

Helse- og omsorgsdepartementet

[postmottak@hod.dep.no](mailto:postmottak@hod.dep.no)

**Deres ref.**  
201100691-/MAL

**Vår ref / Saksbehandler**  
11/1970-4 440 &13  
Randi Røvik / tlf. 23 06 45 70

**Dato:**  
15.06.2011

## **INVITASJON TIL HØRING OM NOU 2010:13 ARBEID FOR HELSE SYKEFRAVÆR OG UTSTØTNING I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN**

Fagforbundet viser til ovennevnte høring.

Vårt høringssvar følger opp de merknader undertegnede Mette Nord, Fagforbundets nestleder, kom med i utvalgsarbeidet, som LOs representant.

Vi vil innledningsvis understreke at utvalget foreslår en rekke gode tiltak som er relevante og målrettede med tanke på de utfordringer som knytter seg til sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren. Fagforbundet støtter disse forslagene, men mener likevel at det er svakheter ved utredningen.

### **Utstøtingsbegrepet**

Som det fremkommer av utredningen er utstøtingsbegrepet gjort til gjenstand for omfattende diskusjon i utvalget.

Utsøting er et innarbeidet begrep, som brukes i betydningen å utelukke/ekskludere. Når utstøting brukes som begrep i utvalgets mandat, er det fordi det gir mening til en faktisk problemstilling og beskriver fakta.

Når både utstøting og frafall brukes i den nye IA-avtalen henspiller sistnevnte begrep på delmål 3, og peker på de som forlater arbeidslivet fordi de selv ønsker å benytte muligheten til å fratruke med pensjon så tidlig som mulig.

Det er ikke ønskelig at problemstillingene knyttet til utstøting gis et annet innhold ved endret begrepsbruk. Utstøting gir mening til de sammenhenger det brukes i. I tillegg til utvalgets mandat, er fenomenet beskrevet og omtalt i en rekke dokumenter, som rapport om grunnlaget for drøftinger om ny IA-avtale fra partssammensatt arbeidsgruppe, St.meld. nr 20 - Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller m.v.

Vi vil også peke på at overgang til uførestønad har vært brukt som et aktivt virkemiddel ved omstillinger og nedbemanninger, og en må kunne anta at dette gjelder en betydelig andel av dagens uføre.

Begrepet utstøting har således et element av ufrivillighet og press i seg, selv om det ikke nødvendigvis er bevisst. Det er ingen grunn til å bortforklare eller usynliggjøre de bakenforliggende faktorer som knytter seg til begrepet. Når det kun er 1/5 av de langtidssykmeldte som er tilbake i arbeid etter at sykepengerettighetene opphører, er det ikke troverdig å nedtone problematikken knyttet til utstøting.

## Sosiale forskjeller

*Arbeid for helse* er forankret i St.meld. nr. 20 (2006 – 2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Sosial ulikhet i helse omfatter systematiske helseforskjeller gjennom hele det sosiale hierarkiet. Den sosioøkonomiske posisjonen måles gjennom yrke, utdanning og inntekt. Utvalget har valgt en generell tilnærming til dette og foreslår ikke spesifikke tiltak for å utjevne sosiale forskjeller, men mener dette bør ivaretas gjennom en gjennomgående tilnærming på tvers av innsatsområder og tiltak, og anbefaler at fordelingseffekter alltid vurderes ved konkretisering og gjennomføring av tiltak.

Dersom dette skal ha effekt må det imidlertid innarbeides som system gjennom klare føringer/kriterier.

Vi mener det er nødvendig å ha større fokus på den betydningen de sosiale forskjellene har for sykefravær og utstøting, spesielt med tanke på at det i debatten løftes frem forhold som fraværs- og helseadferd, holdninger og økonomiske sanksjoner.

Selv om slike forhold også er en del av årsakssammenhengen, mener vi dette gir et uforholdsmessig negativt fokus, som bidrar til å skape holdninger verken samfunnet, arbeidsplassen eller den enkelte er tjent med.

Disiplineringshypoteser innebærer, uavhengig av ordvalg, større individualisering av ansvar. Det gir verken et bedre samfunn eller et mer inkluderende arbeidsliv. God inntektssikring, for de som av ulike grunner står utenfor arbeidslivet er et kjennetegn på velferdssamfunnet.

Det er de sosiale forskjellene som også preger sykefraværs- og uføretallene. Sykefravær og overgang til uførestønad er høyest blant de med lavest utdanning og inntekt.

Stortingsmelding 20 slår bl.a. fast at de med best økonomi også har best helse, og at grunnlaget for de strukturelle ulikhetene ligger i den skjeve ressursfordelingen i det norske samfunnet. Det er en sammenheng mellom helseforskjeller og inntekt og utdanning, og et helseskadelig arbeidsmiljø rammer primært de som har få valgmuligheter. Det er da også den lett utbyttable arbeidskraften som i størst grad utstøtes fra arbeidslivet. Dette er i hovedsak arbeidstakere med kort utdanning, kvinner i deltidsjobber, innvandrere og ungdom.

Samtidig stiller samfunnet større krav til forsørgelse ved egen inntekt, og inntektsgrunnlaget er avgjørende for pensjon og andre ytelser. Det er økte forventninger til yrkesdeltakelse og lenger yrkesaktivitet. Hvordan arbeidslivet legger til rette for at yrkes- og funksjonshemmede kan være i arbeid og integrering, er en forutsetning for et mer inkluderende arbeidsliv.

Selv med dagens ytelsesnivå vet vi at alvorlig syke får svakere økonomi, og problemer med å ivareta sine økonomiske forpliktelser. Sykefravær gir også redusert livsinntekt og dårligere karriereutvikling.

Reduserte ytelser vil også bidra til økt fattigdom, økte sosiale forskjeller og øke utgiftene til andre sosiale ordninger. Dette er ikke god samfunnsøkonomi.

Ansvar for bedre helse ligger ikke bare hos enkeltmennesket. Samfunnsansvaret er betydelig, og arbeidslivet er en av de viktigste arenaene for å redusere de sosiale helseforskjellene.

Selv om det ikke er noen enkel forklaring på sykefraværet, er det avdekket flere årsaksmekanismer som ligger bak sammenhengen mellom sosial bakgrunn og helse. Helseadferdsfaktorer er kun en del av dette bildet. Forskjeller i andre forhold som arbeidsmiljø, stress, usikker økonomi og arbeidssituasjon er viktige årsaker som påvirker sykefravær og uførhet. Helseadferd er i stor grad påvirket av forhold den enkelte ikke har valgt, men skyldes ulikheter i samfunnets ressursfordeling. Det er derfor først og fremst et samfunnsansvar å legge til rette for god helse, inkludering og deltakelse.

Vesentlige faktorer for et inkluderende og bærekraftig arbeidsliv er:

- ressursmessig balanse og fordeling
- vern om arbeidstakers helse og velferd
- økonomisk sikkerhet for arbeidstakeren, både som arbeidsgiver og som pensjonist
- vedlikehold og utvikling av de menneskelige ressursene
- et arbeidsliv som tilpasser arbeidsmengden til arbeidsevnen gjennom et helt yrkeslivsløp
- mulighet til å kombinere yrkes- og privatliv i ulike livsfaser

Når det er sagt, er det ingen uenighet om at vi ikke har nådd IA-avtalens målsetning om 20 % nedgang i sykefraværet, og at det store antallet som står utenfor arbeidslivet representerer en uønsket situasjon, men det er likevel ikke grunnlag for å svartmale bildet. Den forrige IA-avtalens mål om å øke avgangsalderen fra arbeidslivet er oppnådd, og i den nye IA-avtalen er målsetningen om å stå lenger i arbeid økt med ytterligere et halvt år.

Det overordnede bildet er at sykefraværet har holdt seg relativt ”stabilt” over mange år, også i hele perioden for IA-avtalene, og at vi nå ser en nedgang i sykefraværet. Av den totale andelen som mottar uførestønning, er det kombinasjonen alder og uførhet som utgjør hovedvekten.

Dette er også en del av kunnskapsgrunnlaget som det er viktig å ha med seg.

Faktum er at Norge har flere kvinner, eldre og unge i arbeid enn i andre europeiske land, og at gode velferdsordninger er en forutsetning for den høye yrkesdeltakelsen.

God helse skapes på andre arenaer enn i helsesektoren, gjennom gode oppvekstvilkår, utdanning og arbeid. Arbeid er i seg selv en viktig faktor for helse, og forholdene på arbeidsplassen er viktige for den enkeltes helse. Arbeidslivet er derfor den viktigste arenaen for et inkluderende samfunn. Det må satses på tiltak som forebygger sykefravær og uførhet, som utvikler arbeidsplassen og den enkeltes muligheter, og som bedre følger opp de som er

sykmeldte. Erfaringene viser at det er det systematiske og langsiktige arbeidet som virker også når det gjelder sykefravær.

Som bakgrunn for stortingsmelding 20 (2006-2007) - Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, utarbeidet Folkehelseinstituttet [Sosial ulikhet i helse - en faktarapport](#), rapport nr 2007:1 Her gis det følgende oppsummering av livsløpet:

*”Sett under ett er alle livsfaser viktige for sosial ulikhet i helse. De sosiale forskjellene vi ser i dag er ofte, men ikke alltid, uttrykk for sosiale levekår mange år tilbake i tid. Dette varierer mellom sykdommer. Derfor er det ikke mulig å si at de sosiale ulikhetene i helse vi ser blant eldre i dag vil gi seg samme uttrykk hos dagens unge når de blir eldre. Gjennom livsløpet beveger mennesker seg mellom ulike sosiale levevilkår som har betydning for helsa. I Norge synes den viktigste formen for helsereelatert seleksjon å være når personer beveger seg inn og ut av arbeidslivet, som ved uførepensjon. Andelen uførepensjonerte synker kraftig med økende utdannelse.”*

Skal de sosiale forskjellene reduseres må sykefravær og utstøting fra arbeidslivet reduseres, ikke med innstramminger i sykelønnsordningen, men slik det er beskrevet i forslaget til ny folkehelselov: *”Ved å tilrettelegge for samhandling rundt IA-arbeidet, folkehelsefeltet og en bedre oppfølging av tiltak tilknyttet arbeidsmiljøloven vil dette kunne stimulere til et mer helsefremmende og inkluderende arbeidsliv.”*

## **Kunnskapsgrunnlaget**

Det er en vesentlig utfordring at det sås tvil om kunnskapsgrunnlaget er godt nok.

Selv om det er bra med et kritisk blikk også på forskningen, er det grunn til å stille spørsmål ved hvor avgjørende/relevant metodeproblematikken er i denne sammenhengen.

Uavhengig av forskningsmetode er det sammenfallende resultater i det innhentede kunnskapsgrunnlaget og annen forskning, tilsyn og prosjekter. Det er således ikke grunnlag for å underkjenne resultater fra forskning, som ikke tilfredsstillende utvalgets kriterier.

Det er også legitimt å ha egeninteresse i å få belyst ulike forhold, og ingen grunn til å mistenkeliggjøre slik oppdragsforskning. Vårt inntrykk er at metode- og metodeproblematikk omtales behørig i ulike undersøkelser/rapporter.

Vi vil derfor påpeke at det er et godt erfaringsgrunnlag også i gjennomførte prosjekter og tiltak. Tidligere forskning på sykefravær viser at samarbeidsforhold, ledelse og arbeidsmiljø er viktige forklaringsfaktorer for variasjon i sykefravær.

Om ikke den samlede kunnskapen ses i sammenheng, kan det framstå som om manglene i kunnskapsgrunnlaget er omfattende.

Rapporten *Betydning av arbeidsfaktorer for sykefravær, arbeidsevne og uførhet*, som er en del av utvalgets kunnskapsgrunnlag, viser at det er evidens for en sammenheng mellom eksponering i og organisering av arbeidet og risiko for senere overgang til sykefravær og uførepensjonering for forskjellige grupper ansatte i helse og omsorgssektoren.

I tillegg vil vi vise til rapporten *Inkluderende arbeidsliv i kommunene* – et forskningsprosjekt om sysselsetningsforhold, sykefravær, samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø i sykehjem og hjemmetjenester (SINTEF, EXONERE m.fl. – 2011). Her er det sett på et bredt datagrunnlag og et mangfold av metodiske tilnærminger. I tillegg til gjennomgang og bruk av tidligere forskning og kunnskap, er det intervjuer, data fra Aa-registeret og sykefraværsregisteret ti år tilbake i tid, undersøkelser blant 10 000 hjelpepleiere og 230 pleie- og omsorgsenheter.

Funnene i prosjektet viser at sykefravær ofte er en god indikator på tilstanden for grunnleggende betingelser som samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø. Den viser også at kommunenes økonomi har betydning for sykefraværet. Dette påvirker blant annet forhold som bemanning, og kommuner med høyt antall dagsverk per innbygger har systematisk lavere sykefravær i denne sektoren. På den andre side er det systematisk høyere sykefravær i kommunene på den såkalte ROBEK-lista.

Rapporten viser også at kommunene har ulike forutsetninger for å sikre gode prosesser rundt spørsmål som omhandler arbeidsforhold, sykefravær og inkluderende arbeidsliv.

Uavhengig av årsaker til sykefravær og utstøting har arbeidslivet et ansvar for å iverksette og gjennomføre tiltak, som medvirker til at folk kan stå i arbeid så lenge som mulig. Arbeid og arbeidsmiljø er prioriterte innsatsområder for å redusere sosiale helseforskjeller.

Når det gjelder diskusjonen om randomiserte studier, mener vi derfor at de i liten grad vil kunne gi ny kunnskap om forhold knyttet til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet, og innebærer et tidsperspektiv som ikke står i forhold til eventuell ny kunnskap.

Slik også utvalgsmedlemmet Stein Knardahl påpeker, er det godt grunnlag for å trekke konklusjoner om arbeidsfaktorer som har betydning selv om det mangler gode eksperimentelle studier.

## **Helse- og omsorgssektoren**

Selv om sykdom ikke kan tilskrives arbeidsforholdene alene, har forhold ved arbeidet og arbeidsmiljøet stor betydning for sykefravær og utstøting. Vi mener derfor det ikke er grunn til å friskmelde sektoren, og at kunnskap om sektoren må ligge til grunn for å kunne definere tiltak som både forebygger og bidrar til å redusere sykefravær og utstøting.

Et kjennetegn ved sektoren er at resultatene skapes i møte mellom de ansatte og brukerne, og ikke kun kan måles i f.eks. behandlingsvekst. Sektoren har på flere områder problemer med å dekke etterspørsel og behov for tjenester, og skal samtidig utvikle tjenestene.

Forhold ved arbeidet kan også gjøre det vanskeligere å utføre arbeidet i pasient- og brukerrettede yrker enn i andre yrker. Vi mener dette er en medvirkende årsak til at sykefraværet er høyt i sektoren. Helsepersonell med skader, sykdom, lidelser som gjør at en ikke kan løfte, stelle, re senger med videre vil nødvendigvis ha større risiko for å bli erklært 100 % arbeidsudyktig i sitt arbeid, enn andre.

Tilrettelegging og gradert sykmelding er også vanskelig med høy deltidsfrekvens, små stillingsbrøker og lav bemanning. Om en har 20 % stilling, og blir sykmeldt 80 % gir det under to timer i uka til tilrettelegging.

Så vet vi at kompetanseheving og muligheter til faglig utvikling er ulikt fordelt i sektoren, og at deltid, lav utdanning og lav yrkesstatus teller negativt.

Sykefravær og utstøting kan dermed både være forårsaket av arbeidsbelastninger, manglende mestring og trivsel og arbeidets karakter.

Vi vil derfor understreke at det er en rekke forhold/risikofaktorer som kan påvirke sykefravær og utstøting i denne sektoren:

- Lav bemanning
- Høy deltidsandel
- Organisering og turnus – ubekvem arbeidstid
- Liten mulighet til å påvirke eget arbeid, arbeidstid og arbeidssituasjon
- Arbeidets karakter – omsorgsoppgaver/manuelt arbeid
- Fysisk, psykisk og sosialt press
- Alenearbeid
- Vold og trusler om vold
- Kompetansemuligheter
- Forventningspress
- Ledelse

Risikovurdering må få økt oppmerksomhet i helse- omsorgssektoren, både når det gjelder fysisk, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø. Avviksrapportering er et element i denne sammenhengen.

I 2008/9 gjennomførte SINTEF på oppdrag fra Fagforbundet en landsdekkende undersøkelse blant 10 000 hjelpepleiere. I rapporten *Mestring og trivsel blant hjelpepleiere i Norske kommuner* beskrives hjelpepleiernes opplevelse av arbeidssituasjonen med fire arbeidsmiljøfaktorer:

- Forholdet til nærmeste leder
- Innholdet i arbeidet
- Opplevd kontroll over arbeidsoppgaver og arbeidstid
- Opplevd sikkerhet i arbeidet

Der fraværet er lavt fremheves det en rekke indikatorer for mestring og trivsel blant de som deltok i undersøkelsen:

- De er fornøyd med jobben sin
- De er fornøyd med arbeidstid og stillingsandel

- De har ikke hatt fravær fra jobb siste halve år (etter varighet)
- De er ikke utslitt når de kommer hjem fra jobben
- De er fornøyd med sin egen evne til å løse problemer som dukker opp i arbeidet
- De vurderer sin egen arbeidsevne i forhold til fysiske krav ved jobben som god
- De vurderer sin egen arbeidsevne i forhold til psykiske krav ved jobben som god

Godt arbeidsmiljø, mestring og god sammenheng mellom privatlivets og arbeidets forpliktelser gir gode resultater.

## **Deltid**

Sykefravær og utstøting er i stor grad knyttet til utdanningsnivå, avtalt arbeidstid og inntekt. Almlidutvalgets utredning viser at deltidsansatte har et høyere sykefravær enn øvrige arbeidstakere i sektoren uten at en går nærmere inn i vurderingen av forholdet mellom deltid og sykefravær/utstøting. Dette er et av de områdene hvor kunnskapsgrunnlaget er for dårlig, og hvor det ikke er entydige resultater fra undersøkelser hvor en har sett på sammenhengen mellom deltid og sykefravær.

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.

Det er flere rapporter som dokumenterer at deltid er en mestringsstrategi for ulike forhold, både privat og i arbeidet. Dette har selvfølgelig betydning for tilknytning til arbeidsplassen og sykefravær.

Vi mener deltidspromblematikken burde vært gitt større omtale i utredningen, og at det er nødvendig å vurdere strukturelle endringer for å øke deltidsansattes tilknytning til arbeidslivet. I denne sammenhengen er det relevant å nevne at en tredel av de ansatte i helse- og omsorgssektoren mangler formell kompetanse. Deltidsarbeid gjør at disse ikke fyller kravene som stilles for å få godkjent sin yrkeserfaring, og dermed mister muligheten til å formalisere sin kompetanse.

Skal problematikken knyttet til deltid løses innebærer det blant annet "heltidsorganisering" og kompetanseheving.

## **Kjønnspektivet**

Det er betydelige forskjeller på sykefraværet mellom menn og kvinner, og veksten i fraværet følger økningen i kvinners sysselsetning over tid og har et klart kjønnspektiv. (NAV) Vi vet imidlertid lite om hva det høyere sykefraværet hos kvinner skyldes.

Vi stiller oss tvilende til forklaringen om at det høye sykefraværet i sektoren skyldes en høy andel kvinner, og ikke faktorer som kjennetegner sektoren. Det er ikke mange næringer hvor fraværprosenten for menn er høyere enn i helse- og sosialsektoren, noe som tilsier at

arbeidsmiljøfaktorer påvirker sykefraværet.

Tjenesteytende næringer og bygg og anlegg, er sektorer med høyt fravær. Kvinner i helse- og omsorgssektoren har et sykefravær på linje med menn i bygg- og anleggsbransjen.

Vi mener det er nødvendig å se på hvilke fellesnevner som preger yrkesutøvelsen i disse ulike næringene, og at fysisk og psykisk krevende arbeid med få muligheter til å påvirke eget arbeid er faktorer som betyr mer enn kjønn.

Rekruttering for å bedre kjønnsbalansen i omsorgsyrkene viser at bedre kjønnsbalanse gir bedre arbeidsmiljø, men ikke lavere sykefravær. I barnehager er menns fravær på linje med det vi ser i pleie- og omsorgstjenestene.

Vi mener det er nødvendig med mer kunnskap om sektorsammensetningseffektene, og at det som sagt ikke er grunn til å friskmelde sektoren.

Svangerskap og andre kvinnespesifikke forhold har en viss betydning for sykefraværet. Med tanke på at veksten i kvinners sysselsetning i stor grad er knyttet til omsorgsyrkene, er det grunn til å spørre om det er forhold ved arbeidet, manglende tilrettelegging og/eller fysiske begrensninger som gjør seg gjeldende eller om det er holdningsendringer som er bakenforliggende årsak til at det har vært en økning i fraværet pga svangerskap og fødsel?

Kvinnehelseperspektivet kan imidlertid ikke avgrenses til svangerskap og fødsel. Det er for eksempel kjønnsforskjeller når det gjelder diagnoser. Fibromyalgi og andre såkalte diffuse kvinnelidelser får ikke samme oppfølging, behandling mv som andre muskel- og skjellettlidelser.

ØF- rapport 03/2011 *Sosiale årsaker til sykefravær* - er en kvalitativ studie av sykemeldte med psykiske lidelser og muskel-skjellettlidelser i Norge som viser at det er påfallende forskjeller på hvilke faktorer menn og kvinner gir som forklaring på egen sykdom og sykmelding. Blant menn er det i hovedsak arbeidsrelaterte faktorer, mens kvinner oppgir i større grad store omsorgsbelastninger overfor barn og syke familiemedlemmer. Det er totalbelastningen med lønnsarbeid og private forpliktelser som trekkes frem som forklaring på hvorfor de har blitt sykemeldt.

Rapporten peker på at menn ikke opplever syke og problembelastede barn som en stressfaktor, i samme grad som kvinner. De ulike årsakene til sykdomsutvikling gjenspeiler således at kvinner og menn lever vidt forskjellige liv.

Kjønn spiller en sentral rolle for hvordan balanse mellom arbeid og privatliv oppfattes. Av andre undersøkelser vet vi at deltid også er en mestringsmekanisme, som også omfatter omsorgsansvar. Kjønnforskning er ikke en del av kunnskapsgrunnlaget, og vi mener at forhold knyttet til den såkalte *double byrde* ikke er tilstrekkelig belyst og omtalt i rapporten.

Det er også kulturforskjeller i manns- og kvinneyrker. Spørsmålet om trening har f.eks. et annet fortegn; sykefravær, når det diskuteres i denne sammenhengen, mens i mange mannsdominerte yrker er trening en forutsetning for å mestre et fysisk krevende arbeid, og en del av arbeidstiden. God fysikk er dessuten en forutsetning for rekruttering til mange mannsdominerte utdanninger/yrker, i motsetning til kvinnedominerte yrker.



På oppdrag fra Fagforbundet har Fafo utarbeidet en kort oversikt over forskning på *Sosiale og helsemessige konsekvenser av arbeidstidsordninger i helse- og sosialsektoren* (2011), og funnet samme negative konsekvenser av arbeidstid og organisering som en finner i andre yrker med skiftarbeid.

Her fremkommer det blant annet at nattarbeid og lange vakter gir økt risiko for alvorlige sykdom, abort, stress og søvnproblemer.

Med tanke på sektorspesifikke kjennetegn knyttet til organisering, bemanning, arbeidstid mv. vil problematikk knyttet til somatisering også være relevant. Stress og belastning kan i stor grad bidra til at det utvikles fysiske problemer, uten at årsaken er åpenbar.

Det er da også først og fremst belastninger, utdanningsnivå og yrke som er avgjørende faktorer for om du står i arbeid frem til pensjonsalder. Dette handler om mestring, og om det er tilstrekkelig oppmerksomhet på dette forholdet, i samfunnet og arbeidslivet når det gjelder sykefravær og utstøting i helse- og sosialsektoren.

Eksempler på tiltak som kan ha positiv innvirkning på de forhold som omtales i utvalgets mandat er:

- Risikovurdering som tar hensyn til arbeidsmiljøfaktorer, organisering, bemanning, alnearbeid mv.
- Definerte forutsetninger som gir større samsvar mellom forventninger til tjenestene og praksis. Det utarbeides kvalitetsstrategier/mål for arbeidet, slik at det er samsvar mellom mål og virkemidler
- Bedret ressursituasjon ved å vurdere økonomiske virkemidler og økt bemanning for å redusere negative faktorer og heve kvaliteten på tjenestene
- Redusere deltidspromatikken og øke heltidssysselsetningen, som faktor i nærværarbeidet. Økt helhet og større medvirkning vil bidra til å redusere sosiale forskjeller i inntekt og helse
- Formalisering av ansattes kompetanse og redusere problematikk knyttet til de som ikke har formell kompetanse, vil gi økt kvalitet, mestring og status
- Vurdere den enkeltes karriere- og jobbmuligheter i og utenfor eget arbeidsområde. Økt individuell tilrettelegging og eventuelt tilbud om annet arbeid, vil kunne redusere lange og gjentakende fravær.
- Trepartsarbeid. Offentlig sektor er politisk styrt, og ledelsesforankring må synliggjøre det formelle politiske arbeidsgiveransvaret
- Trening, løfteteknikk ol som forebyggende strategi for å mestre fysisk tunge oppgaver

I det videre arbeidet er det vesentlig at også disse forholdene følges opp, og at det sees nærmere på de forhold som knytter seg til kvinners sykefravær.

Med hilsen  
FAGFORBUNDET

Mette Nord  
nestleder

*Vedlegg:* Fafo-rapport om Sosiale og helsemessige konsekvenser av arbeidstidsordninger i helse- og sosialsektoren (2011) PDF fil

Omtale og sammendrag av rapporten Inkluderende arbeidsliv i kommunene (SINTEF, EXONER m.fl.)

*Kopi:*



 [English](#) [Norsk](#)

## Inkluderende arbeidsliv i kommunene

---

### Et forskningsprosjekt om sysselsettingsforhold, sykefravær, samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø i sykehjem og hjemmetjenester

I prosjektet som presenteres her har vi sett nærmere på hva kommunene gjør i forbindelse med avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). Prosjektet viser blant annet at de fleste som er spurt mener at IA-arbeid handler om oppfølging av sykmeldte. Det er lite kunnskap i kommunene om at oppfølging av sykmeldte er noe alle virksomheter skal gjøre ifølge Arbeidsmiljøloven. IA-arbeid bør derfor inkludere mer enn oppfølging av enkeltpersoner som blir sykmeldte, om kommunene skal bidra til å nå de overordnede målene i IA-avtalen: *Å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet.*

For å kunne svare på hva kommunene gjør i forbindelse med IA-avtalen var det nødvendig med en bred tilnærming, og følgende datakilder ble benyttet:

- Tidligere forskning
- Intervju med 90 respondenter fra seks kommuner
- Registerdata fra Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret for kommunal sektor
- Survey blant 10 000 hjelpepleiere
- Survey blant 230 pleie- og omsorgsenheter

I hver av de seks kommunene valgte vi ut ett sykehjem og en hjemmetjeneste, og for hver av disse tolv enhetene ble tillitsvalgte, verneombud, avdelingsledere/gruppeledere/fagledere og virksomhetsledere intervjuet. I tillegg intervjuet vi kommunalsjef, personalsjef, rådmann og ordfører i hver av de seks kommunene.

Prosjektet viser at det fortsatt er alt for stort fokus på reparasjon fremfor forebygging. Det er ressurskrevende med tett oppfølging av enkeltpersoner som blir sykmeldt, og det blir lite tid til forebygging for å unngå at andre blir sykmeldte. Gjennom det tette oppfølgingsarbeidet har både ledere og de ansatte lært mye som kan brukes til å utvikle gode forebyggende tiltak. I de seks sykehjemmene og de seks hjemmetjenestene er det ulike tiltak som er nødvendig for å forebygge og redusere sykefraværet: få på plass samarbeidsarenaer, snu en kultur, øke bemanningen, utvikle lederkompetansen, øke jobbrotasjonen, kommunikasjons tiltak m.m. Denne tiltaksutviklingen må gjøres på den enkelte arbeidsplass og er ansvaret til de lokale samarbeidspartene: leder, tillitsvalgte og verneombud.

Samtidig er det noen generelle tiltak som kan anbefales til alle kommunene som trenger råd og veiledning om hvordan de kan bli bedre på å utnytte potensialet som ligger i IA-avtalen:

- Fokusere på gruppe heller enn på enkeltindivid når sykemeldinger oppstår
- Utvikle gode forebyggende tiltak på avdelig- eller gruppenivå
- Se kvalitet på tjenestene og HMS i nær sammenheng – dette er to sider av samme sak
- Arbeide med lederutvikling og lederstøtte
- Utnytte ressursene som ligger i NAV Arbeidslivssenter for å få til strukturert forebygging

Det er tydelig potensial for å redusere sykefraværet og øke jobbnærværet gjennom fokus på arbeidsmiljø, ledelse og lokalt samarbeid.

Last ned [SINTEF Rapport A18235, Kommunen i et inkluderende arbeidsliv. Et forskningsprosjekt om sysselsettingsforhold, sykefravær, lokalt IA-samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø i sykehjem og hjemmetjenester.](#)

(Pdf - 8 Mb)

Kontakt: [Solveig Osborg Ose](#)

SINTEF har i samarbeid med NAV Arbeidslivssenter og konsulentfirmaet Exonero (ved Ingunn Brattlid) gjennomført et omfattende forskningsprosjekt i kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Kommunal pleie- og omsorgstjenester utgjør en spennende sektor som står ovenfor store endringer i årene som kommer, både med endret oppgavefordeling med spesialisthelsetjenestene, men også med at krav og forventninger blant brukerne øker. Dette fører til sterkere kompetansekrav, mer spesialisering, innføring av velferdsteknologi og høye krav til effektiv bruk av ressursene. De viktigste ressursene i kommunale pleie- og omsorgstjenester er de ansatte.

Gjennom dette prosjektet ønsker vi å bidra med forskning og kunnskap om hvordan kommuner og pleie- og omsorgstjenestene kan ruste seg til å møte fremtidige utfordringer innenfor dagens rammer og systemer. Mulighetene for effektiv ressursutnyttelse betinger at de grunnleggende rammebetingelsene er på plass. Derfor handler denne rapporten om samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø. Funnene i prosjektet viser at sykefravær ofte er en god indikator på hvordan tilstanden på disse grunnleggende betingelsene for god utnyttelse av ressursene er ute i kommunene. Rapporten handler derfor også om sykefravær i kommunale tjenester.

I tillegg til å finne ut mer om disse temaene, har vi særlig vært opptatt av å komme til et overordnet kunnskapsnivå, der vi er i stand til å komme med anbefalinger til kommunene om hvordan de bedre skal kunne utnytte mulighetene som ligger i dagens IA-avtale. Tidligere forskning har vist at IA-avtalen har vært mest effektiv i privat sektor, og kanskje er ikke avtalen godt nok tilpasset kommunale tjenester og de arenaene som naturlig finnes innenfor den kommunale organisasjonen. Vi finner blant annet at arenaene for å arbeide med forebygging av helseproblem og mistrivsel i mange kommuner er dårlig utviklet eller ikke-eksisterende. Dette er en av de grunnleggende betingelsene for å kunne få utbytte av IA-avtalen.

For å få et helhetlig bilde av situasjonen i kommunene på de aktuelle områdene, har det vært nødvendig med et bredt datagrunnlag og et mangfold av metodiske tilnærminger. I tillegg til gjennomgang og bruk av tidligere forskning og kunnskap, inkluderer informasjonsrunnlaget vårt følgende datakilder:

- Intervju med 90 respondenter fra seks kommuner
- Data fra Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret (Aa-registeret) og Sykefraværregisteret for hver kommune ti år tilbake i tid
- Survey blant 10 000 hjelpepleiere
- Survey blant 230 pleie- og omsorgsenheter

I hver av de seks kommunene har vi valgt ut ett sykehjem og en hjemmetjeneste, og for hver av disse tolv enhetene har vi intervjuet tillitsvalgte, verneombud, avdelingsledere/gruppeledere/fagledere og virksomhetsledere. I tillegg har vi i hver av de seks kommunene intervjuet kommunalsjef, personalsjef, rådmann og ordfører. I tillegg til å gjennomføre omfattende kvalitativ datainnsamling, har vi benyttet tall fra administrative register der tall fra individdata (med informasjon om arbeidskommune og næringskode) er aggregert opp til detaljerte næringskoder for hver kommune for hvert kvartal tilbake til andre kvartal 2000 frem til og med andre kvartal 2010. Fra dette datagrunnlaget som inneholder detaljerte data om antall ansatte, avtalte dagsverk, sykefraværsværk m.m. er det mulig å plukke ut tjenesteområdene sykehjem, hjemmesykepleie og hjemmehjelp for alle kommunene i Norge for hvert kvartal de siste ti årene.

For å ha noe å sammenlikne pleie- og omsorgstjenestene med, har vi også fått spesifisert hele den kommunale undervisningssektoren på samme detaljnivå (totalt over 800 000 observasjoner).

Datagrunnlaget fra registrene dekker dermed alle de store kommunale tjenestetypene med sykehjem, hjemmetjenester, grunnkoler, barnehager og SFO.

Våren 2008 gjennomførte vi en omfattende spørreskjemaundersøkelse blant 10 000 hjelpepleiere ansatt i kommunale tjenester. Disse tallene inneholder en omfattende tverrsnittsinformasjon på individnivå og benyttes i dette prosjektet blant annet til å si litt om uønsket deltid og forhold til nærmeste leder, men særlig benyttes datagrunnlaget til å lære mer om arbeidsmiljøforhold i pleie- og omsorgsenheter.

Vi har også brukt data fra evalueringen av IA-avtalen som vi gjennomførte i 2008 og 2009. Her har vi plukket ut de 1 582 virksomhetene fra kommunal sektor, og mer detaljert de 230 pleie- og omsorgsenhetene som svarte på en spørreundersøkelse om innsats knyttet til IA-avtalen. Tallene er ikke tidligere benyttet på dette aggregeringsnivået og brukes i dette prosjektet særlig til å belyse forhold rundt samarbeid med andre aktører.

Dette prosjektet er et stort forskningsprosjekt og bygger derfor på tidligere forskning på alle problemstillingene som tas opp. Tidligere forskning er derfor en femte kilde til informasjon, og rapporten inneholder en mengde referanser til annen forskning både fra Norge og internasjonalt. Funnene våre spenner vidt, og fra nye sammenstillinger av registerdata for de siste ti årene kan vi si noe om utviklingen i tjenestene:

- Antall ansatte i kommunal sektor har økt med 17 prosent (økning på nesten 70 000 ansatte) mens avtalte dagsverk har økt med 15 prosent
- Halvparten av årsverksøkningen har vært i barnehager og skolefritidsordningen (sfo)
- 15 prosent *av veksten* har kommet innen somatiske sykehjem, mens 11 prosent *av veksten* har kommet innen hjemmetjenester
- Somatiske sykehjem har en vekst i antall årsverk på 15 prosent
- Hjemmetjenester (hjemmehjelp og hjemmesykepleie) har en vekst i antall årsverk på 15 prosent
- Det har vært en gradvis substitusjon i årsverk fra hjemmehjelp til hjemmesykepleie
- Gjennomsnittlig stillingsandel (målt med antall avtalte dagsverk per ansatt) for hele kommunal sektor har gått noe ned, og nedgangen kommer særlig innen SFO
- Gjennomsnittlig stillingsandel har økt med 1-2 prosent i sykehjem og hjemmetjenester
- Store kommuner har systematisk høyere gjennomsnittlig stillingsandel enn små kommuner
- Små kommuner har systematisk høyere årsverksinnsats per innbygger enn større kommuner
- Andel menn ansatt i kommunal sektor har gått ned fra 23,5 prosent til 22 prosent (nedgang frem til 2008 og deretter en tydelig økning)
- Andel mannlige ansatte øker marginalt i sykehjem og hjemmetjenester
- Andel menn i kommunale tjenester går ned i alle kommunegruppene utenom i de største kommunene der andelen er stabil på et høyere nivå og økende

Vi har også undersøkt hva som forklarer variasjon i årsverksinnsats over tid, og variasjon mellom kommuner, for å undersøke nærmere om ulikheter knyttet til rammebetingelser. Funnene fra disse analysene viser at de forventede behovs- og kostnadsfaktorene forklarer deler av variasjonen i årsverksinnsatsen i kommunene:

- For det første finner vi at selv om vi kontrollerer for ulike behovs- og strukturforhold i befolkningen, er det fortsatt sterke effekter av kommunestørrelse. Store kommuner har systematisk lavere

årsverksinnsats per innbygger enn mindre kommuner. Sammenhengen er loglineær, dvs at årsverksinnsatsen stiger med kommunestørrelse, men med en avtagende rate.

- Kommuner med stor andel eldre har rimelig nok flere årsverk i sykehjem og hjemmetjenester, mens kommuner med en større andel av befolkningen i barnehagealder har flere årsverk i barnehager, og kommuner med en større andel av befolkningen i grunnskolealder har systematisk flere årsverk i grunnskolen.

- Årsverk i kommunal sektor går ned om kommunene kommer i en økonomisk ubalanse og havner på ROBEK-lista. Det er både slik at årsverksinnsatsen per innbygger i ROBEKkommuner er lavere enn i kommuner som ikke er satt under administrasjon, men også slik at årsverksinnsatsen går ned i den enkelte kommune når kommunen havner i økonomisk ubalanse. Kommuner som har havnet på ROBEK-lista, har systematisk lavere årsverksinnsats i sykehjem og systematisk høyere årsverksinnsats i hjemmetjenester når vi har kontrollert for befolkningssammensetning, sosiale behov og bosettingsstruktur (målt med andel av befolkningen bosatt i tettbygde strøk).

- Gjennom intervjuer finner vi at alle casekommunene har fokus på uønsket deltid og redusert bruk av småstillinger, men de har kommet ulikt i arbeidet med å finne løsninger. Hovedproblemet kommunene selv oppgir, er at økt stillingsandel innebærer hyppigere helgejobbing, noe de færreste ønsker. Dermed blir det vanskelig å finne løsninger, og situasjonen kan være uendret i mange år. Flere av casekommunene undersøker muligheter for å prøve ut nye arbeidstidsordninger.

- Intervjuene med ulike personer i kommunene viser at mange kommuner har fokus på å øke andel menn i pleie- og omsorgstjenester. Dette handler både om fremtidig behov for mer arbeidskraft i tjenestene, men også om at en bedre kjønnsbalanse i arbeidsmiljøet kan være positivt. Basert på registerdata finner vi at andelen mannlige ansatte går ned fra nær 23,5 prosent i begynnelsen av år 2000 til ned mot 21 prosent på slutten av 2008, mens en siden 2009 ser en stadig økning. Det er derfor ikke snakk om store variasjoner over tid. Andel menn har økt mest i barnehager, men vi observerer også en tydelig økning innen sykehjem og hjemmetjenester selv om økningen er marginal. I 2010 var 7 prosent av de ansatte i sykehjem menn, mens det var nær 11 prosent menn i hjemmehjelpstjenestene. Hjemmesykepleietjenestene hadde 10 prosent mannlige ansatte i 2010. Utviklingen er svakest i sykehjemmene. Vi finner også at andel menn i kommunale tjenester er stabil i de største kommunene, men går ned i mindre kommuner.

Etter å ha identifisert disse forholdene rundt sysselsettingen i kommunene, har vi gått nærmere inn på sykefraværstallene fra registerdata. Fra denne delen av prosjektet har følgende faktiske forhold blitt identifisert:

- Kommunal sektor ligger 1,5 -2 prosent poeng høyere enn resten av landet i total sykefraværspersent. Sektorforskjellene har vært svært stabil de siste ti årene.

- Den store kvartalsvariasjonen i sykefraværet i kommunal sektor skyldes i all hovedsak sterk kvartalsvariasjon i sykefraværet i grunnskolen og i barnehagene, særlig blant kvinner

- Videre finner vi at det er små forskjeller i nivå og utvikling i legemeldt sykefravær mellom sykehjem og hjemmetjenester

- Det høyeste sykefraværet i de store tjenestene i kommunal sektor finnes i sykehjem og hjemmetjenester, men barnehager ligger nå nesten like høyt i nivå på legemeldt sykefravær

- Antall sykefraværingsdagsverk har økt med 3 prosent de siste ti årene, mens antall avtalte dagsverk har økt med 17 prosent. Sykefraværingsprosenten har gått ned i alle de store tjenestene med unntak av SFO

Vi har også sett nærmere på forskjeller i sykefraværet mellom kvinner og menn i ulike kommunale tjenester. Det er vanskelig ut i fra dette å være enig med Almlidutvalget som i sin ferske utredning om sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren (NOU 2010:13) konkluderer med at sykefraværet i helse- og omsorgssektoren ikke er spesielt høyt sammenliknet med andre næringer. Utvalget ser ut

til å mene at en høy andel kvinner forklarer hvorfor sykefraværet er høyt i pleie- og omsorgstjenestene. Det er betydelige forskjeller i sykefraværsnivået mellom næringer *både* for kvinner og for menn. Om vi tenker oss at all variasjon i sykefraværsprosenten mellom ulike næringer/sektorer skyldes ulik kjønns sammensetning, ville vi ikke observert særlige forskjeller mellom næringer når vi så på kvinner og menn separat. Analysene våre viser at menn i pleie- og omsorgstjenester har betydelig høyre sykefravær enn menn i andre sektorer. Dette indikerer at fraværet i pleie- og omsorgstjenester også skyldes forhold på arbeidsplassene. Det er imidlertid riktig at kvinner har høyere sykefravær enn menn innen alle sektorer og næringer. En naturlig årsak kan være forskjeller knyttet til biologi og anatomi med noe mer komplekse forplantningssystemer hos kvinner enn hos menn. Det kan også handle om ulike prioriteringer av for eksempel arbeid og familie mellom kvinner og menn, ulik terskel for hvor frisk en bør være for å gjøre en god jobb, ulike måter å mestre ulike typer belastning på osv.

Sykefraværskjellene mellom kvinner og menn er på langt nær forklart ut fra forskningen som i dag foreligger, så selv om vi vet mye om de faktiske forskjellene vet vi lite om hva de skyldes.

Vi har også sett på dette med holdninger, fraværskultur og arbeidsmoral som har vært mye diskutert i den norske sykefraværdebatten. Vi finner tydelig at noen enheter har behov for en gjennomgang av egen fraværskultur. Arbeidsmoral og fraværskultur er gjerne et tema når sykefraværet er høyt, men har naturlig nok lite fokus i enheter og kommuner med lavt sykefravær. I enkelte av de tolv enhetene vi besøkte, fant vi noe som flere respondenter mente kunne karakteriseres som en uheldig fraværskultur, der det blir legitimt å melde seg syk uten at en har direkte helseproblemer. Dette betyr ikke nødvendigvis at de ansatte har dårlig arbeidsmoral, men heller at de er slitne, og holder seg hjemme før de blir syke. Det var ikke slik at dette var enheter der trivselen var dårlig.

Det faglige nivået og fokuset var like høyt som andre steder. Men fraværet var høyt, og terskelen for å ringe og sykmelde seg var lav. Høy arbeidslastning og lav bemanning var et fellesstrekk ved enhetene med en slik fraværskultur. Typisk var det også at mange gikk ufrivillig i deltidsstillinger og dermed hadde mange som kunne ta vakter om noen ble syke. Det kan også være lettere å melde seg syk dersom en vet at noen andre trenger vekten. Et virksomt tiltak for å redusere denne type sykefravær kan derfor være å redusere uønskede småstillinger.

Vi har også gjennom intervjuene fått høre at det på nesten alle enhetene er enkeltpersoner som er sykemeldt uten at kollegaene synes de har god grunn til å være sykemeldt. Dette gjelder typisk enkeltpersoner som er "gjengangere". Det oppleves som provoserende både blant lederne og de ansatte. Om en leder eller kollega som ser en sykemeldt ansatt klippe plenen, male huset eller bære handleposer ut fra butikken, oppleves det som lite troverdig at vedkommende er borte fra jobben for eksempel på grunn av vondt i ryggen. Mange oppgaver i sykehjem kunne vært utført med samme funksjonsnivå som plenklipping, i følge de andre ansatte. Dette blir ofte vanskelige samtaler å ta for lederen, men det kan utvikle seg en kultur der terskelen for sykefravær går ned fordi det oppleves som urettferdig at noen får "gratis fri" fordi de er urettmessig sykemeldt. Dette er ikke nødvendigvis unnaslutning, men det kan ligge andre forklaringer bak slik fraværssadferd uten at lederen og kollega har tilgang til denne informasjonen.

Vi har også gjort relativt grundige paneldataanalyser for å forklare variasjonen i legemeldt sykefravær mellom kommuner og over tid. Vi finner blant annet:

1. Kommuner som har relativt stor ressursinnsats innenfor de enkelte tjenestene, målt med antall dagsverk per innbygger, har systematisk lavere sykefravær i alle tjenestene utenom i grunnskolen og i barnehagene, der sammenhengen er positiv. Dette kan bety at dersom en har flere årsverk enn det innbyggertallet skulle tilsi i snitt, kommer disse mest sannsynlig innen pleie- og omsorgstjenester, fordi det skoler og barnehager har standarder for bemanning som varierer relativt lite fra kommune til kommune.

2. Kommuner som er i økonomisk ubalanse (ROBEK) har systematisk høyere sykefravær Selv om det er en del systematiske sammenhenger mellom sykefravær og ulike variabler på kommunenivå og tjenestenivå er det likevel relativt lite av variasjonen i sykefraværsprosenten som forklares med de faktorene vi kan måle.

Fra tidligere forskning på sykefravær vet vi at samarbeidsforhold, ledelse og arbeidsmiljø er viktige forklaringsfaktorer for variasjon i sykefraværet. Dette er tema som ikke nødvendigvis lar seg måle kvantitativt på en god måte, i alle fall ikke før en gjennom kvalitativ forskning gjøres i stand til å formulere gode hypoteser en kanskje kan teste gjennom for eksempel bruk av registerdata. Vi har derfor gått grundig inn på tema rundt samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø.

Vi har også sett på samarbeid i ulike former i de seks kommunene, og i hvilken grad samarbeidsrelasjonene legger til rette for involvering og medvirkning i spørsmål som dreier seg om arbeidshverdagen i pleie- og omsorgsenhetene. Her har vi brukt både informasjon fra intervjuene i de seks casekommunene, men også data som vi samlet inn blant 500 kommunale enheter i evalueringen av IA-avtalen.

Selv om vi kun har hentet inn erfaringer fra seks kommuner, er det trolig ganske nærme sannheten å hevde at det finnes like mange måter å organisere lokalt samarbeid og lokale samarbeidsarenaer på, som det finnes kommuner i dette landet. Bare i de seks kommunene vi har undersøkt, finner vi betydelige variasjoner når det gjelder faktisk bruk av ulike utvalg og arenaer (AMU, administrasjonsutvalg), hvordan de konkret brukes og hvilken sammensetning de har. Selv om det selvsagt er et poeng at en viss tilpasning til lokale økonomiske og administrative forhold vil være fornuftig, så vil en implikasjon av den variasjonen vi her snakker om, bety at kommunene har ulike forutsetninger for å sikre gode prosesser rundt spørsmål som omhandler arbeidsforhold, sykefravær og inkluderende arbeidsliv. Og som mange av respondentene gir uttrykk for, så virker manglende utnyttelse av ulike utvalg og fora snarere å være en konsekvens av manglende forståelse og kunnskap enn et resultat av gjennomdrøftede beslutninger.

Den type variasjoner som vi her snakker om, vil også legge noen føringer på arbeidet med sykefraværsforebygging og lokal gjennomføring av IA-avtalen. Kommuner som har på plass et velfungerende og anerkjent arbeidsmiljøutvalg, vil eksempelvis ha et bedre utgangspunkt for å overvåke og gjøre noe med arbeidsforholdene i pleie- og omsorgsenhetene. Vi finner variasjoner på hvordan disse kommunene bruker sine egne samarbeidsarenaer, som administrasjonsutvalget og AMU. Samtidig er flere av informantene opptatt av at sammensetningen av denne typen utvalg har stor betydning for legitimiteten til det som foregår der.

Det vil alltid være utfordrende å sammenligne ulike personers oppfatninger av samarbeid, fordi dette er et tema som rommer mye; egne forventninger, personlighet, kunnskap om tjenesteproduksjon, måten arbeidsplassen og kommunen er organisert. Både innad i og mellom kommunene vil det herske ulike oppfatninger av hvordan ulike typer samarbeid fungerer, og det vil være svært krevende å skulle vurdere kvaliteten på et samarbeid ut fra "objektive kriterier". Den enkeltes opplevelse av hvordan et samarbeid fungerer vil ha subjektive elementer i seg, på tross av alle de føringer og retningslinjer som eventuelt eksisterer for å regulere samarbeidet.

I forhold til sykefravær og samarbeidet rundt, sykmeldte finner vi at i alle nivå i den kommunale organisasjonen finnes det en mening om sykmeldende lege. Fra denne informasjonene mener vi det er god grunn til å anta at de utfordringer knyttet til sykefraværsforebygging og lokalt IA- arbeid som beskrives her, vil være kjent også i mange andre kommuner i Norge:

- Misnøye med legenes rolle og innsats i sykefraværsoppfølgingen – informanter i alle de seks kommunene gir uttrykk for misnøye med legenes rolle og innsats i sykefraværsarbeidet og er i tråd



med funn i evalueringen av IA-avtalen der vi fant at tre av fire respondenter var av den oppfatning at fastlegene ikke var så involvert som de burde i IA- arbeidet.

- Sprikende oppfatninger innad i kommunene – det er et viktig poeng at ansatte på ulike nivåer i kommunen gjerne opplever legenes innsats på sykefraværsområdet ulikt. Dette kan handle om forskjeller i forventninger til hva legene skal bidra med. Det kan også handle om forskjeller i kunnskap mellom ulike nivå i kommunen når det gjelder hva som kreves for å forebygge sykefravær på den enkelte arbeidsplass og legenes rolle i dette. Det er i de ulike resultatene i kommunene at forebyggingen og tilretteleggingen skal skje, og når ledere ved slike enheter har en oppfatning av legenes innsats som er veldig forskjellig fra den oppfatningen den administrative ledelsen i kommunen har, så vil det kunne gjøre det krevende å få støtte til gjennomføring av endringer og tiltak.

- Utfordrende kommunikasjon – mangelfull og i noen tilfeller fraværende kommunikasjon er typisk for de seks casekommunene i undersøkelsen. Flere gir uttrykk for at det er vanskelig å komme i kontakt med lege/sykmelder. Dette begrunnes med manglende arenaer, men er også knyttet til utfordringer som kan oppstå når personer jobber utenfor bostedskommunen, ved at det da blir enda vanskeligere å oppnå en dialog om arbeidsevne og tilrettelegging sammen med legen.

- "Lite sted- problematikk" – noen av våre casekommuner illustrerer hvilke problemer og dilemmaer som kan oppstå i mindre kommuner, også innenfor sykefraværs- og IA- arbeidet. Dette handler om familiære bånd, bekjentskaper og at det for eksempel forventes at en skal ha et profesjonelt samarbeidsforhold til en lege som man tidligere har vært (og kanskje er) pasient hos.

- Personlige relasjoner og personkjemi – flere uttalelser antyder at personlige relasjoner og personkjemi kan ha betydelig innvirkning på det lokale sykefraværarbeidet og IA- arbeidet. Dette gjelder imidlertid ikke bare i relasjonen mellom legene og de andre aktørene, men for alle samarbeidsrelasjoner. Samtidig er det lite tvil om at legene har en spesielt viktig rolle, som medisinsk sakkyndig, og som de som sykmelder. En konsekvens av dårlig personkjemi og dårlige samarbeidsrelasjoner er at man typisk får på plass en slags "minste mulige" samarbeidsløsning (som gjerne også er ad- hoc preget), der de involverte ikke samhandler mer enn det som absolutt er nødvendig. Problemet med slike minimumsløsninger er at de sjelden vil gi den kontinuitet og den dybde i samarbeidet mellom arbeidstakere, enhetsledere og leger som er nødvendig for å få til mest mulig optimale løsninger på arbeidsplassen.

- Legen er ikke den viktigste aktøren – det er på arbeidsplassen strategier for å forebygge sykefravær og utstøting må utvikles, forankres og gjennomføres. Det samme gjelder for den lokale gjennomføringen av IA-avtalen. Mye av det som kommer frem i intervjuene kan imidlertid gi inntrykk av at legen er en hovedaktør i denne sammenheng. Mange informanter har sterke meninger om legen, og det er lite tvil om at legens rolle engasjerer ledere og ansatte på ulike nivåer. Samtidig er det et spørsmål om hva disse tilbakemeldingene grunnleggende sett kan være et uttrykk for. Er det en tendens til at legene for ofte brukes som skyteskive når resultatene uteblir innenfor sykefraværsområdet og IA-avtalen? Hvilken rolle spiller forventninger til legene i denne sammenheng? Og hva med kunnskapen om legenes ansvar på sykefraværsområdet? Resultatene fra intervjuene antyder at verken forventningene til eller kunnskapen om legenes rolle alltid er realistisk og riktig.

Vi har videre gjort en grundig litteraturgjennomgang av temaet ledelse og forsøkt å oppsummere et fragmentert forskningstema som har bidrag fra mange fagretninger. Vi hatt i denne delen av prosjektet sett nærmere på informantenes beskrivelse av en god leder, forankring og kunnskap om kommunens mål og visjoner, erfaring og kompetanse blant lederne og mulighetene for faglig utvikling blant lederne. Det empiriske har vært basert på kvalitative intervjuer med personer fra ulike ledernivåer i kommunene, både administrativt og politisk. Bare i de seks kommunene vi har undersøkt, finner vi betydelige variasjoner mellom kommunene og innad i kommunene når det

gjelder hva de ulike informantene mener er en god leder. Det er vel å merke ikke ett svar på det spørsmålet, og det var heller ikke vår intensjon å lete etter en fellesnevner. Ulikhetene i kommunen og mellom kommunen viser klare forskjeller i fokus på hva de ulike leddene legger i begrepet, fra å ikke ha en formening om hva god ledelse er, til å ha klare holdninger på hva god ledelse innebærer for dem. Dette kan også settes i perspektiv til temaet for neste delkapittel, forankring og kunnskap til kommunens mål og visjoner, hvor vi finner det samme mønsteret. Det er de samme kommunene som har et klart og homogent bilde av hva en god leder er, har også en klar forankring av hva som er kommunens visjon og målsetting.

Dette kan tyde på at dette er noe som har vært fokus og i søkelyset i kommunene, og dette har gjort aktørene i kommunen oppmerksomme, og derfor strekker de seg og jobber mot disse målene. Dette gjenspeiler seg også i kommunenes samarbeidsstruktur, som vi også så i kapitlet om samarbeid.

Når vi ser på erfaring og utdanningsnivå til lederne i casekommunene, finner vi ikke noe uforventet. Generelt finner vi at det er toppledelsen, utenom ordfører, som har den formelle lederutdannelsen, og på virksomhets- og operativnivå har alle lederne en faglig relatert utdanning. Men når vi ser nærmere på ledernes ønske om større kompetanse på ledelse og faglig utvikling, er dette noe enkelte kommuner sliter med å få gjennomført. Det er påpekt at det er vanskelig fordi de i utgangspunktet har en såpass innholdsrik og "stram" arbeidsdag at det er problematisk å gjennomføre, og kommunene legger til rette for dette i ulik grad. Det er klart ut fra gjennomgangen av kompetanse og erfaring blant lederne at om lag alle lederne er rekruttert fra en annen stilling innen kommunal sektor, og at de har blitt oppfordret til å søke eller at de har tiltrått stillingen ved en omorganisering. Norske kommuner har ikke nok ressurser til å

konkurrere på lønn ved ansettelse av personell, og flere av casekommunene opplyser at de tidvis har opplevd problemer med å få tak i nøkkelpersonell med den rette kompetansen. Norge, som andre vestlige land, står ovenfor en endret demografisk sammensetting av befolkning, og behovet for arbeidskraft innenfor pleie- og omsorgssektoren er stor og vil være økende i årene som kommer.

Vi har benyttet data fra spørreskjemaundersøkelsen blant 10 000 hjelpepleiere ansatt i pleie- og omsorgssektoren, som ble gjennomført våren 2008. Vi fant ingen systematisk sammenheng med tjenesteenhet og de ulike ledelsesfaktorene. Derimot skiller hjelpepleiere som har oppgitt å arbeide innenfor bofellesskap seg ut. Hjelpepleiere som arbeider innenfor et bofellesskap har signifikant *lavere* sannsynlighet for å være fornøyd med jobben nærmeste leder gjør og å bli verdsatt av nærmeste leder, sammenliknet med hjelpepleiere som har oppgitt å arbeide på sykehjem. Denne sammenhengen blir sterkere når vi kontrollerer for arbeidsmiljøfaktorer. Hjelpepleiere som har oppgitt å ha mindre *fleksibilitet* arbeidssituasjonen har lavere sannsynlighet for å oppgi at jobben de gjør blir verdsatt av nærmeste leder, at de blir oppmuntret av sin nærmeste leder og at de får ros og skryt av nærmeste leder. Vi ser dermed ledelse- og arbeidsmiljømessige problemstillinger henger sammen. Indirekte vil derfor variasjon i opplevd arbeidsmiljø kunne tenkes å gi en indikasjon også på ledelsesmessige forhold. Vi skal se nærmere på denne sammenhengen i kapitlet om arbeidsmiljø.

Det siste hovedtemaet vi har forsket på i dette prosjektet er arbeidsmiljø. Gjennom å se nærmere på surveydata fra 10 000 hjelpepleiere innsamlet av SINTEF i 2008 og gjennom intervjuene i de seks kommunene, finner vi at det er fire dimensjoner som best kan beskrive hjelpepleieres opplevelse av det psykososiale arbeidsmiljøet. Disse var: forholdet til nærmeste leder, arbeidets innhold, opplevd kontroll og opplevd sikkerhet på arbeidsplassen. Majoriteten av hjelpepleiere ansatt i norske kommuner vurderte sitt forhold til sin nærmeste leder som godt eller meget godt, tilsvarende rapporterte en stor andel av hjelpepleierne at de sjelden opplevde at deres sikkerhet var truet i det daglige arbeidet. Resultatene tyder på at hjelpepleiere i norske kommuner i stor grad opplever sin arbeidssituasjon som utfordrende, hele 65 prosent av hjelpepleierne opplevde at innholdet i arbeidet var preget av stress og tidspress i form av dårlig tid til brukerne/pasientene. Dette resultatet ble bekreftet i intervjuundersøkelsen gjennomført blant ansattererepresentanter i de 12 prosjektenhetene

i norske kommuner. Flere påpekte at arbeidsbelastningen var stor og at det var tøffe tider.

Tilsvarende rapporterte også en relativt stor andel av hjelpepleierne at de i liten grad opplevde kontroll over sin arbeidstid og sine arbeidsoppgaver. Viktigheten av å være en del av et team, og følelsen av å kunne påvirke situasjonen på arbeidsplassen, ble også bekreftet i intervjuundersøkelsen. Samlet sett viser disse resultatene at kommuners arbeid med problemstillinger knyttet til det psykososiale arbeidsmiljøet bør rette fokus mot de ansattes opplevelse av kontroll, spesielt på grunn av at arbeidets innhold ble beskrevet som stressende og utfordrende. Sett i sammenheng med eksisterende empiri og forskning på området er det mye å vinne på å gjennomføre tiltak knyttet til å øke ansattes opplevelse av kontroll over sin egen arbeidshverdag – spesielt i en situasjon hvor arbeidet stiller store fysiske og psykiske krav til de ansatte. I følge "krav-kontroll-støtte"- modellen vil opplevd kontroll i dette tilfellet ha en "buffer" effekt i forhold til høye jobbkrav, og med dette kunne bidra til økt motivasjon, bedre trivsel og bedre helse. Dette er aspekt som er spesielt viktig i en bransje hvor det registreres betydelig slitasje på de ansatte både i form av sykefravær og avgang fra yrkesvirksomhet.

Resultatene våre viser også viktigheten av en nærværende og omsorgsfull ledelse. Her var det noe avvik mellom resultatene fra spørreundersøkelsen og intervjuundersøkelsen. Mens hjelpepleiere ansatt i norske kommuner i stor grad vurderte sitt forhold til nærmeste leder som positivt, ble flere utfordringer påpekt i intervjuene. Spesielt behovet for å bli sett og hørt ble nevnt flere ganger.

Generelt er disse resultatene i overensstemmelse med tidligere forskning og empiri på området som i stor grad vektlegger ledelsens rolle i å "bygge" et positivt psykososialt arbeidsmiljø. Behovet for å bli sett, anerkjent og få tilbakemeldinger og støtte i en hektisk arbeidshverdag kan knyttes til begrepet psykologisk kontrakt. Den psykologiske kontrakten vektlegger de gjensidige forpliktelsene som eksisterer mellom ansatte og organisasjonen, og forskning på området viser at arbeidstakernes opplevelse av at deres nærmeste leder er villig til å høre på dem, samt vise omsorg for hvordan de har det på jobb, er relatert til økt motivasjon, trivsel og psykologisk velvære på arbeidsplassen. Våre resultater indikerer at psykososiale arbeidsmiljøfaktorer er svært sentrale for ansattes opplevelse av trivsel på arbeidsplassen. Implikasjonen av disse resultatene er at kommuner ved å rette fokus mot faktorer i det psykososiale arbeidsmiljøet, kan bidra til at ansatte trives med sine arbeidsoppgaver, og dermed bidra til reduksjon i turnover raten. Forholdet til nærmeste leder blir kanskje spesielt viktig i pleie- og omsorgssektoren hvor avstanden til toppledelse kan være stor. I en slik situasjon er det rimelig å anta at det er den ansattes nærmeste leder som i størst grad er med på å forme hvordan organisasjonen som helhet oppleves. Med andre ord er det den psykologiske kontrakten mellom den enkelte ansatte og hans/hennes nærmeste ledelse som i stor grad vil påvirke hvordan den ansatte vurderer og tolker sitt arbeidsmiljø, og gjennom dette også hvordan arbeidsmiljøet påvirker deres helse, trivsel og velvære på arbeidsplassen.

Vi finner også at arbeidsmiljøet varierer med henblikk på arbeidsområde. Dette vil si at ansatte i innen ulike områder vektlegger forskjellige aspekter i arbeidsmiljøet når dette vurderes som positivt eller negativt. Dette betyr også at tiltak designet for å bedre arbeidsmiljøet i "hele" pleie- og omsorgssektoren, mest sannsynlig vil være lite effektive. Arbeidet med arbeidsmiljøet må gjennomføres lokalt ved den enkelte arbeidsplass, slik at disse kan ta utgangspunkt i de unike erfaringene ansatte møter i sitt daglige arbeid.

I intervjuundersøkelsen påpekte også flere informanter at til tross for arbeidsmiljøutfordringer i form av press, mangel på tid og ressurser, påpekte flere også at arbeidsmiljøet var godt. I disse tilfellene ble det påpekt at det var samhold mellom ansatte, at de ble lyttet til av leder og at det var "høyt under taket". Disse verdiene ble i sin tur relatert til et positivt psykososialt arbeidsmiljø, og den nærmeste ledelsen ved den enkelte arbeidsplass ble fremhevet som en sentral faktor for å

implementere disse verdiene i den praktiske arbeidshverdagen. Implikasjonen av våre resultater er at det er et behov for å vektlegge de positive faktorene som assosieres med arbeidet, med andre ord faktorer som bidrar til velvære, positiv helse og engasjement. For å oppnå målet om en sunn arbeidsplass er det ikke nok å eliminere eller redusere risikofaktorer, men man må også legge til noe positivt. I pleie- og omsorgssektoren virker det ikke realistisk i løpet av en kort tidsperiode å redusere kravene som stilles til de ansatte. Til tross for dette er det kanskje mer realistisk å bygge videre på positive arbeidsmiljøfaktorer, som for eksempel økt medbestemmelse, bedre forhold til ledelse osv som en metode for å redusere sykefravær og turnover og samtidig bedre motivasjon, helse og velvære på arbeidsplassen.

Arbeidet med det psykososiale arbeidsmiljøet kan også tenkes å være positivt fordi dette vil kunne tenkes å balansere forholdet mellom rammebetingelser, fysiske arbeidsmiljøfaktorer og de ansattes opplevelse av disse. Siden det psykososiale arbeidsmiljøet også influerer trivsel på arbeidsplassen i så stor grad som resultatene i denne rapporten tilsier, blir det også sentralt å arbeide med denne typen problemstillinger for å redusere helseplager og sykefravær i sektoren, men også for å ivareta ansatte slik at man sørger for at man har nok "hender" til å ivareta fremtidens omsorgsutfordringer.

Basert på helheten som oppstår gjennom bruk av ulike innfallsvinkler, sterk metodetriangulering, og grundige analyser av ulike problemstillinger, er vi i stand til å komme med noen klare anbefalinger om det videre arbeidet med IA-avtalen i kommunene:

*Anbefaling 1: Når tiltak skal iverksettes, for eksempel et tiltak for å redusere sykefraværet, må en kjenne de faktiske forhold i enhetene og ikke basere seg på sekundærinformasjon som kan ha liten rot i virkeligheten, eller i beste fall vise bare ene siden av situasjonen. En må i det minste hente inn informasjon fra tillitsvalgte og verneombud i de enkelte enhetene før en iverksetter tiltak. Det som kanskje fungerer best, er de tiltakene som de ansatte selv foreslår og ikke de som politisk eller administrativ ledelse har hørt virker i andre kommuner. Grunnlaget for at dette tiltaket skal virke i egen kommune er ikke nødvendigvis til stede.*

*Anbefaling 2: En må finne metoder for å øke kunnskapen om hva som ligger av muligheter i laavtalen ute i de kommunale enhetene. Med å omdefinere IA-begrepet til å bli noe mer enn oppfølging av sykmeldte, kan en trolig utvide rammen det tenkes innenfor når nye tiltak skal foreslås og utvikles.*

*Anbefaling 3: Det er viktig å unytte kunnskapen og erfaringene som gjøres i oppfølgingen av og tilretteleggingen for sykmeldte for å forebygge nye sykefravær i hele personalgruppen. Gode ledere har gjennom oppfølging og tilrettelegging lært mye indirekte om forebygging, men de kan likevel trenge hjelp til å systematisere denne kunnskapen og se den i en større sammenheng som kan få effekt for hele personalet. Hva som er effektiv forebygging varierer fra arbeidsplass til arbeidsplass og den gode kunnskapen utvikles lokalt. Vi anbefaler at ledere læres til å bli bevisst sin egen kunnskap om hva som kan gjøres for å forebygge sykdom og slitasje. Kunnskapen fra oppfølging av sykemeldte enkeltpersoner i de enkelte tjenesteområdene bør også kunne samles og dokumenteres for å dele kunnskapen mellom de ulike tjenesteområdene i kommunene. Denne systematiseringen kan for eksempel rådgiverne ved NAV Arbeidslivssenter bidra med.*

*Anbefaling 4: Tiltakene og tilretteleggingen som gjøres for enkeltpersoner bør i større grad ses i sammenheng med arbeidsgruppen/teamet/avdelingen personen jobber i. Ved å initiere gruppeprosesser med fokus på helsefremmende arbeid, kommunikasjon, tilbakemelding, forpliktelse og involvering vil man kunne samle gruppene om en felles innsats og benytte anvendt (leder)tid til oppfølging på en bedre måte. Tilretteleggingstilskudd bør i større grad*

*vrurderes som gruppetiltak heller enn til enkelttiltak. Det bør også være formål om varige effekter som en del av en utviklingsstrategi. Flere NAV Arbeidslivssenter har gode erfaringer med slike tiltak, og kunnskap om slike tiltak bør systematiseres og gjøres kjent for andre.*

*Anbefaling 5: Kommunene bør ikke prioritere arbeidet med Kvalitetssystem kun for å unngå avvik som fører til tilsyn, men heller se arbeidet med HMS og kvalitet i sammenheng. Vi anbefaler at prosjektet Ergonomi og pedagogikk i barnehager følges opp av et tilsvarende prosjekt i en pleie- og omsorgsenhet for å se på mulighetene for å utvikle kvaliteten i tjenestene, samtidig som arbeidsmiljø og HMS systemene utvikles.*

*Anbefaling 6: Det trengs økt bevissthet i kommunene og i pleie- og omsorgssektoren om hvilke muligheter et godt samarbeid gir, med tanke på å kunne realisere lokale gevinster av IA-avtalen. Ikke minst handler dette om viktigheten av god kommunikasjon, dialog og forankring av aktivitets- og virksomhetsmål internt i kommunen, slik at det i hele kommuneorganisasjonen – fra ordfører på toppen og ut til det tjenesteproduserende leddet – eksisterer en mest mulig lik forståelse av hva pleie og omsorgstjenestene skal tilby av innhold og kvalitet.*

*Anbefaling 7: Det er mangelfulle arenaer for arbeid med forebygging i kommunene, men rådgiverne på arbeidslivssentrene kan bidra til å skape disse arenaene. Rådgiverne bør heller aktivt oppsøke kommunene enn å vente på en bestilling fra noen i kommunen. Formålet bør først å være å skape gode arenaer der både tillitsvalgte og ledere deltar, der de viktige tingene diskuteres og som er forankret i toppledelsen gjennom deltakelse av de riktige personene. Kommunene bør også være bevisst den kompetansen som ligger i NAV Arbeidslivssenter og utnytte disse ressursene ved å invitere rådgiverne med på de strategiske arenaene. Rådgiverne kan også bidra i det forebyggende arbeidet og styrke et helhetlig arbeid med arbeidsmiljøutvikling. Mange kommuner har iverksatt en rekke prosjekter og tiltak som i for liten grad sees og anvendes i et helhetlig perspektiv. En samarbeidspartner utenfra som har med seg et helhetsperspektiv og kunnskap om tilsvarende prosesser fra andre kommuner og fra andre bransjer kan gi viktige bidrag.*