

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep.
0030 Oslo

Vår saksbehandler: Forhandlingsavdelingen
Vår ref: 240122

Vår dato: 29.07.2011
Deres ref.: 201100691-/MAL
Medlemsnr.:

Høring av NOU 2010:13 Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren

Vi viser til høringsbrev datert 10.03.2011 og til telefonsamtale med underdirektør Siv Wurschmidt 24.06., der vi fikk utsatt høringsfrist til 01.08.2011.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) er godt fornøyd med at det ble satt ned et utvalg for å se på sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren. Sykepleiere har et høyt sykefravær og høy grad av tidligpensjonering, og i yrkesgruppa finner vi både mange som velger deltidsarbeid og mange som forlater yrket på grunn av yrkesbelastninger. Disse forholdene er bekymringsfulle. Helseproblemer med påfølgende sykefravær, redusert stilling for å ivareta seg selv, og fare for å falle ut av arbeidslivet, kan medføre redusert livskvalitet og fare for økonomiske problemer. Et høyt sykefravær kan være en konsekvens av dårlig arbeidsmiljø, men bidrar også til å opprettholde det; det skaper uro og uforutsigbarhet, stress og konflikter. I en sektor som allerede har mangel på arbeidskraft, vil arbeid for å få ned sykefraværet og få ansatte til å arbeide mer og lenger (dvs heltid og fram til pensjonsalder), være viktige bidrag.

NSF har gjennom Unio vært representert i utvalget, og sier oss i hovedsak enige i utvalgets konklusjoner. Vi vil likevel komme med noen kommentarer og betraktninger, først av mer generell karakter, og deretter i henhold til de punkter departementet ber om synspunkter på i høringsbrevet.

I. Generelle kommentarer

Vi er tilfreds med at utvalget valgte fortsatt å bruke begrepet "utstøting" heller enn frafall, fordi utstøting retter oppmerksomheten mot de strukturelle og systemiske faktorer på både samfunns-, arbeidsplass- og individnivå, som medvirker til at mennesker faller ut av arbeidslivet. Slike faktorer vil naturlig nok også påvirke den enkeltes beslutning om å bli værende eller forlate arbeidslivet.

Da utvalget startet på arbeidet, var det mye støy rundt sykefraværet. Det ble hevdet at sykefraværet er for høyt, at Norge har verdens høyeste sykefravær, at sykefraværet stiger raskt, at folks arbeidsmoral er for dårlig, og at legene er for slepphendte med sykmelding. En rekke tall og påstander henger fortsatt noe i luften etter utvalgets arbeid er avsluttet. Er



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt, 22
Postboks 456
0104 Oslo
Telefon: 22 04 33 04
Telefaks: 22 04 32 40
E-post: post@sykepleierforbundet.no

www.sykepleierforbundet.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr.: NO 960 893 506 MVA

Fakturaadresse:
Postboks 1535
7435 Trondheim

sykefraværet konjunkturbetinget? Hvor mye av sykefraværet kan i så fall påvirkes med tiltak? Er høyt sykefravær prisen vi må betale for høy sysselsettingsgrad? Er disiplineringshypotesen riktig? Hva man svarer på disse spørsmålene vil ha betydning for hvilke løsninger man vil velge. For NSF har det vært et klart utgangspunkt at selv om mye sykefravær ikke skyldes arbeid/arbeidsmiljø, er det mye sykefravær som har en slik sammenheng eller der sykdom blir forsterket av forhold ved arbeidet. Uansett årsak til sykdom, er det en utfordring for virksomhetene å legge til rette for at ansatte med redusert evne kan stå i arbeid, helt eller delvis. Fokuset på å forebygge sykdom og uhelse er nødvendig – både i forhold til hver enkelts livskvalitet, økonomiske selvbergingsevne og ikke minst samfunnets behov for arbeidskraft.

Det faktum at kvinner har høyere sykefravær enn menn og således at det kjønnsdelte arbeidsmarkedet derfor vil ha en skjev fordeling av sykefraværet, ble også påpekt av Kvinnehelseutvalget (1999) og Sandmannutvalget (2001). Dette ser vi igjen i oppsummeringen av utvalgets arbeid i kommentaren: "Det høye sykefraværet skyldes høy kvinneandel".

NSF opplevde at enkelte gikk langt i å "frifinne" helse- og omsorgssektoren. Utvalget viser til at forskningen ikke har kunnet forklare kvinners høyere sykefravær. Vi vil i den sammenheng bemerke at utvalget i liten grad synes å ha sett på forskning om nettopp arbeid, arbeidstid, arbeidsmiljø og helse i et kjønnsperspektiv. Vi finner det derfor naturlig her å påpeke tallmateriale fra NOA (Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og helse – STAMI) lagt frem i 2011 om arbeidsforholdene og arbeidsmiljø for ulike yrker i Norge. Sykepleiere ligger høyt på statistikken over yrkesgrupper som rapporterer at de ikke har tid til å utføre jobben skikkelig, og er også den yrkesgruppen som har størst forekomst av tidspress/stor arbeidsbelastning. Sykepleiere rapporterer at de sjelden eller aldri får tilbakemelding fra sine overordnede og ofte er det dårlige forhold mellom ledelse og ansatte. I tillegg utsettes sykepleierne, i likhet med annet helsepersonell, for både tunge fysiske og psykiske belastningen i utøvelsen av yrket. Mange blir bl.a. utsatt for trussel og vold.

I helsesektoren vil det alltid være behov for heldøgns-drift hele året. Imidlertid er det etter vår mening nødvendig å ta inn over seg den forskningen og de undersøkelsene som viser at turnusarbeid i seg selv er helsebelastende og at nattarbeid har vært forbundet med en viss risiko – blant annet for brystkreft og hjerte-/karsykdommer. Utvalget har selv påpekt at helse- og omsorgssektoren har enkelte spesielle utfordringer når det gjelder arbeidstidsordninger, innholdet i arbeidet og arbeidsbelastninger. Videre påpeker utvalget at omfanget av turnus og kvelds- og nattarbeid er større i denne sektoren enn i de fleste andre næringer. Disse fakta må benyttes i det videre arbeidet med sykefraværet.

Like naturlig er det å trekke frem funn fra Arbeidstilsynets to kampanjer, "God vakt" og "Rett hjem" som avdekker manglende samsvar mellom oppgaver og ressurser i helsetjenestene, noe som fører med seg helseskadelig tidspress.

Det er noen forhold som i større grad særpreger arbeidssituasjonen til ansatte i helsesektoren: mindre grad av autonomi, stor grad av ufaglærte som kan medføre opplevelse av manglende mestring. Helsesektoren er en kvinnedominert sektor. Videre er kvinner plassert lavere i arbeidshierarkiet, og kvinner har fortsatt hovedansvaret for å balansere hensynet til familie/omsorgsforpliktelser og arbeid. Det at kvinner har mindre grad av fleksibilitet i arbeidssituasjonen sin gjør det vanskelig å kombinere arbeid og omsorg. Som utvalget selv påpeker, er de studier som er gjort på kvinners sykefravær og familieforhold, ikke konkluderende. Det er likevel vanskelig å tro at disse forholdene ikke innvirker på kvinners

helse og dermed sykefravær. Her trengs det utvilsomt mer forskning, noe utvalget også påpeker.

II. Utvalgets vurderinger og forslag

Det synes fornuftig, som utvalget gjør, å bygge videre på det allerede etablerte partssamarbeid om arbeidsmiljø og IA-arbeid. Variasjonene i sykefravær mellom ulike helseforetak og mellom kommuner tyder på at det gjennom grep på arbeidsplassen er mulig å påvirke sykefraværet.

1) Styrke kunnskap og kompetanse

Årsakene til sykefravær, utstøting og uførepensjonering er høyst sannsynlig komplekse. Det er derfor viktig å få mer kunnskap om individuelle, arbeidsplassrelaterte og samfunnsmessige årsaker, og om sammenhengene mellom disse. En samlet strategi for å styrke kunnskapen om omfang, årsakssammenhenger og tiltak for å forebygge sykefravær og overgang fra arbeid til helserelaterte trygdeytelser er derfor en god tilnærming. Gitt den høye kvinneandelen i sektoren – og kvinners høyere sykefravær – må kjønnsperspektivet ha en sentral plass i denne strategien. Det er behov for mer kunnskap om sykefraværet i helsesektoren generelt og kvinners sykefravær i denne sektoren spesielt. Det er likevel slik at vi allerede har en god del kunnskap om forhold som påvirker sykefravær og utstøting, som videre arbeid kan bygge på. En utfordring har vært og er at det iverksettes en rekke tiltak og prosjekter som man tror vil kunne ha effekt, uten noen form for systematisk og langsiktig evaluering. Vi støtter derfor utvalgets forslag om en begrenset utprøving av tiltak, med systematisk oppfølging og evaluering, før tiltakene iverksettes i større skala.

Opplæring av ledere i arbeidsmiljø og HMS må styrkes. Samtidig må partssamarbeidet styrkes i virksomhetene. I følge Arbeidstilsynets oppsummering av *3-2-1-prosjektet* i et utvalg sykehjem, har strategien med et mer forpliktende partssamarbeid og tillitsvalgtes større aktivitet i arbeidsmiljøarbeidet gitt gode resultater. Dette er resultater vi mener det er viktig å bygge videre på.

2) Forbedre arbeidsmiljø og arbeidsinnhold

NSF støtter forslagene.

Vi er veldig godt fornøyd med at utvalget vektlegger systemiske og strukturelle forhold, og bygger videre på de tradisjoner vi har for arbeidsmiljø- og IA-arbeid i Norge. Å hindre sykefravær og utstøting handler både om å forebygge og legge til rette. For å klare dette, kreves involverte og forpliktete ledere – herunder de ansattes valgte ledere; gode systemer og rutiner, og et levende arbeidsmiljøarbeid der hver enkelt ansatt tar ansvar for arbeidsmiljøet, seg selv og kollegene. Det er særlig viktig å tenke forebyggende og inkluderende. Tillitsvalgte har fått en styrket rolle i IA-arbeidet, noe NSF er godt fornøyd med. I tillegg er det viktig å styrke HMS-opplæringen for både verneombud og arbeidsgivere/ledere i sektoren. I følge Arbeidstilsynet har HMS fortsatt manglende status, aksept og anerkjennelse i sykehusledelsen, til tross for at sykehusene står i svært krevende omstillingsprosesser som burde tilsi et sterkt fokus på nettopp arbeidsmiljø og IA.

I 2010 ble helse- og omsorgssektoren endelig innlemmet i bransjeforskriften for bedriftshelsetjeneste. Vi tror at BHT er altfor lite brukt og at det er for liten bevissthet rundt denne ressursen både i det generelle arbeidsmiljøarbeidet, og mer spesifikt på tilrettelegging og oppfølging av sykmeldte.

Vi støtter utvalgets forslag om styrking av ledelsesfunksjonen. I helsesektoren har ledere ofte et svært stort kontrollspenn. Sett i sammenheng med manglende samsvar mellom oppgaver og ressurser, pågående og omfattende omstillinger og for lite kunnskap om lov- og avtaleverk, er det behov for styrkede rammebetingelser for ledere. Som oftest er det slik at man prioriterer de oppgaver som sanksjoneres, og med et økende fokus på budsjettstyring, er det fare for at det er økonomi og ikke arbeidsmiljø som får mest oppmerksomhet. Ledere bør derfor også måles på resultatoppgjør innenfor arbeidsmiljø, IA-arbeid og sykefraværsoppfølging.

Når det gjelder forsøk med arbeidstidsordninger forutsetter vi at disse er reelt motivert av målsettingen om reduksjon i sykefravær. Som tidligere nevnt dokumenterer utvalget at blant annet sykepleiere er en utsatt gruppe når det gjelder risiko for helseskade og sykdom. Det er derfor grunnlag for å stille spørsmål om sammenhengene mellom turnusarbeid, deltid utfordringene, helsebelastningene knyttet til sykepleiernes arbeidsoppgaver og belastningene ved selve turnusordningene - noe utvalget også gjør. Med tanke på det fremtidige behovet for blant annet sykepleiere, er hovedutfordringen å sikre at sykepleiernes arbeidsmiljø og arbeidstidsordninger innrettes slik at det er mulig å være i full stilling i turnus helt frem til pensjonsalderen.

Gode turnusordninger er derfor å anse som verneutstyr. Dette innebærer behov for å begrense risiko for helseskader/belastninger og sykdom ved nattarbeid mest mulig, unngå lange vakter, og sørge for nok tid til restitusjon mellom vaktene. Disse forholdene tilsier at man bør være restriktiv med å legge opp til arbeidstidsordninger som er klart utenfor normalarbeidsdagens rammer. Vi trenger mer kunnskap om konsekvensene av alternative arbeidstidsordninger, og de ekstremt lange vaktordningene spesielt. At man har gode erfaringer med alternative arbeidstidsordninger ett sted, betyr ikke at ordningene er egnet på andre arbeidsplasser. Såkalt Nordsjø-turnus egner seg på en oljeplattform der folk bor og får full pleie; den er sannsynligvis lite egnet på arbeidsplasser der ansatte i tillegg til jobb skal ivareta familie- og omsorgsforpliktelser, dagliglivets rutiner og fritidsaktiviteter, og har reisevei til og fra jobb. Ekstreme arbeidstidsordninger er også svært ekskluderende i et IA-perspektiv, og gir lite handlingsrom for tilrettelegging.

3) *Bedre tilrettelegging for gravide og 4) Bedre seniorpolitikk* Forslagene støttes.

Det er et viktig poeng at man må se på de individuelle forhold og hva slags arbeid som utføres. Samtidig er det viktig at virksomheten har en *policy på tilrettelegging*. Den handler i hovedsak om to vesentlige ting: å kartlegge forhold ved arbeidet som antas å kunne bli problematiske for en arbeidstaker med midlertidig eller varig redusert arbeidsevne, og å kartlegge det organisatoriske og økonomiske handlingsrommet for tilrettelegging i virksomheten. Slik vil man både ha bevissthet, kompetanse og beredskap som ramme for det individuelle tilretteleggingsarbeidet, samtidig som en slik policy, som selvsagt må gjøres kjent blant de ansatte, vil føre til økt bevissthet og dermed forventninger blant de ansatte om tilrettelegging ved redusert arbeidsevne.

Når det gjelder seniorpolitikk har vi i mange tilfeller har vi sett at det viktigste for å utsette pensjoneringstidspunkt, handler om senioren opplevelse av å være ønsket og verdsatt på arbeidsplassen. I helsesektoren har mange ansatte et krevende arbeidsmiljø, både fysisk og psykisk, og vil derfor kunne ha behov for ekstra fri (for eksempel i form av ekstra fridager eller

reduisert arbeidstid med lønnskompensasjon), fritak fra særlig krevende arbeidstidsordninger eller særlig krevende oppgaver.

5) Tettere oppfølging av sykmeldte

NSF støtter forslagene og viser til partenes felles innsats etter IA-avtalen.

Dagens sykmeldere (for perioden utover egenmeldingsperioden) har forutsetningsvis betydelig kunnskap om lov- og regelverket knyttet blant annet til folketrygdens bestemmelser. Etter vår mening kan det ikke ligge som en forutsetning at den enkelte arbeidstaker/pasient har samme kunnskap og forståelse. Dette innebærer et dilemma i forhold til å ha forståelser om maksdato, rettigheter etter maksdato, gradert sykemelding etc. Som et eksempel kan nevnes at svært mange i dag ikke er klar over at rettighetsperioden løper uke for uke også ved gradert sykemelding. Videre ser vi utfordringer knyttet til IA-avtalens krav om særskilte skjema/tilbakemeldingsrutiner ved de ulike stopp-punktene – videre også den involveringen som i dag er fastsatt i forhold til sykmelders medvirkning i prosessen. Det kan også være et problem at den enkelte ansatte/pasient går glipp av adekvat behandling som følge av det å være sin egen sykemelder, fordi man undervurderer behovet for medisinsk vurdering og samtidig overvurderer sin egen arbeidsevne. Dagens sykmeldere har kompetanse til å se flere komplikasjoner og helingsforløp, som ikke tilligger alle. Utvalget foreslår en pilot på 10 – 12 kommuner som skal prøve ut en ordning med utvidet egenmelding, og NSF støtter at dette prøves ut i lite omfang og med et kritisk blikk på mulige uheldige konsekvenser. Der det prøves ut slik ordning bør man ha forsterket fokus på veiledning til de ansatte, og vi mener det bør vurderes om slik veiledning tillegges NAV. Dette for å sikre at den enkelte ikke uten tilstrekkelig innsikt bruker opp sine rettigheter i forbindelse med sykemelding.

III. Hvordan kan tiltakene best gjennomføres?

NSF vil understreke, som utvalget også gjør, betydningen av partssamarbeid (dvs leder, tillitsvalgte og verneombud), ansattes rett og plikt til medbestemmelse og medvirkning, og et tillitsfullt klima. Vi vil også understreke betydningen av å benytte kompetansen særlig til bedriftshelsetjenesten.

IV. Eventuelle andre tiltak som bør iverksettes

Etter NSF's mening er det viktig å iverksette tiltak som har med seg flere problemstillinger samtidig, både bemanning, kompetansesammensetting og kulturbygging. Helsevesenets egenart gir spesielle utfordringer for tilrettelegging for ansatte som i kortere eller lengre perioder trenger det i forhold til alle de pasientnære oppgavene som omfatter for eksempel tunge løft og heldøgnsdrift. Alle kan i ulike faser av livet oppleve behov for redusert belastning og/eller annen tilrettelegging, uavhengig av sykdom. Forsøk med tilpassede arbeidstidsordninger innenfor regelverket som tar hensyn til den enkeltes behov for i perioder å ha en annen fordeling av vaktbelastningene bør iverksettes. Dette forutsettes dog at slike forsøk utføres under bemanningsmessige forhold som ikke øker belastningen på øvrige ansatte.

Oppsummert er NSF enige med utvalget om behovet for videre forskning på området, samt utvalgets påpekninger om behovet for bedre og mer enhetlig sykefraværstatistikk. Vi støtter utvalgets forslag om styrking av ledelsesfunksjonen. Særlig mener vi det er nødvendig med tett oppfølging av ledere på andre områder enn kun økonomi – og samtidig holde fokuset på lederes samhandling med andre aktører. Når det gjelder forslaget om 365-dagers sykemelding har vi imidlertid noen bekymringer, og det ligger en rekke forutsetninger som etter vår mening

må være på plass før dette prøves ut. Sist men ikke minst vil vi understreke at arbeidstiden og arbeidstidsordningenes betydning som et svært viktig "verneutstyr" for helsevesenets ansatte.

Med vennlig hilsen
Norsk Sykepleierforbund

Lisbeth Normann (S)
Forbundsleder


Harald Jesnes
Forhandlingssjef