

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref.:  
Saksbehandler: MAKAM  
Vår ref.: 11/1916  
Dato: 15.06.2011

## Hørings svar - NOU 2010:13 Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren

### Helsedirektoratets vurdering av Almlid utvalgets hovedkonklusjoner.

Helsedirektoratet er enig i Almlid utvalgets hovedkonklusjon om at det høye sykefraværet i helse- og omsorgssektoren sannsynligvis er relatert til den høye kvinneandelen i sektoren og at årsaksforholdene bak det høye kvinnerelaterte sykefraværet i noen grad fortsatt er uavklart.

På denne bakgrunn deler direktoratet Almlid-utvalgets syn på behovet for å skaffe mer kunnskap om både årsaksforholdene til kjønnsforskjellene i sykefraværet og de mulige sammenhenger som kan være av betydning for å redusere sykefraværet blant kvinner. Det er også viktig å se på sektorspesifikke årsaksforklaringer selv om det er gjennomgående i norsk næringsliv at kvinner har høyere sykefravær enn menn.

### Årsaksforhold knyttet til høyt sykefravær blant kvinner

Fra NAV vet vi at det egenmeldte sykefraværet ligger under 2 % for både kvinner og menn, mens det legemeldte fraværet er ca. 30-35 % høyere hos kvinner enn det er hos menn. Utviklingen hos kjønnene er nokså identisk, bare på ulikt nivå – ved nedgang i sykefravær, reduseres kvinnenenes mest og ved økning, øker kvinnenenes fravær mest.

Fordelt på aldersgrupper, er det to tydelige topper i kvinners sykefravær – i aldersgruppen 30 – 34 år og 60 – 64 år, her ligger sykefraværet i underkant av 10 %. For mennenes del finns det ikke tilsvarende topper, men en jevn stigning gjennom hele det yrkesaktive livet – helt til rett før pensjonsalder da sykefraværet faller noe.

Sykefraværet knyttet til graviditet er vesentlig høyere enn sykefraværet blant kvinner ellers. Sykefravær i svangerskapet er ikke relatert til sykkelighet forut for svangerskapet, eller sykdomsforhold de to påfølgende år etter svangerskapet – det øker gjennom hele svangerskapet og ligger på et vesentlig høyere nivå enn sykefraværet generelt og hos kvinner spesielt. Likevel kan sykefravær knyttet til graviditet alene ikke forklare hele forskjellen i sykefravær mellom kvinner og menn – i følge NOU 2000:27 kan ca. 50 % av forskjellene mellom kjønnenes sykefravær være forplantnings- og fødselsrelatert. I

### Helsedirektoratet • Divisjon primærhelsetjenester

Avd. minoritetshelse og rehab  
Marit Johanne Kamøy, tlf.: 24 16 31 66

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

aldersgruppen 20 – 34 år kan dette forklare ca. 70 % av kjønnsforskjellen i sykefravær – totalt forklarer det ca. 37 %.

En mulig forklaring på stigningen i kvinners sykefravær midt i 30-års alderen og like før pensjonsalderen, kan være at omsorg for barn og etter hvert syke foreldre og andre nærstående, representerer en helsemessig belastning som fører til sykefravær. Imidlertid viser forskning at det kun er hos kvinner med ett barn yngre enn fem år at sykefraværet ligger høyere enn hos kvinner uten barn – for alle andre grupper yrkesaktive kvinner ligger sykefraværet lavere hos kvinner med barn enn hos kvinner uten barn.

Når det gjelder mulige årsaksforhold bak kjønnsforskjellene i sykefravær i Norge, kan det være interessant også å se nærmere på om det foreligger kjønns spesifikke seleksjonsforskjeller med hensyn på hvem som kommer inn i arbeidslivet og hvem som blir stående utenfor fra starten av. 78 % av den mannlige befolkning mellom 15 – 67 år er deltatt i arbeidslivet, for kvinner ligger arbeidslivsdeltagelsen på 72 % i samme aldersgruppe. Mellom 22 og 28 % av kohorten kommer ikke inn i arbeidslivet og vil derfor heller ikke komme med på sykefraværstatistikken senere.

Ung-HUNT undersøkelsen utført av NTNU viser systematiske forskjeller mellom gutter og jenter/menn og kvinner allerede i aldersgruppene 13 – 19 år; jentene/kvinnene mottar oftere sykepenger, mens guttene/mennene i større grad og oftere mottar dagpenger, uføretrygd og sosialstønad over lang tid (> 6 mnd.). Det er nesten dobbelt så mange gutter/menn som mottar dagpenger, i forhold til jevngamle jenter/kvinner. Av nye uføretrygdede i aldersgruppen 16 – 24 år, er majoriteten menn. Dette kan bety at de 78 % mennene som klarer å etablere seg i arbeidslivet, er en annerledes selektert gruppe enn de 72 % kvinnene som er i jobb – dette kan ha betydning for kjønnsforskjellene i sykefraværet i den yrkesaktive delen av befolkningen.

Å skaffe kunnskap om hva som skjer i forkant av unge kvinners og menns inntreden i arbeidslivet, vil være svært nyttig også for å forstå mer av "drop-out" problematikken – det er mange indikasjoner på at det er bekymringsfulle og betydelige kjønnsforskjeller i virksomhet allerede i aldersgruppen 13 – 19 år. Muligens er det forholdsvis lavere sykefraværet i den mannlige befolkning i så måte like bekymringsfullt som det noe høyere sykefraværet blant kvinnene – det kan bety at menn ikke er friskere enn kvinner, men har vanskeligere for å komme inn i arbeidslivet og at "utstøting" av menn fra arbeidslivet skjer via mekanismer som er aktive utenfor selve arbeidslivet og dermed ikke synliggjøres gjennom forskning på sykefravær.

### **Betydning av arbeidsmiljø og arbeidsinnhold for sykefravær**

Almlid utvalget legger til grunn at det bør 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.

Helsedirektoratet foreslår at dette punktet får stort fokus og at det gjennomføres praksisnær forskning som vurderer hvilke organisasjons- og arbeidsformer i kommunene som er hensiktsmessige for at ledere på ulike nivåer har reelle muligheter til å ivareta sitt ansvar ift. individuell personaloppfølging, fag, budsjett og drift.

SSBs Levekårsundersøkelse fra 2006 anslår at i underkant av 40 % av sykefraværet

er arbeidsrelatert og forskning fra Danmark (Labriola og Lund, 2009) bekrefter dette. De finner også at det ikke er kjønnsforskjeller når det gjelder sykkelighet forårsaket av fysiske arbeidsforhold og at skiftarbeid ikke fører til økt sykefravær. Deres konklusjon om at 20 % av arbeidstakerne produserte 80 % av sykefraværet er også godt i samsvar med norske forhold.

Helsedirektoratet støtter forslaget om økt fokus på både fysisk og psykososialt arbeidsmiljø i helse- og omsorgssektoren da primærforebygging i form av fjerning av årsaker til sykdom på arbeidsplassen og sekundærforebygging i form av best mulig tilrettelegging på arbeidsplassen før sykefravær oppstår, er mest effektivt.

Mulighet for fysisk trening i arbeidstiden har vist seg lite effektivt for å forebygge sykefravær hvilket sannsynligvis har sammenheng med at denne muligheten i overveiende grad benyttes av de 80 % av arbeidsstokken som kun produserer 20 % av sykefraværet – ikke motsatt. Som trivselsfremmende tiltak er dette positivt, men Helsedirektoratet finner ikke grunnlag for å framheve dette som særlig egnet tiltak i forhold til å redusere sykefravær og utstøting fra helse- og omsorgssektoren.

Forskning fra Danmark viser at grupperettede intervensjoner som har preg av medikalisering og standardiserte opplegg, kan bidra til å øke sykefraværet i stedet for å redusere det. En gruppe – i hovedsak – kvinnelige omsorgsarbeidere gjennomgikk en helseundersøkelse som viste at 30 % av dem var risikanter og ble anbefalt et treningsopplegg som ikke i tilstrekkelig grad var individuelt tilpasset deres fysiske utrustning. Sykefraværet økte med 15 % - en økning som ble tilskrevet oppgitthet og tap av mestringfølelse etter å ha fått status som "risikanter", samt belastningsskader som følge av et u hensiktsmessig treningsopplegg.

Det er grunn til å stille spørsmålsteget ved forestillingen om at organisering og arbeidsinnhold i tilknytning til kvinnedominerte arbeidsplasser er en vesentlig forklaring på, eller har betydning for kvinners forholdsvis høyere sykefravær.

Helsedirektoratet har ca. 600 ansatte hvorav 2/3 er kvinner. Virksomheten er IA-bedrift og tilbyr to timer trening pr. uke i arbeidstiden. Organiseringen av arbeidsoppgavene innad i de seks divisjonene er nokså lik; kjønnsfordelingen i divisjonene varierer fra 61 til 77 % kvinneandel. Direktoratet er en organisasjon med tydelige linjeledelse og veldefinert organisasjonshierarki, det er en overvekt av mannlige ledere på avdelingsnivå, men de sterkest kvinnedominerte avdelingene har kvinnelig leder. De tre divisjonene som ledes av kvinner har samlet lavere sykefravær og høyere kvinneandel ansatte enn de tre divisjonene som ledes av menn. Sykefraværet for kvinner og menn lå på samme nivå i 2002, men i årene fra 2002 til i dag har sykefraværet hos kvinner mesteparten av tiden ligget mellom 50 og 200 % høyere enn mennenes sykefravær. Pr. i dag ligger kvinnenes sykefravær 46 % over mennenes, som er en betydelig nedgang fra året før hvor kvinnenes sykefravær lå 216 % høyere enn mennenes. Gjennom årene fra 2002 til 2011 har kjønnes sykefravær ofte samvariert inverst.

I 2010 startet Helsedirektoratet et nærversprosjekt med definerte mål og tiltak for ledelse, kunnskap/kompetanse for alle ansatte, helsefremmende arbeidsmiljø/kulturbygging og bistand/støtte – et arbeid som allerede har ført til nedgang fra 7,38 % i 2009 og til 6,09 % i 2010. Vi ser en større nedgang for kvinner

heltid enn for menn heltid fra 2009 til 2010 selv om nærværsarbeidet ikke inneholder kjønns-spesifikke tiltak.

Forskning fra Nederland og resultater fra ordningen Raskere Tilbake viser at fokus på sykefraværsarbeid og tidlig, systematisk involvering av arbeidsgiver ved sykdom gir redusert sykefravær over tid.

Helsedirektoratet er derfor av den oppfatning at de tiltak som er mest effektive mot sykefravær ikke er kjønns- eller bransje/sektorspesifikke, men tiltak av organisatorisk og ledelsesfaglig karakter. Det er ikke faglig belegg for å fremme medikalisering og standardiserte opplegg.

### **Oppfølging av sykemeldte**

Det er både forskningsmessig belegg for og bred partskonsensus om at den mest effektive oppfølgingen av sykemeldte skjer i regi av arbeidsgiver og på arbeidsplassen. Sykefravær har andre og vesensforskjellige risikofaktorer enn sykdom/helseplager og det er viktig at tiltak mot sykefravær innrettes mot å erstatte sykefravær med sykenærvær mens sykdom og plager er under behandling, eller mestrings- og tilretteleggingstiltak iverksettes.

Det er godt dokumentert at tiltak mot sykefravær må differensieres i forhold til primær-, sekundær- og tertiærforebygging for å ha effekt. I primær og sekundærforebygging står arbeidsplassen sentralt med fokus på nærvær, helsefremmende ledelseskultur og holdningsskapende arbeid. For å forhindre at konsekvensene av sykdom i form av redusert arbeidsevne fører til langvarig sykefravær og økt risiko for utstøting, har helsevesenet en viktig funksjon. Fastlegene spiller en nøkkelrolle når det gjelder utredning, behandling og motivasjon for arbeidsnærvær – på tross av sykdom, eller plager. Nye veiledere for sykmeldere og lovpålagte endringer i sykefraværsoppfølgingen er viktige hjelpemidler i dette arbeidet.

Den nye fastlegeforskriften legger opp til tydeligere funksjons- og kvalitetskrav ovenfor fastlegene i deres sykefraværsarbeid. Fastlegene får også ansvar for å samhandle aktivt med arbeidsgiver og NAV som ledd i tidligst mulig intervensjon.

Helsedirektoratet har i arbeidet med lovforslag og nye forskrifter i tilknytning til IA-avtalen med protokoll og Samhandlingsreformen, lagt stor vekt på lokal forankring av sykefraværsarbeidet, mobilisering av partssamarbeid og tydelige ansvarsforhold.

### **Behov for felles innsats mot graviditetsrelatert sykefravær**

Som vist til tidligere i dette dokumentet står graviditetsrelatert sykefravær for en vesentlig del av det økte sykefraværet blant kvinner – et sykefravær som ikke er vesensforskjellig mellom ulike bransjer og sektorer i samfunnet og som heller ikke kan forklares ut fra omsorgsbyrde, komorbiditet eller forhold i arbeidslivet generelt.

Det er ikke utenkelig at oppfølging av sykefravær hos gravide har vært nedprioritert av hensyn til andre grupper sykemeldte hvor faren for utstøting fra arbeidslivet har vært vurdert som større. Det kan også tenkes at sykefravær hos gravide har vært ansett som "selvbegrensende" og derfor ikke vært prioritert.

På trygdekonferansen i Bergen i november 2010 ble det drøftet om sykefravær i tilknytning til graviditet styres av andre normer enn sykefravær for øvrig – at det å være sykemeldt i svangerskapet oppfattes som en rettighet, som noe den gravide har fortjent relativt uavhengig av sykdom eller funksjonssvikt. Dette er forhold som bør kartlegges bedre og som kan danne grunnlag for informasjonskampanjer og spesifikke grupperettede tiltak.

Helsedirektoratet anbefaler at alle aktørene i sykefraværarbeidet retter fokus mot sykefravær relatert til svangerskap slik at fastlegene blir flinkere til å kommunisere hva som er normalt og ufarlig i svangerskapet; at arbeidsgivere tar sitt tilretteleggingsansvar langt mer alvorlig og at NAV ikke lar gravide sykemeldte seile sin egen sjø i påvente av at naturen ordner opp.

### **Oppsummering**

Det er behov for mer forskning på årsaker til at kvinner gjennomgående har høyere sykefravær enn menn – med særlig fokus på fasen før og når arbeidslivstilknytning etableres.

Det er gode holdepunkter for at ledelsesforankring og lederfokus på organisering, nærvær og psykososialt arbeidsmiljø er mer effektive tiltak mot sykefravær enn kun kjønnsespesifikke, sektor- eller bransjespesifikke tiltak.

Det er grunn til å advare mot overdreven medikalisering og bruk av standardiserte, grupperettede intervensjoner i sykefraværforebyggende arbeid.

Gravides sykemeldingspraksis står i en særstilling og bør problematiseres i langt større grad og underkastes samme oppfølgingsregime som annet sykefravær.

Samhandlingsreformen med nye lover og forskrifter gir bedre rammebetingelser og tydeligere signaler om ansvarsforhold og muligheter i det kommunale sykefraværarbeidet.

Vennlig hilsen

Jon Hilmar Iversen e.f.  
prosjektdirektør

*Dokumentet er godkjent elektronisk*

  
Marit Johanne Kamøy  
seniorrådgiver