- og omsorgssektoren, deriblant renholderne. Sykefraværet for renholderne i alle næringer ligger litt høyere enn sykefraværet for renholderne i helse- og -omsorgssektoren. For yrkesgruppen kokk og kjøkkenassistent var sykefraværet i helse- og omsorgssektoren heller ikke høyere enn i alle næringer samlet. Imidlertid var sykefraværet for «kontormedarbeidere, sekretærer», høyere i helse- og omsorgssektoren (9,5 prosent) enn for alle næringer samlet (6,7 prosent).

Figur 3.13 viser legemeldt sykefravær i helse- og omsorgssektoren i 3. kvartal 2009, etter utdanning og kjønn.²³ Figuren illustrerer at det er sosiale forskjeller i sykefraværet. Sykefraværet er lavest (4,6 prosent) blant dem med høyest utdanning (minst universitets- og høyskoleutdanning, høyere nivå). Sykefraværet for denne gruppen er også klart lavere enn landsgjennomsnittet som var 6,9 prosent i 3. kvartal 2009. En mulig forklaring

²³ Følgende inndeling av utdanning er benyttet: ungdomsskole eller mindre =ingen utdanning eller førskole (0), barneskole (1) og ungdomsskole (2), Grunnutdanning videregående grunn = grunnutdanning videregående (3), Avsluttet videregående = videregående avsluttet (4) og påbygging til videregående (5), universitet og høyskole lavere nivå= universitet og høyskole lavere nivå (6), universitet og høyskole høyere nivå = høyere nivå universitet og høyskole (7) og forskerutdanning (8), uoppgitt =uoppgitt (9).

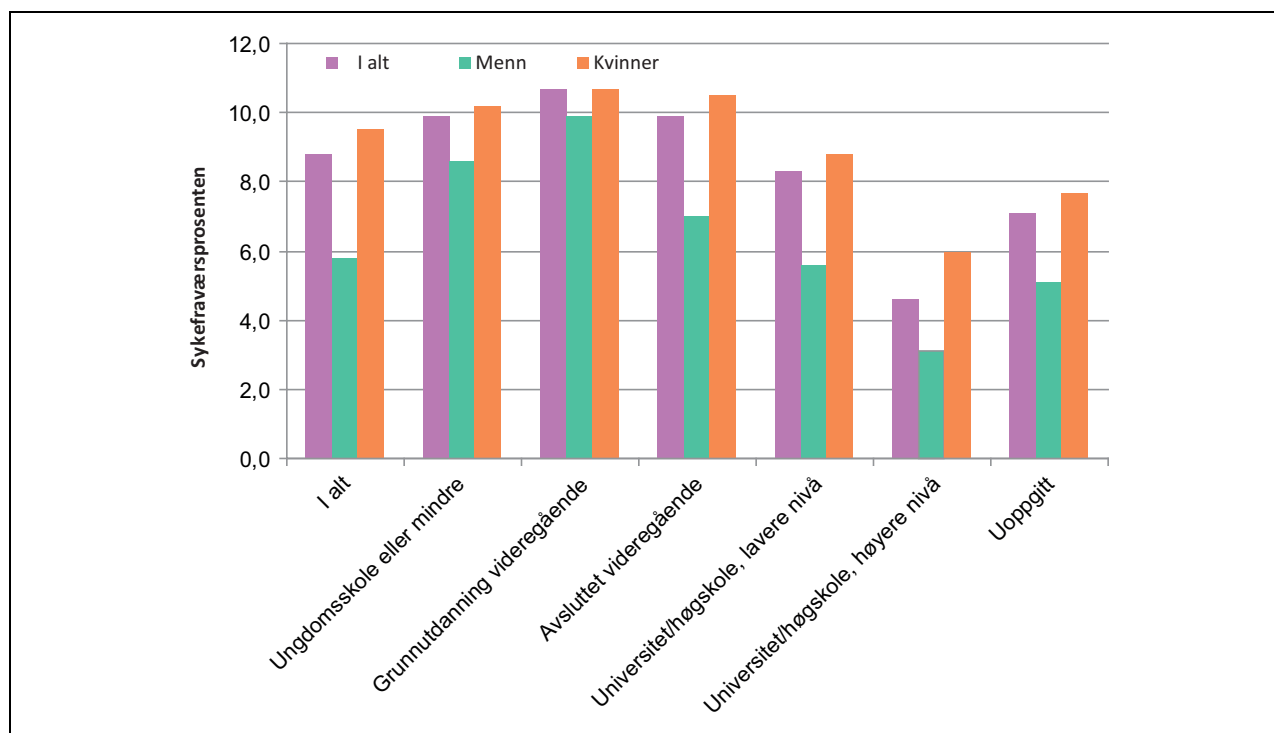
Tabell 3.4 Legemeldt sykefravær i helse- og omsorgssektoren etter sektor og kjønn. Tredje kvartal 2009. Sykefraværprosenten.

Yrker	Helse- og omsorgssektoren		Alle næringer	
	Avtalte dagsverk	Sykefraværprosent	Avtalte dagsverk	Sykefraværprosent
I alt (alle yrker)	12 996 535	8,8	99 470 679	6,9
Kontormedarbeidere	399 436	9,5	3 698 550	6,7
Kokk, kjøkkenassistent	78 350	8,9	705 576	8,9
Rengjøringspersonale i bedrifter	240 581	11,0	2 128 210	11,4

Kilde: Statistisk Sentralbyrå og NAV.

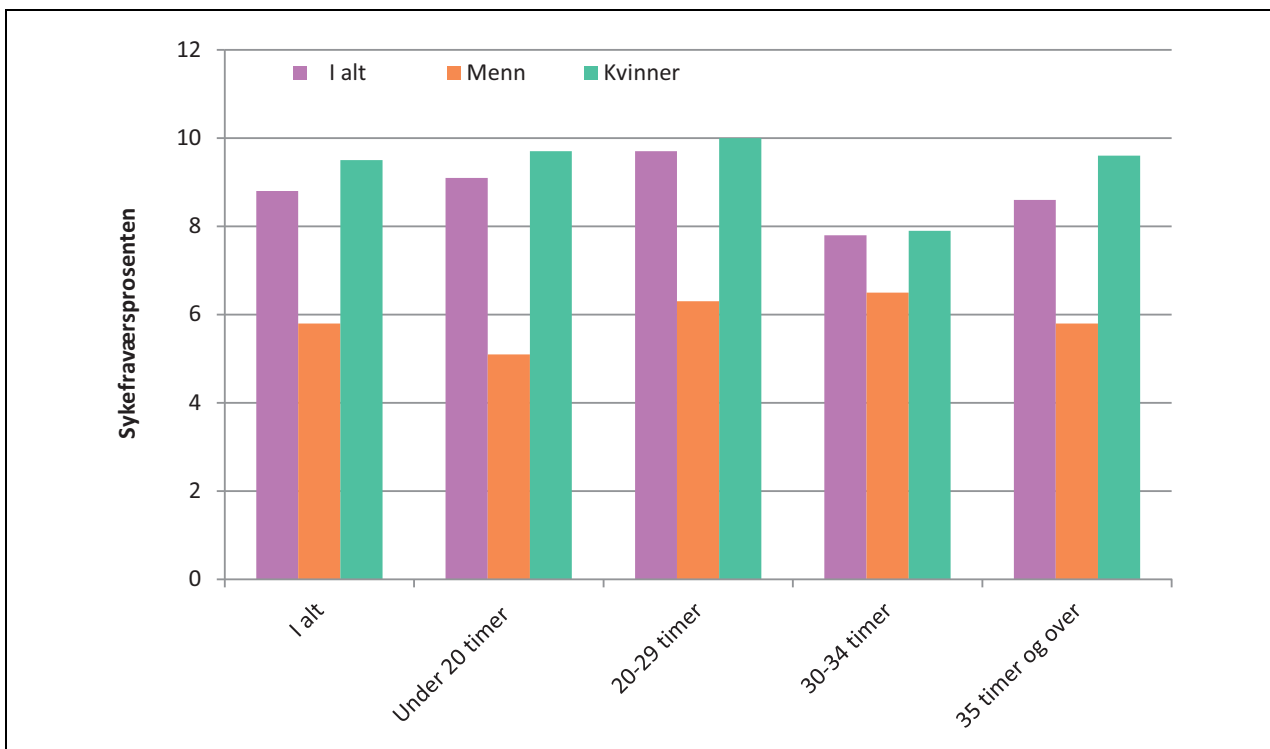
ring kan være at grupper med høy utdanning har mindre belastende yrker og mer kontroll over arbeidssituasjonen enn grupper med lavere utdanning. Utdanningen kan også bidra til bedre helse gjennom, for eksempel større økonomisk trygghet, sunnere helseatferd med mindre bruk av tobakk, bedre kosthold og mer fysisk aktivitet. I tillegg tyder resultater fra enkeltundersøkelser på at tilgjengelighet til og kvalitet på behandling kan ha sammenheng med utdanning og inntekt. Det gjelder spesielt tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester.

Figur 3.14 viser at det legemeldte sykefraværet i helse- og omsorgssektoren er høyere blant deltidsarbeidende enn blant heltidsarbeidende kvinner. Kvinner som arbeider mellom 30 og 34 timer i uken har imidlertid lavere fravær enn kvinner som jobber heltid. Blant menn er fraværet lavest blant dem som jobber kort deltid (under 20 timer). Beskrivelsen av helse- og omsorgstjenesten i kapittel 4 viser at dette er den kommunale sektoren med størst andel deltidsansatte. 73 prosent av kvinnene i helse- og omsorgssektoren i kommunen er deltidsansatte. I omsorgstjenesten utgjør personell uten helsefaglig utdanning, og



Figur 3.13 Legemeldt sykefravær i helse- og omsorgssektoren etter utdanningslengde og kjønn. Tredje kvartal 2009.

Kilde: Statistisk sentralbyrå og NAV.

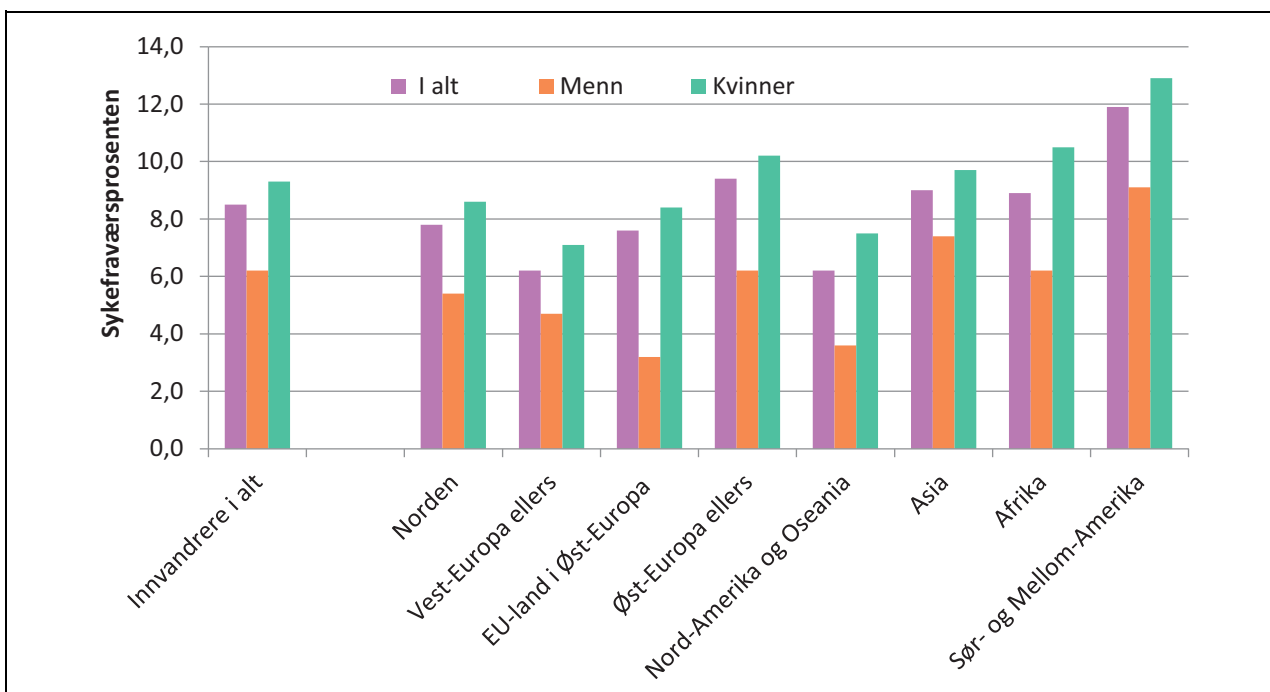


Figur 3.14 Legemeldt sykefravær i helse- og omsorgssektoren etter avtalt arbeidstid. Tredje kvartal 2009.

Kilde: Statistisk sentralbyrå og NAV.

hjelpepleiere og omsorgsarbeidere de to største personellgruppene med til sammen 73 prosent av de sysselsatte i sektoren. Mer enn halvparten av

personellet uten helsefaglig utdanning og om lag en av fem av hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne jobber mindre enn 19 timer per uke.



Figur 3.15 Legemeldt sykefravær i helse- og omsorgssektoren for innvandrere. Tredje kvartal 2009.

Kilde: Statistisk sentralbyrå og NAV.

Figur 3.15 viser at innvandrere i helse- og omsorgssektoren samlet sett har et lavere sykefravær (8,5 prosent) enn alle i helse- og omsorgssektoren (8,8 prosent) i 3. kvartal 2009.²⁴ Men det er store forskjeller mellom ansatte fra ulike landgrupper. Norden, Vest-Europa utenom Norden, EU-land i Øst-Europa og Nord-Amerika har et sykefravær som ligger godt under gjennomsnittet for hele helse- og omsorgssektoren. Personer fra Asia, Afrika og Sør- og Mellom-Amerika ligger derimot over snittet.

Det kan være flere årsaker til at noen landgrupper har et betydelig høyere legemeldt sykefravær enn hele helse- og omsorgssektoren.

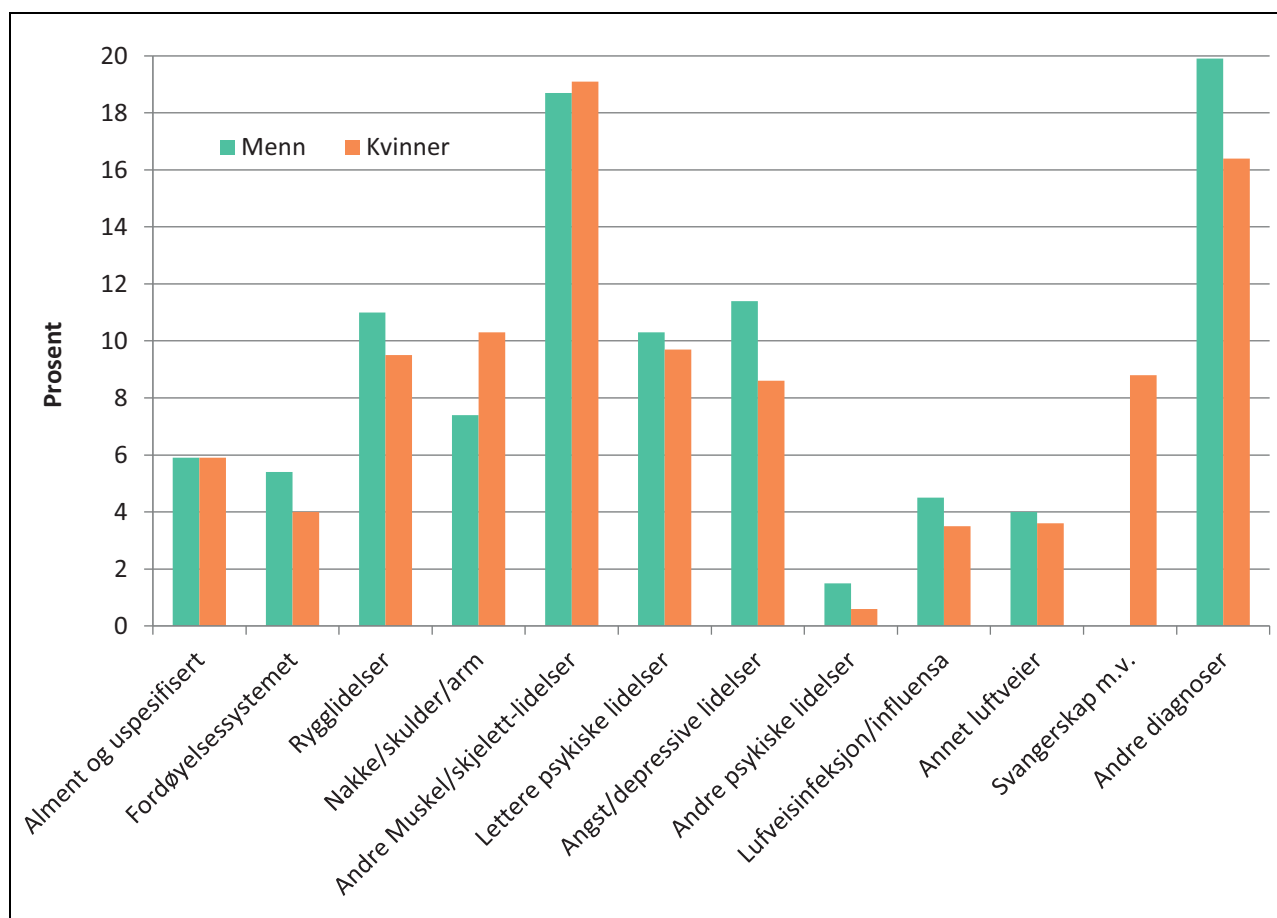
Ulik yrkesfordeling kan forklare noe av denne forskjellen i legemeldt sykefravær. Innvandrere er i større grad sysselsatt i yrkesgrupper med høyere

fravær enn landsgjennomsnittet, som for eksempel rengjøringspersonale, og det bidrar til å trekke sykefraværsprosenten opp. Se figur 3.12 og 3.13 foran som viser sykefraværsprosenten etter yrke og utdanningslengde. Det er en større andel sysselsatte innvandrere i aldersgruppen 15–39 år enn blant alle sysselsatte som er registrert bosatt. Personer i disse aldersgruppene har et lavere sykefravær enn de over 40 år, se figur 3.5 som viser sykefraværsprosenten i ulike aldersgrupper. Isolert sett bør dette trekke i retning av et lavere sykefravær blant innvandrere enn alle arbeidstakere.

3.5 Sykefraværsværk etter diagnose

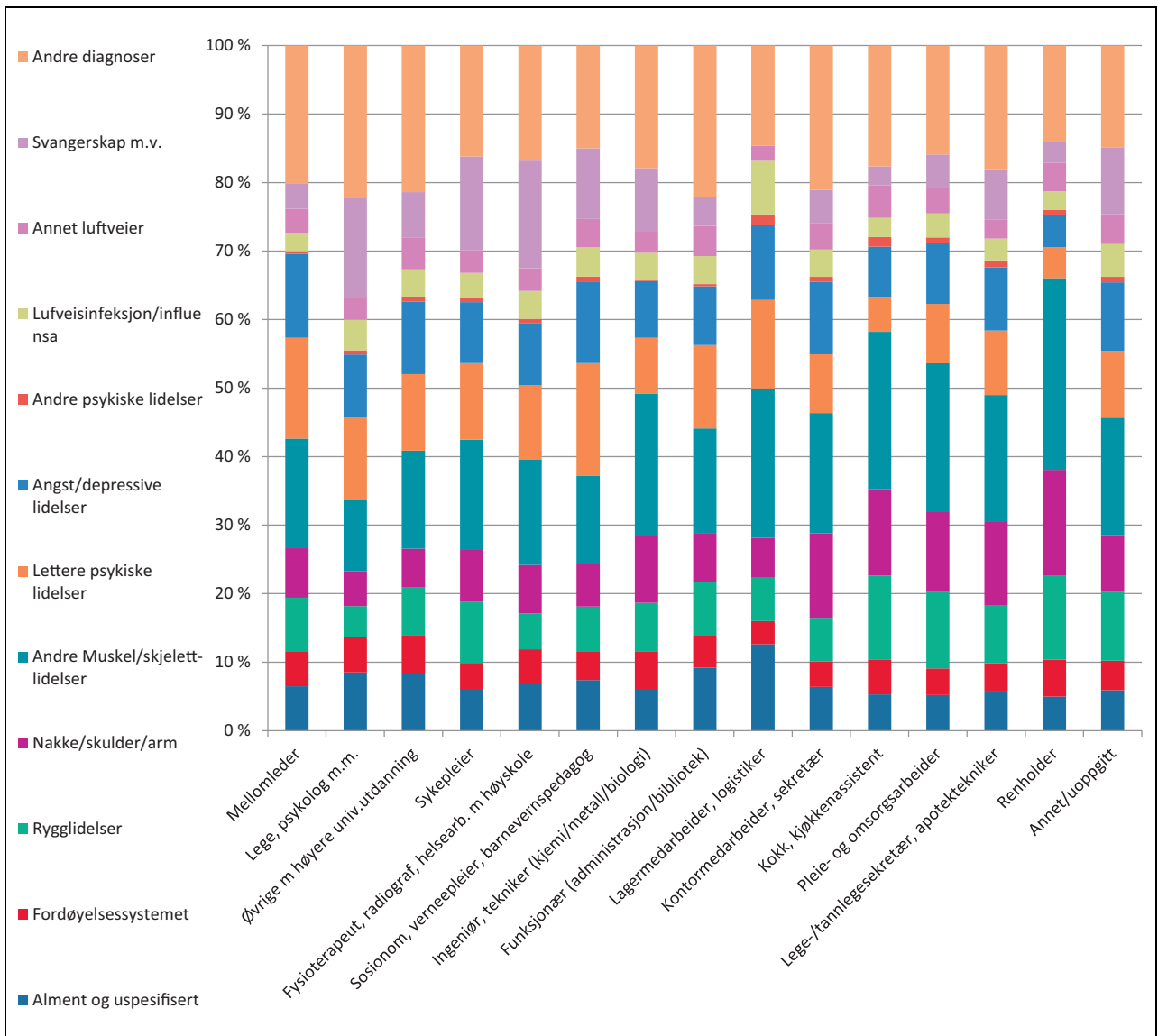
I denne delen av kapitlet presenteres statistikk som viser fordelingen av legemeldt sykefravær på primærdiagnoser og sammenheng mellom diagnose og kjønn og yrke. I tillegg er det presentert tall som viser endringer i diagnoser over tid.

²⁴ Innvandrere er definert som personer født i utlandet av utenlandskfødte foreldre. Innvandrerne er delt inn i grupper etter landbakgrunn. For personer født i utlandet er landbakgrunn eget fødeland. For personer der det mangler opplysninger om fødeland er opplysninger om statsborgerskap benyttet. Personer med uoppgitt landbakgrunn har landbakgrunn «Norge».



Figur 3.16 Prosent av sykefraværsværkene i helse- og omsorgssektoren med angitt diagnose (ICPC-2). Tredje kvartal 2009.

Kilde: NAV.



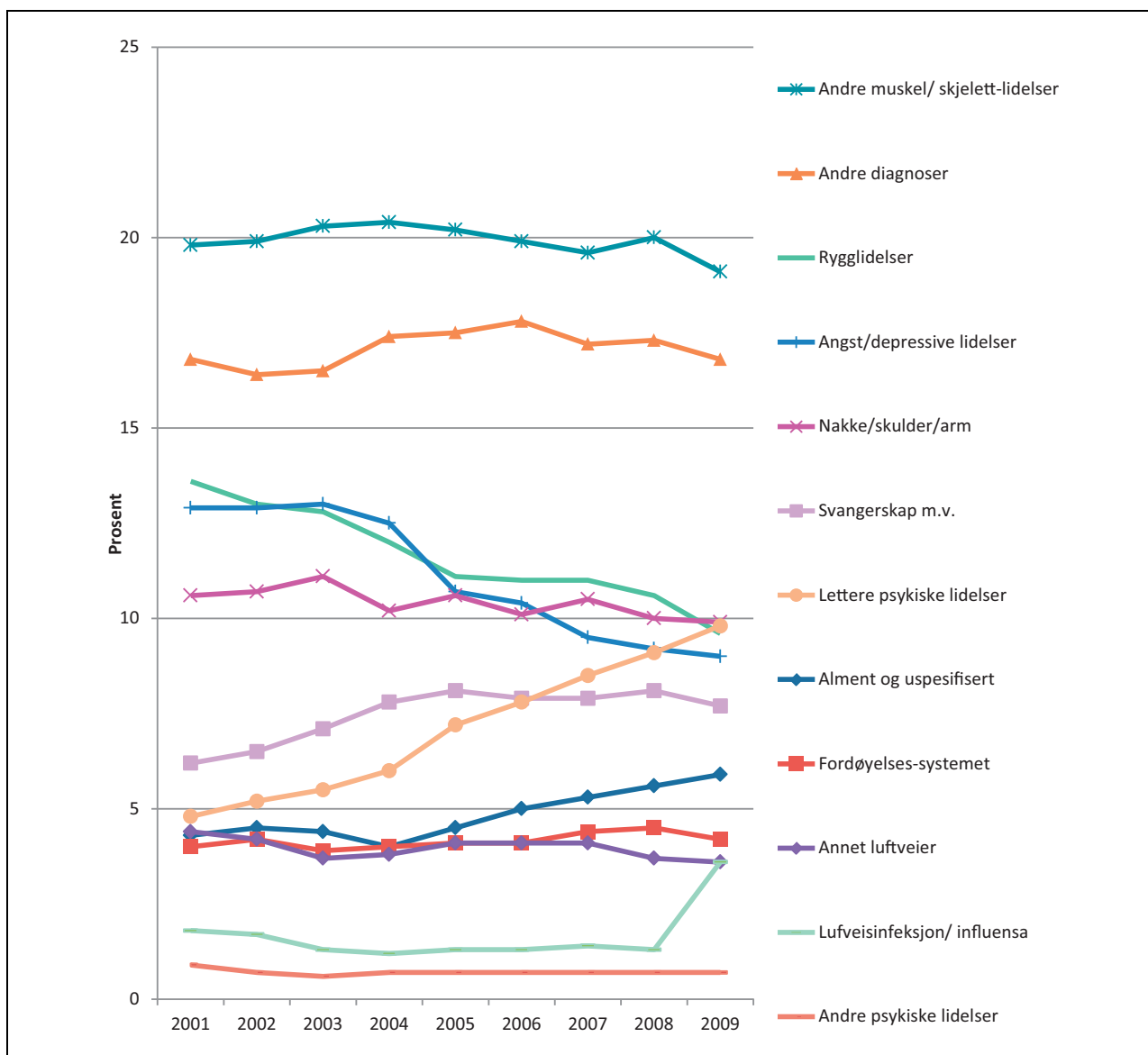
Figur 3.17 Prosent av de legemeldte sykefraværdsdagsverkene i helse- og omsorgssektoren med angitt diagnose for ulike yrkesgrupper. Tredje kvartal 2009.

Kilde: NAV.

Figur 3.16 viser hvordan de legemeldte sykefraværdsdagsverkene i helse- og omsorgssektoren i tredje kvartal 2009 fordelte seg på ulike diagnosegrupper. Om lag 40 prosent av sykefraværdsdagsverkene i tredje kvartal 2009 var forårsaket av muskel- og skjelettlidelser. Dette er omtrent det samme som i alle næringer samlet. Psykiske lidelser var opphavet til nesten 20 prosent av sykefraværdsdagsverkene. For kvinner utgjorde svangerskapsrelaterte lidelser også en ikke ubetydelig diagnosegruppe, men for øvrig er andelen av sykefraværet innenfor de ulike diagnosegruppene ganske likt for menn og kvinner. Ryggplager utgjør for eksempel om lag 10 prosent av dagsverkene for både menn og kvinner. I den grad helse-

og omsorgssektoren er preget av tunge løft som menn i gjennomsnitt skulle være fysisk bedre rustet til å takle enn kvinner, skulle en kanskje ha forventet mer ryggplager blant kvinner enn blant menn.

Det er ikke alltid klart om en gravid kvinne som er syk skal få en primærdiagnose knyttet til svangerskapsdiagnoser eller andre diagnoser, som for eksempel ryggplager. Myklebø (2007) drøfter hvorvidt svangerskapsrelaterte lidelser forklarer hvorfor kvinner har høyere sykefravær enn menn. Hun finner at forskjellen i sykefraværet mellom menn og kvinner i alderen 20–39 reduseres dersom gravide kvinner tas ut av datamaterialet. Kvinners sykefravær er imidlertid høyere enn



Figur 3.18 Endringer over tid i helse- og omsorgssektoren i andelen av sykefraværskategoriene etter diagnoser. Tredje kvartal 2001 – 2009.

Kilde: NAV.

menn for alle aldersgrupper, og svangerskap er dermed bare en del av forklaringen på hvorfor kvinner har høyere sykefravær enn menn. Se nærmere omtale av årsaker til forskjeller i sykefravær mellom kvinner og menn i kapittel 6 *Årsaker til sykefravær og utstøting*.

Figur 3.17 viser fordelingen av sykefraværskategoriene på diagnoser innenfor ulike yrker. Rundt halvparten av fraværet skyldtes muskel- og skjelettlidelser (rygglidelser; nakke, skulder og arm; og andre muskel- og skjelettlidelser) blant renholdere, kokk eller kjøkkenassistenter og pleie- og omsorgsarbeidere, mens denne diagnosegruppen bare ble benyttet for en femtedel av

sykefraværskategoriene til gruppen lege, psykolog med mer.

Psykiske lidelser (lettere psykiske lidelser, angst og depressive lidelser, og andre psykiske lidelser) er vanligst i yrkesgruppen sosionom, vernepleier og barnevernspedagog, og for mellomledere. Det er bare rundt 10 prosent av fraværskategoriene blant renholderne som er knyttet til diagnosen psykiske lidelser.

Svangerskapsrelaterte lidelser er hyppigst for gruppene lege, psykolog med mer, fysioterapeut, radiograf, helsearbeidere med høyskole, og for sykepleiere, og det gjenspeiler sannsynligvis forskjeller i alders- og kjønnssammensetningen mellom yrkesgruppene.

I tillegg til alder og kjønns sammensetning, kan det være en rekke andre forklaringer på forskjellene i diagnoser mellom gruppene. Det er store forskjeller mellom yrkesgruppene både når det gjelder utdanningsnivå, stillingsstørrelse og arbeidsmiljøutfordringer. Se også kapittel 4 *Helse- og omsorgssektoren* og kapittel 6 *Årsaker til sykefravær og utstøting*.

Figur 3.18 viser endringer i andelen av sykefraværsdagsverkene med ulike diagnosegrupper over tid. Det er en flat eller lett fallende trend for muskel- og skjelettlidelsene, mens det er en økning i andelen av sykefraværsdagsverkene med diagnosene lettere psykiske lidelser, svangerskapsrelaterte lidelser og diagnosegruppen allment og uspesifisert.²⁵ Økningen i lettere psykiske lidelser kan muligens skyldes endringer i diagnostisering og holdninger til psykiske lidelser, og at tilstander som tidligere ble diagnostisert som muskel- og skjelettlidelser nå blir diagnostisert som psykiske lidelser. Myklebø (2007) drøfter hvorvidt økningen i svangerskapsrelaterte lidelser gjenspeiler endringer i legers bruk av denne diagnosegruppen.

Det var en økning i luftveisinfeksjoner og influensa høsten 2009 som skyldes svineinfluensaen. Beregninger viser at influensaen kan forklare 26,5 prosent av veksten i den legemeldte sykefraværprosenten på 11 prosent (alle næringer) fra 3. kvartal 2008 til 3. kvartal 2009. Det er ikke gjort tilsvarende beregninger for helse- og omsorgssektoren.

3.6 Sammenhengen mellom sykefravær og utstøting fra arbeidslivet

Som bakgrunn for drøftingen av årsakene til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet, presenteres statistikk som viser lengden på sykefraværstilfellene, overgang fra sykefravær til ulike ordninger for inntektssikring og samlet overgang fra helse- og omsorgssektoren.

3.6.1 Lengden på sykefraværstilfellene

I følge mandatet for utvalgets arbeid bør utredningen skille mellom sykefravær av ulik varighet fordi det sannsynligvis ligger nokså forskjellige årsaker bak korttids- og langtidsfraværet.

Figur 3.19 viser fordeling av sykefraværstilfeller og sykefraværsdager som ble påbegynt i 2008

etter fraværslengde. Fravær innenfor arbeidsgiverperioden utgjør den største delen av sykefraværstilfellene, men en liten andel av sykefraværsdagene. Mønsteret er det samme for begge kjønn. For menn utgjør imidlertid de korteste fraværene en større del både av sykefraværsdagene (13 prosent) og sykefraværstilfellene (65 prosent) enn for kvinner (henholdsvis 10 og 60 prosent).

Sykefravær som avsluttes innen arbeidsgiverperioden på 16 dager utgjør om lag 60 prosent av *sykefraværstilfellene* i 2008. Nærmere 17 prosent varte lenger enn to måneder. Bare seks prosent av sykefraværstilfellene varte lenger enn et halvt år. Om lag fire prosent av tilfellene varte lengre enn ni måneder.

Sykefravær over to måneder utgjorde nesten 72 prosent av alle *sykefraværsdagene*, og sykefravær over 9 måneder utgjorde alene 33 prosent av alle sykefraværsdagene i 2008. Andelen av sykefraværsdagene som er innenfor arbeidsgiverperioden utgjorde drøyt 10 prosent av alle sykefraværsdagene.

3.6.2 Overgang fra sykefravær til andre trygdeytelser

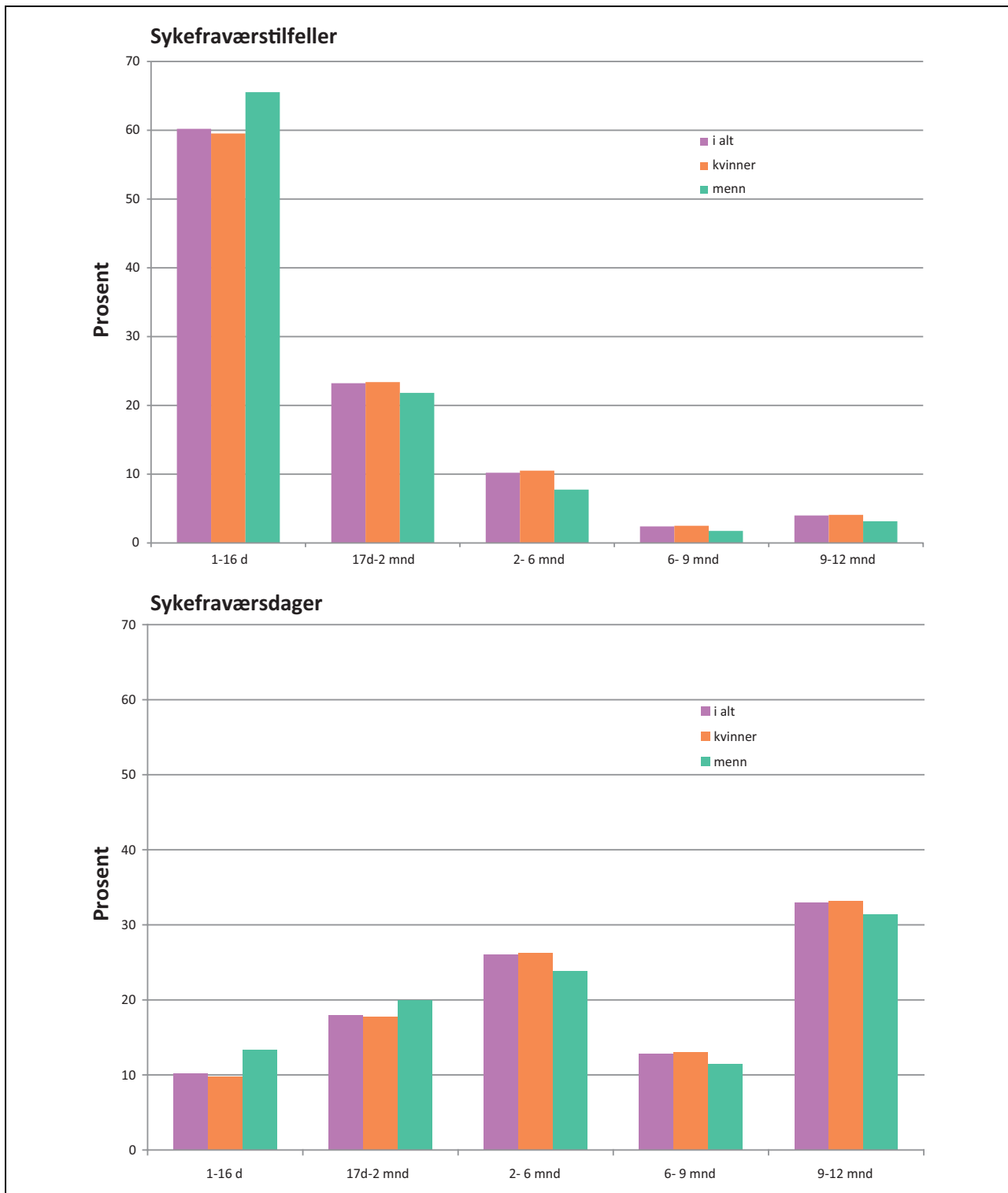
I denne delen av kapitlet er det sett nærmere på i hvilken grad arbeidstakere som har brukt opp sykepengere retten, altså de lengste sykefraværstilfellene, kommer tilbake til arbeidslivet eller går over til andre trygdeytelser.

Tabell 3.5 viser hvor arbeidstakere som har brukt opp sykepengere retten er 3 måneder senere. Snaut en femtedel er tilbake i arbeid, drøyt halvparten er på rehabilitering eller attføring, og om lag en femtedel er uførepensjonert. I hovedsak ser ikke denne fordelingen ut til å ha forandret seg mye fra 2001 til 2008. Blant arbeidstakere over 55 år er det den en stor andel som er gått over på uførepensjon.

3.6.3 Samlet overgang fra helse- og omsorgssektoren

Arbeidstakere som går over fra sykepenger til andre ordninger, er ikke lenger en del av de ansatte i helse- og omsorgssektoren og det gir noen utfordringer med hensyn til å følge dem over tid. For å synliggjøre helserelatert utstøting er det her tatt utgangspunkt i personer som var syssel-satt i sektoren i 2001 og undersøkt hvor stor andel som fremdeles er i arbeid, som fremdeles arbeider i helse- og omsorgssektoren, eller som er på utføretrygd eller andre trygdeytelser i 2009.²⁶

²⁵ Gjelder svangerskapslidelser som primærdiagnose.



Figur 3.19 Sykefravær (legemeldt) i helse- og omsorgssektoren påbegynt i 2008 etter varighet. Tilfeller og dager.

Kilde: NAV.

I tabell 3.6 går det fram at 72 prosent av arbeidstakerne som var sysselsatt i helse- og omsorgssektoren i 2001, fremdeles var i jobb i 2009. Det er omtrent det samme som for alle

næringer samlet og på samme nivå som for eksempel undervisning. Tallmaterialet fra NAV viser at det er en større andel menn (74 prosent) enn kvinner (72) som fremdeles er arbeidstakere i 2009.

Tabell 3.5 Helse- og omsorgssektoren. Arbeidstakere med oppbrukt sykepengerett for året 2001 og 2008 etter alder og kjønn. Prosent som har angitt status tre måneder etter.

2001								
	Antall	% døde	% i arbeid	% alderspensjon	% uførepensjon	% yrkesrettet attføring	% rehabilitering	% rest
I alt	8 243	1	19	1	19	13	40	8
18–29	428	0	19	0	1	37	35	9
30–39	1 419	0	19	0	4	26	44	7
40–49	2 270	0	20	0	10	16	50	4
50–54	1 345	1	18	0	21	8	48	4
55–59	1 334	1	18	0	30	3	41	7
60-	1 447	1	19	5	39	0	15	20
Menn	744	1	18	1	13	21	38	9
Kvinner	7 499	0	19	1	19	12	41	8
2008								
	Antall	% døde	% i arbeid	% alderspensjon	% uførepensjon	% yrkesrettet attføring	% rehabilitering	% rest
I alt	8110	0	17	1	21	8	47	5
18–29	397	0	20	0	2	18	49	11
30–39	1234	0	18	0	4	18	53	6
40–49	2047	0	18	0	10	12	55	4
50–54	1285	1	19	0	17	5	55	3
55–59	1372	0	19	0	28	3	47	3
60-	1775	0	12	4	49	1	26	8
Menn	724	0	18	1	17	11	45	7
Kvinner	7386	0	17	1	22	8	47	5

Kilde: NAV. Kategorien «i arbeid» omfatter personer som gjenfinnes i Aa-registeret og som ikke mottar en helserelevanter ytelse samtidig.

Tabell 3.6 viser imidlertid også at helse- og omsorgssektoren ligger høyest når det gjelder overgang til uførepensjoner, rehabilitering og attføring. Av de ansatte i helse- og omsorgssektoren i 2001 er 8,9 prosent på slike ordninger i 2009, mens det tilsvarende tallet for alle næringer samlet er 7,2 prosent. Dette tyder på at helserelevanter

utstøting er mer omfattende i helse- og omsorgssektoren enn i andre næringer. På den annen side viser tallmaterialet fra NAV at det er en større andel kvinner enn menn som er gått over på uførepensjon, tidsbegrenset uførepensjon, rehabilitering eller attføring. Dette kan, akkurat som for sykefravær, tyde på at det er den høye andelen kvinner i helse- og omsorgssektoren som forklarer det meste av den høyere utstøtingen fra sektoren.

Som alternativ til status i 2009 for de som var ansatt i helse- og omsorgssektoren i 2001, kan til-

²⁶ Det er viktig å være oppmerksom på at tabellene tar utgangspunkt i personer som var sysselsatt i sektoren i 2001 slik at antall sysselsatte ikke vil stemme overens med tall på totalt ansatt sysselsatte i sektoren i dag.

Tabell 3.6 Status per 1. oktober 2009 for arbeidstakerne som var ansatt i angitt næring 1. oktober 2001, etter næring og kjønn

	Arbeidstaker 2001		Død/ utvand	Dag- penger	Arbeids- taker 2009	Tidsbegr uføre/ rehab/ attføring		AFP/ aldersp	Annet
	Antall	%				%	%		
I alt	1 915 750	100	2,7	1,2	71,1	3,4	3,8	7,9	10,0
Jordbruk, skogbruk og fiske	27 432	100	2,5	1,3	63,5	2,8	3,5	8,5	17,9
Olje- og gassutvinning	25 401	100	4,2	0,3	71,7	1,3	2,0	3,3	17,3
Industri og bergverksdrift	264 919	100	2,9	2,2	69,7	3,4	4,3	9,3	8,2
Kraft- og vannforsyning	16 496	100	2,6	0,3	75,8	1,4	3,5	11,8	4,7
Bygge- og anleggsv.	124 547	100	2,6	1,4	74,0	2,9	3,4	6,3	9,4
Varehandel	288 316		2,4	1,6	71,5	3,5	3,3	6,5	11,1
Hotell- og restaurantv.	62 902	100	3,9	2,2	65,4	5,1	3,4	3,5	16,4
Transport og komm.	143 282	100	3,3	1,4	64,2	3,6	4,1	7,2	16,3
Finanstjenester	45 177	100	2,3	0,7	75,2	1,7	3,3	9,8	7,2
Forr.mess.tjenesteyt., eiendomsdrift	195 897	100	3,0	1,7	73,2	3,0	2,6	5,3	11,1
Off. adm.	140 138	100	2,3	0,4	73,6	2,2	3,4	10,0	8,1
Undervisning	166 694	100	2,4	0,4	72,2	2,7	3,7	12,6	6,0
Helse- og omsorgstj.*	259 555	100	2,5	0,4	71,9	4,3	4,6	8,4	8,0
Helse- og omsorgstj. 2**	85 106	100	2,4	0,8	72,1	5,2	6,1	5,3	8,1
Andre sosiale og pers. tjenester	68 316	100	3,1	1,1	69,5	3,4	3,2	8,6	11,1
Uoppgitt	1 572	100	6,1	1,6	64,1	2,5	3,2	7,6	14,9

* Helse- og omsorg tj. =Helse- og sosialtjenester fratrukket næringskode 88.9 som blant annet omfatter barneverntjenester, sosialtjenester for rusmiddelmissbrukere uten botilbud og kommunale sosialtjenestekontor. **Helse- og omsorgstj. 2=næringskode 88.9. Se avgrensning av helse- og omsorgssektoren under kapittel 4.2.

Kilde: NAV.

gang nye uføre etter næring brukes for å få et bilde av overgang til helserelaterte trygdeytelser. Statistikk fra NAV viser at tilgangen av nye uføre i Norge utgjorde drøyt 33 000 årsverk i 2009, det vil si 1,6 prosent av den samlede arbeidsstokken. I hele næringen *helse- og sosialtjenester* utgjorde tilgangen 1,7 prosent.²⁷ Dette er i samme størrelsesorden eller lavere enn for næringene forretningsmessig tjenesteyting (1,7), overnattings- og serveringsvirksomhet (1,7), undervisning (1,8), transport og lagring (1,8), og jordbruk, skogbruk og fiske (1,9). Målt på denne måten ser altså ikke

helse- og omsorgssektoren ut til å være den næringen med høyest helserelatert utstøting.

²⁷ For å fordele tilgang nye uføre etter næring henter NAV ut alle arbeidsforhold som er registrert i AA-registert og benytter det siste arbeidsforholdet for å knytte en ny uføremottaker til en næring. Telleren i brøken er alle som ble uføre i 2009 og som kom fra en angitt næring. Det tillates imidlertid at disse har vært ute av yrkeslivet i flere år. Nevneren er sannsynligvis de som var ansatt i angitt næring på ett eller annet tidspunkt i 2009. Det betyr at forskjeller mellom næringer ikke nødvendigvis er et resultat av forskjeller i andel nye uføre, men forskjeller i hvor lang tid det tar å komme fra jobb til uføretrygd.

Tabell 3.8 Status per 1. oktober 2009 for arbeidstakerne som var ansatt i helse- og omsorgssektoren 1. oktober 2001, etter arbeidstid. Prosent

	I alt	4–19 timer	20–29 timer	30+ timer
Død/utvandret	2,5	2,4	1,9	2,8
Dagpenger	0,4	0,5	0,3	0,4
Arbeidstaker	71,9	64,8	72,8	75,0
Tidsbegr. utførhet/rehab./attføring	4,3	5,0	4,7	3,8
Uførepensjon	4,6	7,2	4,5	3,1
AFP/alderspensjon	8,4	9,6	9,4	7,2
Annet	8,0	10,5	6,4	7,3
Totalt	100	100	100	100

Kilde: Nav.

Tabell 3.7 viser status i 2009, for de som var ansatt i sektoren i 2001, fordelt etter alder. Helse- og omsorgssektoren skiller seg lite fra alle næringer samlet. Blant sysselsatte i helse- og omsorgssektoren i 2001 som var i aldersgruppen 40–49 år var 84 prosent fortsatt arbeidstakere i 2009. Det samme gjaldt 78 prosent av de sysselsatte i aldersgruppen 50–54 år. Totalt for alle næringer var det 82 prosent i aldersgruppen 40–49 år og 75 prosent i aldersgruppen 50–54 år som fortsatt var arbeidstakere. Tall fra Nav viser at i næringskategorien undervisning var 88 prosent av arbeidstakerne i aldersgruppen 40–49 år og 84 prosent i aldersgruppen 50–54 år fremdeles arbeidstakere i 2009.

Tabell 3.8 viser arbeidstakere i helse- og omsorgssektoren 1. oktober 2001 etter avtalt arbeidstid (i 2001) og deres status 1.oktober 2009. Totalt var det om lag 72 prosent av arbeidstakerne i sektoren i 2001 som var arbeidstakere i 2009 (tabell 3.6). I gruppen som var i deltidsstilling på under 20 timer i 2001 er bare om lag 65 prosent fortsatt arbeidstakere i helse- og omsorgssektoren i 2009. Deltidsansatte i 2001 hadde også høyere overgang til uføretrygd, attføring og rehabilitering enn arbeidstakere som jobbet mer. Noe av forklaringen kan være at en del av de som jobber deltid allerede har delvis uførepensjon. Statistisk sentralbyrå har publisert tall fra arbeidskraftundersøkelsen for andre kvartal 2010 som viser at 27 prosent av de sysselsatte med funksjonshemming er sysselsatt i næringen helse- og sosialtjenester. Funksjonshemmede er dermed noe overrepresentert blant de sysselsatte i helse- og sosialtjenester. I øvrige næringer er andel av de sysselsatte med funksjonshemming nok så lik andelen av de sysselsatte i alt.

Helse- og omsorgssektoren har noe lavere mobilitet (ut av næringen) sammenlignet med andre næringer. Tabell 3.9 viser at 82 prosent av arbeidstakerne i 2009 som var sysselsatt i sektoren i 2001, fremdeles var sysselsatt i denne sektoren i 2009. Til sammenligning var om lag 78 prosent av de ansatte i undervisningssektoren fremdeles sysselsatt i sektoren i 2009. Blant kvinnene var nesten 84 prosent fremdeles sysselsatt i helse- og omsorgssektoren, mens det bare gjaldt 72 prosent av mennene. Menn utgjør imidlertid en langt mindre andel av de sysselsatte i helse- og omsorgssektoren enn kvinner. Av de som er gått over fra helse- og omsorgssektoren til andre næringer, er over 7 prosent enten gått over til undervisning eller andre deler av næringen helse- og sosialtjenester (se forklaring til tabell 3.9) og nærmere 3 prosent til offentlig administrasjon. Endringer i næringsstandarden gjør det vanskelig å sammenligne med flere av næringene. Endringene er relativt små for helse- og omsorgssektoren, utdanning, industri og bygge- og anleggsvirksomhet.

3.7 Oppsummering

Sykefraværet, både for kvinner og menn, har variert en god del siden begynnelsen av 1970-tallet. Det har vært en stigende tendens for kvinner mens det for menn har svingt rundt samme nivå som på 1970-tallet. Kvinner har i dag om lag 60 prosent høyere sykefravær enn menn. Det har vært en økning i overgang til uførepensjon i samme periode, særlig for kvinner. Utviklingen fra etableringen av IA-avtalen i 2001 og fram til i dag

Tabell 3.9 Sysselsatte i helse- og omsorgssektoren per 1. oktober 2001 som var arbeidstakere per 1. oktober 2009 fordelt etter næring

Næring i 2009	I alt	menn	kvinner
	%	%	%
I alt	100	100	100
Jordbruk, skogbruk og fiske	0,2	0,2	0,1
Olje- og gassutvinning	0,1	0,2	0
Bergverksdrift	0,1	0,2	0
Industri	0,7	1,6	0,5
Elektrisitet, vann og renovasjon	0,1	0,2	0,1
Bygge- og anleggsvirksomhet	0,5	1,4	0,3
Varehandel og reparasjon av motorvogner	2,0	2,6	1,9
Transport og lagring	0,5	1,4	0,3
Informasjon og kommunikasjon	0,4	1,2	0,3
Overnattings- og serveringsvirksomhet	0,4	0,6	0,4
Finansiering og forsikringsvirksomhet	0,2	0,4	0,2
Omsetning og drift av fast eiendom	0,2	0,3	0,1
Faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting	0,9	1,8	0,8
Forretningsmessig tjenesteyting	1,1	1,7	1,0
Offentlig administrasjon, forsvar, sosialforsikring	2,8	4,8	2,4
Undervisning	3,4	5,0	3,0
Helse- og omsorgstjenester*	82,0	72,0	83,8
Helse- og omsorgstjenester 2**	3,8	3,3	3,9
Private tjenester ellers	0,8	1,3	0,7
Uoppgitt/ugyldig næringskode	0	0	0

* Helse- og omsorg =Helse- og sosialtjenester fratrukket næringskode 88.9 som blant annet omfatter barneverntjenester, sosialtjenester for rusmiddelmissbrukere uten botilbud og kommunale sosialtjenestekontor.

** Helse- og omsorgstj. 2=næringskode 88.9. Se avgrensning av helse- og omsorgssektoren under kapittel 4.2.

Kilde: NAV.

viser at det var en markant nedgang i sykefraværet fra 2003 til 2004, deretter har sykefraværet økt opp mot nivået før fallet i 2004. Det har vært en nedgang i sykefraværet igjen de to første kvartalene i 2010.

Data fra arbeidskraftundersøkelsen viser at det har vært en betydelig økning i sykefraværet i næringskategorien helse- og sosialtjenester sammenlignet med det samlede fraværet i Norge. Mens fraværet i helse- og sosialtjenesten omtrent tilsvarte det samlede fraværet i 1980, var fraværet i helse- og sosialtjenestene omtrent 30 prosent

høyere enn det samlede fraværet i 2009. Helse- og omsorgssektoren er den næringen med absolutt høyest kvinneandel og dette er den viktigste forklaringen på at sykefraværet er relativt høyt sammenlignet med andre næringer. Sykefraværet blant menn i helse- og omsorgssektoren er imidlertid også høyere enn gjennomsnittsfraværet for menn. En sammenligning av sykefraværet blant pleiepersonell og annet personell med tilsvarende utdanning i et utvalg europeiske land tyder på at sykefraværet blant pleiepersonellet er noe høyere i Norge. Sannsynligvis reflekterer dette imidlertid

bare det faktum at sykefraværet generelt er høyt i Norge.

Innenfor helse- og omsorgssektoren er det særlig i omsorgstjenestene at sykefraværet er høyt, over 10 prosent. I primærtjenestene er det under 7 prosent og i spesialisthelsetjenestene ligger det under 8 prosent. Det er også forskjeller i sykefravær mellom ulike helseforetak og mellom kommuner som tyder på at det er et potensial for å redusere fraværet. Det er sosiale forskjeller både i sykefravær og utstøting fra arbeidslivet blant sysselsatte i helse- og omsorgssektoren. Kvinner som arbeider mindre enn 30 timer i uken har høyest sykefravær. Kvinner som arbeider mellom 30 og 34 timer har imidlertid lavere sykefravær enn kvinner som arbeider heltid.

Om lag 40 prosent av de legemeldte sykefraværsværksverkene er diagnostisert som muskel- og skjelettlidelser. Dette er omtrent det samme som i befolkningen som helhet. Diagnoser som gjelder psykiske lidelser står for nesten 20 prosent av sykefraværsværksverkene. For kvinner utgjorde svangerskapsrelaterte lidelser en ikke ubetydelig diagnosegruppe. Andelen av fraværet som skyldtes muskel- og skjelettlidelser var spesielt stort blant renholdere, kokker eller kjøkkenassistenter og pleie- og omsorgsarbeidere. Psykiske lidelser er vanligst i yrkesgruppen sosionom, vernepleier og barnevernspedagog, og for mellomledere.

Det er de lange sykefraværene som utgjør den største delen av sykefraværsværksverkene. Sykefravær med varighet over to måneder utgjør nesten 72 prosent av alle sykefraværsværksverkene. Fravær over 9 måneder utgjør alene 33 prosent av alle fraværsværksverkene. I mandatet er det lagt spesiell vekt på overgangen fra lange sykefravær til mer permanent utstøting fra arbeidslivet. Blant arbeidstakere i helse- og omsorgssektoren som har brukt opp sykepengere retten, var om lag en femtedel tilbake i arbeid, drøyt halvparten er på rehabilitering eller attføring, og om lag en femtedel uførepensjonert, 3 måneder senere.

72 prosent av arbeidstakerne som var sysselsatt i helse- og omsorgssektoren i 2001 var fremdeles i jobb i 2009. Det er omtrent det samme som for alle næringer samlet. Den laveste andelen finnes i gruppen som var ansatt i deltidsstilling på under 20 timer i 2001. Nesten 9 prosent av de

ansatte i 2001, var gått over på uføreytelser, rehabilitering eller attføring innen 2009. Dette er høyere enn i andre næringer og kan tyde på at det ikke er enklere å forbli i arbeid med helseproblemer i helse- og omsorgssektoren enn i andre næringer. Det er derfor lite sannsynlig at det høyere sykefraværet i helse- og omsorgssektoren skyldes at personer med dårlig helse i mindre grad støtes ut sammenlignet med andre næringer. Tall fra arbeidskraftundersøkelsen viser på den annen side at funksjonshemmede er noe overrepresentert blant de sysselsatte i hele næringshelse- og sosialtjenester. Hovedforklaringen på at overgangen til helserelaterte trygdeytelser er relativt høy sammenlignet med andre næringer er imidlertid den høye andelen kvinner blant de sysselsatte.

Samtidig som helse- og omsorgssektoren har relativt høy avgang av sysselsatte til helserelaterte trygdeytelser, er avgangen av sysselsatte til andre næringer mindre enn gjennomsnittet. En mulig forklaring kan være at ansatte i helse- og omsorgssektoren ikke opplever arbeid i andre næringer som et tilgjengelig alternativ, og at helserelaterte trygdeytelser blir oppfattet som det eneste mulige alternativet dersom helsen eller andre forhold gjør at det ikke er aktuelt å fortsette i jobben. En annen forklaring kan være at helse- og omsorgssektoren har noen kvaliteter som arbeidsplass som fører til at de ansatte blir værende i yrket.

LO's representant i utvalget vil understreke at det legemeldte sykefraværet i sektoren er høyere blant deltidsarbeidende enn blant heltidsarbeidende kvinner, og at deltidsproblematikken i sektoren gjør bruken av gradert sykemelding vanskelig.

KS' representant Hanne Børrestuen, Spekters representant Anne Turid Wikdahl og HSH's representant Helga Bull-Rostrup i utvalget viser til at sykefraværet blant deltidsansatte kvinner varierer, avhengig av stillingsandel, og at man derfor ikke kan se en sammenheng mellom sykefravær og deltidsarbeid. Selv om sykefraværet er høyest blant kvinner som arbeider mindre enn 30 timer i uken, har kvinner som arbeider mellom 30 og 34 timer i uken lavere sykefravær enn kvinner som arbeider heltid.

Kapittel 4

Helse- og omsorgssektoren

4.1 Innledning

I dette kapitlet gis det en omtale av helse- og omsorgssektoren i Norge. Hensikten med kapitlet er å beskrive hva som er spesielt for sektoren som bakgrunn for diskusjoner av årsaker, tiltak og virkemidler for å forebygge og redusere sykefravær og utstøting i sektoren.

Kapitlet inneholder en beskrivelse av organisering og ressursbruk, utviklingstrekk og ufordringer i sektoren i årene som kommer. Det er først i kapitlet gitt en samlet omtale av helse- og omsorgstjenesten. Deretter er det gitt en nærmere omtale av helse- og omsorgstjenesten i kommunen og av spesialisthelsetjenesten.

4.2 Om tjenesten som helhet

4.2.1 Organisering og ressursbruk

Ansvar for helse- og omsorgssektoren er fordelt mellom kommunene og staten. Kommunene har ansvaret for primærhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten og staten har ansvaret for spesialisthelsetjenesten. I tillegg har fylkeskommunene ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten.

Norge er blant de land som bruker mest ressurser på helse og omsorg per innbygger. Data fra Statistisk sentralbyrå viser at Norge i 2008 brukte i overkant av 217 mrd. kroner på helseformål, eller om lag 45 500 kroner per innbygger.²⁸ Utgiftene til helseformål omfatter alle utgifter, både private og offentlige, som går til forbruk eller investeringer i helsetjenester. Tall fra OECD viser at Norge har en relativt lav BNP-andel brukt til helse, men relativt høye helseutgifter per innbygger. Helsetjenesten betales hovedsaklig av staten (inkludert folketrygden), fylkeskommunene og kommunene. Det offentlige dekket om lag 84,2 prosent av de samlede helseutgiftene. Denne andelen har vært stabil de siste årene. I 2009 ble det utført i alt 230 866 årsverk i helse- og omsorgs-

sektoren, hvorav 135 434 i den kommunale helse- og omsorgssektoren og 95 432 i spesialisthelsetjenesten.

I følge den offisielle statistikken for 2008 var over 80 prosent av de sysselsatte i sektoren kvinner. Bortsett fra leger og tannleger hvor det var flest menn, er det overvekt av kvinner i alle de andre utdanningsgruppene. Helse- og sosialtjenester er den næringen som sysselsetter flest innvandrere.²⁹ I 2008 var det om lag 13 500 sysselsatte med utenlandsk statsborgerskap i sektoren hvorav sykepleiere utgjorde den største andelen med om lag 23 prosent.

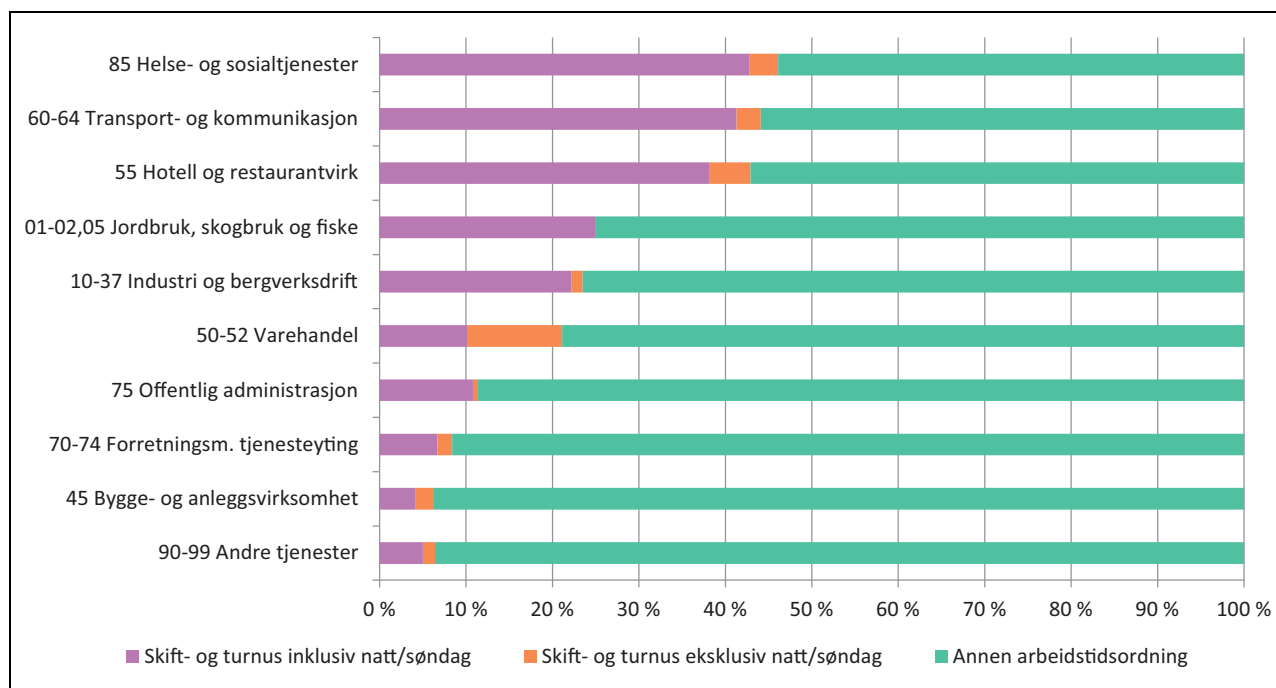
Helse- og sosialtjenester er den næringen som har høyest andel ansatte med skift- eller turnusarbeid. Figur 4.1 viser at det både i helse- og sosialtjenester, transport og kommunikasjon, hotell og restaurant var mer enn 40 prosent av de ansatte som hadde arbeidstidsordninger med skift- eller turnus. Helse- og sosialtjenester er i tillegg den næringen med høyest andel sysselsatte som har en arbeidstidsordning som kombinerer dag- og nattarbeid i roterende turnus (37 prosent) (NOU 2008:17). Om lag 86 prosent av omsorgsarbeiderne og hjelpepleierne arbeider turnus, og om lag 70 prosent av sykepleierne. Andelen som har en arbeidstidsordning som kombinerer dag- og nattarbeid er også høy blant leger (64 prosent).

Det er stor variasjon i avtalt arbeidstid for helse- og sosialpersonell. Offisiell statistikk viser at gjennomsnittelig avtalt arbeidstid har gått ned fra 30,7 timer i 2005 til 30,1 timer i 2009. Hjelpepleiere hadde i gjennomsnitt 26,9 timer per uke, sykepleiere 30,2 timer per uke og leger 37,7 timer per uke.

I evalueringen av IA-avtalen (Ose med flere 2009) er omfanget av deltid undersøkt nærmere. Deltidsarbeid er mest utbredt innen helse- og sosialtjenester, der 46 prosent av de sysselsatte

²⁸ <http://www.ssb.no/helsesat/fig-2009-04-01-03.html>

²⁹ Næringen «Helse- og sosialtjenester» inkluderer i tillegg til «helse- og omsorgssektoren» blant annet barneverntjenester, sosialtjenester for rusmiddelmissbrukere uten botilbud og kommunale sosialtjenestekontor. Se kapittel 1 og 4 for nærmere avgrensning av helse- og omsorgssektoren.



Figur 4.1 Antall ansatte etter arbeidstidsordninger og næring. Prosent av aldersgruppen 15–65 år, 2007.

Kilde: Andersen med flere (2008b).

arbeider deltid. 18 prosent arbeider kort deltid (1–19 timer i uken) og 28 prosent lang deltid (20–36 timer i uken). Over halvparten av kvinnene og en fjerdedel av mennene arbeider deltid i denne næringen. Helse- og sosialtjenester er den næringen med størst andel menn som arbeider deltid. Hver fjerde mannlige sysselsatt arbeider deltid. Når det gjelder kvinner, er det bare varehandel, hotell- og restaurantvirksomhet og jordbruk, skogbruk og fiske som har en større andel som arbeider deltid.

I følge NOU 2008:17 er det anslått at mer enn halvparten av de undersysselsatte arbeider i helse- og omsorgssektoren og andelen undersysselsatte er høyest blant de som arbeider skift eller turnus.³⁰ Undersysselsetting er i hovedsak en utfordring i næringer med mye deltid hvor mange har arbeidstid utenom sin avtalte arbeidstid og flere ønsker økt avtalte arbeidstid.

I følge St.meld. nr. 20 (2006–2007) preges helse- og omsorgssektoren av spesielle arbeidsmiljøbelastninger, arbeidstidsordninger og utfordringer som omstillinger, tidspress og effektivitets- og kompetansekrav. Rønning (2010) har med

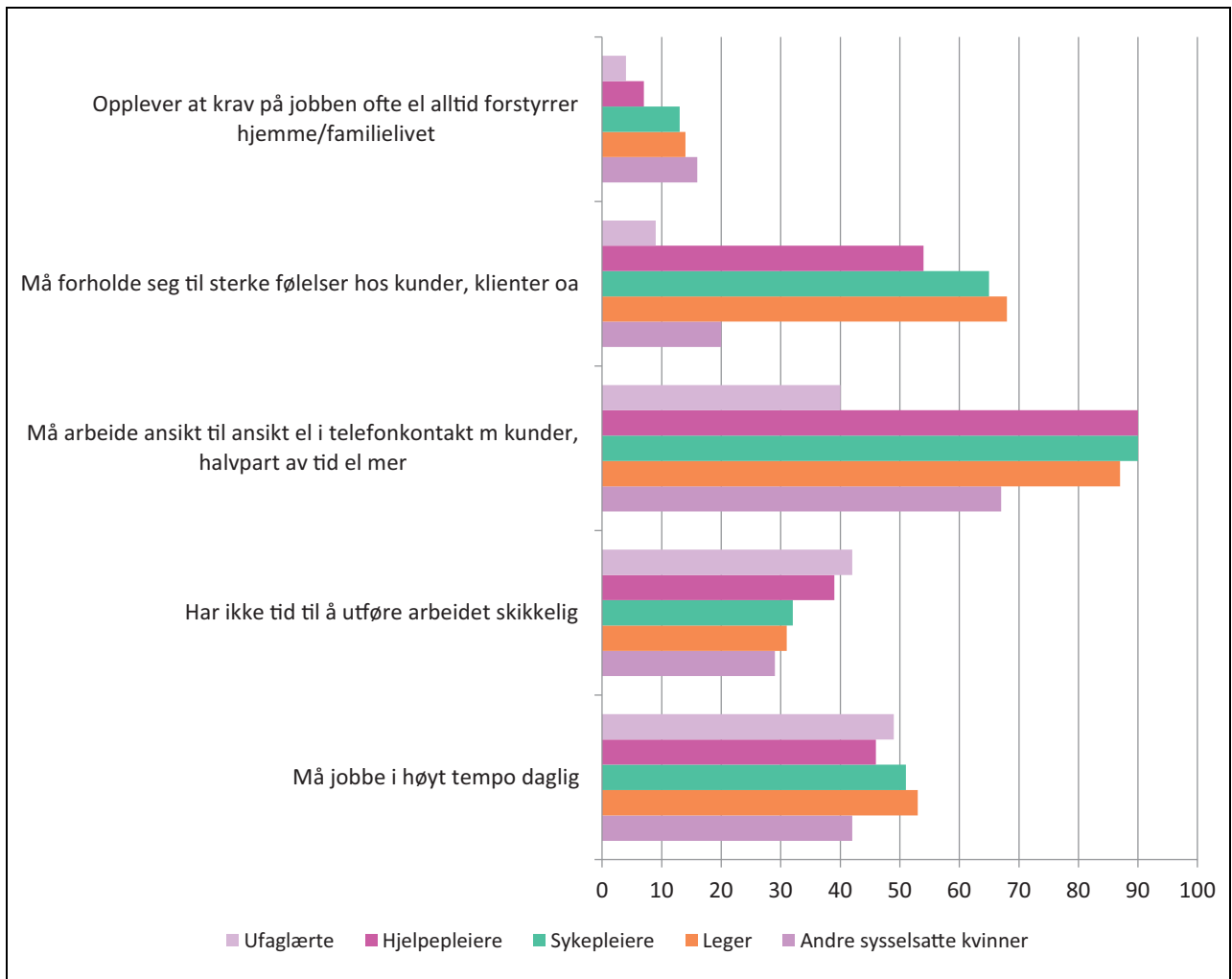
utgangspunkt i levekårsundersøkelsene til Statistisk sentralbyrå sett nærmere på arbeidsforholdene til kvinner i næringen helse- og sosialtjenester (helsearbeidere).³¹ Helsearbeiderne oppgir at de er mer utsatt for helseplager på grunn av jobben enn andre yrkesaktive kvinner og de har ofte et krevende arbeidsmiljø.

Helsearbeiderne har en arbeidssituasjon med fysiske belastninger på linje med andre næringer, men de har et langt større innslag av belastninger av mekanisk og kjemisk karakter (Rønning 2010).³² Videre opplever de oftere at de må arbeide i høyt tempo og ikke å ha tid nok til å utføre arbeidet godt nok. Leger er mest plaget med høyt tempo, mens andre yrkesgrupper i større grad opplever at de ikke har tid til å utføre arbeidet skikkelig. Spesielt sykepleiere, hjelpe-

³⁰ Undersysselsatte er definert som deltidssysselsatte personer som har forsøkt å få lengre avtalte/gjennomsnittlig arbeidstid.

³¹ Helsearbeidere er definert som sysselsatte kvinner i næringen helse- og sosialtjenester som jobber i følgende yrker: biologiske og medisinske yrker (for eksempel leger, spesialsykepleiere og jordmødre), yrker innenfor biologi og helsevesen som krever 1-3 års høgskoleutdanning (for eksempel sykepleiere, vernepleiere, bioingeniører, fysioterapeuter og ergoterapeuter), yrker innenfor personlig tjenesteyting og sikkerhet (for eksempel omsorgsarbeidere, hjelpepleiere, hjemmehjelpere, legesekretærer og kokker), og hjelpearbeidere innenfor tjenesteyting (for eksempel rengjøringspersonale og kjøkkenassistenter).

³² Rønning (2010) bruker begrepet ergonomisk, ikke mekanisk.



Figur 4.2 Andel med ulike typer jobbkrav, blant kvinnelige helsearbeidere og andre sysselsatte kvinner, 2006.

Kilde: Rønning 2010. Statistisk sentralbyrå. «Ufaglærte» er det begrepet som benyttes av Statistisk sentralbyrå og det tilsvarer helsepersonell uten formell kompetanse.

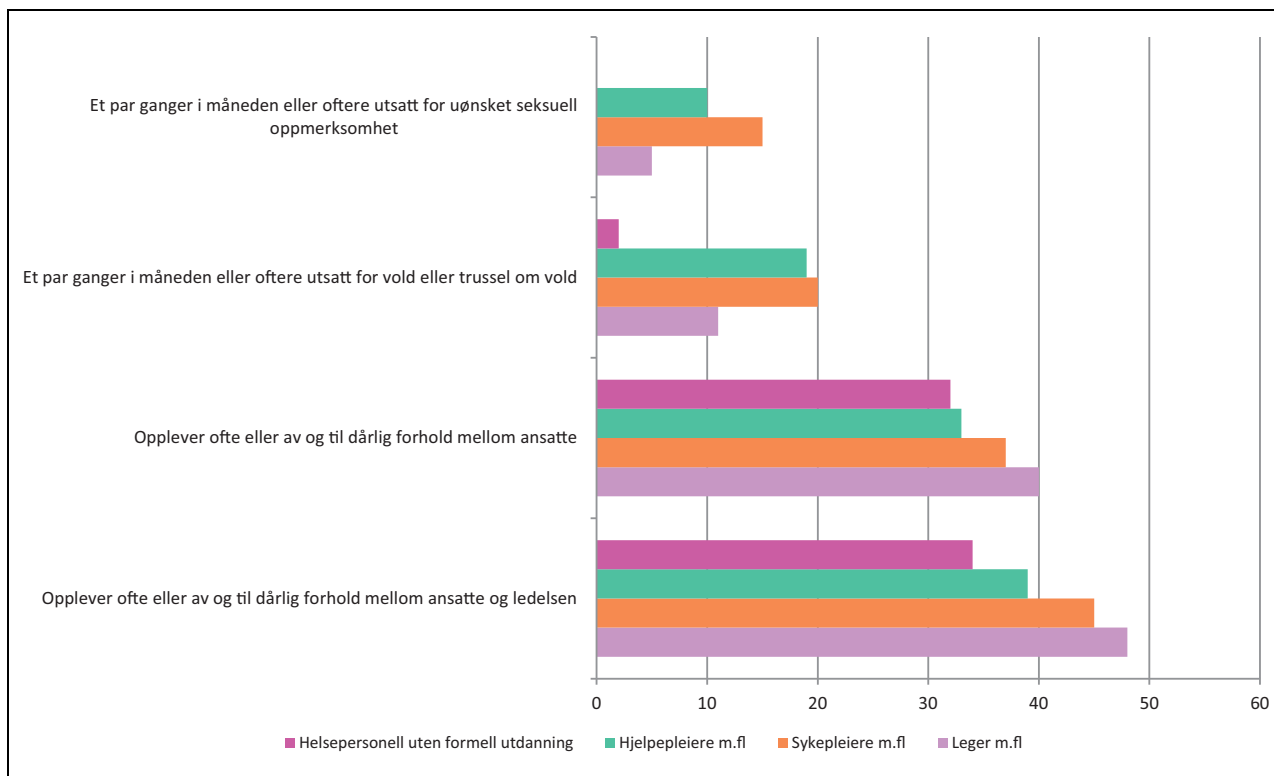
pleiere og ansatte uten formell kompetanse rapporterer om en arbeidssituasjon som kjennetegnes av fysiske belastninger med mye stående eller gående arbeid, og tunge løft i ubekvemme arbeidsstillinger. 25 prosent av pleie- og omsorgsarbeiderne og 23 prosent av sykepleierne oppgir at de daglig må løfte tungt (STAMI-rapport 2008b). Videre rapporterer disse yrkesgruppene om at de ofte må løfte i ubekvemme arbeidsstillinger. Løftene skjer i hovedsak i sammenheng med personforflytning.

Hjelpepleiere og helsearbeidere uten formell kompetanse rapporterer i større grad om jobbelaterte helseplager enn andre helsearbeidere. Arbeidet krever i tillegg mye ansikt til ansikt kontakt og at helsearbeiderne må forholde seg til sterke følelser hos klienter. Det gjelder alle yrkes-

grupper, men i mindre grad helsearbeidere uten formell kompetanse.

Andel av kvinnelige helsearbeidere som føler seg fysisk utmattet når de kommer hjem fra arbeid er omtrent den samme som for alle yrkesaktive kvinner (Rønning 2010). Samtidig er det en noe mindre andel (en av ti) som har problemer med å sove fordi de tenker på jobben, enn andre yrkesaktive kvinner. Blant kvinnelige leger er det imidlertid to av ti som har vansker med å sove på grunn av jobben.

Helse- og omsorgspersonell kan bli utsatt for smittsomme sykdommer gjennom arbeidet med syke mennesker. Det er mangelfull kunnskap om forekomst av smittsomme sykdommer blant personellet. Kunnskapssenteret for helsetjenesten (2006) har gjennomført et systematisk litteratursøk som viser at det i de fleste studiene rapporte-



Figur 4.3 Utsatthet for dårlige forhold, vold og trakassering blant ulike typer kvinnelige helsearbeidere, 2006. Prosent.

Kilde: Rønning 2010. Statistisk sentralbyrå. «Ufaglærte» er det begrepet som benyttes av Statistisk sentralbyrå og det tilsvarer helsepersonell uten formell kompetanse.

res om høyere forekomst av tuberkulose, meslinger og SARS hos helsepersonell enn i den generelle befolkning. Det er imidlertid viktig å understreke at forekomsten av disse sykdommene er lav. Nasjonalt folkehelseinstitutt (2010) viser til at overvåking og forskning ikke gir sikre svar på hvor mye høyere sykefravær helse- og omsorgspersonell eventuelt har på grunn av smittsomme sykdommer. Helsepersonellet er sannsynligvis noe mer utsatt for luftveissykdommer, men det er grunn til å tro at betydningen for sykefraværet er liten.

Rønning (2010) finner at helsearbeidere generelt har lavere grad av selvbestemmelse over forhold knyttet til jobben enn andre kvinner i arbeidslivet. Det gjelder både leger, sykepleier og hjelpepleiere, men leger kan i større grad enn de andre yrkesgruppene påvirke beslutninger som har betydning for utførelsen av arbeidet. Når det gjelder sosiale relasjoner mellom ansatte og ledelse, er det ikke forskjeller mellom helsearbeiderne generelt og andre sysselsatte kvinner. Det er imidlertid store variasjoner mellom yrkesgruppene og det er legene som i størst grad opplever at det er problemer i forholdet mellom ansatte og

ledelsen. Det samme mønsteret gjelder forholdet mellom ansatte. I følge levekårsundersøkelsen fra 2006 er sykepleiere og pleie- og omsorgsarbeiderne blant de yrkesgruppene som i størst grad rapporterer at de sjeldent eller aldri får tilbakemelding på arbeidet fra overordnet (STAMI-rapport 2008a).

Om lag 18 prosent av kvinnelige helsearbeidere svarte at de har blitt utsatt for vold eller trussel om vold et par ganger i måneden eller oftere (Rønning 2010). Tilsvarende tall for andre sysselsatte kvinner var 4 prosent. Gruppen sykepleiere med flere og hjelpepleiere med flere er de som i størst grad er utsatt for vold og trakassering. Kvinnelige helsearbeidere opplever også i større grad enn andre kvinner å bli utsatt for uønsket seksuell oppmerksomhet på jobben. En av ti helsearbeidere mot en av 20 kvinner ellers opplevde uønsket seksuell oppmerksomhet et par ganger i måneden eller oftere i 2006. Sykepleiere og hjelpepleiere er de yrkesgruppene som er mest utsatt.

Til tross for at mange helsearbeidere jobber deltid og i noe større grad er midlertidig ansatt enn andre yrkesaktive kvinner, opplever de jobben som trygg (Rønning 2010). I likhet med andre

yrkesaktive kvinner, svarer 86 prosent av helsearbeiderne at de ikke står i fare for å miste jobben på grunn av nedlegging, innskrenkning eller andre forhold. Videre svarer ni av ti at de er svært eller ganske fornøyd med jobben. Andelen som svarer at de søker eller regner med å søke ny jobb på annen arbeidsplass i løpet av de neste par årene, er omtrent på nivå med kvinner generelt.

4.2.2 Utvikling og utfordringer framover

Helse- og omsorgstjenesten har vært gjennom en rekke reformer de siste tiårene. Hovedtrendene i utviklingen tilbake fra 1970-tallet kan oppsummeres på følgende måte (Johnsen 2006): I 1970-årene var oppmerksomheten rettet mot oppbygging og rettferdig fordeling av tjenester. I 1980-årene var oppmerksomheten rettet mot desentralisering og begrensning av kostnader. I 1990-årene var hovedinnsatsen rettet mot økt effektivitet og bedre ledelse. På begynnelsen av 2000-tallet ble det gjennomført store strukturelle endringer i organisering og tjenestetilbudet. Staten overtok eieransvaret for, og organiserte, spesialisthelsetjenesten. I samhandlingsreformen som ble presentert i St. meld. nr. 47 (2008–2009), er oppmerksomheten rettet mot å utvikle en sterkere helse- og omsorgstjeneste i kommunene og utvikle økonomiske incentiver for å understøtte forebygging og tidlig behandling. I spesialisthelsetjenesten er det lagt vekt på spesialisering og tydeligere prioritering.

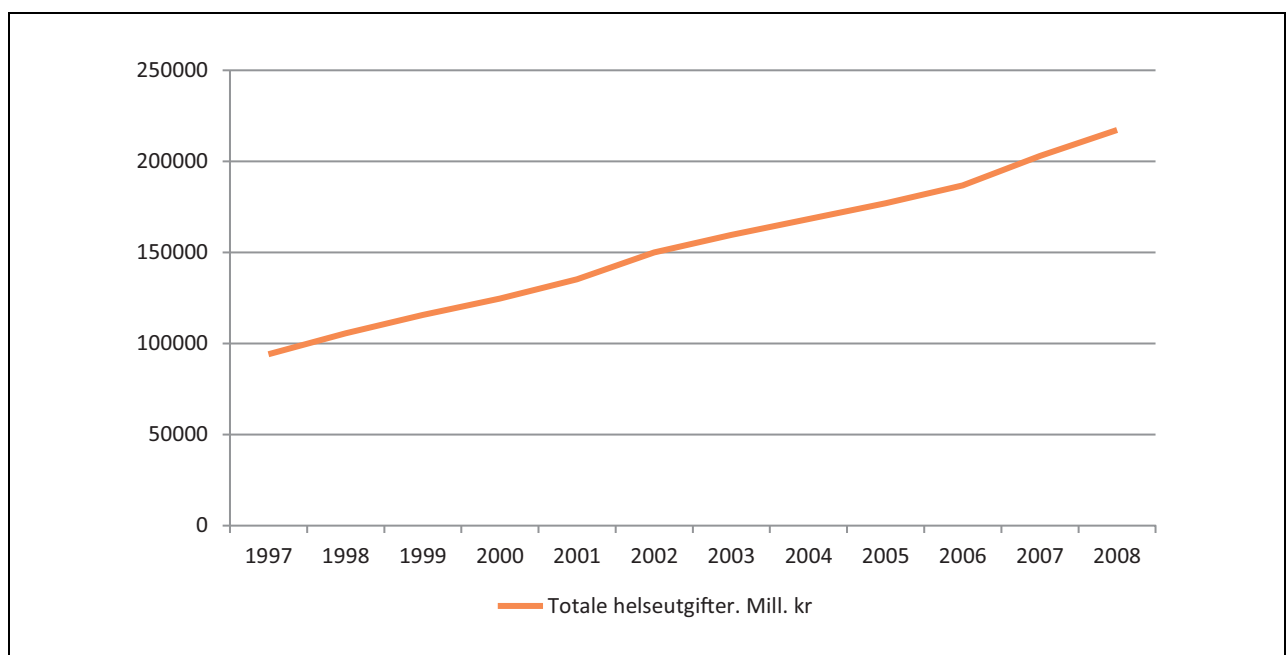
Bakgrunnen er en oppfatning av at tjenestene er for fragmenterte, det er for lite innsats rettet mot forebygging og tidlig behandling, og at en stadig økende etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester fører til behov for gode og kostnadseffektive løsninger.

Det har vært en kraftig vekst både i utgifter og årsverk i helse- og omsorgssektoren de siste årene og utvikling i demografi og teknologi taler for at etterspørselen etter tjenester bare vil øke i de neste tiårene. Figur 4.4 viser at det fra 1997 til 2008 har vært en økning i totale helseutgifter på 123 mrd. norske kroner.

Offisiell statistikk viser at totale helseutgifter per innbygger er i 2008 på 45 544 norske kroner. Fra 1997 til 2008 er utgiftene per innbygger mer enn fordoblet. De totale helseutgiftene er fordelt med 84,2 prosent offentlig finansierte helseutgifter og andelen privat finansierte er på 15,8 prosent. Fra 1997 har offentlig finansierte helseutgifter økt med om lag 3 prosent og tilsvarende nedgang i andelen privat finansierte helseutgifter.

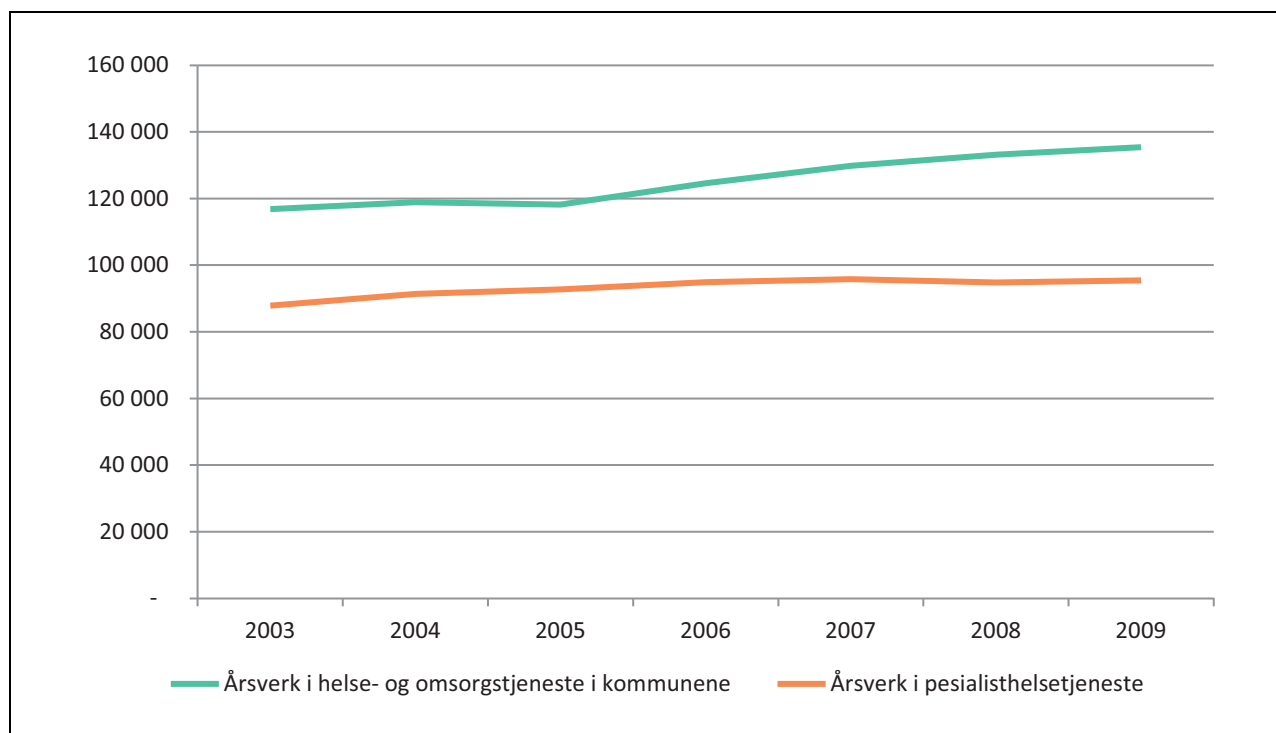
Figur 4.5 viser utviklingen i årsverk i helse- og omsorgssektoren fra 2003 til 2009. Det finnes ikke sammenlignbar offisiell statistikk for årsverk i tjenesten som helhet lenger tilbake enn 2003.³³

³³ Under kapittel 4.2 presenteres imidlertid årsverksutviklingen i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene for perioden 1991–2009. Tilsvarende tall presenteres for spesialisthelsetjenesten under kapittel 4.3.



Figur 4.4 Totale helseutgifter, millioner norske kroner 1997–2008.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, 2010.



Figur 4.5 Årsverksutviklingen i helse- og omsorgssektoren 2003–2009.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, 2010

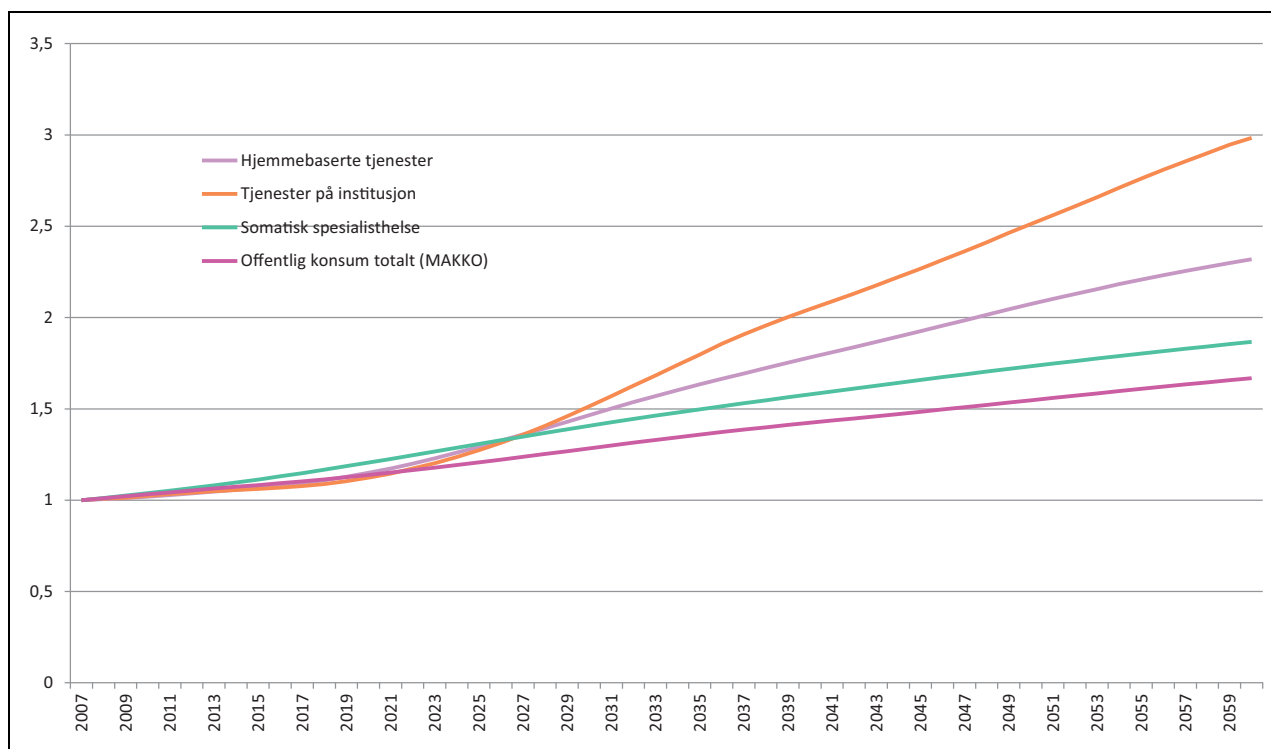
Antall utførte årsverk i helse- og omsorgstjenesten har steget jevnt, og i 2009 ble det utført i alt 230 866 årsverk hvorav 135 434 i den kommunale helse- og omsorgssektoren og 95 432 i spesialisthelsetjenesten. Den totale økningen i antall årsverk siden 2003 er større i den kommunale helse- og omsorgssektoren enn i spesialisthelsetjenesten målt i absolutte og relative tall.

Antall personer i alder (25–64 år) forventes å øke med i underkant av 350 000 i perioden 2010 til 2030 i følge befolkningsframskrivninger fra Statistisk sentralbyrå. Andelen av befolkningen i samme aldersgruppe vil imidlertid reduseres fra 53 til 50 prosent av befolkningen. For personer 65 år og over vil både antall og andel av befolkningen øke i samme periode. Antallet er anslått å øke med i overkant av 400 000 og andelen fra 15 til 20 prosent. Det forventes en særlig sterk vekst i antall personer over 80 år fra 2020.

Den demografiske utviklingen med flere eldre, og høyere krav til helse- og omsorgstjenesten vil kunne medføre at det i 2030 vil kunne være en mangel på helse- og sosialpersonell i et omfang av ca 38 000 årsverk basert på beregninger mellom forventet etterspørsel og tilbud (Texmo og Stølen 2009). Beregnet samlet vekst i perioden 2007–2030 vil være på om lag 100 000 årsverk gitt forutsetningene som ligger til grunn for beregningene.

Veksten vil være høyere i første halvdel av perioden. Forutsetningene for beregningene er at tilveksten gjennom nyutdannede holder seg konstant, og at det i siste del av perioden vil være lavere vekst som blant annet skyldes økt avgang ved pensjonering ettersom gjennomsnittsalderen øker for en god del av yrkesgruppene. Bjørnstad med flere (2009) har anslått at dersom dagens standarder og dekningsgrader legges til grunn, vil sysselsettingsbehovet fra 2007 til 2060 øke med 132 prosent for hjemmebaserte tjenester, nesten 200 prosent i institusjoner i kommunene, og 79 prosent i spesialisthelsetjenesten. Effekten av forutsetninger om aldring, dekningsgrad, standarder og omfang av familieomsorg vil kunne under- eller overvurderes. Gitt at utviklingen fører til bedret helse på hvert alderstrinn, kan behovet for arbeidskraft utgjøre om lag halvparten av det som er anslått dersom dagens standarder og forutsetninger legges til grunn. Dersom familie- og andre omsorgspersoner ikke i større grad enn i dag ivaretar omsorgen for eldre, vil behovet for arbeidskraft øke.

I St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen beskrives de utfordringene helse- og omsorgssektoren står overfor på grunn av den demografiske utviklingen, endringer i befolkningens sykdomsbilde, utvikling av nye kostbare



Figur 4.6 Vekst i sysselsettingsbehov i offentlig tjenesteyting totalt og for helse og pleie- og omsorgstjenestene enkeltvis. Referansebane med konstant dekningsgrad og standard. 2007=1.

Kilde: Bjørnstad med flere 2009.

medikamenter og behandlingsmetoder, og økte forventninger til helse- og omsorgstjenesten. Det varsles følgende overordnede grep for å møte disse utfordringene: Klarere pasientrolle, ny fremtidig kommunerolle, bruk av økonomiske insentiver, ytterligere spesialisering, tilrettelegge for tydeligere prioriteringer, og andre strategiske tiltak som utvikling av IKT-systemer og utvikling av forsknings- og utdanningspolitikk og personalpolitikk som understøtter målene i reformen. Det understrekes at personellet i helse- og omsorgssektoren er den viktigste innsatsfaktoren, og det skal arbeides mot gode og trygge arbeidsvilkår. Det varsles også tiltak rettet mot sykefravær og tiltak for å sikre at personellet har rett kompetanse. Videre skal dagens arbeidsdeling mellom nivåene vurderes med tanke på omstruktureringer. Målet er å redusere bruk av sykehus tjenester ved at en større del av tjenestene blir utført i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Kommunene skal få en sterkere rolle i den samlede helse- og omsorgstjenesten.

4.3 Helse- og omsorgstjenester i kommunene

4.3.1 Organisering og ressursbruk

Rammene for kommunenes tjenestetilbud er nedfelt i kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven. Enkelte virksomheter i kommunenes helse- og omsorgstjeneste reguleres også gjennom sentralt avtaleverk mellom kommune, stat og yrkesorganisasjoner. Det gjelder blant annet fastlege- og fysioterapivirksomhet.

Kommunene skal sørge for nødvendig helse- og omsorgstjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, se kommunehelsetjenesteloven § 1–1.³⁴ Kommunens helsetjeneste skal omfatte følgende oppgaver:

1. Fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte
2. Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte
3. Medisinsk habilitering og rehabilitering
4. Pleie og omsorg
5. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner

³⁴ Lov 1982-11-19 nr. 66: Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven).

For å løse oppgavene skal kommunen sørge for allmennlegetjeneste, herunder en fastlegeordning, legevaktordning, fysioterapitjeneste, sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie, jordmortjeneste, sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie, medisinsk nødmeldetjeneste, og transport av behandlingspersonell. Det er opp til kommunen å innrette tjenestene slik at de dekker de lovpålagte oppgavene innenfor forebygging, behandling, rehabilitering og omsorg.

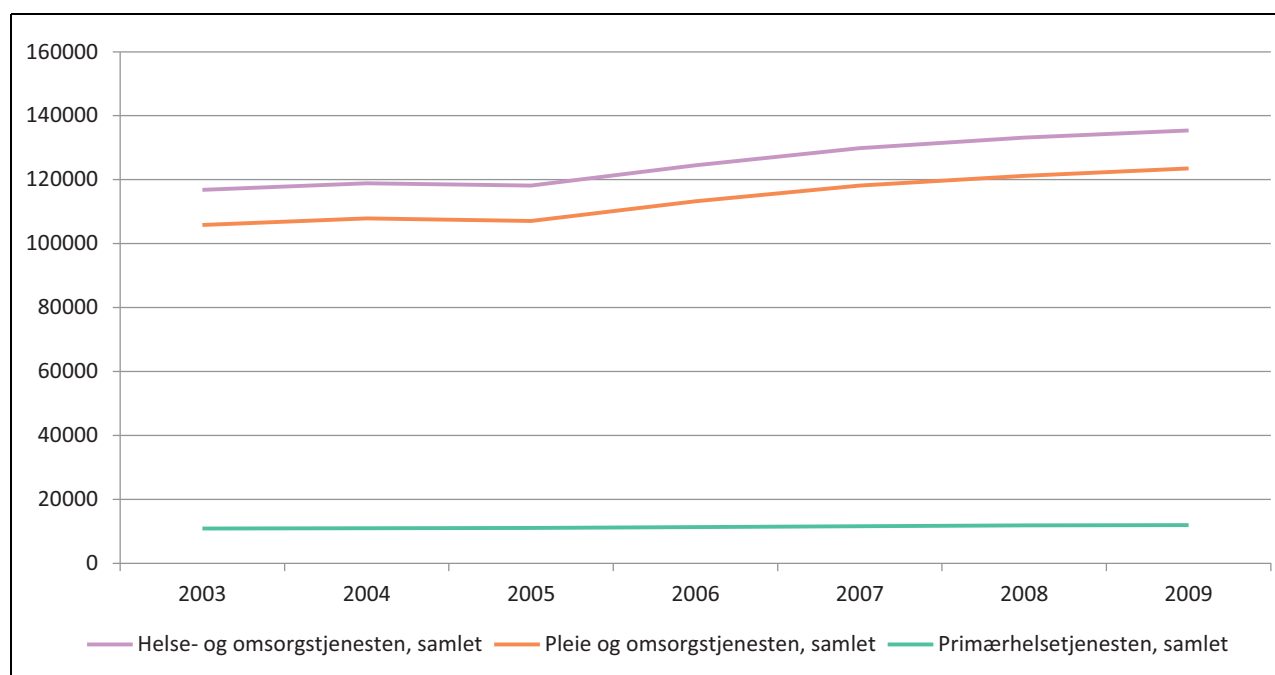
Kommunen kan organisere disse oppgavene ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med private helse- og omsorgsvirksomheter. Kommunene står fritt til å velge organisatoriske løsninger for å ivareta ansvaret for å yte helse- og omsorgstjenester. Tradisjonelt organiserer kommunene tjenestene i ulike kommunale etater og virksomheter. Noen kommuner har de siste årene skilt mellom den kommunale myndighetsutøvelse (bestiller) og tjenesteutøvelse (utfører).

De norske kommunene har ansvar for et bredt spekter av oppgaver (Hovik og Myrvold 2001). Uavhengig av innbyggertall, bosettingsstruktur eller andre kjennetegn, stilles det krav om at alle kommuner skal ivareta samme oppgaver og funksjoner. Undersøkelser som er gjort i Norge tyder på at innbyggerne i mindre kommuner jevnt over er mer fornøyd enn innbyggerne i store kommu-

ner. Dette gjelder særlig for personrelaterte velferdstjenester av typen barnehager, skole, sosial- og helsetjenester og eldreomsorg. Utfordringene er først og fremst rekruttering av høyt utdannet fagpersonell og etablering av store nok fagmiljø på områder som trenger ansatte med høy utdanning. Dette kan også være en utfordring i mer sentrale kommuner.

Bruttoutgiftene til helse- og omsorgstjenester var på om lag 80 mrd. kroner i 2008, og utgjorde om lag en tredjedel av kommunenes brutto driftsutgifter. Pleie- og omsorgstjenesten utgjør alene om lag 28 prosent av de samlede brutto driftsutgiftene for kommunene, eller om lag 70 mrd. kroner. Private aktører står i snitt for vel 10 prosent av tilbudet av sykehjems plasser, og andelen varierer mye mellom kommunene. De store bykommunene har for eksempel mellom 30–40 prosent private aktører. Kommunenes utgifter til rusmiddeltiltak og til psykisk helse inngår for en stor del i kommunenes samlede utgifter til helse- og omsorgstjenester (Prop 1 S (2009–2010)). Brukerbetaling både for opphold i institusjon og for praktisk bistand utgjorde til sammen i underkant av 5 mrd. kroner i 2008.

Figur 4.7 nedenfor viser at det ble utført om lag 135 000 årsverk innenfor den kommunale helse- og omsorgssektoren i 2009, om lag 123 000 innenfor pleie- og omsorgstjenesten og om lag 12 000 innenfor primærhelsetjenesten.



Figur 4.7 Årsverk for kommunenes helse- og omsorgstjenesten etter personellgrupper i perioden 2003–2009.

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2010.

Ifølge offisiell statistikk utgjør ansatte med helse- og sosialfaglig utdanning to tredjedeler av de ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De viktigste gruppene er hjelpepleiere (ca 39 prosent), sykepleiere (ca 27 prosent sykepleiere, helsesøstre og jordmødre), omsorgsarbeidere (ca 10 prosent) og vernepleiere (ca 6 prosent). Ansatte uten helse- og sosialfaglig utdanning utgjør omlag en tredjedel av de sysselsatte.

Offisiell statistikk viser at kvinneandelen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er i overkant av 89 prosent per fjerde kvartal 2009. Helse- og omsorgssektoren er også blant de næringene som har størst andel deltidsansatte (NOU 2008:17). KS rapporterer om at den høyeste andelen deltidsansatte er blant kvinner innenfor pleie- og omsorgstjenesten der 73 prosent av kvinnene jobber deltid med en gjennomsnittlig stillingsprosent på 58.

Pleie- og omsorgstjenesten

Den kommunale pleie- omsorgstjenesten består av hjemmetjenester, hjemmesykepleie, omsorgsboliger og sykehjem. Kommunene har ansvaret for utbygging, utforming og organisering av et forsvarlig og godt tjenestetilbud til alle mennesker med behov for omsorgstjenester, uten hensyn til alder eller diagnose. Pleie- og omsorgstjenestene skal organiseres slik at brukerne så langt som mulig kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfull tilværelse i felleskap med andre. Tjenestene til den enkelte bruker skal utformes i samråd med brukeren.

Pleie- og omsorgstjenesten har de seneste årene endret seg mot større grad av tilrettelegging for at tjenestemottakere kan bo hjemme eller i omsorgsboliger. Sykehjemmene har endret funksjon i retning av mer behandling, rehabilitering, opptrening, korttidsopphold og terminalpleie. Omsorgsboligene vil i økende grad tilrettelegge for langvarig pleie og omsorg. Disse betjenes av den ordinære helse- og sosialtjenesten i kommunene, først og fremst av hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Hjemmetjenestene organiseres med døgnkontinuerlig turnusplaner, serviceenheter og økt samarbeid mellom flere distrikt om nattevaktordninger og helgevakter. Hjemmetjenesten samarbeider også med sykehjemmene (felles nattevaktordning) og med legevaktordningen.

De fire store brukergruppene av hjemmetjenester er eldre, mennesker med psykiske lidelser, mennesker med langvarige kroniske somatiske lidelser (ofte av nevrologisk art), mennesker med utviklingshemning og mennesker med både rus-

problemer og psykiske lidelser (St.meld. nr. 25 (2005–2006)). I sykehjem er nesten alle brukerne eldre over 67 år, de fleste med sammensatt sykdomsbilde, sterkt nedsatt funksjonsevne, og om lag 80 prosent har kognitiv svikt (St.meld. nr. 25 (2005–2006)).

Pleie- og omsorgstjenestene sysselsatte i 2009 mer enn 123 000 årsverk fordelt på om lag 160 000 personer og utgjorde en tredjedel av kommunenes utgifter. Målt i antall årsverk er den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i dag større enn spesialisthelsetjenesten. Tjenesten har mer enn 260 000 brukere, hvorav i overkant av 42 000 sykehjemsbeboere og mer enn 167 000 som mottar hjemmetjenester i omsorgsboliger eller eget hjem. Mange kommuner yter heldøgns omsorgstjenester i boliger til pleie- og omsorgsformål, og det var i 2008 om lag 20 000 personer som mottok tjenester i boliger med heldøgns bemanning.

Tabell 4.1 viser en stor overvekt av kvinner i alle aldersgrupper i pleie- og omsorgstjenesten. Dette kommer særlig til uttrykk i heldøgns omsorgstjenester i institusjon og hjemmebaserte tjenester.

Tabell 4.2 viser at personell uten helse- og sosialfaglig utdanning (36 prosent) er den største gruppen sysselsatte i direkte brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste. De andre to store gruppene er hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere (36 prosent) og sykepleiere (17 prosent). Leger og legespesialister utgjør bare 0,2 prosent av de sysselsatte i denne delen av sektoren.

Figur 4.8 viser at mer enn halvparten av personellet uten helse- og sosialfaglig utdanning arbeider mindre enn 19 timer per uke. Om lag en av fem hjelpeleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere arbeider mindre enn 19 timer per uke, to av fem om lag 20–29 timer per uke og to av fem tretti timer eller mer. Blant sykepleiere arbeider mer enn halvparten 30 timer eller mer per uke.

Ressurssenter for omstilling i kommunene (2004) har utredet bruken av ressurser til ledelse og administrative funksjoner i pleie- og omsorgstjenesten. Gjennomsnittlig antall årsverk ansatte per lederårsverk i sektoren er 31,3 målt ved hjelp av nasjonale data fra KOSTRA-registeret. Ressurssenteret har også gjennomført en kvalitativ undersøkelse i et mindre antall kommuner. I følge denne undersøkelsen hadde en leder innenfor pleie- og omsorgstjenesten i gjennomsnitt ansvar for 36,3 personer eller 22 årsverk. Variasjonen mellom kommunene er betydelig. Nasjonal statistikk og den kvalitative undersøkelsen viser at pleie- og omsorgstjenesten har betydelig høyere

Tabell 4.1 Årsverk i pleie- og omsorgstjenesten etter kjønn og alder for 2009.

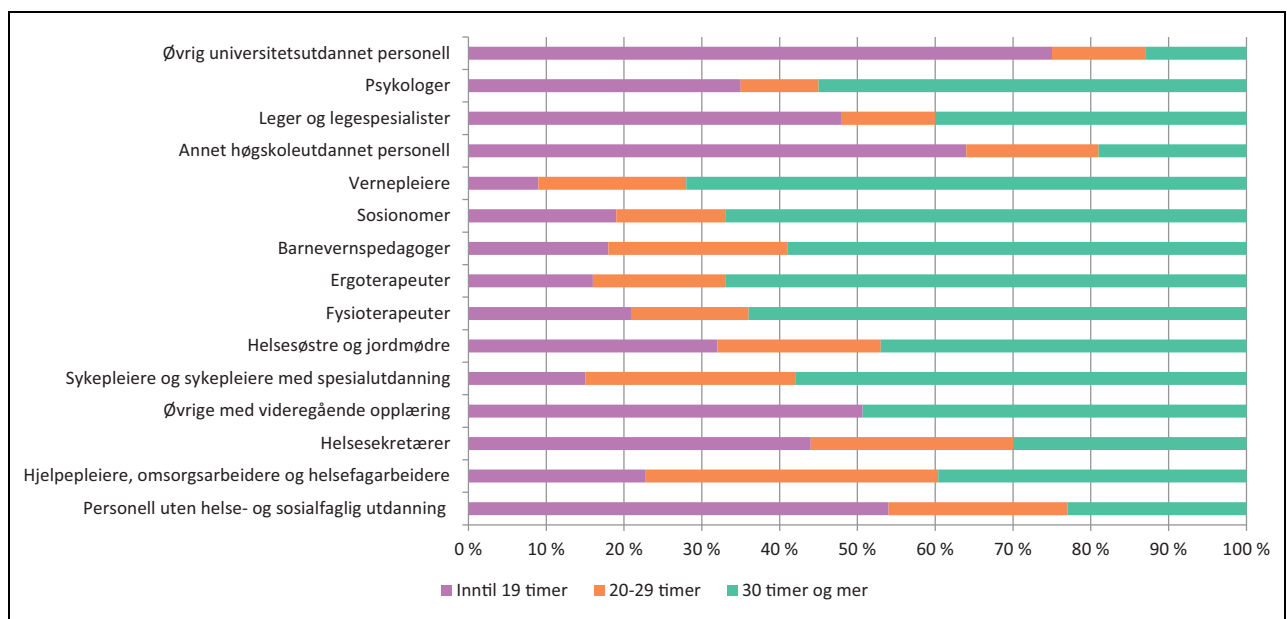
		Alle aldre		15–39 år		40–54 år		55–66 år		67 år og eldre	
		Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Pleie- og omsorgstjenester i alt	Begge kjønn	123 994		48 107	39	48 590	39	25 440	21	1 858	1
	Menn	14 082	11	6 489	5	5 232	4	2 097	7	264	0,2
	Kvinner	109 912	89	41 617	34	43 358	35	23 342	19	1 594	1
Heldøgnsomsorgstjenester i institusjon	Begge kjønn	58 828		22 358	38	22 878	39	12 629	21	962	2
	Menn	4 715	8	2 234	4	1 658	3	704	1	119	0,2
	Kvinner	54 112	92	20 124	34	21 221	36	11 925	20	843	1
Hjemmebaserte tjenester	Begge kjønn	59 480		24 311	41	23 198	39	11 171	19	799	1
	Menn	8 032	13	3 943	7	2 929	5	1 037	2	122	0,2
	Kvinner	51 448	87	20 369	34	20 269	34	10 133	17	677	1
Aktivering og støttetjenester overfor eldre og funksjonshemmede	Begge kjønn	4 113		1 121	27	1 841	45	1 095	27	55	1
	Menn	807	20	236	6	384	9	180	4	7	0,2
	Kvinner	3 306	80	885	28	1 458	35	915	22	48	1
Institusjonslokaler	Begge kjønn	1 574		316	20	672	43	544	35	41	3
	Menn	528	34	76	5	261	17	175	11	15	1
	Kvinner	1 046	66	240	15	411	26	369	23	26	2

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2010.

Tabell 4.2 Sysselsatte og årsverk i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste etter utdanning, 2009.

	Sysselsatte		Avtalte årsverk	
	Antall	%	Antall	%
Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning	59 401	36	35 170	30
Hjelpepleiere, omsorgsarbeider og helsefagarbeidere	58990	36	45419	39
Helsesekretærer	794	0,5	545	0,5
Øvrige med videregående opplæring	4 448	3	3 233	3
Sykepleiere med og uten spesialutdanning	27062	17	22923	19
Helsesøstre og jordmødre	382	0,2	299	0,3
Fysioterapeuter	356	0,2	306	0,3
Ergoterapeuter	775	0,5	679	0,6
Barnevernspedagoger	769	0,5	660	0,6
Sosionomer	1 135	0,7	987	8
Vernepleiere	6 084	4	5 507	5
Annet høgskoleutdannet personell	3 142	2	1 614	1
Leger og legespesialister	239	0,2	205	0,2
Psykologer	29	0,2	24	0,02
Annet universitetsutdannet personell	274	0,2	119	0,1

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2010.



Figur 4.8 Andel sysselsatte i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste fordelt etter avtalt arbeidstid i 2009.

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2010.

gjennomsnittlig antall årsverk ansatte per leder-årsverk sammenlignet med skolesektoren.

Statistikk fra PAI-register til KS viser at turnover i helse- og omsorgssektoren i kommunen var på om lag 14 prosent i 2009.³⁵ Om lag 5 prosent hadde gått over i annen stilling i sektoren. Det var flest som sluttet i gruppen ansatte uten helse- og sosialutdanning (21 prosent) og leger (18 prosent), og færrest blant hjelpepleierne (9 prosent). Blant sykepleiere var det om lag 12 prosent som gikk ut av sektoren i 2009.

Primærhelsetjenesten

Primærhelsetjenesten består av allmennlegetjenesten (fastleger, kommuneleger, kommunal legevakt), helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fysioterapitjenester, ergoterapitjenester, tannhelsetjenester, psykisk helsearbeid og rusarbeid. Dette inkluderer helsefremmende og forebyggende

arbeid så vel som utredning, behandling og rehabilitering.

Allmennlegetjenesten består av fastlegeordningen, andre allmennlegetjenester i kommunene (tidligere allmenntillegger offentlig legearbeid) og kommunal legevakt. Hoveddriftsformen i fastlegeordningen er privat næringsvirksomhet (94 prosent av legene). Legenes inntjening er basert på et kommunalt basistilskudd i form av per capitatilskudd (kronebeløp per innbygger på legens liste), stønad fra folketrygden til dekning av pasientenes utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, se forskrift til folketrygdloven § 5-4 og egenandeler fra pasientene. Andre allmennlegetjenester i kommunene består av legetjenester på sykehjem, på helsestasjon, i fengsel med videre. Disse tjenester finansieres i sin helhet av kommunen. De fleste leger utfører disse tjenestene i deltidsstillinger som del av fastlegeavtale, alternativt inngår tjenestene i arbeidsavtalene til fastlønte fastleger. I noen kommuner er det ansatt egne sykehjemsleger. De fleste kommuner organiserer legevakt i samarbeid med andre kommuner.

³⁵ Turnover beregnet som: Andel som var ansatt i sektoren per 1.12.08 og som ikke var det per 1.12.09

Tabell 4.3 Utførte årsverk etter utdanning i ulike deler av primærhelsetjenesten i perioden 2002–2009*.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	Årsverk	Årsverk	Årsverk	Årsverk	Årsverk	Årsverk	Årsverk	Årsverk
<i>Helsestasjon og skolehelsetjeneste</i>	3 073	3 105	3 150	3 146	3 271	3 421	3 480	3 510
Leger	232	224	217	214	207	207	216	211
Fysioterapeuter	263	249	237	231	223	212	202	204
Helsesøstre	1 755	1 772	1 834	1 849	1 945	1 986	2 036	2 068
Jordmødre	256	273	272	272	278	287	295	294
Sykepleiere	120	127	116	120	118	150	147	149
Hjelpepleiere	48	44	39	39	38	41	40	42
Psykologer	15	30	33	42	33	55	59	69
Annet personell	384	386	403	380	427	483	486	473
<i>Legetjeneste</i>	4 151	4 131	4 150	4 219	4 281	4 396	4 533	4 637
<i>Fysioterapitjeneste</i>	4 130	4 152	4 162	4 148	4 205	4 255	4 334	4 218
<i>Totalt</i>	11 354	11 387	11 765	11 513	12 052	12 072	12 347	15 874

* Det er uensartet statistikk for primærhelsetjenesten. Personellinnsats er beregnet utfra timeverk per uke for noen grupper og årsverk for andre. For fysioterapeutene benyttes andel av driftsavtale som mål for personellinnsats.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, 2010.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en lovpålagt tjeneste til alle barn og unge i alderen 0 til 20 år, og til gravide som ønsker å gå til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal samarbeide med andre kommunale tjenester som for eksempel sosialtjenesten, barnevernstjenesten, barnehage, skole, PP-tjeneste og hjemmesykepleie. Noen steder er deler av helsestasjons- og skolehelsetjenesten organisert på tvers av kommune- eller bydelsgrenser. Grunnbemanningen består av helsesøster, lege, jordmor og fysioterapeut.

Fysioterapitjenesten består av privatpraktiserende fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen og/eller fast ansatte fysioterapeuter. De fleste kommuner har begge disse tilknytningsformer. På landsbasis utgjør de privatpraktiserende utøverne ca to tredjedeler av det totale volumet. Deler av fysioterapitjenesten utøves på helsestasjon, i skole, i barnehage, på sykehjem, i ulike boformer, og til pasienter som har behov for opp trening i eget hjem. Ergoterapitilbudet i kommunene tilbys gjennom kommunalt ansatte ergoterapeuter som arbeider med utredning, forebygging, opptrening og rehabilitering. Tjenestene ytes der brukerne bor og/eller oppholder seg, i hjemmet, på skolen eller i barnehagen. Fysioterapi- og ergoterapitjenesten er ofte organisert sammen i en rehabiliteringsseksjon, men kan også ha andre organisatoriske tilknytningsformer som i omsorgstjenesten eller i kultur- og oppvekstsektoren. Dette avhenger ofte av kommunestørrelse og av antall utøvere i kommunen.

Tannhelsetjenesten i Norge består av en offentlig sektor som yter tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter lov om tannhelsetjenesten, og en privat sektor som tilbyr tannhelsetjenester til den øvrige befolkningen. Om lag tre fjerdedeler av tannlegeårsverkene i 2005 ble utført i privat sektor. Den offentlige tannhelsetjenesten er organisert under fylkeskommunen som skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket. Fylkeskommunen er pålagt et samordningsansvar for den offentlige (fylkeskommunale) tjenesten og privat sektor.

Data for utviklingen i utførte årsverk etter utdanning viser at det i tidsrommet 2002–2009 har vært en jevn økning i personell både i helsestasjon, skolehelsetjeneste legetjeneste og fysioterapitjeneste. Det har vært en lav nedgang i utførte årsverk blant leger, fysioterapeuter og hjelpepleiere i helsestasjon og skolehelsetjeneste med tilsvarende økning blant helsesøstre, jordmødre, sykepleiere og psykologer.

Offisiell statistikk viser at det i 2009 var i overkant av 3 000 avtalte årsverk i den offentlige tannhelsetjenesten og nærmere 6 800 årsverk i den private tannhelsetjenesten. Det var om lag 4 100 tannleger, 380 tannlegespesialister og 750 tannpleiere.

4.3.2 Utviklingstrekk de siste 10-årene

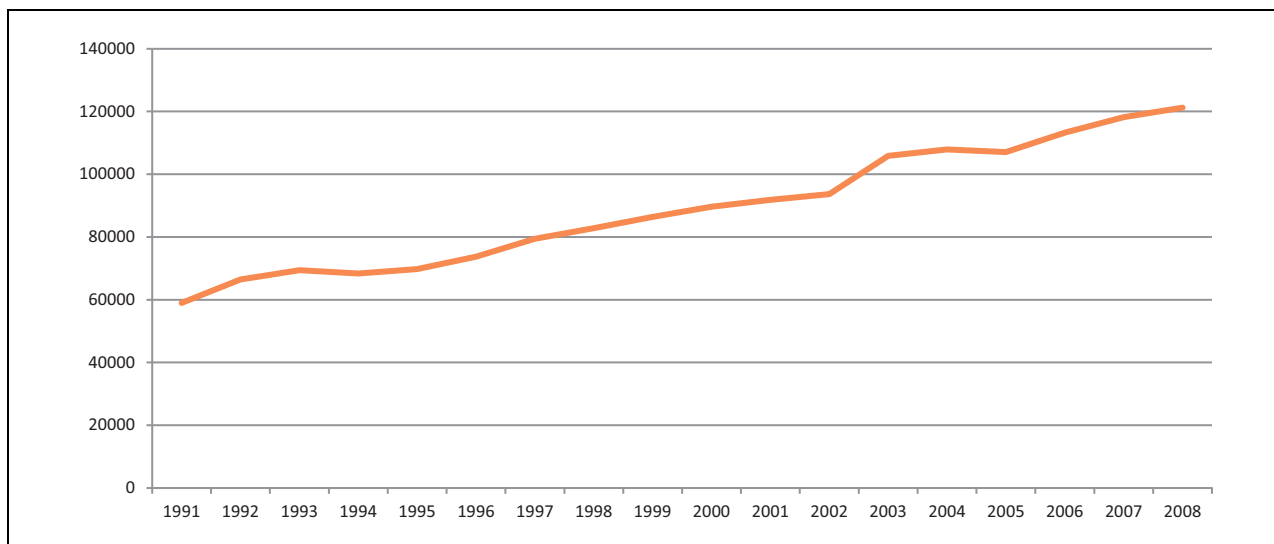
Den moderne kommunale helse- og omsorgstjenesten vokste fram på 1970-tallet, og ble tilført nye store oppgaver gjennom forvaltningsreformer i 1980- og 1990-årene. Kommunehelsetjenesteloven, sykehjemsreformen og reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming er viktige milepæler i denne utviklingen som har lagt grunnlaget for et omfattende tjenestetilbud på lokalt nivå til alle innbyggerne i kommunen uavhengig av alder, diagnose, økonomi, sosial status eller andre forhold.

Kommunehelsetjenesteloven som ble iverksatt i 1984, handlingsplan for eldreomsorgen fra 1991, reformen i helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU-reformen) fra 1992 og fastlegereformen fra 2001 har blant annet hatt som formål å regulere rammevilkårene for den kommunale helse- og omsorgstjeneste slik at befolkningen primært skulle tilbys helsetjenester der de bor. Opptrappingsplan for psykisk helsevern (1999), pasientrettighetsloven (2001) og lov om individuell plan (2001) hadde blant annet som mål å styrke pasientenes rettigheter og sikre pasienters behov for koordinerte tjenester mellom de to forvaltningsnivåene (Johnsen 2006).

Figur 4.6 viser at det har vært en jevn økning i årsverksutviklingen i omsorgstjenesten i kommunene i perioden 1991–2008. Antallet årsverk er fordoblet fra om lag 60 000 årsverk i 1991 til om lag 120 000 årsverk i 2008. Utviklingen gjenspeiler at kommunenes oppgaver har økt som et resultat av flere innbyggere over 80 år og nye grupper av tjenestemottakere. Målt i årsverksinnsats er den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i dag større enn sykehussektoren.

Offisielle statistikk viser at antall omsorgsboliger er økt med om lag 22 000 fra 1997 til 2008. Veksten de siste årene har flatet noe ut fordi tilskuddsordningen er avsluttet. Det har også vært en vekst på om lag 4 400 sykehjems plasser i samme periode, mens antall aldershjems plasser er betydelig redusert.

Individbasert Pleie- og OmsorgsStatistikk (IPLOS) for 2008 viser at om lag 167 400 personer mottok bistand fra hjemmesykepleie eller praktisk bistand, og om lag 42 100 var beboere i institusjo-



Figur 4.9 Årsverksutvikling i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene i perioden 1991 – 2008.

Den sterke økningen fra 2002–2003 skyldes endringer i registreringspraksis.

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2010.

ner for eldre og funksjonshemmede. I hjemmebasert bistand mottar yngre brukere (18–49 år) av hjemmetjenester mer tjenestetid enn de som er eldre. Forskjellen er størst for brukere med høyest bistandsbehov. Eldre brukere får i mye høyere grad tilbud om institusjonsplass enn yngre. Bistandsbehovet på institusjonene er generelt mer omfattende enn i hjemmebasert bistand.

Endringene i omsorgstjenesten de siste tiårene kan beskrives med utgangspunkt i tre overordnede utviklingstrekk: 1) overgang fra institusjon til hjemmetjenester og omsorgsboliger, 2) sterk vekst i yngre tjenestemottakere og stabilt antall eldre og 3) redusert betydning av familiebasert og frivillig omsorg.

For det første har det siden 1980-tallet vært et politisk ønske å erstatte institusjoner med individuelt tilpassede tilbud i kommunene. Sykehjemsreformen førte til at ansvaret for sykehjemmene ble flyttet fra fylkeskommunalt til kommunalt nivå i 1988. Reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming i 1991 medførte nedlegging av institusjonene i det fylkeskommunale helsevernet for psykisk utviklingshemmede og overføring av ansvaret for tjenestetilbudet til kommunene. I tillegg har det vært en nedbygging av psykiatriske institusjoner og liggetiden ved de somatiske sykehusene er redusert.

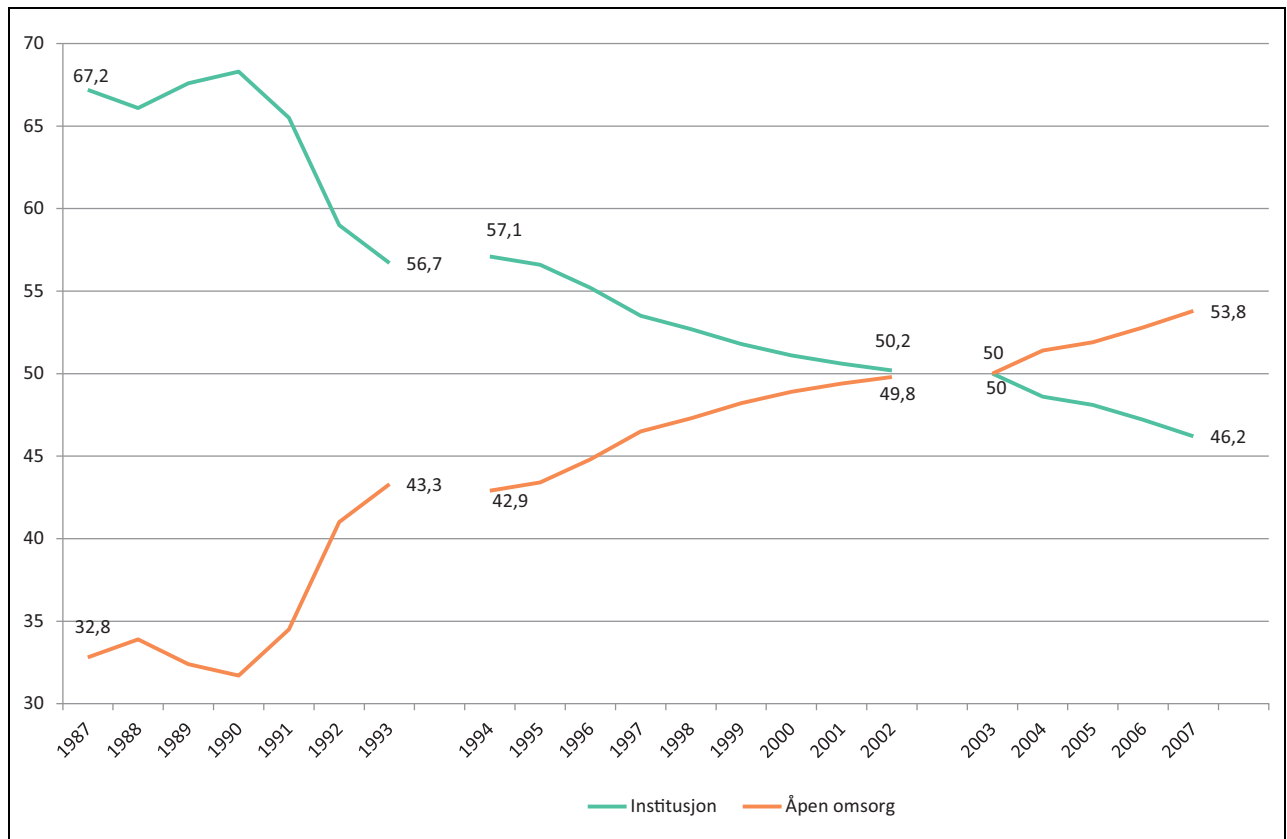
Dette er bakgrunnen for at antall institusjonsplasser er blitt redusert de siste tiårene, mens tallet på boliger til pleie- og omsorgsformål har hatt en betydelig vekst. Samtidig er tallet på beboere i institusjon redusert fra 45 600 i 1992 til 44 400 i 2009. Det er først og fremst de gamle aldershem-

mene som er tatt ut av drift, mens tallet på sykehjemsplasser har vokst. I tillegg er det kommet barneboliger og avlastningsinstitusjoner for yngre brukergrupper. Tallet på boliger til pleie- og omsorgsformål har vokst fra om lag 28 000 boliger for 20 år siden til nesten 50 000 boliger i dag.

Fra sykehjemmene ble overtatt av kommunene for 20 år siden, har pleie- og omsorgstjenesten blitt omtrent fordoblet til over 120 000 årsverk i dag. Veksten har i stor grad kommet i hjemmetjenestene. For 20 år siden gikk to tredjedeler av årsverkene til institusjonsomsorg og en tredjedel til hjemmetjenester. I dag er det som figur 4.10 viser, hjemmetjenestene som er størst.

Nesten 9 av 10 nye årsverk i perioden 2002–2007 har gått til hjemmebaserte tjenester. Det er først og fremst hjemmesykepleien som vokser, mens antallet som mottar praktisk bistand er noe redusert i samme periode. Det kan derfor tyde på at kommunene har foretatt en bevisst prioritering av de mest hjelpetrequende brukerne, og at terskelen for å bli tjenestemottaker samtidig er blitt noe høyere.

For det andre har de siste tiårene vært preget av en sterk vekst i tallet på brukere under 67 år. I hjemmetjenestene har brukergruppen under 67 år økt fra 25 000 til 65 000 tjenestemottakere i perioden 1992 til 2009. Mange av tjenestemottakerne har omfattende behov for tjenester. Veksten er spesielt knyttet til tre brukergrupper: utviklingshemming, psykiske og sosiale problemer, og somatiske og ofte nevrologiske lidelser (MS, Parkinson, slag, hjerneskader). Siden målet er at yngre brukere ikke skal bo på sykehjem, har det



Figur 4.10 Andel årsverk i institusjon og hjemmetjenester 1987–2007 i prosent

Kilde: Brevik 2010.

meste av veksten i ressurser de siste årene skjedd i hjemmetjenester, hjemmesykepleie og bygging av omsorgsboliger for brukere under 67 år. Dette har bidratt til å forsterke trenden med at tjenestetilbudet har forflyttet seg fra institusjon til hjemmetjenester og omsorgsboliger (Brevik, 2010).

Veksten blant de yngre brukerne har dels skjedd som en følge av reformer (sykehjemsreformen, reformen for mennesker med utviklingshemming og opptrappingsplan for psykisk helse), og dels som en følge av endringer i oppgavefordelingen med spesialisthelsetjenesten på den ene siden og familie og frivillige på den andre siden. Utviklingen av nye brukergrupper har bidratt til omfattende omstillingsprosesser i den kommunale helse- og sosialtjenesten, spesielt i hjemmetjenestene. I en tilsynsrapport fra 2005 beskrev Helsetilsynet pleie- og omsorgstjenesten som å være «på strekk» fordi utviklingen på etterspørselsiden har skjedd så raskt at kommunene har hatt problemer med å omstille seg både kompetansemessig, økonomisk og organisatorisk (Helsetilsynet 2005).

For det tredje har omfanget av frivillig innsats fra familie og uformelt sosialt nettverk fått mindre

betydning fordi den ikke har økt i takt med omsorgsbehovet i befolkningen. Med utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås tidsbruks- og levekårsundersøkelser er det anslått at den uformelle omsorgen har holdt seg noenlunde stabil de siste tiårene (Rønning med flere 2009). Det er lite sannsynlig at den frivillige og familiebaserte innsatsen vil vokse i årene som kommer og veksten i omsorgsbehov må derfor i hovedsak løses på andre måter.

4.3.3 utfordringer og nye reformer

Kommunene er i følge St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen tiltenkt en endret rolle i den fremtidige helse- og omsorgstjenesten. I meldingen trekkes blant annet fram behovet for å gjøre fastlegeordningen bedre for de som ikke selv oppsøker fastlegen gjennom mer oppmerksomhet på forebygging og hjemmebesøk. Det er også utfordringer knyttet til samhandling mellom fastleger og den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten og mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Det går fram av Innst. 212 S (2009–2010) at fastlegereformen i hovedsak har

vært vellykket, men at det er behov for videreutvikling av ordningen. Komiteen angir at det vil være behov for vekst i legetjenesten i kommunene, både innenfor fastlegeordningen og innenfor andre kommunale legeoppgaver, for eksempel i sykehjem, men at en eventuell ny kommunerolle vil være avhengig av en styrking av flere grupper helsepersonell og at det legges til rette for tverrfaglig samarbeid.

Dette vil kreve omorganiseringer, overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten og mer kompetent personell. Behovet for interkommunalt samarbeid og alternative organisasjonsmodeller vil øke. I tillegg legges det opp til økt satsning på folkehelsearbeid og forebygging som vil kreve økt rekruttering til den kommunale helse- og omsorgssektoren. Det legges opp til redusert økning i kostnadene til spesialisthelsetjenesten, økt grad av spesialisering og overføring av oppgaver til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg vurderes endringer i finansieringsordningene.

Statistisk sentralbyrås fremskrivninger av tilbud og etterspørsel blant helse- og sosialpersonell tyder på at vil det bli en betydelig økning i behovet for helsepersonell fram mot 2030 og spesielt innenfor helse- og omsorgstjenestene totalt sett (Texmo og Stølen 2009).³⁶ Fremskrivningene viser at veksten vil være på om lag 38 prosent. Dette vil utgjøre om lag 41 000 helsepersonell med videregående utdanning (hjelpepleiere og omsorgsarbeidere), og 13 000 sykepleiere forutsatt at den sterke veksten i antall personer over 80 år vil komme etter 2020. For leger vil det bli en svak underdekning gitt forutsetningene i beregningene som demografisk- og økonomisk utvikling, utdannings- og etterspørselvekst legges til grunn. Det kan også bli mangel på bioingeniører, fysioterapeuter, helsesøstre og jordmødre. Dersom arbeidsfordelingen innen tannhelsesektoren blir som den er i dag, kan det også bli en klar mangel på tannleger i framtiden.

St.meld. nr. 25 (2005–2006) om fremtidens omsorgsutfordringer skisserer hovedutfordringene som omsorgstjenesten står overfor i årene fremover spesielt med tanke på vekst i brukergrupper som krever spesifikk kompetanse. Det vil bli en vekst i yngre brukergrupper, en økning av andelen eldre med flere diagnoser og sammensatte lidelser, økt omfang av brukere med kroniske og sammensatte lidelser, og med det et økende behov for bedre medisinsk og tverrfaglig

oppfølging og koordinering av tverrfaglig tjenestetilbud fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ensomhetsopplevelsen og økt sosiale behov blant eldre vil øke i takt med økende andel over 80 år. Dette vil kreve økt kompetanse hos ansatte i sektoren, og det vil være et økende behov for en betydelig utbygging av tjenestetilbudet og økt tverrfaglig samhandling mellom tjenestenivåene. En annen utfordring blir en stadig økende andel eldre med demenssykdommer og undersøkelser viser et stort behov for utredning, diagnostisering tilretteleggelse av individuelt tilrettelagt tilbud (Krüger 2009). Spesielt tilrettelagte tilbud for personer med demens gir hensiktsmessig avlastning for pårørende og er samtidig en kostnadseffektiv måte å tilrettelegge tjenester på for kommunene. Behovet for økt kompetanseutvikling i den kommunale helse- og omsorgssektoren vil forstrekkes ved overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten.

Hovedstrategien for å møte utfordringene er å starte en gradvis utbygging av tjenestetilbudet, samtidig som det planlegges og forberedes for veksten i omsorgsbehov som forventes fra omkring 2020. Et økende antall eldre vil bo hjemme, og det vil derfor være behov for å fortsette utviklingen i retningen av økt servicetilbud fra hjemmetjenestene (Brevik og Schmidt 2005). Samtidig må tjenestene arbeide for å styrke brukernes mestringsevne, fokuserer på økt sikkerhet ved å forebygge fall og i økende grad ta i bruk moderne velferdsteknologi.

I samhandlingsreformen legges det vekt på behovet for å videreutvikle og styrke fastlegeordningen og behov for å styrke andre allmennlegetjenester i kommunene blant annet i sykehjem, helsestasjon, skolehelsetjenesten og legevaktstjenesten. Videre skal det forebyggende arbeidet i regi av helsetjenesten styrkes. Det legges opp til en sterkere kommunal styring av fastlegene med økt samarbeid med den øvrige kommunehelsetjenesten, bedre oppfølging av pasientgrupper som ikke selv oppsøker fastlegen og mer innsats rettet mot forebygging og tidlig intervensjon. Det er fremdeles utfordringer knyttet til rekruttering av leger til distriktene.

Kommunesektoren har ansvar for å løse oppgavene innenfor gjeldende økonomiske rammer og gjeldende regelverk, og har ansvar for å prioritere god økonomistyring og effektiv bruk av ressurser (Prop 124 S (2009–2010) Kommunal- og regionaldepartementet). Dette innebærer at kommunene må tilpasse tjenestetilbudene til de demografiske endringene og innbyggernes forventning

³⁶ Beregningene er basert på forutsetninger om demografisk- og økonomisk utvikling, utdannings- og etterspørselvekst

ger til kvalitet i tjenesten. Det innebærer også et kontinuerlig utviklings- og omstillingsarbeid i kommunesektoren. Systematisk arbeid med kvalitet i tjenestene, reduksjon i sykefravær og helhetlig styring og utvikling står sentralt. Det legges opp til ulike modeller for samarbeid mellom kommunene.

4.4 Spesialisthelsetjenesten

4.4.1 Organisering og ressursbruk

Statens eierskap til spesialisthelsetjenesten er organisert i en treleddet kjede. Helse- og omsorgsdepartementet forvalter eierskapet på overordnet nivå til fire regionale helseforetak (RHF) som igjen eier underliggende helseforetak (HF) bestående av ulike virksomheter i spesialisthelsetjenesten. De fire regionale helseforetakene eier totalt 23 helseforetak (HF) og fire sykehusapotek (HF). I tillegg har de regionale helseforetakene avtaler med ulike private tjenesteleverandører.

De regionale helseforetakene skal sørge for spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon, se spesialisthelsetjenesteloven § 2–1.³⁷ Dette omfatter sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, og transport til undersøkelse og behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har også ansvaret for tjenester som utføres av privat tjenesteleverandører etter avtale med de regionale helseforetakene. Dette er både private ideelle og private kommersielle virksomheter, og avtalespesialister.

Helse Nord RHF eier totalt fem helseforetak og har ansvar for spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge og Svalbard og dekker et befolkningsgrunnlag på om lag 466 000 mennesker. Helse Nord har om lag 11 600 årsverk som tilsvarer 12 300 ansatte. Det som spesielt særpreger *Helse Nord* er lange avstander, spredt bosetning og er den regionen som grenser til flest andre nasjoner med nordisk samarbeid, samisk språk og kultur. Regionen har spesielle utfordringer knyttet til værforhold, mørke gjennom vinteren, og fiskerierne. På grunn av lange avstander, vil organiseringen av fødeavdelinger og vaktskifte i anestesi, intensiv og kirurgi ved små sykehus være en

større utfordring enn regioner med korte avstander. En annen utfordring for regionen er at den er netto eksportør av helsearbeidere til andre regioner.

Helse Midt-Norge RHF dekker et befolkningsgrunnlag på i underkant av 700 000 innbyggere i de tre midt-norske fylkene Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. Helse Midt-Norge RHF eier de offentlige sykehusene i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag, samt Rusbehandling Midt-Norge HF, Sykehusapotekene i Midt-Norge HF og Trøndelag Ortopediske Verksted AS. Avtaler om pasientbehandling hos avtalespesialister, ved private sykehus og oppførings- og rehabiliteringssentre inngår i Helse Midt-Norges samlede tilbud til pasientene. Helse-regionen har ca 13 800 årsverk fordelt om lag 16 000 ansatte. Sammen med de andre regionale helseforetakene er Helse Midt-Norge RHF medeier i Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS, Helseforetakenes innkjøpsservice AS og Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS.

Helse Vest RHF eier fem helseforetak og har ansvar for spesialisthelsetjenesten i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Helse-regionen har 18 300 årsverk fordelt på om lag 26 000 ansatte og har ansvar for en befolkning på om lag 1 million innbyggere. Regionen har også ansvar for ansatte på norsk petroleumssokkel ved uhell og ulykker. Regionen dekker både store byer som Stavanger og Bergen med rask befolkningsvekst og tynt befolkede områder der avstander, topografi og klima gir store utfordringer i forhold til pasienttransport, stabilitet og kvalitet.

Helse Sør-Øst RHF er landets største helseregion og omfatter fylkene Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder med omtrent 2,7 millioner innbyggere, og regionen dekker om lag 56 prosent av landets befolkning. Foretaksgruppen har ca. 65 000 medarbeidere som tilsvarer om lag 53 000 årsverk. Helse Sør-Øst RHF består av 11 helseforetak organisert innenfor 7 sykehusområder. I tillegg er det regionale helseforetaket medeier i Helseforetakenes Innkjøpsservice AS i Vadsø, Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste (Luftambulansetjenesten ANS) i Bodø og Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS i Skien. Det er inngått avtaler om forpliktende samarbeid med fem private ideelle tjenesteleverandører. Videre har Helse Sør-Øst RHF avtale med 1 042 avtalespesialister og en stor avtaleportefølje innen tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere, psykisk helsevern, kirurgi,

³⁷ Lov 1999-07-02 nr. 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).

laboratorie og røntgen, opptreningsinstitusjoner og innen habilitering og rehabilitering. Regionen omfatter landets mest folkerike område og har særskilte storbyutfordringer, herunder tjenesteyting til en stor og sammensatt innvandrerbefolkning. Det er også betydelige områder som er tynt befolket og med lang vei til sykehus.

Det er 18 ideelle private tjenesteleverandører i spesialisthelsetjenesten med avtaler med de regionale helseforetakene. De ideelle private tjenesteleverandørene karakteriseres ved at de tilbyr allmenntjenester til befolkningen eller bestemte utsatte grupper som en integrert del av det samlede tjenestetilbudet. Helseforetakenes bruk av private helse- og omsorgstjenestetilbud varierer mellom fag- og tjenesteområdene. Volumet er størst innenfor tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelavhengige hvor nær innpå 80 prosent ytes av ideelle private tjenesteleverandører som har avtale med de regionale helseforetakene.

Helsetjenestetilbudet i sykehusene har historisk sett vært delt i somatikk og psykiatri. Etter rusreformen i 2004 er spesialisthelsetjenesten utvidet med tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelmissbrukere. Det somatiske fag- og tjenesteområdet omfatter de fleste sykehus, legespesialister, opptreningsinstitusjoner og noen mindre institusjoner. Behandlingen gis poliklinisk eller ved innleggelse. Psykisk helsevern omfatter hovedsakelig utrednings- og behandlingstilbud i distriktpsykiatriske sentra og poliklinikker, men også i sykehusavdelinger, og hos privatpraktiserende spesialister. Behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere gis i stor grad i private institusjoner som har avtale med de regionale helseforetakene.

Helt sentralt i sykehusreformen fra 2002 var at staten overtok eierskapet til og ansvaret for sykehusene og øvrige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten. Virksomhetene ble organisert i helseforetak, og de regionale helseforetakene har både eieransvar for underliggende helseforetak og sørge for-ansvar for spesialisthelsetjenester til befolkningen i regionen.

Helseforetaksmodellen bygger ikke på en tradisjonell bestiller-utfører-modell. Det ble valgt en annen modell på grunn av risiko for økt grad av byråkrati og spillsituasjoner og begrensede forutsetninger for etablering av reell konkurranse. Sørge for-ansvaret innebærer at regionale helseforetak har en bestillerlignende funksjon som må ivaretas ved å trekke opp retningslinjer for hvilke behov som skal dekkes, og påse at dette blir fulgt opp. Regionale helseforetak eier samtidig helseforetak i regionen og er ansvarlig for den statlige utførerfunksjonen. Helse- og omsorgsdeparte-

mentet har lagt vekt på at regionale helseforetak må ha en organisering som tydeliggjør skille mellom sørge-for-ansvaret og eieransvaret, og ha ryddige avtaler med private aktører.

Finansiering av spesialisthelsetjenesten består av en basisbevilgning og en aktivitetsbasert finansiering. Finansieringsordningenes viktigste formål er å understøtte de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar. Størrelsen på basisbevilgningen bestemmes blant annet av antall innbyggere og alderssammensetning i en region. Kostnadene til spesialisthelsetjenesten, inklusive kapitalkostnader, var på totalt 98,4 milliarder kroner i 2009. Dette tilsvarer 20 255 kroner per innbygger (SAMDATA 2009).

Av totalt om lag 95 000 årsverk i spesialisthelsetjenesten i 2009, er de største personellgruppene sykepleiere (32 300 årsverk), leger (11 350 årsverk), og annet helsepersonell med universitet eller høgskoleutdanning (12 700 årsverk). Personell uten relevant helse- og sosialutdanning utgjør totalt om lag 25 prosent (23 292 årsverk). Om lag 70 prosent av årsverkene i spesialisthelsetjenesten er knyttet til den somatiske spesialisthelsetjenesten, 20 prosent til psykisk helsevern og to prosent til tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelmissbrukere, og åtte prosent innen fellesfunksjoner og ambulanse (Helsedirektoratet 2009).

Tabell 4.4 viser fordelingen av sysselsatte etter personellgrupper, alder og kjønn. Kvinner utgjør nærmere 75 prosent av de sysselsatte i alle aldersgrupper. Det er en overvekt av kvinner i alle personellgrupper med unntak av legene der 59 prosent er menn.

I følge tall fra Spekter arbeider 41 prosent av de ansatte i helseforetakene deltid (NOU 2008: 17, Spekter 2008). Hjelpepleiere (68 prosent), sykepleiere (52 prosent) og ansatte uten formell helse- og sosialutdanning (52 prosent) utgjør de tre største gruppene. Andelen kvinner som arbeider deltid er mer enn dobbelt så stor som menn. Ledere (11 prosent) og leger (12 prosent) er de yrkesgruppene som har lavest deltidsarbeid.

Omstilling, organisasjonstilpasninger og justeringer av styringslinjen i helseforetakene har i mange tilfeller ført til økt kontrollspenn.³⁸ Kartleggingsundersøkelser gjennomført ved tre av helseforetakene i 2006 og 2008 viser et gjennomsnittlig kontrollspenn for seksjonsledere fra 26 til 20 ansatte per leder. Sykepleierledere synes å ha gjennomgående høyere kontrollspenn enn andre ledere.

³⁸ Antall ansatte som rapporterer direkte til lederen.

Tabell 4.4 Fordeling av sysselsatte på kjønn og aldersgrupper i spesialisthelsetjenesten for 2009.

	Begge kjønn			Menn			Kvinner		
	16–39 år	40–54 år	55–66 år	16–39 år	40–54 år	55–66 år	16–39 år	40–54 år	55–66 år
I alt	49 770	47 248	24 923	12 261	1 0987	5 473	37 509	36 261	19 450
Leger	5 640	4 197	2 254	2 493	2 315	1 772	3 147	1 882	482
Psykologer	1 575	1 045	445	428	330	210	1 147	715	235
Sykepleiere	18 781	17 742	7 255	2 209	2 019	571	16 572	15 723	6 684
Hjelpepleiere	1 326	3 840	3 831	148	431	232	1 178	3 409	3 599
Annen helseutdanning på videregående skolenivå	2 945	3 188	1 123	877	922	206	2 068	2 266	917
Annen helseutdanning på høyskole- og universitetsnivå	8 006	5 698	2824	1 568	1 095	509	6 438	4 603	2 315
Personell uten helsefaglig utdanning	11 497	11 538	7 191	4 538	3 875	1 973	6 959	7 663	5 218

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2010.

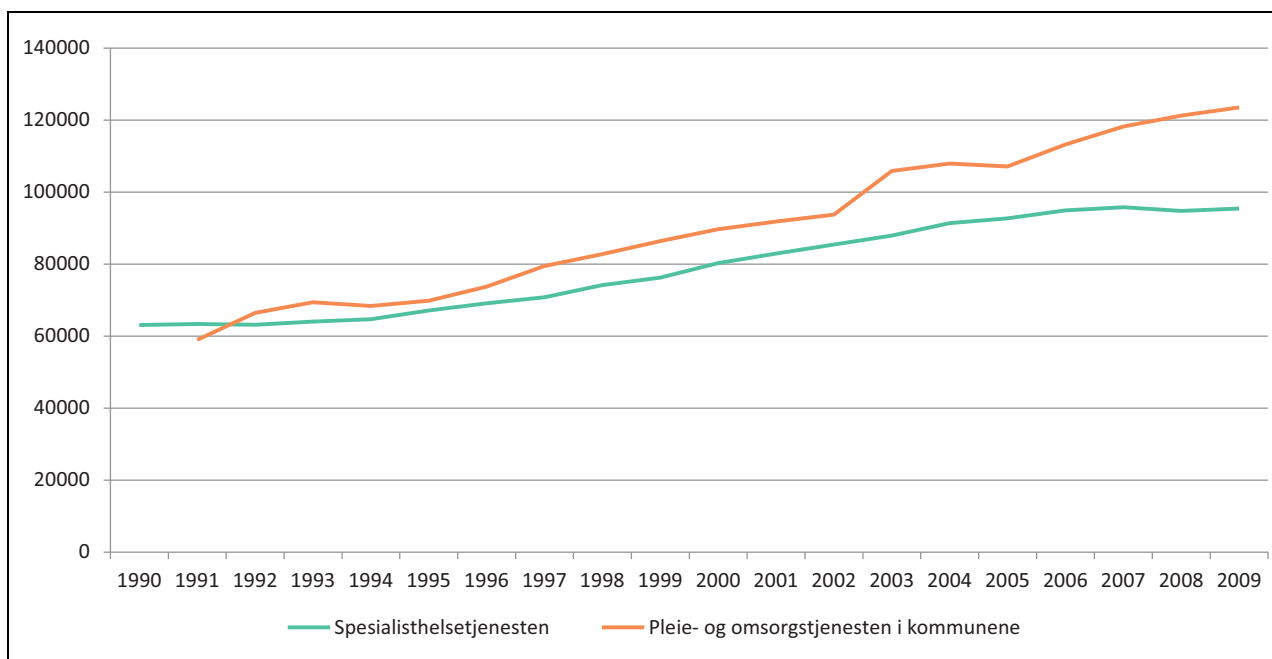
4.4.2 Viktigste utviklingstrekk de siste 10-årene

Gjennom sykehusreformen (2002) og lov om helseforetak (2004) ble ansvaret for spesialisthelsetjenesten overført fra fylkeskommunene til staten (Johnsen 2006). Det ble utviklet en helhetlig plan for drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten. Intensjonene var i større grad å få til en helhetlig og tydelig ansvars- og rollefordeling som samtidig la til rette for at helseforetakene beholdt autonomien. Bakgrunnen for reformene var organisatoriske, styringsmessige og samordningsmessige utfordringer. Det var stor variasjonen i det kvantitative og kvalitative tilbudet til befolkningen på landsbasis. En annen målsetting var effektiv ressursutnyttelse og god kostnadskontroll. I perioden 2002 til 2008 har det vært en sterk vekst i helseforetakenes driftskostnader, noe som delvis kan forklares med at de regionale helseforetakene har fått nye oppgaver.

De seneste årene har det *somatiske fag- og tjenesteområdet* flyttet tilbudet fra innleggelse i sykehus til dagbehandling, dagkirurgi, og økt grad av poliklinisk utredning, behandling og oppfølging. Videre har der vært en økende grad av oppbygging av kompetanse og effektive pasientforløp for de store eldre pasientgruppene innenfor hjerne-

slag, kols, demens, hjertesvikt, brudd og akutt funksjonssvikt. Det er utviklet nye enheter som observasjons- og lettere overvåkningsenheter, akuttgeriatriske enheter, hjerneslagenheter, geriatrisk rehabilitering og hukommelsesklinikker. Det har i mindre målestokk vært tatt i bruk ambulante tjenester.

Frem til 1970-årene ble behandlingen innenfor Norsk *psykiatri* i stor grad gjennomført i institusjoner. I Opptappingsplanen for psykisk helse (1998–2008) ble det lagt opp til et betydelig arbeid hvor oppholdet i institusjon i større grad skulle ses som del av en mer omfattende prosess med ulike tilbud som strakk seg over tid. Ingen skulle ha spesialistinstitusjon som varig bosted. De siste 10 årene har det innenfor rammen av opptappingsplanen skjedd en betydelig omstrukturering, desentralisering og styrking av behandlingstilbudet i kommunene og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2006 og 2009). Kapasiteten for barn, unge og voksne med psykiske lidelser er betydelig utbygget og tjenestene er utviklet i retningen av en mer desentralisert spesialisthelsetjeneste ved etablering av distriktpsikiatriske sentra (DPS). Hensikten er at befolkningen i størst mulig grad skal kunne motta nødvendig spesialisert bistand der de bor.



Figur 4.11 Årsverksutvikling i spesialisthelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten i kommunene i perioden 1990–2009.

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2010. Den sterke økningen i årsverk i pleie- og omsorgstjenesten fra 2002 til 2003 i skyldes en endring i registreringspraksis fra skjembasert registrering til registerdata.

Rusreformen som trådte i kraft 1. januar 2004, førte til at fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere ble overført til de regionale helseforetakene (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). De overførte tjenestene ble omdefinert fra å være sosialtjenester til å være spesialisthelsetjenester. Dette innbefattet også de fylkeskommunale institusjonene og private institusjoner med fylkeskommunale avtaler. Overtakelsen omfattet 74 institusjoner inkludert de regionale sentrene for legemiddelassistert rehabilitering. Det kommunale førstelinjeansvaret for tiltak for rusmiddelmissbrukere ble derimot ikke endret. Konsekvensen av å overføre ansvaret for spesialisert rusbehandling til helseforetakene var at rusmiddelmissbrukerne fikk de samme rettighetene som andre pasienter. Med rusreformen fikk både sosialtjenesten og fastlegene adgang til å henvise til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, se lov om spesialisthelsetjene § 3–12.

Høy levealder, endring i sykdomsbilde, stadig bedre legemidler og behandling har ført til at stadig flere blir utredet, diagnostisert og behandlet innenfor spesialisthelsetjenesten, og en kontinuerlig økning i etterspørsel etter spesialisthelsetjenester. I økende grad yter spesialisthelsetjenesten helsehjelp i form av poliklinisk virksomhet, dagopphold, dagkirurgi og desentraliserte spesialisthelsetjenester som ambulerende virksomhet og

andre organisatoriske løsninger innenfor et geografisk definert opptaksområde. I 2005 var det i overkant av 6 millioner oppholdsdøgn og 4,8 millioner polikliniske konsultasjoner for alle fag- og tjenesteområdene. Antallet utførte behandlinger økte sterkt i perioden 2002–2005. Sterkest var økningen i dagbehandling. Fra 2002–2005 økte antall døgnopphold i somatiske institusjoner med 9 prosent, mens antall dagbehandling økte med vel 42 prosent. I psykisk helsevern var det fra 1998–2005 en økning i antall polikliniske konsultasjoner for voksne på 82 prosent. For barn og unge økte antallet behandlede pasienter med 110 prosent i den samme perioden.

Figur 4.11 viser at det har vært en økning i årsverksutviklingen i spesialisthelsetjenesten i perioden 1990–2007 med en liten nedgang fra 2007 til 2008. I de siste årene har veksten vært høyere spesielt fra 2002 til 2003.

Tabell 4.5 viser utviklingen i årsverk for ulike personellgrupper fra 2000. Omlag 90 prosent av økningen har gått til personell som i hovedsak driver med pasientrettet arbeid, og 9 prosent til ansatte innen administrasjon, kontor, service-, teknisk- og/eller driftsfunksjoner.

Det har vært en økning av antall henvisninger og antall øyeblikkelig hjelpinnleggelse innenfor de somatiske fag- eller tjenesteområdene. Det er de eldste aldersgruppene som har hatt den største

Tabell 4.5 Årsverk for spesialisthelsetjenesten fordelt på personellgrupper i perioden 2000–2009*.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Årsverk i alt	80 297	82 929	85 442	87 897	91 364	92 700	94 923	95 793	94 785	95432
Leger	9 001	9 279	9 300	9 690	10 189	10 515	10 854	11 144	11 355	12152
Psykologer	1 758	1 811	2 002	2 134	2 388	2 548	2 738	2 878	2 838	3102
Offentlig godkjente sykepleiere	27 472	27 932	29 019	30 115	31 114	31 387	32 219	32 780	32 317	32346
Hjelpepleiere	8 396	8 291	8 225	8 142	7 821	7 513	7 281	6 884	6 624	6164
Annet personell i pasientrettet arbeid	12 615	14 164	14 896	15 842	18 073	18 361	19 196	19 360		
Ansatte innen administrasjon/kontor, service – tekniske og/eller driftsfunksjoner	20 887	21 452	21 999	21 974	21 780	22 347	22 636	22 748		
Annen helseutdanning på videregående skolenivå									5 636	5715
Annen helseutdanning på universitets- og høyskolenivå									12 723	12951
Personell uten relevant helse- og sosialfaglig utdanning									23 292	23001

* Fra og med statistikkåret 2008 blir offisiell statistikk for årsverk i spesialisthelsetjenesten hentet fra administrative register. Dette medførte et brudd i statistikken. En del av kategoriene som tidligere ble inneholdt via skjema er ikke lenger mulig å videreføre.

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2010.

økningen. Ifølge offisiell statistikk var det fra 1999 til 2004 en økning på sykehusinnleggelser på 23 prosent for pasienter over 80 år, og i 2001 ble om lag 47 prosent av sykehussengkapasiteten innen de somatiske fag- eller tjenesteområdene anvendt til pasienter over 66 år. Den offisielle statistikken viser at det i 2008 var i overkant av 1,4 millioner innleggelser og dagbehandlinger for alle aldersgruppene.

Det har også vært en betydelig økning i antall henvisninger til *tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelavhengige* etter rusreformen i 2004. Det er opprettet mange nye behandlingsplasser, og antall døgnplasser har økt med 25 prosent fra 2004 til 2007 (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). Det er behov for en fortsatt utbygging av tjenestetilbudet. I de regionale helseforetakene har bevilgningen til tverrfaglig spesialisert rusbehandling til rusmiddelmissbrukere økt over en fem års periode, og kapasiteten og kvaliteten skal fort-

satt styrkes. I tillegg er målet et mer likeverdig tilbud i regionene.

Analysen av produktiviteten i norsk spesialisthelsetjeneste tyder på at det har vært en økning i produktiviteten i somatiske sykehus som sammenfaller med innføringen av innsatsstyrt finansiering i 1997 og sykehusreformen i 2002 (Magnussen 2010).³⁹ Utover dette er det ikke mulig å påvise vesentlig vekst i produktiviteten. Innen psykisk helsevern har det vært en betydelig vekst i barne- og ungdomspsykiatrien og i døgnpleie for voksne, men det er knyttet usikkerhet til målingene. Det er betydelige forskjeller i produktivitet mellom sykehusene. Deler av forskjellene kan for-

³⁹ Produktivitet kan lettest defineres som forholdet mellom aktivitet («output») og ressursinnsats («input»). Effektivitet vil tilsvarende kunne defineres som forholdet mellom faktisk produktivitet og høyest mulig produktivitet. Måling av produktivitet (og effektivitet) innebærer at både aktivitet og ressursbruk må kunne defineres og måles.

klares med forskjeller i beredskapsnivå, forskningsaktivitet, utdanningsaktivitet, reisetid for pasientene og andre strukturelle forhold. Det finnes ikke publiserte analyser som studerer forskjeller i produktivitet mellom yrkesgrupper i Norge.

4.4.3 utfordringer og nye reformer

Oppfølging av samhandlingsreformen innebærer at det må overføres oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). I første omgang vil dette gjelde kroniske og langvarige sykdommer som kols, diabetes, psykiske lidelser, samt habilitering og rehabilitering. Dette er sykdommer og lidelser som inngår i pasientforløp som inkluderer både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. I tillegg må det arbeides mot en riktig balanse mellom forebygging og behandling. Det legges opp til å etablere økonomiske insentiver for å gi grunnlag for effektive og kvalitative gode pasientforløp og tidlig innsats i sykdomsforløpene.

Befolkningens sammensetning og behov vil endres som følge av den demografiske utviklingen. Dette vil ha konsekvenser for balansen mellom antall yrkesaktive i sektoren og antall eldre. Samhandlingsreformen er et overordnet grep for å møte disse utfordringene gjennom blant annet endret organisering og oppgavefordeling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Økningen i behov og volum vil stille store krav til prioritering. I tillegg vil utviklingen i nye og kostnadskrevede behandlingsmetoder føre til at flere vil leve lenger med sykdom (Helsedirektoratet 2009).

Et annet utviklingstrekk innenfor helse- og omsorgssektoren er at pasientene har økt kunnskap om egen sykdom, større forventninger og redusert toleranse for feil. Videre skjer det en høyteknologisk utvikling med stadig nye behandlingsmetoder, avansert elektronisk utstyr og dyre medikamenter som fører til økt behov for spesialisering av tjenesten (St.meld. nr. 47 (2008–2009)).

4.5 Oppsummering

Beskrivelsen av helse- og omsorgssektoren i dette kapitlet viser at sektoren har noen kjennetegn som det kan være relevant å trekke inn i diskusjonen av årsaker til sykefravær og utstøting fra sektoren. Sektoren er et eksempel på at Norge til dels har et kjønnssegregert arbeidsliv. Kvinner utgjør

mer enn tre fjerdedeler av de ansatte i helse- og omsorgstjenesten som helhet, og i den kommunale helse- og omsorgssektoren utgjør kvinner en enda høyere andel. Siden sykefraværsprosenten er høyere for kvinner enn for menn, fører det til at helse- og omsorgssektoren har spesielle utfordringer sammenlignet med andre sektorer med lavere andel kvinner.

Om lag ni prosent av hele arbeidsstokken i Norge er sysselsatt i helse- og omsorgssektoren og i de seneste 10–15 årene har det vært vekst både i årsverk og budsjetter. Helse- og omsorgssektoren er den næringen i landet som har den høyeste andelen sysselsatte med arbeid utenfor vanlig dagtid på grunn av skift- og turnusarbeid. Det er også en stor andel av de ansatte som arbeider deltid.

Det er stor oppmerksomhet knyttet til helse- og omsorgssektoren, og befolkningens forventninger til kvalitet og kvantitet øker i takt med utviklingen av nye behandlingsmuligheter. Samtidig er det knyttet spesielle utfordringer til det å ivareta andre menneskers helse- og omsorgsbehov, og håndtere sterke følelser og bekymringer knyttet til pasienters og pårørendes helsesituasjon. Det ser også ut til at sektoren har noen spesielle utfordringer knyttet til enkelte typer fysiske belastninger og trusler, vold og trakassering.

Det har de senere årene vært gjennomført omstillinger og omstruktureringer med betydning for mange av de ansatte i sektoren. I motsetning til en del andre næringer, har ikke omstillingene og omstruktureringene medført større nedbemanninger. Samtidig er det i helse- og omsorgssektoren sammenlignet med andre sektorer, relativt sett færre ledere per ansatte, spesielt på det nivået som utøver direkte pasientrettet arbeid.

I følge fremskrivninger er det anslått at det samlet for hele sektoren vil være behov for mellom 95 000 og 135 000 nye årsverk fram mot 2030. Videre vil det som et resultat av oppgave- og funksjonsendringer mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene stilles økende krav til kompetanse i de kommunale tjenestene. Det kan i denne sammenhengen være en utfordring at en stor andel av de sysselsatte i sektoren er uten helsefaglig utdanning selv om denne andelen er synkende.

Oppfølgingen av samhandlingsreformen vil kunne få betydning for arbeidssituasjonen for helse- og omsorgspersonellet framover, både når det gjelder endringer i krav til kompetanse og behov for mer fleksibel bruk av arbeidskraft.

LO's representant i utvalget Mette Nord mener deltidsproblematikken burde vært gitt større

omtale i utredningen. Sykefravær og utstøting er i stor grad knyttet til utdanningsnivå, avtalt arbeidstid og inntekt. Deltidsforekomsten er høyest blant kvinner med lavt utdanningsnivå, og sykefraværet er høyere blant deltidsarbeidende enn heltidsarbeidende kvinner. Kvinner med lav utdanning og lav inntekt utgjør også en større andel av de uføretrygdede. Deltidsstillinger bidrar til en mindre helhetlig tjeneste og rekrutteringsproblemer, samtidig som det skaper avstand og svakere tilknytning til arbeidsmarkedet, lav inntekt og manglende kompetanse. Det er dermed en betydelig motsetning mellom de økte krav samfunnets stiller til forsørgelse ved egen inntekt, pensjonsreformen og intensjonene i IA-avtalen, og dagens praksis med stort omfang av små stillinger i helse- og omsorgssektoren, og de negative konsekvensene dette har for inntekt, fleksibilitet, arbeidsmiljø og organisering av arbeidet. Dette er ikke bærekraftig, fremmer ikke likestilling og er i sitt vesen ekskluderende.

Dette utvalgsmedlemmet viser til deltidsutvalgets rapport (NOU 2004: 29) som peker på at undersysselsettingen knyttet til den høye deltidsforekomsten i kvinnedominerte yrker kan forklares med strukturelle forhold. I de sektorer eller yrker hvor deltidsforekomsten er høyest, er da også deltid grunnlaget for organiseringen av arbeidet. LO's representant mener det er avgjø-

rende at det iverksettes både strukturelle og individuelle tiltak som gjør at heltid blir normen for organisering av helse- og omsorgssektoren, og at kompetanse- og lønnsnivået i sektoren heves for å redusere de sosiale helseforskjellene deltidssettingsetningen er medvirkende til.

Utvalgsmedlemmene Hanne Børrestuen fra KS, Helga Bull-Rostrup fra HSH og Anne Turid Wikdahl fra Spekter viser til at partene har felles interesse i å redusere omfanget av deltid, både ønsket og uønsket, og man har på flere områder igangsatt felles partssammensatt arbeid for å øke andelen ansatte i hele stillinger. Dette arbeidet vil fortsette med uforminsket kraft. I den forbindelse vises det til Skift- og turnusutvalgets rapport (NOU 2008:17), hvor det slås fast at utfordringene med deltid har nær sammenheng med behovet for arbeidskraft i helgene. For å redusere behovet for deltidsstillinger må man derfor se på alternative måter å organisere helgearbeidet på. I den forbindelse har Utvalget foreslått tiltak som kan bidra positivt, ved at man skal utprøve nye arbeidstidsordninger for å redusere sykefraværet, se punkt 10.3.8.

Slik *disse utvalgsmedlemmene* vurderer det, vil dette også kunne ha positiv innvirkning på omfanget av deltid, dersom de nye arbeidstidsordningene tar hensyn til utfordringene med helgearbeid.

Kapittel 5

Erfaringer fra tilsyn og samarbeidsprosjekter

5.1 Innledning

Kapitlet beskriver funn Arbeidstilsynet har gjort vedrørende arbeidsmiljøet og arbeidsmiljøarbeidet i helseforetakene og den kommunale hjemmetjenesten. Videre omtales samarbeidsprosjekter som er gjennomført i sektoren med sikte på reduksjon av sykefravær og utstøting og der arbeidsmiljøtiltak har stått sentralt, herunder 3–2–1-prosjektet og Kvalitetskommuneprogrammet.

5.2 Tilsynsmyndigheter

Arbeidstilsynet skal bidra til at virksomhetene etterlever arbeidsmiljø- og sikkerhetslovgivningen gjennom å føre tilsyn og gi veiledning i tråd med de overordnede prioriteringer av arbeidsmiljø- og sikkerhetsforhold. Videre skal tilsyn og veiledning baseres på grundige vurderinger av i hvilke virksomheter risikoen for helseskader og ulykker er størst (risikobasert tilsyn). I dette arbeidet benyttes virkemidlene kontroll, veiledning, informasjon og samarbeid, med blant annet andre myndigheter og partene i arbeidslivet.

Tilsyn og veiledning utgjør tyngdepunktet i Arbeidstilsynets virkemiddelbruk. Flerårige satsinger, rettet mot utvalgte bransjer og temaer, vurderes som best egnet til å skape varig arbeidsmiljøforbedring, der virksomhetene selv blir bedre i stand til å arbeide systematisk for å forebygge uheldige belastninger og skader. Arbeidstilsynets risikobaserte tilnærming innebærer at etaten ikke forvalter et representativt datagrunnlag for norsk arbeidsliv, men gir kunnskap om prioriterte utfordringer innenfor risikoutsatte bransjer og næringer.

Arbeidstilsynet har gjennomført to store tilsynskampanjer Rett Hjem (2002–2007) og God vakt! (2004–2009) rettet henholdsvis mot den kommunale hjemmetjenesten og helseforetakene. Begge satsingene ble planlagt etter kunnskapsinnhenting og i dialog med partene i arbeidslivet.

Tilsynskampanjene har gått over flere år og har gitt Arbeidstilsynet ny kunnskap om status i arbeidsmiljøutfordringene og det systematiske HMS-arbeidet i helse- og omsorgssektoren.

5.3 Tilsyn med HMS-arbeid i spesialisthelsetjenesten

Arbeidstilsynet har i perioden 2004–2009 gjennomført en landsomfattende tilsynskampanje rettet mot helseforetakene (Arbeidstilsynet 2006). Første tilsynsrunde ble gjennomført i 2005, og i 2008 ble det gjennomført oppfølgingstilsyn med formål å sikre varige effekter.

Bakgrunn for kampanjen var blant annet etatens egne erfaringer og funn ved tidligere tilsyn som Arbeidstilsynet har oppsummert slik:

«Arbeidsmiljøbelastningene ved sykehusene er sammensatte og består av en rekke ulike komponenter. Likevel kan risikoen i hovedsak sies å være av organisatorisk art og knyttet til organiseringen av arbeidet for de ulike arbeidsoperasjoner og arbeidstakergrupper. Sykehusene er samtidig store og kunnskapsrike organisasjoner. Et overordnet mål for Arbeidstilsynets kampanje er derfor å sikre at sykehusene driver systematisk HMS-arbeid med gjennomføring av forebyggende tiltak.»

Tema for tilsynene med helseforetakene ble valgt ut på bakgrunn av etatens egne erfaringer og statistikk, aktuell forskning, media og en nullpunktsundersøkelse utført av Arbeidsforskningsinstituttet ved oppstarten av tilsynskampanjen (Grimsmo og Sørensen 2004). Undersøkelsen viste at en stor andel av de ansatte med direkte pasientkontakt syntes de hadde interessante oppgaver, mange mestret oppgavene godt, mange opplevde støttende ledelse og nesten alle var enige eller delvis enige i at de hadde et godt samarbeid med dem de jobbet sammen med til daglig. Likevel var det 25 prosent som mente de hadde helseplager som helt eller delvis skyldtes jobben, over 50 prosent sa at arbeidstempoet hadde økt de

Boks 5.1 «God Vakt»

Tilsynsprosjektet ble gjennomført i alle helseforetakene. 27 helseforetak, herav 5 private sykehus, ble besøkt. Til sammen ble det gjennomført 875 tilsyn i første tilsynsrunde og 353 tilsyn i andre tilsynsrunde. Det ble gitt 292 pålegg i første tilsynsrunde og 75 pålegg i andre runde.

Temaene for tilsynsprosjektet var:

- Organisasjon, kultur og teknologi
- Omstilling
- Psykiske og sosiale belastninger
- Ergonomiske belastninger
- Kjemiske og biologisk helsefare

Tilsynene i helseforetakene i 2005 og 2008 ble gjennomført som møter, gruppeintervjuer, befaringer og dokumentgjennomgang, der informasjon, kontroll og veiledning var viktige momenter. Det ble gjennomført tilsyn på alle nivå i helseforetakene for å kunne danne et bilde av det systematiske HMS-arbeidet. I første runde var det separate gruppeintervjuer med ledere og med ansatte uten formelle oppgaver og funksjoner i HMS-arbeidet. I 2005 møtte Arbeidstilsynet 1260 ledere, 800 verneombud og 5260 ansatte. I andre runde ble samtlige tilsyn basert på grup-

peintervjuer med ledere, verneombud og tillitsvalgte, der ledere og verneombud eller tillitsvalgte var skilt i separate grupper. I 2008 deltok 1007 ledere og 641 verneombud i tilsynene. Gruppeintervjuer ble valgt for å få opplysninger om arbeidstakernes og ledernes beskrivelse, opplevelse og vurdering av arbeidsmiljøet. Pålegg ble gitt der tilsynene avdekket brudd på arbeidsmiljøloven med tilhørende forskrifter.

Tilsynsmetoden ble evaluert av Arbeidsforskningsinstituttet (Forsberg med flere 2007). Evalueringen konkluderte med at metoden i all hovedsak var velegnet, men at den kunne justeres med innhenting av informasjon om helseforetakenes egen vurdering av HMS-arbeidet, større bevissthet om ulike nivåers oppfatning av arbeidsmiljøet, større bevissthet om tilsynets tre funksjoner (informasjonsinnhenting, kontroll, veiledning), helseforetakenes ønske om medvirkning i utarbeidelse av tidsrammer for påleggene og færre temaer i tilsynene. Arbeidstilsynet tok Arbeidsforskningsinstituttets anbefalinger til etterretning og justerte tilsynsmetoden etter å ha diskutert dette med prosjektets partsammensatte referansegruppe.

siste to årene og 61 prosent sa at de hadde smerter i nakke og skulder.

Tilsynet i 2005 viste at de ansatte i helseforetakene opplevde arbeidet som svært meningsfylt og interessant, og at de fikk god støtte fra kollegaer. Samtidig opplevde mange arbeidstakere et misforhold mellom oppgavene og egen arbeidskapasitet. De opplevde utilstrekkelighet, dårlig samvittighet og redsel for å gjøre feil som følge av en til tider presset arbeidssituasjon. Spesielt førstelinjelederne i sykehusene opplevde et krysspess mellom HMS-arbeid og oppgaver som hadde direkte betydning for budsjettet og pasientoppfølgingen. Det førte til at det konkrete HMS-arbeidet ble nedprioritert. Helse- og omsorgssektoren hadde også vært gjennom en rekke omstillinger. Tilsynet viste at omstillingene i mange tilfeller kom med så korte frister at arbeidstakerne opplevde at de hadde liten reell medvirkning. Vernetjenesten medvirket i for liten grad i arbeidsmiljøarbeidet og ved omstilling.

I tillegg viste tilsynet at en rekke sykehus var preget av trange bygningsmessige forhold og at

manglende hjelpemidler bidro til uheldige ergonomiske belastninger på grunn av tunge løft og uheldige arbeidsstillinger. Mange helseforetak manglet tilfredsstillende tekniske og organisatoriske tiltak for å redusere eksponeringen fra kjemikalier. Selv om smittevernet mange steder var godt, førte tidspress, bygningsmessige forhold, overbelegg av pasienter, manglende informasjon, opplæring og utstyr likevel til at arbeidstakere for ofte ble utsatt for unødvendig smitterisiko.

I den nye tilsynsrunden i 2008 viste resultatene at HMS-arbeidet var styrket på mange områder. Ledelsen i de regionale helseforetakene var engasjert i arbeidsmiljøspørsmål og stilte tydelige krav til helseforetakene om arbeidsmiljø. Systemer og verktøy for å drive det systematiske HMS-arbeidet var etablert i alle helseforetakene. Helseforetakene hadde synliggjort den enkelte lederes ansvar og oppgaver i styrende dokumenter, og lederne hadde fått nødvendige fullmakter for å kunne ivareta lederansvaret. Ansvar og oppgaver for arbeidstakernes helse, miljø og sikkerhet var inkludert i arbeidsavtalen for lederne på alle

Boks 5.2 Arbeidsmiljøundersøkelser i helseforetakene

De fire regionale helseforetakene og det enkelte helseforetak har gjennomført flere undersøkelser av arbeidsmiljøet i den enkelte virksomhet. Medarbeidertilfredshetsundersøkelsene omfattet alle ansatte og ledere. Resultatene viste at:

- Mer enn 80 prosent av de ansatte i helseforetakene er godt fornøyd med jobben og arbeidsplassen og gleder seg til å gå på jobb. Dette er omtrent på linje med gjennomsnittet for norske virksomheter.
- Mer enn 90 prosent av de ansatte i helseforetakene vet hva som forventes av dem i jobben og kjenner godt til sitt ansvarsområde, noe som er betydelig høyere enn gjennomsnitt for norske virksomheter.
- Mer enn 75 prosent av de ansatte er motivert og opplever jobben som meningsfull.
- Mer enn 80 prosent av de ansatte mener at det er store muligheter for læring og utvikling i jobben.

- De ansatte selv mener at mellom 10–20 prosent av sykefraværet er arbeidsrelatert. Mer enn 80 prosent av de ansatte vurderer egen arbeidsevne og helse som god.

Rogalandsforskning (Holte med flere 2004) har gjennomført et forskningsprosjekt som viser at pleiepersonell i foretaksgruppen i Helse Vest rapporterer om betydelig mindre belastning i jobben enn pleiepersonell i andre europeiske land. Dette gjelder både emosjonelle og fysiske krav, arbeidsmengde, tempo og tidsfrister. Norske pleiere er de som i minst grad mener at jobben kommer i konflikt med fritiden. Ansatte i sykehusene i Helse Vest kommer også meget godt ut i europeisk sammenheng både når det gjelder jobbtildfredshet, arbeidsevne og utbrenthet. De svakeste punktene gjelder i følge undersøkelsen ledelse, livsfaseorientert personalpolitikk og likestillingspolitikk.

nivåer. Lederne ga uttrykk for at det er samsvar mellom ansvar og myndighet. Lederne hadde økt kunnskap om arbeidsmiljø sammenlignet med 2005, og økt kunnskap om hvordan de skulle bruke helseforetakenes systemer for å ivareta arbeidsmiljøet. Opplærings- og utviklingsprogram for lederne opplevdes å ha ført til en større forståelse for arbeidsmiljøspørsmål og bedret kommunikasjonen mellom ledere og verneombud.

Tilsynet viste også at det hadde vært en positiv utvikling i bruken av HMS-verktøy. Det var etablert styrings- og rapporteringssystemer, rutiner og opplæringsplaner for å sikre at lederne hadde nødvendig kunnskap og innsikt i arbeidsmiljøspørsmål. Det var etablert flere tilbud om opplæring knyttet til HMS og bruk av tilhørende verktøy, og det var utarbeidet opplæringsprogram for nytilsatte. Når det gjelder medvirkning, var det arbeidet mye med struktur, organisering av vernejenesten og etablering av møteplasser i helseforetakene, slik at rammene for formell medvirkning var på plass. Videre var det innført rutiner for medarbeidersamtaler, noe som ga den enkelte arbeidstaker bedre mulighet til å påvirke egen arbeidssituasjon. Arbeidstilsynets inntrykk fra tilsynsvirksomheten er at helseforetakene har fulgt opp IA-avtalen og at avtalen var kjent både av ansatte og ledere.

Arbeidstilsynet konkluderte likevel med at helseforetakene fremdeles står overfor utfordringer i HMS-arbeidet. Det var i følge tilsynet en ubalanse mellom oppgaver og ressurser i 17 av 27 helseforetak (inkludert private sykehus). Arbeidspresset var økt sammenlignet med 2005 og mange gikk hjem fra arbeidet med en opplevelse av ikke å ha fullført arbeidsoppgavene. Dette gjaldt særlig enhetslederne som hadde fått flere oppgaver av administrativ og praktisk karakter. Til tross for at systemer og verktøy var på plass, nedprioriterte lederne det praktiske HMS-arbeidet i en travel hverdag. Medarbeidersamtaler, vernerunder, oppfølging av arbeidsmiljøkartlegginger, rapportering og opplæring er eksempler på HMS arbeid som ble sløffet til fordel for andre oppgaver. Dette kan medføre at hensynet til arbeidsmiljøet på kort og lang sikt ikke blir prioritert når daglige lederbeslutninger med konsekvenser for de ansatte blir tatt. Manglende tid til daglig HMS-arbeid er i følge Arbeidstilsynet en indikator på at det er ubalanse mellom oppgaver og ressurser. Flere av helseforetakene opplyste at de hadde mange ansatte med lave stillingsbrøker, lav grunnbemanning og stor bruk av vikarer. Enkelte helseforetak hadde høy turnover. I enkelte helseforetak opplyste ledere på ulike nivåer at tilrettelegging for sykemeldte var

utfordrende og at oppfølging av sykefravær ble opplevd som tidkrevende.

Selv om de fleste helseforetakene hadde skriftlige rutiner for gjennomføring av omstilling med krav til konsekvensvurdering, medvirkning og evaluering, ble det fremdeles opplevd som et problem at rutinene for medvirkning en del steder ikke ble fulgt. Helseforetakene er store og komplekse organisasjonene som er avhengig av at det organiserte samarbeidet fungerer godt. Tilsynet avdekket varierende kunnskap og forståelse blant verneombudene på viktige arbeidsmiljøområder. For mange verneombud i sykehusene manglet grunnopplæring i HMS, og de hadde mangelfull forståelse for sin egen rolle i det organiserte arbeidsmiljø samarbeidet. Det ble opplevd som en utfordring å sette av tid til å medvirke i arbeidsmiljøutvikling i en travel sykehushverdag.

Til tross for at internkontrollsystemene for HMS var på plass i helseforetakene, var det fortsatt en del mangler i det konkrete arbeidet med opplæring, forståelse og bruk av systemene. Lojaliteten til innførte HMS-prosedyrer var svært varierende og en rekke prosedyrer og rutiner var fortsatt ukjente for de ansatte. Enkelte steder deltok legene lite i HMS-arbeidet. Det ble også avdekket stor underrapportering av HMS-avvik og mangelfull tilbakemelding på om avvikene er fulgt opp med korrigeringer.

5.4 Tilsyn med HMS-arbeid i helse- og omsorgstjenesten i kommunen

Arbeidstilsynet har som en del av tilsynsarbeidet gjennomført en flerårig tilsynskampanje i hjemmebaserte omsorgstjenester. I tillegg er det gjennomført et samarbeidsprosjekt med organisasjonene i arbeidslivet og NAV om godt arbeidsmiljø i sykehjem.

Tilsynskampanjen «Rett hjem»

Kampanjen «Rett hjem» er Arbeidstilsynets landsdekkende satsing på arbeidsmiljøet i hjemmetjenesten (Arbeidstilsynet 2008a). I tråd med Arbeidstilsynets overordnede målsetning var hovedmålet for kampanjen å redusere de belastninger som bidrar mest til arbeidsrelaterede skader og sykdommer i hjemmetjenesten.

Tema for tilsynskampanjen ble valgt på bakgrunn av litteraturgjennomgang, erfaringer og kunnskap fra egen etat, informasjon fra forskningsmiljøene og partene i arbeidslivet om arbeidsforholdene i hjemmetjenesten, samt en

utvalgsundersøkelse utført av Opinion AS på oppdrag fra Arbeidstilsynet ved årsskiftet 2002–2003.⁴⁰

Undersøkelsen viste at en av tre arbeidstakere hadde vært sykmeldt i løpet av de siste to årene på grunn tidspress, tunge løft, uheldige arbeidsstillinger eller vold og trusler. Svært mange arbeidstakere opplevde i noen grad eller i stor grad belastning knyttet til tidspress, og en del av lederne opplevde dette som et problem. Både ansatte og ledere mente tidspresset hadde økt de to siste årene.

Mange arbeidstakere opplevde også uheldige belastninger i forbindelse med tunge løft og uheldige arbeidsstillinger, og en del ledere bekreftet at dette var et problem. Uheldige belastninger knyttet til vold og trusler kom ikke så tydelig frem i denne undersøkelsen.

Tilsynsrunden i 2002 viste at de ansatte i hjemmetjenesten oftest oppfattet arbeidet som givende, meningsfylt og faglig utfordrende. Likevel rapporterte mange arbeidstakere om uheldige belastninger som følge av tidspress, ergonomiske forhold som tunge løft og uheldige arbeidsstillinger, og om vold og trusler. Vold og trusler omfattet alt fra fysisk vold, verbale trusler, trakassering, utskjelling, til uønsket seksuell oppmerksomhet fra brukere, pårørende og andre.

I siste tilsynsrunde i 2007 fant Arbeidstilsynet en rekke positive endringer. Både kommuneledelsen og ledere og ansatte i hjemmetjenesten hadde fått mer kunnskap om lov og regelverk og økt forståelse og aksept for at loven gjelder ved arbeid i brukers hjem. Arbeidstilsynet erfarte også at hjemmetjenesten arbeidet mer systematisk for å forebygge og redusere uheldige belastninger på grunn av tidspress, tunge løft, uheldige arbeidsstillinger og vold og trusler enn ved starten av kampanjen. Ledere og ansatte fortalte om en positiv utvikling. Det var mange steder gjennomført tiltak for å redusere tidspresset. Blant annet var det foretatt endringer i organisering av tjenesten slik at hjemmesykepleien og hjemmehjelpen samarbeidet tettere, og det var bedre samordning av turnus mellom sykehjem og hjemmetjenesten. En del steder var grunnbemanning økt, for eksempel ved å flytte ressurser fra vikarbudsjetten til driftbudsjetten.

I 2007 hadde 44 prosent av virksomheten tatt i bruk arbeidsplassvurdering i brukers hjem som verktøy. Det skjedde en positiv utvikling med opp-

⁴⁰ Andersen R.K. og Eidset I. 2003. «Arbeidsmiljø i hjemmetjenesten: Nullpunktsundersøkelse i forbindelse med kampanjen Rett Hjem», Opinion AS, 2003

Boks 5.3 «Rett hjem»

Tilsynsprosjektet ble gjennomført i tre runder i perioden 2002–2007. Første tilsynsrunde omfattet alle landets kommuner. Andre og tredje tilsynsrunde ble det gjennomført tilsyn i henholdsvis 328 og 277 kommuner. Antall gjennomførte tilsyn var 1 230 i første tilsynsrunde, 612 i andre runde og 473 i tredje. I første tilsynsrunde ble det gitt 2 259 pålegg, i andre 411, og tredje runde 1 342 pålegg.

Tema i tilsynene var hjemmetjenestens arbeid med å forebygge og redusere uheldige belastninger som følge av tidspress, ergonomiske forhold som tunge løft og uheldige arbeidsstillinger, og vold og trusler.

Tilsynene i hjemmetjenesten i årene 2002 til 2007 ble gjennomført som møter med kommuneledelsen og hovedverneombud, møter på enhetsnivå, befaringer og dokumentgjennom-

gang. På enhetsnivå ble det gjennomført møter med leder, verneombud, tillitsvalgte og andre arbeidstakere samlet, der en gjennom dialog undersøkte hvordan enhetene systematisk arbeidet med å forebygge belastninger knyttet til tidspress, tunge løft, uheldige arbeidsstillinger og vold og trusler. I siste tilsynsrunde ble det rettet spesiell oppmerksomhet mot på hvilket nivå i kommunen det systematiske HMS-arbeidet sviktet, dersom hjemmetjenesten ikke godt nok klarte å redusere uheldige belastninger på de ansatte. Der tilsynene avdekket brudd på arbeidsmiljøloven med tilhørende forskrifter, ble det gitt pålegg til rådmannen eller bydelsdirektør som øverste leder i kommunen eller bydelen. Se også Nordlandsforsknings evaluering av tilsynsmetoden (Trygstad med flere 2003).

læring i forflytningsteknikk, bruk av hjelpemidler og hensiktsmessig arbeidsteknikk fra første til andre tilsyn. Systematiske aktiviteter for opplæring var på plass de fleste steder i 2003/2004. Ved tredje tilsyn i 2007 ble det imidlertid avdekket mange tilfeller av svikt i arbeidet med opplæring.

Arbeidstilsynet fant at de fleste kommuner hadde fått på plass systematisk opplæring for å forebygge vold og trusler og håndtere vold og trusler mellom første og andre tilsyn. I tredje tilsyn ble det igjen avdekket svikt i opplæringsarbeidet.

Møteplasser for å ta opp arbeidsmiljøspørsmål er sammen med melding om uønskede forhold (avviksmeldinger), en viktig del av virksomhetenes fortløpende kartlegging. Slike møteplasser er også en arena der ansatte kan medvirke til å finne gode løsninger på utfordringer i arbeidsmiljøet. Arbeidstilsynet fant i 2007 at 68 prosent av virksomhetene hadde opprettet slike møteplasser, og at 28 prosent «delvis» hadde tatt i bruk denne arenaen.

I 2007 hadde de aller fleste kommuner inngått IA-avtale og mange av hjemmetjenestene hadde etablert skriftlige rutiner for IA-arbeidet og for hvordan de skulle følge opp sykefraværet. Den avsluttende tilsynsrunden viste imidlertid at det fremdeles var en rekke utfordringer knyttet til systematisk HMS-arbeid i hjemmetjenesten. Det var fremdeles mange som opplevde tidspress og

dårlig samsvar mellom oppgaver og ressurser som et problem. Enhetslederne opplevde ofte svært belastende krysspress mellom kravet til effektivisering og hensynet til de ansatte. Det ble også rapportert om flere administrative oppgaver. Hjemmetjenesten slet mange steder med å rekruttere personell. Samtidig førte mange små stillingsbrøker til lite kontinuitet i arbeidet og bemanningsproblemer.

Tilsyn i 2007 viste at det fremdeles var svært mange i hjemmetjenesten som opplevde tunge løft og uheldige arbeidsstillinger som et problem. Tidspresset ble opplevd som et hinder for gjennomføring av planlagte tiltak for å redusere uheldige ergonomiske belastninger. Manglende eller mangelfull arbeidsplassvurdering medførte dårlig tilrettelegging hos bruker, i tillegg til den generelle utfordringen med å tilrettelegge hjemmet som en god arbeidsplass. En del kommuner hadde problemer med å skaffe nødvendig arbeidsutstyr.

Svært mange i hjemmetjenesten opplevde vold og trusler som et problem og det ble rapportert om en økning i vold og trusler ved tilsynene i 2007. Tidspresset hindret også her gjennomføring av planlagte tiltak for å redusere uheldige belastninger av vold og trusler. Det var for eksempel verken satt av ressurser til å arbeide to sammen eller satt av tid til opplæring der risikovurderingen avdekket et slikt behov. Manglende eller mangel-

full arbeidsplassvurdering medførte at potensiell risiko for vold og trusler ikke ble avdekket før arbeidstakerne møtte brukere. Hjemmetjenesten manglet ofte utstyr som mobiltelefon eller trygghetsalarm for å ivareta egen sikkerhet, og var heller ikke sikret at en annen person var tilgjengelig ved behov for assistanse.

Hjemmetjenesten har et forbedringspotensial med å ta i bruk arbeidsplassvurdering som verktøy. Kommuner som organiserer hjemmetjenesten slik at de som gjør vedtak er adskilt fra de som utfører tjenesten, har spesielle utfordringer knyttet til å avklare arbeidsgiverfunksjonens ansvar, arbeidsmiljøkompetanse i bestillerenheten, kommunikasjon mellom bestiller og utfører (hjemmetjenesten), og informasjon til hjemmetjenesten om risiko og konsekvenser knyttet til brukernes helse.

Mange kommuner hadde gjennomført strukturelle endringer som berørte hjemmetjenesten. Slike endringer bidro ofte til å ta oppmerksomheten bort fra HMS-arbeidet og til at arbeidsmiljøarbeidet ble satt på vent. Omorganiseringer påvirket både ledere og ansatte slik at handlingsrommet til å prioritere forebyggende arbeid ble redusert i en krevende hverdag.

5.5 HMS i sykehjem: 3–2–1 Sammen om et godt arbeidsmiljø

3–2–1 *Sammen for et godt arbeidsmiljø* er et nasjonalt samarbeidsprosjekt mellom organisasjonene i arbeidslivet, NAV og Arbeidstilsynet. Prosjektet inngår som et ledd i den forsterkede innsatsen for et mer inkluderende arbeidsliv. Hovedmålet med prosjektet er å prøve ut om dialog og forpliktende samarbeid mellom myndigheter og organisasjonene på bransjenivå kan resultere i at effektive arbeidsmiljø- og tilretteleggingstiltak blir identifisert og iverksatt ute på arbeidsplassene. I prosjektet forsøker deltakerne som likeverdige parter å utvikle og prøve ut bransjetilpassede arbeidsformer, virkemidler og tiltak for virksomhetene. Myndighetene ved Arbeidstilsynet og NAV bidrar i fellesskap med veiledning i arbeidet med å forebygge sykefravær og utstøtning. I sykehjemmene fokuseres det spesielt på ledelse, partssamarbeid og kompetanseutvikling fordi alle parter mener dette er de viktigste innsatsområdene for å skape et godt arbeidsmiljø og gi tjenester med god kvalitet. Arbeidet i sykehjemmene startet høsten 2008 og en rapport om resultater av tiltakene skal ferdistilles innen utgangen av februar 2011.

På bestilling fra Arbeidstilsynet gjennomførte Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami) i forbindelse med oppstarten av prosjektet «3–2–1 Sammen for et godt arbeidsmiljø», en kartlegging av ulike sider ved arbeidsmiljøet i de 21 sykehjemmene som deltok⁴¹. Det psykososiale arbeidsmiljøet ble målt ved hjelp av de to standardiserte spørreskjema⁴².

Sammenlignet med et referansemateriale fra andre bransjer og yrkesgrupper rapporterte de ansatte i sykehjemmene om:

- noe mindre kvantitative krav og krav til læring, mens de opplevde krav til å ta beslutninger på samme nivå som andre
- kontroll over avgjørelser på samme nivå som andre, mens de hadde noe mindre kontroll over arbeidsintensitet
- noe mer opplevd støtte fra både nærmeste overordnede og fra kolleger enn andre
- noe høyere nivå av både rolleklarhet og rollekonflikt enn andre
- noe mer bemyndigende ledelse enn andre og rettfærdig ledelse på samme nivå som andre
- noe bedre sosialt klima og innovasjonsklima enn andre, mens vektlegging av menneskelige ressurser og forskjellsbehandling på bakgrunn av kjønn og alder ble funnet å være på samme nivå som hos andre
- noe lavere nivåer av at arbeidet går utover privatlivet og at privatlivet går utover jobben enn andre
- noe større tilhørighet til organisasjonen, bedre mestring av arbeidet og høyere nivå av positive utfordringer i arbeidet enn andre

Videre meldte 44 prosent om svært liten kontroll over arbeidsintensitet og om lag 30 prosent opplevde høye krav til å ta beslutninger. 20 prosent rapporterte at de ikke synes virksomheten vektla menneskelige ressurser, og 19 prosent rapporterte om lite bemyndigende ledelse. Ansatte som hadde vært sykemeldt det siste året rapporterte om mer kvantitative krav, belastende innsats og rollekonflikt enn ansatte som ikke hadde vært sykemeldt det siste året. De som hadde vært sykemeldt rapporterte også om lavere verdier på

⁴¹ Av disse sykehjemmene var 15 kommunale og 6 private.

⁴² QPS-Nordic og The Effort-Reward Imbalance Questionnaire (ERI-Q). QPS-Nordic måler en rekke forhold som har betydning for helse, trivsel og motivasjon i arbeidet. ERI-Q måler den såkalte innsats-belønning modellen. Denne modellen har i en rekke studier vist seg å ha betydning for ansattes helse. I tillegg til dette ble det blant annet stilt spørsmål som målte jobbtillfredshet, dårlig mental helse, muskel og skjelett plager, arbeidsrelatert utmattelse og sykefravær. Responsraten var på 62,6 prosent.

skalaene kontroll over arbeidsintensitet, opplevelse av mestring, støtte fra nærmeste overordnede, rettferdig ledelse, sosialt klima, innovasjonskultur, vektlegging av menneskelige ressurser, tilhørighet til organisasjonen, anerkjennelse, karrieremuligheter og jobbsikkerhet enn de som ikke hadde vært sykemeldt.

I forberedelsen til 3-2-1 prosjektet ble det fort klart at både arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene, og myndighetene mente det ville være en styrke at ledere, verneombud og tillitsvalgte samarbeidet tett med å utvikle et godt arbeidsmiljø og god tjenestekvalitet. Det var derfor en forutsetning for deltakelse i prosjektet at det skulle etableres lokale prosjektgrupper i sykehjemmene med ledere, verneombud og tillitsvalgte. Gjennom forpliktende samarbeid skulle deltakerne utvikle trygge relasjoner og gjensidig forståelse for hverandres roller og oppgaver.

Selv om 3-2-1 prosjektet ikke er avsluttet ennå og resultatene ikke er oppsummert på en systematisk måte, mener Arbeidstilsynet at strategien med et mer forpliktende partssamarbeid i virksomheten har gitt resultater. Tydelig rolleavklaring har blant annet medført tydeligere ledelse. Synlig kommunikasjon i partssamarbeidet og respekt for hverandres roller har også bidratt til en bedre involvering av de fleste ansatte i virksomhetene. Det at tillitsvalgte bidrar mer aktivt med sin kunnskap i arbeidsmiljøarbeidet er også fruktbart. Det er viktig å ta i bruk tilgjengelige ressurser i HMS-arbeidet der alle ut fra rolle, kunnskap og ståsted sammen bidrar i utviklingen av et fullt forsvarlig arbeidsmiljø og god tjenestekvalitet.

5.6 Kvalitetskommuneprogrammet

Kvalitetskommuneprogrammet er et samarbeid mellom Kommunal- og regionaldepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, KS, Akademikerne, LO-kommune, UNIO og YS-kommune. Programmet har en todelt målsetning: 1) økt kvalitet på tjenestene ut til brukere, og 2) redusert sykefravær. Satsningen er primært rettet mot pleie- og omsorgstjenesten og oppvekstsektoren.

Den første fasen i programmet hadde som mål å redusere sykefraværet i kommunene slik at utstøting til varige helserelaterede trygdeytelser ble forebygget. I dette arbeidet har tiltakene vært rettet mot kommunen som arbeidsgiver innenfor sykepengeperioden (1 år). Både i oppstartfasen og i hovedfasen har medvirkningsprosesser, iden-

tifisering av innsatsområder, og tiltak for å redusere sykefravær og øke nærvær vært viktige elementer i gjennomføringen. Sykefraværarbeid og kvalitetsforbedring handler i stor grad om å legge vekt på ledelse, forankring, gode styringssystemer, resultater og gjennomtenkte prioriteringer på høyt administrativt og politisk nivå. Det foreligger gode beskrivelser av gjennomprøvd metodikk som tar utgangspunkt i utvikling av løsninger lokalt. Eksempler på dette er *Flink med folk*, *Medarbeiderskap*, modellkommuneforsøket, bemaningsvurderingen – *FRYD*, *LØFT*, *Medarbeiderundersøkelser*. Gjennom forsknings- og utviklingsarbeid er det identifisert en del kritiske suksessfaktorer som er avgjørende i det lokale sykefraværarbeidet.

I evalueringen av Kvalitetskommuneprogrammet (Hovik med flere 2010) vises det til at målet om å inkludere 200 kommuner i programmet nesten er nådd. Evalueringen viser at kommunene har fulgt oppfordringen om lokalt samarbeid mellom politikere, administrative ledere og ansatte og disses organisasjoner. Dette kommer særlig tydelig til uttrykk i sammensettingen av de overordnede styringsgruppene. Samarbeidet vurderes dessuten jevnt over som positivt og vellykket fra et flertall av de involverte. Også framdriften er aktørene rimelig godt fornøyd med.

Resultatene fra evalueringen tyder på at aktiviteten innenfor programmet til en viss grad handler om å forsterke tiltak og grep som ligger i avtalen om inkluderende arbeidsliv. Tiltakene favner imidlertid langt ut over tiltakene som ligger i IA-avtalen.

Endringer i sykefraværet i perioden 2006 til 2009 ble analysert ved hjelp av registerdata fra KS (PAI). Statistikken viser at kvalitetskommunene har hatt en gunstigere utvikling i sykefraværet enn andre norske kommuner. Sykefraværet har økt i andre kommuner og i arbeidslivet ellers, mens det har vært stabilt i kvalitetskommunene. Det er imidlertid usikkert om denne utviklingen skyldes tiltakene som er gjennomført i regi av programmet, eller tilfeldig variasjon i sykefraværet. Det er først og fremst i pleie- og omsorgstjenesten at sykefraværet er redusert.

Det er ingen store forskjeller i resultatene mellom ulike typer tiltak som har blitt satt i verk for å redusere sykefraværet. De forskjellene som ble observert kan ikke gjøres til gjenstand for statistiske generaliseringer. Det ser likevel ut til at fysiske tiltak (for eksempel spritvask, utstyr, hjelpemidler) på arbeidsplassen kan ha vært gunstig selv om effekten syntes å være begrenset. Organisatoriske tiltak som endring i turnusordninger og

arbeidstid, og kartlegging av helseplager og arbeidsmiljø ser ut til å være blant de mest vellykkede tiltakene.

Det ser ut til å ha hatt positiv effekt at sentrale aktører i rådhuset, kanskje rådmannen spesielt, har vært med på å sette i verk sykefraværsprosjekter. Det ser derimot ikke ut til at de sentrale aktørene trenger å være tungt involvert i sykefraværsprosjektene. Det kan bety at det viktigste er at sentrale aktører er oppriktig interesserte i fraværsarbeid og gir klare signaler om at dette er viktig for kommunen.

Et velfungerende lokalt samarbeid kan være gunstig for å redusere sykefraværet. Kommuner der styringsgruppen mener at de har lykket i det lokale samarbeidet, har hatt en bedre utvikling i sykefraværet enn andre kvalitetskommuner. Resultatene er de samme, uavhengig av om styringsgruppens medlemmer var politikere, administrative ledere eller andre ansatte i kommunen. Denne sammenhengen kom imidlertid ikke fram ved spørsmål til prosjektlederne. Trivsel blant de ansatte og gode ledere er også forhold som synes å gjøre det lettere å redusere fraværet.

5.7 Oppsummering

Arbeidstilsynet har, på bakgrunn av tilsyn med spesialisthelsetjenesten og med hjemmebaserte omsorgstjenester i kommunene, konkludert med at det har vært en positiv utvikling i HMS-arbeidet i helse- og omsorgssektoren. HMS-arbeidet i helseforetakene er forankret i ledelsen og verktøy og opplæringsplaner er på plass. Vernetjenesten er organisert slik at den følger lederstrukturen og

det er etablert rutiner for medarbeidersamtaler. I kommuner som har klart å redusere belastningene i hjemmetjenesten, er HMS-arbeidet godt forankret i toppledelsen. Enhetslederne har tro på at HMS-arbeid er viktig og involverer medarbeiderne for å finne løsninger på utfordringer de møter i hverdagen.

I følge Arbeidstilsynet opplever fremdeles ledere og ansatte, både i helseforetakene og hjemmetjenesten, en ubalanse mellom oppgaver og ressurser. Det fører til at det systematiske HMS-arbeidet i mange tilfeller blir nedprioritert og at forbyggende tiltak ikke blir gjennomført. Videre mener Arbeidstilsynet at medvirkning er en utfordring både for helseforetakene og hjemmetjenesten. Omstillinger gjennomføres ofte med så korte frister at arbeidstakerne opplever manglende informasjon og mulighet for medvirkning.

Arbeidstilsynet mener videre at strategien i 3-2-1 prosjektet om et mer forpliktende partssamarbeid i virksomhetene har gitt resultater i form av redusert sykefravær. Tydelig rolleavklaring har blant annet medført tydeligere ledelse. Synlig kommunikasjon i partssamarbeidet og respekt for hverandres roller har også bidratt til bedre involvering av medarbeiderne i virksomhetene.

Evalueringen av kvalitetskommuneprogrammet viser at kommunene som har deltatt i programmet har hatt en gunstigere sykefraværsutvikling enn andre norske kommuner. Det er imidlertid usikkert om dette skyldes tiltakene som er gjennomført i regi av programmet, eller tilfeldig variasjon i sykefraværet. Det er først og fremst i pleie- og omsorgstjenesten at sykefraværet er redusert.

Kapittel 6

Årsaker til sykefravær og utstøting

6.1 Innledning

I dette kapitlet beskrives tilgjengelig kunnskap om årsaker til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Kapitlet inneholder en drøfting av sykefravær som fenomen og en gjennomgang av de mest sentrale hypotesene om årsaker til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Avslutningsvis relateres kunnskapen om årsaker til kjennetegn ved helse- og omsorgssektoren.

Selv om det kan diskuteres hvor sterk økningen i samlet sykefravær og uførepensjonering har vært i et lengre tidsperspektiv, er utgangspunktet for dette utredningsarbeidet at sykefravær og utstøting fra arbeidslivet bør reduseres.

Utviklingen i sykefravær og uførepensjon reiser noen viktige spørsmål: Hvorfor går ikke sykefravær og uførepensjonering ned når både helsen i befolkningen og behandlingen har blitt bedre? Hvorfor har kvinner høyere sykefravær enn menn? Hvilken betydning har arbeidsmiljøet for sykefravær og utstøting fra arbeidslivet? Hvilken betydning har psykologiske faktorer for sykefravær og tidlig pensjonering? Hvordan påvirker arbeidstakernes holdninger sykefraværet?

Videre er det interessant å diskutere noen mer sektorspesifikke problemstillinger: Hvorfor er sykefraværet høyere i noen deler av helse- og omsorgssektoren enn andre? Er det spesielle forhold ved arbeidssituasjonen og innholdet i arbeidet i sektoren som fører til dette? Hva betyr turnusordninger og omfanget av deltid for sykefraværet? Er det kjennetegn ved arbeidstakerne i helse- og omsorgssektoren som har betydning for sykefraværet? Er helse- og omsorgspersonellet mer utsatt for enkelte belastninger enn personell i andre sektorer? Hvordan påvirker omstillingsprosessene sykefraværet i sektoren og skiller disse seg fra omstillingsprosesser i andre sektorer? Er det forhold utenfor helse og omsorgssektoren som påvirker sykefravær og utstøting i sektoren?

6.2 Kunnskapsgrunnlaget

Kunnskapsgrunnlaget er i hovedsak hentet fra kunnskapsoppsummeringer som er bestilt i sammenheng med utredningsarbeidet og tidligere kunnskapsoppsummeringer på området.⁴³ I tillegg er elementer fra kapitlene som beskriver sektoren, helsesituasjonen i befolkningen, sykefraværet i sektoren og pågående arbeid for å redusere sykefraværet trukket inn i drøftingen.

Utvalget har fått gjennomført tre kunnskapsoppsummeringer om årsaker til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Det gjelder en kunnskapsoppsummering fra Statistisk sentralbyrå av samfunnsvitenskapelig litteratur om årsaker til sykefravær og utstøting (Kostøl 2010), en kunnskapsoppsummering fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami) og International research institute of Stavanger (IRIS) (Knardahl med flere 2010) om betydningen av arbeidsfaktorer for sykefravær, arbeidsevne og uførhet, og en kunnskapsoppsummering om betydningen av psykologiske faktorer, holdninger og verdier (Linton 2010). Det er forutsatt at oppsummeringen skal bygge på systematiske søk i aktuell forskningslitteratur, både publisert i tidsskrift med fagfelle vurdering og publiserte rapporter.⁴⁴ Søkemetode og kriterier for

⁴³ Dyrstad, M. og Ose O.S. 2005. Problemstillinger og resultater i sykefraværsforskningen. Søkelys på arbeidsmarkedet 22: s. 103-116. Ose S.O., Jensberg H., Reinertsen R.E., Sandsund M., og Dyrstad J.M. 2006. Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger. Sintefrapport A325. Sintef helse, Gruppe for arbeid og helse. Ose S.O. 2010. Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag. Sintef Helse, februar 2010. Bjørngaard J., Krokstad S., Johnsen R., Karlsson A.O., Pape K., Støver M., Sund E. og Westin S. 2009. Epidemiologisk forskning om uførepensjon i Norden. Norsk epidemiologi 2009, 19 (2):103-114.

⁴⁴ Fagfelle vurdering (etter engelsk peer review) er en metode for å kvalitetssikre publikasjoner eller rapporter. Manuskriptet blir gjennomgått av en til tre forskere med stor kompetanse på det aktuelle feltet som avgir en evaluering med beskrivelse av styrker og svakheter. Metoden brukes mest i vitenskapelig publisering, men benyttes i økende grad i sammenheng med søknader om forskningsmidler, rapporter og lignende. Forskningsrådene i nesten alle land bruker metoden ved vurdering av søknader.

utvelgelse av aktuell litteratur skal gjøres rede for i rapporten. For den enkelte studie som inkluderes i oppsummeringen bør det gjøres rede for type studiedesign, type data, mulighet for konfundrende variabler og mulighet for at årsaksretningen er en annen enn de påviste sammenhengene forutsetter.

Statistisk sentralbyrå har foretatt en *oppsummering av den samfunnsvitenskapelige litteraturen om årsaker til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet* (Kostøl 2010). Dette er ikke en fullstendig oppsummering av litteraturen på området, men en oversikt over noen av de mest sentrale hypotesene fra samfunnsvitenskapen og noen empiriske studier som tar utgangspunkt i disse hypotesene. «Medisin- og psykologistudier» er ekskludert fra rapporten. Den resterende litteraturen på området er stort sett dominert av fagene samfunnsøkonomi og sosiologi. Avgrensningen utelater en rekke viktige innfallsvinkler og hypoteser fra andre disipliner, for eksempel effekter av livsstil, diagnoser, fysiske og psykiske arbeidsforhold og sykenærver. Dette er innfallsvinkler som er dekket i Ose med flere (2006) og Ose (2010) som tar for seg sykefraværslitteraturen, og Bjørngaard med flere (2009) som gir en grundig gjennomgang av epidemiologisk forskning om uførepensjonering.

Det er gjennomført systematiske søk i litteratordatabaser og veletablerte forskningsmiljøer i Norge og Skandinavia for å finne frem til nyere studier på sykefravær og utstøting fra arbeidslivet publisert de siste 10 årene.⁴⁵ Innenfor samfunnsøkonomifaget er antall siteringer og publisering i velrenommerede tidsskrift viktige utvelgingskriterier. Sentrale forskningsmiljøer som Frischsenteret i Norge og miljøet rundt Palme og Johansson i Sverige, som har flere studier publisert i høyt rangerte internasjonale tidsskrift, blir tillagt større vekt. Studiene som er vektlagt i oppsummeringen er de som søker å avdekke årsakssammenhenger, og som inneholder grundige drøftinger av forutsetningene som må være oppfylt for at funnene skal kunne tolkes kausalt. Selv om forutsetningene er drøftet, betyr ikke det nødvendigvis at de er oppfylt. Se kapittel 7 *Kunnskapsgrunnlaget for tiltak* der metodeproblemer som preger store deler av forskningslitteraturen er drøftet. Det er

ikke noe klart skille mellom sosialmedisin og samfunnsvitenskapelige studier, og det er tatt med noen sosialmedisinske studier som siteres i samfunnsvitenskapene for øvrig eller er særlig utfyllende for presentasjonen.

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) og IRIS har gjennomført en *Kunnskapsoppsummering om betydningen av faktorer i arbeidsmiljøet*. Oppsummeringen er basert på søk i PubMed, Cinahl, Academic Search Elite, Psychinfo, Econlit, Soc.Index og Business Source Premier. I alt 838 sammendrag ble gjennomgått for dubletter og relevans. Følgende eksklusjonskriterier ble definert: 1) Kvantitativ studie design, 2) Longitudinell studie design, 3) Riktig målgruppe, 4) Engelsk språk (og svensk, norsk eller dansk), 5) Eksponeringen skulle være arbeidsplassrelatert og 6) Populasjonen skulle være i arbeid ved studiestart. Dersom sammendraget viste at artikkelen ikke var relevant, ble den ekskludert. 46 sammendrag ble funnet relevante og artiklene ble hentet inn. Ytterligere en studie av Rugulies med flere (2007) ble funnet via kildehenvisning. Denne studien var ikke i noen av de ovennevnte databaser og ble derfor rekvirert direkte fra forfatterne. Studien oppfylte alle kriterier og ble inkludert.

I alt 47 studier ble gjennomlest og vurdert ut fra inklusjonskriteriene. I alt 31 studier ble ekskludert. I alt 16 artikler ble funnet å tilfredsstillende kriteriene. Alle artiklene er publisert i løpet av de siste 10 årene, og beskriver resultater fra undersøkelser av sammenhenger mellom arbeid i bred forstand og forskjellige mål for sykefravær. Flere av artiklene er basert på samme datamateriale. Felles for studiene er at de er utført i vestlige land innenfor de siste 20 år. Seks land er representert: Norge, Sverige, Danmark, Finland, Belgia og Canada. Undersøkelsene er altså gjennomført i en arbeidsmarkedsmessig kontekst som er relevant for forholdene i Norge.

Professor Steven Linton ved Örebro universitet i Sverige har foretatt en *kunnskapsoppsummering om betydningen av antakelser, holdninger verdier og andre psykologiske faktorer*. Det er lagt vekt på betydningen psykologiske faktorer på individnivå som er relevant for arbeidssituasjonen, og på studier som fokuserer på betydningen av antakelser, holdninger og verdier. Det er gjennomført søk i PubMed, PsychInfo og Google Scholar. Kunnskapsoppsummeringen er basert på 12 oversiktsartikler om årsaker til uførhet som følge av muskel- og skjelettsmerter, og 5 systematiske litteraturoversikter som inkluderer betydningen av arbeidsfaktorer for uførhet på grunn av ryggplidelser. Siden litteraturen på området i stor grad er

⁴⁵ For eksempel ga søket «Topic=Sickness Absence – Refined by: Subject Areas=(economics OR demography OR geography OR industrial relations & labor OR womens's studies OR sociology)» i ISI Web of Knowledge totalt 45 treff. Med tilsvarende kriterier ga «Topic=absenteeism» 143 treff, «Topic=disability» 933 treff, «Topic=disability pension» 21 treff og «Topic=rehabilitation» 265 treff.

symptom- eller diagnosespesifikk, er det systematiske litteratursøket av ressurs hensyn avgrenset til studier som omhandler muskel- og skjelettlidelser. I tillegg er det gitt en mer generell drøfting av sammenhengen mellom psykologiske faktorer og sykefravær og uføretrygding. Tilfanget av relevante studier begrenses av at mye av litteraturen retter oppmerksomheten mot risikofaktorer heller enn mot sykefravær og uføretrygding. I tolkningen av resultatene kan det i tillegg være vanskelig å skille mellom effektene av faktorer som påvirker lidelsen og effekten av faktorer som fører til sykemelding for lidelsen.

6.3 Kjennetegn ved arbeidstakerne

6.3.1 Helse og livsstil

Den norske befolkningen har generelt god helse og økende levealder. Likevel er det mange i yrkesaktiv alder som mottar uførepensjon og en betydelig andel av befolkningen mottar sykepengen eller annen offentlig støtte i kortere eller lengre perioder. Den positive utvikling i befolkningens helse har ikke ført til en nedgang i sykefravær og uførepensjonering.⁴⁶ En forklaring på dette er at sykefravær ikke er det samme som sykdom eller dårlig helse, men er et uttrykk både for atferd knyttet til sykdom og en rekke andre forhold knyttet til enkeltindividet, arbeidsplassen og mer generelle samfunnsforhold.

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2010) skriver for eksempel at årsakene til sykefravær og uførepensjon er vanskelig å fastslå. Selv om den norske befolkningen i gjennomsnitt blir tyngre, drikker mer alkohol og er mindre fysisk aktive, øker levealderen og det er lite som tyder på at helsen er blitt dårligere. Helsetjenestene har heller aldri hatt så god kvalitet og så stort volum på behandlingen som i dag. Ose (2010) skriver i en oppsummering av kunnskapen om sykefravær at helsemessige forhold i liten grad kan forklare utviklingen i sykefraværet.

De vanligste diagnosegruppene ved sykefravær og uførhet er muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser. De fleste muskel- og skjelettlidelser har smerte som eneste eller viktigste symp-

tom. Smerte er en subjektiv opplevelse og det er ofte ingen klare organiske funn. Det betyr at diagnosen må baseres på pasienters subjektive rapportering (Knardahl med flere 2008). Psykologiske faktorer kan bidra til kronifisering (Linton 2010) og påvirke oppfattelsen av egen arbeidsevne. Det er mulig at psykiske lidelser er en undervurdert årsak til uførhet. Men det kan også være at psykiske lidelser er en følgetilstand av muskel- og skjelettproblemer. I følge Nasjonalt folkehelseinstitutt (2010) er psykiske vansker en undervurdert årsak til sykefravær og uførepensjonering.

Smerter er trolig den vanligste grunnen til at pasienter oppsøker helsevesenet (Den norske legeforening 2009). I Sverige har 28 prosent av pasientene i allmennpraksis en eller flere smertetilstander, og det tilsvarende er registrert i Danmark (Eriksen med flere 2003a, Hasselstrom med flere 2002). Kronisk smerte er vanligere blant personer med lav inntekt og utdanning, men det er usikkert om dette skyldes yrkesbelastning eller mer generelle sosioøkonomiske faktorer. Det er holdepunkter for at det er sammenheng mellom forekomsten av arbeidsbelastninger og kronisk smerte (Tynes med flere 2008). Mens smerter i korsryggen og nedre del av ryggen er vanligst blant yrkesgrupper som utfører tungt fysisk arbeid, er smerter i øvre del av ryggen, skuldre og armer vanligere blant personer som driver med lettere og mer stillesittende arbeid.

En tredel av den norske befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av ett år, og halvparten vil bli rammet en eller flere ganger i løpet av livet (Mykletun med flere 2009). Angst, depresjon og rusrelaterte lidelser er vanligst. Schizofreni og andre psykoser er langt sjeldnere, men ofte mer belastende for dem som rammes. Hyppigheten av ulike typer psykiske lidelser i Norge ligger på samme nivå som i de fleste andre land. Andelen som har betydelige psykiske plager, er også på samme nivå. Det som skiller Norge fra andre land, er den høye andelen uføretrygdede, og psykiske lidelser er hovedårsak til omtrent en tredjedel av alle uførepensjoner. Forekomsten av psykiske lidelser ser ut til å ha vært nokså stabil de siste tiårene, men oppmerksomheten om sykdommene har økt. Det er ikke grunn til å tro at forekomsten av psykiske lidelser vil øke i årene som kommer (Mykletun med flere 2009, Clench-Aas med flere 2009).

Muskel- og skjelettlidelser var rapportert som diagnose ved 39 prosent av sykefraværsværkene i fjerde kvartal 2009. Psykiske lidelser utgjorde 19 prosent av de legemeldte sykefraværsværkene. I en kunnskapsstatus fra 2006 om

⁴⁶ Vurderingen av hvor mye endringer i befolkningens helse betyr for utviklingen i sykefraværet vil være avhengig av hvordan helse defineres. Verdens helseorganisasjon har gitt en vid definisjon der helse ses på som en tilstand av fullstendig fysisk, sosialt og mentalt velvære. Med en så vid definisjon av helse vil en større del av endringene i sykefravær kunne forklares med endringer i befolkningens helse enn om helse avgrenses til fravær av sykdom og lyte.

sykefravær (Ose med flere 2006) konkluderes det med at det er godt samsvar mellom utbredelsen av muskel- og skjelettlidelser i befolkningen og forekomsten av sykefravær som skyldes slike lidelser. Det ser også ut til å være et visst samsvar mellom andel sykepengetilfeller som skyldes en psykisk lidelse og anslag på andelen som har en slik lidelse i befolkningen. I en oppdatering av kunnskapsstatusen i 2010 skriver Ose at depressiv tilstand er den enkelt diagnosen som står for den største andelen av tapte årsverk i sykefraværstatistikken (Ose 2010). Lettere psykiske lidelser står for en stor og økende andel av sykefraværet i de fleste vestlige land. I følge Ose (2010) er kunnskapen om årsakssammenhengene begrenset. Det samme gjelder i hvilken grad dette er diagnoser som brukes til å kamuflere forhold som ikke gir rett til sykepenger (sosiale problemer, økonomiske vanskeligheter, konflikter på arbeidsplassen eller i familien osv). Både omfanget av sykefravær og helseproblemer øker med økende alder.

Bjørngaard med flere (2009) har foretatt en systematisk gjennomgang av den epidemiologiske litteraturen om uførepensjon i Norden. Gjennomgangen viser at det er sammenheng mellom trygding og en lang rekke subjektive og objektive mål på helse. Det gjelder høyt blodtrykk, for tidlig fødsel, kreft, overvekt med mer. I tillegg er det en omfattende litteratur som viser at selvopplevd dårlig helse, både fysisk og psykisk, er sterkt assosiert med forhøyet risiko for uførepensjonering. Psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser dominerer uførestatistikken. Tilsvarende som for sykefravær, er uførepensjonering sterkt assosiert med økende alder. Forfatterne konkluderer med at det på generelt grunnlag ikke er holdepunkter for å si at den norske befolkningens helse er blitt særlig svekket de siste tiårene. Andre årsaker enn sykdom i snever forstand antas derfor å forklare økningen i nye uførepensjonister.

I følge Ose med flere (2006) er det begrenset dokumentasjon på om fysisk aktivitet har effekt på sykefravær. Det finnes undersøkelser som tyder på at personer som er fysisk aktive på fritiden, har mindre sykefravær enn inaktive personer, men denne forskjellen kan skyldes sosioøkonomisk status. Brox og Frøystein (2005) har gjennomført et randomisert forsøk med fysisk aktivitet på arbeidsplassen blant 129 norske sykehjemsansatte i et halvt år. Forsøket førte verken til bedre helse relatert livskvalitet eller redusert sykefravær. En dansk satsing på styrketrening av nakkeskulderregionen har imidlertid gitt lovende resultater på nakkesmerter (Andersen med flere 2008

og Blangsted med flere 2008). Blangsted med flere (2008) målte også effekten på arbeidsevne og sykefravær. Det var ingen effekt verken på sykefravær eller arbeidsevne. Satsingen ble imidlertid gjennomført på ansatte med meget høy arbeidsevne og lavt sykefravær og det var sannsynligvis ikke mulig å senke fraværet ytterligere.

Ose med flere (2006) viser til at røyking og høyt alkoholforbruk er assosiert med økt risiko for sykefravær. Konklusjonene fra det begrensede antallet studier av sammenhengen mellom overvekt og fravær som foreligger, tyder på at overvektige personer har høyere sykefravær enn personer som ikke er overvektige. Sammenhengen mellom overvekt og sykefravær kan forklares ved at overvekt forårsaker sykefravær, at sykefravær forårsaker overvekt eller begge fenomener kan skyldes bakenforliggende forhold (se kapittel 7). I Ose (2010) konkluderes det med at det ikke har skjedd vesentlige endringer i kunnskapsgrunnlaget om sammenhengen mellom livsstil og sykefravær. Bjørngaard med flere (2009) skriver at flere studier har vist at risiko for uførepensjonering er assosiert med faktorer knyttet til livsstil, for eksempel røyking, alkoholbruk og kriminell atferd. Det er en del studier som kan tyde på at det er en sammenheng mellom overvekt og forhøyet risiko for uføretrygding.

6.3.2 Sosioøkonomisk status

Den norske befolkningens helse er god, men gjennomsnittstallene skjuler sosiale forskjeller i helse (St.meld. nr. 20 (2006–2007)). Helse varierer med utdanning, inntekt og yrke. Levealderen i befolkningen øker gradvis med økende inntekt. Det er mange årsaker til dette. Inntekt kan både virke direkte på helsen, det kan være slik at god helse fører til høyere inntekt og det kan være forhold som både påvirker inntekt og helse. For eksempel påvirker utdanning både inntekt og helse. Det er til dels store forskjeller i forventet levealder mellom yrkesgrupper, særlig blant menn. Mens en mannlig kokk i gjennomsnitt kan forvente å leve til han blir omtrent 71 år, kan en lektor forvente å bli nesten 10 år eldre. En kvinnelig servitør kan, statistisk sett, forvente å bli drøyt 79 år, mens en kvinnelig lektor i gjennomsnitt lever mer en fem år lenger. Det er flere mulige årsaker til slike sammenhenger. I tillegg til at det er en sammenheng mellom yrke og utdanning og inntekt, kan forskjeller i arbeidsmiljø utgjøre en forklaring. Forskjeller i helse relatert atferd som røyking, kosthold og fysisk aktivitet har også betydning. Videre

spiller ulike former for helsereelatert mobilitet en rolle.

Selv om arbeid kan innebære helsemessige belastninger, kan det å være i arbeid i seg selv være bra for helsen og å stå utenfor arbeidslivet bidra til helseproblemer. Sammenlignet med yrkesaktive, er helsetilstanden dårligere blant nesten alle grupper som står utenfor arbeidsmarkedet (Espen Dahl med flere 2010). Dette gjelder også grupper utenfor arbeidsmarkedet som ikke møtter helsereleterte ytelser, det vil si mottakere av ledighetstrygd og sosialhjelp. Det er særlig psykiske plager som er mer utbredt blant grupper som står utenfor arbeidslivet. Avstand til arbeidsmarkedet og tidsdimensjonen ser ut til både å henge sammen med helse og mulighetene til å komme tilbake til arbeidsmarkedet. Det kan skyldes en kombinasjon av at dårlig helse har ført til utstøting fra arbeidslivet og at helseproblemene forsterkes ved å stå utenfor arbeidslivet. Langtidsmottakere av sosialhjelp rapporterer om store og sammensatte helseproblemer selv om dette ikke er en helsereletert ytelse.

I likhet med de sosiale forskjellene i helse, er det også sosiale forskjeller i sykefravær og uførepensjon. Dette går fram av sykefraværstatistikken for helse- og omsorgssektoren som viser at gruppene med høyest utdanning har lavest sykefravær. I en undersøkelse av effekten av nedbemanning på sykepleieres sykefravær ble det avdekket en positiv sammenheng mellom sykefravær og utdanningsnivå og plassering i jobbhierarkiet (Røed og Fevang (2007)).⁴⁷ Personer med lav status og lav lønn har større sannsynlighet for å bli uføre enn de som arbeider i yrker med høy status og høy lønn (Fevang og Røed 2006). Epidemiologisk forskning om uførepensjon (Bjørngaard med flere 2009) viser at sosioøkonomiske forhold er av stor betydning for uførepensjonering i Norden. Det er en systematisk opphoping av mer negative forhold i grupper med kort utdanning og lav inntekt. I følge forfatterne har den epidemiologiske forskningen rettet det meste av oppmerksomheten mot individuelle årsaker til uførepensjonering, og denne forskning kan derfor ikke bidra til å forklare økningen i uførepensjonering det siste tiåret.

I tillegg til sosiale forskjeller i helse og livsstil, er det sosiale forskjeller i tilknytning til arbeidslivet (Bjørngaard med flere 2009). Unge uføre har hatt en løsere tilknytning til arbeidslivet enn eldre uføre, og har oftere mottatt sosialhjelp eller ledighetstrygd forut for uførepensjon. Det er grunn til

å tro at uførepensjonering blant unge har andre årsaker enn hos eldre.

6.3.3 Kjønnforskjeller

Kvinnens sykefravær har de siste tiårene vært mellom 50 og 60 prosent høyere enn sykefraværet for menn (Berger 2010). I fjerde kvartal 2009 var det samlede sykefraværet på 7,6 prosent, 6,1 prosent for menn og 9,4 prosent for kvinner. Kvinner har også høyere risiko for uføretrygding enn menn, i alle fall blant yngre voksne (Bjørngaard med flere 2009). Vanlige forklaringer på kjønnforskjeller i sykefravær er at de skyldes svangerskapsrelaterede lidelser, andre helseforskjeller, at kvinner lettere oppsøker helsevesenet, at kvinner er utsatt for en dobbel byrde med arbeid og ansvar for barn, og spesielle arbeidsbelastninger i yrker med stor andel kvinner.

Graviditet

En del av forskjellene i sykefravær mellom kvinner og menn gjelder svangerskapsrelatert fravær. Statistikk fra NAV viser at gravides sykefravær er betydelig høyere enn ikke-gravides i samme aldersgruppe. Forskjellen mellom kvinner og menn i legemeldt sykefravær er størst i aldersgruppene 25–29, 30–34 og 35–39 år. Siden kjønnforskjellene reduseres betydelig dersom gravide utelukkes fra analysene, tyder det på at svangerskap er en viktig forklaring på kjønnforskjellene i sykefraværet i de mest fertile aldersgruppene (Myklebø 2007).

Sykefraværstatistikken viser at det er store variasjoner mellom næringer når det gjelder sykefravær blant gravide. Sykefraværet blant gravide kvinner i alderen 20–39 år er høyest innen varehandel, hotell- og restaurantvirksomhet og i helse- og sosiale tjenester (Myklebø 2007). Sykefraværsnivået blant gravide i undervisning er relativt lavt. Forklaringen på forskjellene mellom næringene kan skyldes arbeidssituasjon og arbeidsoppgaver. Myklebø viser til en rekke undersøkelser der det er påvist sammenhenger mellom sykefravær blant gravide og arbeidsforhold som innebærer høye arbeidskrav, lav jobbkontroll, fysisk krevende arbeid og skiftarbeid. Flere av undersøkelsene konkluderer med at friske gravide arbeidstakere ofte blir sykemeldt fordi arbeidet oppleves som tungt og slitsomt. Det er imidlertid ikke dokumentert at arbeidslivet er blitt mer krevende de siste tiårene.

Røed og Fevang (2005) antyder at økningen i sykefravær blant gravide kan skyldes normendrin-

⁴⁷ Se nærmere omtale av undersøkelsen under punkt 6.4.1.

ger og at terskelen for å bli sykemeldt under graviditet kan ha blitt lavere. Økningen kan imidlertid skyldes at det er blitt vanskeligere å være til stede på jobb med mindre helseproblemer. Siden effekten av svangerskap på sykefravær har økt over tid og sykefraværet blant gravide synker med økende alder, bidrar imidlertid dette til å styrke hypotesen om at det har skjedd en normending blant de yngre.

Helseforskjeller

Bjørnstad (2006) og Dyrstad og Ose (2005) viser til studier som antyder at kjønnsforskjellene dels kan forklares med helseforskjeller. Kvinner og menn får ulike diagnoser av legene. Noen muskel- og skjelettlidelser som fibromyalgi, som det ikke finnes god behandling mot, er typiske kvinnesykdommer. Menn får derimot oftere sykdommer og skader som fører til tidligere død.

Kvinner har generelt lavere smertetoleranse, men dette er antagelig delvis hormonavhengig, og variasjon i smertefølsomhet varierer gjennom menstruasjonssyklus og det tyder på at dette i noen grad er hormonelt betinget. Kvinner rapporterer at funksjonsevne påvirkes mer av smerter, høyere smerteintensitet og lavere arbeidsevne i forhold til smerter (Stubbs med flere 2010). En eksperimentell undersøkelse av nakkesmerter under kontorarbeid, fant at kvinner rapporterte mye sterkere smerte enn menn (Strøm med flere 2009).

Pasientforflytninger medfører mekaniske eksponeringer som stiller krav til muskelstyrke og styrke i sener og ledd. Kvinner har lavere muskelstyrke enn menn og dette medfører at mekaniske belastninger er relativt større for kvinner. En ny kanadisk undersøkelse viser videre at muskelstyrke har avtatt siden begynnelsen av 1980-tallet og det er ingen grunn til å anta at dette ikke også gjelder den norske befolkningen (Shields med flere 2010).

Langtidsfravær øker risikoen for uførepensjonering (Gjesdal 2009). Siden det er flere kvinner enn menn som er langtidssykemeldt, har kvinner større risiko for å bli uførepensjonert.

Dobbel byrde

I kunnskapsoppsummeringen av samfunnsvitenskapelig litteratur (Kostøl 2010) drøftes hypotesen om den doble byrden (lønnet arbeid og hjemmearbeid). Hypotesen om dobbel byrde tar utgangspunkt i at kvinner med barn bruker nesten dobbelt så mye tid på arbeid i hjemmet som menn, og

derfor har høyere sykefravær enn menn. Mastek-aasa (2000) finner liten eller ingen støtte for denne hypotesen når han tester den på et stort norsk datamateriale.⁴⁸ Assosiasjonen mellom antall barn og sykefravær er svak og kan i stor grad relateres til luftveislidelser. Mønstrer er omtrent det samme for gifte kvinner og menn. Med unntak av luftveislidelser, har verken gifte kvinner eller menn med barn høyere sykefravær enn de som ikke har barn. Enslige kvinner (som aldri har vært gift) med barn har høyere sykefravær enn enslige kvinner uten barn. Det henger imidlertid sammen med at enslige kvinner (som aldri har vært gift) har meget lavt sykefravær, ikke at enslige kvinner med barn har spesielt høyt sykefravær. Et viktig funn var at ekteskapelig status har vel så stor betydning som antall barn for å forklare forskjeller i sykefravær. Det ble ikke funnet signifikante effekter på sykefravær verken for stillingsstørrelse eller utdanning.

Bratberg med flere (2002) mener at det kan være seleksjonsproblemer når denne sammenhengen undersøkes, og har gjort et forsøk på å kontrollere for at kvinner med flere barn trekker seg ut av arbeidslivet.⁴⁹ Arbeidsdeltakelsen avtar med antall barn og resultatene fra undersøkelsen kan tolkes som en indikasjon på at dobbel byrde kan ha effekt på kvinner sykefravær. Bjørngaard med flere (2009) konkluderer med at kvinner trolig i større grad enn menn oppleve en rollekonflikt mellom arbeid og omsorg for barn.

Kvinnedominerte arbeidsplasser

I helse- og omsorgssektoren er det en stor overvekt av kvinner, og siden sykefraværet blant kvinner er høyere enn blant menn, bidrar det til høyere sykefravær sammenlignet med andre næringer.

En hypotese er at både menn og kvinner står overfor spesielle utfordringer som fører til høyere sykefravær dersom deres kjønn er i mindretall på arbeidsplassen. En annen hypotese er at høyere sykefravær på kvinnedominerte arbeidsplasser skyldes utvikling av en fraværskultur blant kvinner. Hypotesen bygger på en teori om at kvinnedo-

⁴⁸ Datamaterialet er basert på to norske datasett: 1) Det nasjonale Arbeidstakerregisteret. Det er trukket et uvalg på 10 prosent av alle aktive arbeidsforhold 18. mai 1995 (190 947 personer). Analysene er begrenset til gifte personer i alderen 18 til 59 år (94 869 personer). 2) Den norske Censusundersøkelsen fra 1990 supplert med data fra ulike administrative registre. Analysene er foretatt på data om kvinner i alderen 18 til 59 år som ikke er statsansatt eller selvstendig næringsdrivende (99 742 personer).

⁴⁹ Basert på data fra KIRUT-databasen.

minerte arbeidskulturer i større grad vil dyrke feminine kjennetegn som sensitivitet, omsorg, empati osv., og dermed ha større toleranse for sykefravær enn det som vil være tilfellet på mannsdominerte arbeidskulturer. Mastekaasa (2005) har testet ut begge hypotesene på et stort datasett som er representativt for den norske arbeidsstyrken.⁵⁰ Resultatene tyder på at sykefravær blant menn i liten grad var relatert til kjønns-sammensetning av arbeidsplassen. Kvinner har imidlertid noe høyere sykefravær på kvinne-dominerte arbeidsplasser, og det taler imot hypotesen om at det å være i mindretall gir økt sykefravær. Resultatene er til en viss grad konsistente med hypotesen om fraværskultur, men sammenhengen er svak.

En tredje hypotese er at forskjellene i sykefravær skyldes at kvinner og menn har forskjellige jobber, også innenfor samme næring, og at det er kjennetegn ved arbeidet som er forklaringen. Begrunnelsen er at en del kvinne-dominerte arbeidsplasser er preget av relative lave lønninger, få karrieremuligheter og lav representasjon i lederstillinger. Samtidig er det uklart om kvinner er dårligere stilt når det gjelder arbeidsforhold generelt og mer spesielt når det gjelder helseeffekter av arbeid, blant annet fordi en del mer tradisjonelt mannsdominerte yrker er forbundet med relativ høy helserisiko. Det er også teorier som hevder at kvinner i større grad velger yrker som er mindre krevende og som lettere kan kombineres med familie enn det som er tilfellet for menn. Mastekaasa og Dale-Olsen (2000) har testet ut hypotesen på to store datasett som er representative for den norske befolkningen.⁵¹ Forfatterne konkluderer med at kjønnsforskjellene i sykefravær ikke kan forklares med at menn og kvinner har forskjellige jobber. Konklusjonen er basert på en sammenligning av menn og kvinner som både er i samme yrkeskategori og på samme arbeidsplass. Dette gjelder både for sykefravær generelt og for de mest sentrale diagnosekategoriene. Psykiske lidelser er et unntak.

⁵⁰ Utvalget er basert på Census-undersøkelsen (folketellingen) fra 1990 og supplert med data fra ulike administrative registre. Census-undersøkelsen er en utvalgsundersøkelse som inkluderer 10 prosent av befolkningen. Analysene er gjort på arbeidstakere i alderen 18-64 år. Selvstendig næringsdrivende og statsansatte (mangler data på sykefravær) er ikke inkludert. Kun arbeidsplasser med over 50 ansatte er inkludert. Totalt består utvalget av 156 972 individer.

⁵¹ Basert på et utvalg fra den norske Census-undersøkelsen fra 1990 som er supplert med data fra administrative registre, og et utvalg basert på registerdata om sykefravær fra 1995. Selvstendig næringsdrivende og statsansatte er ikke inkludert på grunn av manglende sykefraværstatistikk.

Kjønnsforskjellene i sykefravær kan altså bare delvis forklares med sykefravær relatert til graviditet og andre helseproblemer som er spesielle for kvinner. Videre ser belastninger knyttet til dobbel byrde med arbeid og ansvar for barn i liten grad ut til å bidra til forskjellene. Det er heller ikke holdpunkter for å konkludere med at forskjellene i sykefravær kan forklares med at kvinner har mer helsefarlig arbeid. Kvinner har høyere fravær enn menn også etter at det er kontrollert for graviditet, antall barn, lønn, utdanning og yrke (Kostøl 2010).

6.3.4 Psykologiske faktorer, oppfatninger, holdninger og verdier

Individuelle psykologiske faktorer som kan være relevante for sykefravær og uførhet inkluderer type atferd (mestre eller unngå), syn på arbeid (ufarlig eller skadelig), og følelser (stress, depresjon eller angst) (Linton 2010). Viktige faktorene på arbeidsplassen kan inkludere jobbtilfredsstillelse, tilknytning til arbeidsplassen og engasjement eller motivasjon. Forhold på arbeidsplassen omtales nærmere under kapittel 8.4.

Forestillinger og forventninger om, og oppfatninger og holdninger til helseplager og arbeid kan ha betydning for sykefravær, arbeidskapasitet og uførhet. Slike psykologiske faktorer kan spille en viktig rolle for om opplevde helseproblemer fører til sykefravær og uførhet. Mekanismene kan illustreres ved hjelp av to teoretiske modeller om sammenhengen mellom ulike psykologiske faktorer og sykefravær og utstøting. Den første modellen «The symptom perception model» tar utgangspunkt i at følelser og kognitive aspekter er av grunnleggende betydning for hvordan symptomer tolkes og dermed får konsekvenser for valg av mestringstrategi. Den andre modellen «The misdirected problem solving model» synliggjør mulige mekanismer som kan føre til at noen pasienter forblir sykemeldt og holder fast på en løsning som ikke gir bedre helse. Modellen er spesielt interessant for lidelser som ikke har noen klar årsak og diagnose, og som gjerne fører til at forsøk på å finne løsninger mislykkes.

«The fear-avoidance model» er basert på observasjoner av at frykten for smerter kan ha mer å si for uførhet enn smerten i seg selv (Leeuw med flere 2007). Modellen påpeker at pasienter som har som grunnleggende antakelse at smerten innebærer fare for forverring, vil unngå all aktivitet som kan gi smerter. Dette medfører frykt for å være aktiv og kan medføre frykt for å arbeide. Inaktivitet hindrer aktivitet som er nød-

vendig for restitusjon, og forhindrer at smertetilstanden leges. Dette blir en ond sirkel som ifølge modellen kan ende med passivitet, kroniske smerter og depresjon. Den grunnleggende antakelse om at smerten innebærer fare for forverring og at ingen ting nytter, kalles ofte for katastrofetenkning. Slike antakelser dannes gjennom informasjon fra helsepersonell, familie, venner, massemedia og internett. Linton (2010) viser til at flere oversiktsartikler gir empirisk støtte til at katastrofetenkning gir økt risiko for uførhet ved muskel- og skjelettmerter (Linton 2000, Sullivan med flere 2005, Leeuw med flere 2007 og Melloh med flere 2009). En sentral problemstilling i sammenheng med modellen er om helsepersonell kommuniserer på en måte som bidrar til katastrofetenkning, uten å være klar over det. Modellen hevder også at pasienter som får informasjon om at smerter under tilpasset aktivitet er normalt og ufarlig, vil være aktive og dermed bli friske. Det vises til gode resultater for noen lidelser der det er gitt spesifikke råd om aktivitet og informert om at forventet smerte er ufarlig (Malmivaara med flere 1995).

Disse teoriene synes å ha støtte blant mange som arbeider på feltet. I nyere medisinske modeller om helseplager understrekes det imidlertid at psykiske og somatiske faktorer ikke kan skilles fra hverandre. Det er blitt større oppmerksomhet om betydningen av å fremskaffe empirisk dokumentasjon om sammenhengen mellom psykologiske faktorer og arbeidsevne. Linton (2010) konkluderer med at psykologiske faktorer, inkludert oppfatninger, holdninger og verdier kan ha stor betydning som risikofaktor for lange sykemeldinger. Kort oppsummert innebærer dette at:

- sykemelding og uførhet kan være relatert til oppfatninger om årsaker til og konsekvenser av sykdom
- forventninger om effekten av problemet kan være sterkt relatert til det faktiske resultatet (lengden på sykemeldingen)
- personlige verdier om nytten av sykemelding kan påvirke bruken
- avvik mellom en persons verdier og organisasjonens verdier er assosiert med utbrenthet og uførhet

Linton (2010) mener videre at en mer grundig gjennomgang av litteraturen om betydningen av psykologiske faktorer for ryggmerter viser at psykologiske faktorer er knyttet til framtidige helseproblemer, sykefravær og uførhet. De viktigste forklaringsvariablene er frykt og forestillinger om at aktivitet bør unngås, katastrofetenkning,

bekymring, opplevd smerteintensitet, negative forventninger og egen opplevelse av funksjonsbegrensninger. Linton mener et det er grunnlag for å konkludere med at slike faktorer er relatert til framtidig sykefravær og uførhet. Selv om det er begrenset dokumentasjon på betydningen av forestillinger som involverer arbeidsplassen, mener Linton at følgende faktorer skiller seg ut som relevante: forestillinger om at arbeid er farlig og at uførheten vil bli forlenget, frykt for at arbeid vil føre til at skaden gjenoppstår, manglende jobbtilfredshet og bekymring for at det vil bli problematisk å komme tilbake i jobb.

6.4 Faktorer i arbeidsmiljøet

Det foreligger mye forskning om betydningen av arbeidsfaktorer for helse, og i kunnskapsoppsummeringen om betydningen av arbeidsfaktorer (Knardahl med flere 2010) konkluderes det med at faktorer i arbeidsmiljøet kan ha betydning for helseproblemer som hjerte- og karsykdom, muskel- og skjelettlidelser og depresjon. Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami) har foretatt en systematisk gjennomgang av forskningen om arbeid som årsak til muskelskjelettlidelser (Knardahl med flere 2009). Flere av de arbeidsfaktorene som har betydning for helsen går igjen i en rekke yrker. I følge kunnskapsoppsummeringen (Knardahl 2010) er det langt på vei de samme faktorene som både kan bidra til sykefravær, nedsatt arbeidsevne og uførhet.

I kunnskapsoppsummeringen er det bare en relevant undersøkelse som omhandler betydningen av forhold i arbeidsmiljøet i helse- omsorgs-sektoren for uførhet (Friis 2008). En rekke faktorer i arbeidsmiljøet kan imidlertid ha betydning både for sykefravær og uførepensjonering. Høye biomekaniske krav ser ut til å gi økt risiko for uførepensjon blant sykepleiere. Lav kontroll i arbeidet ser ut til å gi økt risiko for uførepensjon og fast kveldsarbeid og nattarbeid ser ut til å gi økt risiko for uførhet sammenlignet med dagarbeid.

Det finnes svært få undersøkelser av faktorer som påvirker arbeidsevne som er relevante i denne sammenhengen. Det er få undersøkelser som har målt arbeidsevne med objektive metoder (funksjonsevne). Kunnskapsoppsummeringen inkluderer fire undersøkelser som har målt arbeidsevne med verktøyet «Work ability index» (Tuomi med flere 1991, 1997 og 2004, og Feldt med flere 2009). Alle undersøkelsene er utført i Finland. Ingen er utført på helse- og omsorgsarbeidere. To av undersøkelsene har fulgt de

ansatte i 10 år. I alle disse undersøkelsene ble det funnet faktorer som bidro til redusert eller økt arbeidsevnen. Knardahl med flere (2010) konkluderer med at både mekaniske og psykososiale faktorer ser ut til å påvirke arbeidsevnen blant personer som i utgangspunktet er friske og i arbeid. Funnene av sammenhengen mellom arbeidsevne, arbeidsbelastning og kontroll over egen arbeidssituasjon, samsvarer i stor grad med to tidligere litteraturgjennomganger (Slebus med flere 2007 og van den Berg med flere 2009).

I følge de finske undersøkelsene kan følgende faktorer bidra til økt arbeidsevne: Selvbestemmelse (kontroll), klima i organisasjonen, muligheter for utvikling, jobbtilfredshet, økt tilfredshet med ledelsen, organisasjonstilørighet, reduksjon i fysiske krav, bedre arbeidsstillinger, mindre støy og uro i arbeidsmiljøet og reduksjon i mentale krav. Tilsvarende viste undersøkelsene at følgende faktorer kan bidra til redusert arbeidsevne: Mekaniske eksponeringer, fysisk tungt arbeid, skiftarbeid, arbeid stående på ett sted (store deler av arbeidstiden), lav kontroll (selvbestemmelse), rolleklarhet (uklar informasjon om forventninger, avgrensning av oppgaver og ansvarsområde, og kvalitetskrav), og redusert tilfredshet med arbeidslokaler og redskap. En rekke av disse faktorene har betydning for helse, sykefravær og arbeidsevne, og de fleste kan endres ved systematisk forbedringsarbeid og utviklingsarbeid.

6.4.1 Organisatoriske forhold: organisasjonsendringer, ansettelsesformer og arbeidstidsordninger

Organisatoriske forhold omfatter ansvarsforhold, størrelse på og organisering av enheter og grupper, arbeidstid, skiftordninger og formelle kommunikasjonskanaler (Knardahl med flere 2010). Faget organisasjonspsykologi omfatter psykologiske og sosiale forhold som for eksempel effekten av belønningssystemer på motivasjon, engasjement, tilknytning til arbeidsplassen, ønske om å skifte arbeid, jobbtilfredshet og fravær. Det er en glidende overgang mellom organisatoriske forhold og psykologiske og sosiale forhold.

I kunnskapsoppsummeringen av samfunnsvitenskapelig litteratur (Kostøl 2010) argumenteres det for at personer som jobber i en virksomhet som omstrukturerer og nedbemanner kan oppleve at det fører til økte krav på jobben kombinert med redusert påvirkningskraft. Røed og Fevang (2007) har gjennomført en undersøkelse av sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten⁵² som har

vært utsatt for større organisatoriske endringer på 1990-tallet. Sykepleiere som ikke opplevde nedbemanning ble brukt som sammenligningsgruppe. Store endringer i antall årsverk og gjennomsnittet ble brukt som indikator på organisatoriske endringer. Formålet var å avdekke om det er en sammenheng mellom trygdeavhengighet, sykefravær og organisatoriske endringer for ansatte i helse- og omsorgssektoren. Undersøkelsen viste at 14 prosent av sykepleierne i utvalget hadde opplevd en reduksjon i årsverk på over 20 prosent i løpet av perioden, og at 36 prosent hadde opplevd en nedbemanning på minst 10 prosent. Analysene viste at de som opplevde 20 prosent nedbemanning hadde økt sannsynligheten for å få et nytt sykefraværstilfelle og redusert sannsynligheten for å returnere til arbeidslivet. Sannsynligheten for overgang til andre trygdeordninger var også høyere. Mindre nedbemanninger ble ikke funnet å ha noen effekt av betydning. Sykehusreformen fra 2002 påvirket ikke sykefraværet, men økte sannsynligheten for overgang til andre trygdeordninger. Forfatterne konkluderer med at det er viktig å forstå virkninger av nedbemanning og effektivisering for å unngå at ineffektive tiltak blir innført. Dette er funn som støttes av flere internasjonale studier (Kivimaki med flere 2000, Kivimaki med flere 2001, Vahtera med flere 2004). En svensk undersøkelse av endringer i bemanning fant at rask bemanningsøkning kan føre til økt sykefravær, særlig hos kvinner i offentlig sektor (Westerlund med flere 2004). Studien fant videre at moderat nedbemanning kan føre til økt fravær.

En av undersøkelsene i kunnskapsoppsummeringen om betydningen av arbeidsfaktorer (Knardahl med flere 2010) har sett på betydningen av ansettelsesform. Resultatene viser at midlertidig ansatte har mindre sykefravær enn fast ansatte. Videre viser undersøkelsen at sykefraværet for de som har vært midlertidig ansatt øker til samme nivå som øvrige ansatte når de blir fast ansatt. I studien konkluderes det med at dette ikke skyldes at arbeidstakerne blir mindre interessert i å stille opp på jobb. Det går videre fram av en av undersøkelsene som er inkludert i kunnskapsoppsummeringen at sykepleiere som er teamorganisert rundt pleieoppgavene har mindre sykefravær enn kolleger som er tilknyttet faste pasienter. Forfat-

⁵² Datagrnnlaget er basert på en kobling mellom månedlig oppdaterte administrative registerdata og arbeidsgivernes ansettelsesregistre. Utvalget er avgrenset til sykepleiere ansatt i kommune eller fylkeskommune over tidsperioden 1992-2000 som ikke mottok noen form for trygd i slutten av oktober 1992. Totalt består utvalget i overkant av 43 000 individer hvorav over 95 prosent er kvinner.

terne understreker imidlertid at effekten kan være overestimert fordi det var stor utskiftning i gruppen med lavt sykefravær i løpet av prosjektet. Se også omtalen av undersøkelsen til Ichino og Riphahn (2005) som har studert effekten av å innføre et sterkt stillingsvern, i avsnitt 6.5.1.

I kunnskapsoppsummeringen om betydningen av arbeidsforhold (Knardahl med flere 2010) konkluderes det med at alle undersøkelser av kvelds- og nattarbeid tyder på høyere sannsynlighet for sykefravær og uførhet sammenlignet med de som jobber på dagtid (Eriksen med flere 2004a, Tüchsen med flere 2008 og Friis 2008).

6.4.2 Fysisk arbeidsmiljø

I kunnskapsoppsummering om betydning av faktorer i arbeidsmiljøet (Knardahl med flere 2010) viser alle de inkluderte studiene at risikoen for sykefravær øker med mekanisk belastning (biomekaniske krav). Biomekaniske krav er krav om å bruke krefter eller utføre bestemte bevegelser (med muskelskjelettsystemet). Tunge løft øker bare risikoen for muskelskjelettlidelser hvis løftet er kombinert med dreining av ryggen eller foroverbøyning. Pasientforflytninger og pasientløft øker risikoen for sykefravær (Eriksen med flere 2004a, Koehoor med flere 2006).

Når det gjelder effekten på arbeidsevne, viser de longitudinelle studiene fra Finland at mekanisk eksponering har betydning for utviklingen av arbeidsevne over tid. Særlig det å måtte stå oppreist store deler av arbeidsdagen er assosiert med en reduksjon i arbeidsevne. Motsatt var en reduksjon i belastende arbeidsstillinger, spesielt reduksjon i ensidig og gjentakende arbeid, assosiert med forbedret arbeidsevne i observasjonsperioden.

To studier viser at dårlig fysisk arbeidsmiljø (støy, skitt og uro) er assosiert med dårligere arbeidsevne, og at redusert tilfredshet med materielle arbeidsbetingelser var relatert til redusert arbeidsevne (Toumi med flere 1991 og 1997).

6.4.3 Psykososialt arbeidsmiljø

Psykologiske jobbkrav: tidspress og arbeidsbelastning

Psykologiske jobbkrav som tidspress og arbeidsbelastning har i følge flere av undersøkelsene som inngår i kunnskapsoppsummeringen om arbeidsfaktorer (Knardahl med flere 2010) betydning både for sykefravær og uførepensjon.

Psykologiske og sosiale krav omfatter både kvantitative krav, kvalitative krav og krav til sosi-

ale interaksjoner. Kvantitative krav består av tidspress og tempo, og arbeidsmengde uavhengig av tempo. Kvalitative krav består av vanskelighetsgrad og kompleksitet, krav om stadig å lære noe nytt, krav om problemløsning og krav om kvalitet på arbeidet som utføres. Krav til sosiale interaksjoner er krav som stilles til kunde- og klientbehandling og til å arbeide i grupper eller arbeidslag. Opplevelse av tidspress og høy arbeidsbelastning kan øke sannsynlighet for sykefravær (se Kivimäki med flere 2001, Rauhala med flere 2007).

Kunnskapsoppsummeringen viser videre at effekten av høye psykologiske krav er blandet når det gjelder effekt på arbeidsevne. En av studiene fant at reduksjon i mentale krav var assosiert med bedret arbeidsevne (Toumi med flere 2004), mens to andre studier ikke fant støtte for en slik sammenheng (Toumi med flere 1991).

Rollekonflikter og rolleklarhet

I kunnskapsoppsummeringen om betydningen av arbeidsfaktorer (Knardahl med flere 2010) vises det til at rollekonflikter øker sannsynligheten for sykefravær. Rollekonflikt innebærer at to roller eller forventninger som en person skal fylle er i konflikt med hverandre, for eksempel krav til kvalitet versus tilgjengelig tid. Rollekonflikter kan også handle om motsetninger mellom en persons verdinormer og arbeidsoppgaver, eller om informasjon som er selvmotsigende (Eriksen med flere 2004b). Eksempler på rollekonflikter kan være at det ikke er mulig å utføre alle tildelte oppgaver på en tilfredsstillende måte, at oppgaver som den enkelte mener er viktig å utføre ikke er prioritert av ledelsen, og at oppgavene er i strid med egen etikk.

Rolleklarhet innebærer at informasjonen om de forventninger som stilles er uklar. Både avgrensning av oppgaver og ansvarsområde og informasjon om hvilke kvalitetskrav som gjelder kan være uklar. Rolleklarhet synes i følge Knardahl med flere (2010) å øke sannsynligheten for nedsatt arbeidsevne.

Kontroll over egen arbeidssituasjon

Ofte deles faktoren kontroll inn i to dimensjoner: kontroll over egne arbeidsoppgaver (autonomi) og medbestemmelse og deltakelse i beslutninger. Kontroll vil si mulighet for selv å gjøre valg av prosedyrer, disponering av tid, arbeidstempo og mulighet for pauser. Autonomi omfatter også mulighet for å velge arbeidstid i form av «fleksitid», overtid og skiftordning. Kontroll over sosiale

interaksjoner innebærer mulighet til å velge når og hvordan kunde- og klientbehandling skal utføres og eventuelt deltakelse i gruppearbeid (teamwork). Medbestemmelse og deltakelse omfatter muligheter for å delta i beslutninger. Informasjon om endringer, planer eller virksomhetens tilstand kan ha betydning for medbestemmelse.

Når det gjelder sammenhengen mellom psykologiske, sosiale og organisatoriske forhold og arbeidsevne, viser kunnskapsoppsummeringen (Knardahl med flere 2010) at lav grad av selvbestemmelse og innflytelse gir økt risiko for redusert arbeidsevne. To av studiene viste at økning i kontroll er assosiert med bedret arbeidsevne (Tuomi med flere 2004 og Feldt med flere 2009).

Kombinasjonen av høye krav og lav kontroll

Kunnskapsoppsummeringen om betydningen av arbeidsfaktorer (Knardahl med flere 2010) drøfter også forholdet mellom jobbkrav og kontroll. Kravkontroll-hypotesen hevder at stillinger med høye krav og lav kontroll over egen arbeidssituasjon fører til uheld og sykdom (Karasek 1979). Høye jobbkrav kombinert med lav innflytelse øker risikoen for sykefravær blant helse- og omsorgspersonell, både generelt og på grunn av muskel- og skjelettplager spesielt (Verhaegh med flere 2003, Koehoorn med flere 2006 og Kivimäki med flere 2001).

Sosiale samspill: støtte og kultur

Undersøkelsene som inngår i kunnskapsoppsummeringen viser at lav sosial støtte fra leder og kolleger gir økt risiko for sykefravær (Eriksen med flere 2003b, 2004a og b, Verhaeghe med flere 2003, og Bourbonnais med flere 2001). Videre har enkelte av studiene funnet at reduserte muligheter for anerkjennelse er assosiert med forverring av arbeidsevne (Tuomi med flere 1997). I en av studiene ble det ikke funnet noen sammenheng mellom sosial støtte og endring i arbeidsevnen over tid.

Sosial støtte handler om interaksjon med ledere og kolleger som innebærer hjelp og støtte eller løfte om slik støtte. Kilder til sosial støtte er både sideordnede kolleger og over- og underordnede i bedriften. Det skilles vanligvis mellom fire former for støtte: 1) emosjonell støtte som innebærer at kolleger er vennlige og positive, 2) instrumentell støtte som betyr å få hjelp eller forventning om å få hjelp når det er behov for det, 3) informasjonsstøtte som handler om å få formell og uformell informasjon om det som skjer på arbeids-

plassen, og 4) evalueringsstøtte som betyr at det gis tilbakemeldinger på opptreden og utføring av arbeidet.

Resultatene fra kunnskapsoppsummeringen av arbeidsfaktorer (Knardahl 2010) tyder også på at det er en sammenheng mellom virksomhetskultur og sykefravær. En kultur preget av mistenksomhet ser ut til å øke medarbeidernes sykefraværskisiko, mens en oppmuntrende og støttende kultur ser ut til å ha den motsatte effekten. En kultur med et klima som sjelden eller aldri oppleves som støttende og oppmuntrende gir økt risiko for sykefravær (Eriksen med flere 2004a). Kultur kan defineres som et mønster av grunnleggende antakelser som er utviklet av en bestemt gruppe mennesker for å mestre tilpasning til omverdenen og indre integrering, og som har virket godt nok til å betraktes som gyldige, og som derfor læres til nye medlemmer som den korrekte måten å oppfatte, tenke og føle på i forbindelse med disse problemene (Schein 1990). Videre tyder enkelte studier på at godt klima i organisasjonen er assosiert med bedre arbeidsevne (Feldt med flere 2009).

Rettferdig organisasjon og lederatferd

En av studiene i kunnskapsoppsummeringen om betydningen av arbeidsfaktorer (Knardahl med flere 2010) fant at økt tilfredshet med ledelsen var assosiert med forbedret arbeidsevne. Studier fra Whitehall og Finland viser at ansatte som opplever at organiseringen av virksomheten eller ledere er lite rettferdige, har økt risiko for sykefravær. Det er to hoveddimensjoner av rettferdig ledelse: 1) Organisatorisk rettferdighet består av formelle ordninger og praksis for å sørge for lik og korrekt behandling av ansatte og for at den enkelte skal bli hørt og få framføre sin mening. 2) Relasjonsrettferdighet omfatter lederes redelighet, ærlighet og lik behandling av de som ledes. Begrepet «rettferdig» er problematisk. Det brukes både om lik behandling av individer, like rettigheter og om korrekt behandling (rimelighet). Undersøkelser som har funnet sammenhenger mellom relasjonsrettferdighet og helse har målt relasjonsrettferdighet med spørsmål som omfatter leders omtanke, snillhet, sosial støtte og sannferdighet. Dette er med andre ord en svært sammensatt faktor, sannsynligvis flere faktorer som kan virke sammen.

Trusler og vold

Negative faktorer knyttet til pasient- og klienthåndtering gir økt risiko for sykefravær. Forhold

som vold, trusler og krav om å skjule følelser øker sannsynligheten for sykefravær blant helsepersonell. Ansatte som ofte føler seg utsatt for vold eller trusler fra klienter eller pasienter har økt risiko for sykefravær (Rugulies og medarbeidere 2007).

6.5 Faktorer på samfunnsnivå

6.5.1 Konjunktursvingninger

Kostøl (2010) viser til en mye omtalt norsk studie av Bjørnstad og Solli (2006) som finner klare konjunktursvingninger i sykefraværet. I økonomisk teori forklares slike svingninger i sykefraværet med disiplineringshypotesen og sammensetningshypotesen (Leigh 1985).

Disiplineringshypotesen og sammensetningshypotesen

Ichino og Riphahn (2005) har studert effekten av å innføre et sterkt stillingsvern etter en tremåneders prøveperiode i en italiensk bank.⁵³ Under prøveperioden kunne ansatte bli sagt opp uten særlig sterkt grunnlag og flere personer mistet jobben. Det forutsettes at en eventuell økning i sykefravær ikke skyldes sesongvariasjon. Resultatene viste at menn tredoblet fraværet etter endt prøveperiode. Kvinnenes relative økning i sykefravær var mye lavere. Resultatene indikerer at kvinner i mindre grad disiplineres av svakt stillingsvern.

En svensk studie (Lindbeck med flere 2006) har sett på om en reform i 2001, som endret stillingsvernet i små bedrifter i Sverige, har ført til endringer i sykefraværet.⁵⁴ Reformen påvirket både sammensetningen i bedriftene og atferden til dem som ble igjen i de reformerte bedriftene. Ansatte som ble igjen i de mindre bedriftene reduserte fraværet på grunn av sterkere disiplineringsmotiv, og sammensetningen av arbeidstokken i bedriftene ble endret ved at de større bedriftene tiltrakk seg personer med høyere fravær.

I kunnskapsoppsummeringen (Kostøl 2010) konkluderes det med at den samfunnsvitenskapelige litteraturen gir empirisk støtte for at sterkt stillingsvern reduserer den disiplinerende effek-

ten, som risiko for å miste arbeidet, har på sykefraværet.

I en nylig gjennomført studie ved Frischsenteret (Biørn med flere 2010) avviser forfatterne hypotesen om at økningen i sykefraværet i Norge fra begynnelsen av 1990-tallet er et resultat av en mer vellykket integrering av arbeidstakere med dårlig helse i arbeidslivet i den samme perioden. Forfatterne avviser også hypotesen om at økningen i sykefravær skyldes at nye kohorter med andre holdninger til arbeid er blitt inkludert i arbeidsstyrken.

Passiviseringshypoteser

Lange sykefravær kan resultere i svekket tilknytning til arbeidslivet gjennom tap av ansiennitet, kompetanse eller redusert mulighet til avansement (Kostøl 2010). Arbeidsledighet og midlertidig uførhet kan føre til tap av individuelle ressurser og sektorspesifikk kompetanse. Slike forhold kan påvirke den selvopplevde helsen og ha en negativ effekt på framtidig inntekt, som igjen kan påvirke beslutningen om å søke permanent uførepensjon. Det betyr at hypoteser som ser på gevinster ved å stå i arbeid kan være vel så egnet som hypoteser som fokuserer på passiviserende effekter av sykefravær.

En norsk studie av Rege med flere (2009) har sett på effekten på fremtidig helse og uførepensjonering av å jobbe i en bedrift som blir nedbemannet.⁵⁵ Personer som arbeidet i bedrifter med over 60 prosent nedbemanning hadde 24 prosent større sannsynlighet for å bli uførepensjonert i 2001 enn de som jobbet i en bedrift som ikke ble nedbemannet. Effekten av nedbemanning på uførepensjonering er særlig sterk for arbeidstakere med dårlig helse, lav utdannelse, lav inntekt og høy alder. I tillegg fører det å arbeide i en bedrift med nedbemanning til en reduksjon i fremtidig arbeidsinntekt. På bakgrunn av dette har forskerne testet en hypotese om at det er tapt fremtidig inntekt som driver økningen i uførepensjonering. Analysen viste imidlertid at nedbemanning har effekt på dødelighetsratene og at det derfor kan være helsefaktorer som fører til endringer i uførepensjonering. I tillegg fant de at arbeidstakere med mye sykefravær har en dobbelt så stor sannsynlighet for å havne på uføretrygd ved ned-

⁵³ Datamaterialet er ukentlige observasjoner for 545 menn og 313 kvinner mellom 1993 og 1995.

⁵⁴ Det er benyttet registerdata med informasjon om arbeidsted, arbeidsgiver og antall dager kompensert fra det svenske rikstrygdeverket for å besvare spørsmålet om stillingsvern. Fravær under de 14 dagene i arbeidsgiverperioden er ikke inkludert.

⁵⁵ Datamaterialet hentes fra registre under perioden 1995 til 2001. Nedbemanning er definert som endringen i heltidsansatte fra 1995 til 2000 og uføretidspunkt er satt til 2001, som gjør det nødvendig å ha en øvre grense på alder lik 60 i 1995 fordi de eldre vil med større sannsynlighet alderspensjoneres i løpet av perioden.

bemanningsnivå enn andre. Dette illustrerer viktigheten av å se sykefravær og uføretrygd i sammenheng, særlig betydningen av sykefravær som det første steget på vei ut av arbeidslivet. Bedrifter som nedbemanner, har ventelig gått dårlig i lengre tid og resultatene fra studier av nedbemanningsbedrifter kan derfor bli preget av seleksjonseffekter.

En annen norsk studie som har sett på effekten av nedbemanning er Huttunen med flere (2010). Studien omfatter mannlige industriarbeidere mellom 25 og 55 år som jobbet i bedrifter som ble nedbemannet med mer enn 30 prosent eller jobbet i en bedrift som ble lagt ned i perioden mai 1991 til mai 1992.⁵⁶ Arbeidstakere som ikke var i nedbemannede eller nedlagte bedrifter utgjorde sammenligningsgruppen. Det var nesten ingen forskjell i yrkesdeltakelse syv år etter nedbemanning for arbeidstakere som ble igjen i arbeidsstyrken, men det var en liten effekt på lønn. For arbeidstakere som mistet jobben var det en relativt sterk effekt av nedbemanning, med 5 prosent økt sannsynlighet for å forlate arbeidsstyrken syv år senere.

Bratsberg med flere (2010) har studert sammenhengen mellom lav arbeidsledighet og høy andel utføretrygd. Norge er, sammen med de andre skandinaviske land, blant de seks landene i verden med høyest andel av uføretrygdede samtidig som arbeidsledigheten er oppsiktsvekkende lav. Forskerne stilte spørsmål ved om uføretrygding er arbeidsledighet i forkledning, og undersøkte om dårligere arbeidsutsikter (eventuelt kombinert med dårligere helse) kunne være årsaken til økningen i uførepensjonering i Norge.⁵⁷ Veien til uføretrygd er ofte lang og komplisert og det er nødvendig med arbeidsmarkedshistorikk for personer i risikozonen og informasjon om midlertidig uførepensjonering og andre utfall for å identifisere årsakene. Undersøkelsen så på om personer endte på midlertidig eller permanent uførepensjon utenfor arbeidsstyrken i løpet av en fireårsperiode, eller på permanent uførepensjonering innen seks år fra startdato. Resultatene viste at menn som jobbet i en konkursrammet bedrift hadde 4,8 prosent økt sannsynlighet for midlertidig eller permanent uførepensjonering. Sannsynligheten økte med 7,1 prosent for å falle ut av

arbeidsstyrken. For kvinner var effekten henholdsvis på 4,4 og 9,8 prosent. Videre viste undersøkelsen at 10 prosents forverring i de industrispesifikke arbeidsmarkedsutsiktene økte sannsynligheten for uførepensjonering med 1,7 prosent for både kvinner og menn.

I kunnskapsoppsummeringen av samfunnsvitenskapelig litteratur (Kostøl 2010) konkluderes det med at å miste jobben på grunn av nedbemanning ser ut til å gi økt sannsynlighet for uførepensjonering. Tap av sektorspesifikk kompetanse og individuelle ressurser er sannsynligvis viktige for beslutningen om å søke uførepensjon. Samtidig er det mulig at det å miste jobben sammenfaller med en negativ utvikling i helsen på veien mot uføretrygd fordi prosessen etter nedbemanning eller nedleggelse er lang og krevende.

6.5.2 Økonomiske insentiver

Den norske sykelønnsordningen er sjenerøs sammenlignet med ordninger i andre land. Med noen viktige unntak har land med sjenerøse sykelønnsordninger det høyeste sykefraværet (Dyrstad og Ose 2005). Ekspertgruppen som har vurdert administrative tiltak for å redusere sykefraværet mener at det er hevet over enhver tvil at en reduksjon i lønn ved sykefravær vil føre til en reduksjon i det totale sykefraværet (Ekspertgrupperapport 2010).

I kunnskapsoppsummeringen av samfunnsvitenskapelig litteratur om sykefravær og utstøting fra arbeidslivet (Kostøl 2010) drøftes kunnskapen om effekt av endringer i økonomiske insentiver med utgangspunkt i studier av endringer i den svenske sykelønnsordningen, og studier fra USA, Canada og Norge om effekten av økonomiske insentiver på uførepensjonering.

Hypotesen om at en innstramming av sykelønnsordningen vil føre til redusert sykefravær, er basert på en forutsetning om at bytteforholdet mellom inntekt og fritid vil påvirke fraværstenden. Tilsvarende kan en anta at en tilstrekkelig reduksjon i inntekten ved uførepensjonering vil føre til at personer med nedsatt arbeidsevne i større grad vurderer å arbeide framfor å motta uførepensjon. Tilnærmingen gir rom for at det er grupper som kan være så syke at de ikke reagerer, eller i liten grad reagerer på endringer i økonomiske insentiver.

En undersøkelse, basert på paneldata for arbeidere i manuelle yrker, tyder på at en innstramming av den svenske sykelønnsordningen førte til en reduksjon i sykefraværet (Johansson og Palme 2002). Sykefraværet ble redusert som

⁵⁶ Studien er basert på registerdata.

⁵⁷ Datamaterialet er hentet fra ulike administrative registre på personnivå og bedriftsdata med informasjon om konkurser for å skille nedbemanning fra omstrukturering fra perioden 1992 til 2007. Utvalget er begrenset til personer som jobber i private bedrifter med mer enn 10 ansatte og som er i alderen 20 til 63 år ved begynnelsen av en fireårsperiode.

følge av en økt kostnad for den enkelte. En annen studie av den samme reformen viste imidlertid at det var en sammenheng mellom reformen og en økning i fraværslengden for tilfeller over tre måneder (Johansson og Palme 2005). For den aktuelle arbeidstakergruppen førte reformen til en økning i fraværet fordi varigheten av fraværene gikk opp. Det kan forklares med at de som hadde lengre sykefravær økte fraværstiden i frykt for å få et nytt tilbakefall som ville resultert i ytterligere inntektstap. Resultatene fra disse undersøkelsene taler for at effekten av økonomiske insentiver ikke er entydig. Det er uklart hvordan effekten av en reduksjon i sykelønn påvirker de lengre sykefraværstilfellene, spesielt dersom endringen i sykelønn skjer etter en trappetrinnsmodell som i Sverige. Innføring av karenisdager kan føre til en økning i det totale fraværet fordi noen vil frykte det potensielle inntektstapet de første dagene under et eventuelt nytt sykdomstilfelle.

Til tross for at en sjenerøs sykelønnsordning i Norge, taper arbeidstakerne økonomisk på sykefraværet på lengre sikt. Markussen (2010) har studert de individuelle kostnadene av sykefravær og har anslått at den fremtidige inntekten reduseres med 1,2 prosent for hver proSENTS ekstra sykefravær. Lønnstapet skyldes delvis at sykemeldte arbeidstakere får mindre lønnstillegg enn andre. I tillegg øker sykefravær risikoen for å miste jobben. Halvparten av inntektsreduksjonen skyldes at sannsynligheten for å stå i arbeid i framtiden er lavere for personer med høyt fravær. Det er anslått at en økning i sykefraværet på 1 prosent fører til 0,5 prosent økt risiko for å stå uten arbeid to år senere.

To norske undersøkelser har sett på effekten av endringer i uførepensjonen på arbeidsdeltakelse. Den ene undersøkelsen, som er basert på registerdata (Bratberg 1999), viste at arbeidsinntekten hadde større effekt på valget om å gå fra arbeid til uførepensjon enn størrelsen på pensjonen. Selv om analysen sannsynligvis fanger opp endringer i helsetilstand, kan det være andre kilder til seleksjon som for eksempel motivasjon, evner eller selvopplevd helse. En annen norsk undersøkelse (Brinch 2009) benytter innfasingen av pensjonssystemet for årskullene 1937–1940 som naturlig eksperiment for å identifisere effekten av økt pensjon. Undersøkelsen er avgrenset til menn i femtiårene og det er brukt paneldata fra 1992–2004 for å undersøke effekten av endringer i uføretrygden på uføretrygding. Menn med tjenestepensjon, som dermed ikke ble berørt av innfasingen, ble brukt som sammenligningsgruppe. Resultatene viste at en proSENTS økning i kompen-

sasjonen økte sannsynligheten for å velge uførepensjon med fra en til sju prosent.

I kunnskapsoppsummeringen (Kostøl 2010) drøftes problemet med å identifisere hvilken effekt en endring i størrelse på uførepensjonen faktisk har for valget mellom arbeid og uførepensjon, og hva som skyldes andre forhold som for eksempel endring i opplevd helse og arbeidsevne. Det vises til at Bound (1989) kritiserer den eksisterende amerikanske litteraturen for ikke å ta hensyn til seleksjonsproblemer og dermed overdrive effekten av endringer i størrelsen på uførepensjonen. To studier (Gruber 2000 og Campolieti 2004) av reformer i det canadiske pensjonssystemet, som har karakter av å være naturlige eksperimenter, illustrerer at effekten av en økning i pensjonen påvirkes av strengheten i regimet rundt uførepensjonering. Det betyr at det er vanskelig å generalisere fra studier gjort innenfor andre trygderegimer, til det norske trygdesystemet. Økonomiske insentiver spiller sannsynligvis en rolle både for uførepensjonering og sykefravær, men det er nødvendig å se dette i sammenheng med utformingen av trygdesystemet som helhet (Kostøl 2010).

6.5.3 Sykemelders rolle som portvakt

Ekspertgruppen, som har vurdert administrative tiltak for å redusere sykefraværet, viser til at legen som sykemelder i mange tilfeller har en vanskelig dobbeltrolle gjennom både å være behandler og støttespiller for pasienten, og «portvokter» i forhold til trygdesystemet (Ekspertergrupperapport 2010). Selv om NAV formelt er den ansvarlige instansen, er det sykemelder som ivaretar portvokterrollen, fordi praksisen er at sykemelders anbefaling godtas. I 80 prosent av tilfellene er det fastlegen som er sykemelder. Andre sykemeldere er sykehusleger, privatpraktiserende spesialister og andre sykemeldere (kiropraktorer, manuell terapeuter og psykologer i prøvetylker).

Det er gjennomført en rekke norske studier av legens rolle som portvakt, som drøftes i kunnskapsoppsummeringen av samfunnsvitenskapelig litteratur (Kostøl 2010). Guldbrandsen med flere (2002) har gjennomført en analyse av 24 spørsmål fra legekårsundersøkelsene i 1993 og 2000 som viser at nesten halvparten av alle spurte leger hadde utformet legeerklæringen for å styrke pasientens krav og mer enn halvparten svarte at de ofte eller tidvis lot pasientens ønske overstyre deres eget medisinske skjønn. Aakvik med flere (2010) har brukt registerdata fra Norge for å studere om fastlegens egenskaper og kjennetegn har en betydning for fraværslengde.⁵⁸ De finner at det

er pasientenes egenskaper som avgjør lengden på sykefraværet og at legers praksis og holdning til rollen som portvakt hadde liten betydning for sykefraværet i 2003. Markussen (2009) har brukt paneldata fra 2001 til 2005 og har tilsvarende problem med å identifisere effekt av observerte egenskaper ved fastlegen på sykefravær. De finner imidlertid at leger som er strenge med å skrive ut sykemeldinger har færre pasienter, både relativt og i forhold til ønsket antall, enn leger som skriver ut flere sykemeldinger.

Carlsen og Nyborg (2009) hevder i en teoretisk analyse at legen ikke kan forventes å oppfylle kravene for en portvakt i Norge, fordi asymmetrisk informasjon hindrer legen i å skille de som virkelig er syke fra de som ikke er syke. Oppgaven med å sykemelde vil derfor gå på bekostning av behandling av virkelig syke pasienter. Forfatterne har brukt kvalitativ data fra fem gruppeintervjuer med leger i 2007 og konkluderer med at portvaktrollen ikke fungerer som tiltenkt. Videre spør de hvorfor sykefraværet er såpass lavt til tross for den enkle tilgangen på sykemelding og den sjenerøse sykelønnsordningen.⁵⁹ De argumenterer for at det betyr at det må være noen personlige gevinster ved å stå i arbeid, og at tiltak for å få ned sykefraværet derfor bør fokusere på å øke disse gevinstene ytterligere. Se omtalen under 6.5.2 av de individuelle kostnadene ved sykefravær.

Regelverket for legers sykemeldingspraksis ble endret i 2004. Det ble innført nye krav om dokumentasjon og vurdering av arbeidsevne, restriksjoner på bruk av aktiv sykemelding og bruk av gradert sykemelding ble ny standard. I tillegg ble det innført ytterligere krav til dokumentasjon for sykefravær lengre enn 8 uker og sanksjoner mot leger som ikke fulgte regelverket. Markussen (2009) har studert effekten av denne reformen på bruk av ulike typer sykemeldinger, sykefraværprosent, hyppighet av nye tilfeller i måneden og sannsynligheten for å avslutte et allerede påbegynt sykefraværstilfelle.⁶⁰ Resultatene viste en reduksjon i fulltids og aktive sykemeldinger og økning i graderte sykemeldinger, og at sannsynligheten for å avslutte et sykefravær økte betraktelig etter reformen. Den totale effekten på

sykefraværprosenten var 22,9 prosent for de første 6 månedene etter reformen, og langtidseffekten på hele 24,5 prosent. Resultatene tolkes som en konsekvens av at reformen økte styrkeforholdet mellom lege og pasient i fastlegens favør, og at legen kunne vise til potensielle sanksjoner hvis regelverket ikke ble etterfulgt.

Hesselius med flere (2005) har studert effekten av et sosialt randomisert eksperiment med en uke forlenget egenmeldingsperioden i Göteborg og Jämtland, som gjorde det mulig å identifisere effekten av redusert overvåkning og kontroll av legen. Eksperimentet ble utført av lokale trygdekontorer i andre halvår 1988 i Göteborg og første januar 1987 i Jämtland. Formålet var å undersøke om økt egenmeldingsperiode reduserte antall tilfeller gjennom mulighet for å restituere lenger og ikke bli presset tilbake til jobb for tidlig. Registerdata ble brukt for å koble de samme personene før og etter eksperimentet. Resultatet var en vesentlig økning i fravær mellom 1 og 2 uker for de som fikk økt egenmeldingsperioden. I gjennomsnitt var effekten på varighet per sykefraværstilfelle på 6,6 prosent. I tillegg ble det funnet en negativ, men ikke signifikant effekt, på antall tilfeller. Undersøkelsen viste at menn responderte i mye sterkere grad på endringen i overvåkning enn kvinner.

Det er viktig å forstå hvordan de institusjonelle forholdene varierer på tvers av land dersom en ønsker å bruke forskning fra andre land enn Norge og Skandinavia. Responsen på endringer i kompensasjonsgrad og andre tiltak varierer sterkt på tvers av trygdeeregimer. Det er flere studier som forsøker å avdekke i hvilken grad leger fungerer som portvakt for velferdsordninger, og de empiriske funnene tyder på at legen kan påvirke sykefraværet gjennom denne rollen (Kostøl 2010).

6.5.4 Tilknytning til arbeidsplassen under sykefraværperioden

Ekspertgruppen, som har vurdert administrative tiltak for å redusere sykefraværet, viser til at det er store forskjeller i hvordan legene bruker gradert sykemelding, og peker på at for noen lidelser kan fravær fra arbeidet være med på å forverre eller forlenge sykdomsforløpet.

⁵⁸ De inkluderer alle tilfeller som startet i 2003 og benytter forklaringsvariabler knyttet til pasient, kommune og fastlege som kan hentes fra registrene.

⁵⁹ Registerdata og legens sykemeldingspraksis er brukt for å kontrollere for om effekten gjelder de som blir sykemeldt på grunn av legens praksis. Det er ikke kontrollert for muligheten for at personer velger fastleger som oftere skriver ut sykemelding.

⁶⁰ Analysen er basert på registerdata fra NAV for alle ansatte i alderen 20 til 65 år fra januar 2002 til desember 2005. Det eksisterer ingen kontrollgruppe for å fange opp trenden i sykefraværet over tid, men det er delvis løst ved å inkludere et sett med dummyvariabler. Det er korrigert for seleksjon vha variasjonen innad for hvert individ for å håndtere uobserverbare kjennetegn ved individet som ikke varierer over tid.

En undersøkelse av tre ulike behandlingsregimer ved akutte ryggsmertter, fant at de som ikke ble sykemeldt hadde størst bedring (Malmivaara med flere 1995). I Norge har et forsøk med å holde ryggpasienter på jobb uten sykemelding gitt lovende resultater. Forsøket inkluderte opplæring av veiledere på arbeidsplassen som tilbød råd og støtte (Werner med flere 2007). En mulig forklaring på resultatene fra disse undersøkelsene kan være at tilknytningen til arbeidsplassen førte til raskere bedring. En annen forklaring kan være at når legen anbefaler pasientene å jobbe, så avdramatiseres den trusselen som smertene signaliserer og fjerner katastrofetenkingen. Det er mulig at slike mekanismer også kan forklare at sykefraværet ble redusert ved økt bruk av gradert sykemelding. Markussen (2009) har sett på endringene i det norske regelverket som førte til mer bruk av gradert sykemelding, og fant at sannsynligheten for å avslutte et sykefravær økte betraktelig etter reformen.

Kostøl (2010) omtaler også to studier fra Danmark og Sverige. Den danske studien har forsøkt å ta hensyn til at personer på gradert sykemelding kan ha bedre helse enn personer på full sykemelding. De fant at de som er på gradert sykemelding har langt større sannsynlighet for å komme tilbake i arbeid. Den svenske studien forsøkte å se på effekter av ulike rehabiliteringsprogrammer rettet mot personer med lengre sykefravær. De fant at flere av programmene faktisk reduserer sannsynligheten for å komme tilbake i arbeid relativt til å ikke delta i programmene, særlig for passiv rehabilitering og omskolering fordi disse tiltakene forlenger perioden utenfor arbeid. Den beste rehabiliteringsformen var lærlingopphold i bedrifter, selv om estimatene ikke var statistisk signifikante.

Disse studiene tyder på at tilknytning til arbeidsplassen under sykefraværsperioder kan bidra til å redusere lengden på sykdomsforløpet, og de antyder at gradert sykemelding kan være en effektiv måte å opprettholde en persons arbeidstilknytning på og at tildeling av attføringsprogram bør rettes mot de personene som virkelig trenger dem (Kostøl 2010).

6.5.5 Holdninger til sykefravær i samfunnet

I kunnskapsoppsummeringen av samfunnsvitenskapelig litteratur om årsaker til sykefravær og utstøting (Kostøl 2010), vises det til hypotesen om at mennesker blir påvirket av andres handlinger og ikke vil avvike fra det som er normen innenfor en gruppe. Dette er en hypotese som har vært

sentral i sosiologi og sosialpsykologi, og som nå brukes som en forklaring på variasjon i sykefravær. Dette er et forskningsfelt som fremdeles er i startfasen. Identifikasjon av effekter er vanskelig fordi individet gjennom egen atferd kan påvirke fraværet i gruppen, og fordi det kan være faktorer i miljøet som både påvirker gruppen og individet (Manski 1993). Et annet problem er å skille mellom om det er flyt av informasjon innad i gruppen, de sosiale normene som fører til individuell atferd eller om atferden skyldes at nytten av fritid avhenger av når vennene har fri. Det finnes betydelig sosialpsykologisk forskning om hvordan enkeltindivider blir påvirket av samspill i grupper.

I en oppfølgingsstudie har Hesselius med flere (2008)⁶¹ brukt eksperimentet med utvidet egenmeldingsperiode for å undersøke om sosiale normer påvirker fravær knyttet til egenvurdert helsestilstand. I tillegg til eksperimentgruppene i Göteborg og Jämtland ble studien utvidet med to «nye» grupper: 13 kommuner tilknyttet Göteborg «metropolitan statistical area» og de 27 nabokommunene til dette området ble brukt som kontrollgruppe. Målet med eksperimentet var å finne ut hvordan nivået på sykefraværet i nettverket påvirker sannsynligheten for å gå ut av et fraværstilfelle og sannsynligheten for et nytt fraværstilfelle. Forskerne fant at 1 prosents økning i fraværet i nettverket reduserte sannsynligheten for å gå tilbake til jobb før egenmeldingsperioden var over, med 0,57 prosent. Sannsynligheten for et nytt sykefraværstilfelle økte som følge av sosial interaksjon, men økningen var ikke statistisk signifikant.

Lindbeck med flere (2009) har brukt et paneldatasett, fra 1997 til 2002 for hele den svenske populasjonen, for å identifisere effektene av normer på sykefraværet. De har brukt to ulike tilnærminger. Den første tilnærmingen innebærer at fraværet til innvandrere som flytter inn i et nytt nabolag og det gjennomsnittlige fraværet til den etniske svenske befolkningen, brukes som mål på den sosiale interaksjonseffekten. Den andre tilnærmingen går ut på å bruke det observerte sykefraværet til offentlige ansatte til å beregne effekten av sosial interaksjon på sykefraværet til privat ansatte i nabolaget. De fant at fraværet økte med mellom 0,4–0,6 dager som følge av en dags økning i fraværet i nabolaget.

Kostøl (2010) viser til at det finnes studier som har identifisert effekten av normer i nabolag og etniske nettverk på sykefravær, og stiller spørsmål

⁶¹ Se omtale av eksperimentet med utvidet egenmeldingsperiode i sammenheng med omtalen av legens portvaktrolle. Oppfølgingsstudien er også basert på registerdata.

ved hvordan individer påvirkes av normer på arbeidsplassen. Effekten av normer vil avhenge av i hvor stor grad det er sosial interaksjon i den definerede gruppen, noe som gjør estimater vanskelige å sammenligne. Normer på arbeidsplassen kan trolig, i tillegg til faktorer som psykisk og fysisk belastning, forklare en del av det relativt høye fraværet i helse- og omsorgssektoren. Hesselius med flere (2009) har brukt det omtalte sosiale eksperimentet, men kun for innbyggere i Göteborg, for å undersøke om personer som fikk økt egenmeldingsperiode også påvirket kollegenes fravær. Utvalget ble begrenset til personer som jobber i bedrifter med mellom 10 og 100 ansatte og til fravær under 15 dager. De undersøkte om differansen i fraværet til arbeidstakere før og etter reformen ble påvirket av andelen arbeidstakere med utvidet egenmeldingsperiode. Eksperimentet viste at utvidet egenmeldingsperiode både førte til økt fravær blant de som fikk utvidet egenmelding og blant kollegene som ikke hadde utvidet egenmelding. Videre viste eksperimentet at jo større andelen arbeidstakere med utvidet egenmelding desto mer økte fraværet blant arbeidstakere som ikke hadde utvidet egenmelding. Ichino og Maggi (2000) har også funnet støtte for betydningen av sosiale interaksjonseffekter i studier av personer som flytter til forskjellige avdelinger innad i en italiensk bank, men disse er betydelige lavere enn fra de ovennevnte studiene. Det er viktig å presisere at det er usikkert om det er normer eller om det er flyt av informasjon som gjør at den sosiale interaksjonen påvirker atferden (Kostøl 2010). Undersøkelsene, som er referert, gir lite eller ingen informasjon om effekten av normer innad i virksomheten på det langsiktige fraværet. Det kan likevel være rimelig å forvente tilsvarende sosiale interaksjonseffekter på de lange fraværene som på de korte fraværene.

Kort oppsummert kan en si at de empiriske funnene fra samfunnsvitenskapelig forskning til en viss grad viser at sykefraværet påvirkes av sosial interaksjon, men at det er vanskelig å avgjøre om dette skyldes informasjonsflyt, normer eller konfunderende faktorer (Kostøl 2010). Det er imidlertid viktig å forstå betydningen av sosial interaksjon ved innføring av nye tiltak fordi sosiale effekter forsterker hverandre og kan føre til at tiltak får en langt større effekt på utstøting og sykefravær enn forventet. Kunnskap om sosial interaksjon kan også være til hjelp for å identifisere grupper som trenger særlig tilrettelegging.

6.6 Oppsummering

Kunnskapen om hva som er årsaken til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet, er mangelfull. Det meste av forskningen er basert på observasjonsstudier der metodiske svakheter gir grunn til å tolke resultatene med varsomhet. Tilgjengelig forskning tyder imidlertid på at en rekke forhold knyttet til enkeltindividet, arbeidsplassen og mer generelle samfunnsforhold, kan ha betydning for sykefravær og utstøting fra arbeidslivet.

Det er en sammenheng mellom sykefravær, overgang til trygdeytelser og den enkeltes helse. Det er godt samsvar mellom utbredelsen av muskel- og skjelettlidelser i befolkningen og forekomsten av legemeldt sykefravær med slike diagnoser. Det ser også ut til å være et visst samsvar mellom andelen av det legemeldte sykefraværet, som er diagnostisert som en psykisk lidelse, og anslag på omfanget av slike lidelser i befolkningen. Det er videre en sammenheng mellom trygding og en lang rekke subjektive og objektive mål på helse. I likhet med de sosiale forskjellene i befolkningens helse, er det også sosiale forskjeller i sykefravær og utstøting fra arbeidslivet.

Samtidig er det mange andre forhold som kan ha betydning for å forstå hva som fører til sykefravær og overgang til utførepensjonering. Det ser ut til å være sosiale forskjeller i tilknytning til arbeidslivet som kan ha betydning for både for sykefravær og uføretrygding. En persons oppfatninger om sykdom og forståelse av sammenhengen mellom sykdom og arbeid kan ha betydning. En gjennomgang av litteraturen knyttet til ryggsmertter tyder på at psykologiske faktorer kan ha betydning for framtidige helseproblemer, sykefravær og uførhet.

Det er godt dokumentert at kvinner de siste tiårene har hatt betydelig høyere risiko for sykefravær og uføretrygding enn menn. Det er også hovedårsaken til at helse- og omsorgssektoren har høyere sykefravær enn andre næringer. Kjønnforskjellene i sykefravær kan bare delvis forklares med sykefravær relatert til graviditet og andre helseproblemer som er spesielle for kvinner. Videre ser det ut til at hypotesen om at kvinner har høyere sykefravær enn menn fordi de har en dobbel byrde med en kombinasjon av arbeid og ansvar for omsorg for barn, i liten grad kan forklare kjønnforskjellene. Det samme gjelder forskjeller i belastning som skyldes forhold på arbeidsplassen. Mye av årsakene til kjønnforskjellene i fravær er ukjent. Kvinner har høyere sykefravær i alle aldersgrupper og fraværet er høyere selv om det kontrolleres for graviditet,

Boks 6.1 Holdninger til sykefravær i de fem nordiske land

Opinion AS i Oslo gjennomførte, på oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet, i 2007 en undersøkelse av holdninger til sykefravær i de fem nordiske landene (Opinion AS 2007)¹. Undersøkelsen gir interessant informasjon om holdninger til sykefravær, men sier ikke noe om årsaksforholdet mellom holdninger i samfunnet og omfanget av sykefravær.

I Norden sett under ett ble det å være forkjølet med litt feber sett på som den mest akseptable grunnen til sykefravær. 21 prosent aksepterte alltid denne årsaken og 12 prosent aksepterte aldri denne årsaken. Andre årsaker som det var relativt stor aksept for, var at nære familiemedlemmer hadde behov for støtte og omsorg og det å bli mobbet på arbeidsplassen. Den årsaken som færrest aksepterte var sykefravær på grunn av å ha drukket for mye alkohol dagen før. Kun en prosent aksepterte alltid den årsaken og 80 prosent aksepterte den aldri. Andre årsaker som få aksepterer, er sykefravær på grunn av for lite søvn og misnøye med forhold på arbeidsplassen.

Det var små forskjeller mellom Norge, Sve- rige, Island og Finland når alle årsaker ble sett

under ett, selv om det var noen variasjoner mellom landene når det gjelder hvilke årsaker som var mest akseptert. Danmark skiller seg ut ved at det gjennomsnittlig er større grad av aksept for de ulike årsakene til sykefravær. Det er også kjønnsforskjeller i hvilke årsaker som er mest akseptert. Videre er det slik at de fleste årsaker aksepteres i større grad av unge enn av eldre arbeidstakere. Det er også noen forskjeller mellom utdanningsgruppene når det gjelder hvilke årsaker som er mest akseptert. Det er en tendens til at ansatte i større bedrifter i større grad aksepterer de ulike årsakene, enn de som arbeider i mindre bedrifter. Det er også større aksept i offentlig sektor enn i private bedrifter. De fleste årsaker aksepteres i mindre grad av de som arbeider mange timer i uken enn de som arbeider få timer. 36 prosent av arbeidstakerne i Norden var enige i påstanden om at det er mer akseptabelt å være sykemeldt hvis det er ansatt vikar i stillingen. 81 prosent av arbeidstakerne var enige i at de kunne tenke seg å arbeide helt eller delvis i en sykdomsperiode dersom det ble tilrettelagt fra arbeidsgiver.

¹ Det ble gjennomført 1000 intervjuer i hvert land med et tilfeldig utvalg av befolkningen mellom 18 og 65 år. Kravet for å delta var at en arbeidet åtte timer gjennomsnittlig per uke eller mer.

antall barn, lønn, utdanning og yrke. Siden helse- og omsorgssektoren er en så kvinnedominert sektor, blir det uansett viktig å ta hensyn til kjønnsforskjeller når det skal utformes virkemidler og tiltak for å redusere sykefravær og utstøting fra arbeidslivet.

Det er mange forhold på arbeidsplassen som kan ha betydning både for helsen og for om helseproblemer faktisk fører til fravær. Det gjelder alt fra fysiske og mekaniske belastninger til organisatoriske forhold og psykososialt arbeidsmiljø. Kvelds- og nattarbeid ser ut til å gi økt risiko for sykefravær. Det samme gjelder den typen arbeidsstillinger og tunge løft som preger arbeidet til deler av personellet i helse- og omsorgstjenesten. Arbeidsbelastning i form av høye jobbkra- v kombinert med lav innflytelse, ser ut til å øke risikoen for sykefravær blant helse- og omsorgspersonell. Videre kan graden av sosial støtte, i hvilken grad ledelsen oppfattes som rettferdig og kulturen i

virksomheten påvirke sykefraværet. Rollekonflikter kan også bidra til økt sykefravær. Større nedbemanning ser også ut til å øke omfanget av sykefravær og uføretrygding. Omfattende nedbemanning kan gi økt sannsynlighet for sykefravær og redusert sannsynligheten for å returnere til arbeidslivet. Det ser imidlertid ut til at mindre nedbemanning ikke har en slik effekt.

Konjunktursvingninger i arbeidsmarkedet, sykelønnsordninger, andre ordninger som påvirker de økonomiske insentivene for arbeid, og utformingen av trygdesystemet som helhet påvirker også sykefraværet i helse- og omsorgssektoren. Den samfunnsvitenskapelige litteraturen gir empirisk støtte for at sterkt stillingsvern reduserer den disiplinerende effekten som risiko for å miste arbeidet, har på sykefraværet. Samtidig ser det å miste jobben på grunn av nedbemanning, ut til å gi økt sannsynlighet for uførepensjonering. Økonomiske insentiver (sykelønnsordning med

mer) spiller sannsynligvis en rolle både for uførepensjonering og sykefravær, men må ses i sammenheng med utformingen av trygdesystemet som helhet. Videre tyder de empiriske funnene på at legen kan påvirke sykefraværet gjennom rollen som portvakt. Det er også studier som tyder på at tilknytning til arbeidsplassen under sykefraværperioden kan øke sannsynligheten for å komme raskere tilbake i normalt arbeid. Det kan se ut som at sykefraværet i noen grad påvirkes av sosial interaksjon, men det er vanskelig å avgjøre hva som skyldes normer og hva som skyldes andre forhold. Det er imidlertid viktig å forstå betydningen av sosial interaksjon ved innføring av nye tiltak fordi sosiale effekter forsterker hverandre og kan føre til at tiltak får en langt større effekt på sykefravær og utstøting fra arbeidslivet enn forventet.

I helse- og omsorgssektoren er det særlig i omsorgstjenesten at sykefraværet er høyt, og fraværet er høyest blant kvinner som arbeider mindre enn 30 timer i uken. Det kan være flere forklaringer på forskjeller i sykefravær mellom yrkesgrupper og mellom ulike deler av sektoren. Sykepleiere, hjelpepleiere og personell uten formell kompetanse ser ut til å være mer utsatt for enkelte fysiske belastninger enn andre sysselsatte kvinner. Videre rapporterer pleiepersonell i større

grad om emosjonelle belastninger og at de er utsatt for trusler, vold og trakassering. Helse- og omsorgssektoren er også den næringen som har flest sysselsatte med arbeid utenfor vanlig dagtid.

Arbeidstilsynet har gjennomført tilsynsprosjekter over flere år og mener at det har skjedd en positiv utvikling helse- miljø og sikkerhetsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten. Helseforetakene har etablert rutiner og forankret arbeidet i ledelsen. Mange kommuner har klart å redusere belastningene i hjemmetjenesten. Tilsynene viser imidlertid at tunge løft og uheldige arbeidsstillinger fremdeles er et problem i hjemmetjenesten, og at det rapporteres om en økning i vold og trusler. I følge Arbeidstilsynet er de viktigste felles utfordringene at de ansatte opplever en ubalanse mellom oppgaver og ressurser og manglede medvirkning i sammenheng med omstillingsprosesser. I de senere årene har det vært gjennomført omfattende omstillinger i helse- og omsorgssektoren, men i motsetning til en del andre næringer har ikke dette ført til større nedbemanning.

Kunnskapsoppsummeringene som ligger til grunn for omtalen i dette kapitlet, tyder på et lang rekke faktorer kan påvirke risikoen for sykemelding og uførepensjonering, men de har ikke gitt noe godt svar på hvorfor denne risikoen ser ut til å ha økt de siste tretti årene.

Kapittel 7

Kunnskapsgrunnlaget for tiltak

7.1 Innledning

Utvalget har som en del av sitt mandat å foreslå virkemidler og konkrete tiltak som har dokumentert effekt. At et tiltak har dokumentert effekt betyr at én eller flere undersøkelser har dokumentert at tiltaket helt eller delvis er årsak til den reduksjonen som er observert i sykefravær eller utstøting etter at tiltaket har vært iverksatt. Dersom det observeres endringer etter at et tiltak iverksettes, kan det skyldes at tiltaket er effektivt (er årsak til endringen) eller endringene kan skyldes andre forhold utenom tiltaket. Kunnskap om årsakssammenhenger er derfor avgjørende for å vurdere både årsaker til og effekter av tiltak, på sykefravær. Det er imidlertid betydelige utfordringer knyttet til å stadfeste at en faktor (for eksempel psykososialt arbeidsmiljø) er årsak til et fenomen (for eksempel sykefravær). I det følgende drøftes derfor en del vitenskapelige metoder for å etablere kunnskap om årsakssammenhenger.

Sykdommer, helseproblemer, sykefravær og uførepensjonering har sammensatte årsaker. Hvilke årsaksfaktorer og hvor mye de bidrar kan variere fra individ til individ. Årsaksfaktorer kan både være uavhengige av hverandre, det vil si at det er summen av dem som har betydning, og de kan påvirke hverandre slik at de forsterker hverandre. Vitenskapelige undersøkelser kan imidlertid sjelden eller aldri gi en helt fullstendig og udiskutabel forklaring på forekomst av sykdom eller sykefravær hos enkeltindivider eller i grupper. Undersøkelsene studerer enkeltindivider og sammenligner deretter ulike grupper av individer. I slik empirisk (erfaringsbasert) forskning er det vanligvis bare mulig å angi statistiske sammenhenger mellom potensielle årsaksfaktorene og tilstanden.

7.2 Om årsaker og årsakssammenhenger

7.2.1 Bruk av empiriske studier for å avdekke årsakssammenhenger

Empiriske studier er basert på forsøk eller observasjoner. Empiriske studier kan både være kvalitative og kvantitative. Kvalitative studier er kjennetegnet av omfattende informasjon om et lite antall enheter. Kvalitative studier er velegnet for å få detaljert informasjon om mening og innhold og gir godt grunnlag for å oppdage nye fenomener og utvikle hypoteser. Studiene er imidlertid mindre egnet til å generalisere om fenomener. Kvantitative studier er vanligvis kjennetegnet av mindre detaljert informasjon om et stort antall enheter og standardiserte metoder for datainnsamling og analyse. Variablene uttrykkes i tallverdier og analyseres ved hjelp av statistiske metoder. Kvantitative studier er egnet til å generalisere forutsatt at individene eller enhetene er representative for fenomenene som studiene representerer.

Det er kvantitative, empiriske studier som utgjør hovedtyngden av forskning på sykefravær, arbeidsevne og uførhet. I praksis vil forskerne sammenligne grupper som eksponeres for en faktor (for eksempel deltidsarbeid) som kan påvirke et utfall eller resultat (for eksempel sykefravær). I det følgende anvendes eksponeringsfaktor eller påvirkningsfaktor om den første type variable og utfall eller resultat om den andre type variable.

For å teste hypotesen om at deltidsarbeid er (medvirkende) årsak til sykefravær, kan arbeidstakere som har full stilling sammenlignes med dem som er i deltidsstilling. Problemet er imidlertid at de to gruppene ofte vil skille seg fra hverandre ved andre faktorer enn den faktoren som undersøkes (stillingsandel), for eksempel sivilstatus, alder, kjønn, antall barn, inntekt, helse og entusiasme for jobben. Slike forskjeller kan helt eller delvis forklare forskjeller i utfallet (sykefravær). Mer generelt kan empiriske studier være utsatt for fem hovedtyper av svakheter som kan

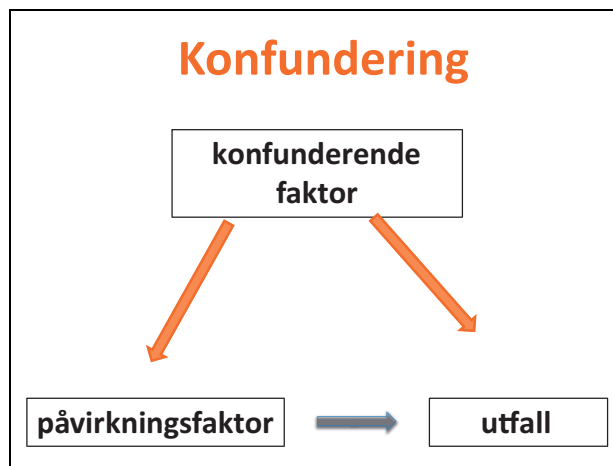
medføre feilaktige konklusjoner om årsakssammenhenger: seleksjonsskjevhet, informasjonskjevhet, konfundering (tilstedeværelse av konfunderende eller forstyrrende faktorer, forventningseffekter (placebo- og noceboeffekter) og «regression to the mean».

Seleksjonsskjevhet betyr at de gruppene som sammenlignes er ulike på flere måter enn på den faktoren som en studerer effekten av (for eksempel arbeidsmiljø). I praksis kan det vise seg nærmest umulig å skaffe grupper som er like på viktige områder som inntekt, utdanning, alder, kjønn, osv. Dersom det da observeres forskjell i utfallsvariabelen (for eksempel sykefravær), kan det være vanskelig eller umulig å vite sikkert om forskjellen i sykefravær skyldes arbeidsmiljø eller seleksjonsskjevhet.

Informasjonsskjevhet betyr at påvirkningsfaktoren (også kalt eksponeringen) eller utfall ikke er korrekt målt. Det kan være krevende å måle påvirkningsfaktoren for eksempel inneklimateperatur, fuktighet, vindtrekk, støy m.v.) og forhold på arbeidsplassen, motivasjon, holdninger med mer, korrekt. Det er også krevende å måle sykefraværet (utfallet) på en standardisert måte, se mer detaljert drøfting av mål på sykefravær i sammenheng med omtalen av sykefraværet i helse- og omsorgssektoren. I studier av sykefravær finner en ofte store forskjeller fra land til land, men noe av forskjellen kan skyldes ulikhet i registrering av sykefravær. For eksempel vil land med omfattende velferdsordninger registrere mer sykefravær enn land med begrensede ordninger fordi sykefravær ikke registreres etter at retten til sykepenger er bortfalt.

En konfunderende faktor er en variabel som er assosiert både med påvirkningsfaktoren og utfallet i en studie. Det er ikke en mellomliggende variabel som formidler effekt (en mekanisme), men en variabel som skaper en tilsynelatende sammenheng eller som skjuler en sann sammenheng mellom påvirkningen og utfallet.⁶² Figur 7.1 ovenfor viser dette skjematisk.

For eksempel kan en studie avdekke en sammenheng mellom kontrollspenn (antall arbeidstakere som lederen har personalansvar for) og sykefravær ved at jo større kontrollspenn, desto større sykefravær. Det er imidlertid ikke sikkert at kontrollspennet er årsak til fraværet. Det kan tenkes at for eksempel mange deltidsstillinger er årsaken, og at det er mange deltidsstillinger der det er



Figur 7.1 Konfunderende faktorer

stort kontrollspenn. Sagt med andre ord er kontrollspenn og deltidsstillinger assosiert. Da er deltidsstillinger en konfunderende faktor. Generelt er problemet at alle konfunderende faktorer verken er kjent eller mulig å måle. Dersom en konfunderende faktor utelates i en dataanalyse, kan det føre til at det trekkes feilaktige konklusjoner om årsakssammenhenger.

Forventningseffekter kan bidra til feil i nesten alle typer studiedesign. Informasjon som gis om faktorer som blir undersøkt, enten gjennom informasjon direkte til deltakerne eller gjennom massedia og helsetjenesten, vil påvirke deltakernes forventninger og atferd. Forventninger og antakelser om hva som gir helseplager påvirker både helseplager, atferd og oppfatning om arbeidsevne. Ett av mange eksempler er forskning om medikamentell behandling av migrene. Kontrollgruppene som fikk kjemisk inaktiv placebobehandling fikk mange av de samme bivirkningene som de som fikk kjemisk aktiv behandling (Amanzio med flere 2009). Informasjon som ble gitt til alle deltakerne i undersøkelsene, hadde betydning for utfallet. Forventninger kan føre til effekter i både eksperimentgruppen og kontrollgruppen uten at tiltaket i seg selv har hatt effekt. Stor oppmerksomhet på fravær eller helseatferd kan føre til endring i holdninger og atferd uavhengig av de tiltakene som er gjennomført.

En annen feilkilde kan være såkalt «regression to the mean». Dersom pasienter eller organisasjoner (bedrifter, kommuner osv.) velges ut til et tiltak fordi de har et sykefravær over gjennomsnittet, vil naturlig variasjon i fraværet tendere til at de beveger seg mot gjennomsnittet eller under gjennomsnittet ved senere oppfølging. Det

⁶² Ordliste til bruk sammen med sjekklister ved kritisk vurdering av artikler, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

betyr at en observerte nedgang i fraværet helt eller delvis kan skyldes naturlig variasjon.

I studier av effekter av en påvirkning eller et tiltak kan det oppstå to typer feil. Det kan feilaktig konkluderes med at en tilfeldig sammenheng eller virkning er reell. Dette kalles type I-feil. Alternativt kan det feilaktig konkluderes med at en virkelig sammenheng eller virkning ikke finnes. Dette kalles type II-feil. Ved bruk av statistiske analyser er det nødvendig å vurdere risikoen for slike feil.

Studiedesign

Seleksjonsskjevhet, informasjonsskjevhet, konfunderende faktorer, forventningseffekter og «regression to the mean» kan forekomme i alle typer empiriske studier, men enkelte studiedesign er mer utsatt enn andre. I det følgende beskrives kort ulike typer design og deres styrker og svakheter.

I eksperimentelle studier foretas det en endring i en eller flere påvirkningsfaktorer eller tiltak for å undersøke virkningen av endringen på en avhengig variabel. Det forutsettes at alle andre forhold holdes konstant. I randomiserte kontrollerte studier trekkes det lodd om hvem som skal utsettes for en påvirkningsfaktor eller et tiltak og hvem som skal inngå i den kontrollgruppen som det sammenlignes med. På denne måten unngås i prinsippet utvalgsskjevhet, informasjonsskjevhet, konfundering og «regression to the mean». Eksperimentelle studier gir sikrest kunnskap når det gjøres et tiltak (en intervensjon) som kan beskrives presist. Utprøving av legemidler der hverken pasient og undersøker har kjennskap til hvilken behandling pasienten får (dobbelblind design) er eksempel på at eksperimentelle studier kan gi verdifull kunnskap. I prinsippet skal de to gruppene være identiske med unntak av den aktuelle faktoren som undersøkes. Det er tid- og ressurskrevende å gjennomføre eksperimentelle studier, og innenfor noen områder kan det være etisk uforvarselig å utføre randomiserte studier. Når det gjelder forskning på sykefravær og utstøting fra arbeidslivet, kan lovverket være til hinder for slike studier. Når deltagerne vet at de er under observasjon, kan dette påvirke resultatet (Kaptchuk 2001). Det forutsettes gode observasjoner fra tiden før, under og etter at tiltak er gjennomført for å kunne trekke konklusjoner. Scheel og medarbeidere (2002) har gjennomført en eksperimentell studie av aktiv sykmelding i Norge, og fant at tiltaket ikke hadde sikker effekt på sykefraværet. Det pågår for tiden en eksperimentell studie av Senter for jobbmestring i regi av NAV. Målet med

prosjektet er å få bedre kunnskap om hva som kan hjelpe folk med angst eller depresjon som står utenfor arbeidslivet, er sykemeldt, eller i fare for å falle ut av arbeidslivet. Deltakerne i forskningsprosjektet blir invitert til en vurderingssamtale med psykolog eller rådgiver ved Senter for jobbmestring og deretter tilfeldig fordelt, enten til ordinær oppfølging ved det lokale NAV-kontor eller fastlege eller til videre oppfølging ved Senter for jobbmestring. Prosjektet inngår i Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse og forskningsdelen gjennomføres av Uni helse og Universitetet i Bergen.

I kohortstudier foretas det en sammenligning over tid mellom to eller flere grupper som i prinsippet skal være like med unntak av den påvirkningsfaktoren som en ønsker å studere. Kohortstudier har vært brukt en del i forskning på sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. I en steinmølle som var i bruk ved Drammen Glassverk under annen verdenskrig, ble de ansatte utsatt for silikatstøv. Etter hvert fikk alle de ansatte i steinmølla påvist lungesilikose, og i løpet av 25 år var alle døde. En kohortstudie vil i et slikt tilfelle gi sterkt grunnlag for å konkludere med at silikatholdig steinstøv var årsak til sykdom og død, men så entydige funn er ytterst sjeldne. Tvert i mot vil tolkningen av kohortstudier ofte være vanskelig fordi det ikke er mulig å utelukke seleksjonsskjevhet, informasjonsskjevhet og/eller konfunderende faktorer. Kohortstudier danner imidlertid grunnlaget for mye av kunnskapen om helse og sykdom.

Både prospektive og retrospektive kohortstudier kan være utsatt for skjevhet. Et eksempel på dette er studier av sammenhengen mellom østrogenbruk og forekomst av hjertesykdom. En rekke kohortstudier hadde vist at postmenopausale kvinner som tok østrogen, hadde lavere risiko for hjertesykdom enn de som ikke brukte østrogen (Lip med flere 1995). Det var imidlertid kjent at kvinner som brukte østrogen, oftere hadde høyere inntekt og utdanning, og dette kunne representere konfunderende faktorer. I noen av studiene justertes det for inntekt og utdanning, men den positive østrogeneffekten holdt seg. Senere har store, eksperimentelle studier vist at østrogen sammen med progesteroner, øker risikoen for hjerte- og karsykdom og brystkreft (Hulley med flere 1998, Rossouw med flere 2002). Kohortstudiene hadde med andre ord gitt et feilaktig bilde av årsakssammenhenger. Det er antatt at konfunderende faktorer (sosial status) var hovedproblemet, og at forskerne ikke hadde

kontrollert for alle aktuelle konfunderende faktorer.

Tverrsnittstudier har vært mye brukt i forskning på sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. I en tverrsnittstudie måles påvirkningen (eksposisjonen) og utfallet samtidig. Vanligvis skjer dette ved hjelp av intervju- eller spørreskjemaundersøkelser, for eksempel ved at det stilles spørsmål om forekomst av hodepine og sykefravær. Tverrsnittstudier gir begrensede muligheter for å trekke konklusjoner om årsakssammenhenger fordi påvirkningsfaktor og effekt (utfall) måles på samme tid. Siden tverrsnittstudien mangler tidsdimensjonen, vil det oftest være vanskelig å slå fast hva som er årsak og hva som er effekt. Dersom en spørreskjemaundersøkelse viser at det er sammenheng mellom sykefravær og forekomst av hodepine, er ikke det bevis for at hodepinen er årsak til sykefraværet. Noen faktorer (eksempel kjønn) er imidlertid åpenbart bestemt før utfallet i sammenheng med studier av sykefravær og utstøting fra arbeidslivet.

I økologiske studier brukes aggregerte data om påvirkning og utfall for å studere årsakssammenhenger. For eksempel kan arbeidsledighet studeres som årsak til sykefravær ved å undersøke om det er sammenheng mellom arbeidsledighet og sykefravær i landets 19 fylker. Økologiske studier kan imidlertid være utsatt for seleksjonseffekter som gjør det vanskelig å trekke slutninger om årsakssammenhenger. I en klassisk studie fra 1950-tallet ble det vist at stater i USA med høy andel av befolkningen med afrikansk opprinnelse hadde høy andel analfabeter (Robinson 1950). Dette kunne tolkes som at etnisk opprinnelse var årsaken til analfabetisme. På individnivå var det imidlertid nesten ingen sammenheng mellom etnisk opprinnelse og analfabetisme. Stater som tiltrakk seg mange mennesker av afrikansk opprinnelse, tiltrakk seg også mange analfabeter, men analfabetisme var (stort sett) ikke vanligere blant denne befolkningsgruppen enn andre.

Selv om et forsøk er gjennomført med et studiedesign og en metode som er relevante for de konklusjonene som trekkes, kan en alltid stille spørsmål ved om konklusjonene er generaliserbare. Det er krevende å oppnå sikker kunnskap om kompliserte forhold som sykefravær og uføretrygding. Selv eksperimentelle studier som er metodisk godt gjennomført, er ikke nødvendigvis overførbare til andre situasjoner. For eksempel vil resultater fra et eksperiment med en homogen gruppe ansatte i en virksomhet, ikke nødvendigvis være overførbare til alle andre ansatte. Resul-

tater fra naturlige eksperimenter i ett sosialt miljø er ikke nødvendigvis overførbare til et annet miljø med andre verdier og holdninger.

Objektive og subjektive målinger i kvantitativ forskning

Data fra registre (for eksempel fødselsdato eller arbeidstidsregistreringer), måledata og data fra observasjoner kan i noen grad sies å være objektive. Selv om målemetodene skulle være korrekte, kan det imidlertid være et problem å vurdere om data er representative for en bestemt eksponering. Hvis det er maksimal eksponering som er farlig, er det behov for andre data enn om det er gjennomsnittseksponering som er farlig. Målestrategier er et tema for forskning om eksponeringer.

Subjektive metoder er målinger hvor individene selv gir informasjon. De vanligste subjektive metodene er spørreskjema, intervjuer, dagbøker, gruppebaserte metoder (søkekonferanser, fokusgrupper, osv). Undersøkelser av smerter, symptomer, og opplevelse av arbeidssituasjonen så vel som arbeidsevne, baseres på subjektive målemetoder.

Fagfeltet for måling av psykologiske forhold (psykometri) har utarbeidet kunnskap om faktorer som har betydning for hvordan individer besvarer spørsmål og hvordan spørsmål og svaralternativer bør utformes. Med denne kunnskapen er det mulig å redusere feilkilder knyttet til responskjevheter og avdekke tendenser til å gi sosialt akseptable svar. Et eksempel på feilkilder er faktorer som påvirker svar på spørsmål om hvor fornøyd eller misfornøyd respondenten er med ulike forhold. Både bestemte personlighetstrekk og vektlegging av misnøye kan påvirke svar på spørsmål som har som formål å måle grad av tilfredshet.

Selv om målefeil kan reduseres med vitenskapelige metoder, kan alle målinger av subjektive forhold påvirkes av den informasjonen som gis før og under undersøkelsene. Deltakernes og forskernes hypoteser (og følgelig forventninger) kan påvirke opplevelsen og dermed besvarelsene. Slike mekanismer kan minimaliseres ved å skjule hypoteser, la ikke-informerte utføre spørreundersøkelsene eller ved å undersøke mange faktorer samtidig.

Det finnes mange og sterke oppfatninger om hva som er årsakene til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet, og noen av disse er knyttet til politikk, verdivurderinger og personlig moral. Dette kan medvirke til strategiske svar ved bruk av subjektive metoder som spørreskjema. Det er neppe

mulig å unngå fenomenet helt, men det er grunn til å vurdere forskningsresultater kritisk og vurdere hvor mye resultatene kan være preget av strategisk svaring eller forskernes egne oppfatninger.

7.2.2 Andre forhold som kan påvirke forskningen

Sykefravær og utstøting fra arbeidslivet er et tema som har stor interesse, både blant arbeidstakere, arbeidsgivere, politikere og i befolkningen generelt. Siden forskning ikke skjer i et vakuum, er det liten grunn til å tro at forskning på sykefravær og utstøting fra arbeidslivet er upåvirket av denne oppmerksomheten eller av interessekonflikter på området.

I de senere årene har det vært betydelig interesse for faktorer som kan påvirke valg av forskningstema, studiedesign, analyse av data, tolkning av forskningsresultater eller rapportering av dem. I den medisinske litteraturen er det eksempler på at legemiddelfirma har holdt tilbake informasjon om bivirkninger eller gitt inntrykk av større effekter enn hva som er tilfelle. Mange forskningstidsskrifter krever nå at forskere oppgir hvem som har finansiert forskningen og gir en vurdering av om interessekonflikter kan ha påvirket resultatene. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har regler om at senteret ikke kan påta seg forskning for kommersielle aktører, for å unngå interessekonflikter.

Det kan være kort vei fra forskningsresultater til massemedia og politikkkutforming. Temaet sykefravær og utstøting fra arbeidslivet interesserer de fleste og forskernes politiske oppfatninger eller verdivurderinger kan påvirke forskningen. Det er derfor viktig å være bevisst hvilke interessekonflikter som kan foreligge. Mye av forskningen på sykefravær og utstøting fra arbeidslivet er finansiert av departementene, Norges forskningsråd, eller partene i arbeidslivet. Når bevilgningene deles ut via Forskningsrådet, vil valg av prosjekter og forskere i prinsippet skje etter faglige kriterier, men innenfor de rammer som er gitt av fagdepartementene. Når det gjelder oppdragsforskning, kan den som finansierer prosjektet ha innflytelse på forskningstema og i verste fall på studiedesign, analysering og rapportering.

Det er rimelig å anta at forskningstema velges ut fra interessene til de aktørene som initierer og finansierer forskning. Dette er legitimt. Konsekvensen kan imidlertid bli at visse tema blir utelatt fra forskningen fordi ingen har interesse av å få dem belyst. Det er også rimelig å anta at valg av

forskningsmetode, dataanalyse, tolkning av resultater og publisering kan bli påvirket av den som har finansiert forskningen. Det er ikke gjort studier i Norge på mulige effekter av interessekonflikter innenfor området forskning på sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Det finnes heller ingen retningslinjer som kan motvirke effekten av interessekonflikter. Ingen av de aktuelle forskningsinstitusjonene har publisert regler på hjemmesidene som kan sikre forskerne uavhengighet i valg av metoder, tolkning og publisering.

7.3 Systematiske kunnskapsoversikter⁶³

Det har over en lang periode vært arbeidet med spørsmålet om hvordan store og tildels uoversiktlige mengder forskningspublikasjoner kan håndteres og vurderes. Flere forskningsmiljøer har arbeidet med å standardisere utformingen og kvalitetssikring av kunnskapsoversikter. Systematiske kunnskapsoversikter skal bidra til å gi bedre og mer pålitelig kunnskap enn det en får gjennom enkeltstudier. Målet er å identifisere alle relevante studier om en problemstilling, vurderer kvaliteten på studiene i henhold til definerte kvalitetskriterier og sammenstille resultatene på systematisk og gjennomskinnelig måte. I noen tilfeller gjennomføres det en meta-analyse, det vil si at effektene tallfestes med utgangspunkt i en sammenstilling av resultatene og en statistisk analyse av alle data samlet. Det diskuteres hvilke konklusjoner som kan trekkes av slike meta-analyser og hvilke statistiske metoder som bør anvendes.

Kvalitetsvurderingene som gjøres i systematiske oversikter bygger på tradisjonelle kriterier for god forskning. Sentralt står kravene til systematikk i arbeidsform og forskningsmetode. Systematiske oversikter skal inneholde en detaljert beskrivelse av litteratursøk og kvalitetskriterier for inklusjon og eksklusjon av studier, slik at leseren selv kan gjøre seg opp en mening om betydningen av resultatene.

I noen tilfeller vil en systematisk kunnskapsoversikt være et ekstrakt av systematiske oversiktsartikler og primærstudier som oppfyller kravene som stilles i en systematisk oversiktsartikkel. I andre tilfeller kan den både bygge på andre kunnskapsoppsummeringer og på systematiske oversiktsartikler. Kvaliteten på en kunnskapsoppsum-

⁶³ Omtalen er delvis basert på kapittel 6.2 i NOU 2003:4 Forskning på rusmiddelfeltet.

mering vil ikke kunne bli bedre enn kvaliteten på det materialet den bygger på.

Systematiske kunnskapsoversikter har i utgangspunktet hatt størst betydning innenfor medisinen, men har i det siste tiåret også fått anvendelse innenfor sosialområdet, utdanning, velferd, osv. (Davies med flere 2000).⁶⁴ Det forsknings- og metodemessige grunnlaget for systematiske litteraturoversikter innenfor disse områdene samles nå i The International Campbell Collaboration (C2).⁶⁵ The Campbell Collaboration er et internasjonalt forskningsnettverk som oppsummerer effektforskning i form av systematiske oversikter innenfor områdene utdanning og læring, velferd og helse, og kriminalitet og justis. Formålet er å gi svar på hvilke tiltak som virker og eventuelle skadelige effekter av tiltakene. Nettverket er også opptatt av å dokumentere kunnskaps-hull, og stimulere til mer og bedre effektforskning. I 2008 ble et internasjonalt sekretariat etablert ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i Oslo. Sekretariatet tilrettelegger arbeidet i det internasjonale nettverket.

Kunnskapsoppsummeringer har fått berettiget positiv oppmerksomhet og har i økende grad blitt brukt de seneste 15 år. Det er imidlertid grunn til å minne om at svakheter i studiene som kunnskapsoppsummeringen bygger på, ikke blir borte selv om forsøker å lage en syntese av kunnskapen. Det er dessuten dokumentert at forskere kan være uenige om kvaliteten på grunnlagsstudiene (Juni med flere 1999), at tolkningen av kunnskapsoppsummeringene kan være subjektiv (Ezzo med flere 2001), at de raskt kan bli foreldet (Shojania med flere 2007) og at oppdateringen ikke står i forhold til hvor raskt kunnskapsoppsummeringene utdateres (Kristiansen 2008).

7.4 Oppsummering

Effektive tiltak mot sykefravær og utstøting forutsetter gyldig kunnskap både om årsaker og om effekt. Det er derfor av stor betydning å forstå årsakssammenhengene. Årsakssammenhenger kan studeres i kvalitative undersøkelser der få individer gir omfattende informasjon eller i kvantitative studier der mange individer gir en mer begrenset mengde informasjon. I kvantitative undersøkelser kan fem typer feil gi ugyldig kunnskap. For det første kan det være feil i målingen av

årsaksfaktoren. For det andre kan det være feil i målingen av utfallet. For det tredje kan grupper som sammenlignes være lite sammenlignbare. For det fjerde kan en ikke-observert faktor (konfunderende faktor) gi et skjevt bilde av årsakssammenhengene. For det femte kan naturlig variasjon i utfallet gi et feilaktig inntrykk av effekter av et tiltak. I tillegg kan forventninger om virkninger influere på utfallet.

Det aller meste av forskningen på sykefravær og utstøting er basert på kohortstudier og tverrsnittstudier. Kohortstudier kan bli påvirket av alle fem typer skjevhet, særlig hvis utfallet av årsaksfaktoren måles etter utfallet. Metodeproblemene er imidlertid enda større i tverrsnittsundersøkelser der både årsaksfaktoren og utfallet måles på samme tid. Dette gjør det vanskelig å bestemme hva som er årsak og hva som er virkning. I tillegg kan mangel på standardiserte metoder gjøre det vanskelig å måle sykefravær. Enda vanskeligere er det å måle årsaksfaktorer fordi mange av disse er basert på subjektive og egenrapporterte data. Siden det aller meste av forskning er basert på studier med svakheter i studiedesign, må det antas å være stor risiko for å trekke feilaktige konklusjoner.

Systematiske kunnskapsoversikter er et mye brukt verktøy for å håndtere store og uoversiktlige mengder forskningspublikasjoner, og for å få bedre og mer pålitelig kunnskap enn det en får gjennom enkeltstudier. Det er imidlertid viktig å understreke at svakheter i studiene som kunnskapsoppsummeringen bygger på, ikke blir borte gjennom å lage en syntese av kunnskapen.

I tillegg til skjevheter som følge av svakheter i studiedesign, kan det også oppstå skjevheter på grunn av egeninteresse til forskere og aktører som finansierer forskningen. Debatten om problemstillinger knyttet til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet er preget av mange og sterke oppfatninger. Forskningsresultatene kan også få store praktiske konsekvenser. Alt dette er elementer som kan føre til at forskningen påvirkes av forskernes egeninteresser, ideologi eller hypoteser, eller at de som finansierer forskningen kan ha interesse av å påvirke forskerne og forskningsresultatene.

Metodeproblemene som er beskrevet i dette kapitlet vil også gjelde for det kunnskapsgrunnlaget som er presentert i denne utredningen. Det vil imidlertid alltid være krevende å oppnå sikker kunnskap om så kompliserte forhold som sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. I tillegg vil kunnskap om årsaker til sykefravær og uføretrygging ofte være avhengig av kontekst og derfor i liten

⁶⁴ Innenfor medisinen står Cochrane-samarbeidet sentralt. Se <http://www.cochrane.no/>

⁶⁵ www.campbellcollaboration.org

grad være overførbar fra en situasjon til en annen. Det betyr at tiltak må sette i verk med utgangspunkt i et begrenset kunnskapsgrunnlag. Utvalget

vil understreke at dette stiller ekstra store krav til forsiktighet og gjør det nødvendig med systematisk oppfølging og evaluering av tiltakene.

Kapittel 8

Mål, innsatsområder og tiltak

8.1 Samarbeid om et inkluderende arbeidsliv (IA)

8.1.1 Målene i IA-avtalen

Gjennom IA-avtalen har myndighetene og partene på sentralt nivå fastsatt nasjonale mål for blant annet sykefraværsutvikling, sysselsetting av arbeidstakere med nedsatt funksjonsevne og pensjonsalder. I henhold til gjeldende IA-avtale skal det settes egne aktivitetsmål tilpasset forutsetninger og utfordringer innen de ulike tariffområdene.

Avtalens overordnede mål er å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet. I den nye IA-avtalen er det overordnede målet utvidet til å omfatte styrket jobbnærvær og bedre arbeidsmiljø. Delmålene i den tidligere avtalen med tilleggsavtaler videreføres:

1. reduksjon i sykefraværet med minst 20 prosent i forhold til nivået i andre kvartal 2001
2. økt sysselsetting av arbeidstakere med redusert funksjonsevne
3. forlengelse av den gjennomsnittlige perioden med yrkesaktivitet etter fylte 50 år med 6 måneder i forhold til 2009-nivået.

IA-avtalens mål om å redusere sykefraværet med 20 prosent fra andre kvartal 2001 innebærer at sykefraværet på nasjonalt nivå ikke skal overstige 5,6 prosent. Når det gjelder målet om økt sysselsetting av arbeidstakere med redusert funksjonsevne, videreføres de konkrete målene fra tidligere tilleggsavtaler.

Store deler av helse- og omsorgssektoren har tegnet IA-samarbeidsavtale. *Utvalget* legger derfor til grunn at det er målene i IA-avtalene som skal være førende for arbeidet med å redusere fraværet i helse- og omsorgssektoren, og har ikke formulert egne mål for reduksjon i sykefravær og utstøting fra arbeidslivet i utredningen. Det betyr at *utvalget* heller ikke har vurdert behovet for eventuelle justeringer av IA-målene med utgangspunkt i utredningen av situasjonen i helse- og omsorgssektoren.

8.1.2 IA-avtalen og IA-samarbeidet

Samarbeidet om et mer inkluderende arbeidsliv ble startet i 2001 ut fra en felles erkjennelse mellom partene i arbeidslivet og myndighetene om behovet for å redusere de viktigste utstøtingsmekanismene, og utvikle og fremme nærværsfaktorene i arbeidslivet.

Hovedprinsippet i IA-avtalen er at det er virksomhetene som er arena for å forebygge sykefravær og utstøting, og følge opp utsatte arbeidstakere med støtte fra myndighetene. IA-virksomheter inngår en samarbeidsavtale med Arbeids- og velferdsetaten (NAV) og forplikter seg i forhold til målene i avtalen, samtidig som det utløses enkelte særskilte rettigheter i form av tilskudd og faglig bistand. Myndighetene og partene i arbeidslivet har også blitt enige om en rekke tiltak rettet mot hele arbeidslivet, herunder endringer i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven med sikte på tidligere og tettere oppfølging av sykmeldte og kjøp av helsetjenester for å bringe sykmeldte raskere tilbake i arbeid.

Ved utløpet av forrige avtaleperiode lå sykefraværet på omtrent tilsvarende nivå som i 2001 og målet om minimum 20 prosent reduksjon ble dermed ikke nådd. Det har vært en del variasjoner i sykefraværet i de mellomliggende årene. Sykefraværet økte gradvis fram til slutten av 2003, deretter var det et markert fall fra andre kvartal 2004 til og med andre kvartal 2005. Sykefraværet økte gradvis igjen fram til 2008 og i siste del av 2009 var det en sterk vekst. Etter den siste økningen har imidlertid sykefraværet falt markant de to første kvartalene i 2010.

Målet om å tilsette flere arbeidstakere med redusert funksjonsevne har vært delt opp i tre resultatmål: 1) 70 prosent av de sykemeldte skal være tilbakeført til arbeidslivet etter 13 uker og 2 prosent skal ha startet opp yrkesrettet attføring i sykepengeperioden, 2) 45 prosent skal være tilbakeført fra trygdeytelser til arbeid og 3) sysselsettingsfrekvens skal ha økt for personer med redusert funksjonsevne. Målet om tilbakeføring

av sykemeldte ble nådd, men ikke målet om yrkesrettet attføring i sykepengeperioden. Målet om tilbakeføring fra trygdeytelse til arbeid ble heller ikke nådd. Det samme gjaldt målet om økt sysselsettingsfrekvens for personer med redusert funksjonsevne.

Den reelle pensjonsalder økte med 6 måneder i perioden 2001 til 2009 og målet om å forlenge den gjennomsnittlige perioden med yrkesaktivitet etter fylte 50 år ble nådd i avtaleperioden.

Regjeringen og partene i arbeidslivet ble 24. februar 2010 enige om en ny IA-avtale for perioden 1. mars 2009 til 31. desember 2013. Det systematiske forebyggende HMS-arbeidet i virksomhetene skal vektlegges i større grad enn tidligere for å forebygge arbeidsrelatert skade og sykdom. Den nye avtalen legger i større grad opp til at IA-innsatsen skal målrettes og tilpasses den enkelte sektorens eller næringens utfordringer og forutsetninger. Myndighetene og partene skal samarbeide om sektorvis eller næringsvis satsinger. Partene skal sette aktivitetsmål som er basert på nasjonale mål, og tilpasset utfordringer og forutsetninger innenfor de ulike tariffområder. Partssamarbeid både på sentralt og lokalt nivå skal vektlegges. Avtalen konkretiserer organisasjonenes forpliktelser, for eksempel med å utarbeide veiledningsverktøy til bruk ved tilrettelegging og opplæring. Den enkelte virksomhets forpliktelser konkretiseres også i noe større grad i den nye avtalen. Det skal settes resultat- og aktivitetsmål på virksomhetsnivå knyttet til alle tre delmål og avholdes to møter i året mellom ledelse og tillitsvalgte som kun har IA på dagsorden. Samtidig sattes det på bedre oppfølging av IA-avtalen på sentralt nivå. Oppfølgingen av IA-avtalen er forankret i Arbeidslivs- og pensjonspolitisk råd, og både myndighetene og partene skal rapportere på gjennomførte tiltak, aktiviteter og resultater til rådet hvert halvår.

Det er enighet om en tiltakspakke rettet mot hele arbeidslivet. Til grunn for tiltakene ligger en enighet om at sykdom ikke nødvendigvis betyr at det er behov for 100 prosent sykmelding og at sykemeldte i større grad bør være i arbeid. De viktigste nye elementene er:

- Tiltak rettet mot sykemelder, herunder utarbeidelse av faglig støtte og veiledning for sykemeldingsarbeidet, regelmessige tilbakemeldinger og obligatorisk opplæring
- Tidligere oppfølging av den sykemeldte og understrekning av arbeidsgivers plikt til å tilrettelegge, og arbeidstakers plikt til å medvirke til tilrettelegging. Gjennomgang og styrking av reglene om sanksjoner overfor alle aktører

- Bruk av gradert sykemelding skal være hovedregelen
- Alle virksomheter som har tegnet IA-avtale skal uavhengig av størrelse få en fast kontaktperson på Navs arbeidslivssenter som skal bistå virksomheten

8.2 Innsatsområder og tiltak

Utvalget har lagt vekt på betydningen av samarbeidet mellom partene i arbeidslivet, og på at tilsynsmyndighetene og andre sentrale myndigheter har en viktig rolle i å understøtte arbeidet for å redusere sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Forslagene til tiltak er utformet på et relativt overordnet nivå, og det er lagt vekt på tiltak som kan bidra til å sette i gang prosesser i virksomhetene. Videre er *utvalget* opptatt av at en styrking av arbeidet med å redusere sykefravær og utstøting fra arbeidslivet i all hovedsak må skje i regi av virksomhetene og at sentrale aktører så langt det er mulig bør ivareta stimulerings- og pådriveransvaret gjennom ordinære informasjons- og styringskanaler. Det pågår mye arbeid for å redusere sykefravær og utstøting fra arbeidslivet i helse- og omsorgssektoren, og forslagene til tiltak i utredningen har som mål å bidra til å videreutvikle og understøtte dette arbeidet.

Utvalget har med utgangspunkt i mandatet foreslått tiltak som i hovedsak er avgrenset til helse- og omsorgssektoren. Siden utfordringene ikke nødvendigvis er spesielle for denne sektoren vil tiltakene i mange tilfeller være overførbare til andre næringer. Forslagene inkluderer også enkelte tiltak som berører andre næringer enn helse- og omsorgssektoren. Siden en så stor andel av de sysselsatte i sektoren er kvinner, vil tiltak rettet mot kvinner kunne ha større betydning i helse- og omsorgssektoren enn i andre næringer. I tillegg kan det tyde på at helse- og omsorgssektoren har noen utfordringer når det gjelder arbeidstidsordninger, innholdet i arbeidet og arbeidsbelastninger. Når det gjelder generelle administrative tiltak for å redusere sykefravær og utstøting fra arbeidslivet, inklusiv endringer i sykelønnsordningen, viser *utvalget* til forslagene fra den faglige ekspertgruppen som har vurdert mulige administrative tiltak for å redusere sykefraværet og det arbeidet som pågår i regi av IA-avtalen.

Utredningen av årsaker til sykefravær og utstøting fra helse- og omsorgssektoren er forankret i St.meld. nr. 20 (2006–2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* og det indi-

kerer at utjevning av sosiale forskjeller i sykefravær og utstøting fra arbeidslivet bør stå sentralt i arbeidet med å redusere fraværet. I likhet med at det er sosiale forskjeller i befolkningens helse, er det også sosiale forskjeller i sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Slike forskjeller finnes også mellom yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenesten. Det er særlig grupper med kort utdanning og rutinemessig manuelt arbeid som rapporterer om helseplager. Det kan være flere årsaker til slike forskjeller, men en faktor som kan være av betydning er forskjeller i arbeidsinnhold og arbeidsmiljø mellom yrkesgruppene. Sykepleiere, pleie- og omsorgsarbeidere og personell uten formell kompetanse ser ut til å være mer utsatt for enkelte fysiske belastning enn andre sysselsatte kvinner. Videre rapporterer pleiepersonell i større grad om emosjonelle belastninger og at de er utsatt for trusler, vold og trakassering. Helse- og omsorgssektoren er også den næringen som har flest sysselsatte med arbeid utenfor vanlig dagtid. Det er forhold ved arbeidets art i helse- og omsorgssektoren og andre pasient- og brukerrettede yrker som kan ha betydning for muligheten til å arbeide selv om en ikke er helt frisk. Sosiale forskjeller i tilknytning til arbeidslivet er også en faktor som kan ha betydning både for sykefravær og uføretrygding. I helse- og omsorgssektoren er fraværet høyest blant kvinner som arbeider mindre enn 30 timer i uken. Det ser videre ut til at overgangen fra arbeid til helserelevante trygdeytelser er størst i de laveste inntektstgruppene.

Utvalget viser til at pleie- og omsorgstjenesten i kommunen har høyt sykefravær sammenlignet med andre deler av sektoren, samtidig som en stor andel av personellet ikke har relevant helsefaglig utdanning og bare en liten andel har utdanning på høyskole eller universitetsnivå. Videre er dette den delen av helse- og omsorgssektoren som har høyest sykefravær. Se nærmere omtale av forskjellene i sykefravær innen for helse- og omsorgssektoren i kapittel 3 *Omfang og utvikling i sykefravær og utstøting*.

Innsatsområdene som er foreslått i denne utredningen inneholder ikke tiltak som spesifikt er rettet mot utjevning av sosiale forskjeller i sykefravær og uføretrygding. *Utvalget* mener at hensynet til sosiale forskjeller bør være en gjennomgående tilnærming på tvers av innsatsområder og tiltak, og anbefaler at fordelings effekter alltid vurderes ved konkretisering og gjennomføring av tiltak. Slike vurderinger kan både få konsekvenser

for valg av målgrupper og for den konkrete innretningen på tiltakene. Hensynet til sosiale forskjeller i sykefravær og uføretrygding kan for eksempel ivaretas gjennom å utforme tiltakene på en slik måte at de treffer deler av sektoren som har lavt utdannings- og inntektsnivå og yrkesgrupper med kort utdanning og lav inntekt. Tilsvarende bør det alltid vurderes om mulige tiltak for å redusere sykefravær og forebygge overgang til uføretrygd eller andre helserelevante trygdeytelser kan ha negative fordelings effekter.

Utvalget vil understreke at mangel på dokumentasjon av effektive tiltak gjør at flere av tiltakene er foreslått med utgangspunkt i et begrenset kunnskapsgrunnlag. Det betyr at det er nødvendig med systematisk oppfølging og evaluering av tiltakene, og er bakgrunnen for at *utvalget* i flere tilfeller foreslår å prøve ut tiltak gjennom systematiske forsøk før det er aktuelt å vurdere gjennomføring i større skala.

For å sikre en bred tilnærming til problemet og ivareta behovet for å styrke kunnskapsgrunnlaget på området, foreslår *utvalget* tiltak på fem innsatsområder:

1. Styrke kunnskap og kompetanse
2. Forbedre arbeidsmiljø og arbeidsinnhold
3. Bedre tilrettelegging for gravide
4. Bedre tilrettelegging for seniorer
5. Tettere oppfølging av sykemeldte

Det første innsatsområdet i Kapittel 9 *Styrke kunnskap og kompetanse* er begrunnet med at kunnskapen om årsakene til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet er begrenset. Innsatsområdet inneholder en strategi for å styrke kunnskapsgrunnlaget og bidra til å tette de kunnskapshullene som er avdekket i sammenheng med utredningsarbeidet.

Øvrige innsatsområder er organisert etter en tidsakse i «sykefraværsløpet» fra det brede forebyggende arbeidet, via risikogrupper, til innsats rettet mot de som allerede er sykemeldte og/eller i fare for å falle ut av arbeidslivet: Kapittel 10 *Forbedre arbeidsmiljø og arbeidsinnhold* dekker det generelle forebyggende arbeidet, Kapittel 11 *Bedre tilrettelegging for gravide* og Kapittel 12 *Bedre tilrettelegging for seniorer* dekker tiltak rettet mot risikogrupper for sykefravær eller utstøting fra arbeidslivet, og Kapittel 13 *Tettere oppfølging av sykemeldte* omfatter tiltak for å følge opp de som allerede er sykemeldte og i fare for å falle ut av arbeidslivet.

Boks 8.1 Forebyggende tiltak – erfaringer fra Nederland¹

Nederland har et velferdssystem som gir økonomisk og sosial trygghet ved arbeidsløshet, sykdom og uførhet omtrent på linje med Norge (Halvorsen 2010). Minimumskompensasjon for sykefravær er lavere, men de fleste arbeidstakere i faste og regulerte arbeidsforhold har supplerende ordninger gjennom kollektive avtaler.

Reformhistorien

På 1980-tallet hadde Nederland store utfordringer med et høyt sykefravær, omfattende uførepensjonering og forøvrig mange innbyggere utenfor eller i randsonen til arbeids- og samfunnsliv. Det hadde utviklet seg et «utenforskap» blant mange innvandrergupper over flere generasjoner. På bakgrunn av denne situasjonen har det i løpet av en periode på over 20 år vært gjennomført reformer for å redusere sykefravær, uførepensjonering og utstøting. Det er lagt stor og økende vekt på økonomiske insentiver for å forebygge og begrense sykefravær og uførepensjonering. Ansvar og insentiver er i særlig grad knyttet til arbeidsgiverne, men omfatter også arbeidstakere og offentlige aktører. Samtidig er systemet lagt opp slik at det i prinsippet ikke skal medføre ekstra kostnader for arbeidsgivere og virksomheter å ha ansatte med varig nedsatt helse eller funksjonshemming. Formålet er å fremme inkludering og motvirke utestenging av personer med nedsatt helse.

Sykefraværet i Nederland er halvert sammenlignet med 1980-tallet, tilgangen av nye uførepensjonister er redusert med tre fjerdedeler og det totale antallet uførepensjonister går nedover. Samtidig har arbeidsdeltakingen økt, og arbeidsløshet og antall sosialhjelpsmottakere har gått ned. Omfanget av unge uføre har imidlertid økt i likhet med i Norge og øvrige nordiske land.

Arbeidsmiljølovgivning

Nederland har en arbeidsmiljølov og en helse- og sikkerhetslov som har til formål å skape helsemessig gode arbeidsmiljøer og å forebygge sykdom og uførhet. Arbeidsgivere er pålagt å gjennomføre aktivt forebyggende arbeid og å tilby bedriftshelsetjeneste for de ansatte. Virk-

somhetene rapporterer til Arbeidstilsynet som lager samlerapporter og fører tilsyn med virksomhetene.

Den enkelte virksomhet har anledning til å organisere og gjennomføre ansvar og forpliktelser på ulike måter. Virksomheten kan for eksempel ha en egen bedriftslege eller helsetjeneste eller de kan kjøpe tjenester og råd fra eksterne. Arbeidsgivere kan også tegne forsikring for utgifter til sykelønn, sykefraværsoppfølging og rehabilitering. Slike forsikringsavtaler er vanlig blant små og mellomstore virksomheter, mens store virksomheter i større grad organiserer dette innen virksomheten. Det blir stadig mer utbredt at samarbeid om rehabiliterings- og integreringsarbeidet organiseres bransjevis.

Trepartssamarbeid

Kjernen i det forebyggende arbeidet er trepartssamarbeid og avtaler mellom arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner og myndigheter, både nasjonalt og på bransje og sektornivå.

Utvikling og formidling av kunnskap er en viktig del av strategien. I perioden 1999-2002 var hovedmålet å redusere risiko for arbeidsulykker og arbeidsskader. Innsatsen ga positive resultater og ble videreført og styrket gjennom nye avtaler for perioden 2003-2007. Virkemidler og metoder for å forebygge og redusere sykefravær og utstøting er videreutviklet, og etter hvert forankret i kollektive arbeidsavtaler («CAO's») på sektor- og bransje nivå. En viktig del av strategien har vært å formalisere slike avtaler og utvikle virkemiddelkataloger (*Working Conditions Catalogue*) som kan brukes som grunnlag for det konkrete arbeidet i virksomhetene.

På denne måten videreutvikles arbeidsmiljø- og inkluderingsarbeidet på virksomhetsnivå, samtidig som kunnskapen spres til andre. Utviklingsarbeidet har resultert i en rekke virkemidler og arbeidsmåter, for eksempel:

- kompetansesentre på arbeidsmiljø og inkludering i ulike sektorer og bransjer
- bransjevis nettsider med informasjon om gode eksempler
- etablering av bransjeekspert, utdanning og kurs om helse, miljø og sikkerhet
- forsøksvirksomhet og kataloger med eksempler på god praksis i ulike bransjer

Boks 8.1 forts.

Helsesektoren

Helsesektoren er omfattet av de samme bestemmelsene om sykefravær og utstøting som andre virksomheter og arbeidsgivere. Arbeidet med å forebygge og følge opp sykefravær og utstøting på arbeidsplassen skiller seg imidlertid på noen områder fra andre næringer. For det første er det mindre fokus på personlig oppmerksomhet og oppfølging, og mer vekt på opplæring og trening i sykefraværsadministrasjon. Videre legges det mer vekt på organisatoriske tiltak for å koordinere arbeidet. Kort sagt legges det mer vekt på administrasjon og organisasjon, og mindre vekt på mennesker og kolleger. Dette ser ikke nødvendigvis ut til å være en vellykket resept. Sammenlignet med andre næringer, er det flere ledere i helsesektoren som svarer at de synes det er vanskelig å påvirke langtidsfraværet. For

øvrig skiller ikke tilbakemeldingen fra lederne i helsesektoren seg i større grad fra lederne i andre næringer.

Et stadig mer aktuelt tema i helsesektoren er en tiltakende tendens til *aggresjon og vold på arbeidsplassen*. En undersøkelse fra 2009 viser at over 50 prosent av alle sykepleiere oppgir å ha blitt konfrontert med aggresjon fra pasienter eller pårørende, og 40 prosent av alle sykepleiere i sykehus har rapportert om «episoder» siste år. *Personalsikkerhet* er derfor vurdert som den viktigste risikoen i helsetjenesten. De fem viktigste risikoområdene for helsepersonell anses å være: tyveri, verbal aggresjon, fysisk aggresjon, innbrudd og seksuell trakassering. Det er satt i gang flere tiltak for å møte slike problemer, inklusiv opplærings- og kurs for å mestre aggresjon, overvåkings- og sikkerhetstiltak og informasjonskampanjer om aggresjon på jobben.

¹ Omtalen er basert på en rapport fra Nordens Velfärdscenter (Halvorsen 2010)

Kapittel 9

Styrke kunnskap og kompetanse

9.1 Innledning

I dette kapitlet presenterer *utvalget* en samlet strategi for å styrke kunnskapen om omfang, årsaks-sammenhenger og tiltak for å forebygge sykefravær og overgang fra arbeid i helse- og omsorgs-sektoren til uføretrygd eller andre trygdeordninger. Strategien omfatter tiltak for å videreutvikle løpende statistikk, å styrke forskning om årsaker til sykefravær og uførepensjonering, mer systematisk evaluering og utprøving av tiltak, og sikre at tilgjengelig kunnskap i større grad når ut til virksomhetene i helse- og omsorgssektoren.

Utvalget mener at det er for lite tilgjengelig kunnskap om hva som påvirker sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Svingningene i sykefraværet fra 1970-tallet og fram til i dag kan ikke forklares med endringer i befolkningens helse. Utviklingen i befolkningens helse kan heller ikke forklare hvorfor sykefraværet blant menn har svingt rundt samme nivå i denne perioden, mens det for kvinner har vært en stigende tendens.

Den offisielle sykefraværstatistikken kan brukes til å beskrive og analysere nivå og utvikling på det totale sykefraværet for arbeidstakere i Norge. Fordi dagens sykefraværstatistikk bare går tilbake til 2001, publiseres det imidlertid lite statistikk om de lange trendene i utviklingen i sykefraværet. Videre publiseres det lite statistikk om ulike fraværslengder utover skillet mellom egenmeldt og legemeldt sykefravær. Det er også noen utfordringer knyttet til registrering av sykefravær i en sektor som er så preget av turnusordninger som helse- og omsorgssektoren.

Siden sykefravær og utstøting er et komplekst fenomen der mange faktorer spiller sammen, er det nødvendig med kunnskap som går bak statistikken for å forstå sammenhengene. Flere faktorer i arbeidsmiljøet kan påvirke både helsen og i hvilken grad helseproblemer faktisk fører til fravær. Kjennetegn ved individet som alder, kjønn og helse har betydning. Det samme gjelder forhold på samfunnsnivå som konjunktursvingninger i arbeidslivet og utforming av trygdesystemet.

Kunnskap om hvilke faktorer som har størst betydning og hvordan de påvirker fraværet er imidlertid begrenset. For eksempel kan forskjellen i sykefravær mellom menn og kvinner bare delvis forklares med forhold knyttet til svangerskap og fødsel, antall barn, utdanning, inntekt og yrke.

Det er videre mangelfull kunnskap om hvilke utfordringer som spesielt kjennetegner helse- og omsorgstjenesten, hvor store disse utfordringene er og hvordan de kan påvirke sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Det gjelder blant annet fysiske belastninger, utfordringer med relasjonelt arbeid, vold og trusler, arbeidstidsordninger, forholdet mellom ressurser og forventninger og behov, og organisering og ledelse. Selv om det over flere år har vært gjennomført tiltak for å redusere sykefravær og utstøting fra arbeidslivet, er kunnskapsgrunnlaget om effektive tiltak begrenset. Det er en stor utfordring at det mangler systematisk utprøving og evaluering av tiltak på området og at den kunnskapen som faktisk finnes er for lite tilgjengelig. Kunnskapen om forholdet mellom kostnader og effekter av tiltak som så langt har vært gjennomført for å redusere sykefravær og utstøting fra arbeidslivet, er også svært begrenset.

9.2 Gjennomførte og pågående forskningsatsinger

Det er gjennomført og pågår en rekke forskningsatsinger vedrørende sykefravær- og utstøtingsproblematikk i Norge.

Norges forskningsråd (NFR) opprettet i 2007 programmet Forskning på årsaker til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Forskningsprogrammet er en langsiktig satsing som skal gå fram til 2016. Programmet skal frembringe forskningsbasert kunnskap om årsaker og effektive virkemidler for å forebygge og redusere sykefravær og uførhet, og bidra til at undervisningen på relevante utdanninger blir mer forskningsbasert. Pro-

grammet inneholder så langt to prosjekter som omhandler helse- og omsorgssektoren spesielt. Det ene prosjektet skal studere hvordan omorganiseringer i spesialisthelsetjenesten påvirker helse, sykefravær og videre deltakelse i arbeidslivet. Det andre prosjektet ser på hvordan ny teknologi påvirker arbeidsplassen for aldrende helsearbeidere og hvordan denne teknologien kan brukes til å gjøre arbeidsplassen mer inkluderende.

Tidligere forskningssatsinger om arbeid og helse har vært kanalisert gjennom programmet Helse i arbeidslivet (1994–2000) som hadde tiltak på arbeidsplassen som hovedprioritering. Programmet ble etterfulgt av Arbeid og helse (2001–2005) som hadde som mål å styrke kunnskapen om årsaker og mekanismer for arbeidsrelaterte helseplager og effekt av forebyggende tiltak.

Forskningsprogrammet Velferd, arbeidsliv og migrasjon (VAM) er også relevant for arbeidet med å forebygge sykefravær og utstøting. Arbeidslivsprogrammet ble integrert i VAM. Programmet tar utgangspunkt i utfordringen med å vedlikeholde og utvikle det norske velferdssamfunnet i møtet med økende sosial og kulturell heterogenitet, globalisering av økonomi, politikk og arbeidsliv og demografiske, sosiale og kulturelle endringer. Ett av prosjektene handler om utfordringer knyttet til «den nye arbeidsplassen». Det skal i prosjektet gjennomføres kartlegginger av arbeidsforhold og helse over flere år. Prosjektet inkluderer blant annet enkelte sykehjem.

I tillegg til satsinger i regi av Norges forskningsråd, finansieres forskningsprosjekter om sykefravær gjennom programmet Forsøksmidler arbeid og velferd (FARVE). Arbeids- og velferdsdirektoratet ved styringsgruppen har det formelle styringsansvaret for forvaltningen av programmet. Hovedprioriteringsområdet for FARVE er forsøks-, forsknings- og analyseprosjekter innen utvikling av arbeidsmarkeds- og velferdspolitikken på Arbeids- og velferdsetatens område, herunder målene i Intensjonsavtalen for et inkluderende arbeidsliv.

I tillegg finansierer partene i arbeidslivet forskning på feltet.

9.3 Forslag til tiltak

Utvalget mener at det er avgjørende å styrke kunnskapsgrunnlaget og legge til rette for en mer kunnskapsbasert praksis for å redusere sykefravær og for å forebygge at ansatte i helse- og omsorgssektoren faller ut av arbeidslivet.

Utvalget støtter anbefalingen fra ekspertgruppen som har vurdert mulige administrative tiltak for å redusere sykefraværet (Ekspertgrupperapport 2010), om å gjennomføre systematiske kunnskapsoppssummeringer og øke bruken av randomiserte kontrollerte studier.

I dette kapitlet foreslår *utvalget* en strategi for å styrke kunnskapen om sykefravær og overgang til uføretrygd i helse- og omsorgssektoren, som omfatter tiltak på følgende områder:

- Bedre og mer meningsfull sykefraværstatistikk
- Forskning på årsaker til sykefravær og uføretrygding
- Satsing på systematisk utprøving og evaluering av tiltak
- Forbedre systemene for å formidle kunnskap om effektive tiltak

9.3.1 Bedre og mer meningsfull sykefraværstatistikk

Utvalget er opptatt av at sykefraværstatistikken er så god og nyansert som mulig. Sykefravær er et komplisert fenomen som henger sammen med en rekke ulike forhold knyttet til enkeltindividet, arbeidsplassen og samfunnet. Det er sannsynligvis ulike mekanismer som ligger bak korte og lange fravær, og derfor kan mer tilgjengelig informasjon om de ulike fraværslengdene være av stor betydning både for debatten om årsaker til sykefravær og for arbeidet med å utforme tiltak.

På bakgrunn av dette, mener *utvalget* at den kvartalsvise statistikken i større grad bør presentere data for ulike sykefraværslengder og ikke bare skiller mellom egenmeldt og legemeldt sykefravær. Statistikken bør utvides med flere analyser på alder og kjønn. *Utvalget* mener også at det bør gjøres en grundig vurdering av hvor stor feilkilden i sykefraværsprosenten er for næringer med mye bruk av turnusordninger som løper uavhengig av om det er helligdag eller hverdag. Videre mener *utvalget* at det er behov for en mer enhetlig sykefraværstatistikk.

Utvalget har også diskutert om det bør vurderes å skille ut fravær blant gravide og lærlinger fra den ordinære fraværstatistikken og presentere egne data for disse gruppene. Videre har *utvalget* diskutert om det er behov for mer statistikk på overgang fra sykepengesaker til andre trygdeordninger, statistikk på reell pensjonsalder osv. I tillegg mener *utvalget* at sykefraværstatistikken med fordel kunne ses mer i sammenheng med lengre tidstrender i sykefraværutviklingen basert på

andre kilder enn det som er tilgjengelig gjennom den ordinære statistikken.

Utvalget viser til den partssammensatte faggruppen som ledes av embetsverket i Arbeidsdepartementet og som skal drøfte utviklingen i IA-målene, økonomiske og administrative konsekvenser av virkemiddelbruken på disse områdene og metodiske spørsmål i disse forbindelser. *Utvalget* anbefaler at:

- forbedring av sykefraværstatistikken behandles i faggruppen som skal drøfte utviklingen i IA-målene, økonomiske og administrative konsekvenser av virkemiddelbruken med mer

9.3.2 Forskning på årsaker til sykefravær og utstøting

Utvalget viser til at det til tross for forskningssatsinger på området, er mangelfull kunnskap om årsaker til sykefravær og overgang fra arbeidslivet til helserelaterte trygdeordninger. Det meste av forskningen på årsaker til sykefravær og uføretrygding er basert på observasjonsstudier der metodiske svakheter gir grunn til å tolke resultatene med varsomhet. Tilgjengelig forskning tyder imidlertid på at en rekke forhold knyttet til enkeltindividet, arbeidsplassen og mer generelle samfunnsforhold kan ha betydning for sykefravær og utstøting fra arbeidslivet.

Det kan synes som et paradoks at sykefravær og uføretrygding ikke reduseres parallelt med at befolkningen har fått bedre helse og lengre levealder. Selv om forskningen antyder en lang rekke forhold som har betydning for sykefravær og utstøting fra arbeidslivet (både helse og andre faktorer), er det ikke mulig å gi et godt svar på hvorfor forbedringen i befolkningens helse ikke har ført til reduksjon i fraværet. Det er også lite som tyder på at arbeidslivet generelt sett er blitt mer belastende. Det meste av økningen i sykefravær de siste tretti årene skyldes høyere sykefravær blant kvinner og har skjedd parallelt med en sterk økning i kvinners yrkesdeltakelse.

Kvinnens sykefravær er i dag drøyt 60 prosent høyere enn menns. Det ser også ut til at kvinner har høyere risiko for uføretrygding. Kjønnforskjellene i sykefravær kan bare delvis forklares med sykefravær relatert til graviditet og andre helseproblemer som er spesielle for kvinner. Videre ser det ut til at hypotesen om at kvinner har høyere sykefravær enn menn fordi de har en dobbel byrde med en kombinasjon av arbeid og ansvar for omsorg for barn, i liten grad kan forklare kjønnforskjellene. Det samme gjelder forskjeller i belastning som skyldes forhold på

arbeidsplassen. Mye av kjønnforskjellene kan ikke forklares med utgangspunkt i tilgjengelig kunnskap. Kvinner har høyere sykefravær i alle aldersgrupper og fraværet er høyere selv om det kontrolleres for graviditet, antall barn, lønn, utdanning og yrke. *Utvalget* mener at det er viktig med mer kunnskap om årsakene til at kvinner har høyere sykefravær enn menn. Slik kunnskap er spesielt viktig for helse- og omsorgssektoren siden en så stor andel av de sysselsatte er kvinner.

Kunnskapsoppsummeringene som *utvalget* har fått gjennomført i sammenheng med utredningsarbeidet, har i liten grad identifisert kohortstudier som har undersøkt sammenhengen mellom holdninger og sykefravær. De undersøkelser som er omtalt tyder på at det er en sammenheng mellom sosial interaksjon og sykefravær, men at det er vanskelig å avgjøre hva som skyldes normer og hva som skyldes informasjonsflyt. Det ser imidlertid ikke ut til at årsaken er at de nye aldersgruppene som kommer inn i arbeidslivet, har andre holdninger til arbeid.

Spesielt arbeidstakerorganisasjonene, har satt søkelys på sammenhengen mellom sykefravær og deltidsarbeid. Det blir diskutert en rekke ulike hypoteser om denne sammenhengen, for eksempel at uønsket deltid kombinert med ekstravakter gir helseproblemer over tid, ansatte velger deltid på grunn av belastninger i yrket, deltid gir svakere tilknytning til arbeidsmarkedet og større sannsynlighet for å falle ut av arbeidslivet, og at deltidsansatte i mindre grad gjennomfører etter- og videreutdanning, lavere mestring og dermed større sannsynlighet for sykefravær. Kunnskapsoppsummeringer som *utvalget* har fått gjennomført har i liten grad fanget opp forskning om deltid som årsak til sykefravær og uførepensjonering. Det gjelder også tidligere gjennomførte kunnskapsoppsummeringer. Dokumentasjonen på helseeffekter er også begrenset. Helse- og omsorgssektoren er blant de næringene som har høyest andel deltidsansatte. Sykefraværstatistikken for helse- og omsorgssektoren som er presentert i kapittel 3 viser at sykefraværet er høyest blant deltidsarbeidene kvinner som har avtalt ukentlig arbeidstid på 29 timer eller mindre. Sykefraværet er imidlertid lavest i gruppen som arbeider lengre deltid, det vil si avtalt arbeidstid på mellom 30 og 34 timer.

Det er også behov for mer kunnskap om hvilken betydning turnus- og andre arbeidstidsordninger har for sykefravær og uføretrygding. Undersøkelser som inngår i kunnskapsoppsummeringen om betydningen av arbeidsfaktorer tyder på at kvelds- og nattarbeid øker risikoen for

sykefravær sammenlignet med dagarbeid. En stor andel av de ansatte i helse- og omsorgssektoren arbeider i turnusordninger som innebærer kvelds- og nattarbeid. Forstyrret døgnrytme og søvnforstyrrelser er de best dokumenterte effektene av skiftarbeid (særlig nattarbeid) som kan føre til helseplager.

Arbeidstilsynet har gjennom tilsynsvirkningen avdekket at de ansatte opplever en ubalanse mellom oppgaver og ressurser. Videre tyder tilgjengelig forskning på at det er en sammenheng mellom høye jobbkraav kombinert med lav innflytelse og økt risiko for sykefravær blant helse- og omsorgspersonell. Det er imidlertid begrenset kunnskap om omfanget av problemet og hvilken betydning det eventuelt har for sykefravær og uførepensjonering.

Selv om det foreligger internasjonal og nordisk forskning som kaster lys over årsakene, mangler det fremdeles nødvendig kunnskap om hvilke faktorer som er av størst betydning (og hvilke som har ingen eller liten betydning), og hvordan disse faktorene påvirker helse, trivsel, videre yrkesaktivitet og overgang til andre velferdsordninger. I lys av de store kostnadene sykefravær medfører, både for individene selv og for samfunnet, er det et problem at kunnskapsgrunlaget fremdeles er så svakt. *Utvalget* understreker at det spesielt er behov for gode kvantitative studier om årsaker til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet og mener det må satses langt mer på kvantitativ forskning av høy kvalitet.

Utvalget mener at det er behov for å styrke kvaliteten på forskningen om årsaker til sykefravær og utstøting, både generelt og innenfor helse- og omsorgssektoren spesielt. I tillegg er det et spesielt behov for å styrke forskningen om årsaker til sykefravær blant kvinner. *Utvalget* anbefaler at:

- forskningen på kvinners sykefravær styrkes gjennom egne midler under Forskningsrådets program om årsaker til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet
- forskningen om årsaker styrkes i tråd med beskrivelsen av kunnskapshull ovenfor

Utvalgsmedlemmene Siren Vetnes Johannesen og Ivar Sønbo Kristiansen foreslår i tillegg et nytt forskningsprogram: Kan holdninger være årsak til arbeidsfravær? Disse medlemmene viser til at holdninger er oppfatninger og følelser om ting, mennesker og hendelser, og tendenser til å reagere på bestemte måter. Holdninger baseres ofte på ikke-bevisste verdier og antakelser man har om bestemte forhold eller årsaker og blir sjelden dis-

kutert eller betvilt. Grunnleggende antakelser om årsaker til helseplager og sykdom, både hos arbeidsgiver og arbeidstaker, kan få betydning for forløp av plager og for arbeidsfravær. Da det er gjort forholdsvis lite forskning på holdninger som årsak til arbeidsfravær, bør denne type forskning prioriteres. Dette kan tyde på at både de som finansierer forskning og de som utfører den, har hatt liten interesse for temaet.

9.3.3 Satsing på systematisk utprøving og evaluering av tiltak

Til tross for det de senere årene er brukt betydelige ressurser på tiltak for å redusere sykefravær og uføretrygding, er kunnskapen om hvordan tiltakene virker på sykefravær og utstøting fra arbeidslivet begrenset.

Utvalget mener at det er behov for en større satsing på evalueringsstudier, blant annet evalueringsstudier med randomisert kontrollert design for å vurdere virkningene av et tiltak. Selv om ikke alle problemstillinger kan besvares av slike studier, er det viktig å understreke at evalueringsstudier med randomisert kontrollert design er et ideal for kvantitativ analyse. Andre type studier er imidlertid viktige supplement, slik som (ikke-randomiserte) kontrollerte evalueringsstudier som utnytter longitudinelle data til å studere virkningene av ulike tiltak. Dessuten kan kvalitative studier gi verdifull innsikt i hvorfor noe virker eller ikke virker, og hvordan tiltak kan forbedres. Det mangler særlig forskningsbasert kunnskap om hvordan tiltak for å redusere sykefravær og uføretrygding virker på ulike personer, herunder forskjeller mellom menn og kvinner, sosiale forskjeller og forskjeller i helse.

Gjennomføring av solide kvantitative analyser av tiltak forutsetter at det er utarbeidet en plan for systematisk evaluering og datainnhenting før tiltaket gjennomføres. *Utvalget* mener at det bør legges til rette for systematisk evaluering i sammenheng med tiltak for å redusere sykefravær og uføretrygding. I dag gjennomføres det mange tiltak der det tilsynelatende mangler en overordnet plan for systematisk læring. Det er i tillegg et problem at det gjennomføres mange ulike tiltak samtidig slik at det blir vanskelig å vurdere hvilke tiltak som eventuelt har hatt betydning for endringer i sykefravær og uføretrygding.

Kvaliteten på evaluering og forskning bør videre sikres gjennom publisering av artikler i anerkjente, fagfellevurderte tidsskrifter, både nasjonale og internasjonale. Offentlige midler til evaluering av nye tiltak bør om mulig tildeles

forskningsmiljøer som kan vise til publiseringer i slike tidsskrifter.

Utvalget anbefaler at det settes i gang et arbeid for å styrke samarbeidet mellom aktører som har ansvar for å sette i verk tiltak og forskningsmiljøer som forsker på effekten av tiltak for å redusere sykefravær og uføretrygding. Et slikt samarbeid er både viktig for å få til en bedre samordning mellom forskningsmiljøene, og mellom forskningsmiljøene og aktører som iverksetter tiltak. *Utvalget* mener at det er behov for bedre koordinering av evaluerings- og forskningsvirksomheten, utvikling av nye effektive tiltak, videreutvikling av eksisterende tiltak og avvikling av tiltak som ikke virker. En aktuell tilnærming kan være å etablere en større satsing på systematisk utprøving av tiltak i regi av Norges forskningsråd.

Utvalget anbefaler videre at det bevilges særskilte midler til utprøving av tiltak som kan bidra til å redusere sykefravær og anbefaler at det gjennomføres utprøving av tiltak i større skala på følgende områder:

- 365-dagers egenmelding (se kapittel 13 *Tettere oppfølging av sykemeldte*)
- oppfølging av gravide på arbeidsplassen (se kapittel 11 *Bedre tilrettelegging for gravide*)
- nye arbeidstidsordninger (se kapittel 10 *Forbedre arbeidsmiljø og arbeidsinnhold*)

I tillegg anbefaler utvalget at forsøksprogrammet FARVE, som et ledd i oppfølging av IA-avtalen, styrkes med midler til et større program for systematisk utprøving av tiltak i helse- og omsorgssektoren.

LO's representant i utvalget Mette Nord støtter ikke økt bruk av randomiserte kontrollerte studier og viser til at problematikken i tilknytning til sykefravær og utstøting i liten grad handler om medisinske behandlingsmetoder. Randomiserte studier i denne sammenhengen vil i hovedsak innebærer studier av sosial og/eller økonomisk eksperimentell karakter. Sosiale forskjeller i helse og årsakene til disse er allerede godt dokumentert, og det er et bredt spekter av tiltak som er nødvendige for å redusere disse forskjellene. Randomiserte studier vil i liten grad kunne gi ny kunnskap om disse forholdene, og innebærer et tidsperspektiv som ikke står i forhold til eventuell ny kunnskap.

Forsøk med 365-dagers egenmelding

Det er ulike syn i *utvalget* på betydningen av legens rolle som sykemelder, men det er enighet om at det kan være interessant å få mer kunnskap

om effekten av utvidet egenmelding. *Utvalget* anbefaler på denne bakgrunn at det gjennomføres en mer omfattende forsøksordning for å kartlegge mulige positive effekter av utvidet bruk av egenmelding. Et forsøk bør omfatte 10 til 12 kommuner som tester ut 365 dagers egenmelding. Piloten bør «eies» av Arbeidsdepartementet og det bør utarbeides klare krav til prosjektene på forhånd. Det bør vurderes om piloten, i tillegg til utvidet rett og plikt til bruk av egenmelding, også skal kreve rutiner for møter mellom partene (arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner, NAV, NAV-lege, behandlende lege) som går ut over dagens ordning.

Det er avgjørende at pilotprosjektet gjennomføres på en slik måte at det blir mulig å evaluere effekt, blant annet gjennom valg av forsøkskommuner. Forsøket bør gå over minst 3 år og i tillegg til mål på effekten for sykefravær, uføretrygding og brukertilfredshet, bør det også forskes på hva som skjer med lege-pasient-rollen når legemelding fjernes og erstattes med egenmelding. I tillegg må det gjøres en vurdering av besparelser i form av tid og ressurser hos legene og eventuelle ekstra kostnader for andre aktører.

Se nærmere omtale i kapittel 13 *Tettere oppfølging av sykemeldte*.

Oppfølging av gravide på arbeidsplassen

Utvalget anbefaler at det iverksettes et bredt forsøk med oppfølging av gravide på arbeidsplassen. Tilbudet bør omfatte oppfølging av jordmor som er tilknyttet bedriftshelsetjenesten eller på annen måte engasjert av virksomheten. Videre bør oppfølgingen av den gravide i likhet med andre personalspørsmål, bygge på dialog mellom leder og den ansatte. Konkret vil forsøket innebære at kommunen eller helseforetaket engasjert en jordmor som sammen med nærmeste leder og den gravide gjennomfører en samtale for å kartlegge risiko, få oversikt over den enkeltes behov og lage en oppfølgingsplan.

Forsøket bør gjennomføres både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i helseforetakene. Forsøket må planlegges og gjennomføres på en måte som gjør det er mulig å måle effekt på sykefraværet, blant annet gjennom måten kommuner og virksomheter velges ut på. Målet må være at forsøkene skal danne grunnlag for en mer systematisk oppfølging av alle gravide i helse- og omsorgssektoren. Det betyr at forsøket bør ha en viss størrelse og fange opp bredden av virksomheter i sektoren.

Se nærmere omtale i kapittel 11 *Bedre tilrettel-egging for gravide*.

Forsøk med nye arbeidstidsordninger

Det finnes eksempler på at sykefraværet har gått ned og trivselen har økt i sammenheng med alternative turnusordninger som blant annet har hatt som målsetting å redusere forekomsten av ufrivillig deltid.

Utvalget foreslår at virksomhetene prøver ut nye arbeidstidsordninger med sikte på å finne ordninger som kan bidra til økt trivsel og færre belastninger knyttet til arbeidet, samtidig tilknytningen til arbeidslivet styrkes gjennom å redusere bruken av deltid.

Forsøkene bør ha en varighet som gjør det mulig å få kunnskap om eventuelle helsekonsekvenser over tid. Behov for mer kunnskap om virkningen av lange vakter generelt og særlig om betydningen av at slike inngår i faste turnusordninger og etterfølges av lengre friperioder. Videre behov for kunnskap om betydningen av passiv tid i vaktene.

Se nærmere omtale i kapittel 10 *Forbedre arbeidsmiljø og arbeidsinnhold*.

9.3.4 Forbedre systemene for å formidle kunnskap om effektive tiltak

Utvalget viser til at det finnes en rekke kilder til informasjon som kommuner og helseforetak kan benytte i arbeidet med å forebygge sykefravær og uføretrygding, for eksempel idebanken for et inkluderende arbeidsliv, nettsidene til Arbeidstilsynet, nettsidene til NAV, nettsidene til Norges forskningsråd og nettsidene til organisasjonene i arbeidslivet. Det kan imidlertid være vanskelig å vurdere hvor godt resultatene fra ulike tiltak er dokumentert og hvordan de kan overføres til andre virksomheter. Videre kan det etter *utvalgets*

vurdering være nødvendig med informasjon som er mer skreddersydd til helse- og omsorgssektoren for at den skal føles relevant og bli tatt i bruk i det forebyggende arbeidet i sektoren.

Nasjonalt kunnskapssenteret for helsetjenesten har gjennomført et systematisk litteratursøk på oppdrag fra *utvalget* for å identifisere forskningslitteratur om effekten av tiltak for å påvirke sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren. Det har imidlertid ikke vært mulig å få gjennomført en fullstendig kunnskapsoppsummering innenfor de tidsrammene *utvalget* har hatt til disposisjon. Kunnskapssenteret har gjennomgått søket basert på titler og sammendrag og sortert ut referanser som ikke er relevante. Referansene er ikke innehentet i fulltekst og det er ikke gjennomført kvalitetsvurdering av artiklene. I en fullstendig kunnskapsoppsummering ville artiklene bli innhentet i fulltekst og kvalitetsvurdert. *Utvalget* mener at det bør gjennomføres en slik fullstendig kunnskapsoppsummering på dette området.

Utvalget viser til at det pågår et arbeid med en stortingsmelding om velferdsutdanningene som skal sikre at helse- og sosialsektoren har god tilgang på kompetent personell som kan jobbe sammen for å gi god behandling og oppfølging.

Utvalget anbefaler at følgende virkemidler vurderes for å forbedre systemene for å formidle kunnskap om effektive tiltak for å forebygge sykefravær og overgang til andre trygdeytelser:

- etablere nettside for å formidle kunnskap om sykefravær og utstøting fra helse- og omsorgssektoren i sammenheng med Helse- og omsorgsdepartementets utvikling av en helseportal
- utarbeide en systematisk kunnskapsoversikt om effektive tiltak i helse- og omsorgssektoren
- styrke helseutdanningene på alle nivåer med kunnskap om arbeidsmetoder for å forebygge helseplager knyttet til fysiske og psykososiale arbeidsforhold

Boks 9.1 Økonomisk evaluering av tiltak

Retningslinjer for gjennomføring av økonomiske konsekvenser av tiltak er gitt i Finansdepartementets veileder (2005), Helsedirektoratets veileder for utredning av helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser (IS-1435, 2007), og veileder fra Senter for statlig økonomistyring i samfunnsøkonomisk analyse (2006).

Finansdepartementet (2005) peker på at en samfunnsøkonomisk vurdering kan gjøres ved bruk av forskjellige typer analyser:

- **Nytte-kostnadsanalyse:** En systematisk kartlegging av fordeler og ulemper ved et tiltak. Nytevirksomheter og kostnader verdsettes i kroner så langt det er faglig forsvarlig. Der som en legger sammen den beregnede verdien av alle effektene ved et tiltak og summen av disse er større enn kostnadene, defineres tiltaket som samfunnsøkonomisk lønnsomt.
- **Kostnadseffektivitetsanalyse:** En systematisk verdsetting av kostnadene ved ulike alternative tiltak som kan nå samme mål. Kostnadene verdsettes i kroner og det gjøres en vurdering av det rimeligste alternativet for å nå et gitt mål.
- **Kostnads-virkningsanalyse:** En kartlegging av kostnader for ulike tiltak som er rettet mot samme problem, men der effektene av tiltakene ikke er helt like. I slike tilfeller er det ikke nødvendigvis det tiltaket som har lavest kostnader som er det beste alternativet.

Utvalget mener at det bør tilstrebes å gjennomføre nytte-kostnadsanalyser ved innføring av tiltak for å redusere sykefravær og uføretrygding, men vil understreke at det er viktig å ta hensyn til ikke-prissatte effekter. Effektene kan prissettes i den grad dette anses forsvarlig ut fra informasjonsgrunnlag og med tanke på metodiske utfordringer.

Samfunnsøkonomisk analyse

En samfunnsøkonomisk analyse er et verktøy for å systematisere omfang og virkninger av et tiltak eller prosjekt. Formålet er å klarlegge og synliggjøre konsekvenser før beslutninger fattes og før tiltak iverksettes. Videre er den samfunnsøkonomiske analysen en måte å rangere ulike tiltak på, i lys av sammenlignbare alternati-

ver. På den måten kan en god samfunnsøkonomisk analyse benyttes som verktøy for å vurdere om:

- tiltaket skal iverksettes
- hvilke av flere alternativer som bør velges

Et prosjekt eller tiltak vil ha ulike konsekvenser for berørte parter. For noen vil for eksempel prosjektet eller tiltaket ha positive effekter, mens andre vil oppleve negative eller ingen effekter. Årsaken er dels ulike preferanser og dels at konsekvensene av prosjektet eller tiltaket fordeles forskjellige mellom de berørte partene.

Den samfunnsøkonomiske analysen legger til grunn «samfunnet» som interessant i analysen. Er samfunnet samlet sett tjent med at ressursene brukes på denne måten, eller ville det være bedre å bruke ressursene på andre investeringer. Logikken er spesielt lett å forstå knyttet til skattefinansiering av tiltaket. Skatteinntektene kunne alternativt vært brukt på andre investeringer og produksjon av offentlige velferdsgoder, eller for eksempel skattelette. Det er dermed av spesiell interesse å analysere bruken av offentlige midler.

Et viktig krav til den samfunnsøkonomiske analysen er at alle relevante effekter skal vurderes, både de positive og de negative. Det er imidlertid viktig å skille fordelingsvirkninger fra de samfunnsøkonomiske virkningene siden disse ikke inngår i selve lønnsomhetsanalysen. Fordelingsvirkninger er effekter der ressurser omfordes mellom berørte parter som følge av prosjektet eller tiltaket. Slike virkninger kjennetegnes for eksempel ved at nytten som før tiltaket tilfalt en berørt part overføres til en annen part etter at tiltaket er gjennomført. Omfordelingen kan være alvorlig for den enkelte part, for eksempel ved at næringsgrunnlaget svekkes eller uteblir. Det er derfor alltid viktig å beskrive fordelingsvirkningene i tilknytning til en samfunnsøkonomisk analyse.

Effekten av det foreslåtte tiltaket vurderes opp mot basisalternativet. Basisalternativet er vanligvis situasjonen uten tiltaket, og en videre naturlig utvikling av denne. I den grad andre løsninger kan dekke samme samfunnsbehov må disse alternativene også utredes.

Boks 9.1 forts.*Prissatte effekter*

For de mest håndgripelige effektene vil virkningene bli vurdert og kvantifisert. Nåverdimetoden benyttes for å sammenligne og summere nyttevirksomheter og kostnader målt i kroner som påløper i ulike år. Dersom alle virkninger er prissatt i kroner og netto nåverdi er positiv, er tiltaket samfunnsøkonomisk lønnsomt. I slike problemstillinger vil det ikke være mulig, eller hensiktsmessig gitt nivået for usikkerhet i estimatene, å komme med tallmessige vurderinger av alle effekter. Denne type effekter er ikke verdsett i kroner, men omtalt blant de ikke-prissatte effektene.

Ikke-prissatte effekter

Tre begreper står sentralt ved bruk av ikke-prissatte effekter som metode: Betydning, omfang og konsekvens. Det første trinnet er å gjøre en vurdering av hvilken betydning eller verdi en beskrevet effekt av tiltaket antas å ha for samfunnet som helhet. I stedet for å sette et tallanslag, etableres et gitt antall kvalitative kategorier fra lav til høy betydning, deretter plasserer den aktuelle effekten i riktig kategori. En mulig grovmasket inndeling er å operere med tre kategorier for betydning: Liten – middels – stor. Neste trinn i metoden er å vurdere omfanget av disse effektene og i hvilken grad tiltaket antas å påvirke effektene. Tiltakets virkninger for samfunnsutviklingen, det vil si konsekvensen av tiltaket, sammenlignes med basisalternativet (0-alternativet).

Risiko

I henhold til Finansdepartementets veileder, handler risiko i samfunnsøkonomisk analyse om muligheten for at det faktiske resultatet avviker fra det forventede resultatet. Risikoen tallfestes

gjør ved et statistisk spredningsmål, som for eksempel variansen til en porteføljes avkastning.

Det skiller mellom usystematisk og systematisk risiko. Usystematisk risiko er prosjektspesifikk, det vil si usikre kostnader som bare avhenger av spesifikke forhold i det enkelte prosjektet. Risiko som samvarierer med andre prosjekter er systematisk risiko, og er prosjektuavhengig. Eksempel på slik risiko er økonomisk utvikling (konjunkturer). Hvis for eksempel prosjektets inntekter avhenger av lav- eller høykonjunktur, er konjunkturutviklingen en systematisk risiko.

Veilederen til Finansdepartementet inviterer til to tilnærminger for å ta høyde for risiko i samfunnsøkonomiske analyser:

1. Benytte risikofri kalkulasjonsrente og samtidig beregne risikospennet for hver enkelt kostnads- og gevinstestimat (sensitivitetsanalyser).
2. Korrigere for risiko ved å justere opp kalkulasjonsrenten med et risikotillegg og deretter neddiskontere de usikre, framtidige prosjektoverskuddene med en risikojustert kalkulasjonsrente.

Begge metodene har sine styrker og svakheter. Den andre metoden forutsetter at usikkerheten øker jevnt over tid, noe som er en meget streng forutsetning, ikke minst for komplekse prosjektet som tiltak for å redusere sykefravær og uføretrygding. I forbindelse med Finansdepartementets kvalitetssikring av store statlige investeringer er den første metoden valgt. Konsekvensene for prosjektets nåverdi (samlet samfunnsøkonomisk gevinst eller kostnad basert på de prissatte effektene) hvis sentrale parametere får andre verdier enn forventningsverdiene kan illustreres med et maksimumsalternativ og et minimumsalternativ.

Kapittel 10

Forbedre arbeidsmiljø og arbeidsinnhold

10.1 Innledning

Kapitlet omfatter det forebyggende arbeidet for å redusere sykefravær og overgang til utførepensjon fra helse- og omsorgssektoren, og *utvalgets* forslag til hvordan dette arbeidet kan styrkes gjennom forsterket partssamarbeidet, mer systematisk HMS-arbeid, og gjennom å styrke ledelse, medvirkning i omstillingsprosesser og utvikling av medarbeidernes kompetanse.

Sektoren har enkelte utfordringer når det gjelder arbeidstidsordninger, innholdet i arbeidet og arbeidsbelastninger som er relevante for arbeidet med å redusere sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Kunnskapen om hva som påvirker sykefravær og utstøting fra arbeidslivet er begrenset, men en rekke forhold knyttet til enkeltindividet, arbeidsplassen og mer generelle samfunnsforhold kan ha betydning. Forhold på arbeidsplassen som kan ha betydning både for helsen og for om helseproblemer faktisk fører til fravær, og kan omfatte alt fra fysiske og mekaniske belastninger til organisatoriske forhold og til psykososialt arbeidsmiljø. Kvelds- og nattarbeid ser ut til å gi økt risiko for sykefravær. Det samme gjelder den typen arbeidsstillinger og tunge løft som preger arbeidet til deler av personellet i helse- og omsorgssektoren. Arbeidsbelastning i form av høye jobbkrav kombinert med lav innflytelse ser ut til å øke risikoen for sykefravær blant helse- og omsorgspersonell. Videre kan graden av sosial støtte, i hvilken grad ledelsen oppfattes som rettferdig og kulturen i virksomheten påvirke sykefraværet. Rollekonflikter kan også bidra til økt sykefravær. Omfattende nedbemanning kan gi økt sannsynlighet for sykefravær og redusert sannsynligheten for å returnere til arbeidslivet. Det ser imidlertid ut til at mindre nedbemanninger ikke har en slik effekt.

Helsearbeidere som har pasientkontakt rapporterer om større emosjonelle belastninger og større risiko for vold, trusler og trakassering enn kvinner i andre yrker.⁶⁶ Det ser også ut til at personellet i større grad opplever en kombinasjon av

store krav og lavere grad av kontroll. Deler av personellet rapporterer om flere kjemiske og ergonomiske belastninger enn kvinner i andre yrker. Videre er omfang av turnus, kvelds- og nattarbeid og deltid større enn i andre næringer. Det er store variasjoner mellom personellgruppene, både når det gjelder type og omfang av belastning. Det ser ut til at belastningene oppleves størst blant dem med kortest utdanning. I følge Arbeidstilsynet viser tilsyn med helse- og omsorgssektoren at det har vært en positiv utvikling i helse- miljø- og sikkerhetsarbeidet, men at ledere og ansatte opplevde at det er en ubalanse mellom oppgaver og ressurser. Arbeidstilsynet mener at dette i mange tilfeller fører til nedprioritering av det systematiske HMS-arbeidet og at forebyggende tiltak ikke blir gjennomført.

10.2 Gjeldende regelverk

Arbeidsmiljøloven

Arbeidsmiljøloven skal sikre trygge tilsettingsforhold, et sikkert arbeidsmiljø og en meningsfylt arbeidssituasjon for alle arbeidstakere.

Loven beskriver arbeidsgiverens og arbeidstakerens plikter og ansvar. Den gir blant annet bestemmelser knyttet til sikkerhet, arbeidstid, permisjoner, ansettelse og oppsigelser. Arbeidsgiver har ansvar for at loven etterlevs, men det stilles også krav til arbeidstakerne og til importører og produsenter av tekniske innretninger og helsefarlige stoffer. Arbeidsgiver skal organisere og tilrettelegge arbeidet under hensyn til den enkelte arbeidstakers arbeidsevne, kyndighet, alder og øvrige forutsetninger. Loven stiller også spesielle krav om tilrettelegging for arbeidstakere med redusert arbeidsevne. Arbeidstakerne har en plikt og en rett til aktivt å medvirke for å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø. Loven pålegger også

⁶⁶ Helsearbeider er definert som sysselsatte kvinner i næringsen helse- og sosialtjenester som arbeider i helse- og omsorgstjenesten, se definisjon i kapittel 4.

leger som får kunnskap om at en arbeidstaker lider av yrkessykdom eller annen sykdom som kan skyldes arbeidstakers arbeidssituasjon, og å gi skriftlig melding om dette til Arbeidstilsynet.

Arbeidstilsynet skal bidra til at virksomhetene etterlever arbeidsmiljø- og sikkerhetslovgivningen gjennom å føre tilsyn og gi veiledning. Målet er å styrke kunnskapen og sette virksomhetene i stand til å arbeide systematisk for å forbygge sykdom og skader.

Internkontrollforskriften og HMS forskriften

Selv om myndighetene fører tilsyn med, veileder og informerer om arbeidsmiljø og sikkerhet, er det arbeidsgiver selv som har ansvar for at arbeidsmiljølovens krav etterleveres. Arbeidsgiver har plikt til å gjennomføre systematisk HMS-arbeid. Arbeidstaker har både rett og plikt til å medvirke i HMS-arbeidet. Systematisk HMS arbeid skal utføres i samarbeid med arbeidstakerne og deres representanter eller tillitsvalgte. Arbeidstaker skal medvirke ved gjennomføring av tiltak og delta i det organiserte vernearbeidet i virksomheten.

Forskrift om systematisk helse, miljø og sikkerhetsarbeid (internkontrollforskriften) er knyttet opp mot en rekke lover og forskrifter som inneholder krav til at den som leder en virksomhet, plikter å sørge for systematisk oppfølging av de kravene regelverket stiller til HMS i virksomheten.

Regelverket stiller krav ikke bare om etterlevelse, men også visse krav til metode, det vil si til hvordan virksomheten skal arbeide for å sikre at lovverket etterleveres. Hensikten med systemet er å sikre at problemer oppdages og tas hånd om i tide. Det stilles blant annet krav til at det skal fastsettes mål for HMS-arbeidet i virksomheten, gjennomføres risikokartlegging og utarbeides handlingsplaner, og etableres rutiner for å avdekke, rette opp og ikke minst forebygge skader og overtreddelse av lovens krav. Det stilles også krav til at HMS-arbeidet skal foregå kontinuerlig og kunne dokumenteres.

Verneombud

Arbeidstakers rett til medvirkning fremkommer blant annet i arbeidsmiljølovens krav om at virksomhetene skal velge verneombud. Verneombudet er arbeidstakernes representant i HMS-spørsmål og skal ivareta deres interesser i saker som angår arbeidsmiljøet. Virksomhetene har i utgangspunktet plikt til å velge et verneombud,

men i virksomheter med mindre enn 10 arbeidstakere kan partene skriftlig avtale en annen ordning. Direktoratet for arbeidstilsynet kan likevel, etter en konkret vurdering, fastsette at virksomheten skal ha verneombud.

Arbeidsmiljøutvalg

Arbeidsmiljølovens krav til systematisk HMS-arbeid i virksomhetene forutsetter et utstrakt samarbeid mellom ledelsen og de ansatte. I virksomheter med mer enn 50 ansatte skal det opprettes et arbeidsmiljøutvalg der arbeidsgiver, arbeidstakerne og verne- og helsepersonell er representert. Arbeidsgiver og arbeidstakere skal ha like mange representanter og ledelsen av utvalget skal gå på omgang. Arbeidsmiljøutvalget skal blant annet ha en aktiv rolle i etablering og vedlikehold av virksomhetens systematisk HMS-arbeid.

Tillitsvalgte

Internkontroll skal innføres og utøves i samarbeid med arbeidstakerne og deres representanter eller tillitsvalgte. Arbeidsgiver skal videre sørge for å holde arbeidstakerne og deres tillitsvalgte løpende informert om systemer som nyttes ved planlegging og gjennomføring av arbeidet. Tillitsvalgte skal gis nødvendig opplæring for å sette seg inn i systemene og skal medvirke ved utformingen av dem, se arbeidsmiljøloven § 4–2 (1).

Bedriftshelsetjenesten

Arbeidsmiljøloven stiller krav om at virksomheten skal knytte til seg godkjent bedriftshelsetjeneste dersom risikoforholdene tilsier det. Vurderingen av om en slik plikt foreligger skal foretas som ledd i det systematiske HMS-arbeidet. I tillegg er det fastsatt en forskrift om en rekke bransjer som uten en nærmere vurdering har plikt til å knytte til seg bedriftshelsetjeneste (bransjeforskriften). Bransjeforskriften er nylig revidert og med virkning fra 1. januar 2010 er også helse- og omsorgssektoren omfattet av reglene. Bakgrunnen for dette var at bransjen ligger høyt på uføretrygding, sykefravær, tunge løft og selvrapporterte muskel- og skjelettplager. I tillegg er bransjen preget av skiftarbeid, inkludert nattarbeid, noe som anses å være en belastning. Det er også fastsatt en forskrift om bedriftshelsetjenestens oppgaver. Bedriftshelsetjenesten skal bistå virksomhetene i det forebyggende HMS-arbeidet. Videre skal bedriftshelsetjenesten bistå i arbeidet med tilrette-

legging for og oppfølging av sykmeldte. Fra 1. januar 2010 skal bedriftshelsetjenester være godkjent av Arbeidstilsynet.⁶⁷ Det er arbeidsgivers/ virksomhetens ansvar å påse at bedriftshelsetjenesten er godkjent.

10.3 Forslag til tiltak

Utvalget legger vekt på at det generelle arbeidet for å bedre arbeidsmiljø og arbeidsinnhold er avgjørende for å forebygge sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. I tråd med de utfordringene som er beskrevet i denne utredningen foreslår *utvalget* tiltak på følgende områder:

- prosjekt med forsterket partssamarbeid
- systematisk utviklingsarbeid
- styrking av ledelsesfunksjonen
- kompetanseenhet for forebygging av trusler og vold
- kompetanseenhet for tekniske hjelpemidler
- utvikling av medarbeidernes kompetanse
- gode omstillingsprosesser
- forsøk med nye turnus- og arbeidstidsordninger

10.3.1 Prosjekt med forsterket partssamarbeid

Utvalget mener at det er et potensial for arbeidsmiljøforbedring i helse- og omsorgssektoren gjennom å intensivere og ytterligere systematiserer det forebyggende HMS-arbeidet. Erfaringer fra 3–2–1 prosjektet viser at styrket partssamarbeid der ledelsen møter tillitsvalgte og verneombud regelmessig på samme arena, har bidratt positivt i utvikling av det systematiske HMS-arbeidet og arbeidsmiljøet i sykehjemmene. Felles opplæring i partssamarbeid og regelverk, og regelmessige møter der en har oppmerksomhet på hva som skal til for å ivareta både pasienter og arbeidstakere på en best mulig måte i det daglige arbeidet, har skapt større forståelse og respekt for hverandres roller. Både de tillitsvalgte og verneombudenes roller i HMS-arbeidet og IA-arbeidet er blitt tydeligere, og de ansatte er blitt mer aktive og involvert i utviklingsarbeidet. Lederne opplever at partssamarbeidet er en støtte. Innsats fra Arbeidstilsynet og NAV i form av veiledning har vist seg å være nyttig for virksomhetene. Dels fordi etatene har hatt relevant kompetanse og gode virkemid-

ler, og dels fordi de har hatt en pådriverfunksjon og bidratt til å heve prosjektets status.

Utvalget anbefaler at det legges opp til å styrke trepartssamarbeidet mellom helse- og omsorgssektorens arbeidslivsorganisasjoner, NAV og Arbeidstilsynet på nasjonalt og regionalt nivå etter modell fra 3–2–1-prosjektet. Samarbeidet bør også omfatte sektorens eller virksomhetenes oppfølging av IA-avtalen. For å sikre en helhetlig gjennomføring i alle virksomheter og virksomhetsledd i helse- og omsorgssektoren, foreslår *utvalget* at det etableres et prosjekt som skal ha som hovedmål å bistå enkeltvirksomhetene i sektoren med råd og veiledning, og være pådriver i aktuelle spørsmål knyttet til reduksjon av sykefravær og utstøting. Det er viktig at den ledelsen i den enkelte virksomhet eller overordnet ledd står som problemeier og bestiller av råd og veiledning fra prosjektet.

Prosjektet med forsterket partssamarbeid bør forankres mellom de tre partene på nasjonalt nivå, det vil si hovedorganisasjonene i sektoren og ledelsen i Arbeidstilsynet og NAV. Det bør legges opp til en 3-årig prosjektperiode for å dra i gang en varig styrking av arbeidet på virksomhetsnivå. Det er samtidig viktig å understreke at arbeidsgiveransvaret ligger hos virksomhetene.

Med utgangspunkt i de utfordringer som er beskrevet i denne utredningen, mener *utvalget* at prosjektet bør rette oppmerksomheten mot partssamarbeid og erfaringer fra 3–2–1-prosjektet, systematisk HMS- og IA-arbeid, kompetanseutvikling av ledere og medarbeidere, omstillingsprosesser og turnus- og arbeidstidsordninger.

Utvalget anbefaler at:

- Helse- og omsorgsdepartementet tar initiativ til et prosjekt med forsterket partssamarbeid overfor partene og relevante myndigheter, og at prosjektet forankres i styringsdokumenter og samarbeidsfora

10.3.2 Systematisk utviklingsarbeid

Virksomhetene i helse- og omsorgssektoren bør etter *utvalgets* oppfatning i større grad enn i dag integrere arbeidet med HMS, inkluderende arbeidsliv og utvikling av tjenestekvalitet. Det er mye som tyder på at det er en positiv sammenheng mellom kvalitet på det arbeidet og tilfredshet med jobben.

Forbedringsarbeidet bør være basert på data om arbeidsmiljøtilstanden på arbeidsplassen, involvering og ansvarliggjøring av de ansatte, og systematisk evaluering av effekter av tiltak og endringer. Dette inkluderer kartlegging av ulike

⁶⁷ Bedriftshelsetjenester som ikke oppfyller kravene for godkjenning, kan søke om å få godkjent en plan for hvordan de innen 3 år fra 1. januar 2010 skal oppfylle vilkårene.

Boks 10.1 Eksempel på verktøy for kartlegginger av arbeidsmiljø

Kartlegginger av arbeidsinnhold og arbeidsmiljø kan bidra til å bedre trivsel, motivasjon og engasjement, forebygge helseproblemer og styrke helse og funksjonsevne, redusere sykefravær, og brukes som grunnlag for å evaluere resultater av omorganiseringer eller andre organisasjonsendringer.

Kartlegging kan skje ved objektive metoder (registrerte data som for eksempel arbeidstider eller observasjoner og målinger) eller ved subjektive metoder (spørreskjema, intervjuer, dagbøker, gruppebaserte metoder).

Det avgjørende er at det tas i bruk kvalitetssikrede verktøy. Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami) anbefaler *The general Nordic questionnaire for psychological and social factors at work* (QPS-Nordic) som ble utviklet og testet ut av fire nordiske arbeidsmiljøinstitutter. QPS-Nordic ble utviklet for bruk i forbedringsarbeid og måler en rekke forhold som har betydning for helse, trivsel og motivasjon.

I mange yrker er det spesielle som skiftordninger, reisevirksomhet, trusler og vold. Det kan derfor være nødvendig å utvikle spørsmål for å kartlegge slike problemstillinger. Det er imidlertid mange kilder til feil i denne typen kartlegginger og det er derfor anbefalt med noe faglige veiledning. Stami anbefaler en kombinasjon av metoder, det vil si at spørreskjema suppleres med gruppebaserte metoder (feedback-møte) eller intervjuer.

arbeidsfaktorer med spørreundersøkelse til alle ansatte og eventuelt til klienter og pasienter. Kartleggingsverktøyet må være kvalitetssikret slik at det fanger opp de arbeidsmiljøutfordringene sektoren har og gir et godt grunnlag for å videreutvikle arbeidsinnhold og arbeidsmiljø.

Videre bør det gis rask tilbakemelding om resultatene til de ansatte i den enkelte enhet etter kartlegginger. Tilbakemeldingen bør gis avdelingsvis og bør inneholde informasjon om positive forhold i avdelingen, forhold som er viktige for motivasjon, forhold som er viktige for helse, forhold som kan være problematiske og forhold som har vært mye diskutert lokalt. Resultatene brukes

som grunnlag for å diskutere hva som fungerer bra i enheten og på hvilke områder det er behov for forbedringer. Forslag til tiltak utformes med utgangspunkt i resultatene og evalueres gjennom nye kartlegginger. I tillegg følges forslag til forbedringer og meldinger om uønskete hendelser og avvik knyttet både til arbeidstakere og pasienter opp fortløpende.

Utviklingsarbeidet må gjøres systematisk slik at kartlegging, diskusjon av resultater, utarbeidelse av tiltak og evaluering inngår i faste rutiner og gjennomføres på faste tidspunkter gjennom året. Det er viktig at det gis opplæring slik at dette arbeidet gjøres effektivt og integreres i kvalitetsarbeidet. Det systematiske utviklingsarbeidet bør være en del av det daglige arbeidet.

For å bidra til at virksomhetene i større grad tar i bruk systematiske metoder for å utvikle HMS-arbeidet og kvaliteten i tjenesten, anbefaler utvalget at:

- temaet inkluderes i prosjektet med forsterket partssamarbeidet og på andre samarbeidsarenaer
- alle virksomheter implementerer systematisk forbedringsarbeid av arbeidsinnhold, arbeidsmiljø og tjenestekvalitet ved regelmessige kartlegginger, tiltak og evalueringer som del av kvalitetsarbeidet

10.3.3 Styrking av ledelsesfunksjonen

Ledelse virker inn på en rekke forhold som har betydning både for helse og sykefravær. Lederens atferd overfor underordnede kan ha betydning, for eksempel lav støtte fra leder eller urettferdig ledelse. Ledere påvirker også gjennom organiseringen av arbeidet forhold som har betydning for helse og sykefravær, for eksempel tilstedeværelsen av rollekonflikter og rolleklarhet, kontroll og mestring, virksomhetskultur og tidspress. Flere studier tyder videre på at ledere har en nøkkelrolle når det gjelder å legge til rette for en trygg og effektiv tilbakeføring til arbeid ved langtidsfravær, se kapittel 6.4 *Faktorer i arbeidsmiljøet*.

Helse- og omsorgssektoren er svært personell- og kompetanseintensiv. Det er utstrakt samarbeid innenfor og på tvers av enheter, høy omstillings- og endringstakt og til dels døgnkontinuerlig drift. Det stilles store krav til ledelse og organisering og effektiv bruk av personellressursene. I tillegg har helse- og omsorgssektoren en komplisert målstruktur som gjør at ledelse er krevende. Dagens sykehus er høyteknologiske, kunnskapsbaserte virksomheter. Utviklingen har vært preget av rask utvikling av ny teknologi, ny medi-

sinsk kunnskap og nye behandlingsmetoder. Kravet til spisskompetanse ved helseforetakene har ført til sterkere arbeidsdeling. Helseforetakene blir stadig mer komplekse organisasjoner med mange ansatte, ulike faggrupper og med stort innslag av teknologi. Dette innebærer sterkere krav til administrativ kompetanse og ledelse.

Det foreligger ikke sikre tall for hvor mange ansatte som rapporterer til den enkelte leder i sektoren (kontrollspenn), men en tilgjengelig informasjon tyder på at kontrollspennet er relativt stort både i pleie- og omsorgssektoren i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Se nærmere omtale i kapittel 4 *Helse- og omsorgssektoren*. Kontrollspennet vil nødvendigvis måtte variere ut fra hva arbeidet består i, men det er *utvalgets* oppfatning at store kontrollspenn kan være en utfordring i sektoren.

Tilsyn i spesialisthelsetjenesten og hjemmetjenesten har vist hvor viktig det er at ledere på alle nivåer i virksomhetene har tilstrekkelig kunnskap systematisk HMS-arbeid og om arbeidsmiljøforhold påvirker arbeidstakernes helse og nærvær på jobb. I 3-2-1 prosjektet ble arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene og myndighetene raskt enige om at det var viktig å styrke lederrollen i sykehjem gjennom kompetanseutvikling. Resultater fra 3-2-1 at opplæring og veiledning av mellomledere har gitt dem større trygghet i rollen og stryket dem i arbeidet med å utvikle arbeidsmiljø og redusere sykefravær.

I 2002 ble det etablert et nasjonalt lederutviklingsprogram for helseforetakene. Programmet drives av de regionale helseforetakene. Målet er å utvikle og forbedre strategiske og operative ferdigheter, og legge til rette for en verdiforankret kulturbygging. Innretningen av programmet vurderes og oppdateres kontinuerlig. Det er for perioden september 2006 til september 2011 inngått en samarbeidsavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS om kvalitetsutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Avtalen forplikter blant annet til samarbeid om å legge til rette for god ledelse og lederutvikling lokalt. Det er gjennom prosjektene *Flink med folk* og *Flink med folk i første rekke* satset på opplæring i ledelse.

Utvalget mener at det er behov for ytterligere satsing på å styrke lederfunksjonen. Det bør for det første satses på fortsatt kompetanseutvikling. Kunnskap om hvilke forhold ved ledelse som har betydning for ansattes motivasjon, HMS- og sykefraværarbeid, etikk, organisasjonsforståelse, medvirkning, kulturbygging og refleksjon, og veiledning om eget lederskap vil være viktige temaer

dersom lederutvikling skal kunne bidra til å redusere sykefravær og utstøting.

For det andre bør det satses mer på å bedre rammevilkårene for ledelse i sektoren, det vil si på organisatoriske tiltak som legger til rette for at lederen kan fungere godt. Dette kan for eksempel dreie seg om organisasjonsstrukturer på alle nivåer som muliggjør tid til ledelse, kontrollspenn som gjør det mulig å følge opp alle ansatte, hensiktsmessig *rolle- og oppgavefordeling*, tilgjengelige *virkemidler* og klare *fullmakter* til den enkelte leder i oppfølgingen av ansatte og gode IKT-baserte styringsverktøy.

Tiltak som skal styrke lederfunksjonen må i størst mulig grad tilpasses den konkrete virksomhetens og den konkrete lederens behov. Årlige kartlegginger som nevnt under kapittel 10.3.2 *Systematisk utviklingsarbeid* og evaluering av den enkelte leders kompetanse og atferd bør derfor være en del av grunnlaget for utformingen av tiltakene.

Det er viktig at organisasjonen er like opptatt av målene innenfor medarbeiderområdet som innenfor økonomi-, kvalitets- og produksjonsområdet. Skal området få større oppmerksomhet og bli fulgt opp av ledere på høyere administrative nivåer, må resultater angående sykefravær, arbeidsmiljø og medarbeiderutvikling måles og vurderes som ledd i virksomhetsstyringen. Det bør tas sikte på å etablere styringsverktøy som gjøre dette mulig.

Kompetente ledere på ulike nivå i virksomhetene er avgjørende for å oppnå gode resultater. Ledernes evne til å involvere de ansatte i prosesser på arbeidsplassen, ledernes evne til å forholde seg til egne overordnede og ledernes opplegg for å samarbeide i HMS-arbeidet, er avgjørende for kvalitet på og trygghet og trivsel i arbeidet. Det er derfor viktig at det på systemnivå legges til rette for en rekruttering, oppfølging av og rammebetingelser for ledere som bidrar til å styrke lederfunksjonen. God ledelse må vektlegges både på systemnivå og på de ulike nivåene i virksomhetene.

Utvalget anbefaler at:

- det legges til rette for systematisk utviklingsarbeid og iverksettes et enkelt opplæringsprogram rettet mot ledere og tillitsvalgte om arbeidsfaktorer som har betydning for ansattes helse, motivasjon og tilknytning til organisasjonen
- Helse- og omsorgsdepartementet i styringsdialogen med de regionale helseforetakene stiller krav om at helseforetakene skal legge vekt på rammevilkår for god ledelse og på faktorer som

har betydning for fravær og helse i lederopplæring og lederutvikling

- Helse- og omsorgsdepartementet og KS fortsatt forplikter seg til å samarbeide for å legge til rette for god ledelse og stimulere til lederutvikling i den kommunale delen av sektoren

Utvalgsmedlem Stein Knardahl påpeker at ledelse er et svært omfattende begrep og inkluderer både det å lede noen (ta initiativ) og formelt lederansvar. Det siste omfatter faglig ansvar, personalansvar og administrativt ansvar. Det er viktig at man prioriterer lederkompetanse i forhold til de oppgaver som skal løses og de prosesser som skal videreutvikles. Ledernes evne til å engasjere de ansatte, evne til gode forhold til overordnede føringer, og ledes prioritering av ansattes utvikling, motivasjon og trivsel er viktig for å oppnå gode resultater. Det er derfor viktig at man på systemnivå sørger for at ledere har god balanse mellom prioritering av faglig ledelse og personalledelse.

Dette utvalgsmedlemmet påpeker at det er lite dokumentasjon for at generell lederopplæring har betydning for ansattes helse, fravær eller frafall. Tiltak for bedre ledelse må være spesifikke og det må være mulig å evaluere resultatene. Dessuten må man unngå at satsing på ledelse blir kostnadsdrivende.

10.3.4 Kompetansenhet for å forebygge trusler og vold

Om lag 18 prosent av kvinnelige helsearbeidere oppgir de opplever vold eller trussel om vold et par ganger i måneden eller oftere. Det er sykepleiere, hjelpepleiere og annet pleiepersonell som i størst grad er utsatt for vold og trakassering.

I kampanjen *Rett hjem* fant Arbeidstilsynet at mange i hjemmetjenesten opplevde vold og trusler som en belastning, og at problemet var økende gjennom tilsynsperioden. Det ble gjennomført tre tilsynsrunder. Ved andre tilsyn hadde de fleste kommuner fått på plass systematisk opplæring for å forebygge og håndtere vold og trusler, mens siste tilsyn avdekket svikt i opplæringsarbeidet.

Utvalget vil understreke at arbeidet med å forebygge trusler og vold må prioriteres. *Utvalget* foreslår at det opprettes en sentral kompetansenhet for å forebygge trusler og vold innen helse- og omsorgssektoren som får følgende oppgaver:

- gi råd basert på forskning og kunnskap om virkemidler og verktøy for å forebygge trusler og vold
- utarbeide retningslinjer for design og struktur for arbeidsplasser og arbeids situasjoner der trusler og vold forekommer

Boks 10.2 Partssamarbeid om trygge arbeidsplasser

FO, Fagforbundet, Norsk sykepleierforbund, HSH, KS og Arbeidsgiverforeningen Spekter har utarbeidet heftene *Trusler og vold på arbeidsplassen* (veileder og arbeidsbok) som er et kursopplegg som setter voldsproblematikken i sektoren på dagsorden. Kursopplegget gjennomgår hvordan en kartlegging av situasjonen på en enkelte arbeidsplass kan gjennomføres, og hvordan det kan legges til rette for et samarbeid og en felles forståelse mellom arbeidsgiver og arbeidstaker for å forebygge og følge opp de som er rammet av vold og trusler.

Kursopplegget bør ledes og gjennomføres av en ansatt i virksomheten. Veiledningsheftet er utarbeidet for prosjektansvarlig og ment som en hjelp til å gjennomføre samlinger. Arbeidsboken inneholder oppgaver som kursdeltakerne kan løse i tilknytning til undervisningen. Kursmaterialet er tilgjengelig på organisasjonenes nettsider og her finnes i tillegg informasjon om hvem som holder kurs for tillitsvalgte og ledere.

Kursopplegget ble lansert på en nasjonal samarbeidskonferanse i 2009. Konferansen var en oppfølging av en avtale mellom arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene, på europeisk plan, for å redusere vold og trakassering på arbeidsplassen.

Arbeidstilsynet gir veiledning og fører tilsyn med hvordan virksomheter følger opp problemer med vold og trusler i det systematiske HMS-arbeidet. Målet er å forebygge og håndtere vold og trusler på arbeidsplassen. Ved å arbeide aktivt og bevisst med temaet kan en redusere omfanget av arbeidstakere som blir utsatt for vold og trusler. Samtidig kan skadevirkningene for dem som rammes begrenses. Mer informasjon finnes i *Vold og trusler på arbeidsplassen. Forebygging, håndtering og oppfølging* (Arbeidstilsynets publikasjoner 2009).

- arrangere kurs for ansatte om håndtering av vanskelige, truende pasienter, klienter eller brukere

Utvalget mener at enheten bør bemannes med kompetanse innen blant annet psykologi og ingeniørfag.

10.3.5 Kompetanseenhet for tekniske hjelpemidler

I følge levekårsundersøkelsene fra Statistisk sentralbyrå oppgir en betydelig andel blant pleie- og omsorgsarbeidere og sykepleiere at de daglig må løfte tungt. Disse yrkesgruppene er også blant de yrkesgrupper som svarer at de ofte må løfte i ubekvemme arbeidsstillinger. Løftene skjer i hovedsak i tilknytning til personforflytninger, og andelen er større enn i andre kvinnedominerte yrker. Om lag 40 prosent av sykefraværsværkene i helse- og omsorgssektoren i tredje kvartal 2009 var registrert med diagnosen muskel- og skjelettlidelser. Andelen var spesielt stort blant renholdere, kokk eller kjøkkenassistenter og pleie- og omsorgsarbeidere.

Mekaniske belastninger i form av pasientforflytninger kan gi økt risiko for muskel- og skjelettlidelser. Undersøkelser av effekt av tiltak har videre vist at bruk av mekaniske løfteanordninger kan redusere slike lidelser. Det finnes i dag en rekke tekniske løsninger som kan bidra til å gjøre det fysiske arbeidet i sektoren lettere, og høyskolemiljøer arbeider med å utvikle nye løsninger. For å bidra til at tekniske hjelpemidler i større grad tas i bruk, bør det etter *utvalgets* syn satses på å gi formidle informasjon om hva som finnes av teknisk utstyr og øke både virksomheter og arbeidstakers bevissthet om viktigheten av at utstyret er tilgjengelig og brukes.

Utvikling og bruk av teknologiske hjelpemidler kan bidra til å gjøre arbeidsdagen i helse- og omsorgssektoren enklere, mindre belastende og mer effektiv. Teknologiske løsninger vil kunne avlaste de ansatte med oppgaver som er tidskrevende og fysisk eller psykisk belastende. Sintef (Holbø med flere 2009) har i rapporten *Kartlegging av behov og muligheter for bruk av robot- og sensorteknologi i helse- og omsorgssektoren* undersøkt de ansatte i sektorens egne vurderinger av behov for bruk av tekniske hjelpemidler og pekt på hvilke teknologiske muligheter som finnes både på kort og litt lengre sikt. Det er også satt ned et offentlig utvalg som skal utrede muligheter og foreslå nye innovative løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer.

Utvalget anbefaler at det etableres en egen kompetanseenhet som skal bistå virksomhetene i helse- og omsorgssektoren med kunnskap om tekniske hjelpemidler. I denne sammenheng viser *utvalget* til at Hjelpemiddelsentralen, som er organisert under Arbeids- og velferdsetaten, har kompetanse på tekniske hjelpemidler og ansvar for å tilrettelegge for personer med nedsatt funksjonsevne. Hjelpemiddelutvalget har i NOU 2010:5 uttalt at det er behov for å styrke hjelpemiddelsentralenes innsats rettet mot arbeidslivet. Videre har hjelpemiddelutvalget uttalt at «hjelpemiddelsentralene sammen med arbeidslivssentrene bør få en rolle i det systemrettede arbeidet mot virksomheter. En sentral oppgave vil være kompetansefremmende tiltak for både arbeidsgivere og bedriftshelsetjenester.

Utvalget anbefaler at:

- det etableres en sentral kompetanseenhet som kan innhente og spre kunnskap om utstyr, hjelpemidler og metoder som kan redusere mekaniske belastninger knyttet til løft mv, opprette og drifte nettverk rettet mot ledere, verneombud, tillitsvalgte, bedriftshelsetjenesteordninger og personalkonsulenter og ha en generell pådriverfunksjon
- det satses på videre utvikling av velferdsteknologi for å forebygge fysiske og psykologiske belastningsskader og sykefravær

Utvalget anbefaler at etableringen av en kompetanseenhet ses i sammenheng med en videreutvikling av hjelpemiddelsentralenes ansvarsområde.

10.3.6 Utvikling av medarbeidernes kompetanse

Behovet for faglig utvikling av medarbeidere i helse- og omsorgssektoren må vurderes ut fra en rekke faktorer. På den ene siden vil utviklingstrekk og utfordringer i sektoren kreve oppmerksomhet på utdanning og systematisk kompetanseutvikling. På den andre siden har den enkelte medarbeider behov for å få brukt kompetansen optimalt og for å opprettholde en trygg og meningsfylt arbeidssituasjon.

Det finnes kunnskap som tyder på at det er en sammenheng mellom jobbkrav, arbeidstakers kompetanse og arbeidsevne. Mangelfull eller feil kompetanse kan føre til redusert jobbmotivasjon. Videre bidrar det å arbeide i en enhet eller virksomhet som leverer høy kvalitet og effektivitet til større jobbtilfredshet. Forhold som høyt arbeidspress kombinert med liten grad av selvbestem-

Boks 10.3 Bli helsefagarbeider

Satsingen *Bli helsefagarbeider* er et samarbeid mellom Helsedirektoratet og KS, HSH og Spekter. Formålet er å rekruttere og kvalifisere unge og voksne til helsearbeiderfaget. *Bli helsefagarbeider* er en videreføring av *Aksjon helsefagarbeider*, og satsingen finansieres i hovedsak gjennom Kompetanseløftet 2015.

Målet er at bruttotilgangen skal være 4500 helsefagarbeidere per år på nasjonalt nivå, 1500 ungdommer og 3000 voksne. For å nå målene må det fortsatt jobbes med rekruttering med ulike metoder og på ulike nivåer i helse- og omsorgssektoren. Det skal blant annet arbeides med å få flere voksne uten formell utdanning til å kvalifisere seg som helsefagarbeidere. Prosjektet skal også bidra til å øke antall læreplasser i kommuner, helseforetak og private virksomheter samtidig som det legges vekt på å styrke kvaliteten i opplæringen.

Prosjektperioden vil i utgangspunktet vare ut 2014.

melse, og uklar informasjon om avgrensning av ansvarsområde, oppgaver og kvalitetskrav kan ha negativ påvirkning på arbeidsevnen. Slike forhold kan ha betydning for sykefravær eller uførhet. Tiltak for å styrke den faglige utviklingen av medarbeidere kan motvirke slike forhold og bidra til jobbmotivasjon og økt følelse av mestring i en travelt og hektisk hverdag. Utvikling av kompetanse kan også gi personlig utvikling og bidra til en mer meningsfylt arbeidssituasjon.

Det foregår mange utdannings- og kompetanseutviklingstiltak i helse- og omsorgssektoren. Store deler av helsetjenestene har både tradisjon og standarder for etterutdanning og opplæring for å møte utviklingen av nye undersøkelses- og behandlingsprinsipper. I arbeidet med Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) pekes det på en rekke behov for utdanning og utvikling av kompetanse. Det er spesielt rettet oppmerksomhet mot behov knyttet til samhandlingsreformen. I den forbindelse pekes det på at utdanningene må ha et innhold og en innretning som er tilpasset behovet i helse- og omsorgstjenesten. Videre legges det vekt på at kommunens plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell må videreføres og at det må arbeides systematisk med kompetanseutvikling for at helsepersonell skal kunne ivareta nye og endrede oppgaver. Det foreslås blant annet å utarbeide en

Boks 10.4 Røros Sykehjem – søkelys på etikk og refleksjon

I 2006 hadde Røros sykehjem et sykefravær på 9,4 prosent og problemer med samhandlingen internt. Høsten 2006 ble det iversatt et samhandlingsprosjekt med formål å skape trygge medarbeidere, øke kvaliteten på tjenestene og få ned sykefraværet.

Et viktig mål var å gjøre de ansatte faglig sterkere, og det første tiltaket var å etablere faggrupper. Personalet fikk velge om de ønsket å være med i en slik gruppe og hvilke tema de i så fall hadde interesse for og ønsket å skolere seg på. Etikk, aldersdemens, omsorg ved livets slutt, sykdommene kols og diabetes, sårbehandling og alderspsykiatri var noen av temaene. Deltaere fra de ulike faggruppene har blitt ressurspersoner på sine områder, og underviser igjen kollegaer på sine fagområder. Tiltaket har også bidratt til et bedre fellesskap og arbeidsmiljø

Sammen med Helse- og sosialetaten har Røros sykehjem også deltatt i KS sin etikksats-

ting *Samarbeid om etisk kompetanseheving*. 20 personer fikk kurs i veiledning. Sykehjemmet har funnet en god form for møteplasser for refleksjon som passer innenfor deres rammer. De ansatte opplever at de kan diskutere alt fra hendelser med pasienter til holdninger til hverandre.

I 2009 var sykefraværet nede i 5,6 prosent og de ansatte samhandler bedre. Tallene omfatter både egenmeldt og legemeldt fravær. Økende trygghet og åpenhet blant de ansatte virker positivt inn på arbeidsmiljøet. Kompetanseheving og mulighet for utvikling er med på å gjøre dagen mer meningsfull og interessant. Større ansvarsbevissthet preger de ansatte. Ledelsen ved sykehjemmet mener dette er noen av årsakene til at sykefraværet går nedover.

felles forskrift for ny kommunal helse- og omsorgslov og lov om spesialisthelsetjenester der helse- og omsorgssektorens ansvar for medvirkning til undervisning og praktisk opplæring presiseres. Det er behov for å se på de virkemidlene kommunene har tilgjengelig for å sikre helseutdanningene praksis- og læringplasser. Som eksempler på gjennomførte tiltak fremheves etableringen av undervisningssykehjem, lederutviklingsprosjektene *Flink med folk* og *Flink med folk i første rekke* og etableringen av geriatiske kompetansesentre.

Etisk kompetanseheving og refleksjon er viktig på alle nivå og for alle grupper ansatte innen helse- og omsorgstjenestene. *Samarbeid om etisk kompetanseheving* er et nasjonalt utviklingsprosjekt for de kommunale helse-, omsorgs- og sosialtjenestene. Prosjektet skal stimulere kommunene til å sette i gang tiltak for å heve kompetansen i etikk og etablere møteplasser for etisk refleksjon i det daglige arbeidet i perioden 2007–2015. Pro-

sjektet er et samarbeid mellom KS, Helse- og omsorgsdepartementet, arbeidstakerorganisasjonene og Helsedirektoratet.

I 3–2–1-prosjektet var kompetanseutvikling et av hovedsatsingsområdene i sykehjemmene. Sykehjemmene skulle utvikles som lærende organisasjoner og kompetansen styrkes for å møte utfordringene i omsorgssektoren. Medarbeidernes kompetanse skulle utvikles slik at de kunne få og ta nødvendig ansvar og bli faglig inspirerte. Sykehjemmene har gjennomført mange ulike opplæringstiltak basert på kartlegging av egne behov. Fagdager, faglunsjer og internundervisning med temaer som systematisk HMS-arbeid, inkluderte arbeidsliv, omstilling, arbeidstid, flerkulturelt samarbeid, konflikthåndtering, demensomsorg med mer er eksempler på tiltak. Mange av sykehjemmene i prosjektet har satt i gang med refleksjonsgrupper der en setter i system refleksjon knyttet til egne arbeidsoppgaver og hvordan de håndteres i det daglige arbeidet.

Boks 10.5 Kompetanseutvikling i Helse Stavanger HF

Kompetanse og kompetanseutvikling er satt på dagsorden i alle enheter i foretaket, og mange enheter har opplærings- og utviklingsplaner og egne opplæringsansvarlige. Sykehuset har tatt i bruk en elektronisk læringsportal og tilbyr både e-læring og klasseromsundervisning.

Kompetanseportalen

Nytt elektronisk kompetanseverktøy *Kompetanseportalen* tas i bruk for alle ansatte i løpet av 2010. Kompetanseportalen vil være et godt verktøy for kompetansestyring:

- Det kan gi oversikt over hva foretaket har av kompetanse og hvordan dette kan forandre seg de neste årene (forventet avgang, turnover, og lignende)
- Det gir mulighet for å møte nye hendelser på en mer planlagt måte (for eksempel behov for ny kompetanse)
- Det hjelper til å sikre at medarbeiderne fyller de krav myndighetene har satt (lov- og avtaleverk, bruk av medisinsk-teknisk utstyr, med videre)
- Det kan medvirke til mer bevisst bruk av ressurser.

Kompetanseportalen inneholder blant annet mulighet for den enkelte medarbeider og leder

til å registrere og oppdatere CV, ha oversikt over opplæring og kurs, medvirke til å utvikle funksjonsbeskrivelser eller kopiere funksjonsbeskrivelser fra andre, lage opplæringsplaner for grupper eller hele enheter, avvikle medarbeidersamtaler etter fast mal og lage forpliktende avtaler om utviklingstiltak. Medarbeidere kan ha tilgang til Kompetanseportalen fra hjemme-pc.

KLEM-prosjektet

Helse Stavanger HF og Helse Bergen deltar i et regionalt prosjekt, KLEM-prosjektet. KLEM står her for *Kompetanse, lederskap, endring og medarbeiderskap*. Prosjektet er et forskningssamarbeid mellom Helse Vest, NTNU og datafirmaet Dossier.

Hovedhensikten med prosjektet er å bidra til en praktisk organisering og ledelse av kompetansearbeidet for å sikre at foretaket kan levere tjenester av høy kvalitet gjennom å ha *riktig kompetanse på riktig tid til riktig sted*. Prosjektet skal blant annet kartlegge og dokumentere resultater og gevinster av kompetansearbeid i organisasjonen og samarbeide tett med ledere og medarbeidere i organisasjonen om utvikling og testing av modeller og verktøy for kompetanseledelse.

Utvikling av kompetanse bør være en del av det systematiske arbeidet med å forbedre HMS og kvalitet på tjenester, og virksomhetene bør utvikle kompetanseutviklingsprogrammer arbeidstakerne. Utgangspunktet for et slikt program bør være en kartlegging av behov i den enkelte virksomhet. *Utvalget* mener at i tillegg til det i tillegg til opplæringstiltak bør legges vekt på virksomhetenes ansvar for å sikre nødvendig faglig kompetanse til å utføre oppgavene og for å gi den enkelte medarbeider en meningsfylt arbeidssituasjon. Dette arbeidet bør inngå som en del av det systematiske utviklingsarbeidet og partssamarbeidet i virksomhetene, se også kapittel 10.3.2 *Systematisk utviklingsarbeid* og kapittel 10.3.1 *Prosjekt med forsterket partssamarbeid*.

Utvalget anbefaler at:

- det gis føringer og stilles krav til rapportering om kompetanseutvikling i styringsdokumenter og rundskriv
- temaet settes på dagsorden i kontaktmøtene mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet om kvalitetsprosjektet i helse- og omsorgssektoren eller på andre relevante arenaer
- kompetanseutvikling inkluderes i prosjektet med forsterket partssamarbeid og på andre samarbeidsarenaer i virksomhetene

10.3.7 Gode omstillingsprosesser gjennom medvirkning og partssamarbeid

Helse- og omsorgssektoren står foran store omstillingsprosesser for å møte framtidens behov for tjenester. Samhandlingsreformen som skal iverksettes gradvis fra 2012 vil innebære store endringer som også vil få konsekvenser for de ansatte. Det vil være nødvendig med endringer i utdanning, rekruttering og allokering av fagfolk. Videre står sektoren sannsynligvis overfor omfattende endringer for det personellet som er ansatt i helseforetakene og kommunehelsetjenesten i dag.

Det er en utfordring å gjennomføre omstillingsprosesser på en måte som gjør at ansatte opplever at de får nok informasjon og gis mulighet til reell medvirkning. Basert på gjennomførte tilsyn i helse- og omsorgssektoren, konkluderte Arbeidstilsynet med at medvirkning er en spesiell utfordring i omstillingsprosesser, både for helseforetakene og hjemmetjenesten. Omstillinger gjennomføres tidvis med så korte frister at arbeidstakerne opplever manglende informasjon og mulighet for medvirkning. Arbeidstilsynet mener videre at omstilling og strukturelle endringer i hjemmetjenesten har bidratt til å ta oppmerksomheten bort

Boks 10.6 Sunne omstillingsprosesser

Et forskningsprosjekt i samarbeid mellom Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) og Arbeidstilsynet *Sunne omstillingsprosesser* har fått frem kunnskap om hva som bidrar til en god prosess for omstilling i den enkelte virksomhet. Følgende fem faktorer er særlig viktige å ta hensyn til for å støtte og fremme forhold som bidrar til sunne omstillingsprosesser:

- Lokale normer
- Arbeidsstokkens mangfold og variasjon
- Leders tilgjengelighet
- Tidlig rolleavklaring
- Konstruktiv konflikthåndtering

Virksomhetene kan ved å inkludere disse faktorene i det forebyggende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid bidra til å redusere usikkerheten som ofte oppstår hos ansatte i sammenheng med omstillingsprosesser. Det vil bidra til at berørte ansatte får et bedre grunnlag for å mestre de utfordringene som omstillingene innebærer. Mer informasjon er tilgjengelig i *Omstillinger? Har du husket det viktigste? Hva kan du gjøre for å sikre sunne omstillingsprosesser* (Arbeidstilsynet 2008b)

fra det systematiske arbeidsmiljøarbeidet. Selv om de fleste helseforetakene hadde skriftlige rutiner for gjennomføring av omstilling med krav til konsekvensvurdering, medvirkning og evaluering, fikk Arbeidstilsynet gjennom tilsynsvirksomheten tilbakemelding om at rutinene for medvirkning en del steder ikke ble fulgt.

Det er imidlertid viktig å understreke at omstilling og nytenkning kan være positivt for arbeidsmiljøet. Det er mulig å organisere og gjennomføre omstillinger slik at endringene oppleves som positive. Det er ikke bare innholdet i en omstilling som har betydning for hvordan den oppleves. Ofte vil prosessen være av like stor betydning og det betyr at det ikke er hensiktsmessig å konsentrere all oppmerksomhet og alle ressurser bare på innholdet. Når det oppstår arbeidsmiljøproblemer i sammenheng med omstillingsprosesser, kan det like gjerne være et resultat av at prosessen er dårlig gjennomført.

Utvalget viser til at det finnes mye kunnskap og erfaringer i sektoren om metoder og måter å gjennomføre omstillinger på. For å bidra til at denne kunnskapen gjøres tilgjengelig for andre i sektoren, anbefaler *utvalget* at:

- medvirkning i reformer og omstillingsprosesser settes på dagsorden i det foreslåtte prosjektet med forsterket partssamarbeid
- erfaringer fra vellykkede omstillingsprosesser i helse- og omsorgssektoren gjøres kjent gjennom veiledningsmateriell og informasjon på aktuelle nettsted
- det stilles krav om at reformer og omstillingsprosesser skal inneholde omtale av tiltak for å sikre medvirkning og ivareta hensyn til arbeidsmiljøet

10.3.8 Utprøving av nye arbeidstidsordninger

Helse- og sosialetjenester er den næringen som har høyest andel ansatte som arbeider i skift- eller turnusordninger. Om lag 86 prosent av omsorgsarbeiderne og hjelpepleierne arbeider turnus og om lag 70 prosent av sykepleierne. Næringen har videre den høyeste andelen sysselsatte med en arbeidstidsordning som kombinerer dag- og nattarbeid i roterende turnus. Kunnskapen om sammenhengen mellom skift- og turnusarbeidet og fravær er begrenset. Undersøkelser kan imidlertid tyde på at ansatte med natt- og kveldsarbeid har høyere sannsynlighet for sykefravær og uføret sammenlignet med dem som jobber dagtid. Forskning tyder videre på at natt- og skiftarbeid kan gi økt risiko for blant annet søvnforstyrrelser, nedsatt funksjon eller yteevne, psykiske plager, muskel- skjelettplager, mage- og tarmplager og enkelte kreftformer.

Arbeidstid kan påvirke tid og overskudd til å møte plikter og forventninger på hjemmebane. Flere studier viser at kvinner og menn som må arbeide utenom standard arbeidstid rapporterer om større problemer med å kombinere arbeid og familie enn de som arbeider innenfor normalarbeidsdagen (NOU 2008:17). Fleksibel arbeidstid ser derimot ut til å ha en positiv effekt på opplevelsen av konflikt mellom arbeid og familie selv om resultatene ikke er helt entydige.

Det bør etter *utvalgets* syn innhentes mer kunnskap om nye måter å organisere arbeidstiden

på kan bidra til å redusere sykefravær og utstøting. Det finnes eksempler på at turnusordninger som har hatt som målsetting å redusere forekomsten av ufrivillig deltid, også kan gi reduksjon i sykefravær, større trivsel blant de ansatte og bedre tjenestekvalitet. Dette gjelder for eksempel forsøk med såkalt 3–3-turnus som er evaluert av Arbeidsforskningsinstituttet (Amble 2008). Den vanlige turnusen i pleie- og omsorgstjenesten innebærer seks uker arbeid og vakt hver tredje helg. Med 3–3-turnus er utgangspunktet at tre arbeidsdager etterfølges av tre fridager og at det jobbes annenhver helg, se nærmere omtale i boks 10.7. En mulig forklaring på at sykefraværet reduseres og trivselen ser ut til å øke kan være at kvaliteten på restitusjonen blir bedre når den går over tre dager, at ordningen innebærer faste team og at det er etablert en ekstravaktordning med fast ansatte.

Målet om at de ansatte i større grad skal få bestemme når de skal jobbe, har vært utgangspunkt for flere forsøk om såkalt ønsketurnus, bevegelig arbeidstid eller virksomhets- og individtilpasset turnus. Ordningene er forskjellig innrettet. Kjernen er likevel at i stedet for å følge tradisjonell turnus, utarbeider ansatte på egen hånd en plan for når de ønsker å jobbe de neste seks ukene. Deretter forhandler de i møter med andre ansatte seg fram til et turnusoppsett som skal følges. Slike arbeidstidsordninger kan gi fordeler til de ansatte, bedre brukernes situasjon, styrke rekrutteringen og redusere sykefraværet dersom de planlegges og gjennomføres riktig (Gautun 2002).

Utvalget anbefaler på denne bakgrunn utprøving av nye arbeidstidsordninger med sikte på å finne ordninger som gjennom å bedre de ansattes arbeidsforhold og muligheter for å forene arbeid og sosialt liv, kan bidra til lavere sykefravær og mindre uføretrygging. Det er viktig at slike forsøk følges opp gjennom kontrollerte evalueringstudier. Det vises her til forslaget i punkt 9.3.3. *Satsing på systematisk utprøving og evaluering av tiltak*. Videre bør arbeidstakerne som deltar i slike forsøk følges opp over tid slik at det kan klarlegges hvorvidt de alternative arbeidstidsordningene innebærer helsebelastninger.

Boks 10.7 3–3 turnus ved Olavsgården sykehjem i Harstad

Forsøk med 3–3 turnus startet i januar 2006 i en av avdelingene ved sykehjemmet. Målet var å redusere antallet småstillinger og at ingen av de ansatte skulle ha mindre enn 75 prosent av full stilling.

Tiltak

Det ble innført 3–3 turnus som innebærer at de ansatte jobber tre dager og har tre dager fri. Arbeidstiden ble forlenget til 8,5 timer per dag og i løpet av fire uker er det to arbeidshelger. Turnusen ble lagt opp slik at de ansatte jobber 2,75 timer for lite per uke som samles opp i en timebank. Arbeidsgiver disponerte timebanken i henhold til regler som partene var blitt enige om. I tillegg til endringer i selve arbeidstidsordningen ble det innført faste team, bemanningen ble opprettholdt på samme nivå i helgene som på ukedagene, det ble lagt til rette for overlapp mellom skift og gjort tiltak for å heve kompetansen til alle ansatte. Etableringen av denne turnusen forutsatte en ekstra stilling per 9 pasienter.

Resultater

Forsøket ble evaluert av Arbeidsforskningsinstituttet 2 år etter oppstart. Sykefraværet i avdelingen falt fra 17,9 prosent i 4. kvartal 2005 til 0,7 prosent i gjennomsnitt for 2007. I samme periode falt fraværet i de avdelinger som opprettholdt vanlig turnus til 13,7 prosent. 3–3 turnusen ble etter prosjektperioden innført som en permanent ordning og sykefraværet lå fremdeles på ca 1 prosent 1 år etter utløpet av prosjektperioden. Ingen er ansatt i mindre enn 65 prosent av full stilling.

AFI konkluderte med at de ansatte etter omleggingen opplevde at de i større grad greide å hente seg inn og at de er mindre slitne. Det ble i følge AFI også rapportert om bedre samhold og arbeidsmiljø og bedre muligheter for å drive utviklingsarbeid i og med at skiftenes arbeidstid overlapper. Endringene bedret imidlertid situasjonen for de heltidsansatte i større grad enn for de deltidsansatte. De som fremdeles er deltidsansatt nyter ikke godt av overlapp og har mindre muligheter for å få ekstravakter enn tidligere.

Kapittel 11

Bedre tilrettelegging for gravide

11.1 Innledning

Gravides sykefravær er betydelig høyere enn andre kvinners sykefravær i samme aldersgruppe. Forskjellen i sykefravær mellom kvinner og menn reduseres betydelig i aldersgruppen 20 til 39 år dersom gravide tas ut av datamaterialet. Sykefravær knyttet til graviditet er en spesiell utfordring for helse- og omsorgssektoren fordi en stor overvekt av de sysselsatte i sektoren er kvinner. I tillegg er sykefraværet blant gravide høyere i denne sektoren enn i en del andre næringer. Svangerskapsrelaterte lidelser utgjør om lag ni prosent av det legemeldte sykefraværet i helse- og omsorgssektoren.

Noe av forklaringen på forskjellene i sykefravær mellom næringene kan skyldes arbeidssituasjon og arbeidsoppgaver. Det er vist sammenhenger mellom sykefravær blant gravide og arbeidsforhold som innebærer opplevelse av høye arbeidskrav, lav jobbkontroll, fysisk krevende arbeid og skiftarbeid. I mange tilfeller blir gravide arbeidstakere sykemeldt fordi arbeidet oppleves for tungt og slitsomt.

Utfordringene for å redusere sykefraværet for gravide sysselsatte i helse- og omsorgssektoren er knyttet til de spesielle utfordringene tjenesten har med emosjonelle belastninger, vold, trusler og trakassering, opplevelsen av en kombinasjon av store krav og lavere grad av kontroll, kjemiske- og ergonomiske belastninger, og turnusordninger med kvelds- og nattarbeid.

Se nærmere omtale av sykefravær og graviditet i kapittel 3 *Omfang og utvikling i sykefravær og utstøting* og 6 *Årsaker til sykefravær og utstøting*.

11.2 Gjeldende avtale- og regelverk

Arbeidsmiljøloven § 4–1 stiller krav om at arbeidsmiljøet for gravide arbeidstakere skal være fullt forsvarlig og at arbeidets organisering, tilrettelegging, ledelse, arbeidstidsordninger, teknologi, lønnsystemer med videre skal være slik at

arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige psykiske eller fysiske belastninger. Lovens § 4–2 pålegger arbeidsgiver en generell plikt til å legge arbeidet til rette under hensyn til den enkelte gravide arbeidstakers arbeidsevne, kyndighet, alder og øvrige forutsetninger. Dette innebærer at arbeidsgiveren har plikt til å sørge for at en gravid arbeidstaker ikke blir utsatt for uheldige psykiske eller fysiske belastninger ved å sørge for nødvendig tilrettelegging, for eksempel av arbeidsoppgaver, arbeidsmengde eller arbeidsutstyr.

Forskrift om forplantningsskader og arbeidsmiljø § 9 forplikter arbeidsgiver til å sørge for at det blir vurdert om påvirkninger i arbeidsmiljøet kan gi risiko for forplantningsskader hos arbeidstakerne (risikovurdering), og i tilfelle sørge for å unngå at arbeidstakerne utsettes for forplantningsskadelige påvirkninger i arbeidsmiljøet. Det følger av forskriften § 10 tredje ledd at gravide ikke under noen omstendighet må settes til arbeid når risikovurderingen viser at arbeidet kan medføre risiko for forplantningsskade. Med forplantningsskader siktes det i denne sammenheng til skade på fosteret. Arbeidsgiver skal videre sørge for at gravide omplasseres til annet arbeid dersom påvirkninger i arbeidsmiljøet kan gi risiko for forplantningsskade på fosteret. Også en rekke andre forskrifter har bestemmelser om plikt til omplassering som er relevante for gravide, for eksempel forskrift om ioniserende stråling § 6 og forskrift om vern mot kjemikalier på arbeidsplassen § 34.

Når omplassering av arbeidstakere ikke er mulig, skal arbeidsgiver i henhold til forskrift om forplantningsskader og arbeidsmiljø § 12 dokumentere dette skriftlig, slik at arbeidstakers rett til svangerskapsenger ivaretas, se nedenfor. Etter folketrygdloven § 14–4 har en arbeidstaker rett til svangerskapsenger dersom hun etter bestemmelser i lov eller forskrift blir pålagt å slutte i sitt arbeid fordi hun er gravid, og det ikke er mulig å omplassere henne til annet høvelig arbeid i bedriften. Arbeidstilsynet har utviklet et skjema for tilrettelegging eller omplassering ved graviditet.

Forskrift om arbeidsplasser og arbeidslokaler § 34 sier at gravide og ammende skal ha mulighet for å kunne legge seg ned og hvile under egnede forhold. Arbeidstilsynet har utviklet veiledere om risikoforhold tilnyttet svangerskap og fødsel og hvordan tilrettelegge på en sikker måte. Dette er områder som biologisk og kjemisk arbeidsforhold, fysiske og psykiske arbeidsforhold, infeksjonsfare, varmt og tungt arbeid og ubekvem arbeidstid.

I faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen anbefales at arbeidsgiver varsles så tidlig som mulig slik at arbeidsgiver kan bidra med tilrettelegging av den gravides arbeidssituasjon.⁶⁷

11.3 Forslag til tiltak

Utvalget viser til at helse- og omsorgssektoren er blant de næringene som har høyest sykefravær blant gravide, og at flere undersøkelser konkluderer med at gravide arbeidstakere ofte blir sykemeldt fordi arbeidet oppleves som tungt og slitensomt. *Utvalget* mener at det er behov for bedre oppfølging og tilrettelegging for gravide i helse- og omsorgssektoren og foreslår tiltak på følgende områder:

- Informasjon til gravide og ledere om arbeid og graviditet
- Forsøk med oppfølging av gravide på arbeidsplassen
- Styrke arbeidslivskompetanse i jordmorutdanningen, helsesøsterutdanning og andre relevante helsefagsutdanninger

Se også kapittel 9.3.3 *Systematisk utprøving av tiltak* og kapittel 9.3.4 *Forbedre systemene for å formidle kunnskap om effektive tiltak*.

11.3.1 Informasjon om arbeid og graviditet

Det har vært en økning i sykefravær blant gravide som delvis kan skyldes at terskelen for å bli sykemeldt under graviditet er blitt lavere. Det spres mye informasjon om graviditet og ulike typer risiko gjennom nye nettbaserte informasjonskanaler som kan føre til unødvendig bekymring for at arbeid kan virke negativ på graviditeten. *Utvalget* mener derfor at det er viktig å komme ut med balansert informasjon om arbeid og graviditet.

Informasjon om arbeid og graviditet bør ha som siktemål å øke kunnskap og mestringsevne til den gravide og fokusere på de positive sidene

ved å være i arbeid. Videre bør informasjonen ha som mål å bidra til at arbeidsgiver får økt kompetanse om hvordan arbeidssituasjonen kan tilrettelegges for gravide. Arbeidstilsynet og Helsedirektoratet har utarbeidet veileder og retningslinjer som kan videreutvikles og tas i bruk på en mer systematisk måte i kommunene og helseforetakene. Det foreligger flere nettsider med informasjon om risikofaktorer ved graviditet i regi av Arbeidstilsynet og Helsedirektoratet som kan suppleres med informasjon om graviditet og arbeid. Videre viser *utvalget* til at Helse- og omsorgsdepartementet holder på med å utvikle en helseportal med kvalitetssikret helseinformasjon og tjenester for publikum og fagpersonell. På sikt er målet at det gjennom portalen skal være mulig å få tilgang til informasjon om egen helse og kommunisere direkte med helsepersonell.

Utvalget anbefaler at det:

- gjennomføres informasjonskampanjer for å øke gravides og lederes kunnskap om graviditet og arbeid
- utvikles en nettside om temaet som kan knyttes til det pågående arbeidet med en helseportal
- det settes i gang et arbeid for å sikre at veiledere og de faglige retningslinjer fra Arbeidstilsynet og Helsedirektoratet videreutvikles og tas i bruk på en systematisk måte

11.3.2 Forsøk med oppfølging av gravide på arbeidsplassen

Utvalget viser til at mangelfull tilrettelegging på arbeidsplassen kan resultere i unødvendig sykemelding, og mener at bedre oppfølging av gravide på arbeidsplassen er viktig for å forebygge sykefravær blant gravide. Bakgrunnen er at det i helse- og omsorgssektoren er en del arbeidsoppgaver og arbeidssituasjoner som krever tilrettelegging for å ivareta gravide arbeidstakers behov.

I et normalt svangerskap er det ingenting i veien for at den gravide kan være i arbeid fram til fødselspermisjon. Ved å være i arbeid opprettholdes også forbindelsen med arbeidsplassen lengst mulig, og det kan gjøre det lettere å komme tilbake igjen i jobb. Det er i de fleste tilfeller fullt mulig å unngå belastninger eller arbeidsoppgaver som kan være skadelig for den gravide eller fosteret (NAV 2008). Erfaringer både i Norge og Danmark viser at forbyggende tiltak på arbeidsplassen har positiv betydning både for den gravide og for fosteret (Vilain med flere 2002).

I flere kommuner og helseforetak har det vært gjennomført enkeltprosjekter der jordmødre har

⁶⁷ Sosial- og helsedirektoratet 2005 (IS-1179)

vært rådgivere og sammen med arbeidsgiver funnet frem til løsninger som har redusert sykefraværet betydelig. Jordmødre har bistått i arbeidet med individuell tilrettelegging basert på dialog mellom den gravide, leder og jordmor. Oppfølgingsplaner er benyttet som redskap for dialog mellom den gravide, arbeidsgiver og de som er ansvarlige for svangerskapsoppfølgingen. Det har vært gjennomført jevnlig oppfølgingssamtaler i løpet av graviditeten forankret i oppfølgingsplanen. Erfaringen fra prosjektene viser at jordmødre har bidratt til trygghet både for den gravide og for arbeidsgiver om hvilken type arbeid som det er mulig å utføre under trygge forhold. Et suksesskriterium har vært å starte planleggingen av oppfølgingen så tidlig som mulig. Et annet suksesskriterium har vært å skape åpenhet om hva den gravide medarbeider kan arbeide med og å begrense belastningen på de andre medarbeiderne.

Det overordnede målet er at arbeidslivet innrettes på en måte som gjør at gravide kvinner kan stå i jobben så lenge som mulig. Et samarbeid mellom ledere og jordmor kan bidra til å bygge opp kompetanse om graviditet og arbeid på arbeidsplassen.

Utvalget mener at det er behov for systematisk utprøving med oppfølging av gravide på arbeidsplassen. Det er viktig at tilbudet om jordmor knyttes til et opplegg i virksomhetene slik at det ikke kun blir en utvidelse av det ordinære svangerskapstilbudet. Forsøkene må planlegges og gjennomføres på en måte som gjør det er mulig å måle effekt på sykefraværet. Målet må være at forsøkene skal danne grunnlag for en mer systematisk oppfølging av alle gravide i helse- og omsorgssektoren. *Utvalget* anbefaler at:

- det iverksettes systematisk utprøving med oppfølging av gravide på arbeidsplassen i utvalgte kommuner og helseforetak

11.3.3 Styrke arbeidslivskompetanse i jordmorutdanningen og andre relevante utdanninger

Rammeplan med forskrift for jordmorutdanning er fastsatt av Utdannings- og forskningsdepartementet 1. desember 2005. Rammeplanen angir mål og formål med jordmorutdanningen, omfang, innhold og retningslinjer for utdanningen.

En jordmor skal gjennom utdanningen være i stand til å yte nødvendig overvåkning, omsorg og rådgivning til den gravide kvinnen og til å ha omsorg for det nyfødte barnet. Jordmor skal også bidra med helse- og rådgivning og undervisning til både den gravide, til familien og samfunnet for øvrig. Dette innebærer blant annet å delta i og iverksette helsefremmende og forebyggende tiltak. Rammeplanen inneholder ingen direkte omtale om av forhold knyttet til graviditet og arbeid.

Utvalget anbefaler at jordmødre får en større rolle i arbeidet med å tilrettelegge arbeidsplassen for gravide og mener at det bør vurderes å utvide rammeplanen for jordmorutdanning med tema knyttet til arbeid og graviditet for å styrke kompetanse på dette området.

Utvalget viser til pågående arbeid med en stortingsmelding om utdanning for velferdstjenester. Utdanningene har en nøkkelrolle når det gjelder kunnskapsbasert tjenesteyting innenfor helse- og omsorgssektoren, nye kompetansebehov krever nytt innhold i utdanningene. Modernisering av utdanningene er et viktig virkemiddel når samhandlingsreformen skal gjennomføres. Arbeidet med meldingen er et samarbeid mellom Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Arbeidsdepartementet. Etter planen skal stortingsmeldingen legges frem høsten 2011.

Boks 11.1 Oppfølging av gravide i Helse Sunnmøre

Helse Sunnmøre HF er en stor arbeidsplass med ca 1500 kvinner i arbeid. Bakgrunnen for prosjektet var forskning som viste at gravide står for en tredjedel av alle fraværsdager blant kvinner i alderen 20–39 år. To av tre gravide trenger tilrettelegging av arbeidet, men bare en av tre får det til en viss grad.

Sommeren 2007 tok administrerende direktør og personaldirektør initiativ til igangsetting av prosjektet. Prosjektleder og bedriftshelsetjeneren (BHT) fikk bestillingen. Gjennomføringen startet opp 01.02. 2008.

Resultatmål

Det ble satt en målsetting om at de gravide i Helse Sunnmøre HF i gjennomsnitt skulle være i arbeid med tilrettelegging t.o.m. uke 30 av svangerskapet.

Tiltak

- Prosjektjordmor i 20 prosent stilling på Ålesund sjukehus og en prosjektjordmor på Volda sjukehus. Lederne ble oppfordret om å ta kontakt med prosjektjordmor så raskt som mulig når det ble kjent at en tilsatt var blitt gravid. Prosjektjordmor møtte den gravide og nærmeste leder på deres arbeidssted til kartleggingssamtale og hadde i gjennomsnitt 2–3 oppfølgingssamtaler i løpet av svangerskapet.

- Trekantsamtale mellom leder, den ansatte og prosjektjordmor med fokus på her-og-nå situasjonen og behovene til den enkelte gravide. Det ble utarbeidet en individuell oppfølgingsplan, med målsetting, konkretisering av utfordringer, behov for tilrettelegging og ansvarsfordeling.
- Forsøk med fritak for og skjerming fra konkrete arbeidsoppgaver og risiko ble prøvd ut, herunder skjerming mot for eksempel tunge løft, høyt arbeidstempo og utagerende pasienter samt innleie av ekstra personell på utvalgte vakter og omplassering. Egne lunsjmøter for gravide med informasjon og erfaringsutveksling en gang i måneden. Aktiv bruk av virkemidler som bedriftshelsetjenerne, gradert sykemelding, tilretteleggingstilskudd, svangerskapsenger, fritak fra arbeidsgiverperioden og aktiv sykemelding

Resultater

Resultatene per 01.12.2009 viste at de gravide gjennomsnittlig sto i jobb til uke 33 før de ble 100 prosent sykemeldte eller gikk ut i fødselspermisjon. 134 gravide var med i prosjektperioden. Resultatene er dokumentert gjennom innsamling av data, spørreskjema samt internt styringssystem. Tiltakene har nå blitt en del av den ordinære driften og HMS-arbeidet. De gravide står per 23.08.10 fremdeles i arbeid til uke 33.

Kapittel 12

Bedre seniorpolitikk

12.1 Innledning

I dette kapitlet foreslår *utvalget* tiltak for å bidra til at seniorer kan stå lenger i arbeidslivet. Helse- og omsorgssektoren har et stort behov for personellressurser i årene framover og en av de store utfordringene blir å rekruttere nytt og beholde eksisterende personell. Andelen av befolkningen som er i yrkesaktiv alder ned og prognosene for arbeidsmarkedet tyder på at det vil bli mangel på arbeidskraft og kompetanse. Mangel på arbeidskraft kan på kort sikt føre til mer belastning på medarbeideren og på lang sikt få betydning for evnen til å levere gode helse- og omsorgstjenester.

Sykefravær og overgang fra arbeidslivet til andre trygdeytelser øker med økende alder. Sysselsettingsprosenten reduseres fra midten av 50-årsalderen og faller sterkt etter 62 års alder. Personer med høy utdanning er i større grad sysselsatte enn personer med lav utdanning, og effekten av utdanning på deltakelse i arbeidslivet ser ut til å være sterkere for kvinner enn for menn. AFP er den viktigste tidligpensjonsordningen. I tillegg er en del arbeidstakere dekket av ulike særaldersgrenser. En del arbeidstakere mottar uførepensjon eller arbeidsløshetsstrygd i noen år før de går over på alderspensjon. For de yngste senioren er uførepensjon den vanligste veien ut av arbeidslivet. Forventet pensjonsalder er redusert siden midten av 1990-tallet. Helse- og omsorgssektoren har noe større overgang av sysselsatte til uførepensjon og andre helserelaterte trygdeytelser.

Helseproblemer er den viktigste årsaken til uførepensjonering og annen helserelatert utstøting fra arbeidslivet. Faktorer som dårlig arbeidsmiljø og ledelse, fysiske og psykiske belastninger, opplevelse av ikke å mestre arbeidet og manglende opplevelse av å være ønsket på arbeidsplassen trekker i samme retning. På den andre siden bidrar interessante og meningsfulle arbeidsoppgaver og opplevelse av å bli sett og verdsatt til å motivere folk til å stå lenger i arbeid. Også forhold utenfor arbeidsplassen har betydning. Lav pensjon ved tidlig avgang og høy pensjonsalder

bidrar til å holde folke lengre i arbeid, mens gunstige tidligpensjonsordninger og ønske om mer fritid og interesser utover arbeidet bidrar til å trekke folk ut av arbeidslivet.

Se nærmere omtale i kapittel 3 *Omfang og utvikling i sykefravær og utstøting* og kapittel 6 *Årsaker til sykefravær og utstøting*.

12.2 Gjeldende avtale- og regelverk

Arbeidsmiljøloven med mer

Det følger av arbeidsmiljølovens § 4–2 at arbeidsgiveren har ansvar for at arbeidet blir organisert og lagt til rette med hensyn til arbeidstakernes evner, kompetanse, alder og andre forutsetninger, og at det gis tilstrekkelig informasjon og opplæring når det skjer endringer som påvirker arbeidssituasjonen. I tillegg har arbeidsmiljølovens § 4–6 bestemmelser om arbeidsgiverens plikt til å tilrettelegge arbeidet dersom det er nødvendig på grunn av redusert arbeidsevne. I utgangspunktet skal det legges til rette for at arbeidstakeren skal kunne forsette i sitt vanlige arbeid, eventuelt etter tilrettelegging av arbeid eller arbeidstid, endringer i teknisk utstyr, eller gjennomført attføring eller lignende. Regelen omhandler ikke bare fysisk tilrettelegging, men alle typer tilrettelegging som er nødvendig for at arbeidstakeren skal kunne stå i arbeid. Dersom det ikke er mulig å legge til rette innenfor eksisterende arbeid, skal det vurderes om det kan være aktuelt å overføre arbeidstakeren til annet arbeid. I så fall skal både arbeidstakeren og den tillitsvalgte rådføres. Tilretteleggingsplikten går ikke så langt som til å opprette en ny stilling, men arbeidstakeren skal, under forutsetning av at hun/han er kvalifisert, få tilbud om eventuelle ledige stillinger i virksomheten.

Arbeidstakere som har fylt 62 år har etter arbeidsmiljøloven § 10–2 fjerde ledd, rett til redusert arbeidstid dersom arbeidstidsreduksjonen kan gjennomføres uten vesentlig ulempe for virksomheten. Ved å legge til rette for gradvis ned-

trapping fra arbeidslivet skal bestemmelsen gi eldre arbeidstakere bedre muligheter og sterkere motivasjon for å stå lenger i arbeid.

I tillegg har ferieloven § 5 annet ledd bestemmelser om ekstra ferie til arbeidstakere over 60 år, se Ot.prp. 65 (2007–2009). Videre er det et forbud mot diskriminering på grunn av alder, arbeidsmiljølovens § 13–1 første ledd.

IA-avtalen

IA-avtalen har som mål å holde seniorene lenger i arbeid. I den nye IA-avtalen er delmål om å øke forventet pensjonsalder videreført. Målet er å forlenge den gjennomsnittlige periode med yrkesaktivitet etter fylte 50 år med 6 måneder i forhold til 2009-nivået.

Hovedtariffavtalen

I følge hovedtariffavtalen for kommunesektoren skal kommunen, fylkeskommunen eller virksomheten utvikle virkemidler for å motivere arbeidstakere til å stå lenger i arbeid. Slike virkemidler kan være tilpasset arbeidstid, tilrettelegging av arbeidsoppgaver, tjenestefri med lønn, kronetillegg, kontantutbetaling eller lignende. Arbeidsgiver kan avtale virkemiddelbruk med den enkelte arbeidstaker.

Etter hovedtariffavtalen for staten skal arbeidsgiverne legge til rette for at arbeidstakerne kan stå lenger i arbeid. For å motivere eldre arbeidstakere til å stå lenger i arbeid, gis det 8 dager tjenestefri med lønn fra 62 år og mulighet for at lokale parter kan avtale inntil seks dager per år i tillegg. Deltidstilsatte arbeidstakere får rett til fridager forholdsmessig.

12.3 Forslag til tiltak

Utvalget viser til St.meld. nr. 6 (2006–2007) Om seniorpolitikk. Seniorane – ein viktig ressurs i norsk arbeidsliv der målet er at flere skal stå lenger i arbeid og at den reelle pensjonsalderen skal øke. I stortingsmeldingen legges det vekt på å hindre utstøting og motivere seniorene til å stå lenger i arbeid. I følge stortingsmeldingen er et bærekraftig pensjonssystem grunnlaget for seniorpolitikken. Det understrekes for øvrig at arbeidsgiverne i privat og offentlig sektor har hovedansvaret for å beholde seniorer. Budskapet er at det må legges langt større vekt på arbeidssituasjon og kompetanseutvikling til seniorene i personalpolitikken. Seniorarbeidet på arbeidsplassene, spredning av

kunnskap om seniorene som viktig arbeidskraftressurs, livslang læring og innsats gjennom arbeidsmiljøpolitikken for å motvirke diskriminering og utstøting fra arbeidslivet er nødvendig for å få gode resultater i seniorpolitikken.

Både den enkeltes helse, insentivene i pensjonssystemet, fysisk og psykisk arbeidsmiljø, muligheter for tilpasning av arbeidsoppgaver, holdninger til eldre arbeidskraft og hvor attraktivt arbeidet er, har betydning for helselatert utstøting og annen avgang fra arbeidslivet. Det er mangelfull kunnskap om det relative forholdet mellom de ulike faktorene og det er derfor ikke mulig på generelt grunnlag å slå fast hva som vil være de beste tiltakene for å holde seniorene lengre i arbeid (Steinum med flere 2007).

Mange ulike tiltak kan bidra til å gjøre bedre bruk av seniorenes ressurser i arbeidslivet (Solem 2007). Dels gjelder det på lang sikt å forebygge nedslitning, skader og sykdom, og dels vil tilpasninger og lettelser i arbeidsforholdene være nødvendig for dem som har blitt utsatt for nedslitning, skader og sykdom. Alder alene gir sjelden grunn til spesielle tilpasninger, men mange vil ønske deltidsarbeid. En type tiltak som ofte er oversett, er å gi utfordringer og muligheter for vekst og utvikling også for seniorer i arbeidslivet – helt fram til pensjonering. Seniorpolitiske tiltak må derfor omfatte både tilpasninger til sykdom og svekkelser og stimulering til vekst. Hvilke tiltak som er best egnet vil variere mellom arbeidsplasser og mellom enkeltindivider. Det er viktig å utvikle seniorpolitikken lokalt i samarbeid mellom ledelsen og de ansatte.

Seniormedarbeidere har ulike behov for endring i arbeidsvilkår, stillingstype, arbeidstid og lignende. Intensjonen må være å komme fram til løsninger som i størst mulig grad tar hensyn til den enkeltes behov samtidig arbeidstakeren forpliktes til å yte sitt beste for organisasjonen. På denne måten kan avslutningen på en lang yrkeskarriere kan bli meningsfylt for begge parter. Individuell tilnærming med tiltak for den enkelte seniormedarbeider, vedlikehold og overføring av seniorenes kompetanse, og tilrettelegging av oppgavene er sentrale elementer.

Utvalget mener at en vellykket seniorpolitikk krever systematisk satsing over tid og bred involvering av de ansatte. Arbeidet må inkludere kartlegging og analyse av forholdene på den enkelte arbeidsplass, individuelt tilpassede tiltak, langsiktig holdningsarbeid, aktivt og godt lederskap, og generelt arbeidsmiljøarbeid. Det brede arbeidsmiljøarbeidet, inkludert tiltak for å styrke ledel-

Boks 12.1 Seniorpolitikk i Helse Nord RHF: «Vi trenger deg og din kompetanse»

Seniorpolitikken i Helse Nord er rettet mot arbeidstakere i andre halvdel av yrkeskarrieren. Om lag 32 prosent av arbeidsstokken i Helse Nord er i alderen 50 år og over. Grunnlaget for all seniorpolitikk er en holdning om at disse arbeidstakerne representerer en verdifull kompetanse som det regionale helseforetaket ønsker å vedlikeholde, utvikle og beholde så lenge som mulig.

Mål

Helse Nord skal være en fleksibel og livsløpsorientert arbeidsgiver som sikrer at arbeidstakerne kan stå i jobb så lenge som de ønsker.

Målgruppe

- Midtveis – forebygging kan starte fra fylte 50 år, med utvikling og vedlikehold av kunnskap, alternative karriereveier og karrierevalg.
- Seniorkarriere – seniortiltak fra fylte 55 år, med utvikling og vedlikehold av kunnskap, rådgivning og tilrettelagte fysiske oppgaver for arbeidstakere med helsemessige plager, men også med særlige oppdrag, mentoring og lignende.

- Avvikling – overgang til pensjonstilværelse, fratredelse.

Tiltak

Seniorpolitikken i Helse Nord omfatter:

- *Avtale om seniortiltak*: Skal sikre at medarbeideren har oppdatert kompetanse, overføring av kompetanse fra senior til andre kolleger, og bevisstgjøring av arbeidstaker og arbeidsgiver om muligheter i sammenheng med planlegging av senkarriere.
- *Oppdatering av kompetanse*: Individuell kartlegging, forsinket karriereveiledning, valg av satsingsområde, opplæring og kurs, etter- og videreutdanning og seniorekurs.
- *Overføring av kompetanse*: Fadderordning og veiledning eller coaching.
- *Tilrettelegging*: Tilpasning av turnus og arbeidsoppgaver, tilrettelagte oppgaver, milepælssamtale, delpensjon.
- *Attraksjonstiltak*: Ekstra fridager.
- *Lederopplæring*: Sikre god kompetanse på personalpolitikk og kunnskap om tiltak som kan bidra til motivasjon og vedlikehold av kompetanse gjennom hele arbeidsforholdet.

sesfunksjonen er omtalt i kapittel 10 *Forbedre arbeidsmiljø og arbeidsinnhold*.

Utvalget understreker at tiltak for å styrke seniorpolitikken i helse- og omsorgssektoren må bygge på den generelle seniorpolitikken og anbefaler tiltak på følgende områder:

- Planlegging av senkarriere gjennom kartlegging og individuelt tilpassede tiltak
- Langsiktig holdningsarbeid i helse- og omsorgssektoren

12.3.1 Planlegging av senkarriere

En bevisst seniorpolitikk handler først og fremst om å skape aksept i organisasjonen for å nyttiggjøre seniormedarbeideres kunnskap og erfaring, samtidig som seniormedarbeideren skal sikres mulighet for faglig fornyelse og utvikling.

Utgangspunktet for seniorpolitikken må være at avslutningen på yrkeskarrieren i stor grad blir

formet av det som skjer underveis i arbeidslivet. Det handler om å tilrettelegge arbeidssituasjonen best mulig og skape utviklingsmuligheter for ansatte i ulike livssituasjoner. Det handler også om et godt arbeidsmiljø som inspirerer til å bli værende i jobb. Tilpasning til den enkeltes livsfase må utvikles på den enkelte arbeidsplass i samspill mellom arbeidstaker, arbeidsgiver og virksomhetens strategier. Dialogen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker er et grunnleggende redskap i livsfaseorientert karriereløp og personalpolitikk.

Seniorer har i likhet med alle andre arbeidstakere behov for å videreutvikle kompetansen for å ivareta eksisterende og eventuelt nye arbeidsoppgaver. Samtidig har virksomhetene behov for å sikre overføring av kompetanse fra den enkelte senior for å sikre at verdifull kompetanse ikke forsvinner ut av virksomheten når senioren velger å gå av med pensjon.

I mange tilfeller kan tilrettelegging av arbeidet være et viktig virkemiddel for å sikre at den enkelte klarer å stå lengre i arbeid. En måte å gjøre dette på er gjennom å spisse arbeidsoppgavene og åpne for at den enkelte senior kan spesialisere seg innenfor et bestemt område. Samtidig kan det være aktuelt å benytte seniorer som mentor, være fadder eller på andre måter drive kompetanseoverføring til yngre kolleger. Tilrettelegging kan også innebære mindre krevende arbeid og tilpasset arbeidstidsordning.

For å sikre ønsket utvikling i virksomhetene i hele helse- og omsorgstjenesten anbefaler *utvalget* at:

- virksomhetene tar i bruk elektroniske systemer med automatiserte rutiner for individuell oppfølging av seniormedarbeiderne
- virksomhetene legger til rette for senioren mulighet til lengre yrkesdeltakelse gjennom senkarriereplanlegging
- at IA-opplæring for ledere suppleres med kunnskap om seniormedarbeideren

12.3.2 Langsiktig holdningsarbeid

Utvalget viser til at helse- og omsorgssektoren har større avgang av sysselsatte til uførepensjon og andre helserelaterte trygdeytelser enn andre næringer, og mener at langsiktig holdningsarbeid er et viktig virkemiddel for å få senioren til å stå lenger i arbeidslivet.

Utvalget viser til at målet om å få senioren til å stå lenger i arbeidslivet er nedfelt både i arbeidsmiljøregelverket og i IA-avtalen. På nasjonalt nivå

har Senter for seniorpolitikk stått sentralt i informasjons- og holdningsarbeidet. Senteret har 26 organisasjoner bak seg, deriblant alle de store arbeidslivsorganisasjonene og flere departementer. I tillegg tar Statens seniorråd, som er oppnevnt av regjeringen etter forslag fra Norsk pensjonistforbund, opp spørsmål knyttet til seniorers deltakelse i arbeidslivet.

I tillegg til det generelle informasjonsarbeidet på nasjonalt nivå, mener *utvalget* at det bør legges opp til et langsiktig holdningsarbeid gjennom å sette seniorers arbeidsdeltakelse på dagsorden i partssamarbeidet, styringsdialogen og i relevante forskningsprogrammer i Norges forskningsråd.

Utvalget anbefaler at:

- problemstillinger knyttet til seniorers arbeidsdeltakelse settes på dagsorden i arbeidet med forsterket partssamarbeid (se kapittel 10 *Forbedre arbeidsmiljø og arbeidsinnhold*)
- tiltak for å forlenge seniorers arbeidsdeltakelse blir en del av styringsdialogen med de regionale helseforetakene, og gjennom kvalitetsavtalen med KS eller i andre relevante sammenhenger
- forskning om seniorers arbeidsdeltakelse styrkes i relevante forskningsprogrammer i regi av Norges forskningsråd, for eksempel betydning av ledelse, kompetanseutvikling, diskriminering, økonomiske insentiver og andre rammevilkår
- gode eksempler på seniorpolitikk fra virksomheter i helse- og omsorgstjenesten spres gjennom den nye helseportalen som Helse- og omsorgsdepartementet har under utvikling.

Kapittel 13

Tettere oppfølging av sykemeldte

13.1 Innledning

Kapitlet inneholder en gjennomgang av gjeldende avtale og regelverk for å følge opp sykemeldte og *utvalgets* forslag til tiltak for å forebygge at sykefravær blir starten på en prosess ut av arbeidslivet. Det er de lange sykefraværene som står for de fleste sykefraværsdagene både generelt og i helse- og omsorgssektoren. I tillegg fører lange sykefravær til økt risiko for arbeidsuførhet og uføretrygding.

Det er en liten gruppe av de ansatte som står for en stor del av sykefraværet. Videre er det slik at sykefravær over 2 måneder utgjør drøyt 70 prosent av alle fraværsdagene og sykefravær over 9 måneder utgjør 33 prosent av sykefraværsdagene i helse- og omsorgssektoren. En stor andel av de som har brukt opp sykepengere retten som går over til andre trygdeytelser. Tre måneder etter at sykepengere retten er brukt opp er en femtedel uførepensjonister og om lag halvparten er på rehabilitering og attføring. Se kapittel 3 for en nærmere presentasjon av data om sykefravær og overgang til trygdeytelser.

Det er sannsynligvis forskjellige årsaker som ligger bak korttids- og langtidsfraværet. Det er forskjell på et kort fravær som skyldes en luftveisinfeksjon og et langtidsfravær som kanskje i realiteten er starten på en vei mot uførepensjon. Analyser som NAV har utarbeidet for *utvalget*, viser at om lag en femtedel av de sysselsatte i helse- og omsorgssektoren som hadde brukt opp sykepengere retten, var uføretrygdet tre måneder etter. Andelen øker med økende alder. 28 prosent i aldersgruppen 55–59 år, var uførepensjonister 3 måneder senere. Tilsvarende var hele 49 prosent av arbeidstakerne over 60 år blitt uførepensjonister 3 måneder senere. Se nærmere omtale av sammenhengen mellom sykefravær i helse- og omsorgssektoren og overgang til andre trygdeytelser i kapittel 3 *Omfang og utvikling i sykefravær og utstøting*.

13.2 Gjeldende regelverk

Både arbeidsmiljøloven og folketrygdloven inneholder bestemmelser om oppfølgingspunkter i sykefraværsløpet. Arbeidsmiljøloven regulerer arbeidsgivers plikt til å forebygge sykdom og skader, tilrettelegge arbeidet og følge opp sykefravær, og arbeidstakers medvirkningsplikter. Folketrygdloven regulerer vilkår for rett til sykepenger, herunder arbeidsgivers og arbeidstakers plikter, forholdet til sykemeldende lege, Arbeids- og velferdsetatens oppfølging med videre. Regelsettene må tolkes i nær sammenheng med hverandre.

13.2.1 Oppfølging av sykefravær i dagens regelverk

Etter arbeidsmiljøloven § 4–6 tredje ledd skal arbeidsgiver i samråd med arbeidstaker utarbeide oppfølgingsplan for tilbakeføring til arbeid i forbindelse med ulykke, sykdom, slitasje eller lignende, med mindre dette er åpenbart unødvendig. Arbeidet med oppfølgingsplan skal starte så tidlig som mulig, og planen skal være utarbeidet senest når arbeidstaker har vært helt eller delvis borte fra arbeidet i seks uker. Oppfølgingsplanen skal inneholde en vurdering av arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidsevne. Planen skal også inneholde aktuelle tiltak i arbeidsgivers regi, aktuelle tiltak med bistand fra myndighetene og plan for videre oppfølging.

Kravet om å utarbeide oppfølgingsplaner forplikter arbeidsgiver og arbeidstaker til å etablere dialog og samarbeid om behovet for tilrettelegging og andre aktuelle tiltak. At planen skal være utarbeidet, innebærer imidlertid ikke nødvendigvis at den er endelig. Arbeidet med oppfølgingsplan skal være en dynamisk prosess hvor tiltakene stadig endres og revideres på bakgrunn av den enkeltes framgang eller tilbakefall i forhold til helsestatus og arbeidsevne, samt gjennomføring av tilretteleggingstiltak i virksomheten. En forutsetning for en god oppfølgingsplan er at arbeidstaker bidrar til utarbeiding av denne. I arbeidsmiljølo-

ven § 2–3 bokstav f er arbeidstaker gitt en plikt til medvirkning ved utarbeiding og gjennomføring av oppfølgingsplanen.

Første dialogmøte innen 12 uker

Arbeidsmiljøloven § 4–6 fjerde ledd stiller krav om at arbeidsgiver skal innkalle arbeidstaker til et dialogmøte om innholdet i oppfølgingsplanen senest etter at arbeidstaker har vært helt borte fra arbeidet i 12 uker, med mindre dette er åpenbart unødvendig. Dersom både arbeidsgiver og arbeidstaker, eller arbeidstaker alene ønsker det, skal legen eller annen sykmeldende behandler delta i møtet, se folketrygdloven § 25–5 første ledd andre punktum. Arbeidsgiver skal gi skriftlig melding om dialogmøtet til Arbeids- og velferdsetaten. Dersom arbeidstaker ønsker det, kan også tillitsvalgt eller verneombud være med i møtet.

I dialogmøtet skal partene gjennomgå og arbeide videre med oppfølgingsplanen, herunder avklare hva arbeidstakeren kan gjøre på arbeidsplassen og hvilke tilretteleggingstiltak som er aktuelle. Møtet vil således danne et viktig grunnlag for å kvalitetssikre arbeidet med oppfølgingsplanen. Fokuset skal være hva arbeidstaker kan gjøre av arbeidsoppgaver, og den sykmeldtes diagnose skal ikke diskuteres.

Andre dialogmøte innen 6 måneder

Arbeids- og velferdsetaten har etter folketrygdloven § 8–7 åttende ledd en plikt til å arrangere et dialogmøte mellom den sykmeldte arbeidstaker og arbeidsgiver senest etter 6 måneders sykmelding. Lege eller annet helsepersonell skal delta hvis det er hensiktsmessig. Formålet er at partene skal møtes til en felles gjennomgang av situasjonen. Tema og innhold vil langt på vei være det samme som i dialogmøte 1 mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. I dialogmøte 2 skal Arbeids- og velferdsetaten, arbeidstaker og arbeidsgiver gjennomgå den oppdaterte oppfølgingsplanen. Innen dette tidspunktet vil det foreligge informasjon om gjennomføring av bedriftsinterne tiltak og resultatene av disse. Behov for annen bistand som yrkesrettet attføring og rehabilitering skal være et tema og vurderes i møtet. Dialogmøte 2 skal oppsummere status, men skal også fungere som planlegging eller avklaring i forhold til videre løp.

Informasjonsbrev til sykmeldte etter 39 uker

Når sykepengeperioden nærmer seg slutten, skal behov for tiltak vurderes på nytt. Folketrygdloven

§ 8–7 åttende ledd siste punktum bestemmer at det senest ved utløpet av sykepengeperioden igjen skal vurderes om yrkesrettet attføring skal prøves.

Arbeids- og velferdsetaten sender i dag ut et informasjonsbrev til den sykmeldte ved 39 ukers sykmelding. I brevet gis det tilbud om en samtale for å fange opp om det er behov for tiltak som etaten disponerer, for eksempel eksterne arbeidsrettede tiltak, rehabilitering eller bruk av andre tiltak. For å avklare om krav om arbeidsavklaringspenger er aktuelt, vil det i utgangspunktet være tilstrekkelig for Arbeids- og velferdsetaten å avholde et møte med den sykmeldte. I noen tilfeller er det hensiktsmessig at også sykmelder deltar.

13.2.2 Arbeidsdepartementets forslag til endringer i regelverket

I sammenheng med den nye IA-avtalen ble myndighetene og partene i arbeidslivet i protokoll til IA-avtalen enige om at det er behov for å styrke tidlig innsats for å få arbeidstakere tilbake i jobb, tiltak for å sikre tilrettelegging, medvirkning og tilknytning til arbeidet, og en gjennomgang og styrking av reglene om sanksjoner. Arbeidsdepartementet har på bakgrunn av dette sendt på høring et forslag til endringer i arbeidsmiljølovens og folketrygdlovens bestemmelser om oppfølging av sykemeldte og sanksjonering ved brudd på pliktene i sykefraværs- og tilretteleggingsarbeidet.

Arbeidsdepartementet har foreslått å framskynde plikten til å utarbeide oppfølgingsplan fra 6 til 4 uker. For å gi sykmelder et bedre grunnlag for å vurdere muligheten for gradert sykmelding, foreslås det videre at meldingen skal sendes til sykmelder når den er utarbeidet. I forslag til ny bestemmelse til § 4–6 om innkalling til første dialogmøte foreslås det at fristen for dialogmøtet framskyndes fra 12 til 7 uker etter at sykefraværet inntrådte og at plikten også skal gjelde ved gradert sykmelding. Oppfølgingstidspunktet etter 7 uker er valgt for å sikre at det foreligger oppdatert oppfølgingsplan fra første dialogmøte når sykmelder skal vurdere spørsmålet om arbeidstaker skal prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet, det vil si få en gradert sykmelding, eller fortsatt være 100 prosent sykmeldt. Videre legges det opp til at sykmelder skal delta i større grad enn i dag gjennom en bestemmelse om at sykmelder skal delta med mindre arbeidstaker ikke ønsker det eller det ikke anses hensiktsmessig. Plikten til å sende planen til Arbeids- og velferdsetaten etter dette dialogmøtet foreslås opphevet.

Videre innebærer lovforslaget at sykemelder som utgangspunkt også skal delta i det andre dialogmøtet. Det foreslås ingen endring i tidspunktet for dette møtet og det kan derfor bli lang tid mellom dialogmøtene. Arbeidsdepartementet foreslår derfor en endring i folketrygdloven som gir Arbeids- og velferdsetaten, arbeidstaker, arbeidsgiver eller sykemelder anledning til å ta initiativ til det andre dialogmøtet på et tidligere tidspunkt. Det foreslås at arbeidsgiver *senest en uke før et dialogmøte skal avholdes*, plikter å oversende oppfølgingsplanen til Arbeids- og velferdsetaten, se forslag til arbeidsmiljøloven § 4–6 nytt femte ledd.

I høringsbrevet foreslår Arbeidsdepartementet i tillegg at arbeidsgiver, arbeidstaker og Arbeids- og velferdsetaten, i det andre dialogmøtet skal vurdere om det er hensiktsmessig med et tredje dialogmøte senere i sykmeldingsperioden, eventuelt før 39-ukerstidspunktet eller i forbindelse med dette, se forslag til folketrygdloven § 8–7 nytt sjuende ledd. Et slikt møte kan også avtales utenom det andre dialogmøtet. Forslaget er ikke til hinder for at etaten fortsatt sender sykmeldte et informasjonsbrev ved 39 ukers sykmelding med tilbud om en samtale for å fange opp behov for tiltak og arbeidsavklaringspenger.

Utvalget viser til at arbeidet med å endre regelverket ikke er avsluttet og at det derfor kan bli endringer i løsningene i sammenheng med den endelige beslutningen.

13.3 Forslag til tiltak

Det er de senere årene iverksatt en rekke tiltak for å sikre en bedre oppfølging av sykemeldte. Det er innført rutiner for tetter oppfølging, både fra arbeidsgiver og fra NAV, det er avsatt betydelige midler til ordninger med kjøp av helsetjenester til sykemeldte og reglene for legers sykmelding er strammet inn. Dette er fulgt opp i den nye IA-avtalen og forslag fra Arbeidsdepartementet til endringer i regelverket som innebærer tettere oppfølging og tidligere stoppunkter i sykefraværsforløpet. *Utvalget* ønsker med forslagene i denne utredningen å støtte opp under dette arbeidet og bidra til en mer systematisk gjennomføring av ordningene for å følge opp sykemeldte i helse- og omsorgssektoren.

I arbeidet med å følge opp sykemeldte er det viktig ikke å glemme at sykefravær og helseproblemer er et normalt forekommende fenomen i enhver virksomhet og at arbeidstakere faktisk blir syke fra tid til annen. Det er ikke nødvendigvis et mål med et så lavt fravær som mulig, men å redu-

sere det fraværet som direkte eller indirekte kan tilskrives dårlig fysisk eller psykisk arbeidsmiljø, dårlig ledelse, mangelfull organisering og tilrettelegging av arbeidet og eventuelt misbruk av sykepengeordningen. Videre er det avgjørende at virksomheten i dette arbeidet ikke bidrar til å øke stress og konfliktnivået, redusere ansattes motivasjon, og til å presse svake grupper ut av arbeidsmarkedet.

Utvalget mener at det både er behov for individuell oppfølging av ansatte med langtidsfravær og ansatte med hyppig korttidsfravær. Individuell oppfølging er avgjørende og det er en forutsetningen er at tiltakene er treffsikre og godt forankret i virksomhetene.

Utvalget foreslår tiltak på følgende områder:

- Styrings- og oppfølgingssystemer
- Styrking av tilretteleggingstilskuddet
- Forsøk med 365-dagers egenmelding
- Individuell oppfølging av sykemeldte
- Utrede endringer i lønnsstilskuddsordningen
- Bruk av velferdspermisjoner

13.3.1 Styrings- og oppfølgingssystemer

Utvalget mener at gode styrings- og oppfølgingssystemer er viktig både for å følge utviklingen i arbeidsmiljøet, identifisere risikogrupper for arbeidsmiljøbelastninger, og for å sikre systematisk oppfølging av sykemeldte arbeidstakere.

Det påhviler arbeidsgiver et stort ansvar for å følge opp ansatte som er sykemeldt eller står i fare for å bli sykemeldt. I en travel hverdag vil oppmerksomheten ofte være rettet mot de som er på jobb og på vikarbehovet. Det er derfor grunn til å tro at en del sykemeldte ansatte ikke blir fulgt opp i henhold til folketrygdlovens bestemmelser og virksomhetenes rutiner.

Store virksomheter med mange ansatte bør etter *utvalgets* vurdering ta i bruk og etterspørre elektroniske personal-, lønns- og/eller turnussystemer som tilbyr automatisk oppfølging eller påminnelse til den enkelte leder. Slike systemer vil kunne sikre mer systematikk i ledernes arbeid med å følge opp sykemeldte.

Utvalget mener at det er grunn til å tro at systematisk oppfølging kan øke sannsynligheten for at den ansatte kommer helt eller delvis tilbake i jobb. I tillegg til gode systemer, vil opplæring av lederne i IA-arbeid være nødvendig for å få til en god oppfølging med vekt på tilrettelegging, restarbeidsevne. Det inkluderer kunnskap om tilbud i regi av NAV, tilskuddsordninger med mer. IA-opplæring bør inngå som en del av virksomhetenes kompetanseplaner.

Utvalget foreslår at:

- større virksomheter tar i bruk elektroniske systemer med automatiserte rutiner for oppfølging av sykemeldte
- IA-opplæring for ledere skal inngå i kompetanseplanene i sektoren

13.3.2 Styrking av tilretteleggingstilskuddet

Gjennom den nye IA-avtalen og endringene i lovforslaget fra Arbeidsdepartementet kommer det på plass et regelverk som skal bidra til økt bruk av gradert sykemelding. Aktuelle tiltak i helse- og omsorgstjenesten vil måtte ha til hensikt å bidra til implementering av regelverket.

Utvalget viser til at ekspertgruppens anbefaling (Ekspertgrupperapport 2010) om å tilrettelegge for økt bruk av gradert sykemelding følges opp gjennom IA-avtalen. Gradert sykemelding er en viktig del av arbeidet for å oppnå en endring i sykemelders sykmeldingspraksis, og *utvalget* mener at dette er et viktig virkemiddel for å forebygge at sykemelding blir starten på en prosess ut av arbeidslivet. Effekten av gradert sykemelding vil sannsynligvis ha mindre betydning for ansatte med små stillingsbrøker.

Utvalget mener at økt bruk av gradert sykemelding vil føre til større etterspørsel etter tilskudd fra arbeidsgivere for arbeidstakere som trenger spesiell tilrettelegging. I denne sammenhengen mener *utvalget* at det kan være aktuelt å vurdere endringer i tilretteleggingstilskuddet. En styrking av tilskuddet og eventuelt en endring fra rammefinansiering til overslagsfinansiering. Gradert sykemelding gir spesielle utfordringer i helse- og omsorgssektoren på grunn av turnus- og nattarbeid. Det kan være vanskelig å tilrettelegge for gradert sykemelding uten at det får store økonomiske konsekvenser for arbeidsgiverne og ekstrabelastninger for friske ansatte. *Utvalget* mener at en omlegging av tilskuddet kan bidra til å øke tilretteleggingsarbeidet i sektoren og avlaste arbeidsgiverne.

Utvalget anbefaler:

- en styrking og endring av finansieringsløsningen for tilretteleggingstilskuddet

13.3.3 Forsøk med 365-dagers egenmelding

Utvalget viser til at legen og andre med rett til å sykemelde i dag har en rolle som portvakt i forhold til trygdesystemet. Erfaringer fra *Tillitsprosjektet* i Mandal kommune (se Boks 13.1) med fjerne kravet om sykemelding og erfaringer med utvidet egenmelding fra andre nordiske land gjør

det interessant å se nærmere på effekten av slike ordninger. I Danmark, hvor sykefraværet ser ut til å være lavere enn i Norge, opptrer behandlende lege i utgangspunktet ikke som sykemelder. Fravær som skyldes sykdom er et forhold som håndteres av arbeidstaker og arbeidsgiver, eventuelt med støtte fra andre instanser. Det skal imidlertid ikke underslås at det er en rekke andre forskjeller mellom Norge og Danmark som kan bidra til å forklare forskjellene sykefravær.

Det er flere mulige forklaringer på at utvidet rett og plikt til egenmelding kan ha en gunstig effekt på sykefraværet: For det første legges et større ansvar på de partene som er nærmest til å gjøre noe med arbeidsrelaterte årsaker til sykefravær, arbeidsgiver og arbeidstaker. I så måte følger dette opp trenden i IA-arbeidet med tettere samhandling mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Tidlige møter mellom arbeidsgiver, arbeidstaker og for eksempel NAV vil være en naturlig følge av en slik klargjøring påpekning av at ansvaret for sykefraværet ligger hos arbeidsgiver og arbeidstaker. For det andre kan legen konsentrere oppmerksomhet om behandling. Portvaktrollen blir av mange leger oppfattet som et forstyrrende element i den medisinske behandlingen. Leger rapporterer at lojalitetskonflikter og press om utskrivning av sykemeldinger (Guldbrandsen med flere 2002). Det betyr ikke at behandlende leges rolle nødvendigvis får en mindre rolle som premissleverandør og ressurs i arbeidet med å få den sykemeldte tilbake i jobb. For eksempel kan behandlende lege beskrive hvilke arbeidsoppgaver pasienten (ikke) bør utføre som en del av behandlingen. Det vil imidlertid være opp til arbeidsgiver og arbeidstaker å påse at arbeidet legges til rette. For det tredje kan sykenærver, med mulighet for at kolleger smittes, kan bli redusert. Det kan også tenkes at økt egenmeldingsperiode bidrar til å redusere antall tilfeller fordi de ansatte får muligheten til å restituere lenger og ikke blir presset tilbake til jobb for tidlig. På sikt kan i så fall langtidsfraværet og overgangen til uførepensjon kunne reduseres. For det fjerde er det grunn til å tro at fraværet i større grad blir behovsstyrt ved egenmelding og ikke datostyrt som ved legemelding. NAV finner at 61 prosent av alle legemeldte fravær er avsluttet til en mandag (Brage og Thune 2008). I Tillitsprosjektet i Mandal (se Boks 13.1) blir ansatte i større grad friske på andre ukedager enn mandagene og ved turnusarbeid kommer arbeidstakere tilbake fra sykefravær i helgene. Det kan imidlertid også være gode begrunnelser for den rollen legen har som sykemelder. Legen har kunnskap om sykdom og kan bidra til å trekke

grenser mellom fravær som har andre årsaker enn sykdom, for eksempel sinne og arbeidskonflikter. Legens rolle gjør også at pasienten ikke trenger å blottstille sykdommer og plager overfor arbeidsgiver og kan fungere som en beskyttelse for pasienten.

Det er ulike syn i *utvalget* på betydningen av legens rolle som sykemelder, men det er enighet om at det kan være interessant å få mer kunnskap om effekten av utvidet egenmelding. *Utvalget* anbefaler på denne bakgrunn at det gjennomføres en mer omfattende forsøksordning for å kartlegge mulige positive effekter av utvidet bruk av egenmelding. Et forsøk bør omfatte 10 til 12 kommuner som tester ut 365 dagers egenmelding. Piloten bør «eies» av Arbeidsdepartementet og det bør utarbeides klare krav til prosjektene på forhånd. Det bør vurderes om piloten, i tillegg til utvidet rett og plikt til bruk av egenmelding, også skal kreve rutiner for møter mellom partene (arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner, NAV, NAV-lege, behandlende lege) som går ut over dagens ordning.

Det er avgjørende at pilotprosjektet gjennomføres på en slik måte at det blir mulig å evaluere effekt, blant annet gjennom valg av forsøkskommuner. Forsøket bør gå over minst 3 år og i tillegg til mål på effekten for sykefravær, uføretrygding og brukertilfredshet, bør det også forskes på hva som skjer med lege-pasient-rollen når legemelding fjernes og erstattes med egenmelding. I tillegg må det gjøres en vurdering av besparelser i form av tid og ressurser hos legene og eventuelle ekstra kostnader for andre aktører.

13.3.4 Individuell oppfølging av sykemeldte

Utvalget viser til at langtidssykemeldte står for en stor del av det samlede sykefraværet. Tett oppfølging av langtidssykemeldte kan derfor bidra til å redusere det totale fraværet og til å forebygge mer permanent utstøting fra arbeidslivet. Rutiner for jevnlig kontakt og overføring av informasjon kan bidra til sosial integrering og styrke tilknytningen til arbeidsplassen.

Individuell oppfølging med karriererådgivning i form av interessekartlegging, preferanseprofil og verdikartlegging kan bidra til bevisstgjøring om hvilke grep en selv må gjøre for å bedre helsen. Kartleggingsverktøy kan bidra til systematikk i det individuelle oppfølgingsarbeidet og legge grunnlag for å utforme individuelle planer.

Utvalget anbefaler at:

- det utvikles en plan for oppfølging av langtidssykemeldte med kartlegging av interesseprofil, preferanser og verdiprofil

Boks 13.1 Tillitsprosjektet i Mandal kommune

I Mandal kommune har det siden 1. mai 2008 pågått et prosjekt som blant annet inkluderer forsøk med 365-dagers egenmelding for alle ansatte (Tillitsprosjektet).

Prosjektet blir evaluert av Agderforskning og Universitetet i Agder. Evalueringen er basert på en årlig medarbeiderundersøkelse med spørsmål om *Tillitsprosjektet* og analyser av registerdata.

Analyser av registerdata viser at bruken av egenmelding har økt fra prosjektoppstart i 2008 og fram til inngangen av 2010. I 2008 ble 86 prosent av fraværene egenmeldt, mens i 2009 var dette økt til 94,6 prosent. Etter hvert som flere tar i bruk egenmeldinger, øker gjennomsnittslengden på det egenmeldte fraværet. Det vil si at flere med lange fravær benytter egenmeldinger. Arbeidstakerne som ønsker det kan fremdeles benytte legemelding.

Resultater fra den årlige medarbeiderundersøkelsen tyder på at ansatte er svært fornøyd med ordningen. Ledere og tillitsvalgte har gitt et entydig positivt svar på om ordningen bør fortsette. Sykefraværet i Mandal kommune har holdt seg stabilt og godt under gjennomsnittet for norske kommuner.

13.3.5 Utrede endringer i lønnstilskuddsordningen

For å redusere antall personer som går ut av sektoren på uføretrygd bør det gjøres en gjennomgang av dagens ordninger for å sikre at disse er tilpasset virkeligheten i helse- og omsorgssektoren. Det er i dag flere initiativ i forhold til å få flere personer med redusert arbeidsevne i jobb blant annet regjeringens sysselsettingsstrategi for personer med redusert funksjonsevne og oppfølging av IA-avtalens delmål 2.

Ordningen med tidsubestemt lønnstilskudd skal bidra til å øke mulighetene for ordinært arbeid blant personer med varig og vesentlig nedsett arbeidsevne, og bidra til å forebygge uførepensjonering. Den ansatte får ordinær lønn og fast ansettelse i hel- eller deltidsstilling. Arbeidsgiver får et tilskudd til lønnen fra NAV som kompensasjon for redusert arbeidsevne.

Utvalget oppfatter tiltaket med tidsubestemt lønnstilskudd som relevant for å hindre at ansatte

i helse- og omsorgssektoren går over på uføretrygd fremfor å bli værende i sektoren og ser potensialet i en videreutvikling av ordningen. *Utvalget* anbefaler at det gjøres en gjennomgang av dagens lønnstilskuddsordning med tanke på å foreslå hvilke eventuelle endringer som kan bidra til at ordningen kan fungere bedre for personer som står i fare for å miste tilknytningen til arbeidslivet gjennom overgang til uføretrygd.

Utvalget anbefaler at:

- det nedsettes en partssammensatt gruppe som får i oppdrag å gjennomgå lønnstilskuddsordning og vurdere endringer som kan bidra til at ordningen fungerer bedre for personer som står i fare for å miste tilknytningen til arbeidslivet

Boks 13.2 Arbeidsgledeprosjektet i Helse Nord

Prosjektet tok utgangspunkt i at langtidssykmeldte står for mellom 10 prosent av de sykemeldte og 80 prosent av sykefraværet. I Helse Nord RHF stod 16–17 prosent av de ansatte for 80 prosent av sykefraværet.

Arbeidsgledeprosjektet har som formål å veilede, støtte, og motivere medarbeidere i Helse Nord som sliter med helsen og gjentagende høyt sykefravær. Et yrkesrettledningsverktøy utviklet av professor Oscar Solberg ved NTNU og videreutviklet som karriererådgivningssystem av Sollan og Conexus, var et grunnleggende verktøy i prosjektet. Deltagerne gjennomfører en kartlegging på egenhånd på nett. I tillegg har Helse Nord sertifiserte 12 guider som benytter resultatene fra kartleggingen sammen med opplysninger som hentes inn gjennom samtaler og kartlegging. Kartleggingsverktøyet tilfører systematikk i det individuelle oppfølgingsarbeidet. Målet er at karriererådgivning i form av interessekartlegging, preferanseprofil og verdikartlegging, skal bidra til at den enkelte blir bedre kjent med seg selv og får et mer bevisst forhold til hvilke grep de selv må ta for å få helsen tilbake.

De fleste som deltok i prosjektet kom tilbake i jobb i egen enhet eller annen enhet i samme foretak. En undersøkelse om langtidseffekten av prosjektet viser at 69 prosent av de langtidssykmeldte i prosjektet er i arbeid i dag. 72 prosent av denne gruppen har ikke hatt langtidssykemelding etter deltakelse i Arbeidsgledeprosjektet. Forventet resultat var ca. 40 prosent. Resultatene tyder på at det er et treffsikkert tiltak å følge opp langtidssykmeldte eller sykemeldte som står for storparten av sykefraværet.

13.3.6 Bruk av velferdspermisjoner

Utvalget viser til at ekspertgruppen, som har vurdert mulige administrative tiltak for å redusere sykefraværet, har drøftet problemene med at sykemelding benyttes til å dekke bortfall av arbeidsinntekt i situasjoner der inntektstapet ikke er forårsaket av sykdom. Ekspertgruppen diskuterer dette i sammenheng med opphør av arbeidsforhold og permittering, men dette er også en aktuell problemstilling i sammenheng med andre livskriser og belastninger. I statlige virksomheter gjelder Hovedtariffavtalens fellesbestemmelser, som i § 22 gir mulighet for å tilstå arbeidstakere velferdspermisjon inntil 12 arbeidsdager med full lønn. Dersom arbeidstakeren selv ønsker og tje- nesten tillater det, kan arbeidsgiver samtykke i fleksibelt uttak av permisjon. Vilåret for å få slik permisjon er at det foreligger viktige velferdsgrunner. Bestemmelsen forutsetter at den enkelte virksomhet eller arbeidsgiver selv må vurdere hva som skal regnes som velferdsgrunn og hvorvidt det er grunnlag for å tilstå velferdspermisjon med lønn. Eksempel på en velferdsgrunn som normalt gir grunnlag for permisjon, er akutt omsorgsbehov for nær familie. I kommunal sektor følger en tilsvarende regel av Hovedtariffavtalen § 14, hvor velferdspermisjon tilstås med lønn i inntil 12 (14) arbeidsdager eller inntil 24 (28) arbeidsdager med halv lønn innen kalenderåret. Hovedavtalen mellom HSH og arbeidstakerorganisasjonene har ikke regler om velferdspermisjon regulert i hovedavtalen, men dette er regulert i enkelte overenskomstene som gjelder for helse- og omsorgssektoren. I Spekterområdet er dette bestemt lokalt i virksomhetene, og bestemmelsene har ulikt innhold.

Det heter i arbeidsmiljøloven § 12–10 at arbeidstaker som pleier nære pårørende i hjemmet i livets slutfase har rett til permisjon i 60 dager for pleie av den enkelte pårørende. Permisjonsretten ble i april 2010 utvidet fra 20 til 60 dager. Det ble samtidig innført en rett til permisjon i inntil 10 dager hvert kalenderår for å gi nødvendig omsorg til foreldre, ektefelle, samboer eller registrert partner. Det samme gjelder ved nødvendig omsorg for funksjonshemmet eller kronisk sykt barn fra og med kalenderåret etter at

barnet fylte 18 år når arbeidstakeren har hatt slik omsorg for barnet som nevnt i § 12–9 tredje ledd.

Denne rettigheten er først og fremst ment å ivareta enkeltstående hjelpebehov, ikke behov for daglig pleie. Forutsetningen er at langvarig pleiebehov ivaretas gjennom offentlige, tilpassede hjelpetiltak. Et viktig formål er å legge til rette for at yrkesaktive som ønsker det skal kunne påta seg omsorgsoppgaver også i tilfeller der dette ellers kunne ha blitt dekket av det offentlige. Det kan dreie seg om varig pleiebehov hvor etablert pleie uteblir ved et enkelttilfelle og skaper akutt behov for bistand. Tilsvarende gjelder ved akutt sykdom som ellers ville ha fordret offentlig omsorg.

Utvalget anbefaler at:

- arbeidsgiver i større grad bør ta i bruk ordningen med velferdspermisjon for å forebygge sykemelding når problemet er en livskrise eller belastning heller enn sykdom

Utvalgsmedlem Ivar Sønbo Kristiansen foreslår i tillegg at det innføres egenandel på sykepenger. *Dette medlemmet* viser til ekspertgruppen (Ekspertgrupperapport 2010) som slo fast at det er hevet over tvil at en reduksjon i lønn under sykemelding vil redusere sykefraværet. Hvis en ønsker å redusere sykefraværet, fremtrer derfor lavere lønn under sykefravær som et egnet tiltak. Det er imidlertid viktig å understreke at dette tiltaket kan ha uheldige fordelingsvirkninger, da det særlig vil kunne føre til inntektsreduksjoner i sykepengeperioden for grupper med redusert helse og lav inntekt. Det er likevel to forhold som taler mot at denne svakheten skal være avgjørende. For det første gir dagens ordning incentiver til økt sykefravær i den perioden da det fortsatt er en mulighet til å komme tilbake til arbeidslivet, mens redusert inntekt først kommer når det har gått ett år med sykmelding. Full sykelønn kan således medvirke til at risikoen for overgang til uførepensjon øker. I den grad denne effekten er

størst for grupper med lav inntekt vil redusert sykelønn kunne bidra til at grupper med lav inntekt står lenger i arbeid og dermed kan den langsiktige effekten av redusert sykelønn være fordelingsmessig gunstig. For det andre er det mulig å kompensere lavinntektsgrupper for inntektsreduksjonen i sykepengeperioden som oppstår ved lavere sykelønn. En måte å gjøre det på vil være å øke bunnfradraget i personbeskatningen – kombinert med noe høyere marginalsatt – slik at lavinntektsgrupper i snitt får like høy inntekt etter skatt (inkl. sykepenger) som i dag. En slik kombinasjon av noe redusert sykelønn og lavere gjennomsnittsskatt for lavinntektsgrupper vil kunne ivareta viktige bekymringer knyttet til fordeling. Som et ytterligere tiltak for å forhindre uønskede fordelingsvirkninger, bør innføring av egenandel på sykepenger ledsages av en lovendring som forbyr arbeidsgiver å tilby individuelle eller kollektive avtaler om 100 prosent sykepenger. *Dette medlemmet* foreslår en ordning med egenandel på sykepenger, for eksempel 10 prosent, hele sykepengeperioden.

Utvalgsmedlem Ivar Sønbo Kristiansen foreslår også at det innføres en ordning med arbeidsgivers medfinansiering av sykepenger. Dagens ordning innebærer at arbeidsgiver betaler full lønn de første 16 dager av den enkelte sykmeldingsperiode, mens NAV dekker 100 prosent lønn for den resterende perioden. Etter 16 dager dekker arbeidsgiver bare arbeidsgiveravgift, feriepenger og eventuelle pensjonsbidrag. Arbeidsgiver har således svake incentiver til å bringe den ansatte tilbake i arbeid etter at arbeidsgiverperioden er over. Ved å omfordele arbeidsgivers ansvar for medfinansiering av lønn under sykemelding til å gjelde inn-til 365 dager, får arbeidsgiver et vedvarende økonomisk incentiv til å legge forholdene til rette for at den sykmeldte kommer tilbake i arbeid. *Dette medlemmet* foreslår at arbeidsgiver skal medfinansiere sykepenger i hele sykmeldingens lengde.

Kapittel 14

Økonomiske og administrative konsekvenser

14.1 Innledning

I følge mandatet skal utvalget utrede økonomiske, administrative og andre vesentlige konsekvenser av tiltakene. Innenfor den tidsrammen utvalget har fått til disposisjon har det ikke vært mulig å gjennomføre en fullstendig vurdering av de økonomiske og administrative konsekvensene av forslagene, og i mange tilfeller er forslagene utformet på et nivå som gjør det nødvendig med nærmere konkretisering før det er mulig å anslå kostnadene. I dette kapitlet gir utvalget imidlertid en overordnet vurdering av de økonomiske og administrative konsekvensene.

14.2 Økonomiske og administrative konsekvenser

I denne utredningen er oppmerksomheten rettet mot forhold som har betydning for sykefravær og utstøting fra arbeid i helse- og omsorgssektoren. Årsakene til sykefravær og uføretrygding ser ut til å være sammensatte og det betyr at det er behov for en bred tilnærming til problemet. *Utvalget* har foreslått tiltak på følgende innsatsområder: 1) styrke kunnskap og kompetanse, 2) forbedre arbeidsmiljø og arbeidsinnhold, 3) bedre tilrettelegging for gravide, 4) bedre seniorpolitikk, og 5) tettere oppfølging av sykemeldte. Det første innsatsområdet er begrunnet med at kunnskapen om årsakene til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet er begrenset. Innsatsområdet inneholder en strategi for å styrke kunnskapsgrunnlaget og bidra til å tette de kunnskapshullene som er avdekket i utredningsarbeidet. Øvrige innsatsområder er organisert etter en tidsakse i «sykefraværsløpet» fra det brede forebyggende arbeidet, via risikogrupper, til innsats rettet mot de som allerede er sykemeldte og/eller i fare for å falle ut av arbeidslivet.

En stor del av innsatsen for å redusere sykefravær og utstøting fra arbeidslivet kan skje innenfor gjeldende økonomiske rammer og administrative

systemer. *Utvalget* er opptatt av at en styrking av arbeidet med å redusere sykefravær og utstøting fra arbeidslivet i all hovedsak må skje i regi av virksomhetene, og at sentrale aktører så langt det er mulig bør ivareta stimulerings- og pådriveransvaret gjennom ordinære informasjons- og styringskanaler. Det pågår mye arbeid for å redusere sykefravær og forebygge tidlig overgang fra arbeid til trygdeytelser, i helse- og omsorgssektoren. *Utvalgets* forslag har som mål å bidra til å videreutvikle dette arbeidet. Forslagene er utformet på et relativt overordnet nivå og det er lagt vekt på tiltak som kan bidra til å sette i gang prosesser i virksomhetene.

Utvalget foreslår en strategi for å styrke kunnskap om sykefravær og utstøting fra arbeidslivet som inneholder tiltak for å utvikle en bedre og mer meningsfull sykefraværstatistikk, en styrking av forskning om årsaker til sykefravær og uføretrygding, en satsing på systematisk utprøving og evaluering av tiltak, og tiltak for å forbedre systemene for å formidle kunnskap. Tiltak for å forbedre sykefraværstatistikken og systemene for å formidle kunnskap bør kunne gjennomføres innenfor eksisterende økonomiske og administrative rammer. En styrking av tiltaksforskningen vil imidlertid kreve tilførsel av ressurser. Kostnadene ved å gjennomføre forsøk vil variere, men mer systematiske evalueringer vil kreve ressurser til planlegging og gjennomføring. Flere av forsøkene vil imidlertid kunne føre til reduserte kostnader på grunn av reduksjoner i sykefraværet.

Det forebyggende arbeidet for å bedre arbeidsmiljø og arbeidsinnhold er avgjørende for å redusere sykefravær og uføretrygding. *Utvalget* vil framheve forslaget om et prosjekt med forsterket partssamarbeid basert på erfaringene fra 3-2-1-prosjektet som det mest sentrale tiltaket i denne sammenhengen. Prosjektet vil kunne bidra til en konkretisering av IA-avtalens innhold knyttet til forpliktelser i trepartssamarbeidet. Både Arbeidstilsynet, NAV og partene i helse- og omsorgssektoren bør forventes å sette av personellressurser til gjennomføring av prosjektet. Selv om bransje-

prosjektet i hovedsak bør kunne gjennomføres innenfor rammen av IA-arbeidet, bør det settes av midler på nasjonalt nivå som kan benyttes til gjennomføring av opplæring på virksomhetsnivå og til veiledning og kartleggingsvirksomhet på fylkes- eller regionnivå. Tiltak for å bidra til systematisk utviklingsarbeid, styrking av ledelsesfunksjonen, utvikling av medarbeidernes kompetanse og tiltak for å sikre bedre gjennomføring av omstillingsprosesser bør kunne gjennomføres innenfor eksisterende økonomiske og administrative rammer. Dette vil blant annet være viktige tema i prosjektet med forsterket partssamarbeid. Etablering av en kompetansenhet for å forebygge trusler og vold vil kreve noen stillingsressurser på nasjonalt nivå. Det samme gjelder etableringen av en kompetansenhet for tekniske hjelpemidler. Forsøk med nye turnus- og arbeidstidsordninger vil kreve ressurser til planlegging og evaluering.

Gjennomføring av tiltakene for å bedre tilrettelegging for gravide vil også delvis kunne gjennomføres uten tilførsel av nye ressurser. En større satsing på informasjon til gravide og ledere om arbeid og graviditet vil kreve ressurser til annonsering, men det kan også gjøres en del gjennom å utnytte eksisterende informasjonskanaler mer effektivt. Den største kostnaden ved gjennomføring av forsøk med oppfølging av gravide på arbeidsplassen er stillingsressurser til jordmødre. I tillegg vil det måtte settes av ressurser til planlegging og gjennomføring av evaluering. Arbeidslivskompetanse i jordmorutdanningen og andre relevante helsefagsutdanninger bør kunne styrkes som ledd i videreutviklingen av undervisningstilbudet. *Utvalget* viser til den varslede stortingsmeldingen om velferdsutdanningene.

Tiltakene for bedre seniorpolitikk bør kunne gjennomføres som en del av den ordinære personalpolitikken. Det gjelder både planlegging av senkarrieren gjennom kartlegging og individuelt tilpassede tiltak og det mer generelle holdningsarbeidet i helse- og omsorgssektoren. Kravet om individuell tilpasning ligger allerede i regelverket og *utvalgets* forslag handler om å gjøre dette på en mer systematisk måte.

Utvalget viser til et det som ledd i oppfølging av IA-avtalen er sendt på høring forslag til endringer i regelverket for å sikre en tettere oppfølging av sykemeldte. Forslagene i utredningen har blant annet som formål å bidra til en god gjennomføring av endringene i regelverket. Økt bruk av styrings- og oppfølgingssystemer for å følge opp sykemeldte bør etter *utvalgets* vurdering kunne gjennomføres innenfor eksisterende rammer. En styrking av tilretteleggingstilskuddet gjennom en endring av finansieringsordningen vil kunne føre til økt etterspørsel og behov for økte bevilgninger. Forsøk med 365-dagers egenmelding vil kreve ressurser til planlegging og evaluering, men vil totalt sett kunne føre til reduserte kostnader på grunn av en forventet nedgang i sykefraværet. Individuell oppfølging av sykemeldte etter mønster fra Arbeidsgledeprosjektet i Helse Nord krever personellressurser og innhenting og utvikling av kompetanse når det gjelder veiledning, kartlegging og individuell oppfølging av sykemeldte. Det vil imidlertid kunne føre til reduserte kostnader gjennom redusert sykefravær. En utredning av eventuelle endringer i lønnstilskuddsordningen bør også inkludere en vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser.

Referanser

- Amble N. 2008. *Evaluering av 3-3-turnus i Harstad kommune*. AFI-notat nr. 2/ 2008.
- Andersen L.L., Andersen C.H., Zebis M.K., Nielsen P.K., Søgaard K., Sjøgaard G. 2008a. *Effect of physical training on function of chronically painful muscles: a randomized controlled trial*. Journal of Applied Physiology. Desember 2008, 105(6):1796–801. E-publisert 23. oktober 2008.
- Andersen A., Køber T. og Rønning E. 2008b. *Skift og turnus – omfang og mønster*. Rapport 08/38. Statistisk sentralbyrå.
- Andersen R.K. og Eidset I. 2003. *Arbeidsmiljø i hjemmetjenesten: Nullpunktsundersøkelse i forbindelse med kampanjen «Rett Hjem»*. Opinion AS.
- Arbeidstilsynet. 2006. *Arbeidsmiljø i sykehus*. (ISBN 82–90112–30–0).
- Arbeidstilsynet. 2008a. *Hjemmetjenesten – døgnåpen, tidløs og slitesterk. Tanker og tall etter fem år med «Rett Hjem»*. (ISBN 978–82–90112–36–8).
- Arbeidstilsynet. 2008b. *Omstilling? Har du husket det viktigste? Hva du kan gjøre for å sikre sunne omstillingsprosesser*. Arbeidstilsynets publikasjoner, best.nr. 590
- Arbeidstilsynet. 2009. *Vold og trusler på arbeidsplassen. Forebygging, håndtering og oppfølging*. Arbeidstilsynets publikasjoner, best. nr. 597.
- Berger C. 2010. *Uendret sykefravær siden 2001*. Samfunnsspeilet nr. 2, 2010. Statistisk sentralbyrå.
- Biørn E., Gaure S., Markussen S. og Røed K. 2010. *The Rise in Absenteeism: Disentangling the Impacts of Cohort, Age and Time*. Discussion paper series. IZA DP No. 5091, juli 2010.
- Bjørngaard J., Krokstad S., Johnsen R., Karlsten A.O., Pape K., Støver M., Sund E. og Westin S. 2009. *Epidemiologisk forskning om uførepensjon i Norden*. Norsk epidemiologi 2009, 19 (2):103–114.
- Bjørnstad A.F. og Solli M. 2006. *Utviklingen i Folketrygdens utgifter til Sykepenger*. Rapport 2006/40. Statistisk sentralbyrå.
- Bjørnstad R. 2006. *Er det økte sykefraværet tegn på et mer inkluderende eller ekskluderende arbeidsliv? Økonomiske analyser 6/2006*. Statistisk sentralbyrå.
- Bjørnstad R., Gjelsvik M.L., Holm I., Holmøy E., Nielsen V.O. og Stølen N.M. 2009. *Behov for helsepersonell. Demografiske og økonomiske rammebetingelser*. Rapport 2009/38. Statistisk sentralbyrå.
- Blangsted A.K., Søgaard K., Hansen E.A., Hannerz H., Sjøgaard G. 2008. *One-year randomized controlled trial with different physical-activity programs to reduce musculoskeletal symptoms in the neck and shoulders among office workers*. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. Februar 2008, 34(1):55–65.
- Bound J. 1989. *The Health and Earnings of Rejected Disability Insurance Applicants*. The American Economic Review 79, 482–503.
- Brage S. og Thune O. 2008. *Friskmeldt fra mandag*. Arbeid og Velferd nr. 2–2008.
- Bratberg E. 1999. *Disability retirement in a welfare state*. Scandinavian Journal of Economics 101, 97–114.
- Bratberg E., Dahl S.A. og Risa A.E. 2002. *«The double burden-2 – Do combinations of career and family obligations increase sickness absence among women?»* European Sociological Review 18, 233–249.
- Bratsberg B., Fevang E. og Røed K. 2010. *Disability in the Welfare State – An Unemployment Problem in Disguise*. Working paper 23.03. Frischsenteret.
- Brevik, I. 2010. *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg*. NIBR-rapport 2010:2.
- Brevik, I. og Schmidt L. 2005. *En undersøkelse av framtidige Eldres boligpreferanser. Slik vil Eldre bo*. NIBR-rapport 2005:17.
- Brinch C.N. 2009. *The effect of benefits on disability uptake*. Statistics Norway Discussion Paper.
- Brox J.I. og Frøystein O. 2005. *Health-related quality of life and sickness absence in community nursing home employees: randomized controlled trial of physical exercise*. Occupational

- Medicine, London, oktober 2005: 55(7):558–63.
- Clench-Aas J., Rognerud M. og Dalgard O.S. 2009. *Psykisk helse i Norge: levekårsundersøkelsen 2005: tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Rapport 2009:6. Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Dahl E., van der Wel K., og Harsløf I. 2010. *Arbeid, helse og sosial ulikhet*. Helsedirektoratet.
- Den norske legeförening. 2009. *Retningslinjer for smertelindring*.
- Dyrstad, M. og Ose O.S. 2005. *Problemstillinger og resultater i sykefraværskforskningen*. Søkelys på arbeidsmarkedet 22: s. 103–116.
- Einarsen S. og Schulze O.C. 2007. *Å redusere bedriftens sykefravær: et håpløst prosjekt?* i Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer. S. Einarsen og A. Skogstad (red.). Fagbokforlaget, Bergen.
- Ekspertgrupperapport. 2010. *Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværreform*. Rapport fra ekspertgruppe til Arbeidsdepartementet 01.02.10.
- Eriksen J., Jensen M.K., Sjogren P., Ekholm O. og Rasmussen N.K. 2003A. *Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark*. Pain 2003; 106: 221–8.
- Eriksen W., Bruusgaard D. og Knardahl S. 2003B. *Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides*. Occupational and Environmental Medicine, april 2003 60(4): 271–8.
- Eriksen W., Bruusgaard D, Knardahl S. 2004A. *Work factors as predictors of intense or disabling low back pain; a prospective study of nurses' aides*. Occupational and Environmental Medicine, mai 2004, 61(5): 398–404.
- Eriksen W., Bruusgaard D, Knardahl S. 2004B. *Work factors as predictors of sickness absence attributed to airway infections; a three month prospective study of nurses' aides*. Occupational and Environmental Medicine, januar 2004, 61(1): 45–51.
- Ezzo J., Bausell B., Moerman D.E., Berman B., og Hadhazy V. 2001. *Reviewing the reviews. How strong is the evidence? How clear are the conclusions?* International Journal of Technology Assessment in Health Care, 17, (4) 457–466.
- Feldt T., Hyvonen K., Makikangas A., Kinnunen U. og Kokko K. 2009. *Development Trajectories of Finnish Managers' Work Ability Over a 10-Year Follow-Up Period*. Scandinavian Journal of Work Environment & Health 35(1):37–47.
- Fevang og Røed. 2006. *Veien til uføretrygd i Norge*. Rapport 10/2006. Oslo: Frischsenteret.
- Finansdepartementet. 2005. *Veileder i samfunnsøkonomisk analyse*.
- Friis K., Ekholm O. og Hundrup Y.A. 2008. *The relationship between lifestyle, working environment, socio-demographic factors and expulsion from the labour market due to disability pension among nurses*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, juni 2008, 22(2):241–8.
- Forsberg E.M., Wathne C.T., Sørensen B. Aa. og Gamperiene M. 2007. *Evaluering av tilsynsmetodikken i Arbeidstilsynets God Vakt!-kampanje*. Arbeidsforskningsinstituttet.
- Gautun, H. 2002. *Når fleksibilitet fremmer fellesskap – nye arbeidstidsordninger innen pleie og omsorg*. FAFO-rapport 399.
- Gjesdal S. 2009. *Kjønnsforskjeller i overgang fra langtidssykemelding til uførepensjon i 1997–2002*. Norsk epidemiologi, 19: 193–202.
- Gjesdal S., Haug K., Ringdal P.R. 2005. *Risiko for uførepensjonering blant unge langtidssykmeldte*. Tidsskrift for Den norske legeförening. 125:1801–1805.
- Grimsmo A. og Sørensen B.A. 2004. *God vakt! Arbeidsmiljø i sykehus. Null-punkt-undersøkelse i sykehus*. Notat 8/04. Arbeidsforskningsinstituttet
- Gruber J. 2000. *Disability Insurance Benefits and Labor Supply*. Journal of Political Economy 108, 1162–1183.
- Guldbrandsen P., Førde R. og Aasland O. A. 2002. *Hvordan har legen det som portvakt?* Tidsskrift for Den norske legeförening 19, 1874–1879.
- Hasselstrom J., Liu-Palmgren J. og Rasjo-Wraak G. 2002. *Prevalence of pain in general practice*. European Journal of Pain, 2002, 6: 375–85.
- Halvorsen B. 2010. *Hva kan vi lære fra Nederland om å forebygge og begrense sykefravær og utstøting fra arbeidslivet*. Nordens Velfærds-senter (NVC), 5. november 2010.
- Helsedirektoratet. 2006. *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren*.
- Helsedirektoratet. 2007. *Veileder for utredning av helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser*. (IS-1435).
- Helsedirektoratet. 2009. *Nøkkeltall for helsesektoren*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2008. *Opptrappingsplan for rusfeltet*.
- Helsetilsynet. 2005. *Pleie- og omsorgstjenesten på strekk*. Rapport 7/2005.
- Hesseliuss P., Johansson P. og Larsson L. 2005. *Monitoring sickness insurance claimants: evidence from a social experiment*. IFAU Working Paper, 2005:15.

- Hesselius P., Johansson P. og Nilsson J. P. 2009. *Sick of your Colleagues' Absence?* Journal of the European Economic Association, 7, 583–594.
- Hesselius P., Johansson P. og Vikström J. 2008. *Monitoring and norms in sickness insurance: empirical evidence from a natural experiment.* IFAU Working Paper 2008:8.
- Holbø K., Schjølber I., Svagård I., Oderud T., Storholmen T.C. og Sandsund M. 2009. *Kartlegging av behov og muligheter for bruk av robot- og sensor-teknologi i helse- og omsorgssektoren.* Sintef-rapport, A9521.
- Holte A.K., Lie T., Olsen E., Gundersen M., Jøsendahl K. og Mikkelsen A. 2004. *Medarbeiderundersøkelse i foretaksgruppen Helse Vest.* Rogalandsforskning. Rapport RF-2004/031.
- Horgen E.H. og Rønning E. 2008. *Arbeid og arbeidsmiljø – norsk sysselsetting på «Europatoppen».* Samfunnsspeilet nr. 5–6, 2008.
- Hovik S. og Myrvold T.M. 2001. *Er det størrelsen det kommer an på? Små kommuners evne til å ivareta generalistkommunekravet.* NIBR-rapport 2001:8.
- Hulley S., Grady D., Bush T., Furberg C., Herrington D., Riggs B. og Vittinghoff E. 1998. *Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women.* Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. Journal of American Medical Association, 280, (7) 605–613.
- Huttunen K., Moen J. og Salvanes K. G. 2010. *How Destructive is Creative Destruction? The Costs of Worker Displacement.* Journal of the European Economic Association Forthcoming.
- Ichino A. og Maggi G. 2000. *Work environment and individual background: Explaining regional shirking differentials in a large Italian firm.* Quarterly Journal of Economics, 115, 1057–1090.
- Ichino A. og Riphahn R. T. 2005. *The effect of employment protection on worker effort: Absenteeism during and after probation.* Journal of the European Economic Association, 3, 120–143.
- Innst. 212 S (2009–2010) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform.*
- Johansson P. og Palme M. 2002. *Assessing the effect of public policy on worker absenteeism.* Journal of Human Resources, 37, 381–409.
- Johansson P. og Palme M. 2005. *Moral hazard and sickness insurance.* Journal of Public Economics, 89, 1879–18890.
- Johnsen J.R. 2006. *Health Systems in Transition.* European Observatory on Health Systems and Policies. Vol 8(1).
- Juni P., Witschi A., Bloch R. og Egger M. 1999. *The hazards of scoring the quality of clinical trials for meta-analysis [see comments].* Journal of American Medical Association, 282, (11) 1054–1060.
- Kaptchuk T.J. 2001. *The double-blind, randomized, placebo-controlled trial: gold standard or golden calf?* Journal of Clinical Epidemiology, 54, (6) 541–549
- Karasek R.A. jr. 1979. *Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign.* Administrative Science Quarterly, 24, 285–308.
- Kivimaki M., Vahtera J., Ferrie J.E., Hemingway H. og Pentti J. 2001. *Organisational downsizing and musculoskeletal problems in employees: a prospective study.* Occupational and Environmental Medicine, 58, 811–817.
- Kivimaki M., Vahtera J., Pentti J. og Ferrie J. E. 2000. *Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study.* British Medical Journal, 320, 971–975.
- Knardahl S., Labriola M., Lund T. og Sterud T. 2010. *Betydningen av arbeidsfaktorer for sykefravær, arbeidsevne og uførhet.* Kunnskapsoppsummering til Almlid-utvalget. STAMI/IRIS.
- Knardahl S., Veiersted B. og Medbø J.I. 2008. *Arbeid som årsak til muskelskjelettlidelser.* Kunnskapsstatus 2008, STAMI-rapport nr. 22, 2008, ISSN 1502–0932.
- Koehoorn M, Demers PA, Hertzman C, Village J, Kennedy SM. 2006. *Work organization and musculoskeletal injuries among a cohort of health care workers.* Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, august 2006, 32 (4):285–93.
- Kostøl A.R. 2010. *Kunnskapsoppsummering av samfunnsvitenskapelig litteratur om årsaker til sykefravær og utstøting.* Kunnskapsoppsummering til Almlid-utvalget. Statistisk sentralbyrå.
- Kristiansen I.S. 2008. *How up-to-date are Cochrane reviews?* Lancet, 371, (9610) 384–385.
- Krüger R.M.E. 2009. *Tilbud til personer med demens i norske kommuner – ny landsdekkende undersøkelse.* Demens & Alderspsykiatri. Vol 13(1) (side 10–11).
- Leeuw M., Goossens M.E.J.B., Linton S.J., Crombez G., Boersma K., Vlaeyen J.W.S. 2007. *The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence.* Journal of Behavioral Medicine, 30:77–94.

- Lindbeck A., Palme M. og Persson M. 2006. *Job security and work absence: Evidence from a natural experiment*. CESifo Working Paper, mars 2006.
- Lindbeck A., Palme M. og Persson M. 2009. *Social interaction and Sickness Absence*. Working paper.
- Linton S.J. 2000. *A review of psychological risk factors in back and neck pain*. javascript: AL_get (this, 'jour', 'Spine (Phila Pa 1976).'); Mai 2000, 1; 25(9): 1148–56.
- Linton S. 2010. *The role of psychological factors in the development of work disability with a focus on musculoskeletal pain*. Kunnskapsoppsummering til Almlid-utvalget.
- Lip G.Y., Beevers G. og Zarifis J. 1995. *Hormone replacement therapy and cardiovascular risk: the cardiovascular physicians' viewpoint*. Journal of Internal Medicine, 238, (5) 389–399
- Magnussen J. 2010. *Produktiviteten i norsk spesialisthelsetjeneste*. Notat til utvalgsarbeidet.
- Malmivaara A., Hakkinen U., Aro T., Heinrichs M. L., Koskeniemi L., Kuosma E., Lappi S., Paloheimo R., Servo C., Vaaranen V. og Hernberg S. 1995. *The treatment of acute low-back-pain – bed rest, exercises or ordinary activity*. New England Journal of Medicine, 332, 351–355.
- Manski C. 1993. *Identification of Endogenous Social Effects: The Reflection Problem*. The Review of Economic Studies 60, 531–542.
- Markussen, S. 2009. *How physicians can reduce sick leave – evidence from a natural experiment*. Working paper, Frischsenteret.
- Markussen, S. 2010. *The individual cost of sick leave*. Working paper Frischsenteret, januar 2010.
- Mastekaasa A. 2000. *Parenthood, gender and sickness absence*. Social Science & Medicine 50 (2000) 1827–1842.
- Mastekaasa A. 2005. *Sickness absence in female- and male-dominated occupations and workplaces*. Social Science & Medicine 60 (2005) 2261–2272.
- Mastekaasa A. 2010. Sykefravær blant pleiepersonell i en del europeiske land. Upublisert notat 04.06.2010.
- Mastekaasa A. og Dale-Olsen H. 2000. *Do Women or Men Have the Less Healthy Jobs? An Analysis of Gender Differences in Sickness Absence*. European Sociological Review, Vol. 16 No. 3, 267–286.
- Melloh M., Elfering A., Egli Presland C., Roeder C., Barz T., Rolli Salathé C. 2009. *Identification of prognostic factors for chronicity in patients with low back pain: A review of screening instruments*. International Orthopaedics, 33, 301–313.
- Myklebø S. 2007. *Sykefravær og svangerskap*. Arbeid og velferd nr. 3–2007. Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Mykletun A. og Knudsen A.K. 2009. *Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser: en analyse basert på FD-trygd*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, rapport nr.: 2009:4.
- Mykletun A., Knudsen A.K. og Mathiesen K.S. 2009. *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv. Del 1: voksne, Del 2: barn og unge*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, rapport nr.: 2009:8.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. 2010A. *Helsetilstanden i Norge 2010*. Rapport 2010:2 Folkehelseinstituttet.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. 2010B. Brev av 01.11.10 med vurdering av risiko for smittsomme sykdommer hos helsepersonell.
- NAV. 2008. *Gravide i jobb*. ISBN 978–82–551–2068–4.
- NOU 2000:27 *Sykefravær og uførepensjoner*
- NOU 2004:29 *Kan flere jobbe mer? – deltid og undersyssetting i norsk arbeidsliv*
- NOU 2007: *Ny uførestønad og ny alderspensjon til utføre*
- NOU 2008:17 *Skift og turnus – gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid*
- Opinion AS. 2007. *Aksepterte årsaker til sykefravær. Holdninger i de fem nordiske landene*. Opinion, Norge. TemaNord 2007:594
- Ose S.O. 2010. *Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag*. Sintef Helse, februar 2010.
- Ose S.O., Bjerkan, A.M., Pettersen I., Hem K.G., Johnsen A., Lippestad J., Paulsen b., Mo T.O. og Solsvik P.Ø. 2009. Sintef rapport A 1197 *Evaluering av IA-avtalen*.
- Ose S.O., Jensberg H., Reinertsen R.E., Sandsund M., og Dyrstad J.M. 2006. *Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger*. Sintef-rapport A325. Sintef helse, Gruppe for arbeid og helse.
- Prop. 1 S (2009–2010). Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 124 S (2009–2010). Kommunal- og regionaldepartementet.
- Rapport fra partssammensatt gruppe. 2005. *Forhold av betydning for utstøting fra arbeidslivet: utredning av utstøting fra arbeid i petroleumsvirksomheten på Norsk kontinentalsokkel med forslag til tiltak*.
- Rapport fra partsammensatt utvalg. 2010. *Uønsket deltid*.

- Rauhala A., Kivimäki M., Fagerström L., Elovainio M., Virtanen M., Vahtera J., Rainio A.K., Ojaniemi K. og Kinnunen J. 2007. *What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system.* Journal of Advanced Nursing. 2007 Feb;57(3):286–95.
- Rege M., Telle K. og Votruba M. 2009. The Effect of Plant Downsizing on Disability Pension Utilization. *Journal of the European Economic Association*, 7, 754–785.
- Ressurssenter for omstilling i kommunene. 2004. *Ledertetthet i kommunenes pleie- og omsorgstjeneste sammenlignet med skolesektoren.*
- Robinson W.S. 1950. *Ecological correlations and the behaviour of individuals.* American Sociological Review, 15, 351–357
- Rossouw J.E., Anderson G.L., Prentice R.L., LaCroix A.Z., Kooperberg C., Stefanick M.L., Jackson R.D., Beresford S.A., Howard B.V., Johnson K.C., Kotchen J.M. og Ockene J. 2002. *Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial.* Journal of American Medical Association, 288, (3) 321–333
- Rugulies R, Christensen KB, Borritz M, Villadsen E, Bültmann U, Kristensen TS. 2007. *The contribution of the psychosocial work environment to sickness absence in human service workers: Results of a 3-year follow-up study*, Work & Stress. 2007 21: 4, 293–311
- Røed og Fevang. 2005. *Organizational change, absenteeism, and welfare dependency.* University in Oslo. Health economics research programme. HERO Skrifter 9/2005.
- Røed og Fevang. 2007. *Organizational change, absenteeism, and welfare dependency.* Journal of Human Resources 42, 156–193.
- Rønning E. 2010. «Helsearbeidere» – tøffe kvinner i deltidstillinger. Statistisk sentralbyrå.
- Scheel I.B., Hagen K.B., Herrin J., Carling C. og Oxman A.D. 2002. *Blind faith? The effects of promoting active sick leave for back pain patients: a cluster-randomized controlled trial.* Spine (Phila Pa 1976.), 27, (23) 2734–2740.
- Senter for statlig økonomistyring (SSØ). 2006. *Veileder i samfunnsøkonomisk analyse og gevinstrealisering av IKT-prosjekter.*
- Shields M., Tremblay M.S., Laviolette M., Craig C.L., Janssen I., Gorber S.C. 2010. *Fitness of Canadian adults: results from the 2007–2009 Canadian Health Measures Survey.* Health Report, mars 2010 21(1):21–35.
- Shojania K.G., Sampson M., Ansari M.T., Ji J., Doucette S. og Moher D. 2007. *How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis.* Annals of Internal Medicine, 147, (4) 224–233
- Slebus F.G., Kuijer P.P., Willems H.J., Sluiter J.K. og Frings-Dresen M.H. 2007. *Prognostic Factors for Work Ability in Sicklisted Employees With Chronic Diseases.* Occupational and Environmental Medicine 64 (12): 814–34.
- Spekter. 2008. *Deltid. Løsningene finnes i virksomhetene.* Rapport om deltid i medlemsvirksomhetene. Rapport om deltid i medlemsvirksomhetene. Utarbeidet av Arbeidsgiverforeningen Spekter.
- STAMI-rapport. 2008A. *Psykososialt arbeidsmiljø. Delrapport.* Årgang 9 nr. 11.
- STAMI-rapport. 2008B. *Ergonomisk arbeidsmiljø. Delrapport.* Årgang 9 nr. 15.
- St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.* Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 6 (2006–2007) *Om seniorpolitikk. Seniorane – ein viktig ressurs i norsk arbeidsliv.*
- St.meld. nr. 9 (2006–2007) *Arbeid, velferd og inkludering.*
- St.meld. nr. 20 (2006–2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.* Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen.* Helse- og omsorgsdepartementet.
- Solem P.E. 2007. *Seniorer i arbeidslivet. Kunnskap om aldring og arbeid.* Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Rapport 16/07.
- Steinum T., Hilsen A.I. og Bull H. 2007. *Kunnskapsstatus for programmet FARVE (forsøksmidler arbeid og velferd). Tema: Å øke den gjennomsnittlige avgangsalderen.* AFI-notat 10/2007.
- Strøm V., Røe C., Knardahl S. 2009. *Work-induced pain, trapezius blood flux, and muscle activity in workers with chronic shoulder and neck pain.* Pain, juli 2009, 144(1–2):147–55. Epublisert 1. mai 2009.
- Stubbs D., Krebs E., Bair M., Damush T., Wu J., Sutherland J. og Kroenke K. 2010. *Sex Differences in Pain and Pain-Related Disability among Primary Care Patients with Chronic Musculoskeletal Pain.* Pain Medicine, februar 2010,11(2):232–9. Epublisert 9. desember 2009.
- Sullivan M.J.L., Feuerstein M., Gatchel R.J., Linton S.J., og Pransky G. 2005. *Integrating psychosocial and behavioral interventions to*

- achieve optimal rehabilitation outcomes.* Journal of Occupational Rehabilitation, 15(4), 475–489.
- Texmo I. og Stølen N. M. 2009. *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030. Dokumentasjon og beregninger med HELSE-MOD 2008.* Rapporter 2009/9, Statistisk sentralbyrå.
- Trygstad S., Sollund M. og Johansen B. 2003. *Bedre arbeidsmiljø i hjemmetjenesten? Evaluering av Arbeidstilsynets landsomfattende kampanje «Rett hjem».* Nordlandsforskning, NF-rapport nr. 23, 2003.
- Tüchsen F., Christensen K.B., Nabe-Nielsen K. og Lund T. 2008. Does evening work predict sickness absence among female carers of the elderly? *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, desember 2008;34(6):483–6.
- Tuomi, K., Eskelinen, L., Toikkanen, J., Jarvinen, E., Ilmarinen, J., and Klockars, M. Tuomi K., Eskelinen L., Toikkanen J., Jarvinen E., Ilmarinen J. og Klockars M. 1991. *Work Load and Individual Factors Affecting Work Ability Among Aging Municipal Employees.* *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 17 Suppl 1128–34.
- Tuomi K., Ilmarinen J., Martikainen R., Aalto L., og Klockars M. 1997. *Aging, Work, Life-Style and Work Ability Among Finnish Municipal Workers in 1981–1992.* *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 23 Suppl 158–65.
- Tuomi K., Vanhala S., Nykyri E. og Janhonen M. 2004. *Organizational Practices, Work Demands and the Well-Being of Employees: a Follow-Up Study in the Metal Industry and Retail Trade.* *Occupational Medicine (Lond)* 54(2):115–21.
- Tynes T., Eriksen T., Grimsrud T.K., Sterud T. og Aasnæss T. 2008. *Arbeidsmiljø og helse – slik norske yrkesaktive opplever det.* Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Van den Berg T.I., Elders L.A., de Zwart B.C. og Burdorf A. 2009. *The Effects of Work-Related and Individual Factors on the Work Ability Index: a Systematic Review.* *Occupational and Environmental Medicine* 66.
- Vahtera J., Kivimaki M., Pentti J., Linna A., Virtanen M., Virtanen P. og Ferrie J. E. 2004. *Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study.* *British Medical Journal*, 328, 555–558.
- Verhaeghe R., Vlerick P., Gemmel P., Van Maele G. og De Backer G. 2006. *Impact of recurrent changes in the work environment on nurses' psychological well-being and sickness absence.* *Journal of Advanced Nursing*, desember 2006, 56(6):646–56.
- Verhaeghe R., Vlerick P., Gemmel P., Van Maele G. og De Backer G. 2006. *Impact of recurrent changes in the work environment on nurses' psychological well-being and sickness absence.* *Journal of Advanced Nursing*, desember 2006, 56(6):646–56.
- Vilain A.D., Schaumberg I. og Blælum J. 2002. *Gravid! Hvad siger lægen? Notat vedr. muligheder for information til sundhedspersonale.* Arbejds- og Miljømedicinsk klinikk.
- Westerlund H., Ferrie J., Hagberg J., Jeding K., Oxenstierna G. og Theorell T. 2004. *Workplace expansion, long-term sickness, and hospital admission.* *The Lancet*, 363, 1193–1197.
- Westin S. 2010. *Mer meningsfull sykefraværstatistikk.* *Samfunnsøkonomen* 2010: nr. 3, 24–28.
- Aakvik A., Holmås T. H. og Kamrul Islam, M. 2010. *Does variation in general practitioner (GP) practice matter for the length of sick leave? A multilevel analysis based on Norwegian GP-patient data.* *Social Science & Medicine*, 70, 1590–1598.
-
-

Norges offentlige utredninger

2009 og 2010

Statsministeren:

Arbeids- og inkluderingsdepartementet:
Om grunnlaget for inntektsoppgjørene 2009.
NOU 2009: 7.

Arbeidsdepartementet:

Medvirkning og medbestemmelse i arbeidslivet.
NOU 2010: 1.
Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2010.
NOU 2010: 4.
Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering.
NOU 2010: 5.

Barne- og likestillingsdepartementet:

Farskap og annen morskap. NOU 2009: 5.
Tilstandsrapport ved salg av bolig. NOU 2009: 6.
Kompetanseutvikling i barnevernet. NOU 2009: 8.
Et helhetlig diskrimineringsvern. NOU 2009: 14.
Adopsjon – til barnets beste. NOU 2009: 21.
Det du gjør, gjør det helt. NOU 2009: 22.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet:

Nemndsbehandling av forbrukertvister. NOU 2010: 11.

Finansdepartementet:

Kapital- og organisasjonsformer i sparebanksektoren mv.
NOU 2009: 2.
Tiltak mot skatteunndragelser. NOU 2009: 4.
Fordelingsutvalget. NOU 2009: 10.
Bedre pensjonsordninger. NOU 2009: 13.
Globale miljøutfordringer – norsk politikk.
NOU 2009: 16.
Pensjonslovene og folketrygdreformen I.
NOU 2010: 6.

Fiskeri- og kystdepartementet:

Fornyings- og administrasjonsdepartementet:
Individ og integritet. NOU 2009: 1.

Fornyings-, administrasjons- og kirke-

departementet:
Håndhevelse av offentlige anskaffelser. NOU 2010: 2.

Forsvarsdepartementet:

Helse- og omsorgsdepartementet:

Drap i Norge i perioden 2004–2009. NOU 2010: 3.
Arbeid for helse. NOU 2010: 13.

Justis- og politidepartementet:

Lov om offentlige undersøkelseskommissjoner.
NOU 2009: 9.
Kredittavtaler. NOU 2009: 11.
Et ansvarlig politi. NOU 2009: 12.
Skjult informasjon – åpen kontroll. NOU 2009: 15.
Ny grenselov. NOU 2009: 20.
Ny klageordning for utlendingssaker. NOU 2010: 12.

Kommunal- og regionaldepartementet:

Sikring mot tap av felleskostnader i borettslag.
NOU 2009: 17

Kulturdepartementet:

Kunnskapsdepartementet:

Rett til læring. NOU 2009: 18.
Mangfold og mestring. NOU 2010: 7.
Med forskertrang og lekelyst. NOU 2010: 8.

Landbruks- og matdepartementet:

Miljøverndepartementet:

Et Norge uten miljøgifter. NOU 2010: 9.
Tilpassing til eit klima i endring. NOU 2010: 10.

Nærings- og handelsdepartementet:

Olje- og energidepartementet:

Samferdselsdepartementet:

På sikker veg. NOU 2009: 3.

Utenriksdepartementet:

Skatteparadis og utvikling. NOU 2009: 19.

Offentlige publikasjoner

Opplysninger om abonnement, løssalg og pris får man hos:

Fagbokforlaget

Postboks 6050, Postterminalen

5892 Bergen

E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Telefon: 55 38 66 00

Faks: 55 38 66 01

www.fagbokforlaget.no/offpub

Publikasjonen er også tilgjengelig på
www.regjeringen.no

